

Alle til lags ... om fordeling av inntekter mellom helseforetak

Michael 2017; 14: Supplement 19, 60–7.

Ansvarer for at befolkningen får dekket sitt behov for helsetjenester er i Norge delegert til kommuner (primærhelsetjenesten) og regionale helseforetak (spesialisthelsetjenesten). For å sikre innbyggerne lik tilgang til tjenester benyttes inntektsutjevneende, behovsbaserte tilskudd. Disse tilskuddene er basert på et sett kriterier, som igjen vil være resultatet av en faglig og en politisk prosess. I denne artikkelen gjennomgås de to siste revisjoner av inntektsfordelingsmodellen for spesialisthelsetjenester, og vi diskuterer kort hvilke utfordringer man vil måtte håndtere ved framtidige revisjoner

Innledning

Helsetjenesten i Norge, som i de andre nordiske landene, har historisk vært bygget opp med kommune og fylkeskommune som sentrale beslutningsenheter. En slik desentralisert modell gir muligheter for å tilpasse tjenestene til lokale preferanser og lokale behov, men om de økonomiske rammevilkårene er forskjellige kan dette også gi opphav til geografiske forskjeller i bruk av og tilgang til tjenester. Dermed oppstår en potensiell konflikt med et vesentlig prinsipp for helsetjenesten; lik tilgang til tjenester. For å unngå at forskjeller i økonomiske rammebetingelser skal forsterke preferansemotiverte forskjeller i tilgang til tjenester benyttes derfor inntektsutjevneende tilskudd fra stat til kommuner og fylkeskommune.

Inntektsutjevneende tilskudd kan være generelle eller øremerkede. Generelle tilskudd stiller mottakeren fritt i prioritering av bruk av inntektene på ulike typer tjenester. Forskjell i prioriteringer kan dermed, selv om de økonomiske rammevilkårene er like, gi forskjeller i tjenestetilbudet. I Norge var de inntektsutjevneende tilskuddene i utgangspunktet et sett av sektorspesifikke driftstilskudd. Ved omleggingen av inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene i 1986 ble dette imidlertid endret. Et system

med om lag 50 større og mindre statlige driftstilskudd ble gjort om til en ordning med bredere sektortilskudd supplert med et generelt rammetilskudd. I 1994 ble den lokale autonomien ytterligere styrket ved at sektortilskuddene ble slått sammen til ett inntektsutjevnenende tilskudd som dekket alle kommunale og fylkeskommunale oppgaver. Størrelsen på tilskuddet skulle reflektere mottakernes (relative) behov så vel som deres kostnadsmessige forutsetninger for å levere hele spekteret av tjenester, men mottakerne sto nå i prinsippet fritt til å fordele tilskuddet mellom ulike områder.

Før helseforetaksreformen i 2002 var sykehusene et fylkeskommunalt ansvar, og disse sto mot slutten av 1990-tallet for godt over halvparten av samlede fylkeskommunale driftsutgifter (1). Sykeshusdelen av det fylkeskommunale tilskuddet var basert på analyser av hvilke forhold som påvirket behovet for og kostnadene ved helsetjenester. Dette innebar at man tok hensyn til aldersfordeling, forskjeller i dødelighet, andel skilte under 60 år, og adel enslige og enslige forsørgere.

Det var imidlertid opp til hver enkelt fylkeskommune hvordan man ville anvende rammetilskuddet. Selv om fylkeskommunene med jevne mellomrom ble tilført ekstra midler for å kompensere for uforutsette (?) høye kostnader i sykehusene bidro en analyse av Terje P. Hagen (2) til å vise at en betydelig del av disse midlene «lakk» over til andre sektorer. Denne analysen fikk dermed betydning for to vesentlige helsepolitiske debatter; forholdet mellom rammefinansiering og stykkprisfinansiering og fylkeskommunenes evne til å sikre likt tilbud av helsetjenester til befolkningen. Fra juli 1997 ble finansieringsordningen lagt om fra en ren rammefinansiering til en blanding av stykkprisfinansiering (først 30 %) og rammefinansiering. Innføringen av stykkprisfinansiering innebar også at staten tok over en økende andel av finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Veggen mot full statlig overtakelse var lagt åpen.

