

## HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår ref.  
2023/339 - 9867/2023

Deres ref.

Saksbehandler  
Anna Margrete Kvål

Dato  
15.10.2023

### Oppdrag spesialisert fødselsomsorg

Viser til oppdragsdokument 2023 av 17. januar 2023 der Helse Midt-Norge RHF fikk oppdraget:

*Helse Midt-Norge RHF skal gjennomgå finansieringen av den spesialiserte fødselsomsorgen i egne helseforetak, og vurdere og iverksette ev. tiltak for å sikre at inntekts- og budsjettmodeller understøtter tjenesten på ønsket måte. Helse Midt-Norge RHF skal oppsummere vurderinger og tiltak til departementet innen 15. oktober 2023.*

#### Prosess

- I april sendte Helse Midt-Norge RHF ut følgende bestilling til helseforetakene i regionen:
  - 1) En beskrivelse av budsjettprosessen for fødeenhetene i helseforetaket for perioden 2023 og 2024.
  - 2) En beskrivelse av hvordan budsjettprosessen for fødeenhetene understøtter kravene til kvalitet, kompetanse og bemanning
  - 3) Ev. annen relevant informasjon i finansieringen av den spesialiserte fødselsomsorgen i det enkelte helseforetak

*Samlet ba vi om en helhetlig beskrivelse av budsjettprosessen, herunder iverksatte og aktuelle tiltak for å sikre at inntekts- og budsjettmodeller understøttet drift og tjenesten på ønsket måte.*

- I april, juni og august var saken opp i interregionalt økonomidirektørmøte der blant annet prosess og bestillingen til HF og deres vurderinger ble diskutert.
- I september var saken opp i fagledernetverket, regionalt fagdirektørmøte og økonomidirektørmøte der det ble drøftet om helseforetakene hadde forslag til aktuelle tiltak for å sikre at inntekts- og budsjettmodeller understøtter tjenesten på ønsket måte.

## Oppsummering av vurderinger i regionen

Generelt i regionen er det større fokus både på bemanning, kvalitet og kompetanse i fødselsomsorgen nå enn tidligere.

Samtidig er det flere utfordringer ved tjenesten i dag. Aktivitetsbasert finansiering gir utfordringer da det kreves beredskap ved fødeenhetene. Aktivitetsbasert finansiering støtter ikke like godt om tjenesten da man kun får inntekter ved antall fødsler ved enhetene. Utviklingen viser nedgang i antall fødsler som deretter gir lavere aktivitetsbaserte inntekter enn før. Likevel må beredskapen opprettholdes, og aktiviteten kan ikke påvirkes. Antall fødsler varierer også fra dag til dag, og innad i døgnet, og det er utfordrende å planlegge bemanning ved enhetene.

Noe som er spesielt for en fødeavdeling sammenlignet med de fleste andre avdelinger er at det er høy forekomst av spesialutdannet personell, der jordmødre utgjør størstedelen av bemanningen. Dette øker kostnadene ved fødeenhetene.

I tillegg øker graden av eldre og sykere fødende-kvinner som trenger utvidet pleiebehov og kompliserte behandlinger. Dette behovet vil vokse i årene fremover og det ser ikke ut til at ISF-satsene støtter like godt om mer kompliserte fødsler. Foretak med få antall fødsler og et høyt kostnadsnivå pr fødsel rammes hardt av at 40 prosent av finansieringsgrunnlaget er basert på et gjennomsnittlig kostnadsnivå i landet. Beredskapskostnadene er ikke godt nok fanget opp i vektene, og aktiviteten er ikke påvirkbar.

Under de forutsetningene at det ikke er noen endring i ISF-andelen på 40 prosent, jf. Prop. 1 S (2023-2024), så står Helse Midt-Norge ved innspill gitt i forbindelse med høring av *NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus* at dagens modell med 40 % innsatsstyrt finansiering (ISF) «fra første pasient» blir avviklet og erstattet med rammefinansiering som hovedmodell. Helse Midt-Norge mener dette gir bedre rom for styring av sektoren, og dempe uheldige insentivvirkninger av ISF-modellen, og støtter dette forslaget.

