



30. november 2020

Höringsvar inntektsfordeling Helse Midt-Norge RHF (HMN)

Fordelingen av økonomiske ressurser i vårt helsevesen er basert på en målsetting om at den skal danne grunnlaget for at alle innbyggere skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Dette er en bredt forankret politisk beslutning. For å sikre en objektiv og likeverdig finansiering benyttes den nasjonale "Magnussen modellen", som først ble utarbeidet i 2008. Den baserer seg på et utvalg av variabler for å beregne befolkningens behov for helsehjelp (behovsindeks). I tillegg inkluderes det variabler for å beregne kostnaden relatert til å levere denne helsehjelpen (kostnadsindeks).

Innføringen av Magnussen 1 modellen i 2012 medførte omfattende endringer i finansieringen av våre sykehus i Helse Midt-Norge (HMN). St. Olavs Hospital har nå hatt sammenhengende overskudd i denne perioden, mens våre distriktssykehus har hatt betydelig svekket driftsresultat, med meget krevende økonomiske omstillingsprosesser som konsekvens. Den gamle modellen har nå blitt oppdatert gjennom en nasjonal offentlig utredning (NOU 2019:24) bestilt av regjeringen. Den nye modellen baserer seg på et oppdatert og bedre beslutningsgrunnlag, og Magnussen utvalget mener den nye modellen er mer presis og bedre reflekterer befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Denne omtales som "Magnussen 2 modellen". For å ta høyde for usikkerhet i beregningene justeres det for de faktiske kostnadene (historiske kostnadene) som helseforetakene har hatt. I Magnussen 1 var usikkerheten knyttet til modellen noe høy og balansen ble derfor satt til 55/45 mellom estimert og faktisk nivå. Nå vektet estimert behov 75, mens faktisk kostnad er justert ned til 25. Det reflekterer at beslutningsgrunnlaget er mer nøyaktig og pålitelig.

HMN skal nå vurdere hvordan denne modellen skal legges til grunn for finansiering av hvert enkelt lokale helseforetak. Det har fra starten vært betraktelige utfordringer knyttet til håndtering av denne prosessen, som blant annet resulterte i et historisk samlet ordførerbrev fra Møre og Romsdal med kritikk. I tillegg har både Nord-Trøndelag Legeförening og Møre og Romsdal Legeförening vært kritiske til hvordan HMN har lagt opp dette arbeidet. Vi ser med stor bekymring på utviklingen de siste uker og på hvordan konsekvensene av denne suboptimale håndteringen nå manifesterer seg.

Det mest nærliggende grunnlagsdokument som foreligger for denne høringen er den regionalt sammensatte arbeidsgruppens innstilling til hvordan lokal innfasing av Magnussen 2 bør foregå. Gruppen anbefaler at den anbefalte 75/25 vektningen fra det nasjonale Magnussen utvalget fastholdes. Føringerne fra HMN i høringsbrevet er også at denne skal legges til grunn. Vi registrerer videre at både arbeidsgruppen og alle helseforetakenes egne styrebehandlete høringsvar anerkjenner modellens behovsanalyse og at denne skal ligge fast. De vesentlige utfordringer er derfor utelukkende relatert til modellens kostnadsanalyser.



Det er vesentlig å bemerke at den oppdaterte behovsanalysen har identifisert et betraktelig større behov for helsehjelp i Helse Møre og Romsdal (HMR) og Helse Nord-Trøndelag (HNT) med påfølgende anbefalt økt finansiering på henholdsvis 313 (HMR) og 103 (HNT) millioner kroner årlig. Dette viser med høy sannsynlighet at distriktssykehusene har vært betraktelig underfinansiert over flere år under gammel modell. Videre viser beregninger i henhold til ny inntektsfordelingsmodell at finansieringen til St. Olavs bør reduseres med 415 millioner årlig, da gammel modell har overestimert dette behovet.