Helseforetaksreformen og NOU 2003:1

Helseforetaksreformen, gjennomført på initiativ av regjeringen Stoltenberg og vedtatt av Stortinget i 2001, innebar at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenestene fra 2002. Selv om staten overtok eieransvaret valgte man å beholde det etablerte regionaliseringsprinsippet gjennom å delegeresørge-for ansvaret til fem regionale helseforetak, inndelt i tråd med de eksisterende regionene Sør, Øst, Vest, Midt-Norge og Nord. For inntektsfordelingen innebar reformen to vesentlige endringer: For det første måtte tildelingene nå (naturlig nok) øremerkes spesialisthelsetjenester, for det andre ble antall inntektsmottakere redusert fra 19 fylker til fem regionale helseforetak.

Et offentlig utvalg, ledet av Terje P Hagen ble nedsatt i 2002, og fikk som mandat å gjennomgå hele bevilgningssystemet til de regionale helseforetakene. Ett spesifikt punkt var å foreslå prinsipper for de aktivitetsuavhengige tilskudd mellom de regionale helseforetakene. Utvalgets rapport «Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten» (3) inneholdt en bred diskusjon av både bruken av innsatsstyrt finansiering, prinsipper for finansiering av investeringer, prinsipper for finansiering av forskning mv.¹ Det punktet som i ettertid vise seg å bli både den mest omdiskuterte og den helsepolitisk mest betydningsfulle delen av utvalgets rapport var imidlertid utvalgets forslag til prinsipper for fordeling av de aktivitetsuavhengige tilskuddene til de fem regionale helseforetakene.

Hagen-utvalgets forslag innebar at helsedelen av fordelingsmodellen som gjaldt for fylkeskommune ble erstattet med to nye kostnadsnøkler; én for somatiske tjenester og én for psykisk helsevern. Forslaget baserte seg på nye analyser; for psykisk helsevern med utgangspunkt i individdata, for somatiske tjenester med utgangspunkt i fylkeskommunale utgifter. Få observasjoner (det ble benyttet data for tre år, 1998–2000) og manglende informasjon om faktisk forbruk gjorde analysene for somatiske tjenester vanskelige og resultatene usikre. Selv om det ble inkludert sosioøkonomiske faktorer i analysene bidro disse ikke substansielt i forklaringen av forskjeller i utgifter til somatiske tjenester. Resultatet ble dermed en kostnadsnøkkel for somatiske tjenester hvor behovet for helsetjenester kun ble bestemt av alder. Til forskjell fra dette bestemte sosioøkonomiske faktorer om lag 40 % av behovet innen psykisk helsevern, hvor analysene altså var basert på et langt mer detaljert datasett. I tillegg inngikk reisetid til sykehus i fordelingsnøkkel for somatikk, og fanget i noen grad opp forskjeller i kostnadsnivå mellom sykehusene.

Enhver endring i kriteriene for inntektsfordeling vil gi vinnere og tapere. Hagen-utvalgets forslag til modell var ikke noe unntak, og en implementering av forslagene ville i særlig grad føre til lavere inntekter i Helse Nord. Departementet valgte i den påfølgende stortingsmeldingen (4) å dempe omfordelingseffektene ved kun å legge 50 % vekt på forslagene fra Hagen-utvalget og basere de siste 50 % på historisk fordeling av inntekter (slik de var i 2003). I tillegg ble det gitt et særskilt tilskudd til Helse Nord, finansiert ved uttrekk fra de regionale helseforetakene som kom godt ut av Hagen-utvalgets forslag; Helse Midt-Norge og Helse Vest.

Hagen-utvalgets forslag innebar en fordeling av inntekter til de regionale helseforetakene som tok utgangspunkt i deres sørge-for ansvar, med andre ord uavhengig av hvor pasientene ble behandlet. Det innebar at det også i

1 Her bør nevnes at forfatteren var medlem av utvalget, og neppe er helt uhildet i sin vurdering av rapportens kvalitet.

en statlig modell ville være behov for en gjestepasientordning, men nå mellom de regionale helseforetakene. Utvalgets intensjon var at detaljene i en slik oppgjørordning skulle komme som et resultat av avtaler mellom de regionale helseforetakene, samtidig som «kjøpende» RHF fikk valgfrihet i bruk av sykehus. I all hovedsak var dette et spørsmål om de andre regionale helseforetakene, og i særlig grad Helse Øst, sin bruk av Rikshospitalet. Igjen valgte departementet i sin oppfølging å se bort fra utvalgets sitt forslag, og videreførte en ordning med gjestepasientsubsidier til Rikshospitalet gjennom å omfordele ca. 1,3 milliarder fra rammen (5).

