



HØRINGSSVAR – FORSLAG TIL REVIDERT INNTEKTSMODELL FOR SOMATIKK

1.0 Innledning

Vi viser til brev datert 27.06.2018 hvor forslag til revidert inntektsmodell for somatikk er sendt ut på høring til foretakene med høringsfrist 31.10.2018.

Helse Nord RHF ber i sin høringsinvitasjon om tilbakemelding på følgende forhold:

- En vurdering av om modellen støtter opp om:
 - Likeverdig tilbud til pasientene i Helse Nord
 - Samhandling mellom foretak
 - Effektiv ressursbruk
 - Gjeldende funksjonsfordeling og tilbud så nært pasientens bosted som mulig
 - Pasienttilbud av god kvalitet
- Innfasing av modellen
- Bruk av rullerende flerårige gjennomsnitt ved oppdatering av pasientmobilitet og kriterieverdier i modellen
- Andre forhold i modellen som ønskes belyst av helseforetaket

Helse Nord inviterte også foretakene i januar 2017 til å komme med innspill til utvikling av ny inntektsmodell. Helgelandssykehuset sitt innspill til dette arbeidet gikk hovedsakelig på kostnadskomponenten; korreksjon av feil i reisetid, redusert vektlegging av forskningsaktivitet og redusert betydning i modellen av langliggere. I tillegg størrelsen på mobilitetsbetaling og fordeling av midler til utdanningsaktivitet. Vår høringsuttalelse inneholder mange av de samme momentene/tidligere innspillene.

2.0 Kostnadskomponent

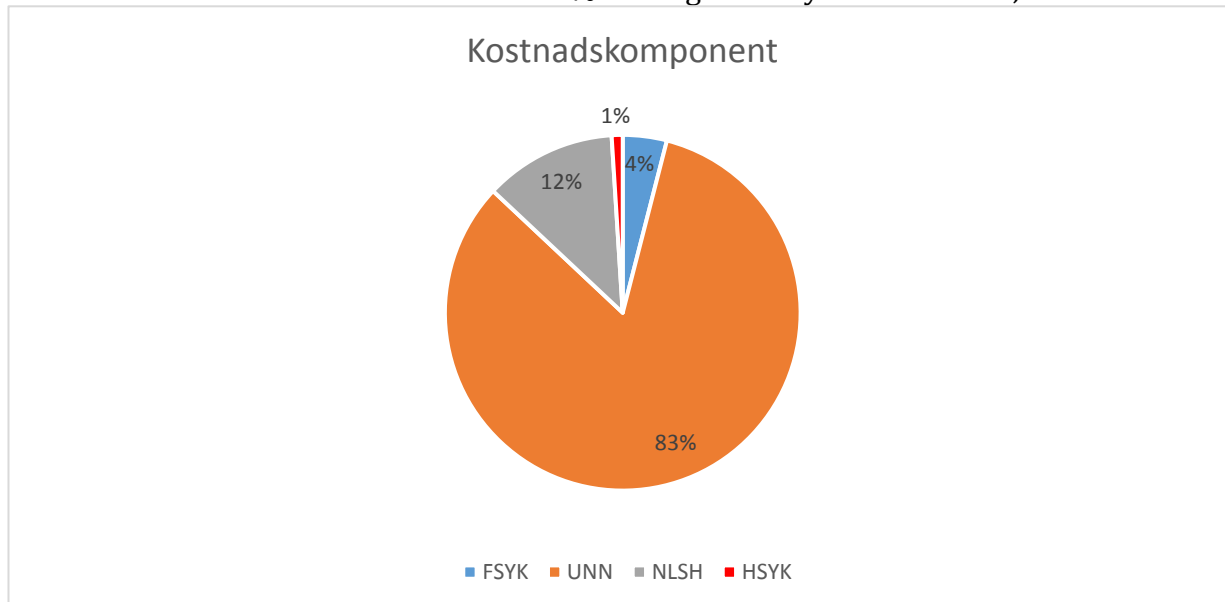
Kostnadskomponenten slik den i dag ligger i inntektsfordelingsmodellen har identifisert fire kostnadsdrivere som er vurdert som signifikante forhold som gir det enkelte helseforetak relative kostnadsulemper. Størrelsen og fordelingen av den samlede kostnadsulempe komponenten bestemmes av det relative kostnadsnivået mellom foretakene beregnet ut fra følgende kostnadsdrivere:

- Reisetid (til nærmeste lokalsykehus)
- Forskning
- Langtidsliggere
- Akuttsykehus

Helgelandssykehuset har en veldig liten andel av kostnadskomponenten. I 2018 utgjør kostnadskomponenten i modellen 696 mill. kr. Dette er midler som trekkes ut fra de totale midlene som ellers ville blitt fordelt etter behovskomponenten, og gir en omfordeling av midler til de HF-ene med høyest beregnet kostnadsulempe. Altså – foretak som har

identifisert og «fått gjennomslag» for store kostnadsulemper får økonomisk kompensasjon for dette, mens foretak med mindre kostnadsulempe får tilsvarende trekk.

