

## **Styresak 62/2012: Etablering av ny inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet og psykisk helsevern i Helgelandssykehuset HF**

Møtedato: 25.09.12

Møtested: Mosjøen

### **Bakgrunn**

Helgelandssykehuset HF innførte i 2002 en inntektsfordelingsmodell for den somatiske virksomheten. Inntektsrammer til øvrige formål (eksempelvis rus og psykiatri) har med enkelte unntak og justeringer, i hovedsak alltid vært fordelt basert på historikk. Siden 2002 har det skjedd vesentlige endringer på struktursiden i Helgelandssykehuset (reduksjon av det akuttkirurgiske tilbudet i Mosjøen, samt en stadig tydeligere funksjonsfordeling mellom enhetene innen somatisk virksomhet). Disse endringene har kun medført mindre endringer i inntektsfordelingsmodellen. Administrerende direktør tok derfor høsten 2011, initiativ til å opprette en prosjektgruppe som skulle evaluere den somatiske inntektsfordelingsmodellen. Mandatet for gruppens arbeid ble vedtatt og gitt i styresak 74/2011.

Det ble vedtatt at dagens inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet skulle evalueres med følgende formål:

- Evaluere dagens modell og vurdere om den ivaretar de strukturelle endringer som har vært gjennomført i foretaket siden etableringen i 2002.
- Bidra til en inntektsfordeling mellom sykehusenhetene som skaper best mulig samsvar mellom oppgaver som skal ivaretas og de ressurser som tildeles, slik at enhetene gis samme mulighet til å løse sine oppgaver, innen de ressursrammer som stilles til disposisjon.
- Stimulere til effektiv ressursbruk og kontinuerlig forbedringsarbeid i den enkelte sykehusenhet og i foretaket, samlet.
- Støtte opp under intern samhandling og utnyttelse av den samlede kapasitet og kompetanse i foretaket.

Med bakgrunn i dette arbeidet skulle det eventuelt etableres en ny, og justert inntektsfordelingsmodell for foretakets somatiske virksomhet. Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som eventuelt foreslås skal understøtte vedtatte strategier og helsepolitiske mål for Helse Nord og herunder Helgelandssykehuset HF. Spesielt skal en eventuelt ny modell understøtte målet om likeverdige helsetjenester til befolkningen på Helgeland, samtidig sikre at vedtatte funksjonsfordelinger, følges opp. En ny modell skal også gi insitamenter til effektiv drift og bidra til at fordelingen av faktisk forbruk av spesialisthelsetjenester konvergerer mot fordelingen i forventet behov for spesialisthelsetjenester.

Med samme bakgrunn var det ønskelig å jobbe frem og etablere en inntektsfordelingsmodell for psykiatri og rusomsorg basert på objektive kriterier lignende de i en somatisk modell med følgende formål:

- Bidra til en inntektsfordeling mellom sykehusenhetene som skaper best mulig samsvar mellom oppgaver som skal ivaretas og de ressurser som tildeles, slik at enhetene gis samme mulighet til å løse sine oppgaver, innen de ressursrammer som stilles til disposisjon.
- Stimulere til effektiv ressursbruk og kontinuerlig forbedringsarbeid i den enkelte sykehusenhet og i foretaket, samlet.
- Støtte opp under intern samhandling og utnyttelse av den samlede kapasitet og kompetanse i foretaket.
- Støtte opp under den strategiske planen for "Et enhetlig psykiatri og rustilbud" som nå er under arbeid i foretaket.

Styret vedtok i styresak 74/2011 at arbeidet med evaluering dagens modell, med påfølgende forslag til nye inntektsmodeller for somatisk virksomhet og psykisk helsevern, skulle sluttføres høsten 2012, slik at disse modellene kunne benyttes allerede i budsjettprosessen 2013.

### **Organisering, prosess og øvrige premisser for arbeidet**

#### **Organisering**

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt, med en prosjektgruppe bestående av deltakere fra hver av de enkelte enhetene og administrasjonen i Helgelandssykehuset HF.

Ledergruppen i Helgelandssykehuset HF har fungert som styringsgruppe. Innleid prosjektleder har ledet utredningsarbeidet og gjennomført nødvendige analyser og vurderinger. Prosjektdeltakerne har hatt et særlig ansvar for å fremlegge kostnads- og aktivitetsdata fra sine sykehusenheter, til bruk i analysene. Deltakere i prosjekt- og styringsgruppa har videre et særlig ansvar for å bringe helhetlig informasjon om arbeidsseminarer, redegjørelser for ledergruppen og telefonmøter. Prosjektgruppen har rapportert til styringsgruppen. Prosjekteier har vært og er administrerende direktør i Helgelandssykehuset HF.

### **Prosess**

I arbeidet har det vært lagt stor vekt på forankring av prosesser og utvikling av en best mulig felles forståelse for modellen/modellenes elementer, logikk og empiriske avledninger. Kriteriene i fordelingsmodellen er i størst mulig grad basert på offentlig tilgjengelig statistikk, slik at den i størst mulig grad skal være etterprøvbare. For å sikre forutsigbarhet over tid har det også vært lagt vekt på at de kriteriene som er valgt kan benyttes over flere år, og kunne oppdateres årlig, med endringer i kriterieverdiene.

I hele arbeidsprosessen som startet opp januar 2012, har det også vært vektlagt stor grad av åpenhet. Dette har vært ivaretatt på en god måte av prosjektgruppa. Intensjonen om at arbeidet i prosjektgruppa og de vurderinger som ble gjort der, fortløpende skulle gjøres tilgjengelig for de som ønsket det, har vært ivaretatt ved at alle referater fra prosjektgruppens arbeid, er lagt ut på intranett fortløpende. Herunder også foreløpige simuleringer og konsekvenser av en eventuell innføring av modellene. Alle ansatte er her blitt oppfordret til å komme med synspunkter/meninger/innspill på prosessen (se vedlegg fra Intranett).

Prosjektgruppen ønsket å ha modellene ferdig utarbeidet innen 15. juni 2012, slik at disse kunne danne grunnlag for styrebehandling og fastsetting av rammer i foretakets budsjett for 2013, i tråd med styrets ønsker.

