

Revidering av Inntektsfordelingsmodellen somatikk

Innstilling fra regional prosjektgruppe i Helse Nord

Utgitt av: Helse Nord RHF  
Dato: 08.05.18

# Innholdsfortegnelse

Forkortelser.....	4
Sammendrag.....	5
1. Innledning og bakgrunn.....	6
1.1 Prosjektets mål.....	8
1.1.1 Hovedmål.....	8
1.1.2 Delmål.....	9
1.1.3 Effektmål.....	9
1.2 Organisering av arbeidet.....	9
1.3 Avgrensninger av prosjektgruppens arbeid.....	10
1.3.1 Modell for utdanning.....	10
1.3.2 Modell for laboratorieoppgjør.....	11
1.3.3 Bruk av skjønn.....	11
1.3.4 Prinsipper for kompensasjon av kapitalkostnader.....	11
2. Kostnadskomponenten.....	11
2.1 Kostnadsindeksanalyser.....	12
2.1.1 Utfordringer med kostnadsindeksanalysene.....	13
2.2 Kompensasjon for nasjonale, regionale og bilaterale funksjoner.....	18
2.2.1 Regionale funksjoner med særskilt finansiering.....	18
2.2.2 Kompensasjon for utdanning og undervisning.....	21
2.2.3 Kompensasjon i en overgangsperiode.....	22
3. Mobilitetskomponenten.....	25
3.1 Bruk av private.....	25
3.2 DRG-finansiert virksomhet.....	26
3.3 Justering for pensjon og mva.....	27
3.4 Reduksjon i unødvendige pasientstrømmer.....	28
4. Variasjoner i forbruk.....	28
4.1 Data fra Sykehusbygg-rapporten.....	29
4.2 Data fra SKDE.....	30
4.2.1 Pasientstrømsanalysene.....	30
4.3 Incentiver til å jevne ut forbruksulikheter.....	33
5. Bruk av inntektsmodellen til å fordele midler.....	34
6. Andre funn.....	35
7. Oppsummering.....	35
7.1 Kostnadsindeksanalysene.....	36

7.2	Særskilt kompensasjon for regionale funksjoner og overgangsordninger .....	38
7.3	Forbruksvariasjoner.....	40
8.	Økonomiske effekter av prosjektgruppens forslag (før bruk av skjønn).....	42
8.1	Momenter knyttet til skjønn .....	42
9.	Vedlegg.....	44
9.1	Innspill fra UNN.....	44
9.2	Innspill fra NLSH.....	46

## Forkortelser

HF	Helseforetak
HSYK	Helgelandssykehuset
NLSH	Nordlandssykehuset
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
FIN	Finnmarkssykehuset
RHF	Regionalt helseforetak
SKDE	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
NPR	Norsk pasientregister
SSB	Statistisk sentralbyrå
DRG	Diagnoserelaterte Grupper
KvaFor	Kvalitets- og Forskningsavdelingen i Helse Nord

## Sammendrag

Helse Nord utviklet i 2008 en inntektsfordelingsmodell for somatisk behandling. Modellen ble revidert i 2013, se styresak 58/2013. Modellen er oppdateres årlig.

Administrerende direktør i Helse Nord har konkludert med at det er behov for å videreutvikle nåværende inntektsfordelingsmodell for somatikk. Denne rapporten oppsummerer arbeidet til prosjektgruppen. UNN mener prosjektgruppens 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. Dette begrunnes i vedlegg til rapporten.

I arbeidet har følgende fire problemstillinger vært sentrale:

- utfordringer knyttet til kostnadsindeksanalysene;
- utfordringer knyttet til regionale funksjoner som gis særskilt finansiering samt overgangsordninger;
- utfordringer knyttet til forbruksvariasjoner mellom helseforetaksområdene;
- begrunnelse for bruk av skjønn.

Flertallet av prosjektgruppen foreslår følgende (med de kommentarene som framgår av vedleggene):

- forskningskomponenten tilbakestilles,
- mobilitetskomponenten justeres til 100% ISF-finansiering,
- midler fordeles etter begrunnelse og ikke totalmodell
- undervisningskomponenten følger vektningen i universitets- og høyskolesektoren.
- ny inndeling av særskilt kompensasjon for regionale funksjoner og overgangsordninger, herunder at mindre beløp tas ut og fordeles gjennom behovskomponenten.
- at det skal utøves skjønn, og momenter som skal vektlegges i skjønnsutøvelsen

# 1. Innledning og bakgrunn

Helse Nord utviklet i 2008 inntektsfordelingsmodell for somatikk. Modellen ble revidert i 2013, se styresak 58/2013. Modellen oppdateres årlig.

Helse Nord har konkludert med at det er behov for å utvikle en ny inntektsfordelingsmodell for somatikk. En av årsakene til dette er at det er ulikt syn på hvorvidt dagens modell gir riktig fordeling av ressursene. Innspill fra helseforetakene på dagens modell kan grupperes slik (jf. vedlegg. 1 – saksnotat til direktørmøte 6. september 2017):

1. Feil i datagrunnlag
2. Feil vekting av kostnadsindekser i modellen
3. Feil i DRG vektene og dermed ISF finansieringen
4. «Regionfunksjoner» kommer dårlig ut i modellen
5. Modellen «kompenserer ikke» for effektiviseringskrav fra HOD
6. Når «frie midler» fordeles, får UNN for lite av veksten
7. Kostnadsnivået i sykehusene øker. Spesielt Nordlandssykehuset har en sterk kostnadsvekst i somatikken
8. Feil i finansiering av utdanning
9. Sats for interne gjestepasienter er for høy

Styret for Helse Nord RHF behandlet i sak 46/2017 oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for somatikk. Vedtaket i saken er i fire punkter:

1. *Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om kvalitetssikring av den regionale inntektsfordelingsmodell for somatikk til orientering.*
2. *Styret ber adm. direktør om å sørge for at undermodell for utdanning oppdateres i tråd med saksfremlegget og fases gradvis inn ved at 8 mill. kroner omfordeles fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF til de øvrige helseforetakene fra og med budsjett 2018.*
3. *Styret ber adm. direktør videre om å justere kapitalelementet i den regionale inntektsfordelingsmodellen slik at Finnmarkssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF får økt sitt tilskudd med 10 mill. kroner fra og med budsjett 2018.*
4. *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 høgskolesektoren og at vektingen tas hensyn til i arbeidet med ny regional inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet.*

I prosessen etter styrets vedtak i sak 46-2017, er det tatt stilling til om en skal:

- A. Etablere en helt ny inntektsfordelingsmodell, eller:

B. Gjennomgå prinsippene i nåværende modell på nytt, evt. med justeringer.

Det er også diskutert hvorvidt det skal være en desentralisert eller sentralisert beslutningsmodell.

Etter forankring i direktørmøtet har administrerende direktør i Helse Nord besluttet at arbeidet med å videreutvikle nåværende inntektsfordelingsmodellen skal følge punkt B, og at beslutningsmodellen skal være desentral. Dvs. at beslutninger knyttet til pasientbehandlingen, valg av metode, valg av behandlingssted mv. skjer i helseforetakene og at beslutningene kjennetegnes ved at:

- Pasientbehandlingen utføres av fagfolk i helseforetakene som fokuserer på god og riktig pasientbehandling for den enkelte.
- Helseforetakene har ansvar for å utrede pasientens behov, velge behandlingsmetode og sende pasienten til relevant behandler avhengig av nivå og kapasitet.
- Tilbudet til pasienten springer ut fra et overordnet ansvar for pasientene i de respektive lokalsykehus, en besluttet rollefordeling mellom lokalsykehus og sentral-/regionssykehus, felles forståelse for uønsket variasjon i forbruk av spesialisthelsetjenester.
- Helseforetakene setter pasientens rett til fritt behandlingsvalg og rett til å delta i beslutninger om metode, i sentrum.

Med bakgrunn i prosessen beskrevet over har Helse Nord utviklet et styringsdokument som ligger til grunn for prosjektet. Styringsdokumentet fastslår at fremtidig modell skal ivareta viktige forhold som ligger til grunn for dagens modell:

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 HN.
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.

Styringsdokumentet spesifiserer følgende overordnede føringer for prosjektet:

1. Grunnleggende hensyn er at modellen skal legge til rette for at befolkningen i Nord-Norge skal få et likeverdig tilbud. Hensynet til lokale helseforetak skal ha sekundær fokus.
2. Fremtidig modell skal støtte opp under ønsket utvikling:
  - a. Redusere unødvendige pasientstrømmer.

- b. Etablere incentiv til å utjevne ulikheter i forbruksrater.
3. Foreslå forenklinger.
4. Øremerkede midler skal ha begrenset plass.
5. Modellen er ikke en kostnadsrefusjonsmodell.
6. Behovskomponenten skal ikke endres, alle øvrige komponenter i modellen skal gjennomgås.
7. Ny modell for laboratorieoppgjør skal inngå.
8. Vekting av elementer skal gjennomgås og vurderes.
9. Arbeidsgruppen skal bl.a. analysere:
  - a. Forskjeller i kostnadsnivå (kr/DRG-poeng), og annen relevant informasjon fra «Analysenotat 16/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2012-16
  - b. Regionsfunksjoner uten ISF-finansering som er behandlet i kostnadskomponenten.
  - c. Vesentlige tilbud/tjenester som ytes for andre helseforetak.
10. Finansieringsprinsipper og kriteriebaserte fordelingsordninger skal understøtte vedtatte strategier og helsepolitiske mål for Helse Nord, og være basert på offentlig tilgjengelig statistikk slik at modellen er etterprøvable.
11. For å sikre forutsigbarhet over tid bør indikatorene som velges kunne benyttes over flere år, og kunne oppdateres årlig med endringer i kriterieverdiene.

Styringsdokumentet henviser også til relevant informasjon og erfaringer fra tidligere prosjektet. Mer spesifikt påpekes det at

*«Innholdet i styresak 46-2017 legges til grunn for videre arbeid. Erfaringene er at det er en ikke ubetydelig grad av uenighet i regionen om enkeltelementer i modellen. Søket etter objektive svar og størrelser har i noen tilfeller ikke ført frem. Resultatet har vært at en har tatt i bruk indirekte metoder, eller funnet parameter som er en indikator/uttrykk for hvordan ulikheter i regionen tilsier, ulik fordeling av enkeltelementer i modellen. Se vedlegg 1 om innspill fra helseforetakene, behandlet i økonomisjefmøte og direktørmøte.*

*Første fase i prosjektet må derfor dedikeres til utarbeidelse av felles målbilde, og prinsipper for samarbeidet om prosjektet. Uten trygghet for at slik plattform er etablert, øker risiko for at arbeidet ikke vil føre frem til ønsket resultat.»*

## **1.1 Prosjektets mål**

I følge styringsdokumentet er prosjektets mål følgende:

### **1.1.1 Hovedmål**

1. Å få vurdert om det har skjedd utvikling i helseforetakene som tilsier endring i fordeling av inntekter i regionen.



2. Å gi inntektsfordelingsmodell for somatikk legitimitet i tråd med punkt 2.4., herunder en ny gjennomgang av det skjønn som er lagt til grunn for dagens modell. Der det er relevant skal utøvelse av skjønn sammenliknes med hvordan de samme forhold er vurdert i andre regioner.

#### 1.1.2 Delmål

1. Implementering f.o.m. rullering i langsiktig plan 2018, med virkning fra budsjett 2019.
2. Vesentlig reduksjon i tidsbruk til diskusjon om fordeling av inntekter.
3. Mer fokus på hvordan de samlede ressurser kan benyttes bedre.

#### 1.1.3 Effektmål

1. Større grad av trygghet for at modellen støtter opp om riktig og optimal fordeling av ressursene i regionen.
2. Incentiver som støtter opp om å avdekke og redusere uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester.

## 1.2 Organisering av arbeidet

Arbeidet har vært organisert med en prosjektgruppe og en styringsgruppe. Prosjektleder har vært partner i Helseøkonomisk Analyse AS, og prosjekteier har vært eierdirektør Hilde Rolandsen, Helse Nord RHF.

Prosjektgruppen har bestått av følgende medlemmer:

Oddvar Kaarbø	Helseøk. Analyse
Oliver Henk	Helseøk. Analyse
Erik Arne Hansen	RHF
Erling Bang	RHF
Geir M. Jensen	HSYK
Sidsel Forbergskog	HSYK
Gro Ankill	NLSH
Beate Sørslett	NLSH
Tommy Schjølberg	UNN
Einar Bugge	UNN
Gøril Bertheussen*	UNN
Lill Gunn Kivijervi	FIN
Pal Valter Ivan	FIN

Styringsgruppen har bestått av følgende medlemmer:

Hilde Rolandsen	RHF
Eva H. Pedersen	FIN
Tor Ingebrigtsen**/Marit Lind	UNN
Paul M. Strand	NLSH
Fred A. Murer	HSYK
Ann-Mari Jenssen	KTV

\* Erstattet Tommy Schjølberg, og deltok fra møtet 19. februar 2018

\*\* Deltok på porteføljestyremøtet den 25. januar 2018

Prosjektgruppen har hatt syv møter i perioden 21.november 2017 til 12. april 2018. Styringsgruppen har hatt to møter i perioden 8. mars 2018 til 7.mai 2018. Prosjektleder har også rapportert til porteføljestyret i Helse Nord den 25. januar 2018, samt informert om prosjektet i ledergruppen til Helse Nord 3.april 2018 og i direktørmøte 9. april 2018. De fem første møtene har vært fysiske møter, men med mulighet til å delta på Skype/telefon/-videokonferanse. De to siste møtene var Skype/telefon/videokonferansemøter.

Prosjektleder har organisert prosjektet slik at de enkelte elementene i modellen blir diskutert i de tre første prosjektmøtene. Den mer generelle diskusjonen rundt om modellen svarer ut hvordan en skal sikre finansiering av et lite universitetssykehus, og om modellen bidrar til å utjevne forskjeller i forbruksrater, er diskutert deretter. Organiseringen av prosjektet ble lagt fram på første prosjektmøtet, og ble også diskutert i porteføljestyrets møte den 25. januar 2018, dvs. etter de tre første prosjektgruppemøtene. Porteføljestyret kommenterte at den oppfatter at helheten i bestillingen vil løses i senere leveranser, og har trygghet for at senere rapporter vil gi et mer komplett bilde.

I sin innledning på det første prosjektgruppemøte påpekte prosjekteier følgende:

- Diskusjonen rundt dagens somatikkmodell er krevende. Utvikling av modell for prehospitaltjenester er derfor utsatt, og dette prosjektet er igangsatt.
- Utfordringen og målsetningen er å finne en modell som er rimelig, balansert og gir et mest mulig korrekt bilde av ressursbehovet mellom HF-ene.
- Prosjektet ligger i rød sone i risikoanalysen før tiltak.
- I fase 1 av prosjektet fokuseres det på at prosjektdeltakerne forstår hverandres synspunkter

I oppfølgingen av dette har representantene fra de ulike helseforetakene underskrevet en samarbeidserklæring. Den første del av samarbeidserklæringen omhandler det overordnede målbildet i prosjektet, mens den andre delen av erklæringen omhandler samarbeidet mellom helseforetak i prosjektgruppen. Samarbeidserklæringen er vedlagt i vedlegg 1.

### **1.3 Avgrensninger av prosjektgruppens arbeid**

I prosjektgruppens mandat er det spesifisert at alle delene ved inntektsfordelingsmodellen skal vurderes utenom behovskomponenten. Prosjektgruppen har likevel avgrenset sitt arbeid til ikke å vurdere modell for utdanning og til ikke å utvikle en ny modell for laboratorieoppgjør. Prosjektgruppen har også forelagt en sak for porteføljestyret rundt bruk av skjønn.

#### **1.3.1 Modell for utdanning**

Modell for utdanning er behandlet av styret i Helse Nord våren 2017 (Styresak 46/17). Det ble besluttet overgang til ny modell basert på Utvikling av undermodell for utdanning – inntektsmodellen, innstilling fra regional prosjektgruppe i Helse Nord (28.mars 2017). Prosjektleder har derfor avgrenset behandlingen av utdanningskomponenten til å beregne de økonomiske konsekvensene av vedtakspunkt 2 og 4.

UNNs representanter i prosjektgruppen har påpekt at styringsdokumentet ber prosjektgruppen gjennomgå alle komponenter utover behovskomponenten, og har anført at den reviderte utdanningskomponenten har åpenbare og vesentlige mangler som må hensyntas i arbeidet. Dette er nærmere beskrevet under punkt 2.2.2 og 7.2. Prosjektleder har forelagt prosjekteier

denne problemstillingen. Prosjekteier har konsultert administrerende direktør som igjen orienterte styret i Helse Nord om dette i sak 45/2018. Administrerende direktør vil ved oppdatering av regional inntektsmodell for somatikk legge prinsippene for finansiering av utdanning i helseforetakene slik vedtatt i styresak 46/2017 til grunn.

### **1.3.2 Modell for laboratorieoppgjør**

Prosjektgruppen har gått gjennom dagens modell og blitt informert om hvordan prosjektgruppen som foreslo modell for laboratorieoppgjør tenkte når modellen ble foreslått i 2011.

Statens nye finansieringsmodell, med nytt laboratoriekodeverk, ble innført 1. januar 2018. Data på aktivitet vil bli generert i løpet av 2018.