Det er liten tvil om at departementets tilpasninger til utvalgets forslag ga som resultat en inntektsfordeling som skapte til dels stor misnøye. Særlig var kritikken sterk fra Midt-Norge og Vestlandet, hvor man både opplevde å bli «fratatt» bevilgninger Hagen-utvalget mente man burde ha, og i tillegg ble trukket ekstra både for å finansiere er særtilskudd til Helse Nord. Også i Helse Nord var det imidlertid tilløp til misnøye. Her stilte man spørsmålstegn ved resultatene av analysene fra utvalget, og særlig fraværet av sosioøkonomiske faktorer i somatikk-nøkkelen.

Det oppsto også en faglig debatt i kjølevannet av NOU 2003:1. Carlsen (6) stilte spørsmålstegn ved fraværet av sosioøkonomiske variable i somatikk-nøkkelen. Han gjennomførte nye analyser, basert på mer detaljerte data over forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester på kommunenivå. Resultatene viste at sosioøkonomiske faktorer som inntekt, utdanning og andel uførepensjonister hadde konsekvenser for bruk av somatiske helsetjenester. De antydte også at geografiske og klimamessige forhold (målt gjennom kystlinje og temperatur) hadde betydning. Hagen (5) stilte imidlertid spørsmål ved disse analysene, og i særlig grad hvor stabile de var i forhold til valg av modellspesifikasjon. Han antydte også at den betydelige underfinansieringen av Helse Nord som Carlsen sine resultater påviste kunne være et utslag av at det ikke ble tatt hensyn til forbruk av tjenester hos private spesialister eller til det uttrekket som ble gjort for å finansiere gjestepasientene ved Rikshospitalet.

Nær fire år etter NOU 2003:1 sto man dermed i en situasjon hvor det både var politisk misnøye med og faglig uenighet om den modellen som i stor grad la rammevilkårene for de regionale helseforetakene sin mulighet til å utføre sitt samfunnsoppdrag. Det var på tide å dele ut kortene på nytt.

Revidert inntektsfordeling og Helse Sør-Øst

I desember 2006 satte regjeringen ned et nytt utvalg, ledet av Jon Magnussen, med mandat å gjennomgå modellen for inntektsfordeling mellom de regionale helseforetakene på nytt. På dette tidspunktet hadde de regionale

helseforetakene fått ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og for pasienttransport. Det var dermed, i tillegg til de faglige og politiske begrunnelsene, også praktiske begrunnelser for å gjøre et nytt arbeid.²

I arbeidet med en revidert inntektsfordelingsmodell kunne det nye utvalget trekke veksler på et betydelig forbedret datagrunnlag i sine analyser av behovet for somatiske tjenester. Analysene ble nå basert på forbruk av tjenester på såkalt celle-nivå, det vil si personer av samme kjønn, alder og innen samme kommune. Med forbruksdata fra 2004 og 2005 hadde man nå nær 77 000 observasjoner til rådighet (mens man i NOU 2003:1 baserte seg på 19 fylker * 3, altså 57 observasjoner.) I analysene kunne man også bygge både på analysene fra Carlsen (6) og fra det arbeidet som på dette tidspunktet var gjort med interne inntektsfordelingsmodeller i Helse Øst, Helse Vest og Helse Nord (7–9).

Forslaget til prinsipper for fordeling av aktivitetsuavhengige tilskudd ble presentert i NOU 2008:2 og avvek betydelig fra NOU 2003:1. I særlig grad gjaldt dette beregning av behovsindekser for somatiske spesialisthelsetjenester. Betydningen av alder var nå redusert til 58 %. Til gjengjeld ble en rekke sosioøkonomiske (trygd, sykemelding, utdanning), helse (dødelighet) og geografiske (klima og breddegrad) forhold inkludert. Magnussen-utvalget utarbeidet også en spesifikk regional kostnadsindeks hvor reisetid inngikk. Med denne indeksen ble behovet innen hver region justert i forhold til antatte (relative) kostnader ved å levere tjenester.