### **Medbestemmelse**

Foretakstillitsvalgte har vært representert i styringsgruppen til prosjektet.

*Sluttrapport og innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av administrerende direktør – vedrørende nye inntektsfordelingsmodeller for Helgelandssykehuset HF: Somatisk virksomhet og psykisk helsevern* er drøftet med de foretakstillitsvalgte og hovedverneombud i Helgelandssykehuset HF, den 29. august 2012. Protokoll fra drøftingsmøtet ligger vedlagt i saken.

### **Oppsummering av sluttrapport med innstilling fra prosjektgruppen – og styringsgruppens vurdering**

Prosjektgruppen leverte og presenterte sluttrapporten for styringsgruppen 3. juli 2012. Styringsgruppen vedtok prinsippene som ble lagt til grunn i innstillingen, med noen mindre justeringer, som ble tatt inn i den endelige innstillingen. Resultatet av arbeidet viser at en ny somatikkmodell i Helgelandssykehuset HF, basert på Helse Nord sine prinsipper gir et resultat, som ikke er svært forskjellig fra dagens fordeling innen somatisk virksomhet i foretaket. Forskjellene mellom ny modell og gammel jevner seg ytterligere ut når vi fjerner overgangsordningen som ligger inne i dagens modell. Gjennom arbeidet har vi oppnådd åpenhet og etterprøvbarehet i en framtidig fordelingsmodell.

Hovedformålet med inntektsfordelingsmodellene i Helgelandssykehuset, er å utvikle en finansieringsmodell som støtter opp under god pasientbehandling og utnyttelse av den samlede kapasiteten, i foretaket og foretaksgruppen. Alle pasienter uavhengig av hvor de bor skal ha tilgang til likeverdige tilbud. Det er viktig å få en felles forståelse av formålet med og innholdet i inntektsfordelingsmodellen til Helgelandssykehuset. Modellen skal være oversiktlig, etterprøvbare og forutsigbar, noe som er ivaretatt i den foreliggende innstillingen fra styringsgruppen.

Styringsgruppen ser at dette arbeidet vil kunne bidra positivt til å videreutvikle helseforetaket, og at den endringen som foreslås ikke er et mål i seg selv.

De nye modellene som vil legge til rette for:

1. å støtte opp under vedtatt funksjonsfordeling
2. omfordeling av ressurser som følge av endringer i befolkning (behov) og aktivitet i de enkelte enhetene
3. å fremme fokuset på likeverdig pasientbehandling
4. å støtte opp under gode felles løsninger
5. å endre funksjonsfordeling og oppgave løsning uten at finansieringsmodellen må utvikles på nytt

Oppsummert konkluderer styringsgruppen at innstillingen og funn er basert på en grundig evaluering av dagens modell. Likeledes er innstillingen basert på ønsket og målsettingen om likeverdig tilbud til pasientene på Helgeland. I dette ligger det et overordnet prinsipp om at ressursene følger pasienten, og at dette skjer etter de samme prinsippene som i den overordnede Helse Nord modellen.

Ut fra dette er det viktig at innstillingen fra prosjektgruppen og styringsgruppen vedtas og implementeres.

### **Prinsippene i fordelingsmodellen som er foreslått av prosjektgruppen.**

Hovedprinsippet i modellen er at ressursene skal fordeles ut fra behovet i befolkningen, og deretter følge pasienten, der pasienten behandles. Modellen er basert på tre ulike komponenter som til sammen skal sørge for at intensjonen med modellen ivaretas; behovskomponenten, kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten. Kort om de ulike komponentene:

#### **Behovskomponenten**

Prinsippet i modellen er at hoveddelen av ressursene fordeles til "opptaksområdet", der pasienten bor. Dette elementet fordeles ut fra kjennetegn ved befolkningen, som innebærer større eller mindre behov for helsetjenester. Sentrale kriterier er antall innbyggere, aldersfordeling og sosiale forhold. For eksempel, for to befolkningsområder med like mange innbyggere, hvor den befolkningsgruppen hovedsakelig består av innbyggere i yrkesaktiv alder som er i jobb, mens den andre befolkningsgruppen består av eldre og uføre, vil modellen fordele mest penger til den siste gruppa.

#### **Kostnadskomponenten**

Det andre elementet vi bruker til å fordele penger til de enkelte sykehusområdene, skal ivareta at ett sykehus utfører ulike typer behandling som gjelder hele foretaket og hvor kostnadene for å levere disse tjenestene er høyere enn et fastsatt nivå. Dette kalles "helgelandsfunksjoner" i modellen. Begrunnelsen for å delfinansiere Helgelandsfunksjoner på denne måten er todelt:

##### *Abonnement.*

Dette innebærer at alle sykehusenhetene delfinansierer et tilbud uavhengig av om en bruker det eller ikke. Dette blir en form for abonnement, som stimulerer til å bruke egne interne tilbud før en sender pasienter ut av foretaket, siden en allerede har betalt en del av regningen

*Risikodeling:* At Helgelandsfunksjoner finansieres på denne måten innebærer en risikodeling mellom den sykehusenheten som leverer tilbudet og den som må betale for det.

Geografiske eller andre forhold kan innebære at ett sykehusområde har en merkostnad som det selv ikke kan påvirke, eller at gevinstene med dette tilbudet kommer hele foretaket til gode (eksempelvis desentraliserte tilbud og sparte transport kostnader). I slike tilfeller er det lagt inn en kompensasjon for denne kostnadsulempen til den enheten som belastes.

#### **Mobilitetskomponenten**

Pasientene får primært sitt spesialisthelsetilbud fra eget lokal sykehus. I tillegg skal pasientene som følge av spesialisering og funksjonsfordeling også få sin behandling hos andre sykehus både internt på Helgeland, internt i Helse Nord eller fra sykehus i andre regioner.

Når ressursene først fordeles dit hvor pasienten bor, må det derfor korrigeres for om pasienten får tilbud i andre deler av foretaket eller utenfor foretaket. Prosjektgruppa har foreslått at man fordeler gjestepasientkostnadene ned på de enkelte sykehusenhetene, men at ulik bruk av tilbud både internt i foretaket, og utenfor foretaket korrigeres i mobilitetskomponenten.