Prosjektgruppen har diskutert manglende tilgjengelig data. Det er vanskelig å kalibrere ny modell før aktivitetsdata foreligger. Prosjektgruppen foreslår derfor å utsette eventuelle endringer av dagens laboriemodell før aktivitetsdata foreligger.

### **1.3.3 Bruk av skjønn**

Det er ulike meninger i prosjektgruppen om fortolkningen av prosjektmandatet med hensyn til skjønnsmessige vurderinger. Prosjektgruppen diskuterte hvordan skjønnsvurderinger bør håndteres. Prosjektleder poengterte risiko for mangel på transparens dersom prosjektgruppen skal utøve skjønn samt at prosjektgruppen ikke utøvde skjønn da modellen ble utviklet i 2011.

Prosjektgruppen ønsket å få porteføljestyrets syn på i hvilken grad prosjektgruppen skal gjøre skjønnsmessige vurderinger. Porteføljestyret diskuterte dette på sitt møte den 25 januar 2018. Det ble referatført følgende: «*Prosjektets konklusjoner må være mest mulig objektive, og skjønnsmessige vurderinger i størst mulig grad overlates til beslutningsnivået.*»

### **1.3.4 Prinsipper for kompensasjon av kapitalkostnader**

Prosjektgruppen har ikke diskutert prinsipper for kompensasjon av kapitalkostnader, selv om vedtakspunkt 3 i styresak 46/2017 omhandler kapital. Kompensasjon av kapitalkostnader er i dag håndtert utenfor somatikkmodellen.

## **2. Kostnadskomponenten**

Kostnadskomponenten fanger opp uforskyldte kostnadsulemper i pasientbehandlingen. I dagens modell består kostnadskomponenten av to deler. Det er

1. Kostandskompensasjon for aktivitet som er ISF-finansiert. Denne ivaretas av en indeks, se punkt 2.1.
2. Regionsfunksjoner, inklusiv undervisning og utdanning, som ikke er ISF-finansiert. Disse håndteres særskilt, se punkt 2.2.

I tillegg gis det tidsavgrenset kompensasjon for visse tjenester. Dette kan for eksempel være knytte til funksjoner som er under oppbygning.

## 2.1 Kostnadsindeksanalyser

Kostnadsindeksanalysene skal ivareta kostnadsulemper som det enkelte foretak ikke selv har kontroll over. Strukturelle forhold som antall sykehus i et HF-område og befolkningens bosettingsmønster er eksempel på slike forhold.

Kostnadsindeksanalysene bygger på analyser utført på data fra alle landets sykehus i perioden 2006-09. Analysene ble gjennomført i forbindelse med inntektsmodellarbeidet i 2011 (se styresak 58/2013). Størrelsen og fordeling av kostnadskomponenten bestemmes av det relative kostnadsnivået mellom helseforetakene, som beregnes i analysene.

Tabellen under viser resultatet fra kostnadsindeksanalysene.

	Reisetid	Utdanning	Forskning	Langtids- Liggedager	Akutt- sykehus	Kapital
Finnmark	154,7	39,8	0,4	2,2	1,597	8,4
UNN	73,8	40,5	3,4	2,8	0,503	6,8
Nordland	39,3	45,7	0,7	2,9	0,887	7,7
Helgeland	45,4	33,5	0,1	1,8	1,878	7,1
Gj.snitt landet	32,32	39,94	1,34	2,15	0,64	7,06
Regresjonskoeffisient ( i 1000 kr.)	0,07*	0,021	2,041*	2,743*	4,311*	0,73
Vekt	1	0	1	1	1	0

\* Indikerer statistisk signifikans.

Tabell 1: Resultatene fra kostnadsindeksanalysene fra 2011

Tolkningen av resultatene er følgende:

- *Reisetid*: For hvert minutt reisetid til nærmeste akutt-sykehus vil kostnadene pr DRG-poeng øke med 70 kr.
- *Forskning*: For hvert forskningspoeng som genereres pr 1 000 DRG-poeng så øker kostnadene pr DRG-poeng med 2 041 kr
- *Langtidsliggedager*: Hver prosentandel langtids-pasienter øker kostnadene pr DRG-poeng med 2 743 kr
- *Akutt-sykehus*: Et nytt akutt-sykehus pr. 10 000 DRG-poeng øker kostnadene pr DRG-poeng med 4 311 kr

Prosjektgruppen som utviklet inntektsmodellen i 2011 konkluderte med at de variablene som er statistisk signifikant tas inn i modellen (100 %), mens de variablene som ikke er statistisk signifikant ikke tas med i modellen. Argumentet var at punktestimatet (regresjonskoeffisienten) gir den beste indikasjonen på hva kostnadsulempen er.

Prosjektgruppen var kjent med at Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF også brukte kostnadsindeksanalysene i sin inntektsmodell. Gruppen var også klar over at den valgte en annen løsning rundt vektingen av variablene sammenlignet med hva Helse Vest og Helse Midt-Norge gjorde. Argumentet til prosjektgruppen var at eventuelle skjønsmessige vurderinger måtte gjøres av styret i Helse Nord, og ikke av prosjektgruppen.

### **2.1.1 Utfordringer med kostandsindeksanalysene**

Prosjektgruppen har i hovedsak diskutert fire forhold:

1. Analysene er basert på data fra 2006-09
2. At forskningsaktiviteten i Helse Nord årlig er oppdatert med nye data, mens data for forskning i resten av landet, og kompensasjonsbeløpet for forskning, er holdt konstant.
3. At NLSH har identifisert feil i datagrunnlaget som er brukt til å beregne ulemper med reisetid. Mer spesifikt viser NLSH at total reisetid i Finnmarkssykehuset og UNN er beregnet for høyt, mens den er beregnet for lavt for NLSH og Helgeland.
4. Bruk av skjønn knyttet til kostnadsindeksanalysene

#### ***2.1.1.1 Analyser på gamle data og nye analyser som kan si noe om det relative kostnadsforholdet***

Kostnadsindeksanalysene er basert på data som per i dag er om lag 10 år gamle. I perioden etter 2009 har helsesektoren vært gjennom store strukturelle endringer, den medisinske-tekniske utviklingen har vært betydelig, og befolkningens forventninger til hva sykehusene kan utrette har økt.

Alle disse forholdene vil påvirke det absolutte kostnadsnivået til helseforetakene, samt det relative kostnadsnivået mellom dem. Det er derfor usikkert om dagens faktiske kostnadsulemper samsvarer med hva kostnadsindeksanalysene predikerer.

Prosjektgruppen er kjent med at det ikke er mulig å få gjennomføre kostnadsindeksanalyser på nye data innen dette prosjektets tidshorison. Prosjektgruppen har derfor sett etter andre analyser som kan indikere størrelse og relativ fordeling av kostnadsulemper som det er ønskelig å kompensere.

I styringsdokumentet er det spesifisert at prosjektgruppen skal analysere forskjeller i kostnadsnivå (kr/DRG-poeng), og annen relevant informasjon fra Analysenotat 16/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2012-16.

I dette notatet er produktivitetsutvikling i Helse Nord fra 2015 til 2016 analysert. Analysen viser en produktivitetsnedgang på 0,8 prosent mot et stabilt kostnadsnivå for landet samlet. Forklaringer er en større økning i kostnader per DRG-poeng for Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF enn produktivetsforbedringen ved NLSF og UNN – en produktivetsforbedring som er knyttet til en sterkere aktivitetsvekst sammenlignet med gjennomsnittet for landet.

Analysenotatet inkluderer også en analyse av hvordan strukturelle forhold (som spredt bosetningsmønster og spredt akuttberedskap) påvirker kostnadene. Denne analysen er imidlertid kun gjennomført på regionnivå på grunn av manglende grunnlagsdata. Den kan derfor ikke si noe om det relative kostnadsforholdet mellom helseforetakene i Helse Nord.

Når en korrigerer for strukturelle forhold, målt ved reisetid, viser analysene at reisetid forklarer 7,4 prosentpoeng av kostnadsindeksen i Helse Nord. Før justeringen for reisetid er kostnadsindeksen til Helse Nord 1,22, og etter justeringen blir dermed kostnadsindeksen 1,14 – altså 14 prosent over landsgjennomsnittet.<sup>1</sup>

I en rapport fra Frischsenteret til HOD analyseres produktiviteten i spesialisthelsetjenesten basert på data fra 1999 til 2014. DRG-poengene er gruppert etter grupperingslogikk fra 2011 og analysene er gjennomført med DEA-metoden.<sup>2</sup> I Tabell A12 gis en oversikt over produktivitetsestimatene til sykehus og helseforetak i Helse Nord. Referansepunktet som helseforetakene sammenlignes med er det mest produktive sykehuset i helse Norge i tidsperioden. Jo lavere tall som oppgis, jo lavere produktivitet. Eksempelvis betyr tallet 0.64 at helseforetaket produktivitet er 64% av hva det kunne oppnådd dersom det hadde vært like produktiv som det beste helseforetaket på tvers av alle år.

Fra tabellen ser vi at produktiviteten til Helgelandssykehuset har gått ned fra perioden 2006-09 til perioden 2013-14, mens produktivitetsestimatene til de andre helseforetakene er relativt stabile i perioden 2006-14.<sup>3</sup>

Tabell A12: Sykehus og helseforetak i Helse Nord, bootstrapkorrigert produktivitetsestimat

Sykehus/helseforetak	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
FINNMARK				0.62	0.68	0.73	0.67	0.63	0.65	0.64	0.64	0.64	0.68	0.67	0.64	0.67
HALOGALAND				0.67	0.77	0.75	0.75	0.80								
HAMMERFEST	0.61	0.60	0.55													
HARSTAD	0.57	0.65	0.60													
HELGELAND				0.83	0.77	0.82	0.81	0.87	0.92	0.92	0.88	0.84	0.84	0.80	0.79	0.78
KIRKENES	0.52	0.63	0.60													
LOFOTEN	0.82	0.82	0.78													
NARVIK	0.83	0.82	0.73													
NORDLAND	0.70	0.74	0.68	0.68	0.70	0.71	0.69	0.66	0.70	0.72	0.69	0.70	0.71	0.69	0.70	0.68
RANA	0.71	0.79	0.74													
SANDNESSJØEN	0.73	0.82	0.78													
STOKMARKNES	0.76	0.75	0.75													
TROMSØ	0.69	0.75	0.73													
UNN				0.73	0.75	0.59	0.62	0.62	0.63	0.64	0.60	0.63	0.67	0.64	0.63	0.64
VEFSN	0.65	0.79	0.96													

Tabell 2: Produktivitetsestimat for sykehus og helseforetak i Helse Nord

Basert på data fra SAMDATA har prosjektgruppen blitt forelagt beregnede kostnadsindekser til helseforetakene i Helse Nord i perioden 2008-09 og 2013-15. Disse kostnadsindeksene er deretter sammenlignet med den predikerte kostnadsindeksen fra kostnadsindeksanalysene. Resultatet er gjengitt i tabellen under.

<sup>1</sup> Se Tabell 3 på side 15 i rapporten.

<sup>2</sup> DEA-metoden beregner relativ effektivitet i tilfeller hvor produksjonsprosessen inkluderer flere innsatsfaktorer og flere produkter, og hvor det er vanskelig å fordele innsatsfaktorbruken mellom de ulike produktene. Enhetenes effektivitet vurderes mot hverandre ved at de mest effektive enhetene (observert beste praksis) utgjør et referansesett som de andre enhetene måles mot.

<sup>3</sup> Helgelandssykehuset er imidlertid fremdeles det mest effektive sykehuset i Helse Nord ihht. denne analysen.

Kostnadsindekser	SAMDATA 2008-09	SAMDATA 2013-15	Inntektsmodellen 2006-09
Helgeland	0,944	0,912	0,914
NLSH	0,913	0,975	0,910
UNN	0,997	1,001	1,057
Finnmark	1,147	1,113	1,070
<b>Helse Nord</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>

Tabell 3: Kostnadsindekser Helse Nord

Tabellen indikerer at kostnadsindeksen fra inntektsmodellen samsvarer relativt godt med kostnadsindeksen beregnet fra SAMDATA i perioden 2008-09. De største avvikene er for Finnmark og Helgeland, med avvik på om lag tre prosentpoeng. Tabellen viser også at den største endringen i perioden 2008-09 til 2013-15 er for NLSH som har forverret sin kostnadsindeks med seks prosentpoeng. NLSH og UNN er dermed mer symmetrisk i sin kostnadsindeks i perioden 2013-15 sammenlignet med perioden 2006-09. Det har i prosjektets arbeid ikke fremkommet endringer i oppdrag/funksjon mellom foretakene som skulle kunne forklare en så ulik utvikling i kostnadsnivå. Nordlandssykehuset påpeker at selv om det ikke er gjort vesentlige endringer i funksjonsfordeling mellom UNN og NLSH, er innhold og omfang av fellesregionale funksjoner i NLSH økt. Eksempler på dette er styrking av traumeberedskap, kvinneklinikk med tilsvarende bemanningskrav og opptrapping av intensivkapasitet. I vedlegget er denne kommentarer utdypet nærmere.

I SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2013 er det gjennomført en deskriptiv analyse av hvordan i) omfanget av døgnkontinuerlig akuttberedskap, ii) geografiske forhold som befolkningstetthet og reiseavstand, og iii) helseforetakenes behandlingsprofil påvirker kostnadsnivået til helseforetak. Helseforetakene deles i to grupper alt etter om de skårer lavt eller høyt på disse faktorene. Det vises at alle tre er positivt korrelert med høyere kostnadsnivå, men det testes ikke om sammenhengene er statistisk signifikante. Siden alle helseforetakene i Helse Nord er lagt i gruppene som skårer høyt, kan ikke analysen brukes til å si noe om de relative kostnadsforskjellene mellom helseforetakene i Helse Nord.

Prosjektgruppen har også analysert KPP-data fra 2016 for å si noe om det relative kostnadsnivået mellom helseforetakene i Helse Nord. KPP-data fra 2016 er hva som ligger til grunn for ISF i 2018, og prosjektgruppen har fått tilgang til kostnadsdata fra alle landets helseforetak. Det at det foreligger KPP-data kun for et år og at KPP-modellen fortsatt er umoden tilsier at disse data må brukes med forsiktighet. UNN påpeker at KPP-data i stor grad systematisk underestimerer kostandene ved de høyspesialiserte/regionsfunksjonene i UNN og Nordlandssykehuset Dette er fordi regionpasientene ikke håndteres i separate avdelinger/enheter i foretaket, og at kostandene til disse høyspesialiserte funksjonene derfor i KPP-modellen også fordeles på mange pasienter som ikke har behov for disse funksjonene. I tillegg utfører de høyspesialiserte funksjonene på UNN til dels omfattende oppgaver som ikke registreres, herunder mange telefoniske henvendelser.

I analysene beregnes *aktivitetsvektede* kostnadsavvik. Det vil si at først beregnes kostnadsavvikene til hver DRG – beregnet som avviket mellom helseforetakets egen DRG-kostnad og gjennomsnittskostnaden til DRG-en. Deretter vektetes kostnadsavvikene med hvor

stor andel av aktiviteten som utføres i hver enkelt DRG. Dermed vil de DRG-ene med stor aktivitet telle mer i det beregnede kostnadsavviket.

Det er gjennomført tre typer analyser, hvor alle analysene i hovedsak fokuserer på aktivitet knyttet til dag- og døgnbehandling<sup>4</sup>. Den første analysen er av regionsfunksjoner, definert som DRG-er som kun utløses på UNN og NLSH i Helse Nord.<sup>5</sup> Den andre analysen er av lokalsykehusfunksjoner, definert som DRG-er hvor minst 10 opphold er utløst i hvert av de fire helseforetakene i Helse Nord, samt i Nord-Trøndelag HF, Helse Førde HF, Helse Fonna HF og i Telemark HF.<sup>6</sup> Den tredje analysen er av alle opphold<sup>7</sup>.

De vektete kostnadsavvikene er følgende:

Helseforetak	Regionsfunksjoner	Lokalfunksjoner	Alle opphold
Finnmark		0,357	0,279
UNN	0,284	0,221	0,194
NLSH	0,287	0,219	0,213
Helgeland		0,084	0,143

Tabell 4: Aktivitetsvektede kostnadsavvik, data fra 2016.

Fra analysene følger det av kostnadsavviket relativt til landsgjennomsnittet varierer mellom de tre analysetypene, mens at UNN og NLSH er relativt symmetriske i sine kostnadsavvik uten at det har skjedd større funksjonsendringer mellom UNN og NLSH. Det må påpekes at data er fra 2016, et år med stor byggeaktivitet på NLSH. Det må forventes at byggeaktiviteten påvirket kostnadsnivået til NLSH i 2016. Ifølge UNN tilsier dette at de deskriptive analysene av kostnadsutviklingen må tillegges beskjeden vekt i forhold til en revidert inntektsfordelingsmodell, mens NLSH mener at tallene fra 2016 viser et mer realistisk bilde av kostnadsnivået sammenlignet med 2006-2009

### **2.1.1.2 Oppdatering av forskningsaktiviteten**

I den årlige oppdateringen av inntektsfordelingsmodellen har forskningsaktiviteten til helseforetakene i Helse Nord blitt oppdatert, mens kostnadsestimatet for forskning er holdt konstant. Dette har ført til at kostnadskompensasjonen som er knyttet til forskning har økt betydelig i perioden 2013-2018.