Som tabellen under viser fordeles bare 1 % til Helgelandssykehuset – ca 7,0 mill. kr.



Hadde alt blitt fordelt gjennom mobilitetskomponenten hadde foretaket fått ca. 107 mill. kr. mer.

Helgelandssykehuset har i flere runder i arbeidet med revidering og justeringer av inntektsmodellen spilt inn at vi har kostnadsulemper knyttet til Prehospitale tjenester. Før det kommer på plass en inntektsmodell for dette området, mener vi at vi har en kostnadsulempe som burde vært kompensert som lokalsykehusfunksjon slik som det argumenteres med region- og universitetssykehusfunksjoner. Vi viser i den forbindelse til den omfattende ambulansébåttjenesten i Helgelandssykehuset med 4 ambulansébåter (inkl. Bindal).

Helgelandssykehuset har store geografiske avstander, der det er fordelaktig å ha et desentralisert tilbud. Det desentraliserte tilbudet gir foretaket ekstra kostnader til bygg, utstyr og personell. For å kunne drifte slike desentraliserte tilbud er vi avhengig av blant annet ambulering fra spesialistene. Reisetid i forbindelse med ambulering er tid som hverken gir inntektsgivende aktivitet eller konkret pasientbehandling.

Helgelandssykehuset må ha tjenesteproduksjon på flere steder og enheter i motsetning til de fleste andre foretak. Med færre enheter har man større muligheter til en mer kostnadseffektiv tjenesteproduksjon.

Helgelandssykehuset har også behov for økt rekruttering. Dette gjelder både spesialsykepleiere, legespesialister og annet helsepersonell. Foretaket bruker store summer hvert år på vikarer og innleie for å kunne drifte en høyspesialisert og kompleks pasientbehandling. Det betyr uforholdsmessige høye personellkostnader i forhold til å kunne ansatt i faste stillinger. I noen tilfeller klarer vi ikke å opprettholde et godt nok

tilbud, og pasienten reiser ut. Da får foretaket trekk i inntektsmodellen i pasientmobiliteten, og foretaket får enda mindre rammetildeling.

For å støtte opp om funksjonsfordelingen i Helse Nord må mange pasienter fra Helgelandssykehuset reise til UNN og Nordlandssykehuset. Reisen fra Helgeland med fly til UNN er kostbar. Flyprisene fra 2017 til 2018 er økt med 8,2 %. Dette mener vi også er en av våre kostnadsulemper.

2.1 Korreksjon av reisetid

Nordlandssykehuset har identifisert og dokumentert feil i grunnlagsdata for reisetid til nærmeste lokalsykehus som benyttes i den regionale inntektsmodellen. Dette er dokumentert med fire ulike kilder. Det synliggjøres at dette er av stor økonomisk betydning også for Helgelandssykehuset, og feil bruk av reisetid utgjør i størrelsesorden 14-31 mill. kr. for lite i tildelt ramme. Vi støtter Nordlandssykehusets innspill på at denne feilen i grunnlagsdata må rettes opp.

2.2 Forskningsaktivitet

I den årlige oppdateringen av inntektsfordelingsmodellen har forskningsaktiviteten til helseforetakene i Helse Nord blitt oppdatert, men kostnadsestimatet er holdt konstant. Det har ført til at kostnadskompensasjonen knyttet til forskning har økt betydelig i perioden 2013 – 2018. Prosjektgruppen har påpekt at denne endringen av kostnadsindeksen ikke er metodisk korrekt og må tilbakestilles.

I dagens inntektsmodell beregnes kostnadsulempen for forskning ut fra antall forskningspoeng produsert ved det enkelte foretak i forhold til antall produserte DRG-poeng. Denne beregningen gjøres imidlertid uavhengig av hvordan forskningen er finansiert. En viss andel av forskningsprosjektene, særlig ved Universitetssykehusene, har særskilt finansiering (inkludert midler fra de regionale helseforetakene) utover bevilgninger i de regionale inntektsfordelingsmodeller, og belaster derved ikke foretakenes bevilgninger fra behovskomponenten. Dette kompenseres i de øvrige regionale helseforetakene ved at kostnadsulempen for forskning er gitt lavere vektning enn 1, mens i Helse Nord gis det 100 % kompensasjon pr forskningspoeng. Denne vektleggingen av forskning med 100 % i Helse Nords modell innebærer at det kompenseres for direkte kostnader til forskning både gjennom kostnadskomponenten og som direkte finansiering utenfor modellen.