### **Prosjektgruppens innstilling modell somatisk virksomhet**

Foreslått modell for fordeling av ressurser til somatikk er bygget opp på samme måte som inntektsmodellen for somatikk i Helse Nord. Dette innebærer en behovskomponent som fordeler inntekter ut fra befolkningens behov, slik dette defineres, og med en kostnadskomponent som kompenserer helseforetakene for evt. "ufrivillige kostnadsulempen" samt for foretaksfunksjoner for Helgelandsområdet ("helgelandsfunksjoner"). Dette er pasienttilbud som er sentralisert til ett (eller to) sykehus. I tillegg krever en slik behovsmodell en mobilitetskomponent som sikrer at ressurser tilfaller sykehuset som utfører aktiviteten.

Behovskomponenten fordeler 90 % av inntektene, mens de øvrige 10 % fordeles på bakgrunn av definerte "helgelandsfunksjoner" eller kostnadsulempen.

Oppsummert gir dette følgende modell for inntektsfordeling for somatisk virksomhet

Sykehus	Behov	Kostnad	Mob.komp.	Mob.komp.	Mob.komp.	Sum	
			intern HLSH	intern HN	Ekstern	Foreslått modell	Andeler
Sandnessjøen	150 077	21 596	2 573	-464	-11 139	162 642	36 %
Mosjøen	85 037	6 320	-8 843	626	2 563	85 703	19 %
Rana	173 741	15 834	6 270	-161	8 577	204 259	45 %
<b>SUM</b>	<b>408 854</b>	<b>43 750</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>452 604</b>	<b>100 %</b>

Sammenlignet med dagens fordeling av ressurser gir dette følgende omfordelingsvirkninger:

Sykehus	Sum	Fordelt i dag	
	Foreslått modell	Somatikk	Endring
Sandnessjøen	162 642	159 448	3 194
Mosjøen	85 703	99 893	-14 190
Rana	204 259	193 263	10 996
<b>SUM</b>	<b>452 604</b>	<b>452 604</b>	<b>0</b>

### Prosjektgruppens innstilling modell for psykisk helsevern (eksklusive TSB)

Modellen som legges til grunn til fordeling av inntekter til psykisk helsevern mellom sykehusenhetene er bygget opp på samme måte som foreslått modell for somatikk.

Behovskomponenten fordeler 86 % av ressursene, mens 14 % fordeles gjennom kostnadskomponenten.

Oppsummert gir dette følgende modell for inntektsfordeling for psykisk helsevern:

Sykehus	Behov	Kostnad	Mob.komp.	Mob.komp.	Mob.komp.	Sum	
			intern HLSH	intern HN	Ekstern	Foreslått modell	Andeler sum
Sandnessjøen	39 350	1 000	-11 378	-1 023	-2 068	<b>25 882</b>	21 %
Mosjøen	22 033	14 150	17 549	4 037	487	<b>58 255</b>	48 %
Rana	44 290	1 664	-6 171	-3 014	1 581	<b>38 350</b>	31 %
<b>SUM</b>	<b>105 673</b>	<b>16 814</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>122 487</b>	<b>100 %</b>

Sammenlignet med dagens fordeling av ressurser gir dette følgende omfordelingsvirkninger:

Sykehus	Sum	Fordelt i dag	
	Foreslått modell	Psykisk helse	Endring
Sandnessjøen	25 882	34 161	-8 279
Mosjøen	58 255	54 143	4 112
Rana	38 350	34 183	4 167
<b>SUM</b>	<b>122 487</b>	<b>122 487</b>	<b>0</b>

### Prosjektgruppens forslag til implementering av modellene

Prosjekt- og styringsgruppen tilrår en gradvis implementering av modellene.

Det foreslås en gradvis implementering ut fra følgende: Endring i inntektsrammer medfører behov for omstilling, både for den som skal bygge ned og for den som skal bygge opp. Det er generelt noe usikkerhet knyttet til aktivitets- og kostnadsdata innen psykisk helse og vi trenger erfaring med årlige endringer i pasientmobilitet. Prosjektgruppen tilrår størrelsen og tempo på innfasingen vurderes årlig i arbeidet med budsjett.

#### VEDTAKSFORSLAG:

1. Styret gir sin tilslutning til prinsippene som legges til grunn for fordeling av inntekter i inntektsmodellene for somatisk virksomhet og psykisk helsevern (eksklusive TSB), og vedtar de nye modellene som grunnlag for framtidig inntektsfordeling i Helgelandssykehuset HF. Modellenes hovedmål er å legge til rette for et godt og likeverdig tilbud for befolkningen basert på Helgelandssykehusets verdier kvalitet, trygghet og respekt.
2. Effektene av modellene skal fases inn fra og med budsjettåret 2013. Styret ber administrerende direktør legge frem et konkret forslag til implementeringstakt for begge modellene i styremøtet 31.10.2012

3. Tilførsel av økte ressurser til en sykehusenhet skal sammenholdes med konkrete krav til innhold/økt aktivitet for å sikre videre effektiv utnyttelse av ressurser.

Mo i Rana, den 18. september 2012

Per Martin Knutsen  
Administrerende direktør

Saksbehandlere:

Trykte vedlegg:

1. Sluttrapport fra prosjektgruppen av 3. juli 2012
2. Protokoll fra drøftingsmøte av 29. august 2012
3. Intranett side Prosjekt: Inntektsfordelingsmodell

Utrykte vedlegg:

Brukerutvalg av 29. august 2012

## Inntektsmodeller for Helgelandssykehuset HF

Somatisk virksomhet

Psykisk helsevern

Innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av administrerende direktør i  
Helgelandssykehuset HF

Sluttrapport 03. juli 2012

## 1. Innledning

Helgelandssykehuset HF innførte i 2002 en inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet. Inntektsrammer til øvrige formål er med enkelte unntak og justeringer, fordelt i hovedsak basert på historikk. Siden 2002 er det skjedd vesentlige endringer på struktursiden i Helgelandssykehuset, mens dette kun har medført mindre endringer i inntektsfordelingsmodellen.