Prosjektleder har argumentert for at det fra et faglig ståsted ikke er korrekt å oppdatere forskningsaktiviteten i Helse Nord, mens alt annet i kostnadsindeksmodellen holdes konstant. Dette følger fordi forskningsaktiviteten i hele landet har økt de siste årene, og at en analyse med nye forskningsdata trolig vil gi et annet estimat for hvor stor kostnadskompensasjonen for forskning skal være. Forskningsaktiviteten er også korrelert med de andre forklaringsvariablene

<sup>4</sup> Siden det fokuseres på aktivitetsvektede prisavvik tas polikliniske opphold ut av datagrunnlaget. I hovedsak er dette 7xx-9xx DRG-er.

<sup>5</sup> Det er 184 DRG-er hvor all aktivitet i Helse Nord skjer på UNN eller på NLSH, eventuelt i begge HF. 134 (88) DRG-er er utløst på UNN (NLSH). Antall opphold i datagrunnlaget er 20049 (4645) opphold på UNN (NLSH).

<sup>6</sup> Utvalget er på 196 DRG-er. Antall opphold er (fra Nord til Sør): 16033, 41305, 33285, 20252.

<sup>7</sup> Alle DRG-er uten 7xx-9xx. Antall opphold er (fra Nord til Sør): 13974, 47746, 33855, 17057.



som inngår i modellen. Oppdaterte forskningstall vil derfor kunne påvirke disse variabelenes signifikans- og kompensasjonsnivå.

I rapporten som ble laget i forbindelse med kvalitetssikringen av inntektsfordelingsmodellen i 2016 påpekte både Magnussen og Kaarbøe dette. I inntektsmodellene til Helse Vest og Helse Midt-Norge er ikke kostnadsindeksanalysene oppdatert siden de ble innført (2012/3).

De økonomiske effektene av å tilbakestille forskningsaktiviteten til opprinnelig nivå er en økning i bevilgningen til Finnmark, NLSH og Helgeland på henholdsvis 18, 13 og 20 mill. kr. Effekten for UNN er redusert bevilgning på 51 mill. kr.

#### **2.1.1.3 Feil i grunnlagsdata reisetid**

NLSH har analysert reisetider mellom pasientenes bostedskommune og sykehusene. Analysen viser at grunnlagsdata som ble brukt av Magnussen mest trolig er feil.<sup>8</sup> Dessverre er disse dataene slettet, og det er ikke mulig å gjennomføre nye analyser innen prosjektets tidshorizont. Effekten av å oppdatere reisetidsdataene basert på beregningene til NLSH gir en omfordeling på henholdsvis -8 mill. kr og -43 mill. kr for Finnmark og UNN til +32 mill. kr og +18,5 mill. kr for henholdsvis NLSH og Helgeland.

Som for forskning er det metodisk problematisk å oppdatere grunnlagsdata i kostnadsindeksanalysen, men ikke gjennomføre nye analyser. Prosjektleder har derfor argumentert for at en faglig feil bruk av modellen, samt feil i grunnlagsdata, åpner for en skjønnsmessig vurdering av hvor stor kompensasjonen for kostnadsulempen skal være.

#### **2.1.1.4 Bruk av skjønn knyttet til kostnadsindeksanalysene**

Prosjektgruppen har diskutert hvem som bør utøve skjønn, er det prosjektgruppen eller er det Helse Nord RHF. En grunn til at denne problemstillingen er blitt diskutert er at i et tilsvarende prosjekt, gjennomført i Helse Vest våren 2017, er prosjektgruppen bedt i sitt mandag om å utøve skjønn. Problemstillingen ble forelagt Porteføljestyret i møtet 25.januar 2018. I referatet fra møtet heter det at «*Prosjektets konklusjoner må være mest mulig objektive, og skjønnsmessige vurderinger i størst mulig grad overlates til beslutningsnivået.*»

Prosjektgruppen vil derfor kun indikere faktorer og argumenter som kan åpne opp for skjønnsmessige vurderinger, samt å indikerer hvor stor økonomisk effekt bruken av skjønn skal ha.

Både oppdatering av forskningsaktiviteten, og feil i grunnlagsdataene, har mest sannsynlig tilført UNN økt bevilgning. Det virker derfor rimelig at en skjønnsvurdering av kostnadsindeksanalysene isolert sett bør redusere bevilgningen til UNN. For NLSH og Helgelandsykehuset er effektene de motsatte, og taler for økte bevilgninger. Feil i reisetidsdata har trolig gitt Finnmark økt bevilgning, mens oppdatering av forskningsaktivitet har slått negativt ut. Effekten av de to tiltakene tilsammen åpner for økt bevilgning til Finnmark. Denne konklusjonen tar imidlertid ikke hensyn til at variablene i analyse er korrelerte.

---

<sup>8</sup> NLSHs analyse samsvarer i hovedsak med hva Samdata viser ihht. reisetid. Se <https://reisetid.helsedirektoratet.no/analyse/dashboards/e262d1f7-a690-45be-8ee4-3c9fe813c8a4>

En indikasjon på størrelsen av de skjønsmessige tilskuddene knyttet til kostnadsindeksanalysene isolert sett kan være de økonomiske effektene av å tilbakestille forskningsaktiviteten og justere reisetidene basert på NLSH sin analyse. Det at variablene er (positivt) korrelerte trekker imidlertid i retning av at størrelsen på et eventuelt skjønsmessig tilskudd kan være lavere enn hva summen av de to elementene indikerer.

## **2.2 Kompensasjon for nasjonale, regionale og bilaterale funksjoner**

Når inntektsfordelingsmodellen for somatikk ble etablert i 2011 fikk prosjektgruppen innspill fra helseforetakene på funksjoner som burde få særskilt finansiering. Prosjektgruppen var av den oppfatning at funksjoner og oppgaver som skulle gis særskilt finansiering i hovedsak er i) regionale funksjoner og ii) samt klart definerte oppgaver gitt av Helse Nord. I tillegg skulle ikke oppgavene motta ISF-finansiering. Det siste punktet bidrar til å unngå dobbeltfinansiering med kompensasjonen som gis i henhold til kostnadsindeksanalysene.

Det ble også laget en liste med overgangsordninger. Dette er funksjoner som mottar finansiering i en tidsavgrenset periode. Eksempelvis i forbindelse med oppbygging av funksjoner.

### **2.2.1 Regionale funksjoner med særskilt finansiering**

Listen over regionale funksjoner med særskilt bevilgning i 2018 er gjengitt nedenfor. Om lag 233 mill. kr er fordelt til regionale funksjoner med særskilt finansiering i 2018, hvor 53% av bevilgningen er knyttet til utdanning og undervisning.

Regionale funksjoner i kostnadskomponent	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Koordinering rehabilitering		3 450	-		3 450
Pasienttelefon		-	1 411		1 411
Regional AMK/flykoordinering		7 154	-		7 154
Svalbard		23 930	-		23 930
Arbeids- og miljømedisinsk senter		14 309	-		14 309
Fedmebehandling - regionalt senter, veiledning, kompetanse		-	2 067		2 067
Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi		4 725	-		4 725
Miljøgiftsenter		2 043	-		2 043
Regionalt. Kopsenter for klinisk pasientsikkerhet		-	3 068		3 068
Registerdrift UNN		6 356	-		6 356
Nasjonalt senter for e-helse		3 533	-		3 533
NORM		5 424	-		5 424
Pusterom		615	-		615
Regionale fagmiljø narkolepsi		158	-		158
Styrking kompetansesentra 2012-2015		965	-		965
Senter for smittevern KORSN		6 251	-		6 251
Vardesentre		513	313		826
Donoransvarlig lege		791	792		1 583
Nasjonal komp. Tjeneste for inkontinens og bekkenbysykdommer		2 762	-		2 762
Revmatologi	278	684	65		1 027
Traumekoordinator		1 162	-		1 162
Trykktank		582	-		582
Lindring i Nord		2 528	-		2 528
Tuberkuloseprogram		651	341		992
Helseteam		276	277		553
URE helseteam		27	23		50
Miljøgiftsenter		921	-		921
Diagnostisk enhet for uavklarte tilstander		1 105	-		1 105
Prostatacenter		2 856	2 863		5 719
Regional overvektskonsulent		-	277		277
Kompetanse nyfødt intensiv		-	462		462
Overlegestilling innen transfusjon og immunologi (50 %)		-	554		554
Mammografitilbud		1 106	1 115		2 221
<b>SUM eks utdanning/undervisning</b>	<b>278</b>	<b>94 878</b>	<b>13 628</b>	<b>-</b>	<b>108 784</b>
<b>Utdanning/undervisning</b>	<b>3 927</b>	<b>104 999</b>	<b>11 274</b>	<b>4 054</b>	<b>124 253</b>

Tabell 5: Regionale funksjoner 2018

Prosjektgruppen har gått gjennom lista med regionale funksjoner og kommet med innspill til hvilke funksjoner og oppgaver som bør inkluderes, samt hvilket kompensasjonsnivå som bør gis. Dette har vært en krevende øvelse. Det er både vanskelig å definere entydig hva som er regionale funksjoner, samt å fastslå kompensasjonsnivå for funksjoner som ikke er definert som eget kostnadssted i regnskapet. Funksjonene er også relativt unike, slik at det er vanskelig å sammenligne kostnadsnivåene med lignende funksjoner i andre helseforetak. I noen tilfeller er det også uklart om funksjonene er knyttet til behandling som utløser ISF-finansiering. Hvis dette er tilfelle risikerer man dobbeltfinansiering, dvs. at kostnadskompensasjon gis både gjennom den generelle kostnadsulempekompensasjon og som regional funksjon. Et eksempel hvor risiko for dobbeltfinansiering er til stede er kompensasjon som gis for vaktberedskap. I tillegg har gjennomgangen vist at flere av funksjonene er kompensert med små beløp, samt at den relative fordelingen mellom helseforetakene er relativ lik behovskomponenten.

Deler av prosjektgruppen har ment at det vil være små omfordelingsvirkninger knyttet til å eliminere disse postene fra listen over regionale funksjoner. NLSH har påpekt nødvendigheten av at innspillene til regionale funksjoner gjennomgås både med hensyn til hvilke funksjoner som er forutsatt å være regionale og i hvilket omfang, samt at revidert forslag til fremtidig

finansiering av regionale funksjoner og omfang av disse begrunnes. Slik vurdering er ikke gjort av prosjektgruppen i fellesskap.

Prosjektgruppen har også vurdert hvordan fellesfunksjoner skal håndteres. Dette er funksjoner hvor et helseforetak utfører behandling for et annet foretak. Typisk vil NLSH utføre disse funksjonene for egen befolkning og befolkningen som sogner til Helgelandssykehuset, mens UNN typiske utfører disse funksjonen for egen befolkning og befolkningen i Finnmark. For disse tjenestene har prosjektgruppen diskutert om kompensasjonen skal være basert på direkte avtaler eller om den skal ligge i inntektsfordelingsmodellen.

Det som taler for bruk av direkte betaling er at det er klarere hva som dekkes og dermed hva som skal leveres. Dette kan bidra til at det er enklere å innføre nye oppgaver. Ulempene med direkte betaling er knyttet til transaksjonskostnader og uklarheter i kostnadsbildet. Fastsettelse av pris kan også bli ulik for like tjenester på UNN og NLSH, samt at direkte betaling kan gi inntrykk av at modellen bygger på kostnadskompensasjon.

Prosjektgruppen er negativ til bruk av direkte betaling, og anbefaler at fellesfunksjoner kompenseres i inntektsfordelingsmodellen. NLSH forutsetter en tilstrekkelig skjønnsmessig kompensasjon som fremkommer eksplisitt av modellen. En utfordring med denne løsninger er imidlertid at det kan være uklart hvor stor del av kostnadene knyttet til fellesfunksjoner som kompenseres i kostnadsindeksanalysen og hva som fordrer egen finansiering.

Et flertall av prosjektgruppens forslag til regionale funksjoner samt fellesfunksjoner (utenom utdanning/undervisning) er gjengitt under.<sup>9</sup> Sorteringen er gjort etter om funksjonen er en nasjonal oppgave, en regional oppgave eller fellesfunksjoner. NLSH er uenig i forslaget, all den tid det fremdeles er mange uavklarte spørsmål knyttet til regionale funksjoner og omfang av disse. For eksempel er det ikke tatt stilling til hvordan modellen skal løse utfordringen mht. manglende finansiering av NLSHs funksjoner knyttet til intensiv og traumesykehus, samt fremlagt oppdatert netto kostnadsberegning for regionalt senter for sykkelig overvekt. Selv om henteteam nyfødte nå er tatt inn i modellen, er nettoeffekten negativ ettersom finansiering av andre regionale funksjoner er foreslått tatt ut (f.eks. donoransvarlig lege, tuberkulose, helseteam, føde/gyn, kreft, regional koordinator helsefaglæringer). Prosjektgruppen har i liten grad diskutert størrelsene på de ulike beløpene i tabellen for regionale funksjoner-/overgangsordninger og stiller spørsmål til hvorfor det foreslås økning for flere av UNN sine regionale funksjoner, men ikke for NLSHs regionale funksjon innen sykkelig overvekt der netto kostnader er dokumentert betydelig større enn dagens finansiering (NLSH er opprinnelig finansiert for å dekke merkostnader for å ivareta et betydelig lavere antall pasienter enn vi gjør i dag).

Det har vært en klar forutsetning fra NLSH gjennom hele prosessen både mht fjerning av mindre beløp i oversikt over regionale funksjoner og overgangsordninger og at fellesfunksjoner skal håndteres i modellen og ikke via direkte betaling mellom helseforetakene, at Nordlandssykehuset gis et *tilstrekkelig* skjønnsmessig tilskudd for sine «sentralpsykehus»-/ delte regionale funksjoner. Nordlandssykehuset forutsetter at regionale funksjoner/-

---

<sup>9</sup> Se vedlegg 1 for mindretallets kommentarer og forslag.

sentralsykehusfunksjoner som pr i dag er ufinansiert, og som ikke foreslått finansiert i tabell 6, håndteres eksplisitt ved bruk av skjønn.

Nasjonale funksjoner i kostnadskomponent	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum	Endring	Kommentar
Svalbard		29 600			29 600	5 670	Økes etter innspill fra UNN
NORM (antibiotikaresistens)		5 493			5 493	69	Økes etter innspill fra UNN
Nasjonalt sentrer for avansert tromboytimmunologi		4 725			4 725		Innspill fra UNN om økning tas ikke inn, er ikke klarert med RHF
Nasjonalt senter for e-helse		3 533			3 533		
Nasjonalt komp. Tjeneste for inkontinens og bekkenbudsykdommer		2 762			2 762		
Styrking kompetansesentra 2012-2015						-965	Uklart hvilken funksjon dette vedrører
<b>Regionale funksjoner i kostnadskomponent</b>	<b>Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Sum</b>		
Arbeids- og miljømedisinsk senter		13 600	-		13 600	-709	Reduseres etter innspill fra UNN
Sykkestuer	9 468				9 468	9 468	Flyttes fra overgangsordning
Regional AMK/koordinering		7 154	-		7 154		
Senter for smittevern KORSN		6 507	-		6 507	256	Flytter kr 256 000 fra overgangsordninger sammen med beløp i kostnadskomponent
Registerdrift UNN		6 356	-		6 356		
Astma og allergisenter		4 919			4 919	4 919	Flyttes fra overgangsordning
Keisersnitt Lofoten			4 359		4 359		Flyttes fra overgangsordning
Koordinering rehabilitering		3 450	-		3 450		
Lindring i Nord		3 200	-		3 200	672	Økes delvis etter innspill fra UNN
Regionalt. Kompetenter for klinisk pasientsikkerhet		-	3 068		3 068		
Miljøgiftsenter		2 964	-		2 964		Samler 2 beløp til ei linje
Fedmebehandling - regionalt senter, veiledning, kompetanse		-	2 344		2 344		Samler 2 beløp til ei linje. Innspill fra NLSH om økning er ikke tatt inn
Geriatrisk team Samisk helsetjeneste	2 025				2 025	2 025	Flyttes fra overgangsordning
Pasienttelefon		-	1 411		1 411		
Traumekoordinator		1 162	-		1 162		
Diagnostisk enhet for uavklarte tilstander		1 105	-		1 105		
Antibiotikasenter		962			962	962	Flyttes fra overgangsordning
Pusterom					-	-615	Flyttes til behovskomponent
Regionale fagmiljø narkolepsi					-	-158	Flyttes til behovskomponent
Trykktank					-	-582	Flyttes til behovskomponent
Kompetanse nyfødt intensiv					-	-462	Flyttes til behovskomponent
Overlegestilling innen transfusjon og immunologi (50 %)					-	-554	Flyttes til behovskomponent
<b>Fellesfunksjoner i kostnadskomponent</b>	<b>Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Sum</b>		
Henteteam nyfødte		3 000	3 000		6 000	6 000	Tas inn som ny kostnadskomponent
Prostatacenter		2 856	2 863		5 719		
Nukleærmedisin		2 922	1 596		4 518	4 518	Flyttes fra overgangsordning
Sosialpediater ved barnehus		1 230	1 229		2 459	2 459	Flyttes fra overgangsordning
LIS stilling anestesi		1 177	1 176		2 353		Flyttes fra overgangsordning
Mammografitilbud		1 106	1 115		2 221		
Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark)		2 028			2 028		Flyttes fra overgangsordning
Vardesentre					-	-826	Flyttes til behovskomponent
Donoransvarlig lege					-	-1 583	Flyttes til behovskomponent
Revmatologi					-	-1 027	Flyttes til behovskomponent
Tuberkuloseprogram					-	-992	Flyttes til behovskomponent
Helseteam					-	-553	Flyttes til behovskomponent
URE helseteam					-	-50	Flyttes til behovskomponent

Tabell 6: Forslag til regionale funksjoner som gis særskilt finansiering

## 2.2.2 Kompensasjon for utdanning og undervisning

Når det gjelder kompensasjon knyttet til utdanning og undervisning har prosjektgruppen beregnet effekten av vedtakspunkt 2 og 4 i sak 46/2017. Modellen for utdanning omtalt i punkt 2 vektet alle undervisningsprogram likt, mens modellen som omtales i punkt 4 vektet ulike undervisningsprogram forskjellig. Eksempelvis vektet medisinerutdanningen mer enn tre ganger høyere enn de vanlige helsefagutdanningene. Prosjektgruppens beregninger viser at de økonomiske effektene mellom de to modellene er relativt små, ca. 2,5 mill.kr i totaleffekt.