Samtidig anbefaler Magnussen 2 utvalget å øke kostnaden knyttet til gjestepasienter. Dette er hovedsakelig pasienter tilhørende primært HMR og HNT som behandles på St. Olavs. Nord-Trøndelag Legeforening støtter at kostnaden for gjestepasienter bedre gjenspeiler de høyere kostnadene tilknyttet pasientbehandling som St. Olavs har. Denne økte ekstrakostnaden er beregnet å utgjøre henholdsvis ca. 93 (HMR) og 66 (HNT) millioner årlig. Den økte kostnaden for gjestepasienter vil gi HMR og HNT et incentiv til å intensivere arbeidet med å tilby et behandlingstilbud for disse pasientene lokalt og bedre avlaste St. Olavs egen kapasitet som lokalsykehus.

Hvis Magnussen 2 modellen innføres som anbefalt på HMN sine sykehus med anbefalt omfordeling på inntektssiden, samt økt inntjening til St. Olavs for gjestepasienter, vil det økonomiske resultatet i HMN samlet sett understøttet målsettingen om likeverdige spesialisthelsetjenester. St. Olavs sitt driftsresultat ville blitt redusert fra 308 millioner i pluss til ca. 52 millioner i pluss (2019 tall). HMR ville gått fra negativt resultat på 75 millioner til 145 millioner i pluss og HNT fra negativt resultat på 30 millioner til ca. 7 millioner i pluss. Dette er omtrentlige tall som ikke er prisjustert. Vi ville altså fått positive driftsresultat på alle våre sykehus og styrket økonomisk fleksibilitet for videre utvikling og tilrettelegging for god pasientbehandling i distriktene.

Derfor ser vi nå med stor bekymring på St. Olavs sitt høringssvar som argumenterer for at deres kostnader, som er betraktelig høyere enn hva Magnussen modellen skulle tilsi, er helt uforskyldt. Som argumentasjon for dette sammenlikner de St. Olavs kostnader mot regionssykehusene UNN og OUS. Både UNN og OUS er av Magnussen 2 utvalget fremhevet som regionssykehus med særskilt høye kostnader relatert til henholdsvis geografiske utfordringer og nasjonalt ansvar. St. Olavs har derimot betraktelig høyere kostnader sammenliknet med tilsvarende regionssykehus som SUS og Haukeland. For lokalsykehusene ligger HNTs kostnader rett under hva Magnussen 2 modellen estimerer, mens HMR har betraktelig lavere kostnader. Det er nærliggende å tro at St. Olav har et effektiviseringspotensiale for å redusere sine driftskostnader.

Høringssvaret fra St. Olavs fremstår delvis frikoblet fra HMNs føringer, innstillingen fra den regionale arbeidsgruppen og periodevis deres egen argumentasjon.

For å kompensere St. Olavs avvikende høye driftskostnader fremmet styret et ønske om minst 300 millioner årlig i særskilt finansiering. Dette er penger de mener skal hentes fra distriktssykehusenes bevilgninger, og dermed svekke helsetilbudet til pasientene i



Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Dersom dette implementeres vil det mer en komplett reversere Magnussen 2 utvalgets arbeid. Vi vil her påpeke at hele kostnadskomponenten i en 75/25 fordeling, som St. Olavs selv legger til grunn, er 243 millioner totalt. Enhver krone over dette vil måtte trekkes fra finansieringen avsatt fra behovsanalysen i modellen, som alle involverte parter har anerkjent. Det fremstår som et helseøkonomisk paradoks og er ikke troverdig.

Nord-Trøndelag Legeforening vil understreke at konklusjonen fra den regionale arbeidsgruppen er at de ikke har klart å påvise en objektiv årsak til hvorfor St.

Olavs har høyere driftsutgifter enn estimert nivå og ligger høyere enn

sammenlignbare sykehus. Arbeidsgruppen angir: *“Det kan ikke uten videre antas at disse forskjellene i estimert og faktisk kostnadsnivå i sin helhet er knyttet til effektivitetsforskjeller.”* Dersom St. Olavs skal få kompensert sine høye driftskostnader ytterligere er det et minimumskrav at de selv må bevise at de ikke har ytterligere effektiviseringspotensiale på grunn av forhold som er utenfor deres kontroll.