Administrerende direktør tok i 2011 initiativ til å opprette en prosjektgruppe som skal jobbe frem en ny inntektsfordelingsmodell, i områdene somatikk, psykiatri og rus. Dette arbeidet startet januar 2012.

Dagens inntektsfordelingsmodell somatikk skal evalueres og vurderes om den ivaretar de strukturelle endringer som har vært. Med bakgrunn i dette arbeidet, skal det eventuelt etableres en ny og justert inntektsfordelingsmodell for foretakets somatiske virksomhet. I tillegg skal det etableres en inntektsfordelingsmodell for psykiatri og rusomsorg basert på objektive kriterier lignende dagens modell for somatikk.

### 1.1 Mandat

Det ble i styresak 74/2011: *Mandat for arbeid med oppdatering og utvidelse av inntektsfordelingsmodell mellom sykehusenhetene i Helgelandssykehuset HF*, vedtatt å utarbeide en ny inntektsfordelingsmodell.

Formålet med gjennomgang og etablering av ny inntektsfordelingsmodell for Helgelandssykehuset som fremkom i styresaken er:

- ✓ Evaluere dagens somatiske modell og vurdere om den ivaretar de strukturelle endringer som har vært gjennomført i foretaket siden etableringen i 2002.
- ✓ Bidra til en inntektsfordeling mellom sykehusenhetene som skaper best mulig samsvar mellom de oppgaver som skal ivaretas og de ressurser som tildeles, slik at enhetene gis samme mulighet til å løse sine oppgaver innen de ressursrammer som stilles til disposisjon.
- ✓ Stimulere til effektiv ressursbruk og kontinuerlig forbedringsarbeid i den enkelte sykehusenhet og i foretaket samlet.
- ✓ Støtte opp under intern samhandling og utnyttelse av den samlede kapasitet og kompetanse i foretaket.

- ✓ Støtte opp under den strategiske planen for "Et enhetlig psykiatri og rustilbud" som nå er under arbeid i foretaket, og som skal være ferdigstilt 30.06.2011.

I innledende prosjektmøte den 24.01.2012 ble følgende operative mandat vedtatt:

- ✓ Evaluering av dagens modell
- ✓ Likeverdig tilbud til pasientene på Helgeland
- ✓ Ressursene følger pasienten
- ✓ Modell som stimulerer til vekst/effektivisering
- ✓ Legge til grunn prinsippene i Helse Nord modellen
- ✓ Minimere fellesområdet (se på mulighetene for legge funksjoner ut på sykehusenhetene)
- ✓ Skape aksept for rammene

Videre ble det i styringsgruppemøte den 14.02.2012 vedtatt en presisering av Mandatet:

- ✓ Hovedformålet med inntektsfordelingsmodellen i Helgelandssykehuset, er å utvikle en finansierings modell som støtter opp under god pasientbehandling og utnyttelse av den samlede kapasiteten i foretak og foretaksgruppen. Alle pasienter uavhengig av hvor de bor skal ha tilgang til likeverdige tilbud.
- ✓ Det er viktig å få en felles forståelse av formålet med og innholdet i inntektsfordelingsmodellen til Helgelandssykehuset. Modellen skal være oversiktlig, etterprøvbar og forutsigbar. Det innebærer også at arbeidet i prosjektgruppa og de vurderinger som gjøres der skal være løpende tilgjengelig for de som ønsker det.

#### *KRAV TIL PROSESS OG ØVRIGE PREMISER FOR ARBEIDET*

I arbeidet skal det legges stor vekt på forankring av prosesser og utvikling av en best mulig felles forståelse for modellens elementer, logikk og empiriske avledninger. Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte vedtatte strategier og helsepolitiske mål for Helgelandssykehuset. Spesielt skal modellen understøtte målet om likeverdige helsetjenester og samtidig sikre at vedtatte funksjonsfordelinger følges opp. Samtidig skal modellen gi insitamenter til effektiv drift og bidra til at fordelingen av faktisk forbruk av spesialisthelsetjenester konvergerer mot fordelingen i forventet behov for spesialisthelsetjenester.



Kriteriene i fordelingsmodellen må i størst mulig grad 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.

Modellen må være ferdig utarbeidet innen 22. juni 2012, slik at den kan danne grunnlag for styrebehandling og fastsetting av interne rammer 2013.

### ***Organisering***

Arbeidet skal organiseres i en prosjektgruppe bestående av deltakere fra hver av de enkelte enhetene og administrasjonen i Helgelandssykehuset HF. Ledergruppen i Helgelandssykehuset HF fungerer som styringsgruppe. Innleid prosjektleder skal både lede utredningsarbeidet og gjennomføre nødvendige analyser og vurderinger. Prosjektdeltakerne har et særlig ansvar for å fremlegge kostnads- og aktivitetsdata fra sine sykehusenheter til bruk i analysene. Deltakere i prosjekt- og styringsgruppa har videre et særlig ansvar for å bringe helhetlig informasjon om arbeidsseminarer, redegjørelser for ledergruppen og telefonmøter.

Prosjektgruppen rapporterer til styringsgruppen. Prosjekteier er administrerende direktør i Helgelandssykehuset HF.

Dette har gitt en prosjektgruppe bestående av:

✓ Jann-Georg Falch	Økonomidirektør Helse Nord	Prosjektleder
✓ Jan-Petter Monsen	Rådgiver Helse Nord	Prosjektmedarbeider
✓ Geir Morten Jensen	Controller økonomistab	Prosjektmedarbeider
✓ Tove Lyngved	Økonomisjef	
✓ Fred Mürer	Medisinsk direktør	
✓ Dag Stefansen	Avdelingssjef Medisinsk avd. Sandnessjøen	
✓ Tor-Robert B. Heyerdahl	Avdelingssjef Intern service	Sandnessjøen
✓ Børge Nordås	Avdelingssjef psykiatrisk senter	Mosjøen
✓ Arne Wilskow	Overlege medisinsk avd.	Mosjøen
✓ Sidsel Forbergskog	Avdelingssjef psykiatrisk senter	Mo i Rana
✓ Michael Strehle	Overlege kirurgisk avd.	Mo i Rana