Prosjektgruppen har også diskutert om utdanningsmodellen som ble vedtatt våren 2017 (sak 46/2017) er gjenstand for ny vurdering i prosjektgruppen. På den ene siden sier styringsdokumentet at alle forhold utenom behovskomponenten skal vurderes. På den andre siden sier styringsdokumentet at innholdet i styresak 46/2017 legges til grunn for videre arbeid. Prosjektleders forståelse har vært at i) styret har besluttet modell for utdanning og den skal ikke tas opp på nytt i revideringen (punkt 2), og ii) at i oppdateringen nå skal vektingen av kvalitetsaspektet i utdanningen være i tråd med vektingen i universitets- og høgskolesektoren (punkt 4). En alternativ tolkning av punkt 4 er at resultatet av arbeidet i 2017 legges til side og

det startes et nytt arbeid med utdanningsmodellen. Denne ukklarheten er løftet opp til prosjekteier. Prosjekteier har konsultert administrerende direktør som igjen orienterte styret i Helse Nord om dette i sak 45/2018. Administrerende direktør vil ved oppdatering av regional inntektsmodell for somatikk legge prinsippene for finansiering av utdanning i helseforetakene slik vedtatt i styresak 46/2017 til grunn.

UNN har påpekt vesentlige mangler i den reviderte modell for utdanningskomponenten. Dette gjelder i særlig grad det forhold at medisinerutdanningens 1. – 4. år nesten ikke gir noen uttelling i modellen. UNN bruker vesentlige ressurser på denne undervisningen, særlig praktisk klinisk undervisning («uketjeneste») og mye veiledning av studenter i forbindelse med journalopptak, vaktjeneste mm. Medisinerutdanningens første fire år er samlet sett med sikkerhet en av de største utdanningsoppgavene i UNN, og det er for UNN svært overraskende og vanskelig å forstå at dette skal gi bare svært liten uttelling i modellen. Alternativt bør dette tillegges vesentlig vekt i en eventuell skjønnsutøvelse. UNN har i prosjektarbeidet fremlagt dokumentasjon på kostnader til denne undervisningen, både i form av betaling for bistillinger på Det helsevitenskapelige fakultet, UiT, og i form av direkte lønnskostnader til leger som foretar undervisningen i sin UNN-arbeidstid. I tillegg kommer tapte inntekter som følge av legenes tidsbruk på denne undervisningen. NLSH mener at disse forhold ble behandlet og hensyntatt ved forrige revisjon av undervisningsmodellen våren 2017, men at det gjenstår et arbeide knyttet til harmonisering av avtalene mellom foretakene og UIT.

### **2.2.3 Kompensasjon i en overgangsperiode**

Listen med overgangsordninger i 2018 er gjengitt under. Totalt sett er om lag 300 millioner fordelt som overgangsordninger i 2018. Listen inneholder også prosjektgruppens kommentarer til noen av postene.

	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Totalsum	
PET-senter oppstart		13 945			13 945	Under oppbygning, blir etter hvert fanget opp i mobilitet
PET scanning		2 464			2 464	Under oppbygning, blir etter hvert fanget opp i mobilitet
Pet-takster endring		4 511			4 511	Under oppbygning, blir etter hvert fanget opp i mobilitet
Føde/gyn	1 837	7 386	6 648	3 658	19 528	Flyttes til behovskomp
Følgetjeneste gravide	6 753	453	2 270	1 345	10 820	
Keisersnitt Lofoten			4 359		4 359	Flyttes til kostnadskomp
Samhandlingsreform	115	4 547	3 264	2 075	10 002	Flyttes til behovskomp
Sykestuer	9 468				9 468	Flyttes til kostnadskomp
fagansvarlig helsefaglæringer	528	527	527	528	2 110	Flyttes til behovskomp
Forskning		30 000	3 000		33 000	Oppdateres årlig
regional koordinator helsefaglæringer			508		508	Flyttes til behovskomp
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	444	3 286	803	529	5 062	Oppdateres årlig
Diabetesplan	601	1 174	1 676	596	4 048	Flyttes til behovskomp
Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark)		2 028			2 028	Flyttes til kostnadskomp
Medisinerutdanning	11 814		922		12 736	Utdanningsmodell
Utvikling av helse nord			30 469		30 469	Merkostnader under bygging
Fagplan plastikk kirurgi			2 895	2 858	5 753	Under oppbygning
Fagplan hud		1 521	1 523		3 045	Flyttes til behovskomp
Fagplan Habilitering	1 009	2 028		1 000	4 038	Flyttes til behovskomp
Fagplan Somatisk rehabilitering	1 716	3 955	1 714	1 714	9 099	Flyttes til behovskomp
Fagplan Reuma		608	1 828		2 437	Flyttes til behovskomp
Fagplan kreft	2 120	12 531	8 446	2 140	25 238	Flyttes til behovskomp
Astma og allergisenter		4 919			4 919	Flyttes til kostnadskomp
Antibiotikasenter		962			962	Flyttes til kostnadskomp
Nukleærmedisin		2 922	1 596		4 518	Flyttes til kostnadskomp
Sosialpediater ved barnehus		1 230	1 229		2 459	Flyttes til kostnadskomp
Ny spesialistutdanning/ spesialiststruktur for leger		974			974	Under omlegging
Tiltak plan psykisk helse og rus	358	15 142	569	326	16 394	Ikke somatikk
Prosjekt Samvalg		8 402			8 402	Prosjekt ferdig
KORSN- kompetanse		256			256	Flyttes til kostnadskomp
LIS stilling anestesi		1 177	1 176		2 353	Flyttes til kostnadskomp
Rekrutteringsprogram Helgeland				3 073	3 073	Prosjekt ferdig
Utviklingsprosjekt Helgeland				6 145	6 145	Prosjekt ferdig
Forvaltning Klinisk IKT	508	2 029	1 106	455	4 098	Prosjekt ferdig
Geriatrisk team	2 025				2 025	Flyttes til kostnadskomp
Utvikling psykiatri/tsb - Regional enhet psykisk lidelse hos pasienter med psykisk utviklingshemming			2 100		2 100	Ikke somatikk
Utvikling psykiatri/tsb - styrking poliklinisk aktivitet	436	1 017	736	411	2 600	Ikke somatikk
Utvikling psykiatri/tsb SIFER NORD		3 000			3 000	Ikke somatikk
Tromsundersøkelsen		1 700			1 700	Prosjekt ferdig
Helårsdrift regional enhet LIS utdanning		1 600			1 600	Under opplegging
Alta	4 500				4 500	Under oppbygging
Utdanning overgangsordning	6 149	-8 197	6 107	2 087	6 147	Under opplegging
Sykehusinnkjøp	-697	-3 124	-923	-886	-5 630	Ikke somatikk
Rådgiver samisk kompetanse	-500				-500	Ikke somatikk
Beredskap Svalbard		10 000			10 000	Ikke somatikk
	<b>49 183</b>	<b>134 974</b>	<b>84 548</b>	<b>28 055</b>	<b>296 759</b>	
Sum ikke somatikk	-403	26 035	2 482	-149	27 964	

Tabell 7: Overgangsordninger 2018, med prosjektgruppens kommentarer

På samme måte som prosjektgruppen har ryddet i listen over regionale funksjoner, er det også ryddet i listen over funksjoner og oppgaver som skal gis en midlertidig kompensasjon. Prosjektgruppen har anbefalt at det angis tidsfrist for hvor lenge kompensasjonen bør gis.

Dersom prosjektgruppens forslag vedtas reduseres bevilgningen til overgangsordninger med om lag 146 mill. kr, hvor om lag 28 mill. kr er ordninger utenom somatikk.

Flertallet av prosjektgruppen foreslår følgende<sup>10</sup>:

Formål 2	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Totalsum	Utgår	
PET-senter oppstart		13 945			13 945	2021	Under oppbygning, blir etter hvert fanget opp i mobilitet
PET scanning		2 464			2 464	2021	Under oppbygning, blir etter hvert fanget opp i mobilitet
Pet-takster endring		4 511			4 511	2021	Under oppbygning, blir etter hvert fanget opp i mobilitet
Følgetjeneste gravide	6 753	453	2 270	1 345	10 820	2 021	
Forskning		30 000	3 000		33 000		Oppdateres årlig
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	444	3 286	803	529	5 062		Oppdateres årlig
Medisinerutdanning	11 814		922		12 736		Utdanningsmodell
Utvikling av helse nord			30 469		30 469	2020	Merkostnader under bygging
Fagplan plastikk kirurgi			2 895	2 858	5 753	2020	Under oppbygning
Ny spesialistutdanning/spesialiststruktur for leger		974			974	2020	Under opplegging
Prosjekt Samvalg		8 402			8 402	2019	Prosjekt ferdig
Rekrutteringsprogram Helgeland				3 073	3 073	2020	Prosjekt ferdig
Utviklingsprosjekt Helgeland				6 145	6 145	2019	Prosjekt ferdig
Tromsundersøkelsen		1 700			1 700	2020	Prosjekt ferdig
Helårsdrift regional enhet LIS utdanning		1 600			1 600	2020	Under opplegging
Alta	4 500				4 500		Under oppbygging
Utdanning overgangsordning	6 149	-8 197	6 107	2 087	6 147	2 020	Under opplegging
	<b>29 660</b>	<b>59 137</b>	<b>46 465</b>	<b>16 037</b>	<b>151 300</b>		

Tabell 8: Forslag til overgangsordninger

Omfordelingsvirkningene av forslaget til ny særskilt finansiering av regionale funksjoner og overgangsordninger er vist nedenfor. For begge typer finansiering er omfordelingsvirkningene små. Totalt sett gir forslaget et økt bevilgning til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset på henholdsvis 3,6 og 1,2 mill. kr. Totaleffekten for UNN og NLSH er redusert bevilgning på henholdsvis 1 og 4 mill. kr.

NLSH er uenige i flertallets oppfatning om at omfordelingseffektene av forslaget er små. Til tross for at Nordlandssykehusets manglende finansiering for «sentralsykehusfunksjoner» både har vært belyst og akseptert gjennom prosjektgruppens arbeid, innebærer forslaget til «rydding» at Nordlandssykehusets finansiering av regionale oppgaver reduseres ytterligere. For eksempel har tidligere fordeling av midler til føde/gyn og kreftplan i stor grad sammenheng med fagplanenes føringer om et større regionalt ansvar ved NLSH og UNN. Forslaget slik det foreligger eliminerer finansieringen av NLSHs regionale oppgaver. Viser for øvrig til NLSHs kommentar til punkt 2.2.1.

<sup>10</sup> Se avsnitt 9.2 for mindretallets kommentarer.



Endringer kostnadskomponent						
Funksjoner	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum	Kommentar
Svalbard		5 670			5 670	Økes etter innspill fra UNN
NORM (antibiotikaresistens)		69			69	Økes etter innspill fra UNN
Styrking kompetansesentra 2012-2015		-965			-965	Uklart hvilken funksjon dette vedrører
Arbeids- og miljømedisinsk senter		-709	-		-709	Reduseres etter innspill fra UNN
Lindring i Nord		672	-		672	Økes delvis etter innspill fra UNN
Pusterom		-615			-615	Flyttes til behovskomponent
Regionale fagmiljø narkolepsi		-158			-158	Flyttes til behovskomponent
Trykktank		-582			-582	Flyttes til behovskomponent
Kompetanse nyfødt intensiv			-462		-462	Flyttes til behovskomponent
Overlegestilling innen transfusjon og immunologi (50 %)			-554		-554	Flyttes til behovskomponent
Henteteam nyfødte		3 000	3 000		6 000	Tas inn som ny kostnadskomponent
Vardesentre		-513	-313		-826	Flyttes til behovskomponent
Donoransvarlig lege		-791	-792		-1 583	Flyttes til behovskomponent
Revmatologi	-278	-684	-65		-1 027	Flyttes til behovskomponent
Tuberkuloseprogram		-651	-341		-992	Flyttes til behovskomponent
Helseteam		-276	-277		-553	Flyttes til behovskomponent
URE helseteam		-27	-23		-50	Flyttes til behovskomponent
<b>Sum</b>	<b>-278</b>	<b>3 440</b>	<b>173</b>	<b>-</b>	<b>3 335</b>	
Fordelt behovskomp	514	1 303	956	562	3 335	
<b>Netto omfordeling</b>	<b>-792</b>	<b>2 137</b>	<b>-783</b>	<b>-562</b>	<b>-</b>	
Endringer overgangsordninger						
Funksjoner	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum	Kommentar
Føde/gyn	1 837	7 386	6 648	3 658	19 528	Flyttes til behovskomponent
Samhandlingsreform	115	4 547	3 264	2 075	10 002	Flyttes til behovskomponent
fagansvarlig helsefaglæringer	528	527	527	528	2 110	Flyttes til behovskomponent
regional koordinator helsefaglæringer			508		508	Flyttes til behovskomponent
Diabetesplan	601	1 174	1 676	596	4 048	Flyttes til behovskomponent
Fagplan hud		1 521	1 523		3 045	Flyttes til behovskomponent
Fagplan Habilitering	1 009	2 028		1 000	4 038	Flyttes til behovskomponent
Fagplan Somatisk rehabilitering	1 716	3 955	1 714	1 714	9 099	Flyttes til behovskomponent
Fagplan Reuma		608	1 828		2 437	Flyttes til behovskomponent
Fagplan kreft	2 120	12 531	8 446	2 140	25 238	Flyttes til behovskomponent
<b>Sum</b>	<b>7 925</b>	<b>34 279</b>	<b>26 135</b>	<b>11 711</b>	<b>80 051</b>	
Fordelt behovskomp	12 345	31 277	22 939	13 491	80 051	
<b>Netto omfordeling</b>	<b>4 419</b>	<b>-3 002</b>	<b>-3 196</b>	<b>1 780</b>	<b>0</b>	
<b>Samlet omfordeling</b>	<b>3 627</b>	<b>-866</b>	<b>-3 979</b>	<b>1 218</b>	<b>0</b>	

Tabell 9: Samlet omfordeling regionale funksjoner med særskilt finansiering og overgangsordninger

### 3. Mobilitetskomponenten

Prosjektgruppen har diskutert innretningen av mobilitetskomponenten. Mobilitetskomponenten er knyttet både til bruk av private tilbydere og til pasientmobilitet mellom helseforetakene.

#### 3.1 Bruk av private

I 2011-prosjektet ble det anbefalt at inntektsmodellen skal korrigerer for bruk av private tjenester. Det ble innført et prinsipp om at modellen skal legge til rette for likeverdig tilbud, og at pengene skal følge pasienter. I arbeidet ble det også poengterte at forbruket av private tjenester avviker fra behovskomponenten, og at Helse Nord er avtalepartner. Det siste etter pålegg fra HOD.

I budsjett 2017 ble modell for privat rehabilitering endret til modell hvor opphold vektet med 50% og antall liggedøgn vektet med 50%. Årsaken var at endret registrering av aktiviteten i NPR

og dermed kunne man ikke sammenlignbare data med tidligere år. I praksis betyr vektingen at døgnaktiviteten vektet mer enn dagaktiviteten.

Prosjektgruppen ser ingen grunn til å endre dagens modell, men vil påpeke følgende tre forhold. Det ene er at helseforetakene har liten mulighet til å styre virksomheten til de private ettersom de fleste henvisningene kommer fra fastleger. Det andre forholdet er at det er viktig å få en avklaring rundt om tjenestene som tilbys er primær- eller spesialisthelsetjenester. Det tredje er at regional vurderingsenhet for rehabilitering er lokalisert ved UNN.

### 3.2 DRG-finansiert virksomhet

Mobilitetskomponenten for DRG-basert virksomhet er basert på følgende prinsipper: 100% ISF-finansiering ligger til grunn, poliklinikk er inkludert og siste års tilgjengelige data legges til grunn for gjestepasientoppjøret.

Argumentene for 100% ISF-finansiering er at det er forenelig med kostnadskompensasjon for kostnadsulempene, høy gjestepasientpris gir UNN og NLSH insentiver til å ta imot pasientene, og prosjektgruppen vurderte risikoen for økte pasientstrømmer ut av regionen, hvor betalingen er 80% ISF, som liten.

