



**Styremøte i Helse Finnmark HF**

**Dato. 18. mai 2011**

**Møtedato: 26. mai 2011**

**Saksbehandler: Ass. dir. Jan-Erik Hansen**

<b>Sak nr:</b>	<b>24/2011</b>
<b>Navn på sak:</b>	<b>Inntekstsmodell for psykisk helsevern og rus i Helse Nord</b>

**Tilråding:**

Styret i Helse Finnmark HF slutter seg til forslaget til modell, med to forbehold:

1. Styret finner det urimelig at kostnadsulemper ikke er vurdert grundigere for Helse Finnmark, spesielt at geografisk avstand ikke regnes som kostnadsfaktor. Styret ber om at indikatoren avstand knyttet til ambulering, betraktes som indikator på avstandskostnadene for Helse Finnmark generelt, og derfor øker i vekt til minimum 1% av totalen, dvs. til 20 millioner kroner.
2. Styret slutter seg til merknad om at effektivisering innen bevilgning til SANKS fortsatt bør komme formålet til gode og derfor ikke bør trekkes inn gjennom 2 % effektiviseringskrav.

**Vedlegg:**

1. Saksfremlegg.

**Hans Petter Fundingsrud**  
**Adm. dir.**



## Styresak 24/2011 Inntektsmodell for psykisk helsevern og rus i Helse Nord

### Bakgrunn

I denne saken inviteres styret til å gi høringsuttalelse om Helse Nord's forslag til inntektsmodell for psykisk helsevern og rus for helseforetakene. En regional arbeidsgruppe oppnevnt av Helse Nord har utarbeidet forslag til modell. Arbeidsmåten er ganske lik den man hadde i forhold til somatikk for noen år siden. DPS-leder/leder SANKS Gunn Heatta har vært Helse Finnmarks representant i arbeidsgruppen. Det har også vært en styringsgruppe for arbeidet som har tatt stilling til de store linjene i forslaget. Ass. direktør Jan-Erik Hansen har representert Helse Finnmark i styringsgruppen.

### Kriterier

Modellen fordeler ca. 2 milliarder kroner på foretakene. Dette skjer vesentlig på grunnlag av ulike kriterier. Det finnes ingen objektiv endelig sannhet for en slik fordeling, men man kan tilstrebe en fordeling på bakgrunn av mest mulig objektive kriterier.

**Behovskomponent** – skal kompensere for trekk ved befolkningen som påvirker behovet for rus/psykiatri-tjenester

- Alderssammensetning
- En del sosioøkonomiske kriterier, Ugifte 40+, uføre, uføre med diagnose psykiatri, utdanning, sosialhjelpsmottakere, enslige foreldre, barnevernstiltak, innvandrere.

Oppsummeringsmessig kommer Finnmark ut med et noe større behov enn andel befolkning skulle tilsi, foretaket får derfor mer penger for å kunne gi flere pasienter et tilbud.

Tabell 1: Behov og befolkning i prosent av totalt Nord-Norge

	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
<b>Behov</b>	16.5 %	39.3 %	28.0 %	16.3 %	100.0 %
<b>Befolkning</b>	15.6 %	39.4 %	28.4 %	16.6 %	100.0 %

Tabellen viser at for eksempel Finnmark har 15,6 % av befolkningen, men bør tildeles ressurser som om vi hadde 16,5 % på grunn av befolkningens sammensetning. Denne fordelingen danner utgangspunktet for ressursfordeling. Modellen fungerer slik at alle andre elementer bare er relevante i den grad de avviker fra denne fordelingen. Antall asylsøkere og fordeling av spesialfunksjoner påvirker rammefordelingen mellom foretakene fordi elementene er annerledes fordelt enn behovsfordelingen i tabellen.

**Mobilitetskomponent** – kostnader ved utveksling av pasienter mellom foretakene. For eksempel må UNN få midler fra Finnmark når de behandler pasienter derfra. Det kan gjøres ved at det fastsettes en pris mellom foretakene og/eller at merkostnader for spesielle funksjoner refunderes direkte til foretaket som har funksjonen. I modellen har man valgt en kombinasjon. Det er fastsatt en ordinær kostnad for poliklinikk-konsultasjoner på kr. 2.300 og kr.5.600/kr. 4.500 pr døgn i DPS/rusinstitusjon. Merkostnad for spesielt dyre tilbud dekkes gjennom kostnadskomponenten, se nedenfor. Dette betyr at det skal være incitament til å behandle egne pasienter på rett nivå, og billigere å sende pasienter internt i Helse Nord enn ut av regionen.

**Kostnadskomponent** - ulik kostnadsstruktur i foretakene kompenseres. Det kan dreie seg om spesielle funksjoner som koster mer, eller kostnadsulemper.

Det er vesentlig NLSH og UNN som får ekstra for slike funksjoner. Helse Finnmark får videreført "øremerket" tilskudd til SANKS siden disse oppgavene både er dyrere og unike for Helse Finnmark. Hvis mulig ønsker man senere å refundere med standard priser – hentet fra nasjonale tall – slik at det blir incitament til effektivisering i modellen. Dette kostnadselementet utgjør ca. 280 millioner. Det er positivt for Finnmark at ekstra tilskuddet til SANKS videreføres, men vi ønsker oss 100 % istedenfor 98 %. Når det gjelder kostnadsulemper mer generelt, er dette ikke tatt opp i særlig grad. Dette i sterk kontrast til somatisk virksomhet, der det er gitt en skjønnsmessig kompensasjon for kostnadsulemper i Finnmark. Det er lagt inn to spesielle forhold, ambuleringskostnader og asylmottak. For ambuleringskostnader foreligger en ganske elegant modell for beregning av avstandsulemper. Denne gir – ikke uventet – stort utslag for Helse Finnmark. Men dette brukes bare for å beregne økte ambuleringskostnader. De samlede kostnader som skal kompenseres i Helse Nord er skjønnsmessig satt til 10 millioner. Elementet gir da et bidrag til Helse Finnmark på i overkant av 2 millioner. Asylmottak er regnet etter antall plasser, og det gis en kompensasjon for foretakene på linje med normalt forbruk for norske borgere. Dette elementet medfører trekk i rammen for Finnmark. Men det er enighet om at dette har betydning for kostnader, at man må sørge for flere pasienter enn man har. Det kan stilles spørsmålstegn ved om foretakene bruker like mye ressurser på asylsøkere som på andre innbyggere. Elementet har fått vekt på 17,5 millioner totalt.

#### **Hvilke effekter har det vært diskusjon om**

Det har vært diskusjon om hvilket befolkningsdatagrunnlag som skulle brukes. Vi har landet på å bruke det nyeste datasettet. Det har også vært diskutert om vi skulle ha med et tillegg for barnevernsinstitusjoner og storbytillegg. Dette har prosjektet ikke funnet nødvendig. Forskning og undervisning er kompensert gjennom somatisk inntektsmodell. Det foreslås derfor ikke å lage noen spesiell fordeling av midler til dette. Det forutsettes at denne sektors kostnader til dette enten er kompensert gjennom somatikken eller blir dekket gjennom behovskomponentens vurdering.

Det er videre foreslått at slike ekstra kostnader som dekkes i kostnadskomponenten bare skal refunderes med 98 %, slik at det legges inn et 2 % effektiviseringskrav. Det var noe uenighet om man skulle legge inn et slikt effektiviseringskrav.

#### **Hva ønsker Helse Finnmarks deltagere å endre**

Bevilgningen til SANKS er foreslått redusert med 2 % i forhold til opprinnelig bevilgning. Dette innebærer et effektiviseringskrav på 2 % og at dette kan komme psykisk helsevern til gode generelt. Det er viktig at det settes et slikt effektiviseringskrav til funksjoner som noen foretak gjør på vegne av resten av foretakene. Vi har hevdet at dette ikke kan gjøres på samme måte for SANKS, fordi det er formålet som skal få gevinsten av effektiviseringen. Det dreier seg om 2 % av 29 millioner, dvs ca. 0,6 millioner kroner.

Det styringsgruppens medlem fra Finnmark savner i modellen, er en vurdering av kostnadsulemper for Finnmark vs resten av Nord-Norge. Det er gitt aksept for en slik tankegang i sykehusene, der det gis et skjønnsmessig bestemt tillegg for Finnmark. Kostnadsundersøkelser tidligere har vist at vi har høyere kostnad pr produsert arbeidstime enn andre foretak. Det er ikke noe som tyder på at dette er uaktuelt i psykisk helsevern heller. Subsidiært har vi hevdet at komponenten ambuleringskostnader, der avstand får utslag, må brukes som indikator på kostnadsulemper i Finnmark. Vi har foreslått at vekten på dette elementet kunne

økes til 20 millioner. Det vil gi en omfordelingseffekt til Finnmark på ca 2,3 millioner. Elementet vil totalt sett allikevel bare omfatte 1% av grunnlaget som skal fordeles.

I tillegg til at dette saklig sett gir avstandsulemper en bedre plass i modellen, vil dette endringsforslaget dempe den betydelige overføringen av midler fra psykiatrien i Finnmark. Etter Helse Finnmarks vurdering foreligger det ikke i det faktiske psykiatriske behandlingstilbudet i regionen så store ulikheter at det forsvarer den store foreslåtte omfordelingen i modellen.

### Effekter av modellen

I tabellen nedenfor vises omfordeling mellom foretakene som vil skje hvis modellen iverksettes som foreslått. Helse Finnmark får et trekk i rammen til psykisk helsevern på 19 millioner, og får tilført ca. 11,5 millioner til ruspasienter. Dette innebærer et samlet trekk på ca. 7,5 millioner.

Inntektsmodell psykisk helse							
Til fordeling	1 750 531						
		Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum	Andel
Behovskomponent	1 476 994	242 424	580 776	412 844	240 951	1 476 994	0,84
Kostnadskomponent	273 537	34 583	99 627	135 278	4 048	273 537	0,16
Mobilitetskomponent	-	-44 624	14 452	96 864	-66 692	-	
<b>Sum</b>	<b>1 750 531</b>	<b>232 383</b>	<b>694 855</b>	<b>644 987</b>	<b>178 307</b>	<b>1 750 531</b>	
Fordeling budsjett 2011		251 413	709 245	647 684	142 189	1 750 531	
Endring		-19 030	-14 390	-2 698	36 118	-0	

Inntektsmodell TSB							
Til fordeling	239 856						
		Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum	Andel
Behovskomponent	205 243	34 359	79 959	57 801	33 124	205 243	0,86
Kostnadskomponent	34 613	335	24 992	8 963	323	34 613	0,14
Mobilitetskomponent	-	169	36 045	-24 904	-11 310	-	
<b>Sum</b>	<b>239 856</b>	<b>34 862</b>	<b>140 996</b>	<b>41 861</b>	<b>22 137</b>	<b>239 856</b>	
Fordeling budsjett 2011		23 358	144 015	48 612	23 871	239 856	
Endring		11 504	-3 019	-6 751	-1 734	0	
<b>SUM endring</b>		<b>-7 527</b>	<b>-17 409</b>	<b>-9 449</b>	<b>34 384</b>	<b>-0</b>	

### Anbefaling

Det anbefales en generell tilslutning, og to mulige merknader, i prioritert rekkefølge. Styret for Helse Finnmark HF slutter seg til forslaget til modell, med to forbehold:

1. Styret finner det urimelig at kostnadsulemper ikke er vurdert grundigere for Helse Finnmark, spesielt at geografisk avstand ikke regnes som kostnadsfaktor. Styret ber om at indikatoren avstand knyttet til ambulering, betraktes som indikator på avstandskostnadene for Helse Finnmark generelt, og derfor øker i vekt til minimum 1% av totalen, dvs. til 20 millioner kroner.
- Styret slutter seg til merknad om at effektivisering innen bevilgning til SANKS fortsatt bør komme formålet til gode og derfor ikke bør trekkes inn gjennom 2 % effektiviseringskrav.