Styringsgruppen har hatt følgende sammensetning:

✓ Per Martin Knutsen	Administrerende direktør
✓ Fred Mürer	Medisinsk direktør
✓ Randi Erlandsen	Kommunikasjonssjef
✓ Tove Lyngved	Økonomisjef
✓ Tore Enga	Personalsjef

- ✓ Knut Gullesen                      Avd. dir. Sandnessjøen
- ✓ Venke Abel                            Avd. dir. Mosjøen
- ✓ Thomas Skonseng                    Avd. dir. Mo i Rana
- ✓ Mohamed Ziedoy                      Foretakstillitsvalgt

Prosjekt- og styringsgruppemøtene forberedes av en arbeidsgruppe bestående av innleid prosjektleder Jann-Georg Falch, Jan-Petter Monsen Helse Nord RHF og prosjektmedarbeider Geir Morten Jensen

Prosjektgruppen rapporterer til styringsgruppen. Prosjekteier er administrerende direktør i Helgelandssykehuset HF.

Prosjektgruppen av hatt 8 møter i perioden januar 2012 – juni 2012, mens styringsgruppen har hatt 3 møter i den samme perioden.

## **1.2 Dagens modell**

Dagens inntektsfordelingsmodell ble innført i 2002. Ressursene (basisrammen) blir først fordelt til fellesfunksjoner basert på historie og prognoser med eventuelle effektiviseringskrav. Dette gjelder gjestepasientkostnader, ambulanse, pasientreiser og diverse andre felles funksjoner. Psykiatri har fått tildelt midler basert på historiske tall fra 2002. Disse beløpene er senere oppdatert med opptrappingsmidler innen psykiatri som har kommet i tillegg. Helseforetakene fikk ansvar for rusbehandling fra 2004. Resterende beløp har så blitt fordelt innenfor den somatiske modellen. Dagens somatiske modell tar utgangspunkt i befolkningen tilhørende opptaksområdet til de ulike sykehusene og gjennomsnittlig DRG-aktivitet ved sykehusenhetene. Siste tilgjengelig befolkningsantall vektlegges 50 %. Resterende 50 % fordeles av gjennomsnittlig DRG-aktivitet fra 2002 – til siste tilgjengelige produksjonsår. Dette fordelt på sykehusenhetene. Gjennomsnittlig DRG-aktivitet ble første gang brukt i år 2010. Før dette ble det brukt siste års DRG-aktivitet med et strukturtillegg til Mosjøen pga nedlegging av det akuttkirurgiske tilbudet.

Svakheter i dagens modell har vært at den ikke tar hensyn til funksjonsfordeling og pasientflyt, samt lite incitament til helhetstekning i Helgelandssykehuset.

## **2. Oppsummering**

Prosjektgruppa har med bakgrunn i den interne organiseringen av foretaket i 3 sykehusenheter innen somatisk virksomhet, vurdert og kommet med forslag til fremtidig inntektsfordelingsmodell.

Intern organisering er ikke en del av oppdraget, og prosjektgruppa har følgelig ikke gjennomgått ansvars- og oppgavefordelingen i foretaket.

Inntektsfordelingsmodellene vil være et viktig beslutningsgrunnlag for administrerende direktør i budsjettprosess og intern ressurs og oppgave fordeling, men er ikke en fasit.

Prosjektgruppa har vurdert inntektsmodellene til Helse Nord og foreslår å implementere interne inntektsfordelingsmodeller for somatisk virksomhet og psykisk helse, basert på prinsippene i Helse Nord sine inntektsfordelingsmodeller, med en behovskomponent, kostnadskomponent og mobilitetskomponent.

Prosjektgruppa stiller seg samlet bak rapporten og forslagene til modell for psykisk helsevern. Med unntak av representantene fra Mosjøen stiller prosjektgruppa seg samlet bak forslaget til modell for somatisk virksomhet.

Prosjektgruppa har gjennom arbeidet søkt å svare ut de konkrete kravene fra styringsgruppa

- ✓ **Evaluering av dagens modell.** Prosjektgruppa ser at dagens somatikk modell i praksis gir tilnærmet samme resultat som forslaget til ny modell, men den er for lite kjent og transparent. Når det gjelder de øvrige områdene foreligger det ikke noen eksplisitt modell, budsjettfordelingen er basert på et historisk utgangspunkt som er prisjustert og hvor det er foretatt noen konkrete tildelinger av oppgaver og ressurser.
- ✓ **Likeverdig tilbud til pasientene på Helgeland.** Forslaget til modell tar utgangspunkt i at alle innbyggerne uansett bosted skal ha tilgang på et godt og likeverdig helsetilbud. Dette ivaretas gjennom behovskomponenten og det at modellen støtter opp om bruk av kapasiteten i hele foretaket.
- ✓ **Ressursene følger pasienten.** Pengene fordeles i første omgang med utgangspunkt i at ulike grupper har forskjellig behov, i neste omgang sørger mobilitetskomponenten for at ressursene omfordeles når pasienten får sitt tilbud andre steder uansett om det skjer internt i foretaket eller eksternt, pengene følger pasienten.
- ✓ **Modell som stimulerer til vekst/effektivisering** Dette er et vanskelig punkt som ikke ivaretas direkte i modellen, men indirekte er det lagt inn flere mekanismer som bidrar til samarbeid og unngår at kostnadene skyves over på andre. Kostnadskomponenten for Helgelandsfunksjonene innebærer at det opprettes abonnement på bruk av denne kapasiteten, det stimulerer til å samarbeide og utnytte egen kapasitet. Ved at modellen tar hensyn til all bruk av kapasitet utenfor foretaket unngår vi at pasienter sendes ut slik at fellesskapet må ta regningen.