Det to tabellene nedenfor viser pasientstrømmene mellom helseforetakene i Nord i 2011 og 2016 målt som antall (korrigerede) DRG-poeng. Fra tabellene ser vi at det er stor grad i stabilitet i pasientstrømmene.

Mobilitetskomponent, pasientstrømmer DRG-poeng 2016			
<i>HF</i>	<i>Ut internt</i>	<i>Inn Internt</i>	<i>Netto</i>
Helgeland	-6 444	137	-6 307
NLSH	-5 724	4 194	-1 530
UNN	-803	15 621	14 818
Finnmark	-7 315	335	-6 980
<b>Sum</b>	<b>-20 287</b>	<b>20 287</b>	<b>0</b>

Tabell 10: interne pasientstrømmer 2016

Mobilitetskomponent, pasientstrømmer DRG-poeng			
<i>HF</i>	<i>Ut internt</i>	<i>Inn Internt</i>	<i>Netto</i>
Helgeland	-6 529	133	-6 396
Nordland	-6 211	4 065	-2 146
UNN	-780	15 975	15 195
Finnmark	-6 832	179	-6 654
<b>Sum</b>	<b>-20 352</b>	<b>20 352</b>	<b>0</b>

Tabell 11: Interne pasientstrømmer 2011.

Når det gjelder aktivitet ut av regionen viser tabellen under at andelen aktivitet, målt som korrigerede DRG-poeng, har økt med i overkant av ett prosentpoeng. Økningen er størst for befolkningen i opptaksområdene til Helgeland og Nordlandssykehuset.

<b>Totalt 2011</b>	<b>Kjøp utenfor HN 2011</b>
Helgeland	11,4 %
Nordland	7,3 %
UNN	4,4 %
Finnmark	6,9 %
<b>Sum</b>	<b>6,7 %</b>

<b>Totalt 2016</b>	<b>Kjøp utenfor HN 2016</b>
Helgeland	13,8 %
Nordland	8,6 %
UNN	5,4 %
Finnmark	7,5 %
<b>Sum</b>	<b>7,9 %</b>

Tabell 12. Andel (korrigerede) DRG-poeng kjøpt utenfor Helse Nord i 2011 og 2016.

Prosjektgruppen har diskutert om det er ønskelig å redusere prisen i mobilitetskomponenten til 80% ISF, slik at prisen intern blir lik prisen ekstern (ut av regionen). Utfordringen med dette er at kompensasjonen som gis til UNN og NLSH for interne gjestepasienter blir lavere og deres (økonomiske) insentiv til å ta imot pasienter blir redusert. Det er her snakk om betydelige pasientstrømmer, se tabell 10 over. I en modell hvor pengene skal følge pasienten framstår dette som negativt. En slik ordning vil heller ikke gi UNN og NLSH full kostnadskompensasjon for de predikerte kostnadsulempene som ligger til grunn for kostnadsindeksanalysen.

En annen mulighet vil være å innføre et abonnement fra Finnmark, NLSH og Helgeland til UNN og fra Helgeland til NLSH basert på siste års pasientstrømmer med 20% ISF som abonnementspris. Aktivitet utover dette avregnes med 80% ISF. En slik ordning vil medføre kostnadsnøytralitet mellom å sende pasienter internt og ekstern (ut av regionen). Ordningen vil også sikre kostnadskompensasjon for UNN og NLSH da pasientstrømmene er relativt stabile.

Prosjektgruppen mener det er liten risiko for at pasientene sendes ut av regionen fordi intern mobilitet betales med 100% ISF. Hovedargumentet er at behandlerne ikke tar beslutninger om hvor pasienten skal sendes basert på om betalingen på marginen er 80% eller 100%. En betaling på 100% ISF er både enklere å håndtere i inntektsfordelingsmodellen og mer transparent.

Prosjektgruppen anbefaler at Helse Nord opprettholde en betaling i mobilitetskomponenten på 100% av ISF.

### **3.3 Justering for pensjon og mva.**

Momskompensasjonen som ble innført i 2017 medførte at ISF-kompensasjonen finansierte en større andel av kostandene enn tidligere. Dette følger fordi inntektsreduksjonen ble tatt gjennom å redusere basisbevilgningen. Helse Nord justerte derfor ned ISF-prisen (se også notat kvalitetssikring av inntektsfordelingsmodellen, våren 2017). ISF-prisen er videre blitt redusert med 0,5% i forbindelse med regjeringens avbyråkratiseringsreform i 2017 og 2018. Disse pengene er tilbakeført til helseforetakene gjennom økning i basis. Fra 2017 har dermed gjestepasientprisen internt i Helse Nord i praksis vært om lag 95% ISF.

I oppgjøret mellom regionene har en bestemt at pensjonskostnader skal inkluderes i gjestepasientprisen. Forklaringen til dette er at regioner med netto gjestepasientoppgjør har flere ansatte enn hva som ville vært tilfelle uten pasienter fra andre regioner. I oppgjøret mellom regioner er den ekstraordinære økningen i pensjon i 2017 beregnet til å gi et påslag i ISF-satsen på 3,82%.

Dersom en i tillegg nøytraliserer det forsterkede effektiviseringskravet som er lagt på ISF-satsen vil den reelle ISF-satsen være i underkant av 99% ISF. For å forenkle inntektsfordelingsmodellen foreslår prosjektgruppen derfor at mobilitetskomponenten for DRG-virksomhet settes til 100% ISF.

### **3.4 Reduksjon i unødvendige pasientstrømmer**

Prosjektgruppen har diskutert hvordan man kan redusere unødvendige pasientstrømmer. Dette er en vanskelig diskusjon blant annet fordi ulike aktører kan ha ulikt syn på hva som er unødvendige pasientstrømmer. Eksempelvis kan helseforetakene mene at pasientstrømmer til private tilbydere er unødvendig mens private tilbydere, og noen ganger pasienter, vil mene at slike pasientstrømmer er ønskelig.

Prosjektgruppen har diskutert om kontroller som gjøres på UNN og NLSH heller kan gjøres lokalt. Dersom det finnes kompetanse på de lokale poliklinikkene til å gjøre slike kontroller vil pasientene både få tilbudet nærmere eget bosted og reisekostnadene vil bli redusert. Prosjektgruppens oppfatning er at det ikke er inntektsfordelingsmodellen som er det største hinderet for at polikliniske kontroller kan gjøres lokalt. Trolig er mangel på kompetanse lokalt og/eller trygghet hos fagfolkene på de store sykehusene (NLSH og UNN) for at kompetanse finnes lokalt en vel så viktig barriere. I sitt foredrag for prosjektgruppen nevnte Olav Helge Førde et prosjekt fra urologisk avdeling på UNN. Her er kontroller etter kreftkirurgi flyttet ut til lokalsykehus når det går an, telefonkonsultasjoner gjennomføres samt at antall kontroller allerede er redusert i forbindelse med anbefalingene i nasjonale handlingsprogram. Regelmessig gjennomgang av pasientlister viser at det ikke er unødige kontroller.<sup>11</sup>

Prosjektgruppen vil påpeke at det bør arbeides med å redusere unødvendige pasientstrømmer i andre fora.

## **4. Variasjoner i forbruk**

Prosjektgruppen har skaffet seg tilgang til data som kan belyse variasjoner i forbruk av helsetjenester mellom helseforetakene i Helse Nord. Dette er data som er samlet inn i av Sykehusbygg i forbindelse med Utviklingsplanen, data fra SKDE, samt data fra SSB.

Data er aggregert til HF-områdene. Dvs., fokus er ikke hvilket sykehus pasienten får sin behandling på, men hvor mye behandling befolkningen i et helseforetaksområde mottar.

---

<sup>11</sup> Se Komplette møteinnkalling for ekstra styremøte UNN 28. august 2017, sak 69/2017, vedlegg 2, side 34.

## 4.1 Data fra Sykehusbygg-rapporten

Denne rapporten viser forbruk og pasientstrømmer for befolkningen i Helse Nord. Grunnlagsdata er hentet fra NPR aktivitetsdata for somatiske helsetjenester og for avtalespesialister.<sup>12</sup> Data er fra 2015.

I dataene er definisjonen av sykehusopphold forskjellig for de ulike helseforetakene da

- Finnmarkssykehuset rapporterer som to enheter, Kirkenes og Hammerfest
- Helgelandssykehuset rapporterer som tre enheter, Sandessjøen, Mo i Rana og Mosjøen.
- NLSH og UNN rapporterer på HF-nivå

Dette betyr at alle sammenhengende avdelingsopphold på NLSH og UNN defineres som ett sykehusopphold. Dvs. at hvis en pasient f.eks. overføres fra Narvik til Tromsø vil dette regnes som ett sykehusopphold. Ulik rapporteringspraksis medfører at prosjektgruppen fokuserer på liggedøgn i stedet for døgnopphold.

I data er oppholdene kategorisert i tre behandlingsnivå: *Døgnopphold*, *dagopphold* definert som opphold/kontakter gruppert til kirurgisk DRG (det er utført en eller flere prosedyrer som DRG-systemet definerer som kirurgiske) og dialyse, samt *polikliniske kontakter*. (Alle polikliniske kontakter med unntak av dialyse og opphold gruppert til kirurgisk DRG, i tillegg til alle innleggelser hvor er pasienten er registrert inn og ut samme dag, med unntak av dialyse og opphold gruppert til kirurgisk DRG.)

Aktivitet rapportert fra avtalespesialistene fraviker fra disse kriteriene, da det ikke er registrert om kirurgisk prosedyre er utført eller ikke. All aktivitet rapportert fra avtalespesialistene er derfor definert som poliklinisk kontakt

Tabellen under viser forbruket per 1000 innbyggere i HF-områdene. Forbruker er justert for behov. Dvs. at i HF-områder som har et relativt større behov enn befolkning forventer man et større forbruk. Behovsjusteringen følger behovskomponenten i inntektsfordelingsmodellen.

Justert for behov per 1000 innb.	Døgnopphold	Dag totalt	Dagkirurgi	Polikliniske kontakter	Liggedøgn
Helgeland	197	76	49	1499	945
NL-området	178	78	36	1357	907
UNN-området	152	69	44	1410	800
Finnmark	199	70	47	1306	981
Snitt HN	181	73	44	1393	908

Avvik fra HN-snitt	Døgnopphold	Dag totalt	Dagkirurgi	Polik. kontakter	Liggedøgn
Helgeland	1,08	1,04	1,11	1,08	1,04
NL-området	0,98	1,06	0,82	0,97	1,00
UNN-området	0,84	0,95	1,00	1,01	0,88
Finnmark	1,10	0,95	1,08	0,94	1,08
Snitt HN	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

<sup>12</sup>Henholdsvis IS-2461 og IS-2468. Når det gjelder sykestuer er aktiviteten på sykestuene definert som spesialisthelsetjeneste og skal derfor rapporteres til NPR. Dvs., aktiviteten på sykestuene er med i dataene.

Tabell 13. Forbruk i HF-områdene. Data fra Sykehusbyggerapport.

Fra tabellen ser vi at det er mindre variasjon i liggedøgn enn i døgnopphold. Tabellen viser også at Helgeland ligger generelt høyt, og særlig høyt på dagkirurgi og polikliniske kontakter, at NLSH er lav på dagkirurgi, UNN er lav på liggedøgn samt at Finnmark har høyt forbruk av liggedøgn og dagkirurgi.

## 4.2 Data fra SKDE

Prosjektgruppen har tilgang til data fra pasientstrømsanalysene til SKDE. Dette er data fra 2014-16. Prosjektgruppen har i tillegg får SKDE til å gjennomføre en analyse hvor forbruket i de ulike HF-områdene er aggregert på kirurgiske og medisinske DRG-er. Fra Helseatlasen har prosjektgruppen tilgang til data på forbruk av utvalgte dagkirurgiske inngrep. Til slutt har Olav Helge Førde ved SKED holdt et foredrag for prosjektgruppen rundt variasjon i forbruket. Dette er en presentasjon som Førde har spilt inn i arbeidet med Utviklingsplanen.

### 4.2.1 Pasientstrømsanalysene

Data fra pasientstrømsanalysene er analysert aggregert og brutt ned på behandlingsnivå (døgn, dag, poliklinikk og avtalespesialister). Bakgrunnstallene er hentet fra sykehusenes oppholdsfiler fra NPR og inneholder alle kontakter med somatisk spesialisttjeneste ved sykehusene i Helse Nord RHF, samt alle kontakter for bosatte i Helse Nord RHF sitt opptaksområde. Tallene er ikke korrigert for overføringer. Ratene er beregnet ut i fra befolkningstall fra SSB for hvert opptaksområde på HF-nivå eller sykehusnivå, og er justert for kjønns- og alderssammensetningen i opptaksområdet.

Opptaksområde	Behandlingsnivå	Snitt 2014-16	Prosentavvik
Finnmark	Sum	1510	0,94
UNN	Sum	1564	0,98
Nordland	Sum	1571	0,98
Helgeland	Sum	1749	1,09
<b>Helse Nord</b>		<b>1598</b>	<b>1</b>

Tabell 14. Forbruk alle behandlingsnivå

Fra tabellen ser vi at forbruket til Helgeland avviker positivt fra forbruket i de andre helseforetaksområdene. Mer spesifikt er forbruket ni prosent over Helse Nord-snittet.

Bryter vi ned forbruket til de ulike behandlingsnivåene, se tabellene under, følger det at

- UNN er lav på døgnopphold (15% under Helse Nord-snittet) og at Finnmark og Helgeland er høy på døgnopphold, henholdsvis 10% og 8% over Helse Nord-snittet.
- Det er lite variasjon i dagbehandling mellom opptaksområdene
- Ser en behandlingsnivåene poliklinikk og avtalespesialist under ett har Finnmark et lavt forbruk (8% under Helse Nord-snittet) og Helgeland et høyt forbruk (10% over Helse Nord-snittet).

Opptaksområde	Behandlingsnivå	Snitt 2014-16	Prosentavvik
Finnmark	Døgnopphold	188	1,1
UNN	Døgnopphold	145	0,85
Nordland	Døgnopphold	165	0,97
Helgeland	Døgnopphold	183	1,08
<b>Helse Nord</b>		<b>170</b>	<b>1</b>

Tabell 15: Forbruk døgnopphold

Opptaksområde	Behandlingsnivå	Snitt 2014-16	Prosentavvik
Finnmark	Dagopphold	61	0,99
UNN	Dagopphold	62	1
Nordland	Dagopphold	62	1
Helgeland	Dagopphold	63	1,02
<b>Helse Nord</b>		<b>62</b>	<b>1</b>

Tabell 16: Forbruk dagbehandling

Opptaksområde	Behandlingsnivå	Snitt 2014-16	Prosentavvik
Finnmark	Pol. + avtalespesialist	1261	0,92
UNN	Pol. + avtalespesialist	1357	0,99
Nordland	Pol. + avtalespesialist	1345	0,98
Helgeland	Pol. + avtalespesialist	1503	1,1
<b>Helse Nord</b>		<b>1367</b>	<b>1</b>

Tabell 17: Forbruk polikliniske opphold og opphold hos avtalespesialist.

For å få en bedre forståelse av hvorfor UNNs befolkning er så lav på døgnbehandling har prosjektgruppen analysert pasienttyngde målt ved DRG-indeks og liggetid. Resultatene er gjengitt i tabellen under.

Opptaksområde	Behandlingsnivå	Snitt 2014-16 DRG-indeks	Snitt 2014-16 Liggedøgn
Finnmark	Døgnopphold	1,18	4,4
UNN	Døgnopphold	1,32	4,8
Nordland	Døgnopphold	1,27	4,5
Helgeland	Døgnopphold	1,27	4,4
<b>Helse Nord</b>		<b>1,26</b>	<b>4,5</b>

Tabell 18: DRG-indeks

Fra tabellen ser vi at pasientene som bor i UNNs opptaksområde er mer ressurskrevende (høyere DRG-indeks) og har lengre liggetid enn pasientene fra de andre opptaksområdene.

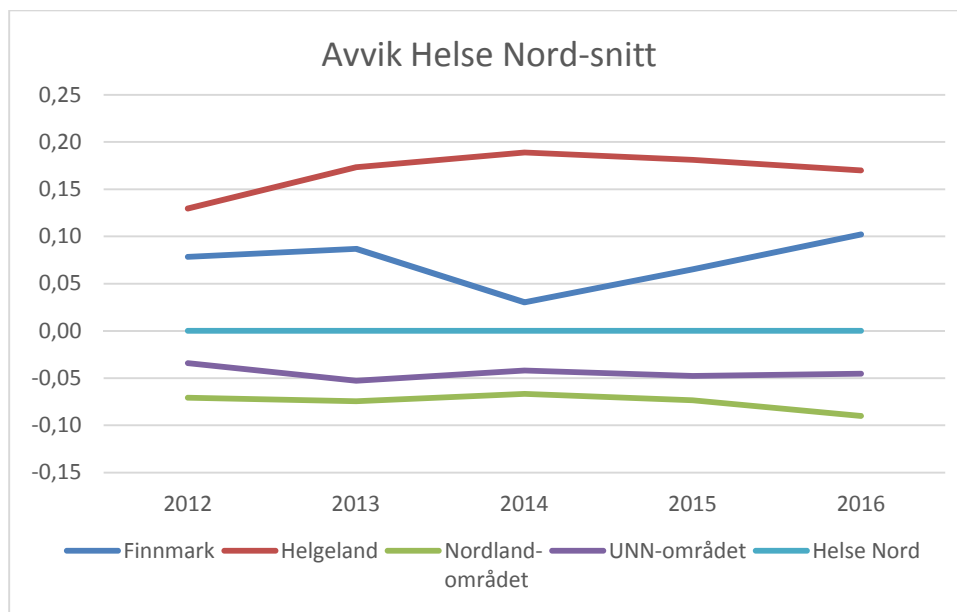
Prosjektgruppen har også aggregerte dag- og døgnoppholdene på medisinske og kirurgiske DRG-er. Data er fra 2015-16. Resultatene er gjengitt i tabellen under. De viser at det er særlig på medisinske opphold forbruket i UNNs opptaksområde er lavt.