Regionen mener at fødselsomsorgen generelt blir ivaretatt og har ingen forslag til aktuelle tiltak for å sikre at inntekts- og budsjettmodeller understøtter tjenesten på ønsket måte.

## Oppsummering av svar fra hvert enkelt helseforetak

### Helse Nord-Trøndelag HF

HNT har en budsjett-teknisk løsning som tar utgangspunkt i det faktiske inntekts- og kostnadsnivå for foregående år. Dette utgangspunktet vil reflektere den aktivitet og ressursbruk som foretaket har hatt i året forut for budsjettåret, og må justeres for kjente endringer i det kommende året.

Bemanningsplanleggingen for jordmødre, barnepleier og sykepleiere er basert på årsplanlegging. For legegruppen er det rullerende turnus på Levanger og årsplan for legene på Namsos. Turnusene er tilpasset forventet aktivitet, med minimum to jordmødre på vakt på føden.

Kompetanseheving er et kontinuerlig arbeid i avdelingene. Internundervisning er satt i system og markert på ukeplanene til alle faggrupper. I 2015 ble avdelingene ISO-sertifisert.

Dette hjalp HNT med å fokusere bedre på internkontroll, og meldekultur for forbedring og avvikene er god.

Opptaksområdet til HNT strekker seg over et stort geografisk område, og begge sykehusene har fødeavdelinger. Følge- og beredskapstjenesten ivaretas i samarbeid med den kommunale jordmortjenesten, men det er spesialisthelsetjenesten som har det økonomiske ansvaret. HNT har om lag 2,5 millioner kroner i årlige utgifter til dette.

Aktivitetsbasert finansiering gir utfordringer i en sektor der behovet for akuttberedskap står sentralt. Dette blir særlig merkbart når nedgangen i antall fødsler gir reduksjon i ISF-inntekter og påfølgende budsjettkutt, uten at behovet for beredskap avtar tilsvarende. Verken det totale omfanget av fødsler eller forekomsten gjennom året kan påvirkes utenfra. Foretak med få antall fødsler og et høyt kostnadsnivå pr fødsel rammes hardt av at 40 prosent av finansieringsgrunnlaget er basert på et gjennomsnittlig kostnadsnivå i landet.

Som lokalsykehus utdanner HNT LIS tidligere i utdanningsløpet enn større sykehus. Dette krever mer kurs og opplæringsressurser og gir derfor også mindre inntekter enn hvis HNT har utdannet LIS som er mer selvstendig i poliklinisk arbeid og operativt arbeid senere i utdanningsløpet. Dette blir det tatt lite høyde for.

Det er vanskelig å opprettholde distriktstilbud (fødetilbud ved mindre sykehus) med den finansieringen som er i dag da det er lite fødsel ved mindre steder, færre jordmødre og også mindre inntekter, men ofte høyere kostnader.

### St. Olavs hospital HF

Kvinneklinikken er finansiert med en grunnfinansieringsramme som i 2023 tilsvarer i underkant av 53% av det totale budsjettet. Det øvrige av inntektssiden er bygget opp av ISF med cirka 39% av budsjettet, og en rest med øvrige inntekter, herunder med poliklinikkinntekter fra Helfo som den viktigste.

Aktivitetsbudsjettet på fødeavdelingen er satt sammen av inneliggende opphold, dagopphold og polikliniske opphold. De inneliggende oppholdene i budsjettet utgjør 19,8% av det totale antall sykehusopphold på Fødeavdelingen i 2023, men hele 86,6% av ISF inntektene. Til sammenligning utgjør polikliniske opphold hele 80,0% av antall opphold, men bare 13,3% av ISF inntektene.