Distriktssykehusene har ikke fått en slik omvendt bevisbyrde i sine økonomiske omstillingsprosesser, der blir kostnadsavvik vurdert som selvforskyldt med mindre det foreligger dokumentasjon på det motsatte. Videre vil vi påpeke at det allerede ligger inne en kompensasjon for eventuelle unøyaktigheter i modellens estimering av kostnadsnivå, siden modellen også hensyntar de faktiske kostnadene et helseforetak har med 25%. Vi kan ikke se at det foreligger dokumentasjon på et regiontilskudd til St. Olavs hospital.

*Vi er glade for at vi opplever et betraktelig bedre samarbeid med våre kolleger ved St. Olavs på faglig nivå, enn det som det legges opp til i denne økonomisk-administrative prosessen. Et regiontilskudd som foreslått fra St. Olavs styre ville grovt sett tatt 200 millioner fra pasientene i HMR og 100 millioner fra pasientene i HNT. **Det ville kombinert med Magnussen 2 modellen økt St. Olavs sitt driftsresultat (2019 tall) fra 308 millioner i pluss til 352 millioner, mens HMR ville endt på 55 millioner i minus og HNT 93 millioner i minus.** Dette fremstår ikke i tråd med målsettingen om å sikre befolkningen tilgang til likeverdige helsetjenester i hele Midt-Norge.*

Nord-Trøndelag Legeforening mener at den oppdaterte Magnussen 2 modellen er presis og godt faglig begrunnet. Den hensyntar befolkningens behov og kompenserer for usikkerhet og kostnadsdrivende faktorer. Den bør innføres internt i HMN som anbefalt, med 75/25 fordeling. Videre registrerer vi at det vil gi positive driftsimplikasjoner for alle lokalsykehus i HMN og at den gamle modellens underfinansiering av lokalsykehusene nå tar slutt. Dette forutsetter naturlig nok at ikke lokalsykehusene må finansiere ekstra budsjettoverskudd til St. Olavs gjennom et nytt regionstilskudd. Modellen gir videre et handlingsrom til å bygge kapasitet i distriktene for å avlaste St. Olavs, redusere tilstrømmingen av gjestepasienter og tilby et godt tjenestetilbud til sykehusenes egne pasienter. Utflytting av oppgaver og prosedyrer fra regionsykehuset til lokalsykehusene er i tråd med føringene fra helseministeren i oppdragsbrevet til helseforetakene, dette er ikke fulgt opp av HMN til nå.



Nord-Trøndelag
legeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Vi ser med stor bekymring på det manglende grunnlaget tilknyttet analysene fra St. Olavs relatert til et regiontilskudd, og at dette potensielt undergraver hele forutsetningen for høringsprosessen HMN har lagt opp til.

Vi vil i likhet med Møre og Romsdal Legeforening påpeke at vi oppfatter at prosessen og høringsbrevet fra HMN har en uheldig slagside i argumentasjonen for regiontilskudd, og understreker at det er vesentlig at styret i HMN tar flere grep for å sikre tillit til den kommende beslutningsprosessen.

Styret i Nord-Trøndelag Legeforening ved:

Ole Kristian Forstrøen Thu
Styremedlem Nord-Trøndelag Legeforening
Foretakstillitsvalgt Yngre Legers Forening
Helse Nord Trøndelag HF

Dragan Zerajic
Leder Nord-Trøndelag Legeforening,
Allmennlegeforeningen

Mathis Heibert
Nestleder Nord-Trøndelag Legeforening,
Hovedtillitsvalgt Overlegeforeningen, Sykehuset Namsos,
Helse Nord-Trøndelag HF

Jens Olaf Kleinau
Styremedlem Nord-Trøndelag Legeforening,
Foretakstillitsvalgt Overlegeforeningen
Helse Nord-Trøndelag HF

Børge Winther
Styremedlem Nord-Trøndelag Legeforening
Allmennlegeforeningen

Christine Agdestein
Styremedlem Nord-Trøndelag Legeforening
Allmennlegeforeningen

Ragnhild Aunsmo
Styremedlem Nord-Trøndelag Legeforening
Leger i samfunnsmedisinsk arbeid

Tom A. Julsrud
Styremedlem Nord-Trøndelag Legeforening
Praktiserende spesialisters landsforening