	Medisin	Kirurgi
Helgeland	1,11	1,08
NLSH	1	0,92
UNN	0,83	0,97
Finnmark	1,07	1,03
<b>HN-snitt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Tabell 19: Forbruk i medisinske og kirurgiske DRG-er

Til slutt har vi sett på antall effektive senger, dvs. gjennomsnittlig antall senger i løpet av året, for å se om det er slik at det lave forbruket til UNNs befolkninger er knyttet til at det er få senger tilgjengelig. Data er fra SSB<sup>13</sup> og effektive senger er beregnet i form av befolkningsrater. Sengetallene er også justert for pasientstrømmer mellom helseforetak. Som grunnlag for å korrigere for pasientflyt brukes antall liggedager for døgnopphold fra pasientdataene.

Figurer under viser avvik fra Helse Nord-snittet. Figuren viser at Helgelandspasientene og Finnmarkspasientene har tilgang til flere senger enn gjennomsnittspasienten i Helse Nord, og at pasienter fra opptaksområdet til UNN og NLSH har tilgang til færre senger enn gjennomsnittspasienten i Helse Nord. Figuren viser også at pasientene fra NLSH har dårligere tilgang enn pasientene fra UNNs opptaksområde.



Figur 1: Antall effektive senger 2012-16. Avvik fra Helse Nord-snitt

*Helseatlas*<sup>14</sup> er et verktøy for å sammenlikne befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles. Fra Helseatlas har vi summert rater for bruk av 12 dagkirurgiske inngrep i årene 2011-13. Disse inngrepene utgjør i

<sup>13</sup> <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/d6002bbe-bbe1-4a6e-8226-00a32bad9967?e=false&vo=viewonly>

<sup>14</sup> Helseatlas er utviklet i Helse Nord RHF ved SKDE. Se <https://www.helseatlas.no/>



volum om lag halvparten av dagkirurgien. Alle inngrepene er finansiert av det offentlige, selv om en vesentlig del er utført av private sykehus og private avtalespesialister.

De kirurgiske inngrepene er: Skulderkirurgi, menisk, Hallux valgus og hammertå, utvalgt håndkirurgi, karpaltunnelsyndrom, fjerning av mandler, ventilasjonsrør i trommehinne, aldersbetinget grå stær, tunge øyelokk, lyskebrokk, åreknuter og hemoroider.

Tabellen under viser avvik i forbruk for befolkningen i de ulike helseforetaksområdene, hvor avvik er både fra snitt i Helse Nord og landsgjennomsnittet.

	<b>Avvik snitt Helse Nord</b>
Finnmark	1,06
UNN	0,98
Nordlandssykehuset	0,91
Helgelandssykehuset	1,04
Norge	0,96
<b>Snitt Helse Nord</b>	<b>1</b>

Tabell 20: Relativt forbruk dagkirurgi. Data fra Helseatlas

Fra tabellen ser vi at forbruket er høyere i Helse Nord enn i resten av landet. Internt i Helse Nord er forbruket til befolkningen i Finnmark og Helgeland relativt høyt, mens det er lavest i opptaksområdet til NLSH.

I tillegg til variasjonen som er vist mellom helseforetaksområdene, viser presentasjonen til Olav Helge Førde at det er betydelig variasjon mellom kommuner *internt* i helseforetaksområdene, at forbruket er særlig høyt der hvor tilbudet finnes, samt at variasjonen er knyttet til planlagte opphold både for kirurgiske og medisinske opphold.

### **4.3 Incentiver til å jevne ut forbruksulikheter**

Prosjektgruppen er bedt om å vurdere incentiver til å jevne ut forbruksulikheter. Det er en krevende oppgave. Prosjektgruppens gjennomgang har vist at variasjonen i forbruk er mangefasett. Noen typer behandling bør økes i ett eller flere foretak, mens samme type behandling bør reduseres i andre foretak hvis forbruket skal bli likere. Eksempelvis bør poliklinisk forbruk i Helgelandssykehuset reduseres, mens Finnmark ligger lavt på denne typen behandling. Tilsvarende er døgnoppholdene i UNNs opptaksområde lavt, mens denne typen opphold er høyt for Finnmarks og Helgelands befolkning. Det er også variasjon mellom døgnoppholdstypene, medisinske eller kirurgiske opphold, for UNNs befolkning. Analysene sier heller ingen ting om forholdet mellom forbruket i de ulike oppholdstypene. Er f.eks. døgnoppholdene for Finnmarks befolkning høy som følge av lange reiseavstander, og er korte reiseavstander for UNNs befolkning en forklaring på færre døgnopphold med lengre liggetid og en mer ressurskrevende befolkning (målt ved DRG-indeksen)?

Prosjektgruppens syn at det ikke finnes et enkelt (økonomisk) virkemiddel som kan brukes til å løse utfordringene for forbruksulikheter. Et slikt virkemiddel kunne vært å redusere ISF-satsen for alle behandling. Dette ville trolig bidratt til å redusere aktiviteten i alle helseforetak, men om det hadde bidratt til å redusere ulikhetene mellom helseforetak er mer usikkert. Prosjektgruppen er også usikker på om det å endre på ISF-satsen for noen typer

behandling/opphold er et ønsket virkemiddel. Det er vel dokumentert at endringer i de relative prisene (ISF-betalingen som gis til ulike DRG-er) påvirker relativt aktivitet, men det vil være en krevende oppgave å fintune betalingen slik at ønsket effekter oppnås.

Prosjektgruppen vil nevne at omleggingen av ISF-betalingen fra 2017 til 2018 kan bidra til å jevne ut forbruksulikheter. Dette er relatert til at i) overgangen til kostnadsberegninger basert på KPP-data har økt betalingen for medisinske DRG-er relativt til kirurgiske DRG-er, og ii) av omleggingen av betalingen for dagkirurgi. Siden de fleste medisinske opphold er akutte, hvor variasjonen i forbruk er minst, samt at Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset «taper» på omleggingen av dagkirurgi, mens UNN og NLSH «vinner», vil trolig disse to endringene bidra til å jevne ut forbruket.

Prosjektgruppen vil også påpeke at det er stor variasjon mellom kommuner internt i helseforetaksområdene, og at forbruket synes å være tilbudsstyrt (jf. presentasjonen til Olav Helge Førde). En tett oppfølging fra fagavdelingen rundt hvilke tilbud ulike aktører gir vil derfor også kunne hjelpe til med å jevne ut forbruksulikheter.

## **5. Bruk av inntektsmodellen til å fordele midler**

Inntektsfordelingsmodellen brukes til å fordele nye midler som Helse Nord har mottatt fra HOD. Dette er midler som følger fordi Helse Nord blir pålagt finansieringsansvaret for (nye) oppgaver eller fordi Helse Nord tildeles frie midler. Overføring av ansvar fra folketrygden til helseforetakene for bl.a. medikamenter og behandlingshjelpemidler er eksempler på pålagt finansieringsansvar.

Praksis i dag er at disse midlene fordeles proporsjonalt med totalmodellen, dvs. som relative andeler basert på summen av behovs- og kostnadskomponenten. Det er ikke justert for netto pasientstrømmer når de relative andelene av totalmodellen beregnes.

Prosjektgruppen har diskutert om dette er en praksis som det er ønskelig å fortsette med. Argumentet for dette er at dagens praksis er en enkel og transparent måte å håndtere fordelingen av nye midler på. Noen ganger vil et helseforetak komme bedre ut enn om bevilgningen eksempelvis fordeles etter behovsmodellen, og andre ganger vil det samme helseforetaket komme dårligere ut.

Argumentet for å fordele midlene eksempelvis bare etter behovsmodellen er at kostnaden i noen tilfeller er knyttet til befolkningen i helseforetaksområdene, og ikke etter sykehusenes kostnader. Finansiering av legemidler til bruk utenfor sykehus (H-reseptor) er et slik eksempel.

Prosjektgruppen har også diskutert om det i tilfeller hvor finansiering fordeles etter totalmodellen også bør justeres for netto pasientstrømmer. Argumentene her er at UNN har en stor netto pasientstrøm fra de andre helseforetakene, og at UNNs andel av Helse Nord-aktiviteten er større enn summen av behovs- og kostnadskomponenten. Hvis netto pasientstrømmer ikke hensyntas når eksempelvis frie midler fordeles betyr det at tilskuddet per aktivitet blir lavere for UNN enn for de andre helseforetakene.

Prosjektgruppen erkjenner at dagens praksis skaper friksjon og misnøye da en streng modelltolkning indikerer en annen fordelingsprofil. Prosjektgruppens forslag er derfor at en i framtiden bør fordele midler etter enten bare behovs- eller kostnadskomponenten, eller totalmodell med eller uten justering for netto pasientstrømmer, alt etter den faglige begrunnelsen finansieringsstrømmen er gitt.

Når det gjelder overføring av midler som følger finansieringsansvaret for legemidler er det betydelig beløp som er fordelt gjennom totalmodellen siden 2014. Det eksakte beløpet har ikke prosjektgruppen oversikt over, men i simuleringer har den tatt utgangspunkt i at om lag 261 mill. kr. er fordelt. Hvis dette beløpet hadde vært fordelt etter behovsmodellen ville det medført en omfordeling fra UNN til NLSH og Helgeland på henholdsvis om lag 6,5 mill. kr og 4 mill. kr.

NLSH understreker viktigheten av at omfordelingen skjer på grunnlag av de samlede overføringene til dette formålet gjennom de siste årene. NLSH og Helgeland har samlet blitt trukket flere ti-talls millioner kroner som er overført til UNN, til tross for at de løpende kostnadene til disse legemidlene betales av NLSH og Helgeland. Nordandssykehuset forutsetter at disse midlene tilbakeføres ihht befolkningens andel av totalbeløpet Helse Nord har mottatt til dette formålet.

En fordeling av frie midler som hensyntar netto pasientstrømmer vil flytte penger til UNN. Eksempelvis vil en bevilgning på 20 mill. kr gi en omfordeling til UNN på 1,3 mill. kr på bekostning av Finnmark (0,6 mill. kr), NLSH (0,2 mill. kr) og Helgeland (0,5 mill. kr).

## **6. Andre funn**

I arbeidet har prosjektgruppen samlet inn data rundt årlige kostander som fakturert av Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet for undervisning av medisinerstudenter i sykehus. Dette kan ses på en oppfølging av arbeidet med utvikling av ny modell for utdanning. Der ble det foreslått at Kvalitets- og Forskningsavdelingen i Helse Nord (KvaFor) skulle ta initiativ til en samlet gjennomgang av avtalene og praksis. Prosjektgruppen foreslår det innsamlet materiale oversendes KvaFor. UNN mener dette bør hensyntas i en skjønnsutøvelse i en endelig modell. NLSH påpeker at dersom dette skal hensyntas i skjønnsutøvelse må oppsummering av kartleggingen forelegges og vurderes av prosjektgruppen. Dersom kartleggingen viser ulikhet i prinsippene for betaling mellom HFene og UIT bør dette være gjenstand for harmonisering av avtalene, og dette arbeidet forventes ivaretatt av KvaFor.

## **7. Oppsummering**

Denne rapporten dokumenterer arbeidet til prosjektgruppen som har hatt som mandat å videreutvikle Helse Nord sin inntektsfordelingsmodell somatikk. I arbeidet har følgende fire problemstillinger vært sentrale: Det er utfordringer knyttet til kostnadsindeksanalysene; det er utfordringer knyttet til regionale funksjoner som gis særskilt finansiering samt overgangsordninger; det er utfordringer knyttet til forbruksvariasjoner mellom helseforetaksområdene; og det er begrunnelse for bruk av skjønn.

## 7.1 Kostnadsindeksanalysene

Den første problemstillingen er knyttet til kostnadskompensasjon gjennom kostnadsindeksanalysene som ligger til grunn i dagens modell. Det er utfordringer knyttet til i) at analysene bygger på gamle data, ii) at det er identifisert feil i datagrunnlaget, og iii) at forskningsdata fra helseforetakene i Helse Nord er oppdatert, mens estimatet på kostnadsulempen knyttet til plunder og heft i pasientbehandlingen pga. forskningsaktivitet er holdt konstant.

Det er prosjektgruppens syn at utfordringene er såpass store at det bør gjennomføres nye analyser for å identifisere kostnadsulemper og kompensasjonsnivå. Prosjektgruppen er imidlertid klar over at slike analyser neppe vil bli gjennomført for arbeidet med å oppdatere den nasjonale inntektsmodellen settes i gang. Dette arbeidet starter i mai 2018 og skal slutføres i november 2019.

I mangel på kostandsulempeanalyser har prosjektgruppen søkt etter annen informasjon som kan si noe om absolutte og relative nivå på kostnadsulemper. Noe slik informasjon finnes i publiseringen av helseforetakenes kostnadsindeks i SAMDATA. Utfordringen med disse dataene er imidlertid at de ikke er resultatet av en analytisk tilnærming hvor en prøver å predikere kostandsulemper ut fra relevante forklaringsvariabler, men kun viser sammenhengen mellom aggregerte kostnader og aktivitetsnivå (målt ved DRG-poeng). Disse kostnadsindeksene gir allikevel noe relevant informasjon.<sup>15</sup> For det første viser de at kostnadsindeksen fra inntektsfordelingsmodellen samsvarer relativt godt med kostnadsindeksen beregnet fra SAMDATA i perioden 2008-09. For det andre viser kostnadsindeksen at NLSH er det HF-et med størst endringen i perioden 2008-09 til 2013-15, da NLSH som har forverret sin kostnadsindeks med seks prosentpoeng. NLSH og UNN er dermed mer symmetrisk i sin kostnadsindeks i perioden 2013-15 sammenlignet med perioden 2006-09 da UNNs predikerte kostnadsnivå var 16% høyere enn NLSH. Siden data er av deskriptiv karakter vet vi ikke årsaken til dette, men det er ikke vedtatt større endringer i funksjonsfordelingen mellom UNN og NLSH som kan forklare utviklingen.

Prosjektgruppen har også gjennomført egne analyser av det relative kostnadsnivået ved bruk av KPP-data fra 2016. Dette er data som viser sammenhengen mellom kostnader på DRG-nivå og DRG-aktivitet. Kostnadsgrunnlaget er derfor mer disaggregert sammenlignet med analysene referert til overfor. På den annen side, og selv om det har vært jobbet med å utvikle KPP-data i mange år, er fordelingen av kostnader til pasienter relativt nytt. Det er derfor usikkert i hvilken grad det relative kostnadsnivået som analysene indikerer er stabilt over år. KPP-analysene vurderes derimot å ha god nok kvalitet til å kunne benyttes til å beregne ISF-finansieringen i 2018.

Prosjektgruppens KPP-analyser beregner det relative kostnadsnivået mellom helseforetakene i Helse Nord for relativt store grupper av behandlinger (regionale funksjoner, lokalsykehusfunksjoner, og alle dag- og døgnopphold). Dette bidrar til å redusere feilkilder av at kostnader til spesifikke DRG-er er feilallokert. Prosjektgruppen har også latt være å bruke analysene til å sammenligne (benchmark) kostnadene til helseforetakene i Helse Nord med

---

<sup>15</sup> Se tabell 3 på side 15

kostnader hos helseforetak i andre deler av landet. Slike analyser ville kunne brukes til å definere HF-spesifikke effektivitetskrav når en blir tryggere på datakvaliteten.

KPP-analysene som prosjektgruppen har gjennomført indikerer at NLSH og UNN er relativt symmetriske i sine kostnadsindekser.<sup>16</sup> SAMDATA-indeksene og KPP-analysene samsvarer dermed godt overens. Prosjektgruppen vil imidlertid påpeke at data fra disse analysene er fra en periode med mye byggeaktivitet på NLSH. Dette har trolig bidratt til å trekke kostnadsnivået opp.

Den siste analysen av utvikling i produktivitet som prosjektgruppen har kjennskap er analysen bestilt av HOD og utført av Frischsenteret.<sup>17</sup> Fra et analytisk perspektiv er dette trolig den best komplette analysen av utvikling i produktivitet. Datagrunnlaget er også stort da data er fra perioden 1999-2014. I denne analysen er produktivitetsnivået på NLSH og UNN relativt stabilt i perioden 2007-13. Analysen viser også at produktivitetsnivået er om lag 10% lavere på UNN enn på NLSH i perioden.

Prosjektgruppen har også diskutert metodeutfordringene ved at forskningsaktiviteten til helseforetakene i Helse Nord er oppdatert årlig samtidig som kostnadsestimatet for forskning er holdt konstant. Dette har ført til at kostnadskompensasjonen som er knyttet til forskning har økt betydelig i perioden 2013-2018.