Også forslagene fra NOU 2008:2 medførte omfordeling mellom de regionale helseforetakene. Helse Sør og Helse Øst ble fusjonert mens utvalget arbeidet med sin innstilling. Det nyfusjonerte Helse Sør-Øst ville stå igjen som taper dersom utvalgets forslag til modell ble implementert, mens de tre andre regionale helseforetakene alle ville få økt sin andel av den samlede bevilgningen. Det ble dermed en diskusjon også om dette utvalgets arbeid. Særlig omstridt var den såkalte «klimavariabelen», en indeks som fanget opp sommer- og vintertemperatur, nedbør og breddegrad. Denne framkom i de statistiske analysene som klart signifikant, og også robust i forhold til valg av modellspesifikasjon. Det var imidlertid vanskeligere å finne andre studier som kunne støtte hvorfor klima og breddegrad skulle påvirke behovet for somatiske spesialisthelsetjenester, og særlig breddegradsdelen ble diskutert. Tre av utvalgets medlemmer – Terje P Hagen var den ene – valgte å uttrykke sin tvil gjennom en egen merknad. Til tross for dette anbefalte et samlet utvalg å inkludere klima og breddegrad i forslaget til nøkkel, dog med en vekt som tilsvarte 1/5 av det analysene antydte.

2 Forfatteren ledet dette utvalget, og er dermed enda mindre uhildet i sine vurderinger av dette arbeidet. Både Terje P. Hagen og Fredrik Carlsen var medlemmer.

Stortinget valgte, med noen mindre justeringer, å implementere forslagene fra Magnussen-utvalget. Også i NOU 2008:2 foreslo man et avtalebasert gjestepasientoppgjør mellom de regionale helseforetakene, men også denne gangen valgte departementet å gi et fast beløp i rammen til Helse Sør-Øst for å dekke merkostnadene ved disse. Fusjonen av Helse Sør og Helse Øst hadde imidlertid redusert problematikken rundt bruk av Rikshospitalet, og denne justeringen vakte få reaksjoner. Omfordelingskonsekvensene ble håndtert gjennom vekst i bevilgningene til Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest. Etter implementering av denne modellen har det vært tilnærmet politiske ro rundt fordelingen av inntekter mellom de regionale helseforetakene. Det betyr allikevel ikke at inntektsfordeling ikke lenger er noe helsepolitisk tema. Diskusjonene er imidlertid fremdeles heftige, men de er nå flyttet «ett hakk lenger ned», i fordelingen av inntekter innen RHFene.

Inntektsfordeling innen regionale helseforetak

De regionale helseforetakene eier de lokale helseforetakene, og skal fordele sine rammer mellom disse. Dette gir de samme prinsipielle utfordringene som en fordeling mellom regioner, men introduserer noen ytterligere kompliserende forhold. For det første vil strømmen av pasienter mellom lokale helseforetak relativt sett utgjøre en større andel av den samlede aktiviteten enn strømmen av pasienter mellom regioner. Dette gir utfordringer i forhold til det som i den fylkeskommunale modellen ble kalt gjestepasienter, og det som Terje P Hagen i sitt arbeid med inntektsfordeling internt i Helse Øst ga navnet «mobilitetskomponenten» (7). For det andre er befolkningsgrunnlaget til helseforetakene mindre, og det vil være større usikkerhet knyttet til beregninger av relativt behov (10). For det tredje vil det ved fordeling innen et RHF være større press for å ivareta lokale særtrekk, hva enten disse er historisk, strukturelt eller politisk begrunnet. Arbeidet med inntektsfordeling innen RHF kjennetegnes derfor av et større innslag av skjønn og lokale tilpasninger enn hva tilfellet er på nasjonalt nivå.

Det er derfor ikke overraskende at vi ser forskjeller mellom de fire regionale helseforetakene i hvordan man har utformet de interne inntektsfordelingsmodellene. Alle fire foretakene bygger imidlertid på de samme prinsipper som ble lagt først gjennom NOU 2003:1 og siden i 2008:2. Forskjellene ligger i bruk av analytisk tilnærming, i tolkning av resultater og i anvendelse av skjønn. De største forskjellene finner vi i håndtering av strukturelle kostnadsforskjeller. Her er det også minst å hente fra de nasjonale modellene. I NOU 2003:1 ble kostnadsforskjeller tatt hensyn til gjennom å inkludere reisetid til sykehus i kostnadsnøkkelen for somatikk, mens

man i NOU 2008:2 konstruerte en indeks som dels tar hensyn til reisetid og dels baseres på faktiske historiske kostnader. Det er gjort mange analyser av produktivitetsutvikling og produktivitetsforskjeller i Norske sykehus, men vi har fremdeles utfordringer i forhold til å skille strukturelle («uforskyldte») forskjeller fra forskjeller som skyldes ineffektivitet.

