

Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Høringsuttalelse til NOU 2019:24

Styret, 12. mars 2020

HELSE  SØR-ØST

Hva høringen omfatter

Hovedformål med NOU 2019:24

- Sette de regionale helseforetakene i stand til å gi likeverdige helsetjenester til befolkningen
- Endring i rammebetingelser har nødvendiggjort en revisjon av NOU 2008:2

Høringsfrist 17.03.2020

- NOU 2019:24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak
- Høringsinstansene inkluderer både RHF-ene og HF-ene
- Helseforetakene i Helse Sør-Øst avgir egne høringsuttalelser

Hovedelementer i NOU 2019:24

- Modell for fordeling av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene i en to-delt finansieringsmodell
 - Behovsindeks for behandling
 - Kostnadsindeks for behandling
 - Ressursbehovsindeks for prehospitaltjenester og pasientreier
 - Omfordeling knyttet til pasientmobilitet, somatikk
- Samlet finansiering av drift og investeringer
- Robust overfor endringer i ISF-andel

Innretning på høringsuttalelse

Innledende kapitler i NOU 2019:24 (kap 1 – 5)

- Mandat, utvalgets sammensetning, arbeidsform (kap1)
- Sammendrag (kap 2)
- Om helseforetaksmodellen og regionale helseforetaks oppgaver, inntekter og finansieringssystem (kap 3)
- Inntektsfordelingssystemene for spesialisthelsetjenesten fra 1986 til 2019 (Kap 4)
- Inntektsfordelingssystemer i enkelte andre land (kap 5)

Utvalgets tilnærming til arbeidet og utvalgets vurderinger/forslag (kap 6 – 13)

- Utvalgets tilnærming til arbeidet (kap 6)
- Behandling av forskjeller i behov for helsetjenester (kap 7)
- Behandling av kostnadsforskjeller mellom de regionale helseforetak (kap 8)
- Prehospitale tjenester og pasientreiser (kap 9)
- Forskning, utdanning, nasjonale tjenester og høyspesialisert medisin (kap 10)
- Annet (kap 11)
- Utvalgets forslag til inntektsfordelingsmodell (kap 12)
- Økonomiske og administrative konsekvenser (kap 13)

- Hovedfokus i høringsuttalelsen vil være på utvalgets tilnærming til arbeidet og utvalgets vurderinger/forslag
- Helse Sør-Øst RHF har uttalelse til kapitlene 6, 7, 8 og 11, samt til helhetsvurderinger, spesielt knyttet til feil oppdaget i etterkant og utvalgets samlede vurdering

Overordnet vurdering

- Bruk av individdata over forbruk av helsetjenester fra Norsk Pasientregister koblet med sosioøkonomiske data fra Statistisk sentralbyrå i behovsanalysene gir et godt grunnlag for å vurdere regionale behov for helsetjenester
- Metodiske svakheter i analysene av kostnader
 - Usikkerhet til resultatet av analysene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hovedsakelig på grunn av at det ikke foreligger et aktivitetsmål som ivaretar pasienttyngde
 - Det inngår et lavt antall enheter/observasjoner i analysene og det er avhengighet mellom observasjonene, hvilket gir usikre resultater
 - Det er testet på mange variabler i analysene, hvilket kan føre til «overfitting» – at man finner sammenhenger som ikke er reelle eller så sterke som de fremstår
 - Det er vanskelig å skille mellom kostnadsulempen og hva som for eksempel skyldes forskjeller i driftseffektiviseringer
- Foreslått modell tar ikke hensyn til fremtidig befolkningsutvikling og legger dermed ikke til rette for å gjennomføre tilpasninger i bygg og utstyr til et økt behov for regioner i vekst
- Bedre tilnærming enn i dagens modell til pasientmobilitet innen somatikk ved at behandlende region skal få dekket sine kostnader i henhold til kostnadsindeksen for somatikk for avtalt volum. For Helse Sør-Øst er kostnadsindeksen for somatikk tilnærmet lik faktiske kostnader. Dog må aktivitetsnivået oppdateres årlig

Kapittel 6 – Utvalgets tilnærming til arbeidet

Behov for helsetjenester

- Behov for helsetjenester i en region er lik summen av individuelle behov i befolkningen
- Det er ikke tilgjengelig informasjon om behov for helsetjenester, og tidligere forbruk antas derfor å være et godt mål på framtidig behov
- Utvalget har lagt til grunn at et individs behov for helsetjenester er knyttet til fire typer kriterier:
 - Alder
 - Sosiale og økonomiske forhold
 - Helserelaterte forhold
 - Bosted
- I analysene kontrolleres det for kapasitet både i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten

Vurderinger fra HSØ:

- Forbruk av helsetjenester som mål på behov for helsetjenester kan bidra til å forsterke skjevheter
- Innen enkelte områder kan det være underforbruk av helsetjenester, spesielt innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det kan være variasjon i hvilke utslag dette gir mellom de regionale helseforetakene