- ✓ **Legge til grunn prinsippene i Helse Nord modellen** Modellene er basert på prinsippene i Helse Nord sine modeller. Abonnementsløsningen som foreslås her avviker fra Helse Nord sin somatikk modell, men er identisk med løsningen i psykiatri og TSB modellene.
- ✓ **Minimere fellesområdet (se på mulighetene for å legge funksjoner ut på sykehusenhetene).** Prosjektgruppa foreslår i denne omgang kun mindre justeringer i fellesområdet. Men selv om gjestepasient regningene fortsatt skal betales over fellesområdet, blir relative forskjeller i bruk av tilbud utenfor foretaket ivaretatt av modellen.
- ✓ **Skape aksept for rammene** Representantene fra Mosjøen påpeker at ISF systembaserte modellen ikke i stor nok grad evner å ta høyde for forskjeller i kostnadsnivå og inntektsmuligheter ved våre tre sykehusenheter. Prosjektgruppa har, på tross av dette, arbeidet godt sammen og drøftet seg frem til gode løsninger. Prosjektgruppa vurderer notatet som et godt grunnlag for informasjon om prosessen og resultatet av modellene.

### 3. Bakgrunn

Helgelandssykehuset har i dag en enkel modell for fordeling av ressurser til somatisk behandling ved de tre sykehusenhetene. Ny modell basert på prinsippene i Helse Nord RHF sin modell, viser seg å gi nesten identisk fordeling mellom sykehusenhetene. I dagens modell ligger det inne en ”evigvarende” overgangsordning for Mosjøen. Når dette tas ut av modellen gir de to tilnærmingene nesten identisk resultat, det skal flyttes ressurser fra Mosjøen til Rana og litt til Sandnessjøen.

Inntektsfordelingsmodellen for psykisk helse viser at Sandnessjøen i dag får en relativt for stor andel av ressursene og at Rana og Mosjøen bør få en større andel.

#### *HELSE NORD SINE INNTEKTSMODELLER*

### Behovskomponenten

Prinsippet i inntektsmodellene til Helse Nord er at hoveddelen av ressursene fordeles til ”opptaksområdet”, det vil si til det området der pasienten bor, dette elementet fordeles med utgangspunkt i befolkningen i det enkelte området og kjennetegn ved befolkningen som innebærer større eller mindre behov for helsetjenester. Sentrale kriterier er antall innbyggere, aldersfordeling og sosiale forhold. For eksempel, hvis vi har to områder med like mange

innbyggere, hvor den ene gruppen hovedsakelig består av innbyggere i yrkesaktiv alder som er i jobb, mens den andre gruppa består av eldre og uføre, vil modellen fordele mest penger til den siste gruppa.

### **Kostnadskomponenten**

Det andre elementet vi bruker til å fordele penger til de enkelte sykehusområdene, skal ivareta at ett (eller to) sykehus utfører ulike typer behandling som gjelder hele foretaket og hvor kostnadene for å levere disse tjenestene er høyere enn et fastsatt nivå. Dette kaller vi ”helgelandsfunksjoner” i modellen. Begrunnelsen for å delfinansiere Helgelandsfunksjoner på denne måten er todelt:

- **Abonnement.** Dette innebærer i realiteten at alle sykehusenhetene har vært inne og delfinansiert et tilbud uavhengig av om en bruker det eller ikke. Dette blir da en form for abonnement, som stimulerer til å bruke egne interne tilbud før en sender pasienter ut av foretaket, siden en allerede har betalt en del av regningen. I somatikk modellen til Helse Nord RHF er abonnementsordningen håndtert i mobilitetskomponenten, mens dette håndteres gjennom kostnadskomponenten i psykiatri og TSB modellene. Det foreslås å benytte teknikken fra psykiatri modellen i modellene på Helgeland, da vi oppnår det sammen på en enklere måte.
- **Risikodeling.** Det at Helgelandsfunksjoner finansieres på denne måten innebærer en risikodeling mellom den sykehusenheten som leverer tilbudet og den som må betale for det.

Det kan være geografiske eller andre forhold som innebærer at ett sykehusområde har en merkostnad som det selv ikke kan påvirke. Eller det kan være slik at gevinstene med dette tilbudet kommer hele foretaket til gode (eksempelvis desentraliserte tilbud og sparte transport kostnader). I slike tilfeller er det lagt inn en kompensasjon for denne kostnadsulempen til den enheten som belastes.

### **Mobilitetskomponenten**

Pasientene får primært sitt spesialisthelsetilbud fra eget lokal sykehus. Men i tillegg skal pasientene som følge av spesialisering og funksjonsfordeling også får sin behandling hos andre sykehus både internt på Helgeland, internt i Helse Nord eller fra sykehus i andre regioner.

Når ressursene først fordeles dit hvor pasienten bor, må det derfor korrigeres for om pasienten får tilbud i andre deler av foretaket eller utenfor foretaket. Prosjektgruppa foreslår ikke å fordele

gjestepasientkostnadene ned på de enkelte sykehusenhetene, men ulik bruk av tilbud både internt i foretaket, og utenfor foretaket korrigeres i mobilitetskomponenten.

#### **4. Forslag**

Prosjektgruppa foreslår følgende:

##### *FELLESOMRÅDET*

Prosjektgruppa har gjennomgått fellesområdet og har konkludert med at det ikke foreslås å gjennomføre store endringer nå, kun mindre justeringer:

- a. ”Foretaksovergripende administrasjon, opphører og fordeles i modellen
- b. Fødestue Brønnøysund og dialyse Brønnøysund opphører som særskilt funksjon, men tas hensyn til i kostnadskomponenten i somatikkmodellen
- c. Betaling for biologiske legemidler foreslås lagt inn i modellen. Dersom det er praktisk mulig å fordele kostnader og inntekter mellom sykehusenhetene innarbeides dette i modellen.
- d. Betalingsansvar for gjestepasienter foreslås ikke lagt ut på sykehusenhetene nå, men forskjeller i bruk av sykehus utenfor foretaket ivaretas indirekte gjennom mobilitetskomponenten i somatikk modellen.

##### *PREHOSPITALE TJENESTER*

Ambulansetjenester inngår i fellesområdet og er i dag organisert under en felles leder. Det foreslås ikke, å utrede inntektsfordelingsmodell for prehospitale tjenester.

##### *TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING*

Døgnbehandling innen TSB er i dag lokalisert til Rana med egen rusenhet.. Det foreslås ikke å utvikle en inntektsmodell for TSB som først fordeler penger til sykehusområdene for deretter å trekke dem inn igjen, i mobilitetskomponenten. Det vises til kapittel 6.