Framtiden

Helseforetaksmodellen er nå 15 år, og den er under press. De regionale helseforetakene kan fortsette som før, de kan bli flere eller de kan forsvinne. Også på helseforetaksnivå vil vi ventelig se endringer både i antall og i innhold. De prehospitale tjenestene spiller en stadig mer vesentlig rolle i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester. Behovet for en fordeling av ressurser som gjør at tilgangen til helsetjenester i så stor grad som mulig blir lik i ulike deler av landet vil dermed fortsatt være til stede. Lærdommen fra helseforetaksreformen i 2002 er at det kan være lurre å forberede en inntektsfordelingsmodell før snarere enn etter reformer er innført. Selv med detaljerte data og avanserte metoder vil store deler av de vurderingene som gjøres i arbeidet med inntektsmodeller er preget av skjønn. I så måte er den en del utfordringer som man allerede nå kan begynne å vurdere (10,11):

- Ønsker man at inntektsfordelingen skal bidra til horisontal eller til vertikal likhet? Sagt på en annen måte – ønsker man å jevne ut forskjeller i helsetilstand i befolkningen eller ønsker man «mest mulig helse for hver krone»? Dagens modell er et forsøksvis kompromiss mellom de to hensynene, men den er neppe hogget i stein.
- Hvilke faktorer vurderer man som «legitime» i forklaring av forskjeller i behov? Diskusjonene rundt klimavariabelen i dagens modell et eksempel, manglende hensyntagen til migrasjon i behovsindeksen for somatiske tjenester kan være en annen.
- Hvordan vektlegger vi behovet for ulike typer helsetjenester mot hverandre? Ønsker man for eksempel å styrke rusfeltet kan det være ønskelig å tillegge de forholdene som påvirker behovet for slike tjenester sterkere, og da på bekostning av andre tjenester.
- I hvilken grad og på hvilket grunnlag skal man kompensere for regionale (og lokale) forskjeller i kostnadsnivå? Å kompensere for strukturelle forhold vil bidra til å sementere dagens struktur. Det kan, men behøver ikke, være ønskelig.
- Hvordan, og i hvilken grad skal man ta hensyn til udekkede behov og, motsatt, skal man overse eller legge mindre vekt på forbruk av tjenester som antas å være lavere prioritert?

- Hva slags modellspesifikasjon skal benyttes, og hvordan skal man håndtere de usikkerheter som valg av modellspesifikasjon fører med seg?

Dette er spørsmål som er uavhengig av valg av modell, og som man nå utmerket godt kan begynne å diskutere. Det er mulig å gjennomføre analyser med en fleksibilitet som gjør at resultatene kan benyttes både i en revisjon av dagens fordeling mellom fire regionale helseforetak, i en fordeling mellom de 20 lokale helseforetakene vi i dag har, eller om man vil i alternative modeller.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. NOU 2008:2.
2. Hagen TP. *Effekter av øremerkede tilskudd til fylkeskommunene*. NIBR-notat 1996:112. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 1996.
3. Norges offentlige utredninger. *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. NOU 2003:1.
4. St. meld nr. 5 (2003–2004). *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*.
5. Hagen TP. Fordeling av ressurser til de regionale helseforetakene. *Økonomisk forum*. 2006;3:1–6.
6. Carlsen F. Betydningen av sosiale helseulikheter for overføringer til helseregionene. *Norsk økonomisk tidskrift*. 2006;120:1–24.
7. Hagen TP. *Inntektssystem for Helse Øst RHF*. HORN arbeidsnotat 2004/7. Oslo: Universitetet i Oslo, 2004.
8. Kaarbø OM. *Inntektssystem for helseforetakene i Helse vest*. Notatserie i helseøkonomi 12/2005. Bergen: Universitetet i Bergen, 2005.
9. Hagen TP. *Budsjettmodell for Helse Nord RHF*. HORN Skriftsserie 2007:3. Universitetet i Oslo, 2007.
10. Smith PC. *Formula funding of public services*. New York, NY: Routledge, 2007.
11. Magnussen J. Equal access for equal need? Constructing and implementing a capitation-based formula for the distribution of health care resources in Norway. *Int J Circumpolar Health*. 2010;69(5):448–61.

Jon Magnussen

Professor

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet

7491 Trondheim

jon.magnussen@ntnu.no