Vi er også på dette punktet gjort kjent med Nordlandssykehusets innspill, og at dersom Helse Nord hadde lagt til grunn samme vektning som i de øvrige regioner for forskning så ville det innebære flytting av 50-70 mill. kr tilbake til Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset.

Vi støtter prosjektgruppas forslag om å tilbakestille forskningsaktiviteten i modellen til 2013- nivå, og på lik linje med Nordlandssykehuset mener vi at vektning på forskning må reduseres til 55 % slik som for de andre helseregionene.

3.0 Mobilitetsbetaling

De interne gjestepasientkostnadene betales med 100 %, mens eksterne gjestepasientkostnader betales med 80 %. Det «lønner» seg således å heller sende pasienter til Midt-Norge fremfor å benytte tilbud i regionen. Helgelandssykehuset har gjennom egne analyser synliggjort at det er mange kontroller som utføres ved UNN og Nordlandssykehuset som kunne vært tilbakeført til foretaket. Vi mener at med 100 % betaling på interne gjestepasienter så gir ikke dette noe incentiv til økt samarbeide om at pasienter skal behandles i hjemmehørende foretak der dette er mulig.

Vi mener fremdeles at 100 % betaling internt - også sett i sammenheng med tildeling til for eksempel UNN i kostnadskomponenten for universitetssykehusfunksjoner, gir dobbel betaling.

4.0 Midler til utdanningsaktiviteter

Vi har ingen spesielle kommentarer til den oppdaterte modellen for fordeling av inntekter til utdanning. Vi forutsetter at den blir innfaset som vedtatt.

5.0 Oppsummering

Helgelandssykehuset mener at forslag til revidert modell ikke i tilstrekkelig grad støtter opp om likeverdig tilbud til pasientene, god nok samhandling mellom foretakene, effektiv ressursbruk, funksjonsfordeling, tilbud nær pasientens bosted og pasienttilbud av god kvalitet.

Her viser vi til det vi har skrevet om kostnadskomponenten, mobilitetsbetaling og incentiver for å tilbakeføre pasienten til hjemmehørende foretak. Modellen bør legge mer til rette for å behandle pasienten der pasienten bor. Det er til det beste for pasienten, men er ressurskrevende. Det å ha et desentralisert tilbud med flere geografiske lokasjoner medfører økte kostnader til bygg, flere ansatte og utstyr på flere plasser.

Vi støtter en gradvis innfasing av endringer i modellen, slik som det er blitt gjort tidligere.

For å unngå for store svingninger/endringer fra ett år til et annet så tenker vi at bruk av rullerende flerårige gjennomsnitt ved oppdatering av pasientmobilitet og kriterieverdier er hensiktsmessig.

Under andre forhold knyttet til modellen har vi følgende innspill:

Pensjon

Når pensjonskostnadene går opp så får Helse Nord en positiv uttelling for dette. Midlene viderefordes ut til foretakene etter inntektsfordelingsmodellen, og når dette skjer så får Helgelandssykehuset en større rammeøkning enn det kostnadene til pensjon tilsier. Likeledes så får man motsatt effekt når pensjonskostnadene går ned. Da får foretaket et

større trekk enn den faktiske reduksjonen i kostnadene. Erfaringene de siste årene er at pensjonskostnadene svinger veldig. Ett år går de opp – det neste året går de ned. For 2017 fikk Helgelandssykehuset et trekk på 20,0 mill. kr knyttet til overgangsordning for pensjon som en konsekvens av at man har fått for høy tildeling tidligere år. For 2019 får foretaket et trekk på 18,8 mill. kr., mens den faktiske kostnaden bare reduseres med 10,5 mill. kr. Dette utgjør for oss som et lite foretak relativt store svingninger mellom år, og øker våre omstillingsutfordringer.

Vi vil derfor ta til orde for at pensjon løftes ut av inntektsmodellen, og at endringer knyttes til de faktiske endringene i kostnadene.

Forbruksulikheter – bruk av skjønn

Helgelandssykehuset er kritiske til at beregnet økning i rammetildelingen eventuelt skjønnsmessig skal reduseres på grunn av høyt sykehusforbruk. Dette særlig siden vårt høye forbruk vesentlig skyldes poliklinikk og ikke heldøgnsopphold som er mer ressurskrevende. I datagrunnlag som det henvises til i rapporten har Helgelandssykehuset omtrent det samme forbruket av heldøgnsopphold som Finnmark, men vi har redusert antall heldøgnsopphold fra 2016 til 2017 med ca. 10 %.

Helgelandssykehuset kan ikke både ha minst andel av kostnadskomponenten og i tillegg bli «straffet» for høyt sykehusforbruk. Det vil ramme foretaket hardt og bli oppfattet som svært urimelig.

Med hilsen

Hulda Gunnlaugsdottir
adm. direktør