

Helseforetakene i Helse Nord

SENDES KUN PER E-POST

Deres ref.:

Vår ref.:
2017/69-19/ 119

Saksbehandler/dir.tlf.:
Hansen m. fl. 755 12900

Sted/dato:
Bodø, 27.06.2018

Høring - forslag til revidert inntektsmodell for somatikk

På oppdrag fra administrerende direktør i Helse Nord RHF har en regional arbeidsgruppe utarbeidet forslag til revidert inntektsmodell for somatikk.

Forslag til modell sendes nå på høring til helseforetakene med høringsfrist 31. oktober 2018. Rapporten er også tilgjengelig på helse-nord.no/nyheter/horinger

Høringsuttalelser kan sendes elektronisk til postmottak@helse-nord.no.

Bakgrunn

I Styresak 46-2017 *Regional inntektsfordelingsmodell somatikk, oppdatering*, ble det besluttet å starte arbeidet med å utvikle ny inntektsfordelingsmodell for somatikk. Bakgrunnen for dette var at både UNN og Nordlandssykehuset HF mente at dagens inntektsfordelingsmodell er feil. Samtidig ble planen for utvikling av prehospitale tjenester (ambulansse, luftambulansse og pasientreiser) utsatt.

Dagens inntektsmodell for somatisk virksomhet har siden 2013 vært oppdatert årlig med nye kriterieverdier, samt at det er foretatt innfasing av ulike forhold fra særskilt finansiering.

Hovedformålet med inntektsfordelingsmodellen i Helse Nord er å fordele inntekter mellom helseforetakene på en måte som legger til rette for et likeverdige helsetilbud for alle innbyggerne i regionen. Grunnleggende prinsipper for dagens inntektsmodell er:

1. Modellen skal legge til rette for likeverdige helsetilbud for alle innbyggerne i regionen.
2. Hele helsetilbudet i regionen skal i prinsippet være tilgjengelig for alle pasienter.
3. Befolkningen i Nord-Norge skal ha et likeverdig tilbud med befolkningen i resten av landet.
4. Modellen skal ivareta oppgjør for pasientbehandling mellom helseforetak i Helse Nord.
5. Modellen skal legge til rette for at pasienten får tilbud så nært sitt hjemsted som mulig.

6. Modellen skal støtte opp under gjeldende funksjonsfordeling.
7. Modellen skal bidra til effektivitet og omstilling i sektoren.

Prosjektets organisering, mål og mindretallsmerknader

Arbeidet har vært organisert med en prosjektgruppe og en styringsgruppe med deltakere fra helseforetakene, Helse Nord RHF og foretakstillitsvalgt. Prosjektleder har vært partner i Helseøkonomisk Analyse AS, og prosjekteier har vært eierdirektør i Helse Nord RHF.

Arbeidets hovedmål har vært å få vurdert om det har skjedd utvikling i helseforetakene som tilsier endring i fordeling av inntekter i regionen, og å gi inntektsfordelingsmodell for somatikk legitimitet i foretaksgruppen.

UNN mener prosjektets arbeid ikke oppfyller styringsdokumentets intensjoner, og en ny modell basert på det foreliggende arbeid kan ikke oppfylle arbeidets mål. UNN stiller seg derfor ikke bak rapporten. Det vises til rapportens vedlegg 1 (avsnitt 9.1).

NLSH har eget vedlegg med kommentarer til utredningen. Det vises til rapportens vedlegg 2 (avsnitt 9.2).

Avgrensninger

I prosjektets mandat er det spesifisert at alle delene ved inntektsfordelingsmodellen skal vurderes, utenom behovskomponenten. Prosjektet har videre avgrenset sitt arbeid til ikke å vurdere modell for utdanning og til ikke å utvikle en ny modell for laboratorieoppgjør.

I styresak 46-2017 *Regional inntektsfordelingsmodell somatikk, oppdatering* ble utdanningsaktiviteten i helseforetakene kartlagt og det ble vedtatt en oppdatert modell for fordeling av inntekter til all utdanning. Innfasing av denne «undermodellen» ble besluttet innfaset over tre år fra og med 2018.

Nasjonal inntektsmodell

I statsbudsjettet for 2018 og som stortingets oppfølging av Kvinlandsutvalgets rapport, er det besluttet å starte et arbeid med ny nasjonal inntektsmodell. Dette arbeidet er startet og arbeidet er forventet avsluttet høst 2019.

Foreslått modell

Prosjektet foreslår i rapporten en revidert modell. Modellen legger som tidligere opp til at "*pengene følger pasienten*" og at fokus for helseforetakene derfor må være å levere pasientbehandling av god kvalitet for å bli foretrukket av pasientene.

Både Helse Nord's nåværende inntektsmodell for somatikk, og prosjektets foreslåtte modell, baserer seg på tre komponenter:

- Behov: Fordeling av ressurser mellom helseforetakene basert på befolkningens behov for helsetjenester.