##### *BINDAL*

Prosjekt gruppa har drøftet hvor Bindal kommune økonomisk og organisatorisk skal høre hjemme. Bindal kommune får hovedtyngden av sitt tilbud av spesialisthelsetjeneste fra Helse Nord-Trøndelag. Men Sandnessjøen sykehus er det sykehuset som har relativt sett flest pasienter fra kommunen. Prosjektgruppa foreslår at Bindal kommune legges inn i Sandnessjøen sitt opptaksområde.

### *SOMATISK VIRKSOMHET*

Prosjektgruppa, har med bakgrunn i mandatet utarbeidet en intern inntektsfordelingsmodell basert på prinsippene i Helse Nord sin modell. Prosjektgruppa med unntak av representantene fra Mosjøen stiller seg samlet bak forslaget til modell.

Det at modellen både innebærer en form for abonnement og risikodeling, gir økonomiske incentiver til sykehusene til å utnytte kapasiteten i eget foretak før en sender pasienten ut av foretaket.

R-representantene fra Mosjøen peker på at modellen er god i den forstand at den tar hensyn til behov og pasientmobilitet, men at den ISF-baserte modellen ikke i stor nok grad evner å ta høyde for forskjeller i kostnadsnivå og inntektsmuligheter ved våre tre sykehusenheter. Forslag til modell beskrives i kapittel 5.

### *PSYKIATRI*

Prosjektgruppa, har med bakgrunn i mandatet utarbeidet en intern inntektsfordelingsmodell basert på prinsippene i Helse Nord sin modell. Prosjektgruppa stiller seg samlet bak forslaget til modell. Forslag til modell beskrives i kapittel 6.

## **5. Modell for Somatikk**

Foreslått modell for fordeling av ressurser til somatikk er bygget opp på samme måte som inntektsmodellen for somatikk i Helse Nord. Dette innebærer en behovskomponent som fordeler inntekter ut fra befolkningens behov, slik dette defineres, og med en kostnadskomponent som kompenserer helseforetakene for evt. ”ufrivillige kostnadsulemper” samt for foretaksfunksjoner for Helgelandsområdet (”helgelandsfunksjoner”). Dette er pasienttilbud som er sentralisert til ett (eller to) sykehus. I tillegg krever en slik behovsmodell en mobilitetskomponent som sikrer at ressurser tilfaller sykehuset som utfører aktiviteten.

Behovskomponenten fordeler 90 % av inntektene, mens de øvrige 10 % fordeles på bakgrunn av definerte ”helgelandsfunksjoner” eller kostnadsulemper. I de neste kapitlene presenteres hovedkomponentene i somatikkmodellen nærmere.

### **5.1. Behovskomponenten**

Behovskomponenten kompenserer sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som alderssammensetningen og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet.

Behovskriteriene fra Helse Nord sin modell er lagt til grunn for behovskomponenten. Denne modellen bygger på analyser av sammenhengen mellom behandlingsbehov og observerte behovsvariabler ut fra data fra alle landets kommuner. I tillegg til alderskriterier fordeles

ressurser ut fra følgende sosiale kriterier i Helse Nord-modellen; antall uføre, antall sosialhjelpsmottakere, dødelighet og voldsanmeldelser. Som følge av manglende data på kommunenivå har prosjektgruppen valgt å nullstille voldskriteriet. De andre kriteriene er derfor gitt høyere vektor enn hva som er tilfelle i Helse Nord's kriteriesett. Vektene er skalert opp på en slik måte at det relative forholdet mellom dem er uendret.

Behovskomponenten	HN modell	Helgelandmodell
0-4 år	5,5 %	5,7 %
5-19 år	3,1 %	3,2 %
20-39 år	10,8 %	11,3 %
40-64 år	22,8 %	23,8 %
65-74 år	10,6 %	11,1 %
75-89 år	17,3 %	18,1 %
90 + år	1,8 %	1,9 %
<b>Sum alderskriterier</b>	<b>71,9 %</b>	<b>75,1 %</b>
Uføre	13,5 %	14,1 %
Sosialhjelp	3,3 %	3,4 %
Dødelighet	7,1 %	7,4 %
Vold	4,2 %	
<b>Sum sosiale kriterier</b>	<b>28,1 %</b>	<b>24,9 %</b>
<b>Sum</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Magnussenmodellen, som ligger til grunn for nasjonal inntektsfordeling, har en noe annerledes vektfordelingen mellom variablene og innretningen av de sosiale kriteriene er noe annerledes. Prosjekt- og styringsgruppen er videre kjent med at Helse Nord skal revidere den regionale inntektsmodellen for somatikk. Ved revisjon av Helgelandsmodellen anbefales det at det gjøres en vurdering av behovskomponenten, med sikte på samordning mot regional modell. Det antas at evt. justering av behovsnøkkelen kun har mindre effekter på den relative fordelingen mellom sykehusenhetene.

## 5.2. Kostnadskomponenten

Kostnadskomponenten kompenserer sykehusene for eventuelle definerte kostnadsulemper samt for ekstrakostnader knyttet til "helgelandsfunksjoner". Helgelandsfunksjonene skal gi tjenester til pasienter fra alle sykehusområdene og oppbyggingen av kostnadskomponenten må derfor ses i nær sammenheng med oppbyggingen av mobilitetskomponenten. Helgelandsfunksjonene vil dels finansieres gjennom et tilskudd i kostnadskomponenten, dels finansieres gjennom et gjestepasientoppgjør (mobilitetskomponenten) og dels gjennom ordinær ISF-inntekt.

### 5.2.1. Kostnadsulemper

Generelt er det to forutsetninger som må være oppfylt for at kompensasjon for eventuell kostnadsulempe skal gis. Kostnaden må være knyttet til en aktivitet som man ønsker å finansiere. Videre må fordelingen av denne aktiviteten eller kostnaden mellom sykehusene avvike fra den relative fordelingen i behovskomponenten. Dette følger fordi beløpet som blir fordelt ved en



eventuell kostnadskompensasjon trekkes ut fra behovsfordelingen. Dersom den relative fordelingen mellom sykehusene er den samme i kostnads- og behovskomponenten, vil ikke kostnadskompensasjon påvirke fordelingen mellom sykehusene.