Prosjektleder har argumentert for at denne praksisen ikke er korrekt fra et faglig ståsted. Dette følger fordi forskningsaktiviteten i hele landet har økt de siste årene, og at en analyse med nye forskningsdata trolig vil gi et annet estimat for hvor stor kostnadskompensasjonen for forskning skal være. Forskningsaktiviteten er også korrelert med de andre forklaringsvariablene som inngår i modellen. Oppdaterte forskningstall vil derfor kunne påvirke disse variabelenes signifikans- og kompensasjonsnivå.

I rapporten som ble laget i forbindelse med kvalitetssikringen av inntektsfordelingsmodellen i 2016 påpekte både Magnussen og Kaarbø dette. I inntektsmodellene til Helse Vest og Helse Midt-Norge er ikke kostnadsindeksanalysene oppdatert siden de ble innført (2012/3).

De økonomiske effektene av å tilbakestille forskningsaktiviteten til opprinnelig nivå er en økning i bevilgningen til Finnmark, NLSH og Helgeland på henholdsvis 18, 13 og 20 mill. kr. Effekten for UNN er redusert bevilgning på 51 mill. kr.

NLSH har analysert reisetider mellom pasientenes bostedskommune og sykehusene. Analysen viser at grunnlagsdata som ble brukt av Magnussen mest trolig er feil. Dessverre er disse dataene slettet, og det er ikke mulig å gjennomføre nye analyser innen prosjektets tidshorisont. Effekten av å oppdatere reisetidsdataene basert på beregningene til NLSH gir en omfordeling på henholdsvis -8 mill. kr og -43 mill. kr for Finnmark og UNN til +32 mill. kr og +18,5 mill. kr for henholdsvis NLSH og Helgeland.

---

<sup>16</sup> Se tabell 4 på side 16.

<sup>17</sup> Se tabell 5 på side 19.

Som for forskning er det metodisk problematisk å oppdatere grunnlagsdata for noen helseforetak i kostnadsindeksanalysen, men ikke gjennomføre nye analyser. Prosjektleder har derfor argumentert for at en faglig feil bruk av modellen, samt feil i grunnlagsdata, åpner for en skjønnsmessig vurdering av hvor stor kompensasjonen for kostnadsulemper skal være.

Både oppdatering av forskningsaktiviteten, og feil i grunnlagsdataene, har mest sannsynlig tilført UNN økt bevilgning. Det virker derfor rimelig at en skjønnsvurdering av kostnadsindeksanalysene isolert sett bør redusere bevilgningen til UNN. For NLSH og Helgelandsykehuset er effektene de motsatte, og taler for økte bevilgninger. Feil i reisetidsdata har trolig gitt Finnmark økt bevilgning, mens oppdatering av forskningsaktivitet har slått negativt ut. Effekten av de to tiltakene tilsammen åpner for økt bevilgning til Finnmark. Denne konklusjonen tar imidlertid ikke hensyn til at variablene i analyse er korrelerte.

En indikasjon på størrelsen av de skjønnsmessige tilskuddene knyttet til kostnadsindeksanalysene isolert sett er de økonomiske effektene av å tilbake stille forskningsaktiviteten og justere reisetidene basert på NLSH sin analyse. Det at variablene er (positivt) korrelerte trekker imidlertid i retning av at størrelsen på det skjønnsmessige tilskuddet kan være lavere enn hva summen av de to elementene indikerer.

## **7.2 Særskilt kompensasjon for regionale funksjoner og overgangsordninger**

Om lag 233 mill. kr er fordelt til regionale funksjoner med særskilt finansiering i 2018, hvor 53% av bevilgningen er knyttet til utdanning og undervisning.

Prosjektgruppen har kommet med innspill til hvilke funksjoner og oppgaver som bør inkluderes, samt hvilket kompensasjonsnivå som bør gis. Dette har vært en krevende øvelse. Det er både vanskelig å definere entydig hva som er regionale funksjoner, samt å fastslå kompensasjonsnivå for funksjoner som ikke er definert som eget kostnadssted i regnskapet. Funksjonene er også relativt unike, slik at det er vanskelig å sammenligne kostnadsnivåene med lignende funksjoner i andre helseforetak. I noen tilfeller er det også uklart om funksjonene er knyttet til behandling som utløser ISF-finansiering. Hvis dette er tilfelle risikerer man dobbeltfinansiering, dvs. at kostnadskompensasjon gis både gjennom den generelle kostnadsulempekompensasjon og som regional funksjon. Et eksempel hvor risiko for dobbeltfinansiering er til stede er kompensasjon som gis for vaktberedskap. I tillegg har gjennomgangen vist at flere av funksjonene er kompensert med små beløp, samt at den relative fordelingen mellom helseforetakene er relativ lik behovskomponenten. Deler av prosjektgruppen har ment at det vil være små omfordelingsvirkninger knyttet til å eliminere disse postene fra listen over regionale funksjoner. NLSH er uenige i flertallets oppfatning om at omfordelingseffektene av forslaget er små. Til tross for at Nordlandssykehusets manglende finansiering for «sentralsykehusfunksjoner» både har vært belyst og akseptert gjennom prosjektgruppens arbeid, innebærer forslaget til «rydding» at Nordlandssykehusets finansiering av regionale oppgaver reduseres ytterligere. For eksempel har tidligere fordeling av midler til føde/gyn og kreftplan i stor grad sammenheng med fagplanenes føringer om et større regionalt ansvar ved NLSH og UNN. Forslaget slik det foreligger eliminerer finansieringen av NLSHs regionale oppgaver. Viser for øvrig til NLSHs kommentar til punkt 2.2.1. NLSH har påpekt nødvendigheten av at innspillene til regionale funksjoner gjennomgås både med hensyn til hvilke funksjoner som er forutsatt å være regionale

og i hvilket omfang, samt at revidert forslag til fremtidig finansiering av regionale funksjoner og omfang av disse begrunnes. Slik vurdering er ikke gjort av prosjektgruppen i fellesskap.

Prosjektgruppen har også vurdert hvordan fellesfunksjoner skal håndteres. Dette er funksjoner hvor et helseforetak utfører behandling for et annet foretak. Typisk vil NLSH utføre disse funksjonene for egen befolkning og befolkningen som sogner til Helgelandssykehuset, mens UNN typiske utfører disse funksjonen for egen befolkning og befolkningen i Finnmark. For disse tjenestene har prosjektgruppen diskutert om kompensasjonen skal være basert på direkte avtaler eller om den skal ligge i inntektsfordelingsmodellen.

Det som taler for bruk av direkte betaling er at det er klarere hva som dekkes og dermed hva som skal leveres. Dette kan bidra til at det er enklere å innføre nye oppgaver. Ulempene med direkte betaling er knyttet til transaksjonskostnader og uklarheter i kostnadsbildet. Fastsettelse av pris kan også bli ulik for like tjenester på UNN og NLSH, samt at direkte betaling kan gi inntrykk av at modellen bygger på kostandskompensasjon.

Prosjektgruppen er negativ til bruk av direkte betaling, og anbefaler at fellesfunksjoner kompenseres i inntektsfordelingsmodellen. NLSH forutsetter en tilstrekkelig skjønnsmessig kompensasjon som fremkommer eksplisitt av modellen. En utfordring med denne løsninger er imidlertid at det kan være uklart hvor stor del av kostnadene knyttet til fellesfunksjoner som kompenseres og hva som fordrer egen finansiering.

Prosjektgruppens forslag til regionale funksjoner samt fellesfunksjoner (utenom utdanning/undervisning) er gjengitt i tabell 6 på side 19. Sorteringen er gjort etter om funksjonen er en nasjonal oppgave, en regional oppgave eller fellesfunksjoner.

Når det gjelder kompensasjon knyttet til utdanning og undervisning har prosjektgruppen beregnet effekten av vedtakspunkt 2 og 4 i sak 46/2017. Modellen for utdanning omtalt i punkt 2 vektet alle undervisningsprogram likt, mens modellen som omtales i punkt 4 vektet ulike undervisningsprogram forskjellig. Eksempelvis vektet medisinerutdanningen mer enn tre ganger høyere enn de vanlige helsefagutdanningene. Prosjektgruppens beregninger viser at de økonomiske effektene mellom de to modellene er relativt små, ca. 2,5 mill.kr i totaleffekt.

Prosjektgruppen har også diskutert om utdanningsmodellen som ble vedtatt våren 2017 (sak 46/2017) er gjenstand for ny vurdering i prosjektgruppen. På den ene siden sier styringsdokumentet at alle forhold utenom behovskomponenten skal vurderes. På den andre siden sier styringsdokumentet at innholdet i styresak 46/2017 legges til grunn for videre arbeid. Prosjektleders forståelse har vært at i) styret har besluttet modell for utdanning og den skal ikke tas opp på nytt i revideringen (punkt 2), og ii) at i oppdateringen nå skal vektingen av kvalitetsaspektet i utdanningen være i tråd med vektingen i universitets- og høyskolesektoren (punkt 4). En alternativ tolkning av punkt 4 er at resultatet av arbeidet i 2017 legges til side og det startes et nytt arbeid med utdanningsmodellen. Denne uklarheten er løftet opp til prosjekteier. Prosjekteier har konsultert administrerende direktør som igjen orienterte styret i Helse Nord om dette i sak 45/2018. Administrerende direktør vil ved oppdatering av regional inntektsmodell for somatikk legge prinsippene for finansiering av utdanning i helseforetakene slik vedtatt i styresak 46/2017 til grunn. UNN mener at de vesentlige manglende ved den reviderte utdanningskomponenten må hensyntas i en eventuell skjønnsutøvelse.

Totalt sett er om lag 300 millioner fordelt som overgangsordninger i 2018. På samme måte som det er ryddet i listen over regionale funksjoner, er det også ryddet i listen over funksjoner og oppgaver som skal gis en midlertidig kompensasjon. Prosjektgruppen har også sagt at det bør fastsettes en tidsfrist for kompensasjonen.

Dersom forslag vedtas reduseres bevilgningen til overgangsordninger med om lag 146 mill. kr. Forslaget er gjengitt i tabell 8 på side 24.

Omfordelingsvirkningene av forslaget til ny særskilt finansiering av regionale funksjoner og overgangsordninger er vist i tabell 9 på side 25. For begge typer finansiering er omfordelingsvirkningene små. Totalt sett gir forslaget en økt bevilgning til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset på henholdsvis 3,6 og 1,2 mill. kr. Totaleffekten for UNN og NLSH er redusert bevilgning på henholdsvis 1 og 4 mill. kr.

### **7.3 Forbruksvariasjoner**

Prosjektgruppen har skaffet seg tilgang til data som kan belyse variasjoner i forbruk av helsetjenester mellom helseforetakene i Helse Nord. Dette er data som er samlet inn i av Sykehusbygg i forbindelse med Utviklingsplanen, data fra SKDE, samt data fra SSB.

Data er aggregert til HF-områdene. Dvs., fokus er ikke hvilket sykehus pasienten får sin behandling på, men hvor mye behandling befolkningen i et helseforetaksområde mottar. Data er analysert aggregert og brutt ned på behandlingsnivå (døgn, dag, poliklinikk og avtalespesialister. Resultatene finnes i tabell 13-18 på sidene 29-31.

Hvis vi ser alle oppholdstyper under ett ser vi at forbruket til Helgelands befolkning avviker positivt fra forbruket i de andre helseforetaksområdene. Mer spesifikt er forbruket ni prosent over Helse Nord-snittet. Bryter vi ned forbruket til de ulike behandlingsnivåene følger det at (tabell 15-17 på side 31):

- UNN er lav på døgnopphold (15% under Helse Nord-snittet) og at Finnmark og Helgeland er høy på døgnopphold, henholdsvis 10% og 8% over Helse Nord-snittet.
- Det er lite variasjon i dagbehandling mellom opptaksområdene
- Ser en behandlingsnivåene poliklinikk og avtalespesialist under ett har Finnmark et lavt forbruk (8% under Helse Nord-snittet) og Helgeland et høyt forbruk (10% over Helse Nord-snittet).

For å få en bedre forståelse av hvorfor UNNs befolkning er så lav på døgnbehandling har prosjektgruppen analysert pasienttyngde målt ved DRG-indeks og liggetid. Denne analysen viser at pasientene som bor i UNNs opptaksområde er mer ressurskrevende (høyere DRG-indeks) og har lengre liggetid enn pasientene fra de andre opptaksområdene. Det er særlig på medisinske opphold forbruket i UNNs opptaksområde er lavt.

En forklaring kan være at sengeantallet som er tilgjengelig for UNNs befolkning er lavere enn for befolkningen i de andre helseforetaksområdene. Data på antall effektive senger, dvs. gjennomsnittlig antall senger tilgjengelig i løpet av året, tyder imidlertid ikke på det. Data fra SSB viser at Helgelandspasientene og Finnmarkspasientene har tilgang til flere senger enn



gjennomsnittspasienten i Helse Nord, og at pasienter fra opptaksområdet til UNN og NLSH har tilgang til færre senger enn gjennomsnittspasienten i Helse Nord. Men, dataene viser også at pasientene fra NLSH har dårligere tilgang enn pasientene fra UNNs opptaksområde.

I tillegg til variasjonen mellom helseforetaksområdene er betydelig variasjon mellom kommuner *internt* i helseforetaksområdene. Forbruket er særlig høyt i kommuner hvor tilbudet er lokalisert og variasjonen er knyttet til planlagte opphold både for kirurgiske og medisinske opphold.

Prosjektgruppen er bedt om å vurdere incentiver til å jevne ut forbruksulikheter. Det er en krevende oppgave. Prosjektgruppens gjennomgang har vist at variasjonen i forbruk er mangefasett. Noen typer behandling bør økes i ett eller flere foretak, mens samme type behandling bør reduseres i andre foretak hvis forbruket skal bli likere. Eksempelvis bør poliklinisk forbruk i Helgelandssykehuset reduseres, mens Finnmark ligger lavt på denne typen behandling. Tilsvarende er døgnoppholdene i UNNs opptaksområde lavt, mens denne typen opphold er høyt for Finnmarks og Helgelands befolkning. Det er også variasjon mellom døgnoppholdstypene, medisinske eller kirurgiske opphold, for UNNs befolkning. Analysene sier heller ingen ting om forholdet mellom forbruket i de ulike oppholdstypene. Er f.eks. døgnoppholdene for Finnmarks befolkning høy som følge av lange reiseavstander, og er korte reiseavstander for UNNs befolkning en forklaring på færre døgnopphold med lengre liggetid og sykere befolkning (målt ved DRG-indeksen)?

Prosjektgruppens syn at det ikke finnes et enkelt (økonomisk) virkemiddel som kan brukes til å løse utfordringene for forbruksulikheter. Et slikt virkemiddel kunne vært å redusere ISF-satsen for alle behandling. Dette ville trolig bidratt til å redusere aktiviteten i alle helseforetak, men om det hadde bidratt til å redusere ulikhetene mellom helseforetak er mer usikkert. Prosjektgruppen er også usikker på om det å endre på ISF-satsen for noen typer behandling/opphold er et ønsket virkemiddel. Det er vel dokumentert at endringer i de relative prisene (ISF-betalingen som gis til ulike DRG-er) påvirker relativt aktivitet, men det vil være en krevende oppgave å fintune betalingen slik at ønsket effekter oppnås.

Prosjektgruppen vil også påpeke at det er stor variasjon mellom kommuner internt i helseforetaksområdene, og at forbruket synes å være tilbudsstyrt. En tett oppfølging fra fagavdelingen rundt hvilke tilbud ulike aktører gir vil derfor også kunne hjelpe til med å jevne ut forbruksulikheter.

I vurderingen av skjønn bør det hensyntas at Helgelands befolkning har et større forbruk av helsetjenester for alle typer opphold. Dersom en mener at Helgelandssykehuset skal ta tiltak for å redusere forbruket til sin befolkning, eksempelvis gjennom å redusere bruken av polikliniske behandlinger, er det ikke ønskelig å tilføre Helgeland økte midler basert på skjønn. Dette følger fordi et av målene med inntektsfordelingsmodellen er å gi incentiver til økt effektivitet. Økte bevilgninger for å levere et lavere aktivitetsnivå er ikke i samsvar med dette.

## 8. Økonomiske effekter av prosjektgruppens forslag (før bruk av skjønn)

Den neste tabellen presenterer de økonomiske effektene av prosjektgruppens forslag.

Omfordelingsvirkninger før bruk av skjønn	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	SUM
Tilbakestilling av forskningskomponenten	18 061	-51 302	13 325	19 916	0
Undervisning og utdanning	-938	2586	-968	-680	0
Mobilitetskomponenten (pensjon og mva)	-10 923	23 186	-2 395	-9 869	0
Regionale funksjoner og overgangsordninger	3 627	-866	-3 979	1 218	0
<b>Totalt (1000 kr)</b>	<b>9 827</b>	<b>-26 396</b>	<b>5 983</b>	<b>10 585</b>	<b>0</b>

Frie midler i %. Tenkt beløp 20 mill. kr.	-635	1 325	-175	-515	0
Finansieringsansvar legemidler fordelt etter behovskomponenten. Beløp 260 mill. kr.	-559	-10 086	6 585	4 061	0
<b>Totalt (1000 kr)</b>	<b>-1 194</b>	<b>-8 761</b>	<b>6 410</b>	<b>3 546</b>	<b>0</b>

Tabell 21: Omfordelingsvirkninger før bruk av skjønn

Den første delen av tabellen oppsummerer prosjektgruppens forslag. Av denne følger det at UNN får et negativt inntektstrekk av prosjektgruppens forslag, mens de andre helseforetakene får økt bevilgning. Det er særlig tilbakestillingen av forskningskomponenten som slår dårlig ut for UNN. På den annen side så kommer UNN bedre ut av at ISF-prisen i mobilitetskomponenten justeres for pensjon og mva.