- **Kostnad:** Finansiering av høyspesialiserte funksjoner og kostnadsulemper i helseforetakene.
- **Mobilitet:** Sikrer at ressursene følger med når pasientene mottar behandling fra andre enn bostedsforetaket.

Behovskomponent

Behovskomponenten gir uttrykk for behovet for helsetjenester til befolkningen i et helseforetaks opptaksområde. I tråd med mandatet har dagens behovskomponent ikke vært vurdert i arbeidet. Det innebærer at dagens behovskomponent videreføres (nasjonal behovskomponent med mindre tilpasninger som følge av manglende data).

Kostnadskomponent

Kostnadskomponenten kompenserer sykehusene for kostnadsulemper. Disse kostnadsulempene er av to typer. Den første er kostnadsulemper i pasientbehandlingen som helseforetakene i liten grad selv kan påvirke, den andre er finansiering av høyspesialiserte funksjoner, herunder utdanning.

I dagens modell er det beregnet kostnadsindekser som gir uttrykk for et forventet kostnadsnivå i det enkelte helseforetak. Indeksene ivaretar kostnadsulemper i pasientbehandlingen som helseforetakene i liten grad kan påvirke selv, og som det derfor er ønskelig å kompensere.

Forskningsaktivitet og reisetid til nærmeste akuttstusykehus er eksempler på variabler som påvirker kostnadsnivået i helseforetak (kostnadsindeksen i modellen). De andre variablene er andel langtidsliggere og antall akuttstusykehus.

Mobilitetskomponenten

Mobilitetskomponenten sørger for at ressursene til slutt tilfaller helseforetaket som utfører aktiviteten. I dagens modell er betalingsordninger knyttet til intern mobilitet for inneliggende pasienter, for laboratorie- og røntgenprøver, samt en korrigerende av inntektsfordelingen basert på bruk av private tilbud som er direkte finansiert av Helse Nord RHF. Sistnevnte forhold gjøres for å sikre korrekt «betaling» til helseforetakene for aktiviteten som leveres, samtidig som prinsippet om likeverdighet ivaretas.

Endringer fra dagens modell

Endringer fra dagens modell er knyttet til kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten, overordnet vurdering knyttet til hva og hvordan ulike forhold skal fordeles gjennom modellen, samt forslag om økt bruk av skjønn:

- Kostnadsindeksen og forskningsaktivitet

I den årlige oppdateringen av inntektsfordelingsmodellen har forskningsaktiviteten til helseforetakene i Helse Nord blitt oppdatert. Dette har ført til at kostnadsindeksen er endret i perioden 2013-2018. Prosjektgruppen mener at denne endringen av kostnadsindeksen ikke er metodisk korrekt, og dermed må tilbakestilles.

- Kostnadsindeksen og reisetid til nærmeste akuttstusykehus

Prosjektet har vurdert at grunnlagsdata for beregning av reisetid til nærmeste akuttstue trolig inneholder feil. Som for forskning er det imidlertid metodisk problematisk å oppdatere grunnlagsdata i kostnads-indeksanalysen, men ikke gjennomføre nye analyser. Det er derfor foreslått at en korrigering av feil i grunnlagsdata må baseres på skjønn.

- Økt vekting av medisinstudenter fra vedtatte modell som er under innfasing

Prosjektet har avgrenset arbeidet til ikke å omfatte en ny vurdering av finansiering av utdanningsaktiviteten i foretaksgruppen, jf. RHF-styrets vedtak i sak 46-2017, hvor ny modell ble besluttet innført. I tråd med vedtaks punkt 4¹ i sak 46-2017 er det likevel foreslått en mindre justering av modellen hvor medisinerstudenter vektet tyngre.

- Rydding mellom «overgangsordninger» og kostnadskomponent

Prosjektet har gjennomgått listen med regionale funksjoner med særskilt bevilgning, og foreslår at flere fordeles etter ordinær inntektsfordeling. Det er også ryddet i listen over funksjoner og oppgaver som skal gis en midlertidig kompensasjon (overgangsordninger). Prosjektet har anbefalt at det angis tidsfrist for hvor lenge kompensasjonen bør gis. Utløpsdato for poster i denne kategorien er foreslått.

- Økt bruk av skjønn som følge av gamle data

Prosjektet har jobbet ut fra at konklusjoner skal være mest mulig objektive, og skjønnsmessige vurderinger i størst mulig grad overlates til riktig beslutningsnivå. Det er derfor kun indikert faktorer og argumenter som kan åpne opp for skjønnsmessige vurderinger, samt å indikert hvor stor økonomisk effekt bruken av skjønn skal ha.

