

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464
7501 STJØRDAL

Vår ref.:
2020/8384 - 8892/2020

Deres ref.:

Saksbehandler:
Tor Åm

Dato:
30.11.2020

Høring fra Helse Nord-Trøndelag på justering av inntektsfordelingsmodellen for HF-ene i Helse Midt-Norge

Det vises til brev fra Helse Midt-Norge RHF av 23.10.2020 vedrørende høring av ny foreslått modell for inntektsfordeling i Helse Midt-Norge. Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) er bedt om å avgi høringsuttalelse.

Styret i HNT behandlet saken i møte 09.11.2020 (sak 72/20). I tillegg har styret i etterkant av styremøtet, ved bruk av e-postbehandling - godkjent administrerende direktørs oppdaterte hørings svar.

Hørings svar inntektsfordelingsmodell for HF-ene i Helse Midt-Norge

Inntektsfordelingen mellom helseforetakene i Midt-Norge er av stor betydning for at vi skal være i stand til å oppfylle prinsippet om lik rett til behandling i spesialisthelsetjenesten uavhengig av bosted. Det er derfor prisverdig at HMN har initiert et arbeid for å justere eksisterende modell, som bygger på et begrenset datautvalg, og en utredning som er mer enn 10 år gammel. Resultatene viser også behovet for gjennomgang.

Forslaget til justert modell for HMN bygger på prinsippene, resultatene og forslaget fra Magnussen 2-utvalget til modell for fordeling mellom regionene. HNT mener at dette er en klar styrke og bidrar til å gi forslaget legitimitet. Samtidig viser arbeidet med høringsutkastet at modellen anvendt innenfor en region kan gi utslag som gir grunnlag for å vurdere regionale tilpasninger. HNT vil nedenfor kommentere de regionale tilpasninger som er foreslått og tema som det spesielt er bedt om vurderinger av, og avslutningsvis summere opp våre synspunkter.

Gjestepasientoppgjør

De relative økonomiske konsekvensene av endringer i det interne gjestepasientoppgjøret er vesentlig større enn endringer i den «ordinære» inntektsfordelingen. Dette skyldes både at tidligere ordning har gitt lav kostnadsdekning for behandlende foretak, men også at St. Olavs hospital (STO) som behandlende foretak har det høyeste kostnadsnivået.

For HNT innebærer endringen en økning i kostnadene på 65 MNOK, tilsvarende 32 prosent, på uendret volum av gjestepasienter. Med over 20 prosent gjestepasienter er det utvilsomt at flere av pasientene som kunne vært behandlet innenfor det tilbudet som gis av sykehusene i HNT, blir behandlet ved STO. Årsakene til dette er sammensatte, men en slik utvikling over tid vil kunne true grunnlaget for et godt tilbud av spesialisthelsetjenester ved lokalsykehusene, nær pasientens bosted.

HNT mener at den nye prismodellen for gjestepasienter gir en for god dekning til STO for det som reelt er «lokalsykehuspasienter», da det gir høyere inntekt for STO å behandle slike pasienter fra HNT og HMR enn «lokalsykehuspasienter» fra eget opptaksområde. I tillegg må man kunne anta at en andel av behandling av lokalsykehuspasienter kan foretas innenfor allerede eksisterende kostnadsnivå og at man da vil ha lavere marginalkostnader enn det som foreslås kompensert i ny modell. Å finne gode og riktige avgrensninger for en bedre modell er imidlertid svært krevende.

Magnussen 2-utvalget legger opp til en differensiering av pris for gjestepasienter knyttet til et avtalt volum. Dette temaet er ikke konkludert i høringsutkastet. HNT legger til grunn at avtalt volum, som prises til full kostnadsdekning, maksimalt kan utgjøre den mengden gjestepasienter som legges til grunn for beregningen i 2022.

HNT vil understreke betydningen av at høringsutkastets forutsetning om etablering av et målsatt gjensidig forpliktende samarbeid mellom HF-ene (og RHF-et), for å redusere omfanget av gjestepasienter, blir fulgt opp av alle parter med praktisk handling. Lykkes vi med dette, vil det ikke bare styrke våre lokalsykehus, men også frigjøre kapasitet ved STO som i dag går med til å behandle lokalsykehuspasienter fra andre områder. Med dette som premiss kan HNT akseptere at foreslått løsning for gjestepasientoppgjør legges til grunn.

Regionsykehusstilskudd og tilskuddets størrelse

Analysene viser at den statistiske utsagnskraften i Magnussen 2-utvalgets modell er lavere for HF-ene i Midt-Norge enn i andre regioner. Avviket kommer til uttrykk ved at STO har vesentlig høyere faktiske kostnader enn hva som estimeres som «riktig» kostnadsnivå i modellen, mens det motsatte er tilfelle for HMR. I andre regioner treffer estimert nivå gjennomgående bedre det faktiske kostnadsnivået for alle HF-ene.

Magnussen 2-utvalget tar, gjennom å vekte inn faktiske kostnader 25 prosent, høyde for at estimatene er beheftet med noe usikkerhet. Det fremgår av høringsutkastet at det er vurdert en høyere vektning av faktiske kostnader som en skjønnsmessig kompensasjon til STO for usikkerhet i modellberegningene, men man har konkludert med å velge en modell med et regionsykehusstilskudd i stedet. Usikkerheten synes primært å være knyttet til om den nasjonale modellen i stor nok grad reflekterer ulikhet i størrelse mellom helseforetakene i HMN. HNT er enig i at denne usikkerheten kan gi grunnlag for en kompensasjon til STO.