Den andre delen av tabellen synliggjør effektene av endring i finansieringsprinsipper, fra fordeling i totalmodell til fordeling etter begrunnelsen for bevilgningen. NLSH forutsetter at korrigerende av bevilgninger til legemidler gjøres i forhold til de siste års samlede overføringer til formålet.

### 8.1 Momenter knyttet til skjønn

Prosjektgruppens vurderinger er knyttet både til kostnadsulempekomponenten, jf. avsnitt 7.1, forbruksvariasjon jf. avsnitt 7.3, og til at UNNs kostnadsulemper ved å være et lite regionsykehus, og NLSHs, kostnadsulemper ved å ha «sentralsykehusfunksjoner» for Helgeland er krevende å beregne i en matematisk modell.

NLSH forutsetter at skjønnsmessig kompensasjon for påviste feil i reiseavstander korrigeres uavhengig av andre skjønnsmessige vurderinger.

NLSH påpeker at dersom den foreslåtte ryddingen i bevilgninger til regionale funksjoner blir stående fast, må dette erstattes av en skjønnsmessig kompensasjon for disse regionale oppgavene.

## 9. Vedlegg

### 9.1 Innspill fra UNN

Et godt og mest mulig komplett tilbud ved regionsykehuset er avgjørende for at befolkningen i regionen skal ha et likeverdig tilbud med befolkningen i resten av landet. Det er derfor en betydelig svakhet at prosjektet ikke har kunnet adressere problemstillingen med UNNs kostnadsulemper ved å være et lite regionsykehus nærmere. UNN har hatt den forventning til arbeidet i prosjektgruppen at man i prosjektets fase 1 skulle etablere konsensus om hvilke funksjoner de ulike foretakene skal ha, og da ikke minst hvilke tilbud UNN som regionsykehus skal ha for regionen. Så skulle man ut fra det utarbeide en ny modell. Det man i stedet har gjort er å droppe hele fase 1, og gå rett på en teknisk tilnærming av den matematiske modellen.

Et sentralt punkt her er at UNNs mange vaktordninger i svært mange spesialiteter i praksis fungerer som «regional bakvakt» på mange områder. UNNs høyspesialiserte funksjoner mottar daglig et stort antall henvendelser fra hele regionen med spørsmål om vurderinger som ikke medfører noen form for aktivitetsregistrering i form av besøk/ISF; mange av henvendelsene innebærer vurdering av røntgenbilder og annen dokumentasjon, og kan være betydelig arbeidskrevende, men gjenfinnes ikke i aktivitetsregistreringene, og gir ingen inntekt. NLSH har tilsvarende problemstilling overfor Helgeland, men dog i vesentlig mindre omfang. Dette bør få betydelige konsekvenser for den skjønnsutøvelse som legges til grunn for en ny modell.

Regionsykehusfunksjonene krever et høyt antall spesialiserte vaktlinjer og andre funksjoner, svært mye kostbart medisinteknisk utstyr mm. Fordi befolkningsgrunnlaget for UNN som regionsykehus er lite, er det mange grunner til å anta at de aktivitetsbaserte inntektene er langt fra tilstrekkelige til å dekke kostnadene. Slik modellen er lagt opp, fremstår det ikke som realistisk å beregne dette matematisk. Ettersom UNN ikke skiller mellom region- og lokalsykehuspasienter er det svært utfordrende å beregne hva regionfunksjonene egentlig koster (eller bør koste). Kostnader for eksempelvis nevrokirurgi fordeles på alle pasienter som håndteres av denne avdelingen, men tilbudet er der egentlig for å håndtere bare de pasienter som faktisk trenger det. Eksempelvis legges en pasient med hjernerystelse i UNN Tromsø på nevrokirurgisk avdeling fordi vi har en slik avdeling, og da fordeles kostnadene for å opprettholde en slik høyspesialisert funksjon også på denne pasienten som egentlig ikke trenger det. Dermed blir ikke KPP-dataene i UNN særlig brukbare for å beregne kostnadene til de høyspesialiserte funksjonene.

Samlet sett er det vesentlige mangler/vesentlig usikkerhet ved arbeidet prosjektgruppen har gjort:

- Det foreligger ikke nye grunnlagsdata for beregning av kostnadsulemper/kostnadskomponenter
- Det er vesentlige mangler ved den vedtatte modell for utdanningskomponenten
- Det er høyst usikkert om endringer i kostnadsprofilen til foretakene kan/bør tillegges vekt
- KPP-data foreligger for kun et år, og det er sannsynlig at KPP-tallene underestimerer kostnadene ved tunge regionsfunksjoner.
- Styringsdokumentets punkt om at befolkningen i regionen skal ha et likeverdig tilbud med befolkningen i resten av landet er ikke godt fulgt opp, særlig fordi problemstillingen med kostnadsulemper ved et lite regionsykehus ikke er godt adressert.
- Det er forhold som trekker skjønnsutøvelse i ulike retninger.

Totalt sett er det derfor vesentlige grunner til å anbefale at arbeidet med ny inntektsfordelingsmodell legges på is inntil resultatet av arbeidet med ny nasjonal modell foreligger. Dette nasjonale arbeidet starter i mai inneværende år, og forventes ferdig i løpet av 2019. Ut fra ovenstående er det for UNN åpenbart at en revidert inntektsfordelingsmodell basert på det foreliggende arbeid ikke kan føre til at de i styringsdokumentet beskrevne mål. Sammen med de ovennevnte forhold gjør dette at UNN ikke kan stille seg bak foreliggende rapport.

## 9.2 Innspill fra NLSH

Nedenfor følger tilbakemelding på enkeltmomenter i rapporten, samt oppsummerende tilbakemelding. Vi har tatt utgangspunkt i revidert versjon av rapporten som ble tilsendt i etterkant av møtet i går.

Kommentarer til rapportutkastet i forhold til formålet med prosjektet:

### 1. Rette feil i dagens modell

Rapporten slik den nå foreligger foreslår å rette feil i dagens modell mht reisetider, som helt siden siste revisjon har bidratt til ubegrunnet skjevfordeling i regionen. Arbeidets målsetning om feilretting anses ivaretatt forutsatt at det gis en skjønnsmessig omfordeling som korrigerer hele feilen. Denne korrigeringen må gjøres uavhengig av øvrige punkt nedenfor.

### 2. Rette feil bruk av modellen (forskningskomponenten)

Retting av feil bruk av modellen gjennom årlig justering av forskningskomponent vurderes ivaretatt i rapportutkastet av 20.03.2018.

### 3. Rette feil fordeling av midler til nye oppgaver som er direkte kobler til befolkningens behov

Opgaver som er utelukkende koblet til befolkningens behov, og ikke aktivitet på sykehuset, må finansieres ihht hvor befolkningen bor. Dette omfatter i stor grad fordeling av midler for finansieringsansvar H-reseptor og behandlingshjelpemidler. Formålet vurderes ivaretatt i arbeidet, forutsatt at korrigeringen også gjøres i forhold til de siste års overføringer av finansieringsansvar for en rekke nye legemidler

### 4. Ivareta kostnadsulempe for oppgaver som utføres på vegne av andre foretak og rydde i listene for regionale funksjoner/ overgangsordning

#### ***Opgaver som utføres på vegne av andre foretak***

Nordlandssykehuset har i dagens modell ingen/marginal finansiering for «sentralsykehusfunksjoner» verken gjennom kostnadsindekser, direkte betaling eller gjennom modellens øremerkede bevilgninger til regionale funksjoner. Videre har foretaket kun delvis finansiering for sin regionale somatiske funksjon innenfor sykkelig overvekt.

Det har vært flere diskusjoner i prosjektgruppen knyttet til finansiering av regionale funksjoner som utføres av mer enn ett helseforetak. Hovedsakelig gjelder dette funksjoner NLSH utfører for Helgelandssykehuset, og funksjoner som UNN utfører for Finnmarkssykehuset, med ingen eller begrenset ISF-finansiering. Prosjektgruppen har vært omforent om at denne finansieringen bør håndteres gjennom modellen og ikke i form av direkte betaling mellom enkeltforetak. Slik rapporten er formulert pr i dag konkluderes kun med at prosjektgruppen er negativ til direkte betaling, mens kompensasjon gjennom inntektsmodellen problematiseres. Utgangspunktet for diskusjonen knyttet til disse regionale funksjonene har ikke vært om de skal finansieres, men hvordan.

#### ***Rydding i listene for regionale funksjoner/overgangsordninger***

Som del av arbeidet i prosjektgruppen er dagens særskilte finansiering av regionale funksjoner gjennomgått, samt at foretakene ble invitert til å sende inn oversikter over regionale funksjoner uten særskilt finansiering. Nordlandssykehuset har en rekke regionale

oppgaver der noen har begrenset finansiering og andre ingen finansiering, og har sendt inn oversikt disse funksjonene med netto kostnader knyttet til flere av disse. Det har vært en forutsetning for det videre arbeidet at disse regionale funksjonene skulle gjennomgå og listen oppdateres med begrunnelse for hvilke funksjoner som var ansett som regionale og i hvilket omfang.

Det ble tidlig i prosessen foreslått fra prosjektleder og Helse Nord RHF at listen med særskilt finansiering skulle «ryddes» slik at «mindre» poster (på mindre enn 1 mill kr) ble tatt ut. En klar forutsetning fra Nordlandssykehuset sin side har hele tiden vært at slik «rydding» må erstattes med en rund sum for finansiering av disse funksjonene, da disse for 2018 utgjør til sammen 2,827 mill kr.

Oversikten over det Helse Nord pr 2018 har definert som overgangsordninger inneholder også regionale funksjoner. Særskilt gjelder dette føde/gyn der deler av NLSH finansiering er knyttet til kvinneklinikk, samt fagplan kreft. Nordlandssykehuset har påpekt dette forholdet flere ganger gjennom prosessen.

### ***Konsekvens av prosjektleders forslag til rydding***

Til tross for at Nordlandssykehusets manglende finansiering for «sentralsykehusfunksjoner» både har vært belyst og akseptert gjennom prosjektgruppens arbeid, innebærer prosjektleders forslag til «rydding» at Nordlandssykehusets finansiering av regionale oppgaver reduseres ytterligere. De samlede foreslåtte endringene mht finansiering av regionale funksjoner innebærer en netto reduksjon for NLSH på om lag 4 mill kr. Videre er innspillene til andre sentrale regionale funksjoner som NLSH utfører pr i dag, uten finansiering, utelatt fra oversikten. Det fremgår ingen begrunnelse for dette i rapporten. For eksempel har NLSH eksplisitt beskrevet utfordringen mht manglende finansiering av vår funksjon knyttet til intensiv og traumesykehus, samt fremlagt oppdatert netto kostnadsberegning for regionalt senter for sykelig overvekt.

Selv om henteteam nyfødte nå er tatt inn i modellen, er nettoeffekten negativ ettersom finansiering av andre regionale funksjoner er foreslått tatt ut (f.eks donoransvarlig lege, tuberkulose, helseteam, føde/gyn, kreft, regional koordinator helsefaglæringer).

Prosjektgruppen har i liten grad diskutert størrelsene på de ulike beløpene i tabellen for regionale funksjoner/overgangsordninger og stiller spørsmål til hvorfor det foreslås økning for flere av UNN sine regionale funksjoner, men ikke for NLSHs regionale funksjon innen sykelig overvekt der netto kostnader er dokumentert betydelig større enn dagens finansiering (NLSH er opprinnelig finansiert for å dekke merkostnader for å ivareta et betydelig lavere antall pasienter enn vi gjør i dag).

Det har vært en klar forutsetning fra NLSH gjennom hele prosessen både mht

- a) fjerning av mindre beløp i oversikt over regionale funksjoner og overgangsordninger og
- b) at fellesfunksjoner skal håndteres i modellen og ikke via direkte betaling mellom helseforetakene

at Nordlandssykehuset gis et ***tilstrekkelig*** skjønnsmessig tilskudd for sine «sentralsykehus»-/delte regionale funksjoner.

Nordlandssykehuset er uenig i forslaget til omfordeling knyttet til regionale funksjoner i tabell 9, og ber om å få mindretallets argumenter presisert i rapporten.

Nordlandssykehuset forutsetter at regionale funksjoner/sentralsykehusfunksjoner som pr i dag er ufinansiert håndteres eksplisitt ved bruk av skjønn, og uavhengig av det skjønn som legges til grunn for retting av faktiske feil i modellen jf punkt 1, 2 og 3.

## 5. Vurdere konsekvens av vedtak i styresak 46/2017 Helse Nord RHF

Anses ivaretatt i arbeidet jf utkast til rapport av 20.03.2018.

## 6. Bruk av skjønn

Gjennom arbeidet i prosjektet er det identifisert 2 områder for bruk av skjønn:

- Skjønn for korreksjon for feil i reisetid – i tråd med beregnet økonomisk effekt
- Skjønn for finansiering av sentralsykehusfunksjoner/delte regionale funksjoner – (for foretak der dette ikke håndteres gjennom kostnadsindeksen i kostnadskomponenten)

Nordlandssykehuset har tidligere spilt inn at det i forhold til skjønn også bør sees på vektning av de ulike komponentene for kostnadsulempe. Det bør i denne sammenheng fremgå hvordan øvrige regioner la til grunn skjønn ved forrige revisjon av modellen, og hvilke effekter dette ville fått ift fordeling i Helse Nord. Da vurdering av skjønn overlates til annet nivå, bør disse betraktningene fremgå av rapporten.

## 7. Rettelse i rapportutkast ang kostnadsnivå i Nordlandssykehuset

I siste rapportutkast er det kommet en tilføyelse under kapittel 7.1 etter muntlig kommentar fra representant fra UNN i møte: «Siden data er av deskriptiv karakter vet vi ikke årsaken til dette, men det er ikke vedtatt større endringer i funksjonsfordelingen mellom UNN og NLSH som kan forklare utviklingen.» Denne setningen antyder at NLSH i perioden har hatt en kostnadsutvikling etter 2009 som ikke er begrunnet i økte oppgaver. Gjennom analysene som er forelagt i løpet av arbeidet er det ved flere anledningen kommentert at NLSHs «kostnadsfordel» som ble identifisert ved siste revisjon verken korresponderer med foretakets økonomiske utfordring eller oppgaveportefølje. Som anført både i prosjektet og i alle år siden forrige revisjon, var Nordlandssykehusets kostnadsbase unormalt lav i årene 2006-2009 som følge av en kontinuerlig spareprosess for at foretaket skulle få anledning til investering i nødvendige sykehusbygg. Denne marginale driftssituasjonen kunne ikke videreføres over tid. I tillegg til helt nødvendig ressursøkning som følge av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet som ble betydelig styrket fra 2010 har foretaket i perioden også fått endring innenfor flere områder i form av ressursøkning/inntektsbortfall. Eksempler på dette er:

- Traumesykehus nivå 2 (var en periode med særskilt finansiering i modellen – nå tatt bort)
- Egen vakt dialyse
- Funksjonsfordeling nyfødt intensiv (de minste fødes på UNN som får høyest ISF – vi har en betydelig del av pasientforløpet uten tilsvarende høy ISF, samt tiltak for å opprettholde kompetanse nyfødt intensiv uten at det gir utslag på inntektssiden)
- Kvinneklinikk med styrket vaktordning
- Styrking av både forskning og fagutvikling



- Styrking mikrobiologi, smittevern, infeksjonsmedisin og patologi.
- Styrkning kreft, gir også bistand pr video/telefon til Helgeland
- Økt bemanning lunge og urologi
- Oppbygging av intensivkapasitet (var en periode med særskilt finansiering i modellen – nå tatt bort)

Nordlandssykehuset ber om at setningen «*Siden data er av deskriptiv karakter vet vi ikke årsaken til dette, men det er ikke vedtatt større endringer i funksjonsfordelingen mellom UNN og NLSH som kan forklare utviklingen.*» tas ut av rapportutkastet.

## 8. Kostnadsindeksanalysene

I kapittel 7.1, siste avsnitt skriver prosjektleder: «*En indikasjon på størrelsen av de skjønnsmessige tilskuddene knyttet til kostnadsindeks-analysene er de økonomiske effektene av å tilbake stille forskningsaktiviteten og justere reisetidene basert på NLSH sin analyse. Det at variablene er (positivt) korrelerte trekker imidlertid i retning av at størrelsen på det skjønnsmessige tilskuddet bør være lavere enn hva summen av de to elementene indikerer.*»

Dette avsnittet kan misforstås slik at korrigerings av feil knyttet til forskningsaktivitet og reisetid vil være tilstrekkelig også for finansiering av regionale funksjoner. Avsnittet bes omskrevet slik at vi unngår slik misforståelse. Dette er beskrevet i punktene 1,3 og 4.