- Mobilitetskomponenten og justering for mva.-kompensasjonsordning og økte pensjonskostnader

Kompensasjon for merverdiavgift ble innført fra 2017. Kostnader ble redusert (bokføres uten merverdiavgift), mens ISF-satsen ble opprettholdt. ISF-refusjonen finansierte dermed en større andel av kostnadene fra 2017, og det ble korrigert for dette gjennom å redusere mobilitetsbetalingen i inntektsmodellen. Samtidig er mobilitetsprisen ikke blitt korrigert for at økte pensjonskostnader fra 2006 ikke er reflektert i ISF-prisen. Prosjektet foreslår at det også korrigeres for sistnevnte forhold. Det kan derfor legges til grunn at ISF-prisen dekker om lag

1. Vedtaks punkt 4 i *styresak 46-2017 Regional inntektsfordelingsmodell somatikk, oppdatering*¹ Styret godkjenner at arbeidet med å utvikle regional inntektsfordelingsmodell for prehospitaltjenester utsettes, og at det startes opp et arbeid med å utvikle ny regional inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet. Styret ber adm. direktør om å sørge for at kvalitetsaspektet i utdanningen vektet som i universitets- og høyskolesektoren og at vektingen tas hensyn til i arbeidet med ny regional inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet.

50 %, og at mobilitetsprisen settes slik at samlet betaling for gjestepasientaktiviteten blir 100 % (50 % ISF + 50 % mobilitetskomponent).

- Fordeling knyttet til medisin (utenfor sykehus) etter behovfordeling, evt. aktivitet, og ikke total modell.

Modellen er i dag brukt til å fordele flere forhold som isolert sett kan gi «feil» fordeling. Prosjektets forslag er at en i framtiden fordeler midler etter enten bare behovs- eller kostnadskomponenten, eller totalmodell med eller uten justering for netto pasientstrømmer, alt etter den faglige begrunnelsen finansieringsstrømmen er gitt. Fordeling av ressurser til medisiner som gis utenfor sykehus (om lag 260 mill. kroner) skiller seg ut som et forhold som bør fordeles etter befolkningens behov, og ikke en totalmodell som tar hensyn til kostnadsnivå i sykehus. Prosjektet foreslår derfor at ressurser til medisinbruk utenfor sykehus fordeles etter behov og ikke totalmodellen.

Omfordelingseffekter

Effekten av revisjonen presenteres i kapittel 8. Hovedbildet er at omfordelingsvirkningene (endring i basisramme) er relativt små. Kriterier skal oppdateres med nyere statistikk, og noen data kvalitetssikres. Oppdatering av kriterieverdier og pasientstrømmer vil endre fordelingen sammenlignet med simuleringene i rapporten. For eksempel viser oppdatering av forskningsaktivitet og pasientmobilitet at omfordelingen mellom helseforetak reduseres sammenlignet med presentasjon i rapporten.

Oppdatering av kriterieverdier og pasientmobilitet enkelte år gir større utslag enn selve revideringen av modellen. Pasientmobilitet baseres på siste tilgjengelige årsdata. Det betyr at for budsjett 2019 ligger pasientdata for 2017 til grunn. Det bør derfor vurderes om det er hensiktsmessig å i større grad legge et rullerende gjennomsnitt til grunn for både pasientstrømmer (aktivitet) og behovskriterier. Dette gjelder både for inntektsmodellen for somatikk, men i vel så stor grad inntektsmodellen for psykisk helsevern og rusbehandling. Bruk av et rullerende gjennomsnitt vil dempe de årlige omfordelingseffektene ved oppdatering av modellene.

Innfasing av modellen

Administrerende direktør vil tilråde at effektene av modellen fases gradvis inn, og vurderes i årlig budsjettprosess. Styret i Helse Nord RHF har vedtatt i sak 82-2018 en økning på 9 mill. kroner til helseforetakene i forbindelse ved implementering.

I planrammer for 2019 er det gjort en skjønnsmessig justering basert på rapportens retning. Det legges opp til innfasing fra 2020 til 2022.

Nærmere om høringen

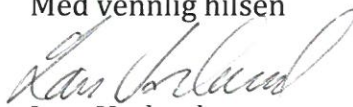
Vi ber med dette om tilbakemelding på følgende forhold:

- En vurdering av om modellen støtter opp om:
 - Likeverdig tilbud til pasientene i Helse Nord

- Samhandling mellom helseforetakene
- Effektiv ressursbruk
- Gjeldene funksjonsfordeling og tilbud så nært pasientens bosted som mulig
- Pasienttilbud av god kvalitet
- Innfasing av modellen
- Bruk av rullerende flerårige gjennomsnitt ved oppdatering av pasientmobilitet og kriterieverdier i modeller
- Andre forhold i modellen som ønskes belyst av helseforetaket

Vi ber med dette om høringsuttalelser innen 31. oktober 2018. Vi oppfordrer til involvering av tillitsvalgte og de lokale brukerutvalgene i arbeidet.

Med vennlig hilsen


Lars Vorland
Administrerende direktør


Hilde Rolandsen
Eierdirektør

VEDLEGG:

1. Styringsdokument for prosjektet,
2. Innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av administrerende direktør i Helse Nord RHF. Sluttrapport av 8. mai 2018 med vedlegg