Kapittel 7 – Behandling av forskjeller i behov for helsetjenester

Vedlegg 2 og 3 – Aktivitetsmål innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det antatt at forskjeller i pasientsammensetning i stor grad gir seg utslag i forskjeller i liggetider. Ut fra dette er det beregnet et aktivitetsmål:
 - Liggedøgn i psykiatriske sykehus er gitt vekt 1. Øvrige vekter (liggedøgn DPS og polikliniske konsultasjoner) er beregnet ut fra andel enhetskostnader i SAMDATA
 - Det er ingen egen beregning for enhetskostnader dagbehandling, og vekten for disse er beregnet som gjennomsnittet av et døgnopphold og en poliklinisk konsultasjon
- Det er satt et aldersskille mellom psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge ved 18 år
 - Unge fra 0 – 17 år kan også ha oppholdsdøgn innen psykisk helsevern for voksne
 - Unge på 18 år og eldre kan også bli behandlet innen psykisk helsevern for barn og unge

Vurderinger fra HSØ:

- Aktivitetsmålet gjenspeiler ikke pasienttyngde og ressursbruk
- Det er ulik ressursbruk innen hvert omsorgsnivå, og særskilt ressurskrevende pasienter fanges ikke opp i analysene
- Et mål om fortsatt utvikling fra døgn til poliklinisk behandling blir ikke reflektert i aktivitetsmålet
- Aktivitet og kostnader kan være analysert på ulikt tjenestenivå i og med aldersskillet mellom psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern barn/unge

Kapittel 8 – Behandling av kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak

Vedlegg 4 – Kostnadsanalyser somatikk

- Kostnader per DRG-poeng fra SAMDATA brukes som et uttrykk for kostnadsforskjeller mellom regionene
- Analysene omfatter data fra 22 helseforetak over tre år, til sammen 66 observasjoner
- Utført sensitivitetsanalyser
- Følgende variabler viser en sammenheng med kostnadsnivået:
 - Forskningspoeng per 1000 DRG-poeng
 - Antall leger i spesialisering per 1000 DRG-poeng
 - Reisetid til 20 000 innbyggere
- Brutto driftsutgifter benyttes som et mål på størrelse og skal fange opp små- og stordriftsulemper

Vurderinger fra HSØ:

- Analysene bygger få og avhengige observasjoner
- Det er unormalt høy sammenheng, «overfitting», mellom de få variablene som viser sammenheng med kostnadsvariasjonen mellom regionene
- Det er testet på mange variabler i analysene, hvilket kan føre til at man finner sammenhenger som egentlig ikke er tilstede

Kapittel 8 – Behandling av kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak

Vedlegg 4 – Kostnadsanalyser psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

- Analysene er gjennomført på data fra 2017 og omfatter data fra 21 helseforetak, hvilket gir 21 observasjoner
- Ingen av de testede variablene viser signifikant sammenheng med kostnadsnivået per helseforetak

Psykisk helsevern for barn og unge:

- Analysene er gjennomført på data fra 2016 og 2017 og omfatter data fra 21 helseforetak, hvilket gir tilsammen 42 observasjoner
- Ingen av de testede variablene viser signifikant sammenheng med kostnadsnivået per helseforetak

Vurderinger fra HSØ:

- Analysene bygger på få observasjoner
- For barn og unge er det avhengige observasjoner på grunn av bruk av to års data fra samme helseforetak

Kapittel 8 – Behandling av kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak

Somatikk

- Systematiske kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak som ligger utenfor egen kontroll skal kompenseres
- Utvalget konstaterer at kostnadsnivået i Helse Nord har steget betydelig relativt til de andre regionene
 - Svakere aktivitetsvekst enn i andre regioner
 - Utvalget har ikke grunnlag for å si om lønnsutviklingen i Helse Nord er annerledes enn i andre regioner
 - Betydelig høyere innleiekoster knyttet til leger enn andre regioner
- Innvekting av beregnet kostnadsnivå (75%) og faktisk kostnadsnivå (25%) tar hensyn til:
 - At analysene er basert på et lite antall observasjoner
 - Kan være forhold som påvirker kostnadsnivået og som ikke fanges godt nok opp i analysene
 - Usikkerhet til variabelen forskningsaktivitet i Helse Midt-Norge

Vurderinger fra HSØ

- Det er flere årsaker til variasjon i kostnader enn de som ligger utenfor regionenes egen kontroll
 - Ulik organisering
 - Ulike prioriteringer
 - Ulik grad av effektivisering
- En økning i kostnader fra perioden lagt til grunn i dagens modell, relativt til andre regioner, gir økt kostnadskompensasjon
- Effektivisering i en region kan bidra til lavere kostnadskompensasjon, samtidig som det kan gi høyere kompensasjon til andre regioner

Kapittel 8 – Behandling av kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling

- Det er vanskeligere å sammenligne kostnadsnivået innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikk, på grunn av at det ikke foreligger et aktivitetsmål som tar hensyn til forskjeller i pasienttyngde
- Utvalget konstaterer at det er forskjeller i kostnadsnivå innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Ut fra analysene kan ikke utvalget forkaste en hypotese om at det ikke er systematiske kostnadsforskjeller innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vurderinger fra HSØ:

- Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets vurdering om at det er behov for bedre informasjon om faktisk pasientsammensetning for å forbedre kvaliteten både på behovs- og kostnadsanalysene
- Svakheter i aktivitetsmålet kan bidra til at man ikke klarer å identifisere årsaker til kostnadsforskjeller

Kapittel 8 – Behandling av kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak

Skjønnsmessig vekting innen psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Større usikkerhet til aktivitetsmålet innen psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikk, og det er et behov for bedre informasjon om faktisk pasientsammensetning
- Utvalget finner det vanskelig å argumentere for at man skal legge mer vekt på faktiske kostnader enn for somatiske tjenester, og foreslår derfor en kostnadsindeks som er vektet med 75 prosent på beregnet kostnadsnivå (=1) og 25 prosent på faktisk kostnadsnivå
- Det er avgitt merknad fra utvalgsmedlemmene Sandset og Gaaserød:
 - Med foreslått innvekting risikerer utvalget å undervurdere svakhetene i datagrunnlaget og gjennomførte analyser, både for behovsindeks og kostnadsindeks
 - Risiko for at faktisk ressursbehov ikke finansieres i tilstrekkelig grad

Vurderinger fra HSØ:

- Helse Sør-Øst RHF støtter merknaden fra Sandset og Gaaserød
- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyt prioriterte områder, og å foreta fordeling basert på et usikkert grunnlag kan påvirke tjenestetilbudet i en uønsket retning

Kapittel 11 – Annet

Kapital

- I dagens modell er det en utjevning av forskjeller i kapitalbeholdning, ved at det omfordes fra de regionale helseforetak med egne kapitalfinansiert kapitalbeholdning over gjennomsnittet til de med egen kapitalfinansiert kapitalbeholdning under gjennomsnittet
- Dagens system med særskilt behandling av inntekter til kapital har ikke ført til en utjevning av kapitalbeholdningen mellom de regionale helseforetakene
- Ordningen foreslås avvirket

Vurderinger fra HSØ:

- Vesentlige investeringer tar tid å gjennomføre, og i utvalgets vurderinger av skjevheten mellom regionene burde vedtatte prosjekter vært inkludert
- I følge data fra Statistisk sentralbyrå, har regionene ulik forventet befolkningsvekst. Foreslått modell tar ikke hensyn til fremtidig utvikling, og legger dermed ikke til rette for å gjennomføre tilpasninger i bygg og utstyr til et økt behov for regioner i vekst

Kapittel 11 – Annet

Gjestepasientoppgjør somatikk

- Utvalget mener det er naturlig å skille mellom avtalt og ikke avtalt gjestepasientvolum
- Avtalt gjestepasientvolum vil være pasienter som av geografisk årsak benytter annet sykehus og pasienter som benytter høyspesialiserte tjenester
 - Innen disse områdene vil behandlende sykehus dimensjonere sin kapasitet ut fra forventet antall gjestepasienter
- For å håndtere pasientmobilitet er det lagt til grunn at behandlende region får et gjestepasientoppgjør basert på behandlende regions kostnadsindeks
- Nivået settes til gjennomsnittet av årene 2016 og 2017, og det foreslås at nivået låses
- Ved større strukturelle endringer bør departementet vurdere om nivået skal endres

Vurderinger fra HSØ:

- Fra og med 2018 ble det vesentlig endring i DRG-vektene både som følge av nytt grunnlag for beregning av vekter (KPP) og innføring av nøytral merverdiavgift. DRG-vektene fra 2018 burde derfor vært benyttet
- Aktivitetsnivået må oppdateres årlig, og som et minimum settes til nivået i 2018

Øvrige tilbakemeldinger

Kvalitetssikring og involvering av de regionale helseforetak

- Det er oppdaget feil i NOU 2019:24, meddelt av Helse- og omsorgsdepartementet den 27. januar 2020
- Feilen påvirket totale beregnede omfordelingseffekter mellom de fire regionale helseforetakene

Vurderinger fra HSØ:

- Anbefalingene i NOU 2019:24 er basert på analyser og skjønnsmessige vurderinger, både innenfor enkeltområder og i en helhetsvurdering knyttet til omfordelingseffektene
- At det ble oppdaget feil i etterkant betyr at utvalget ikke hadde den helhetlige oversikten ved avgivelse av NOU 2019:24. Det kan ha påvirket den samlede vurderingen