Sentralt i budsjettprosessen for fødeavdelingen er antall fødsler som gir et forventet antall fødeopphold. Dette er et krevende mål å styre etter da antall fødsler svinger betydelig fra år til år. Sykehuset ser imidlertid at det jevnt over er en nedadgående trend i fødselstallet. St. Olavs hospital har ansvar for følge- og beredskapstjeneste for fødende med reisevei  $\geq 90$  minutter til sykehus. Dette representerer en vesentlig merutgift, som er vanskelig å forutse og som vil variere i størrelse.

Det er to fødeenheter ved St. Olavs hospital. En lavrisikoenhet (St. Olavs Fødestue, og observasjonspost) og en høy-risikoenhet (Fødeseksjonen). Fødeenheterne er en del av Fødeavdelingen som i tillegg innebefatter Barselavdelingen, Barselhotellet, Svangerskapspoliklinikken og Senter for fostermedisin. Fødeavdelingen er budsjettert som et

hele, hvor inntekt for oppholdet tradisjonelt sett føres på den enheten hvor pasienten har ligget lengst (hatt størstedelen av sitt opphold). En av de tingene som er spesielt for en fødeavdeling sammenlignet med de fleste andre avdelinger er at det er svært høy forekomst av spesialutdannet personell, hvor jordmødre utgjør størstedelen av bemanningen.

St. Olavs hospital mener at budsjettprosessen støtter opp om en robust grunnbemanning med høy spesialisert kompetanse som gir et behandlingstilbud av god kvalitet.

Finansiering av kvinnesykdommer kan tilsynelatende ha lavere finansiering enn øvrige tilsvarende behandlinger. Eksempelvis gir spesialiserte prosedyrer gjort ved for eksempel Senter for fostermedisin lavere DRG takst enn andre UL-undersøkelser ved sykehuset.

Klinikken ser stadig eldre og sykere gravide med utvidet pleiebehov og kompliserte behandlinger og at behovet her vil vokse. Klinikken benytter i større grad spesialkompetanse og tverrfaglige vurderinger med barneleger og andre spesialiteter for å håndtere dette. Dette er også en generell utvikling for hele sykehuset og som en per nå ikke kan se er tatt hensyn til i rammetildelingene.

### Helse Møre og Romsdal HF

Det skal i budsjettprosessen tas hensyn til de behov fødeavdelingen har med utdanning, kompetanse, og behov for nye stillinger. Dette har vært ivaretatt bedre det siste budsjettåret. Det er gitt støtte til tidlig ultralyd for fødende, og det er utdannet jordmødre som skal utføre denne jobben.

Det er særdeles utfordrende med små enheter/sykehus innenfor fødselsomsorgen. Beredskapskostnadene er ikke godt nok fanget opp i vektene og denne tjenesten må subsidières av annen aktivitet. Aktiviteten er ikke påvirkbar og ytterligere effektivisering gir ikke gevinster. KPP-tall viser at kostnadene ligger godt over for landets gjennomsnitt som vektene baserer seg på.

Dette forklarer hvorfor ISF-finansieringen og til dels KPP-modellen ikke treffer like godt som i fagområder med mindre variasjon.

Det som skiller fødselshjelpen fra andre fag med akuttberedskap er at det er store svingninger, ikke bare fra år til år, men også innad i døgnet. Dette gjør bemanningsplanlegging svært vanskelig. Ved fallende (og for den saks skyld stigende) fødselstall, så kan det være at man når en terskel der bemanningsplanene må endres. På grunn av de store kortidssvingende er ikke dette justeringer som kan gjøres fortløpende. Videre bemannes fødeenhetene av høyspesialisert personell som utfører spesielle oppgaver. Dette er sårbart når variasjonene er såpass store.

Det er vanskelig å opprettholde distriktstilbud (fødetilbud ved mindre sykehus) med finansieringen som er i dag da det er lite fødsel ved mindre steder, færre jordmødre og også mindre inntekter, men ofte høyere kostnader.

Med vennlig hilsen

Björn Gustafsson  
Stedfortredende administrerende direktør

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer*