



Styremøte i Helse Finnmark HF

Saksnummer 18/2012

Saksbehandler: Harald G. Sunde/Lill Gunn Kivijervi
Møtedato: 20.03.2013

Revisjon av inntektsmodell somatikk

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Finnmark HF gir sin tilslutning til ny revidert inntektsfordelingsmodell med følgende innspill.

Hans Petter Fundingsrud
Administrerende direktør

Vedlegg:

Revisjon av inntektsmodell somatikk, innstilling fra regional prosjektgruppe oppnevnt av administrerende direktør i Helse Nord RHF.” 15. februar 2013.



Revisjon av inntektsmodell somatikk

Saksbehandler: Medisinsk fagsjef Harald G. Sunde

Dato: 20. mars

Bakgrunn

Hovedformålet med inntektsfordelingsmodellen i Helse Nord er å fordele inntekter mellom helseforetakene på en måte som legger til rette for et likeverdig tilbud til befolkningen i Nord-Norge.

Dagens inntektsmodell for somatisk virksomhet ble fastsatt i 2008, og har gjennomgått mindre fortløpende justeringer. På oppdrag fra administrerende direktør i Helse Nord RHF har en regional arbeidsgruppe utarbeidet forslag til revidert inntektsmodell for somatikk. Arbeidsgruppens resultater har vært behandlet og godkjent av en regional styringsgruppe. Fra Helse Finnmark har medisinsk fagsjef Harald G. Sunde vært foretakets representant i arbeidsgruppen, og økonomisjef Lill Gunn Kivijervi har deltatt i styringsgruppen.

Det henvises i sin helhet til vedlagte rapport.

Vurdering:

Helse Nord RHF iverksatte våren 2012 et arbeid for å revidere inntektsmodellen for somatikk som ble fastsatt i 2008. Ny revidert inntektsfordelingsmodell er arbeidet fram av en arbeidsgruppe ledet av Helse Nord RHF. Oddvar Kårstø som har erfaring fra arbeidet med Magnussen-modellen har bistått arbeidsgruppen i arbeidet. Arbeidsgruppens forslag er behandlet og vedtatt av styringsgruppen nedsatt av foretakene i Helse Nord.

Den regionale inntektsfordelingsmodellen er en modell som på best mulig måte skal fordele Helse Nord's midler til rammetilskudd på en mest mulig rettferdig måte til de enkelte helseforetak i regionen.

Tidligere fordeling av midler var gjort ved at man hadde en modell som fordelte brorparten av midlene, deretter ble en del midler fordelt i form av egne øremerkede midler. Det er gjennom denne delen av tildelingen Helse Finnmark HF har fått tildelt det såkalte finnmarkstilskuddet på drøyt 70 mill.

Når nå ny fordelingsnøkkel skulle vedtas var det et ønske om at man gjennom å velge optimal modell for fordeling skulle kunne minimalisere bruken av slike tilleggsposter; modellen skulle i seg selv sikre korrekt fordeling av midler. Styringsgruppen vedtok at inntektsfordelingsmodellen skulle basere seg på samme prinsipper (modell) som Magnussen-utvalget la til grunn. For Helse Finnmark HF lå det en stor usikkerhet i om dette prinsippet ville føre til vesentlige reduksjoner i rammen gjennom revidert inntektsfordelingsmodell.

Den nye reviderte regionale inntektsfordelingsmodellen baserer seg på følgende;

- Magnussen-utvalgets behovsindeks erstatter tidligere behovsindeks, dette betyr økt vektlegging av sosioøkonomiske kriterier innen behovskomponenten.
- Innen kostnadskomponenten har Helse Finnmark spilt inn alle de kostnadsdrivende faktorer vi har klart å beskrive, slik som ambulering, drifting av redningshelikopteret på Banak, drifting av desentralisert spesialisthelsetjeneste, legerekuttering,



Finnmarksavtalen, vaktordninger, bemanning, innleie helsepersonell, reisekostnader, sykestuedrift, Barentssamarbeid med mer.

- Helse Finnmark har også spilt inn forslaget om at rammetilskuddet for helseforetakene bør være korrigert for bruk av private helseaktører i foretaksområdet.

Som simuleringen av modellen viser (kapittel 5; side 26-28), får den nye regionale inntektsfordelingsmodellen svært liten konsekvens for Helse Finnmark. Effekten blir en reduksjon i rammetilskuddet på 5,5 mill kr (reduksjon av tildeling fra 655 mill til 650 mill), dvs snaut én prosent reduksjon. Dette utgjør ikke mer enn svingningene har utgjort fra år til år de siste årene, med +/- 6-7 mill. hvert år. Den nye reviderte modellen som baserer seg på Magnussen-utvalgets prinsipper og kriterier viser at Helse Finnmark HF ikke har vært overfinansiert gjennom finnmarkstilskuddet. Det er likevel positivt og gledelig at Helse Finnmark HF gjennom en rettferdig modell får sin ramme tildelt på samme måte som andre foretak gjennom nøytrale kriteringer.

Vedlegg

- Revisjon av inntektsmodell somatikk, innstilling fra regional prosjektgruppe oppnevnt av administrerende direktør i Helse Nord RHF.” 15. februar 2013.

Revisjon av inntektsmodell somatikk

Innstilling fra regional prosjektgruppe oppnevnt av administrerende direktør i Helse Nord RHF

Utgitt av: Helse Nord RHF
Dato: 15. februar 2013

Innholdsfortegnelse

Forkortelser	3
Sammendrag	4
1 Innledning og bakgrunn	7
1.1 Organisering av arbeidet	8
1.2 Oppbygging av rapporten	9
2 Behovskomponenten	9
2.1 Behovskomponenten i Helse Nord RHF-modellen	10
2.2 Prosjektgruppens vurdering	12
3 Kostnadskomponenten	13
3.1 Kompensasjon av kostnadsulemper	14
3.2 Analyser av kostnadsulemper	15
3.3 Kompensasjon for undervisningsbelastning – modell for medisinerutdanning	18
3.4 Regionale funksjoner og særskilte bevilgninger	20
3.5 Overgangsordninger	20
3.6 Analyse av vaktberedskap	21
4 Mobilitetskomponenten	22
4.1 Mobilitet knyttet til pasienter som utløser ISF-inntekter	23
4.2 Kjøp og salg av laboratorie- og røntgenprøver	24
4.3 Korrigere bruk av private tilbud finansiert av Helse Nord RHF	25
4.4 Mobilitetskomponenten oppsummert	26
5 Simulering av ny inntektsmodell	26
6 Vedlegg	29

Forkortelser

HF	helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
NLSH	Nordlandssykehuset
RHF	regionalt helseforetak
TSB	tverrfaglig spesialisert rusbehandling
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
HELFO	Helseøkonomiforvaltningen

Sammendrag

Formålet med inntektsfordelingsmodellen i Helse Nord er å fordele inntekter mellom helseforetakene på en måte som legger til rette for et likeverdig tilbud til befolkningen i Nord-Norge. For å ivareta dette må modellen fordele ressurser basert på relevante, kjente og etterprøvbare kriterier. Helse Nord har siden 2008 hatt en inntektsmodell for somatikk. Modellen har vært justert løpende, men etter seks års bruk er det behov for å oppdatere og revidere.

Prosjektgruppens revisjon av modellen gir et positivt resultat i den forstand at den viser at dagens fordeling av ressurser til somatikk i helseforetakene grovt sett er korrekt. Til tross for nye utregninger, oppdaterte og nye elementer inn i modellen, samsvarer resultatene i stor grad med gammel modell. Med de endringene prosjektgruppen foreslår, vil en ny inntektsmodell være basert på oppdaterte og bedre analyser.

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

- Behov: Fordeling av ressurser mellom helseforetakene basert på befolkningens behov for helsetjenester
- Kostnad: Finansiering av høyspesialiserte funksjoner og kostnadsulemper i helseforetakene
- Mobilitet: Sikrer at ressursene følger med når pasientene mottar behandling fra andre enn bostedsforetaket.

Nær 88 % av inntektene fordeles i behovskomponenten. 12 % fordeles i kostnadskomponenten. Mobilitetskomponenten sørger for at "pengene følger pasienten" ved å omfordele inntekter gitt i behovs- og kostnadskomponenten.

I kapittel 5 simulerer prosjektgruppen hvilke effekter revidert modell vil gi dersom modellen hadde vært tatt i bruk med den informasjonen prosjektgruppen hadde tilgjengelig i februar 2013. Noen data arbeides det fortsatt med å kvalitetssikre. Andre kriterier skal oppdateres med nyere statistikk. Det er viktig å understreke at tallene blir endret når kriterier blir oppdatert.

Hovedbildet er at omfordelingsvirkningene (endring i basisramme) er relativt små. For Helse Finnmark HF og Nordlandssykehuset HF er omfordelingsvirkningen godt under én prosent av samlet budsjett for 2013. For UNN HF er omfordelingsvirkningene i overkant av én prosent, mens Helgelandssykehuset HF ville fått en økning i inntektsrammene på om lag sju prosent med de tilgjengelige data vi har i øyeblikket.

Dagens inntektsfordeling inneholder skjønnsmessige tilskudd til Helse Finnmark HF på om lag 74 mill. kr og 17,7 mill. kr i strukturtilskudd til Helgelandssykehuset HF og Helse Finnmark HF. I foreslåtte inntektsfordeling fjernes skjønnsmessige tilskudd og beløpene fases inn i modellen. En viktig konklusjon av analysene er at de skjønnsmessige tilskuddene har vært berettiget. Foreslåtte modell dokumenterer imidlertid ressursfordelingen på en bedre måte.

Nedenfor følger en oppsummering av prosjektgruppens foreslåtte modell.

Behovskomponent: I underkant av 88 % av inntektene fordeles basert på befolkningens behov for somatiske spesialisthelsetjenester. Prosjektgruppen foreslår å bruke Magnussenutvalgets behovsindeks med mindre tilpasninger. Magnussenutvalgets behovsindeks ligger til grunn i nasjonal inntektsfordeling.

Kostnadskomponenten kompensere sykehusene for kostnadsulempene. Disse kostnadsulempene er av to typer. Den første er kostnadsulempene i pasientbehandlingen som helseforetakene i liten grad selv kan påvirke, den andre er finansiering av høyspesialiserte funksjoner, inklusiv medisinerutdanning.

Prosjektgruppen hadde som utgangspunkt at kostnadskomponenten skulle baseres på høyspesialiserte funksjoner og dokumenterte kostnadsulempene i helseforetakene i Helse Nord RHF, og ikke i analyser basert på nasjonale data. Etter flere arbeidsmøter i prosjektgruppen har det vist seg vanskelig å få god nok dokumentasjon på kostnadsulempene som ligger inne i dagens modell. Prosjektgruppen har derfor valgt en alternativ tilnærming hvor professor ved NTNU Jon Magnussen har beregnet kostnadsindekser for foretakene i Helse Nord.. Dette er gjort på samme måte som i den nasjonale modellen, og i modellene til Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Kostnadsindeksene gir uttrykk for et forventet kostnadsnivå i det enkelte helseforetak. Indeksene ivaretar kostnadsulempene i pasientbehandlingen som helseforetakene i liten grad kan påvirke selv, og som det derfor er ønskelig å kompensere. For å sikre et så bredt datagrunnlag som mulig er størrelsen på kostnadsulempene beregnet ut fra nasjonale data.

Fra analysene følger det at sykehusstruktur, målt både ved antall akuttisyrkehus og pasientenes reisetid, forskning, og kostnadskrevende pasienter, målt som pasienter med lange liggetider, er kostnadsulempene som foreslås kompensert. I tillegg foreslår prosjektgruppen at undervisningsbelastning, inklusiv medisinerutdanning, kompenseres. Kompensasjonen mellom helseforetakene baseres på den relative belastningen helseforetakene har relatert til medisinerutdanningen. I tillegg foreslår prosjektgruppen finansiering av andre regionale funksjoner i kostnadskomponenten.

Mobilitetskomponenten: I dagens modell er betalingsordninger knyttet til intern mobilitet forbeholdt inneliggende pasienter. Pasientstrømmer knyttet til poliklinisk aktivitet og bruk av tilbud utenfor foretaksgruppen som er finansiert direkte av RHF er ikke tatt hensyn til i dagens modell. Betalingen for interne pasienter er i dag basert på en abonnementsmodell hvor pasienter utover abonnementet betales med 80 % av ISF-pris. Pasienter som omfattes av abonnementet betales med 90 % -95 % av ISF-pris. Abonnementet er ment å fange opp sentralsykehus- og regionpasienter som får sin behandling utenfor eget helseforetak.

De foreslåtte endringene av kostnadskomponenten medfører at helseforetakene gis full kompensasjon for de predikerte kostnadsulempene. Denne kompensasjonen er beregnet som et prosentvis påslag utover den nasjonale gjennomsnittskostnaden pr. DRG-poeng. For eksempel, dersom et helseforetak har en predikert kostnadsindeks på 1,1 og den nasjonale gjennomsnittskostnaden pr. DRG-poeng er 40 000 kr, betyr dette at helseforetaket skal kompenseres med 44 000 kr. pr DRG-poeng.

Siden prosjektgruppen foreslår å sette kompensasjonen i kostnadskomponenten lik kostnadsindeksene, dvs. som en andel av den nasjonale gjennomsnittlige DRG-kostnaden, følger det at prisen på gjestepasientoppjøret må settes til 100 % av ISF-pris (som tilsvarer DRG-kostnaden). Hvis ikke vil ikke helseforetakene bli fullt ut kompensert for de predikerte kostnadsulempene.

For Helse Finnmark HF og UNN HF er forventet kostnadsnivå lavere enn dagens kostnadsnivå. Disse to helseforetakene møter derfor et effektiviseringskrav på henholdsvis 1,1 og 2,1 prosentpoeng. For Nordlandssykehuset HF er faktisk og predikert kostnad lik, mens for Helgelandssykehuset HF er faktisk kostnadsindeks lavere enn hva den predikerte indeksen viser. Dette betyr at Nordlandssykehuset HF ikke påføres et effektiviseringskrav, og at det er viktig med oppfølging overfor Helgelandssykehuset HF slik at eventuelle økte bevilgninger ikke slår ut i økte enhetskostnader.

Prosjektgruppen finner ingen vektige argumenter for at deler av aktiviteten (poliklinisk aktivitet) skal holdes utenfor mobilitetskomponenten i revidert modell og er omforent om at poliklinisk aktivitet skal inkluderes.

Prosjektgruppen foreslår også at modell for kjøp og salg av laboratorie- og røntgenprøver oppdateres med nye aktivitetsdata, da volum av disse tjenestene har økt betydelig de siste årene.

Pr. i dag er det et betydelig behandlingstilbud som finansieres direkte av Helse Nord RHF, for eksempel avtalespesialister, privat rehabilitering og MR-tilbud (om lag 260 mill. kr). Forbruket av disse private tilbudene avviker fra behovsfordelingen. Det er prosjektgruppens syn at inntektsfordelingen skal baseres på et prinsipp om å legge til

rette for likeverdige tilbud, og at "pengene skal følge pasientene". Prosjektgruppen foreslår derfor at ressursfordelingen mellom helseforetakene justeres for bruk av private behandlingstilbud finansiert av RHF. Dette vil sikre korrekt "betaling" til helseforetakene for aktiviteten som leveres, samtidig som prinsippet om likeverdighet ivaretas.

Prosjektgruppen har i sitt arbeid samlet inn data og gjennomført analyser som, selv om de ikke direkte påvirker inntektsmodellen, har bidratt til interessant informasjon om virksomhetene i Helse Nord RHF. Et eksempel er innenfor akuttberedskap og fødselsomsorg. Konkret har prosjektgruppen kartlagt antall leger i vakt (både hjemmevakt og tilstedevakt). Resultatene fra analysene viser at vaktbelastning knyttet til akuttberedskap er proporsjonal med inntektsandelene den foreslåtte inntektsmodellen tildeler helseforetakene. I praksis betyr dette at inntektsmodellen hensyntar den relative belastningen akuttberedskap påfører helseforetakene.

Innen fødselsomsorg viser analysene at Helgelandssykehuset HF har en større belastning og Nordlandssykehuset HF har mindre belastning enn hva prosjektgruppens foreslåtte modell indikerer. Fødselsomsorg bør derfor vurderes særskilt når bevilgningene til denne type behandling, som nå er gitt som overgangsordning (jf. tabell 9), innføres i inntektsmodellen.

1 Innledning og bakgrunn

Helse Nord RHF innførte i 2008 inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet. Modellen har siden vært oppdatert årlig med nye kriterieverdier, samt at det er foretatt mindre utvidelser og justeringer av modellen, for eksempel innlemming av oppgjør for laboratorieprøver sendt mellom helseforetakene, og innfasing av ulike forhold fra særskilt finansiering.

I 2011 ble det utviklet og implementert inntektsmodell for psykisk helse og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

Modellen for somatisk virksomhet har nå blitt brukt i fire år, og det er behov for å evaluere og revidere. På sikt skal somatikkmodellen vurderes innfaset i én total inntektsfordelingsmodell.

Formålet med å etablere en inntektsfordelingsmodell er blant annet:

- Fordele inntekter mellom helseforetakene på en måte som best mulig samsvarer med de oppgaver som skal ivaretas og de ressurser som fordeles, slik at det legges til rette for et likeverdig tilbud til befolkningen i Nord-Norge.
- Stimulere til effektiv ressursbruk og kontinuerlig forbedringsarbeid i foretaksgruppen samlet.

- Støtte opp under intern samhandling og utnyttelse av den samlede kapasitet og kompetanse i foretaksgruppen.

Formålet med å evaluere og revidere inntektsmodellen for somatikk er:

- Evaluere dagens modell med hensyn til modellens formål, jf. ovenfor
- Videreutvikle modellen spesielt med tanke på:
 - Forankre modellforståelse og sørge for-perspektiv i foretaksgruppen
 - Forenkle modellen
 - Lage en forutsigbar modell
 - Vurdere insentiver i modellen med tanke på å stimulere til for eksempel bedre kvalitet, pasientsikkerhet, samhandling, effektivitet og evt. andre mål
- Videreutvikle modellen til en totalmodell for inntektsfordeling

Krav til prosess og øvrige premisser for arbeidet

I arbeidet skal det legges stor vekt på å forankre prosesser og utvikle en best mulig felles forståelse for modellens formål. Deretter felles forståelse av modellens elementer, logikk og virkemåte. Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte vedtatte strategier og helsepolitiske mål for Helse Nord RHF.

Arbeidet skal ta utgangspunkt i etablert modell med behovskomponent, kostnads-komponent og mobilitetskomponent.

Komponentene skal vurderes etter innhold, funksjon og virkemåte, både hver for seg og i den samlede modell. Kriteriene i fordelingsmodellen skal være basert på offentlig tilgjengelig statistikk, slik at modellen i størst mulig grad er etterprøvable. For å sikre forutsigbarhet over tid bør de indikatorene som velges kunne benyttes over flere år, og kunne oppdateres årlig, med endringer i kriterieverdiene.

1.1 Organisering av arbeidet

Arbeidet har vært organisert med en prosjektgruppe og en styringsgruppe. Prosjektleder har vært forskningsleder Oddvar Kaarbøe (UNI Rokkansenteret).

Prosjektgruppen har bestått av følgende medlemmer:

Harald Sunde	Helse Finnmark	medisinsk fagsjef
Kristian Pettersen	UNN HF	rådgiver økonomi
Einar Bugge	UNN HF	fag og forskningssjef
Geir Tollåli	Nordlandssykehuset HF	klinikk sjef medisinsk klinikk
Marit Barosen	Nordlandssykehuset HF	økonomisjef
Tove Lyngved	Helgelandssykehuset HF	økonomisjef
Jann-Georg Falch	Helse Nord RHF	økonomidirektør
Anca Heyd	Helse Nord RHF	seksjonsleder

Jan-Petter Monsen Helse Nord RHF rådgiver økonomi

I tillegg har Anne May Knudsen, kommunikasjonsrådgiver i Helse Nord RHF, bistått prosjektgruppen.

Prosjektgruppen har hatt ti møter.

Styringsgruppen har bestått av følgende medlemmer:

Hilde Rolandsen (leder)	Helse Nord RHF	eierdirektør
Lill-Gunn Kivijærvi	Helse Finnmark HF	økonomisjef
Marit Lind	UNN HF	viseadministrerende direktør
Jorunn Læglund	UNN HF	økonomisjef
Gro Ankill	Nordlandssykehuset HF	administrasjonssjef
Fred Mürer	Helgelandssykehuset HF	medisinsk direktør
Sissel Alterskjær	Helse Nord RHF	konserntillitsvalgt
Arnfinn Hanssen	Regionalt brukerutvalg	
Jan Norum	Helse Nord RHF	Fagdirektør
Jann-Georg Falch	Helse Nord RHF	Økonomidirektør

Styringsgruppen har hatt seks møter.

1.2 Oppbygging av rapporten

Rapporten er bygd opp på følgende måte. Kapittel 2 omhandler behovskomponenten. Kostnadskomponenten er omtalt i kapittel 3, mens kapittel 4 omtaler mobilitetskomponenten.

I kapittel 5 presenteres forslag til ny inntektsmodell, samt simuleringer av omfordelingseffekter. Det er viktig å understreke at simuleringene viser et øyeblikksbilde med den informasjonen prosjektgruppen har tilgjengelig per februar 2013. Noe data er mangelfull og vil oppdateres, derfor vil omfordelingseffektene kunne bli noe annerledes enn simuleringene i kapittel 5 viser. Videre vil årlig oppdatering av kriterieverdier og pasientstrømmer også endre fordelingen av ressurser mellom helseforetakene.

2 Behovskomponenten

Behovskomponenten gir uttrykk for behovet for helsetjenester til befolkningen i et helseforetaks opptaksområde.

Befolkningens behov for spesialisthelsetjenester beregnes ved å summere sammen hvert enkelt individs forventede behov. Fra forskningslitteraturer har vi lært at

individuell behov blant annet avhenger av individets helsetilstand (hvor syk eller frisk en er). I tillegg vet vi at tilgang til behandlingstilbud påvirker forbruket av helsetjenestene. Helsetilstand og muligheten til å nyttiggjøre seg helsetjenester vil variere med alder og sosioøkonomiske forhold.

For å avdekke systematiske sammenhenger mellom behov (forbruk) av helsetjenester og karakteristika ved befolkningen brukes statistiske analyser.

2.1 Behovskomponenten i Helse Nord RHF-modellen

I inntektsfordelingsmodellen som er i bruk i Helse Nord RHF fordeles penger som skal kompensere for befolkningens behov på bakgrunn av alder og følgende sosiale kriterier: Antall uføre, antall sosialhjelpsmottakere, dødelighet og vold. Behovsindeksen er beregnet ut fra forbruk av spesialisthelsetjenester i 2004, og enheten i analysen er alle landets kommuner.

Etter at inntektsmodellen i Helse Nord RHF ble vedtatt i 2007, er det utarbeidet en ny behovsindeks gjennom arbeidet med revisjon av den nasjonale inntektsmodellen (Magnussenutvalget, NOU 2008:2). I dette arbeidet ligger data fra årene 2004-06 til grunn for analysene, og analyseenheten er celler definert av fødselsår, kjønn og kommune. For eksempel vil menn, født i 1957, bosatt i Sør-Varanger kommune være en celle.

Magnussenutvalget beregnet også behovsindekser for tjenesteområdene psykisk helsevern og spesialisert rusmiddelbehandling (TSB). Disse indeksene er tatt i bruk i Helse Nord RHF sine inntektsmodeller for disse tjenesteområdene. I prosjektet har det vært diskutert om også behovskomponenten i den somatiske inntektsmodellen skal følge Magnussenutvalgets analyser.

De to tabellene nedenfor gjengir de somatiske behovsindeksene fra Magnussenutvalget og fra dagens modell.

Tabell 1. Behovsindeks somatikk Magnussen-modell

<i>Alder:</i>	Andel	
Andel i aldersgruppen 0-5 år	0,033	
Andel i aldersgruppen 6-12 år	0,012	
Andel i aldersgruppen 13-17 år	0,01	
Andel i aldersgruppen 18-29 år	0,041	
Andel i aldersgruppen 30-39 år	0,054	
Andel i aldersgruppen 40-49 år	0,057	
Andel i aldersgruppen 50-59 år	0,082	
Andel i aldersgruppen 60-69 år	0,098	
Andel i aldersgruppen 70-79 år	0,102	
Andel i aldersgruppen 80 år +	0,091	= 0,58
<i>Sosioøkonomiske kriterier:</i>		
Dødelighet, 20 år +	0,113	
Andel sykmeldte	0,081	
Andel uføretrygdede, 18-67 år	0,069	
Andel med rehab. penger, 18-67 år	0,028	
Andel grunnskole, 20-59 år	0,048	
Levekårsindeks, 0-19 år	0,009	
Levekårsindeks, 67 år +	0,04	
Indeks for klima og breddegrad, 0-66 år	0,022	
Indeks for klima og breddegrad, 67 år +	0,01	=0,42

Tabell 2. Behovsindeks somatikk, dagens Helse Nord-modell

<i>Alder:</i>	Andel	
0-4 år	0,055	
5-19 år	0,031	
20-39 år	0,108	
40-64 år	0,228	
65-74 år	0,106	
75-89 år	0,173	
90 + år	0,018	= 0,72
<i>Sosioøkonomiske kriterier:</i>		
Uføre	0,135	
Sosialhjelp	0,033	
Dødelighet	0,071	
Vold	0,042	= 0,28

Tabellene skal leses på følgende måte: Hvis en skal fordele 100 kr til somatiske tjenester, viser tabell 1 at 3,30 kr skal fordeles etter aldersgruppen 0-5 år. Videre viser tabellen at 58 kr totalt sett skal fordeles etter alderskriterier dersom Magnussenutvalgets analyser

legges til grunn. Tilsvarende viser tabell 2 at 72 kr skal fordeles etter alderskriteriene dersom Helse Nord RHF-modellen legges til grunn. Fra tabellene følger det dermed at de sosioøkonomiske kriteriene er tillagt større vekt når analysene fra Magnussenutvalget ligger til grunn for behovsindeksen.

2.2 Prosjektgruppens vurdering

Prosjektgruppen er omforent om at Magnussen-modellens behovskomponent bør legges til grunn i modellen, men foreslår to endringer i behovsindeksen. Begrunnelsen for standpunktet er følgende:

Dagens Helse Nord-modell beregner behov på kommunenivå. Modellen fra Magnussenutvalget beregner derimot behov på et mer detaljert nivå, noe vi kaller cellenivå. En celle kombinerer kjønn, fødselsår og bostedskommune. For eksempel vil menn, født i 1957, bosatt i Sør-Varanger kommune være en celle. Ideelt sett skulle cellene gitt oss enda flere detaljer på individnivå, men det er svært utfordrende å få til. Når prosjektgruppen foreslår å ta i bruk Magnussenutvalgets metode, er det fordi denne metoden er mer detaljert og nærmere et individs behov for helsetjenester.

En annen fordel med analysene fra Magnussenutvalget er at antall enheter som analyseres blir større (ca. 72 000 celler versus ca. 430 kommuner). Dette forbedrer de statistiske egenskapene til disse analysene. Fra et metodisk synspunkt er derfor kriteriesettet fra Magnussenutvalgets analyser klart å foretrekke.

Når det gjelder kriteriet «andel sykemeldte» anbefaler prosjektgruppen at dette kriteriet tas ut av behovsindeksen. Argumentet er at nivået på sykemeldinger varierer med konjunktorene, mens behovet for somatiske sykehustjenester ikke viser et slikt mønster. Dette tilsvarer hva som er implementert i Helse Sør-Øst RHF.

Kriteriet «leveårsindeks» oppdateres ikke lenger av Statistisk sentralbyrå. Årsaken er metodiske svakheter med indeksen¹. Prosjektgruppen henviser til mandatet hvor det står at:

«Kriteriene i den objektive fordelingsmodellen skal være basert på offentlig tilgjengelig statistikk, slik at modellen i størst mulig grad er etterprøvbart. For å sikre forutsigbarhet over tid bør de indikatorene som velges kunne benyttes over flere år, og kunne oppdateres årlig, med endringer i kriterieverdiene».

Det er prosjektgruppens syn at kriteriet leveårsindeks ikke er i samsvar med dette. Det foreslås derfor at kriteriet tas ut av behovsindeksen, og at de andre sosioøkonomiske kriteriene skaleres opp proporsjonalt slik at den totale andelen de sosioøkonomiske kriteriene har opprettholdes (0,42).

¹ <http://www.ssb.no/vis/magasinet/blandet/art-2009-09-02-01.html>

Prosjektgruppen vil også påpeke at Magnussenutvalgets behovsmodell er basert på nyere data, samt at Magnussenutvalgets behovsindeks allerede er tatt i bruk i Helse Nord RHF, i modellene for psykisk helse og TSB.

Prosjektgruppens forslag til behovsindeks for somatiske spesialisthelsetjenester er gjengitt i tabellen under.

Tabell 3. Prosjektgruppens forslag til behovsindeks

Andel i aldersgruppen 0-5 år	0,033
Andel i aldersgruppen 6-12 år	0,012
Andel i aldersgruppen 13-17 år	0,010
Andel i aldersgruppen 18-29 år	0,041
Andel i aldersgruppen 30-39 år	0,054
Andel i aldersgruppen 40-49 år	0,057
Andel i aldersgruppen 50-59 år	0,082
Andel i aldersgruppen 60-69 år	0,098
Andel i aldersgruppen 70-79 år	0,102
Andel i aldersgruppen 80 år +	0,091
<i>Sum alder</i>	<i>0,580</i>
Dødelighet	0,164
Andel uføretrygdede, 18-67 år	0,100
Andel med rehab. penger, 18-67 år	0,041
Andel grunnskole, 18-59 år	0,070
Indeks for klima og breddegrad, 0-66 år	0,032
Indeks for klima og breddegrad, 67 år +	0,014
<i>Sum sosioøkonomisk kriterier</i>	<i>0,420</i>

3 Kostnadskomponenten

Innsatsstyrt finansiering (ISF) tilfører sykehusene inntekter på grunnlag av behandlede pasienter korrigert gjennom DRG-systemet. Sykehusene har imidlertid ikke like forutsetninger å drive pasientbehandling. Dette skyldes flere eksterne forhold som påvirker kostnadene, blant annet variasjoner i undervisningsbelastning, forskningsaktivitet og ulike funksjoner. For å skape like forutsetninger for å drive pasientbehandling, må en da kompensere sykehusene for slike kostnader.

I dagens modell er kostnadsulemper kompensert gjennom kriteriene andel langtidsliggedager (kostnadskrevende pasienter), forskningsproduksjon, og undervisningsbelastning (turnus- og assistentleger). Det betyr at fordelingen skjer med utgangspunkt i tre instrumentvariabler som er målbare. Analysene som ble gjennomført våren 2006 indikerer at de fanger opp kostnadsulemper. Prosjektgruppen mente også at dette er kostnadsulemper som ikke er selvpåført, og at det er ønskelig å kompensere for dem. I

tillegg anbefalte prosjektgruppen at strukturulempen bør kompenseres. Siden analysene av strukturulempene hadde visse metodiske og datamessige svakheter anbefalte prosjektgruppen at kompensasjon for strukturulempen burde settes skjønnsmessig. Det ble gjort ved å gi en årlig bevilgning på 15 mill kroner til Helgelandssykehuset og Helse Finnmark.

Prosjektgruppen som nå er nedsatt har jobbet ut ifra at kostnadskomponenten skal bestå av, og ivareta, prinsipielt to ulike forhold:

1. Kostnadsulempen (kostnader som en i liten grad kan påvirke)
2. Finansiering av høyspesialiserte funksjoner, inklusiv medisinerutdanning

3.1 Kompensasjon av kostnadsulempen

Prosjektgruppens utgangspunkt har vært at kostnadskomponenten bør ta utgangspunkt i funksjoner og kostnadsulempen i helseforetakene i Helse Nord RHF, og ikke i analyser basert på nasjonale data. I Helse Nord sin inntektsmodell for psykiatrisk og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er kostnadskomponenten beregnet ut fra funksjoner og kostnadsulempen i regionen. Begrunnelsen for dette er at det på en bedre måte sikrer at inntektsmodellen er tilpasset virksomhetene i Helse Nord RHF. Arbeidsmåten har derfor vært at helseforetakene har kommet med innspill på kostnadsulempen og funksjoner som de mener bør finansieres særskilt. Prosjektgruppen har deretter diskutert og vurdert innspillene i prosjektgruppemøtene.

Etter flere arbeidsmøter i prosjektgruppen har det vist seg vanskelig å få god nok dokumentasjon på kostnadsulempen som ligger inne i dagens modell. Prosjektgruppen konkluderte derfor med at det er behov for alternativ tilnærming. Dette gjelder i hovedsak kostnadsulempen som er knyttet til ISF-finansiert virksomhet.

Prosjektgruppen har jobbet med følgende to alternativ. Det først alternativet var å identifisere merkostnader knyttet til spesialisert medisin på UNN HF og Nordlandssykehuset HF gjennom benchmarking av kostnader. Datagrunnlaget er kostnadsdata fra kostnadsvekstarbeidet i 2010 på disse to sykehusene som ble sammenlignet med mediankostnaden fra alle landets sykehus. I tillegg er det gjort en avgrensning til DRG-er som (i hovedsak) er knyttet til spesialisert medisin. DRG-ene ble plukket ut av *Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering* (SKDE) og deltakere i prosjektgruppen. Fordelen med denne tilnærmingen er at en kan beregne merkostnader ved UNN HF og NLSH HF knyttet til DRG-er hvor stort sett all behandling er spesialisert. Ulempen er at antall pasientopphold blir relativt lite, fordi det i mange DRG-er inngår både lokal og spesialisert behandling. Tilnærmingen har møtt kritikk i prosjektgruppen knyttet til liten representativitet.

Som en alternativ tilnærming ba prosjektgruppen professor ved NTNU Jon Magnussen om å beregne kostnadsindekser for foretakene i Helse Nord RHF på samme måte som er gjort i den nasjonale modellen, og i modellene til Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge

RHF. Kostnadsindeksene skal ivareta kostnadsulemper i pasientbehandlingen som helseforetakene i liten grad kan påvirke selv, og som det derfor er ønskelig å kompensere. Siden størrelsen på kostnadsulempene er beregnet ut fra nasjonale data innebærer metoden at helseforetakene i Helse Nord RHF benchmarkes mot et nasjonalt gjennomsnitt.

I prosessen med å utvikle kostnadskomponenten ba prosjektgruppen prosjektleder om å oppsummere hvordan de andre regionale helseforetakene kompenseres kostnadsulemper knyttet til somatisk virksomhet. Denne dokumentasjonen er vedlagt rapporten (vedlegg 1).

Gjennomgangen av modellene som er i bruk i de andre regionene viser at de i stor grad er like, men Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF beregner en kostnadsindeks som er avledet av identifiserte kostnadsdrivere; forskning/ struktur/utdanning og kostnads-krevende pasienter. I dagens modell i Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF benyttes i stor grad de samme kostnadsdriverne som del av kostnadskomponenten, men dette gjøres ikke via indekser. Gjennomgangen avdekket også at medisinerstudenter i de andre regionene enten er særskilt finansiert eller håndtert i kostnadskomponenten. Helse Nord RHF's modell avviker ved at utdanning (herunder medisinerstudenter) kompenseres både i særskilt bevilgning og som del av kostnadskomponenten

3.2 Analyser av kostnadsulemper

Som nevnt over ba prosjektgruppen professor Jon Magnussen beregne kostnadsindekser for helseforetakene i Helse Nord RHF. Magnussens analyser er dokumentert i vedlegg 2. Magnussen har beregnet kostnadsindekser for foretakene i Helse Nord RHF på samme måte som det er gjort i den nasjonale modellen, og i modellen til Helse Vest RHF. Datagrunnlaget er fra årene 2006-2009.²

Det er gjort kostnadsanalyser på seks mulige forklaringsvariabler.

Kostnadsanalysene basert på de nasjonale dataene viser at fire kostnadsdrivere er statistisk signifikant:

- reisetid til nærmeste akuttstusykehus
- forskningsaktivitet per 1000 DRG-poeng
- langtids-liggedager
- struktur (antall akuttstusykehus per 10 000 DRG-poeng)³

² I analysene som ligger til grunn for modellen i Helse Midt-Norge RHF er det brukt data fra 2005-2009.

³ Dagens sykehusstruktur ligger til grunn for modellen. Dette innebærer 2 akuttstusykehus i Helse Finnmark HF, 3 ved UNN HF, 3 ved NLSH HF og 3 ved Helgelandssykehuset HF.

Det betyr at disse faktorene er med på å forklare driftskostnadene pr. DRG-poeng. Hvis for eksempel reisetiden fra pasientens bosted til nærmeste akutt sykehus øker, er det å forvente at kostnadene per DRG-poeng øker.

Kostnadsanalysene viser at to kostnadsdrivere ikke er statistisk signifikant:

Utdanning og kapital påvirker ikke driftskostnadene pr. DRG-poeng. Utdanning er målt som andel turnuskandidater og assistentleger i forhold til antall leger totalt. Kapital er målt som andel av samlede kostnader knyttet til kapital.

Analysene viser hvor mye kostnadene øker på grunn av reisetid, forskning, langtidsliggedager og struktur (akutt sykehus). Regresjonskoeffisienten er det beste estimatet vi har på hva kostnadsulempen faktisk er.

Resultatet er vist i tabell 4.

Tabell 4. Kostnadsanalyser

	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.

Tolkningen av tabellen er at de fem første radene med tall angir verdien på de ulike kostnadsulempene for helseforetakene i Helse Nord RHF, og for landet som helhet. For eksempel betyr tallet 154,7 at befolkningen i Finnmark i gjennomsnitt har en reisetid til nærmeste akutt sykehus på 155 minutter. På samme måte indikerer tallet 3,4 i tredje kolonne at det på UNN genereres 3,4 forskningspoeng pr. 1000 DRG-poeng.

Tolkningen av (de signifikante) regresjonskoeffisientene er:

- *Reisetid*: For hvert minutt reisetid til nærmeste akuttstusykehus 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 langtidspasienter øker kostnadene pr DRG-poeng med 2 743 kr
- *Akuttstusykehus*: Et nytt akuttstusykehus pr. 10 000 DRG-poeng øker kostnadene pr DRG-poeng med 4 311 kr

Prosjektgruppen har konkludert med at de variablene som er statistisk signifikant tas inn i modellen (100 %), mens de variablene som ikke er statistisk signifikant ikke tas inn i modellen (0 %). Vi beregner nå hva et forventet kostnadsnivå pr. DRG-poeng vil være for de enkelte helseforetak, basert på analysene ovenfor (predikert nivå). Det gjør vi ved å beregne en kostnadsindeks per helseforetak. Kostnadsindeksen beregnes ved å ta utgangspunkt i de kostnadsulempene til helseforetakene, samt det estimerte kostnadsnivået i landet.

Disse, samt faktisk relativt kostnadsnivå⁴ er gjengitt i tabellen under.

Tabell 5. Predikerte og faktiske kostnadsindekser

Kostnadsindeks	Predikert	Faktisk
Finnmark	1,116	1,137
UNN	1,035	1,046
Nordland	0,925	0,921
Helgeland	0,937	0,887
Helse Nord RHF	1,000	1,000

I tabell 5 er kostnadsindeksene normalisert slik at gjennomsnittet i Helse Nord RHF er satt til én. Tabellen indikerer at det predikerte kostnadsnivået til Helse Finnmark HF er 11,6 % over gjennomsnittlig predikert kostnadsnivå i Helse Nord RHF, mens det faktiske kostnadsnivået er i underkant av 14 % over det faktiske kostnadsnivået i Helse Nord RHF. Tabellen viser også at Nordlandssykehuset har det lavest predikerte kostnadsnivået (7,5 % under gjennomsnittet i Helse Nord RHF).

Størrelsen på beløpet som skal fordeles til kostnadsulemper, fastsettes som differansen mellom det billigste helseforetaket og gjennomsnittet i foretaksgruppen. I denne

⁴ Beregnet med bakgrunn i beskrivelsen i vedlegg 2.

analysen er differansen 7,5 %. Dette betyr at Nordlandssykehuset får kr 0 av denne komponenten, og de øvrige får sin relative andel.

Hvor stor andel de andre tre helseforetakene i Helse Nord RHF skal ha avhenger av følgende to forhold:

1. Hvor høyt predikert kostnadsnivå helseforetaket har - jo høyere predikert kostnadsnivå, jo mer av kostnadskomponenten skal foretaket ha
2. Hvor høy aktivitet helseforetaket har - jo høyere aktivitet, jo høyere andel av kostnadskomponenten

3.3 Kompensasjon for undervisningsbelastning - modell for medisinerutdanning

I dagens modell fordeles store beløp i kostnadskomponenten i tillegg til en egen bevilgning til medisinerutdanning. Det er kun Helse Nord som fordeler midler til utdanning både i kostnadskomponenten og som egen særskilt bevilgning. Prosjektgruppen har tatt utgangspunkt i at kompensasjon for undervisningsbelastning skal håndteres ett sted i modellen, slik det gjøres i de øvrige regionene. Resultatet av Magnussen sin analyse understøtter dette, ved at det ikke kan dokumenteres noen sammenheng mellom undervisningsbelastning og kostnader ved DRG produksjon. Prosjektgruppen har utviklet en modell for medisinerutdanning, og foreslår å fordele tilskudd til utdanning etter den. Modellen reflekterer hvordan belastningen med utdanning av medisinerstudenter fordeles mellom studieår, og mellom helseforetak. Modellen vil ivareta endringer i undervisningsbelastningen til medisiner studenter. Prosjektgruppen foreslår å videreføre samme beløp som i dag 121 mill kroner, selv om dette er langt høyere beløp enn kostnadene til slik utdanning som kan dokumenteres. Dette innebærer da at beløpet også er en kompensasjon for andre former for utdanning.

Det er prosjektgruppens syn at det i første studieår er relativt lite undervisningsbelastning knyttet til medisinerstudenter. I andre studieår øker undervisningsbelastningen noe. I år tre og fire er undervisningsbelastningen høy i det studentene i disse årene har mye kursing, samt følger leger på vakt og i poliklinikker. I det femte studieåret er studentene i praksis på sykehusene, men kun fram til mars måned. Den resterende tiden skriver studentene oppgave. Siste studieår er undervisningsbelastningen høy, tilsvarende år tre og fire, og studentene er mye til stede på sykehusene.

Prosjektgruppen foreslår følgende fordeling av belastningen mellom studieårene, hvor belastningen er satt relativt til årene med høyest belastning (år tre, fire og seks).

Tabell 6. Fordeling av undervisningsbelastning mellom studieår.

År	Relativ
----	---------

	belastning
1	0,25
2	0,75
3	1
4	1
5	0,75
6	1

Den neste tabellen viser fordelingen av medisinerstudenter mellom helseforetakene og over studieår. Antallet 5-årsstudenter er pr i dag færre enn tabellen viser. Dette er forbigående, og antall 5-årsstudenter er i tabellen justert til et normalnivå.

Tabell 7. Fordeling av medisinerstudenter (2012).

År	Finnmark	UNN	Nordland	Helgeland	SUM
1		110			110
2		110			110
3		110			110
4		110			110
5	17	24	36	27	105
6		80	25		105
Totalt	17	544	61	27	649

Ved å vekte antall studenter (tabell 7) med den relative fordelingen av undervisningsbelastningen (tabell 6) framkommer prosjektgruppens forslag til modell for fordeling av inntekter knytte til medisinerstudenten. Denne er gjengitt i tabell 8.

Tabell 8. Relativ fordeling av tilskudd til undervisning

	Antall studenter - vektet	Relative andeler
Finnmark	13	0,03
UNN	428	0,83
Nordland	52	0,10
Helgeland	20	0,04
	513	1

Prosjektgruppen har også diskutert hvor stort beløp som skal fordeles gjennom denne modellen. Det er prosjektgruppens syn at dagens bevilgning (121,7 mill. kr) til medisinerutdanning videreføres og at beløpet inkluderer kompensasjon for utdanning generelt, ikke bare medisinerere.

3.4 Regionale funksjoner og særskilte bevilgninger

Som nevnt overfor har prosjektgruppen fått innspill på funksjoner som ønskes særskilt finansiert. Prosjektgruppen har hatt som utgangspunkt at det i hovedsak er regionale funksjoner, samt klart definerte oppgaver gitt av Helse Nord RHF, som skal gis egne bevilgninger. I tillegg er dette oppgaver som ikke mottar ISF-finansiering.

Tabellen under oppsummerer hvilke funksjoner prosjektgruppen anbefaler blir gitt særskilt bevilgning.

Tabell 9. Regionale funksjoner/særskilt bevilgninger gitt i kostnadskomponenten.

Regionale funksjoner/ særskilte bevilgninger i kostnadskomponent	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Barentssamarbeid	887				887
Koordinering rehabilitering		3 366			3 366
Pasienttelefon			1 352		1 352
Regional AMK/flykoordinering		6 981			6 981
Svalbard		22 588			22 588
Arbeids- og miljømedisinsk senter		13 962			13 962
Fedmebehandling - regionalt senter, veiledning, kompetanse			2 000		2 000
Landsfunksjon for trombocytimmunologi		4 613			4 613
Miljøgiftsenter		1 200			1 200
Nasj. Kopsenter for klinisk pasientsikkerhet			700		700
Nasjonalt register ryggkirurgi		1 600			1 600
Nasjonalt senter for telemedisin		9 495			9 495
Nevromuskulært kompetansesenter		4 175			4 175
NORM		5 292			5 292
Pusterom		600			600
Regionale fagmiljø narkolepsi		155			155
Senter for smittevern		4 757			4 757
Vardesentre		500	300		800
Donoransvarlig lege		772	772		1 544
Inkontinenssenter		741			741
Revmatologi		1 000			1 000
Traumekoordinator		1 134			1 134
Trykktank		568			568
Lindring i Nord		2 486			2 486
Utdanning/undervisning	3 108	101 412	12 377	4 782	121 679
Sum regionale funksjoner/ særskilte bevilgninger	3 995	187 398	17 501	4 782	213 676

3.5 Overgangsordninger

Prosjektgruppen har også vurdert hvilke (eksisterende) funksjoner som bør gis egen finansiering i en overgangsfase. Argumentet for et en slik ordning bør finnes er at det kan være behov for å støtte ulike tiltak i en overgangsfase. Prosjektgruppen vil imidlertid påpeke risikoen for at slik særskilt finansiering blir permanent, og foreslår derfor at tilskudd som ligger som overgangsordninger skal vurderes faset inn i inntektsmodellen som en del av den årlige budsjettprosessen.

I det videre arbeidet legges det opp til at følgende tilskudd videreføres som særskilte bevilgninger på siden av modellen.

- Tilskudd til sykestuer i Helse Finnmark HF er i dag delfinansiert med 8,5 mill. kr i øremerket bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet og 8,7 mill. kr i særskilt tilskudd fra Helse Nord RHF. Dette foreslås videreført utenfor modellen, sammen med særskilte tilskudd til samhandlingsreformen til de øvrige helseforetak.
- Det er gitt særskilte økte bevilgninger til føde/gyn/følgetjeneste gravide/keisersnitt Lofoten i 2013. Det pågår pr. i dag et kartleggingsarbeid som tar sikte på å vurdere ulemper i foretakene. Særskilte tilskudd foreslås videreført som overgangsordninger utenfor modellen inntil videre, med sikte på innfasing i modellen.
- Mammografi betales i dag av UNN og Nordlandssykehuset, men er et tilbud til hele regionen.
- PET-scanning vil fases inn i ordinær mobilitetskomponent når takstene er på plass.
- Traume- og karkirurgitilbudet er under opptrapping. Opptappingen skjer i ulikt tempo i de enkelte HF.

Tabell 10. Overgangsordninger som foreslås videreført for budsjett 2014

Foreslås videreført som overgangsordninger	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Føde/gyn	1 700	6 800	6 100	3 400	18 000
Følgetjeneste gravide	6 250	417	2 083	1 250	10 000
Keisersnitt Lofoten			4 000		4 000
Mammografitilbud		1 134	1 131		2 265
PET scanning		2 268			2 268
Samhandling	106	106	106	109	426
Samhandlingsreform		1 500	1 100	700	3 300
Sykestuer	8 762				8 762
Traume/karkirurgi			5 116		5 116
Sum	16 818	12 225	19 636	5 459	54 137

3.6 Analyse av vaktberedskap

Prosjektgruppen har diskutert hvorvidt vaktberedskapsbelastningene knyttet til akuttberedskap og fødselsomsorg blir ivaretatt i inntektsmodellen. Prosjektgruppen har derfor kartlagt antall leger i vakt (både hjemmevakt og tilstedevakt). Prosjektgruppen har også diskutert den relative belastningen hjemmevakt har i forhold til tilstedevakt og er omforent om at hjemmevakt medfører en kostnadsbelastning som tilsvarer en halv tilstedevakt.

De to neste tabellene viser den relative vaktbelastningen mellom helseforetakene, basert på innmeldte tall fra helseforetakene til prosjektgruppen. Den første tabellen viser vaktbelastning knyttet til akuttberedskap, mens den neste viser tilsvarende tall for fødselsomsorg. Tabellene viser også hvor stor andel bevilgning de ulike helseforetakene får dersom prosjektgruppens forslag legges til grunn for ny inntektsmodell.

Tabell 11. Relativ vaktbelastning knyttet til akuttberedskap

Akuttberedskap	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Antall leger i vakt - vektet	17	84	40	20	161
Vektet - andeler	11 %	52 %	25 %	12 %	100 %
Foreslått inntektsfordeling	12 %	51 %	25 %	12 %	100 %

Fra tabell 11 følger det at den relative vaktbelastningen knyttet til akuttberedskap er fordelt tilsvarende prosjektgruppens foreslåtte modell (vektet andeler er omtrent lik foreslått inntektsfordeling). Fra dette følger det at belastning knyttet til akuttberedskap allerede er ivare tatt i modellen.

Tabell 12. Relativ vaktbelastning knyttet til fødselsomsorg

Fødselsomsorg	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sykepleier/jordmor i vakt, vektet	16	64	26	22	128
Vektet - andeler	13 %	50 %	20 %	17 %	100 %
Foreslått inntektsfordeling	12 %	51 %	25 %	12 %	100 %

Tabell 12 viser at Helgelandssykehuset HF har en større belastning og Nordlandssykehuset HF har mindre belastning enn hva prosjektgruppens foreslåtte modell indikerer. Fødselsomsorg bør derfor vurderes særskilt når bevilgningene til denne tjenesten, som nå er gitt som overgangsordning (jf. tabell 9), innføres i inntektsmodellen.

4 Mobilitetskomponenten

Dersom en pasient mottar sin behandling utenfor pasientens opptaksområde, utløses en betalingsforpliktelse fra helseforetaket som pasienten tilhører til den institusjonen som behandler pasienten. Slik er det i den nasjonale inntektsmodellen og slik er dagens Helse Nord-modell. En viktig grunn til at å ta hensyn til mobilitet er å bygge opp under målsetningen om at alle innbyggerne i Helse Nord RHF skal få et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av hvor de bor. Siden deler av helsetilbudet er sentralisert til UNN HF og Nordlandssykehuset HF, mens pengene for å dekke befolkningens behov fordeles til pasientens bosteds-helseforetak, følger det at pasienter som får behandling i andre helseforetak (gjestepasienter) utløser en betalingsforpliktelse.

Den interne mobiliteten mellom helseforetakene i Helse Nord RHF er i dag basert på en abonnementsmodell, hvor du betaler en fast pris for et avtalt volum og en annen pris på kjøp ut over dette. Siste års tilgjengelige aktivitetsdata ligger til grunn for beregningen av mobilitetskomponenten. Det er ikke gjestepasientoppgjør knyttet til polikliniske behandling i dagens modell.

Betaling for laboratorie- og røntgenprøver er i dagens modell en omfordeling i basisrammen for et gitt nivå på laboratorie- og røntgenvirksomhet.⁵

En arbeidsgruppe med medlemmer fra helseforetakene og Helse Nord RHF kartla i 2008 interne strømmer av laboratorie- og røntgenprøver og foreslo betalingsmodell. Datagrunnlaget besto av halvårsdata fra HELFO⁶ for 2007 (multiplisert med 2 for å anslå en årseffekt, samt innhenting av data fra foretakene). Datagrunnlaget var usikkert, og det er ikke foretatt oppdatering av data med unntak av prisjustering. Modellen omhandler prøver som sendes mellom helseforetakene.⁷

Prissettingen i modellen tar utgangspunkt i den nasjonale modellen for laboratorie- og røntgenvirksomhet. Dvs. at disse tjenestene finansieres med en blandingsmodell hvor HELFO-takster skal dekke 40 % av kostnadene, mens de resterende 60 % av kostnadene dekkes gjennom basisrammen. Siden det kun er polikliniske pasienter som utløser HELFO-takster, er det lagt til grunn to prissett i modellen som i dag er i bruk i Helse Nord RHF:

- HELFO-takst x 1,5 for polikliniske prøver (60/40)
- HELFO-takst x 2,5 for inneliggende (100/40), dvs. når pasienten ligger inne et annet foretak

Tabellen viser betaling for 2013 i dagens inntektsmodell.

Tabell 13. Mobilitetskomponent laboratorie- og røntgenvirksomhet, dagens modell

Mob.komp. Lab (1000 kr)	
Helgeland	-19 789
NLSH	3 997
UNN	36 260
Finnmark	-20 468
SUM	0

4.1 Mobilitet knyttet til pasienter som utløser ISF-inntekter

I dagens inntektsmodell er finansiering av kostnadskrevende pasienter og spesialiserte tjenester gitt både gjennom kostnadskomponenten og gjennom mobilitetskomponenten. De foreslåtte endringene av kostnadskomponenten, med overgang til kompensasjon av kostnadsulemper gjennom kostnadsindekser, har konsekvenser for innretningen av mobilitetskomponenten. Dette følger fordi helseforetakene kompenseres 100 % for de

⁵ Modellen er begrunnet i styresak 107-2008 *Regional inntektsmodell, oppdatering – interne pasientstrømmer laboratorier og røntgen*.

⁶ Helseøkonomiforvaltningen.

⁷ Prøver på pasienter som sendes mellom foretak håndteres i ordinær mobilitet (ramme og ISF-finansiering).

predikerte kostnadsulempene i pasientbehandlingen knyttet til gjestepasienter i kostnadskomponenten, uavhengig av om de kommer som en følge av funksjonsfordeling eller av fritt sykehusvalg. Full kompensasjon forutsetter imidlertid at intern mobilitet baseres seg på en pris lik 100 % DRG-kostnad. Dette følger fordi de predikerte kostnadsindeksene er beregnet som en andel av DRG-kostnadene. For eksempel, dersom et helseforetak har en predikert kostnadsindeks på 1,1 og den nasjonale gjennomsnittskostnaden pr. DRG-poeng er 40 000 kr, betyr dette at helseforetaket skal kompenseres med 44 000 kr. pr DRG-poeng. Dersom prisen på gjestepasientoppjøret settes lavere enn full ISF-pris (som tilsvarer DRG-kostnaden), si for eksempelvis 90 %, vil ikke helseforetakene bli fullt ut kompensert for de predikerte kostnadsulempene. Dette følger fordi $(0,9 \cdot 40\,000) \cdot 1,1 = 39\,600 < 44\,000$.

I dagens modell er poliklinisk aktivitet ikke inkludert i mobilitetskomponenten. Når modellen ble etablert var poliklinisk aktivitet ikke finansiert gjennom ISF, men gjennom polikliniske takster. Siden en inkludering av denne aktiviteten medfører en prinsipp- endring i forhold til premisene som opprinnelig modell ble laget ut fra, har innfasing av denne aktiviteten vært utsatt til gjennomgang av modellen.

Prosjektgruppen finner ingen vektige argumenter for at deler av aktiviteten (poliklinisk aktivitet) skal holdes utenfor mobilitetskomponenten i revidert modell og er omforent om at poliklinisk aktivitet skal inkluderes. På samme måte som for inneliggende pasienter anbefaler prosjektgruppen at det er siste års tilgjengelige aktivitetsdata som legges til grunn for poliklinikkdelen av mobilitetskomponenten

Tabell 14 illustrerer størrelsen på mobilitetskomponenten knyttet til pasienter som omfattes av ISF-ordningen (DRG-poeng). Tabellen viser at nettopasientstrømmene går fra Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Helse Finnmark til UNN.

Tabell 14 Pasientstrømmer, DRG-poeng 2011.

Mobilitetskomponent, pasientstrømmer DRG-poeng 2011			
<i>HF</i>	<i>Ut internt</i>	<i>Inn Internt</i>	<i>Netto</i>
Helgeland	-6 529	133	-6 396
NLSH	-6 211	4 065	-2 146
UNN	-780	15 975	15 195
Finnmark	-6 832	179	-6 654
Sum	-20 352	20 352	0

4.2 Kjøp og salg av laboratorie- og røntgenprøver

Prosjektgruppen har diskutert modell for kjøp og salg av laboratorie- og røntgenprøver. Tall basert på uttrekk fra aktuelle datasystemer tyder på at omfanget av prøver som sendes mellom helseforetakene har økt siden 2008. Prosjektgruppen er også forelagt tall som viser at regnskapsførte laboratorieinntekter, eksklusiv prisjustering, for UNN HF

har økt med om lag 36 % fra 2008 til 2011. Prosjektgruppen er også informert om at tall fra DIPS og øvrige systemer (under kvalitetssikring) indikerer en aktivitetsøkning. Ut fra dette anbefaler prosjektgruppen at volum oppdateres, og at en i framtiden følger prinsippet om at sist års tilgjengelige aktivitetsdata legges til grunn også for denne delen av mobilitetskomponenten. Data for laboratorie- og røntgenaktivitet er fremdeles under kvalitetssikring og vil oppdateres. I simuleringene i kapittel 5 er det lagt til grunn beste estimat på økning (om lag 55 % vekst i betaling til UNN).

Når det gjelder prissettingen av prøver er prosjektgruppen omforent om at dagens betalingsmodell foreslås videreføres i modellen. Dette innebærer:

- Todelt prismodell videreføres.
- Forutsetning om at takstene dekker 40 % legges til grunn, samme som nasjonal finansiering. Ytterligere kostnadsberegninger anses å ligge utenfor prosjektets mandat.
- Prinsipp om at modellen tar utgangspunkt i 100 % betaling. I oppgjør mellom regionene ligger andre, eldre forutsetninger til grunn som medfører at det er rimeligere å bruke laboratorietilbudet internt i regionen sammenlignet med å sende det til offentlige sykehus utenfor regionen. Nivå for betaling i modell for Helse Nord RHF bør imidlertid på sikt også ses i lys av kostnader ved å bruke private tilbydere.

Det vises til at det pågår et eget arbeid med å se på effektiv bruk av laboratorietjenester som helseregionene fikk i oppdrag fra HOD våren 2012.

Tabell 15 viser estimerte tall for mobilitetskomponenten som gjelder laboratorie- og røntgenprøver.

Tabell 15. Mobilitetskomponent laboratorie- og røntgenvirksomhet, estimat

Lab/rtg (1000 kr)	Dagens modell	Estimat oppdatert volum
Helgeland	-19 789	-27 683
Nordland	3 997	1 000
UNN	36 260	56 385
Finnmark	-20 468	-29 702
Sum	0	-0

4.3 Korrigerer bruk av private tilbud finansiert av Helse Nord RHF

Helse Nord RHF inngår i dag avtaler med flere typer private tilbydere av somatiske helsetjenester. I 2013 omfatter dette både avtalespesialister (ca. 41 mill. kr), private rehabiliteringsinstitusjoner (ca. 181 mill. kr), private sykehus (ca. 12 mill. kr) og røntgenavtaler (ca. 20 mill. kr).

Data på bruk indikerer høyt forbruk for befolkningen som bor nært stedene disse tjenestene er lokalisert. Det korrigeres ikke for denne bruken i dagens inntektsmodell.

Årsaken til at Helse Nord RHF er avtalepart med private tilbydere, og ikke HF-ene, er for å se helhetlig på behandlingstilbudet og sikre at private blir et supplement til offentlige tilbud. Avtaler med private inngås i stor grad på områder det offentlige selv ikke klarer å dekke behovet. Slik får pasientene et best mulig tilbud. Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt at de regionale helseforetakene skal være avtalepartnere.

Prosjektgruppen har diskutert hvordan inntektsmodellen bør korrigeres for forbruk av privat tilbud. Det er prosjektgruppens syn at inntektsmodellen er basert på et prinsipp om å legge til rette for likeverdige tilbud, og at pengene skal følge pasientene. Pr. i dag er det et betydelig tilbud som finansieres direkte av Helse Nord RHF (om lag 260 mill. kr), og forbruket av disse private tilbudene avviker fra behovsfordelingen. Dette er ikke i samsvar med prinsippet om likeverdige tilbud. Prosjektgruppen foreslår derfor at det justeres for bruken av disse tjenestene i inntektsmodellen. Dette er i samsvar med øvrig etablert praksis hvor helseforetakene belastes for all annen bruk av tjenester hos andre (offentlige og private) tjenestetilbydere.

4.4 Mobilitetskomponenten oppsummert

Den neste tabellen viser omfanget av mobilitetskomponenten dersom prosjektgruppens forslag legges til grunn. Når det gjelder omfanget av laboratorie- og røntgen er det for UNNs del forutsatt 55 % vekst utover 2008-nivå, mens omfanget for Nordlandssykehuset er estimert. Dette er tall som blir oppdatert og endret når nye data er innhentet og kvalitetssikret.

Tabell 16. Mobilitetskomponenten oppsummert

Mobilitetskomponenten (1000 kr)	Aktivitet i helseforetakene		Private tilbud finansiert av Helse Nord RHF				SUM
	Pasientmobilitet mellom HF	Lab rtg mellom HF	Privat rehab	Avtalespesialister	Private sykehus	Privat røntgen	
Helgeland	-151 379	-27 683	13 917	397	1 127	3 254	-160 368
NLSH	-50 784	1 000	-10 541	-2 466	371	-2 905	-65 324
UNN	359 642	56 385	5 001	-77	-834	-3 447	416 670
Finnmark	-157 479	-29 702	-8 377	2 146	-663	3 097	-190 978
SUM	-	-	-	-	-	-	-0

5 Simulering av ny inntektsmodell

I dette kapitlet oppsummerer vi prosjektgruppens forslag til modell og viser gjennom simulering totaleffekten av forslagene, dersom denne modellen var benyttet til å fordele basisrammen i budsjett 2013. På områdene lab/røntgen, er ikke datagrunnlaget helt klart, men vårt beste estimat så langt er at betalingen til UNN for analyser av laboratorieprøver for pasienter fra de tre øvrige HF-ene skal økes med 55 %. Endelig

resultat for 2014 vil bli presentert som en del av rullering plan 2014-2017 i juni. Endelig fordeling vil påvirkes av:

- Oppdatert beregning av laboratorieanalyser
- Forskningsaktivitet i 2012
- Pasientmobilitet i 2012
- Befolkningsgrunnlag 0101 2013.

Oppdatering av modellen basert på ny kunnskap viser at:

- Ressursfordelingen i dagens modell er korrekt
- Rammen til Helse Finnmark blir tilnærmet uendret i forhold til dagens fordeling, selv om store skjønsmessige tildelinger til Finnmark tas ut og fordeles i modellen
- Endringene som følger av modellen er små, for tre foretak er endringene innenfor det en normal årlig oppdatering basert på kriteriene vil gi, med unntak for Helgeland som isolert sett skal styrkes om lag 7 %

Forutsetningene for simuleringen er:

- Behov
 - Følger prosjektgruppens forslag til behovsindeks, jf. tabell 3.
- Kostnadskomponent
 - Særskilte bevilgninger i kostnadskomponent som redegjort for i tabell 9.
 - Foreslått modell for utdanning/undervisning lagt inn med 121,7 mill. kr og fordeling jf. tabell 8.
 - Predikerte kostnadsindekser som redegjort for i tabell 5, og med omfang som redegjort for i avsnitt 3.2.
 - Overgangsordninger som redegjort for i tabell 10.
- Mobilitetskomponent (totalvirkning vist i tabell 14)
 - 100 % mobilitetsbetaling basert på siste års tilgjengelige aktivitets- og regnskapstall.
 - Poliklinikkaktivitet inkludert.
 - Beste estimat for lab./rtg.-betaling lagt inn. Betaling til UNN HF er økt med ca 55 % sammenlignet med dagens modell.
 - Korrigerer for bruk av private avtaler RHF jf. avsnitt 4.3.

Tabell 17 Forslag til inntektsfordeling

Inntektsfordeling somatikk (1000 kr)	Behovs-komponent, andel	Behovs-komponent	Kostnads-komponent	Regionale funksjoner	Mobilitets-komponent	Overgangs-ordninger	Total bevilgning revidert modell
Helse Finnmark	15,422 %	732 119	87 915	3 995	-190 978	16 818	649 869
UNN	38,793 %	1 841 634	306 425	187 398	416 670	12 225	2 764 352
NLSH	28,698 %	1 362 384	-	17 501	-65 324	19 636	1 334 196
Helgeland	17,088 %	811 227	8 420	4 782	-160 368	5 459	669 520
Helse Nord	1	4 747 364	402 760	213 676	-0	54 137	5 417 937

Tabell 18. Simulering hvor totaleffekt gitt ca. 55 % økning av lab./rtg. til UNN HF er vist

Inntektsfordeling somatikk (1000 kr)	Total bevilgning revidert modell	Fordeling i dag			Simulert endring
		Modell for somatikk	Særskilt funksjon	Sum dagens bevilgning	
Helse Finnmark	649 869	556 855	98 462	655 317	-5 448
UNN	2 764 352	2 592 485	201 069	2 793 554	-29 202
NLSH	1 334 196	1 299 293	44 385	1 343 678	-9 482
Helgeland	669 520	616 381	9 007	625 388	44 132
Helse Nord	5 417 937	5 065 015	352 923	5 417 938	-0

6 Vedlegg

Vedlegg 1 Notat beskrivelse av kostnadskomponent i øvrige regioner

Vedlegg 2 Notat om kostnadsanalyser for Helse Nord av Jon Magnussen

Vedlegg 3 Prosjektgruppens mandat

Kostnadskomponenten i de andre helseregionene

Fra: Oddvar Kaarbøe

Til: Helse Nord v/Jann-Georg Falch

25. oktober 2012

I dette notatet redegjøres det for hvordan de andre helseregionene (utenom Helse Nord) har bygd opp kostnadskomponenten i sine inntektsmodeller. Første presenteres Helse Midt-Norge RHF, deretter Helse Vest RHF før Helse Sør-Øst RHF sin modell blir presentert.

Siden kostnadskompensasjon kan gis både gjennom mobilitets- og kostnadskomponenten samt gjennom særskilt finansiering presenteres også disse delene av inntektsmodellene.

Helse Midt-Norge RHF (HMN)

Styret i HMN behandlet innføring av ny inntektsmodell i styresak 70/11 «Implementering av ny finansieringsmodell (Magnussen-modellen) for helseforetak i Helse Midt-Norge». Hovedprinsippene i modellen er at

1. inntektene fordeles etter HF-enes relative andel av samlet behov,
2. at det kompenseres for kostnadsulemper ved HF-ene gjennom en kostnadsindeks,
3. det korrigeres for interne gjestepasienter (100 % ISF-refusjon), og at
4. gjestepasientoppgjør i forhold til andre RHF er basert på 80 % ISF-refusjon.

I modellen opprettholdes særfinansiering av Pasienttransport, ambulanse, delfinansiering av rentekostnader for langsiktige lån, basisramme til rusbehandling, og kjøp av tjenester fra private tilbydere. Om lag 2 mrd. flyttes fra områder som tidligere har vært særfinansiert til nå og bli fordelt i modellen. Dette inkluderer blant annet «regionsykehustilskuddet» (338.7 mill. som i 2011 ble fordelt til St. Olav), avskrivningsmidler (797 mill. i 2011), inntekt til økte pensjonskostnader (563 mill. i 2011), samt 249 mill. kr. fordelt til diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter.¹

¹ Se tabell 16 og 17 i vedlegg 1 til sak 70/11 for spesifisering av særfinansiering som opprettholdes (tabell 17) og særfinansiering som legges inn i fordelingsmodell (tabell 16).

Hvorfor kostnadsindekser?²

Kostnadsindeksene skal ivareta eventuelle forskjeller i HF-enes grad av kostnadsulemper i pasientbehandlingen. Dette betyr i praksis at kostnadsindeksene skal inneholde en kompensasjon for forskjeller i enhetskostnad som HF-ene ikke kan påvirke selv.

Det er i hovedsak tre forhold som skaper kostnadsforskjeller i HF-ene:

- Forskjeller i strukturelle forhold (størrelse, beredskap, pasientsammensetning etc.),
- Forskjeller i grad av andre aktiviteter enn pasientbehandling (forskning, undervisning, pasientopplæring etc.),
- Forskjeller i effektivitet.

De to første punktene er forhold som HF-ene i liten grad kan påvirke selv, så de er det ønskelig å kompensere for. Forskjeller i effektivitet er det imidlertid ikke ønskelig å kompensere for. Formålet med å anvende en kostnadsindeks i inntektsfordelingen er derfor:

- Å ta høyde for de forholdene som HF-ene ikke kan kontrollere selv (forhold som defineres som kostnadsulemper),
- Ikke ta høyde for effektivitetsforskjeller.

Kostnadsindeksen skal altså ivareta forskjeller i graden av kostnadsulemper i forhold til enhetskostnadene og på denne måten representere de forventede enhetskostnadene (som legges til grunn i inntektsfordelingen) for HF-ene. Det er imidlertid en stor faglig utfordring å skille de to komponentene (beskrevet ved de to kulepunktene ovenfor) fra hverandre. For å bistå i dette arbeidet har SINTEF og Jon Magnussen blitt engasjert for å foreta analyser om kostnadsdrivere på et nasjonalt datamateriale over perioden 2005 til 2009.

Kostnadsanalysene

I analysene undersøkes betydningen av ulike kostnadsdrivere på driftskostnader per DRG-poeng. Analysene er kun utført for somatisk sektor. Her gjengis kort de viktigste resultatene fra kostnadsanalysene.

Målet for kostnadsanalysene har vært å identifisere hvilken effekt ulike kostnadsdrivere har på HF-enes enhetskostnader (kostnad per DRG-poeng). Aktivitetsmålet har vært antall DRG-poeng og kostnadsålet har vært brutto driftsutgifter. Langtidsliggedøgnene for pasienter med spesielt lang liggetid (langtidsliggere) er omregnet til DRG-poeng og inkludert i antall DRG-poeng ved HF-ene.

Ved å benytte regresjonsanalyse på nasjonale data over mulige kostnadsdrivere og brutto kostnader per DRG-poeng, kan det identifiseres hvilke kostnadsdrivere som har signifikant effekt på kostnader per DRG-poeng og hvor stor denne effekten er. De estimerte effektene fra de nasjonale analysene kan deretter benyttes for å beregne en forventet kostnad for HF-ene i Helse Midt-Norge. Forholdet

² Dette er i hovedsak tekst klippet inn fra styresak 70/11, s. 7-9.

mellom dette forventede nivået for et HF og det forventede nivået for hele datagrunnlaget samlet, betegnes som en kostnadsindeks, og indeksen fastsettes for hvert enkelt HF. Det bør samtidig understrekes at selv om noen av kostnadsdriverne får signifikante effekter på kostnader per DRG-poeng, behøver ikke dette bety at den gir forskjeller i forventet kostnad og dermed kostnadsindeks for HF-ene i HMN. Dersom en kostnadsdriver skal skape forskjeller i kostnadsindeksen må det i utgangspunktet være relative forskjeller i andelen kostnadsdriveren utgjør ved HF-ene.

Det ble gjort ulike spesifikasjoner av analysesammenhengene for om lag et titalls potensielle kostnadsdrivere. Resultatene viste signifikante effekter på kostnader per DRG-poeng for følgende kostnadsdrivere:

- Gjennomsnittlig reisetid fra kommunesentrum til sykehus. En økning i reisetid fører til økning i driftskostnader per DRG-poeng
- Forskning målt som antall forskningspoeng. En økning i forskningspoeng gir en økning i driftskostnader per DRG-poeng
- Andel langtidsliggedager målt som andel DRG-poeng langtidsliggedager i forhold til DRG-poeng samlet. Har en positiv effekt på driftskostnader per DRG-poeng.
- Andel kapitalkostnader av totale kostnader. En økning i andel kapital har en positiv effekt på driftskostnader per DRG-poeng
- Utdanning målt som summen av andelen assistent- og turnusleger av alle leger. En økning i andelen fører til en økning i kostnader per DRG-poeng

Av disse kostnadsdriverne er det reisetid, forskningspoeng og andel langtidsliggedager som har fordelingsmessige effekter av betydning for HF-ene i HMN. Det betyr at det er hovedsakelig nivået på disse tre kostnadsdriverne som har betydning for nivået på forventet kostnad per DRG-poeng og dermed også kostnadsindeksene som skal benyttes i modellen.

Tolkning av resultatene fra kostnadsanalysene

Saksframstillingen, og rapporten som dokumenterer analysene, inneholder en stor diskusjon om i hvilken grad de identifiserte kostnadsdriverne fanger opp ulempene de er ment å kompensere for eller ikke. Argumentasjonen er at dersom kostnadsdriverne fanger opp andre forhold en hva som er ment kompensert så skal den estimerte effekten reduseres i fastsettelsen av kostnadsindeksen. For eksempel dersom den estimerte effekten av forskningspoeng både fanger opp de generelle kostnadsulempene knyttet til forskning (ment kompensert for) og de direkte kostnadene til forskning (ikke ment kompensert for), så må kostnadsestimatet for forskning skaleres ned.

Saksframstillingen argumenterer for at de tre kostnadsdrivere som påvirker den relative fordelingen mellom HF-ene fanger opp andre forhold enn hva som er ment kompensert. I den endelige kostnadsindeksen er derfor disse faktorene vektet inn med 75 % (forskning og andel langtidsliggedager) og 50 % (reisetid). Argumentet for forskning er gjengitt overfor. Langtidsliggedager er skalert ned slik at total kompensasjon (inkludert den ekstra kompensasjonen som gis i ISF-ordningen) tilsvarer ca. 4 000 kr (pris som HOD bruker på utskrivningsklare pasienter i

Samhandlingsreformen). For reisetid er det gjort en skjønnsmessig nedskalering for å kompensere for at kommuner med sykehus får ingen reisetid, og at dette i særlig grad slår negativt ut for St. Olav HF hvor nesten 60 % av befolkningen bor i kommuner med sykehus.

Helse Vest RHF (HV)

Inntektsmodellen i HV ble behandlet i på styremøte i juni 2012, styresak 076/12 B. Oppbyggingen av modellen følger i stor grad modellen i HMN, dvs. med behovs- og kostnadskomponent, med gjestepasientfinansiering og med særskilt finansiering av prehospitale tjenester og pasientreiser. Modellen fordeler ca. 11,6 mrd. i 2013. Totalt sett fordeles 5,35 mrd. utenfor modellen. Dette inkluderer inntektsramme til HV (3,1 mrd.), pensjonskostnad (1,6 mrd.), styrking rusområdet samt overtaking av LAR (162 mill.) og tilskudd til utdanning (143 mill.).³

Gjestepasientoppjøret er todelt. Det er et abonnement inn mot Helse Bergen som betales med 100 % ISF-refusjon. Abonnementsvolum er basert på snittet av gjestepasientstrømmene inn mot Helse Bergen i årene 2007-2009. Volum utover dette, samt gjestepasientstrømmer mellom de andre helseforetakene, finansieres med 80 % av ISF-refusjon.

Kostnadsulemper ved HF-ene kompenseres gjennom en kostnadsindeks. Kostnadsanalysen som ligger til grunn er basert på nasjonale kostnadsdata fra 2006-2009. I analysene kommer følgende variable ut som signifikante: struktur⁴, forskning og langtidsliggedager.

Som i HMN er kostnadsestimatene i analysen vurdert vektet ned for å ta hensyn til at kostnadsdriverne kan fange opp andre forhold enn hva som er ment kompensert. Konkret er strukturelementet vektet inn med estimert verdi, mens forskning og langliggere er vektet ned: Forskning teller om lag 55 % av estimert effekt, mens langtidsliggedager teller om lag 37,5 % av estimert verdi.

Helse Sør-Øst RHF (HSØ)

Inntektsmodellen i HSØ ble behandlet på styremøte i april 2012, styresak 24-2012. Oppbygging av modellen følger oppbyggingen av kostnadskomponenten i Helse Nord (RHF). Dvs. at for hver at kostnadsdriverne som kompenseres beregnes en merkostnad. Denne merkostnaden multipliseres med antall enheter av kostnadsdriveren, eksempelvis antall forskningspoeng. Kostnadskomponentens størrelse er bestemt av summen av kompensasjon for hver kostnadsdriver.

Bortsett fra dette skiller ikke inntektsmodellen seg mye i oppbygging fra modellene i HMN og HV, dvs. at i tillegg til kostnadskomponenten inneholder den en behovskomponent, et gjestepasient-

³ Se tabell 6.2. i sak 7812 B Førebels inntektsfordeling.

⁴ Definert som antall sykehus med akuttberedskap innen et HF (normert mot aktiviteten).

oppgjør og særskilt finansiering som gis utenom modellen (beregnet til ca. 425 mill. i 2013). Til slutt må det påpekes at modellen fordeler inntekter til sykehusområder, og ikke direkte til HF.⁵

Når det gjelder gjestepasientordningen opereres det med et abonnement til Oslo Universitets-sykehus (OUS) HF. Dette abonnementet er satt til 40,5 DRG-poeng pr. 1000 innbyggere og prisen er 123 % av ISF-refusjon. Abonnementsvolum er satt ut fra en analyse av faktisk forbruk på OUS for HSØ-pasienter som bor langt vekk fra Oslo, da dette er pasienter som med stor sannsynlighet mottar spesialisert behandling. Prisen er satt ut fra en kostnad per pasient-analyse gjennomført på Rikshospitalet HF i 2009. Denne beregningen viser at kostnadene for pasienter som ikke kom fra Oslo eller Akershus fylker i gjennomsnitt var ca. 126 % i perioden 2007-2009. Det er i tillegg foretatt analyser av data fra kostnadsvektarbeidet fra 2010. Disse analysene indikerer at kostnadsnivået ved OUS ligger noe høyere enn ved de andre regionsykehusene i Norge. Prisen er derfor justert ned til 123 % av ISF-refusjon.

Det er også innført et abonnement inn til OUS knyttet til poliklinisk spesialisert behandling. Basert på samme metodikk som for inneliggende pasienter er volum satt til 2 DRG-poeng pr. 1000 innbyggere. Prisen er satt til 100 % ISF-refusjon. All annen pasientmobilitet betales med 80 % ISF-refusjon.

Kostnadskomponenten bygger på det analytiske arbeidet som ble gjennomført i forbindelse med inntektsarbeidet 2009. Arbeidet indikerte at kostnadskrevende pasienter (målt ved langtidsliggedager), forskning, undervisning, andel ikke-vestlige innvandrere samt forhold ved sykehusstrukturen påvirket kostnadene ved sykehusene. Dette er forhold som er ment kompensert gjennom kostnadskomponenten. Kostnadskrevende pasienter kan imidlertid også kompenseres gjennom mobilitetskomponenten dersom en differensierer prisen på gjestepasienter. HSØ har valgt å kompensere kostnadskrevende pasienter på denne måten.

For alle delkomponentene, utenom undervisning, legges kostnadsestimatet som analysene gir til grunn for størrelsen av kompensasjonen. Argumentet er at kostnadsestimatet er den beste indikasjonen analysene gir på hva kostnadsulempen er. Siden kostnadsanalysene er basert på data fra årene 2005-07, prisjusteres kostnadsestimatene. For undervisning er kompensasjonen basert på en mikrokostnadsanalyse av kostnader fra alle sykehusene i Helse Midt-Norge. Resultatet fra analysen er usikre, men gir en viss støtte til at sykehusenes kostnader øker med antall assistentleger. Analysen konkluderer med at merkostnadene primært er knyttet til de første to årene i spesialiseringen.

På grunnlag av diskusjoner i inntektsmodellprosjektet er det valgt å sette kostnadskompensasjonen for turnusleger til 200 000 kr per år (2007). Siden en ikke kan skille mellom tidlige og sene år i spesialiseringen settes kostnadskompensasjonen for alle leger i spesialisering kr. 100 000 per år (2007). Argumentet for å sette kompensasjonen for leger i spesialisering lavere enn for turnusleger er at leger i spesialisering i høyere grad bidrar til å utløse aktivitetsbaserte inntekter.

Når det gjelder ikke-vestlige innvandrere er disse definert som innvandrere fra Afrika, Asia inkl. Tyrkia og Mellom- og Sør-Amerika, samt deres etterkommere. Struktur er definert som lange reiseavstander internt i sykehusområdene.⁶

⁵ Et sykehusområde består av flere HF og eller private ideelle sykehus.

Når det gjelder undervisning har HSØ synliggjort finansieringen av medisinerstudenter og høyskolestudenter. Siden denne typen aktivitet tidligere har vært kompensert i forskningskomponenten reduseres forskningskomponenten tilsvarende den kompensasjon som gis til disse typer utdanning.⁷

Medisinerstudenter: Kompensasjon for undervisning av medisinerstudenter er fra og med inntektsmodellen for 2013, hensyntatt med en egen kostnadskomponent, slik at kostnadskomponenten for forskning ble redusert tilsvarende.

Undervisning av medisinerstudenter skjer i hovedsak på to måter i helseforetakene. Ved OUS og AHUS skjer det undervisning i form av forelesninger, klinisk undervisning, kliniske smågrupper, kurs (for eksempel ved laboratorier), seminarer og problembasert læring.

Ved områdesykehusene skjer det såkalt praksisundervisning for studenter i 10. semester. UiO har samarbeidsavtale om praksisundervisning med alle helseforetak i Helse Sør-Øst som inngår i inntektsmodellen.

For å beregne hvor store inntekter som skal fordeles på bakgrunn av medisinerundervisningen, har det blitt gått gjennom antall årsverk som er finansieres av helseforetakene og knyttes direkte opp til undervisningsaktiviteten. Til dette legges et påslag for «plunder og heft» knyttet til pasientbehandlingen. Totalt har dette gitt at det pr 2013 fordeles om lag 18 millioner kroner som kostnadskompensasjon knyttet til undervisning av medisinerstudenter. Av dette er 92 % knyttet til universitetssykehusene og 8 % til områdesykehusene.

Fordelingsmodell. Uttrekket som gjøres fra forskningskomponenten fordeles mellom sykehusområde relativt deres andel av undervisningsbelastningen. På grunnlag av opplysninger fra Det medisinske fakultet ved UiO er det anslått undervisningsbelastning ved områdesykehusene til 100 timer per uke, dvs 600 timer per sykehus per år, inklusive plunder og heft. Det er videre anslått totalt 97.000 undervisningstimer i Oslo sykehusområde og 14.600 undervisningstimer for Akershus. Antall timer for universitetssykehusene omfatter også undervisningstimer av internt UiO-ansatte. Undervisningstimene som er anslått for universitetssykehusene er derfor ikke sammenlignbare i forhold til hva som finansieres av helseforetakene ved områdesykehusene. De to gruppene sykehus vurderes derfor separat når ressursene fordeles. For begge gruppene sykehus fordeles uttrekket etter den relative undervisningsbelastningen.

Høgskoleutdanninger: Kompensasjon for undervisningsbelastning knyttet til praksisundervisning av høyskolestudenter (bachelor-studenter) er fra og med inntektsmodellen for 2013, hensyntatt med en egen kostnadskomponent.

Beregning av kompensasjon. Det finnes ikke data om omfanget på kostnadene ved praksisukene. Denne er derfor fastsatt skjønnsmessig. I inntektsmodellen for 2013 er lagt til grunn en kompensasjon tilsvarende halvparten av den som er trukket ut for medisinerutdanning, noe som gir 9

⁶ Reiseavstander på mer enn 107 km til nærmeste (fullverdige) sykehus.

⁷ Forskning og medisinerutdanning er så sterkt korrelerte slik at en ikke kan estimere disse to aktivitetene hver for seg.

millioner kroner til fordeling. Begrunnelsen for å sette kompensasjonen lavere enn for medisinstudenter er at det ikke skjer ordinær undervisning i sykehusene i f t høgskoleutdanningene.

Fordelingsmodell: Fordeling av kompensasjonen gjøres på bakgrunn av oversikt fra helseforetakene over antall praksisuker for 5 ulike kategorier bachelor-studenter: Sykepleiere, Fysioterapeuter, Ergoterapeuter, Radiografer og Bioingeniører. En oversikt hentet inn for perioden 2009 – 2011 viser en del variasjon i undervisningsbelastningen. Dette har to hovedforklaringer. 1) Det ble fra 1.1.2011 overført store opptaksområder og tilhørende aktivitet mellom Oslo og Akershus. Dette endret størrelsesforholdet mellom disse helseforetakene og dermed også muligheten til å ta i mot studenter. 2) Det har i perioden vært jobbet med et standardisert system for registrering og administrering av praksisundervisningen. Dette er kommet på plass fra 2011 og det antas at tallene fra 2011 representerer en lik praksis hva gjelder registrering og opptelling. I fordelingen av kompensasjon er det foreløpig lagt 2011-tallene til grunn, men i tråd med hva som benyttes i andre komponenter i modellen, vil dette legges opp som et gjennomsnitt av sist 2 eller 3 år.

Konklusjon

Gjennomgangen av de tre andre helseregionenes kostnadskomponenter viser at struktur og oppbygning ligner hverandre.

Alle modellene tar utgangspunkt i analyser som undersøker hvilke effekter ulike kostnadsdrivere har på HF-enes enhetskostnader (kostnader per DRG-poeng).

Selv om analysene og hvilke år datagrunnlaget er hentet fra varierer noe identifiserer analysene stort sett de samme kostnadsdriverne:

- Forskning (målt som forskningspoeng),
- Utdanning (målt som andel turnus- og assistentleger),
- Kostnadskrevende pasienter (målt som andel langtidsliggedager),
- Struktur (målt enten som reisetid eller antall akuttisyrkehus innen et HF),
- Ikke-vestlig innvandring (HSØ).

Finansieringen av kostnadskrevende pasienter gjøres både gjennom kostnads- og mobilitetskomponentene. I mobilitetskomponentene gjennom at det settes et abonnementsvolum inn mot regionsykehuset i helseregionen.

Medisinstudenter er synliggjort som egen kostnadsdriver i HSØ. Finansieringen av medisinstudenter er tatt fra kostnadskomponenten slik at synliggjøringen ikke medfører ekstra finansiering. HV har en særskilt finansiering av medisinstudenter som gis utenom modellen. Kostnadskomponenten i HV inneholder ikke finansiering knyttet til utdanning. I HMN inngår finansiering av medisinstudenter i kostnadskomponenten. HMN avvikler særskilt finansiering av medisinstudenter i 2013.

Referanser

HMN:

Saksframstilling sak 70/11

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2070-11%20Implementering%20av%20ny%20finansieringsmodell%20%28Magnussen-modellen%29%20for%20helseforetak%20i%20Helse%20Midt-Norge.pdf>

Vedlegg 1, sak 70/11 (Dokumentasjon av modellen)

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2070-11%20vedlegg%201%20Finansieringsmodell%20HMN.pdf>

HV:

Saksframstilling sak 76/12 B

<http://www.helse-vest.no/omoss/styret/Documents/2012/2012-06-22/Sak%2007612%20B%20Inntektsmodell%20i%20Helse%20Vest%20-%20gjeldande%20fr%202013.pdf>

Sak 78/12 B Førebels inntektsfordeling

<http://www.helse-vest.no/omoss/styret/Documents/2012/2012-06-22/Sak%2007812%20B%20Frebels%20inntektsfordeling%202013%20og%20resultatkrav%202013.pdf>

HSØ:

Saksframstilling skal 24-2012

<http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2012/19.%20april/024-2012%20Saksframlegg%20-%20Oppdat%20og%20videreutv%20av%20inntektsmodellen.pdf>

Kostnadsanalyser for Helse Nord

Jon Magnussen 2012-11-18

1. Innledning

Formålet med dette notatet er å vise hvordan en analyse av forholdet mellom kostnad pr DRG-poeng og et utvalg kostnadsdrivere kan benyttes til å beregne en forventet kostnadsindeks for helseforetakene i Helse Nord. Analysene er identiske med de som er benyttet i beregning av kostnadsindekser som benyttes i dagens inntektsfordelingsmodell for Helse Vest.

2. Beregning av "forventet" kostnadsnivå

Størrelsen og fordeling av kostnadskomponenten bestemmes av det relative kostnadsforholdet mellom de fire helseforetakene. Anta for enkelhets skyld at vi har to helseforetak, begge med et aktivitetsnivå på 100, og hvor gjennomsnittlig kostnadsnivå er lik 1. "HF A" er rimeligst, med et kostnadsnivå på 0,95 og "HF B" dyrest med et kostnadsnivå på 1,05. Det betyr at 5 % av det samlede budsjettet fordeles etter kostnadskomponent; altså $(1-0,95) * 200 = 10$. Hvis vi antar at behovet er likt i de to HFene vil vi da få:

Behov: HF A = $100 * 0,95 = 95$
 HF B = $100, 0,95 = 95$

Kostnader: HF A = $100 * (0,95-0,95) = 0$
 HF B = $100 * (1,05-0,95) = 10$

Merk at vi i en situasjon med gjestepasienter fremdeles kan bruke samme tankegang. Fordelingen av kostnadskomponenten vil være basert på fordeling av aktivitet, slik at helseforetakene får en kostnadskompensasjon også for gjestepasientaktiviteten.

Beregningen av kostnadsindeksen tar utgangspunkt i en statistisk analyse av sammenhengen mellom observerte kostnader pr DRG-poeng og nivået på et sett "kostnadsdrivere". Det er utfordringer både i forhold til hvordan vi skal beregne DRG-poeng, hvilke kostnadsdrivere som skal inkluderes, hvordan resultatene skal tolkes og eventuelt justeres.

Beregning av DRG-poeng:

I beregning av denne er det to forhold som må bestemmes. For det første hvorvidt man skal benytte en modell hvor man "legger på" poliklinisk aktivitet, eller en modell hvor man "trekker fra" polikliniske kostnader. I analysene som er gjort i Helse Vest er aktiviteten summe av følgende tre typer aktivitet:

- Dag og døgn: DRG-poeng
- Langtidsliggedager: Liggedøgn ut over trimpunktet er tilordnet en DRG-vekt på 0,09
- Poliklinisk aktivitet: Først å beregnes gjennomsnittlig kostnad pr poliklinisk konsultasjon (under forutsetning av at refusjoner = ½ kostnad). Deretter benyttes denne til å anslå gjennomsnittlig antall DRG-poeng knyttet til en poliklinisk konsultasjon. For å ta hensyn til at pasientsammensetningen vil variere mellom poliklinikkene er gjennomsnittlig antall DRG-poeng vektet med en indeks for pasientsammensetning på poliklinikken¹.

Kostnadsdrivere:

Det neste spørsmålet er hvilke kostnadsdrivere som skal inngå i analysen. I Helse Vest har man benyttet samme tilnærming til inntektsfordelingsmodellen helt fra 2002. De kostnadsdriverne som benyttes tar utgangspunkt i tidligere års analyser, analyser gjennomført i ande RHF og den nasjonale modellen benyttet i NOU 2008:2. Dersom man ser nærmere på de ulike regionale modellene vil man se utvalget av kostnadsdrivere det kompenseres for er noe forskjellig. Dels vil dette reflektere at det kan være lokale forhold man er særlig opptatt av å kompensere for, dels at ikke alle forhold som påvirker kostnadsnivå påvirker den relative fordelingen mellom helseforetakene. I analysene i Helse Vest inngår:

a) Utdanning

Utdanning måles som *andel turnuskandidater+assistentleger* i forhold til antall leger totalt. Det er også benyttet varianter hvor turnuskandidater tillegges dobbelt vekt ift assistentleger.

b) Struktur

Struktur måles som *reisetid* til nærmeste akuttisykehus fra kommunesentrum og som *antall akuttisykehus pr HF pr 10000 DRG-poeng*.

c) Forskning

Forskningsaktiviteten måles som *forskningspoeng pr 1000 DRG poeng*.

d) Case-mix

Case-mix er vanskeligere å måle når vi inkluderer langtidsliggedager og poliklinisk aktivitet i aktivitetsmålet vårt. Vi tilnærmer case-mix gjennom to variable; *andel DRG-poeng fra langtidsliggedager, andel DRG-poeng fra poliklinikk*.

e) Kapital

Andelen av samlede kostnader som er knyttet til kapital.

¹ Beregnet som forholdet mellom gjennomsnittlig refusjon pr konsultasjon for helseforetaket og gjennomsnittlig refusjon pr konsultasjon for hele landet.

3. Resultater

a) Utdanning

Vi finner en positiv sammenheng mellom andel turnuskandidater og kostnadsnivå. Andelen assistentleger påvirker ikke kostnadsnivået i våre analyser, og heller ikke en kombinasjon av turnuskandidater og assistentleger gir signifikante utslag. Til en viss grad avhenger imidlertid dette av hvilke andre variable som inkluderes, for eksempel størrelse, og hvorvidt man vekter eller ikke vekter turnuskandidater. Kriteriet er ustabil i analysene, og det kompenseres ikke for dette i modellen.

b) Struktur

Vi finner en positiv sammenheng mellom reisetid og kostnadsnivå, og også en positiv sammenheng mellom antall akuttstusykehus pr DRG-poeng og kostnadsnivå. Dersom størrelse ikke inngår i modellen blir effekten av antall akuttstusykehus mindre, men den er fremdeles statistisk signifikant.

c) Forskning

Vi finner en positiv sammenheng mellom forskningsaktivitet og kostnadsnivå.

d) Case-mix

Vi finner ingen sammenheng mellom andel poliklinisk aktivitet og kostnadsnivå, men en positiv sammenheng mellom andel DRG-poeng for langtidsliggedøgn og kostnadsnivå.

Regresjonsanalysene danner utgangspunkt for beregning av forventet kostnadsnivå i helseforetakene. Det er imidlertid utfordringer knyttet til både tolkning av resultatene og av hvordan man evt. skal justere resultatene fra den statistiske analysen. Vi gjengir her de vurderingene som arbeidsgruppa som utarbeidet modell i Helse Vest gjorde:

"Prosjektgruppen har vurdert resultatene fra de oppdaterte analysene både i forhold til hvorvidt disse gir ny informasjon, de valg som er gjort i andre helseforetak og i ut fra kunnskap om driftsforholdene ved egne helseforetak. Gruppen konkluderer som følger:

- *Struktur vurderes å være en vesentlig kostnadsdriver. I analysene fanges denne i hovedsak opp av kostnadsdriverne reisetid til sykehus og antall akuttstusykehus pr helseforetak (normert). (...)Prosjektgruppen (...)anbefaler at (disse kriteriene)(...) teller fullt ut i beregning av forventet kostnad.*
- *Utdanning måles i analysene som andelen legeårsverk som utføres av turnus- og assistentleger og inngår i dagens modell med samme effekt som fra analysene. I de oppdaterte analysene er den ustabil, og i den valgte modellspeifiseringen ikke signifikant. Den har heller ikke vesentlige fordelingseffekter mellom de fire helseforetakene. Prosjektgruppen anbefaler derfor at denne variabelen ikke inngår i beregning av forventet kostnadsnivå.*
- *Forskning vurderes å være en vesentlig kostnadsdriver. Den antas både å fange opp helseforetakenes direkte kostnader knyttet til forskning, merkostnadene i pasientbehandling knyttet til forskning, og generelle kostnader knyttet til å drive regionale funksjoner. Det siste elementet begrunnes i en sterk korrelasjon mellom*

nivået på forskning og ulike mål på størrelse. I dagens modell er effekten av forskningsvariabelen halvert i forhold til de empiriske analysene; begrunnelsen er dels at det ikke skal kompenseres for direkte forskningskostnader, dels at størrelsen på effekten antas å være følsom for endringer i noen få forskningstunge helseforetak. Det foreligger nå anslag over direkte forskningskostnader fra NIFU-Step. Disse er usikre, men er allikevel benyttet til å beregne helseforetakenes kostnader eksklusive direkte forskningskostnader. I dette tilfellet halveres effekten av forskning som kostnadsdriver. På denne bakgrunn finner ikke prosjektgruppen at det er grunnlag for å gjøre andre vurderinger knyttet til effekten av forskning, enn de som ligger til grunn for dagens modell.

- *Langtidsliggedager vurderes å være en indikator på pasientsammensetning. Høy andel langtidsliggedager kan indikere at man også har en høy andel pasienter i den mest ressurskrevende av en DRG. I dagens modell er effekten halvert i forhold til sin empiriske verdi. Dette er begrunnet i at den empiriske sammenhengen mellom andel langtidspasienter og kostnadsnivå kan være "kunstig". Langtidsliggedøgnene regnes i dag som tilsvarende 0,09 DRG poeng. Dette er lavere enn hva som for eksempel brukes i oppgjør ifm samhandlingsreformen. Dersom man på denne måte undervurderer det relative ressursbehovet for et langtidsliggedøgn betyr dette at helseforetak med mange langtidsliggedøgn får regnet en for liten DRG-aktivitet og dermed et for høyt nivå på kostnad pr DRG poeng. I dagens modell satte man dermed effekten skjønnsmessig til 50 %. Ved gjennomgang av de oppdaterte analysene er prosjektgruppen usikker på om denne variabelen faktisk fanger opp kostnadsulempen ved en tyngre pasientsammensetning. Usikkerheten forsterkes av at sammenslåing av behandlingseenheter i Helse Stavanger ifra og med 2008 gjør at dette helseforetaket får en betydelig høyere andel langtidsliggedager fra og med dette året, uten at dette kan relateres til kostnads- og driftsforhold.*

Prosjektgruppen har diskutert ulike alternativer for å håndtere usikkerheten rundt sammenhengene mellom forskningsaktivitet og kostnadsnivå og andel langtidsliggedager og kostnadsnivå. For prosjektgruppen har det vært viktig å nå fram til en kostnadsindeks som man mener reflekterer reelle forskjeller i kostnadene knyttet til å drive pasientbehandling. To alternativer har vært særlig diskutert: Enten å konkludere med at det ikke foreligger ny informasjon som tilsier at dagens vurdering videreføres; med andre ord at både forskning og langtidsliggedager teller med 50 %. Eller å ta hensyn til den økte usikkerheten knyttet til andel langtidsliggedager ved å halvere denne til 25 %. Siden noe av motivasjonen for å ha denne med som en kostnadsdriver var knyttet til forholdet mellom andel langtidsliggedager og andel særlig ressurskrevende pasienter ("case-mix") vurderte man å øke vektleggingen av forskning, som antas å fange opp noe av det samme. Man vurderte derfor også en variant hvor forskning teller 60% og andel langtidsliggedager 25 %.

Det er vesentlig å ha med seg at de enkelte kostnadsdriverne ventelig fanger opp underliggende forhold som er sterkt assosiert med kostnadsdriveren. "Forskning" vil for eksempel ikke bare fange opp merkostnadene i pasientbehandling knyttet til forskningsaktivitet, men også forhold som størrelse, universitetssykehusfunksjoner, pasientsammensetning og lignende. Til en viss grad vil kostnadsdriverne også være korrelert og dermed kunne fange opp de samme bakenforliggende forholdene.

Prosjektgruppen konstaterer at de to tilnærmingene gir svært små forskjeller i kostnadsindeks. Den velger derfor en pragmatisk tilnærming og bestemmer en kostnadsindeks som et resultat av gjennomsnittet av en tilnærming hvor forskning og andel langtidsliggedager teller 50 %, og en tilnærming hvor forskning teller 60 % og andel langtidsliggedager teller 25 %. I dette ligger en erkjennelse av at fastsettelse av en "objektivt riktig" kostnadsindeks ikke er mulig."

Også Helse Midt Norge har en modell som bygger på de samme prinsipper som Helse Vest. Det er imidlertid en viss forskjell både ift hvilke kriterier som inngår i beregning av kostnadsindeksen, og deres vektlegging. I tillegg er det verdt å merke seg at man i Helse Midt Norge ikke kompenserer for merkostnader for gjestepasientdelen av helseforetakenes aktivitet.

4. Implikasjoner for Helse Nord

I det vedlagte regnearket er vist størrelsene for de enkelte kostnadsdriverne for de fire helseforetakene i Helse Nord. Datagrunnlaget er fra 2006-2009. Som "default" er det lagt inn en beregnet kostnadsindeks for helseforetakene i Helse Nord som er basert på en modell hvor struktur (reisetid og akuttisykehus) teller 100 %, utdanning teller 0, mens forskning og andel langtidsliggedager teller 50 %. Dette er dermed en modell som er "nær" Helse Vest. Før man evt. går videre med dette i Helse Nord er det viktig å ta følgende i betraktning:

- Det forventede kostnadsnivået styres av størrelsen på kostnadsdriverne. Det betyr særlig at de to kostnadsdriverne som representerer struktur har stor betydning. Helse Finnmark har en gjennomsnittlig reisetid som ligger svært høyt over landsgjennomsnittet og får dermed godt kompensert for dette. Vi har i modellene registrert 2 akuttisykehus i Helse Finnmark, 3 ved UNN, 3 ved Nordlandssykehuset og 3 ved Helgelandssykehuset.
- I den nasjonale modellen er benyttet en tilnærming det er lagt 45 % vekt på reisetid og 55 % på historiske kostnader. I de regionale modellene benyttes ikke historiske kostnader, man har isteden valgt å justere vekten for enkelte av de andre kostnadsdriverne.
- De regionale modellene reflekterer også lokale driftsforhold, og lokale utfordringer. Eksempelvis legges i det i Helse Vest et ekstra strukturtilskudd "utenfor modellen" for å ivareta særlige forhold i Helse Førde og Helse Fonna. I Helse Midt Norge gis det i 2013 et særlig omstillingstilskudd til Helse Møre og Romsdal, og som vi har vært inne på gis det heller ikke her kompensasjon for merkostnader for gjestepasienter. I Helse Sør Øst er det gjort en del lokale tilpasninger som særlig ivaretar hensynet til OUS.

Forklaring til regnearket:

"Predikert" kostnad – er den kostnaden som helseforetaket ville hatt dersom vi justerer for nivået på de enkelte kostnadsdriverne.

"Faktisk" kostnad er kostnad pr DRG-poeng, slik disse er beregnet jfr beskrivelsen over. Denne vil ikke nødvendigvis samsvare fullt ut med for eksempel kostnadene fra SAMDATA.

Mandat for arbeid med oppdatering og revisjon av inntektsfordeling i Helse Nord

Bakgrunn

Helse Nord innførte i 2008 inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet, og våren 2011 ble inntektsfordelingen til TSB og psykiatri gjennomgått og det ble utarbeidet ny modell. Ressurser til øvrige formål fordeles ikke ut fra objektive kriterier, men ulike andre fordelingsnøkler, for eksempel historiske kostnader.

Modellene har nå blitt brukt over flere år og det er ønske om en evaluering og revisjon av modellene. Dette er et langsiktig arbeid som må gjennomføres i ulike faser.

Inntektsfordelingen mellom helseforetak og formål for budsjett 2012 følger av tabellen:

Basisramme 2012

Sum av Beløp	Helseforetak					Totalt	Prosjektplan
Formål	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF		
Ambulanse	142 114	245 311	177 361	110 259	301 615	976 660	Fase 3
Pasientreiser	209 715	172 966	206 110	119 220	27 540	735 551	Fase 3
Psykisk helse	258 862	741 908	674 024	160 052	85 934	1 920 780	Fase 2
TSB (rus)	28 369	149 391	50 122	25 028	0	252 910	Fase 2
Kapital	69 530	253 778	165 096	61 070	267 060	816 534	Fase 1
Særskilt funksjon	85 305	199 609	25 613	5 110		315 638	Fase 1
Somatikk	519 777	2 425 999	1 232 156	575 726	561 379	5 315 037	Fase 1
Felleskostnader/administrasjon					84 031	84 031	
Totalt	1 313 672	4 188 962	2 530 482	1 056 465	1 327 559	10 417 141	

Inntektsmodellen for somatisk virksomhet har siden 2008 vært oppdatert årlig med nye kriterieverdier, samt at det er foretatt mindre utvidelser og justeringer av modellen, for eksempel innlemming av oppgjør for laboratorieprøver sendt mellom helseforetakene, og innfasing av ulike forhold fra særskilt finansiering.

Arbeidet fremover gjennomføres i faser slik:

Fase 1. Evaluering og revisjon av modell for somatikk, herunder ramme til somatikk, særskilt funksjon og kapital.

Fase 2. Evaluere og oppdatere inntektsmodell psykiatri/TSB

Fase 3. Utrede inntektsmodell prehospitale tjenester og pasienttransport

Fase 4. Gjennomgang av totalmodellen, med sikte på forenkling.

Formålet med etablering av inntektsfordelingsmodellen for somatisk virksomhet var blant annet å:

- fordele inntekter mellom helseforetakene på en måte som samsvarer best mulig med de oppgaver som skal ivaretas, slik at det legges til rette for et likeverdig tilbud til befolkningen i Nord-Norge.
- Stimulere til effektiv ressursbruk og kontinuerlig forbedringsarbeid i foretaksgruppen samlet.
- Støtte opp under intern samhandling og utnyttelse av den samlede kapasitet og kompetanse i foretaksgruppen.

Formålet med evaluering og revisjon av inntektsmodellene er:

- Evaluering av dagens modeller med hensyn til formål, jf ovenfor
- Evaluere dagens modell i forhold til tilsvarende modeller, Helse Vest, Helse Sør-Øst og Magnussen modellen.
- Videreutvikling av modellene spesielt med tanke på
 - Forankring av modellforståelse og sørge- for perspektiv i foretaksgruppen
 - Forenkling av modellene
 - Å lage forutsigbar modeller
 - Vurdere insentiver i modellene med tanke på å stimulere til for eksempel bedre kvalitet, pasientsikkerhet, samhandling, effektivitet og evt. andre mål.

Krav til prosess og øvrige premisser for arbeidet

I arbeidet skal det legges stor vekt på forankring av prosesser og utvikling av en best mulig felles forståelse for modellenes formål. Deretter felles forståelse av modellenes elementer, logikk og virkemåte. Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte vedtatte strategier og helsepolitiske mål for Helse Nord.

Spesielt skal modellene understøtte målet om likeverdige helsetjenester og samtidig sikre at vedtatte funksjonsfordelinger følges opp. Samtidig bør modellene gi insitamenter til best mulig samhandling og utnyttelse av ressurser i foretaksgruppen samlet.

Arbeidet med somatisk virksomhet i fase 1 skal ta utgangspunkt i etablert modell med behovskomponent, kostnadskomponent og mobilitetskomponent og vurdere innhold, funksjon og virkemåte i den enkelte komponent og i den samlede modell. Kriteriene i den objektive fordelingsmodellen skal være basert på offentlig tilgjengelig statistikk, slik at modellen i størst mulig grad er etterprøvbart. For å sikre forutsigbarhet over tid bør de indikatorene som velges kunne benyttes over flere år, og kunne oppdateres årlig, med endringer i kriterieverdiene.

Organisering

Arbeidet skal organiseres i en prosjektgruppe bestående av deltakere fra de enkelte HF og administrasjonen i Helse Nord RHF. Det opprettes en styringsgruppe som ledes av Hilde Rolandsen i Helse Nord RHF, hvor helseforetakene, RHF, konserntillitsvalgte og representant for brukerorganisasjonene deltar.

I tillegg kan det etableres mindre arbeidsgrupper som utreder avgrensede problemstillinger, eks. laboratorieoppgjør.

Arbeidet i fase 1 (gjennomgang av somatikk, særskilt funksjon og kapital) gjennomføres i to deler;

Del 1

Forankring av modellforståelse

Oppdatering av kriterieverdier i dagens modell
Gjennomgå innfasing fra særskilt funksjon
Vurdere laboratorieoppgjør
Gjennomgå kapitalkompensasjon

Del 2

Evaluere modellen gjennom simulering av behovskomponent fra Magnussen-modell og sammenligning med HV og HSØ sine modeller
Utrede ulike insentiver i modellen; kvalitet, effektivitet med mer.
Vurdere forenklinger i inntektsfordelingen
Vurdere innhold/sammensetning i modellens komponenter

Prosjektdeltakerne har et særlig ansvar for å fremlegge kostnads- og aktivitetsdata fra sine helseforetak til bruk i analysene. Deltakere i prosjekt og styringsgruppa har videre et særlig ansvar for å bringe helhetlig informasjon om arbeidet tilbake til egne helseforetak. Arbeidsformen vil variere mellom fysiske arbeidsmøter, utvidede arbeidsseminarer, redegjørelser for foretaksdirektørene og telefonmøter.

Prosjektgruppen rapporterer til styringsgruppen. Prosjekteier er administrerende direktør i Helse Nord RHF.

Fase 1, del 1 av arbeidet skal være ferdig revidert innen 30. mai 2012, slik at det kan danne grunnlag for styrebehandling og fastsetting av rammer 2013 i juni 2012.

Fase 1, del 2 av arbeidet skal være ferdig 15. januar 2013.

Tentative datoer for ferdigstilling av øvrige faser:

Fase 2. Evaluere og oppdatere inntektsmodell psykiatri/TSB juni 2013

Fase 3. Utrede inntektsmodell prehospitaltjenester og pasienttransport vår 2014

Fase 4. Gjennomgang av totalmodellen, med sikte på forenkling. Juni 2015

Hvis det er praktisk mulig fremskyndes fase 3 og 4.