HNT kan derfor slutte seg til en løsning med et regionsykehusstilskudd, men vil bemerke at modellens parametere allerede skal ta hensyn til kostnadsulemper som et regionsykehus har. Dette må reflekteres i tilskuddets størrelse. Hertil kommer en vesentlig økt finansiering til STO i modellens foreslåtte løsning for gjestepasienter.

For å ramme inn bruken av skjønn ved fastsettelse av størrelsen på regionsykehustilskuddet, mener HNT at det er naturlig å se hen til vurderingene fra de «uavhengige» representantene i arbeidsgruppa, som også har tatt del i det nasjonale arbeidet med modellen. Dette indikerer at en beregning av regionsykehustilskuddet kan tilsvare effektene av en vekting 50/50 mellom estimert og faktisk kostnadsnivå.

Etter HNTs vurdering bør derved regionsykehustilskuddet ligge i området 50 MNOK. Det er naturlig å videreføre nivået inntil den neste gjennomgangen av modellen. I praksis må HMR og HNT finansiere tilskuddet av egen basisramme. Fordelingen av denne finansieringen må reflektere effekten om det hadde blitt gjort en tilsvarende endret vekting i Magnussen 2-utvalgets modell, altså med om lag 40 MNOK fra HMR og 10 MNOK fra HNT.

For å sikre inntektsfordelingsmodellens legitimitet og aksept for fordelingseffektene, er det av avgjørende betydning at forankringen i Magnussen 2-utvalget opprettholdes, og at det ikke innføres kompensasjonsordning basert på mer eller mindre vilkårlig skjønn og av en størrelse som vesentlig endrer effektene ved bruk av modellen. Tidligere modell har 55 prosent vekting på estimerte kostnader, og med en ny modell med vesentlig forbedret kvalitet i datagrunnlaget, bør vekten på estimert kostnadsnivå uansett ikke settes lavere enn 50.

Styret i HMN har lagt til grunn i mandatet at arbeidet med ny modell for inntektsfordeling i HMN skal bygge på Magnussen 2-utvalgets prinsipper. Etablering av et eget regionsykehustilskudd er ikke i samsvar med disse prinsipper, og kan kun forsvares om tilskuddet gir omfordelingseffekter som også kan fremkomme ved en rimelig justering av modellens parametere.

Et regionsykehustilskudd som er vesentlig høyere enn 50 MNOK medfører at fordelingen er utenfor rammene for en rimelig justering av kostnadskomponenten i Magnussen 2-utvalgets modell. De ulike komponentene i Magnussen 2-utvalgets modell henger nøye sammen. Konsekvensen av et regionsykehustilskudd vesentlig høyere enn 50 MNOK vil derfor være at HNT ikke lenger kan gi støtte til forslaget for de andre komponentene i modellen, som endringene i gjestepasientoppgjøret.

Implementeringsperiode

Helseforetakene er bedt om å vurdere om de økonomiske effektene av endringer i inntektsfordelingen bør implementeres over tre eller fire år. Gitt det foreliggende forslaget og en størrelse på regionsykehustilskuddet som foreslås fra HNT, vil en tilpasning over tre år gi behov for en tilpasning på om lag 1,2 prosent årlig av basisrammen for STO.

Dette er om lag på nivå med årlig omstillingsbehov som HNT ble stilt overfor ved endring av opptaksområde. Omfanget er videre lavere enn de endringer som foretakene fra tid til annen må gjennomføre som følge av endringer i eksisterende modell eller for å tilpasse eget kostnadsnivå. Det bør også tillegges vekt at datamaterialet indikerer at endringene burde vært gjennomført for flere år siden. I tillegg vedtas forslaget til justering av modellen mer enn ett år før det får virkning. Dette gir i realiteten en tilpasningsperiode i driften på fire år. HNT ser ingen tungtveiende argumenter for at implementeringsperioden bør streke seg ut over tre år.

Oppsummering

HNT støtter at behovsindekser og kostnadsindekser for somatikk fra Magnussen 2-utvalget, herunder vektning av estimert og faktisk kostnadsnivå, legges til grunn også for den interne inntektsfordelingen i regionen. Forslaget til inntektsfordeling for PHV og TSB gis også tilslutning.

HNT slutter seg til modellen for fordeling av gjestepasientoppgjør og den årlige reguleringen av denne. Vi vil understreke betydningen av forutsetningen om å etablere et gjensidig og målsatt samarbeid mellom helseforetakene og HMN slik at en større del av befolkningen får dekket sitt behov for spesialisthelsetjenester nært sitt bosted.

HNT ser at den nasjonale modellen, dersom den anvendes regionalt uten tilpasninger, kan medføre at differensieringen mellom kostnadsnivået ved regionsykehuset og lokalsykehusene kan bli noe mindre enn det som bør legges til grunn. HNT støtter derfor etableringen av et regionsykehustilskudd.

Regionsykehustilskuddets størrelse må forankres i Magnussen 2-utvalgets modell og ikke ha en størrelse som svekker legitimiteten til inntektsfordelingen i HMN. HNT mener at regionsykehustilskuddets størrelse bør ligge i området 50 MNOK.

Et regionsykehustilskudd som er vesentlig høyere enn dette nivået vil medføre brudd på prinsippene som skal legges til grunn for inntektsfordelingen, og HNT kan i så fall heller ikke støtte andre deler av forslaget, som prinsipper for gjestepasientoppjøret.

Alternativet for styret i HMN til å vedta et tilskudd som reflekterer prinsippene i Magnussen 2-utvalget, vil være å starte et nytt utredningsarbeid for HMN.

HNT mener at endringenes økonomiske betydning for hvert enkelt helseforetak, sammenlignet med andre endringer som har medført minst samme relative effekt, innebærer at en implementeringsperiode på maksimalt tre år er tilstrekkelig.

Med hilsen

Tor Åm
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevet signatur