I prosjektarbeidet er det ikke avdekket særskilte forhold som kan dokumenteres å medføre en kostnadsulempe, og hvor denne fordeler seg vesentlig annerledes sammenlignet med behovsfordelingen. I dagens inntektsfordeling gis det imidlertid et særskilt tilskudd til fødestue og dialyse Brønnøysund. Prosjekt- og styringsgruppen foreslår at disse tilskuddene videreføres som del av kostnadskomponenten og fordeles til Sandnessjøen.

### 5.2.2. Kompensasjon for Helgelandsfunksjoner

I dette avsnittet diskuteres kompensasjon knyttet til "helgelandsfunksjoner", dvs. behandlingstilbud til hele helseforetakets opptaksområde som gis kun av et sykehus. Prosjekt- og styringsgruppens gjennomgang har resultert i at følgende funksjoner og beløp foreslås håndtert i kostnadskomponenten:

<b>Kostnadskomponent</b>				
DRG pris		38,209	<i>Oppdateres årlig</i>	
Refusjon i kostnadskomponent		20 %		
Funksjon	ISF-finansiert	Antall DRG-poeng 2011	Beløp i kostnadskomponent	Merknad
<b>Sandnessjøen</b>				
Amk, inkl service	nei	0	7 800	Årlig netto kostnad 7,8 mill
ØNH	ja	253	1 933	20 % ISF-pris* DRG-poeng
Pacemakerinnlegging	ja	103	788	20 % ISF-pris* DRG-poeng
Rehab Sandnessjøen	ja	60	459	20 % ISF-pris* DRG-poeng
Helgeland Rehabilitering	ja		6 200	Årlig kostnad 8,5 mill minus estimat ISF 2,3 mill kr
Fødeavdeling Brønnøysund	ja		2869	Særskilt tilskudd lagt inn
Dialyse Brønnøysund	ja		1547	Særskilt tilskudd lagt inn
<b>Sum Sandnessjøen</b>		<b>416</b>	<b>21 596</b>	
<b>Mosjøen</b>				
Urologi	ja	184	1 406	20 % ISF-pris* DRG-poeng
Plastikkirurgi	ja	98	749	20 % ISF-pris* DRG-poeng
Øye	ja	259	1 979	20 % ISF-pris* DRG-poeng
Hud	ja	92	703	20 % ISF-pris* DRG-poeng
Nevrologi	ja	131	1 001	20 % ISF-pris* DRG-poeng
Nevrofysiologi, søvn apre	ja	43	329	20 % ISF-pris* DRG-poeng
Kapselendoskopi	ja	20	153	20 % ISF-pris* DRG-poeng
<b>Sum Mosjøen</b>		<b>827</b>	<b>6 320</b>	
<b>Mo i Rana</b>				
Reumatologi	ja	126	963	20 % ISF-pris* DRG-poeng
Ortopedi	ja	1946	14 871	20 % ISF-pris* DRG-poeng
<b>Sum Mo i Rana</b>		<b>2 072</b>	<b>15 834</b>	
		<b>Sum kostnadskomp</b>	<b>43 750</b>	

Midler til kronikersatsning videreføres utenfor modellen og bevilges særskilt til aktuelt sykehus

For å støtte opp under vedtatte funksjonsfordelinger i Helgelandssykehuset foreslår prosjektet at Helgelandsfunksjoner finansieres 100 % av ISF satsen. Dette innebærer at alle sykehusene er med og "basisfinansierer" disse funksjonene, noe som medfører en risikodeling mellom sykehusene. Den som leverer aktiviteten er sikret en finansiering i bunn, og den som "kjøper" aktiviteten har allerede betalt en form for abonnement for tilgang til tjenesten.

For funksjoner som er DRG-finansiert og som ikke har særskilt finansiering i dagens inntektsfordeling, foreslås DRG-pris og poeng lagt til grunn. Dette innebærer følgende finansieringsprinsipp:

Inntekt fra ordinær ISF-inntekt	40 % av estimert kostnad
Inntekt fra mobilitetskomponent	40 % av estimert kostnad
Inntekt fra kostnadskomponent	20 % av estimert kostnad
<b>Sum finansiert</b>	<b>100 % av estimert kostnad</b>

Prosjektgruppen har gjort forsøk på egne kostnadsberegninger av ulike aktiviteter, men disse er vanskelige å kvalitetssikre og det er utfordrende å sikre like prinsipper for kostnadsberegning og kostnadsfordelinger. Kostnadsberegningene som foretas gjennom vedlikehold av nasjonalt system for innsatsstyrt finansiering (ISF) er de mest pålitelige dataene vi har for kostnadsvurderinger av ulik aktivitet, og prosjektet tilråder at disse legges til grunn. De nasjonale kostnadsvektene revideres årlig, og ved å legge DRG-systemet til grunn forenkles oppdatering og vedlikehold av modellen. Ved å ta utgangspunkt i et omforent aktivitetsnivå for helgelandsfunksjonene beregnes kostnadskomponenten dermed som Antall DRG-poeng x ISF-pris x 20 %.

AMK-funksjon som håndteres i Sandnessjøen foreslås lagt inn med 100 % av netto kostnad. Det foreslås også lagt inn et kostnadselement i tilknytning til Helgeland rehabilitering. Ved endring av denne avtalen må kostnadskomponenten justeres. DRG-pris og prisjustering av elementene i kostnadskomponenten som ikke er DRG-finansiert skal skje årlig på lik linje med øvrig prisjustering.

### 5.3. Mobilitetskomponenten

Når en pasient fra et sykehusområde mottar sin behandling ved et annet sykehus, vil det utløse en betalingsforpliktelse fra sykehusområdet der pasienten bor til det sykehus som behandler pasienten. Dette er et nødvendig element i en behovsmodell hvor ressursene til å ivareta "egne" pasienter fordeles mellom sykehusene (behovskomponenten). Dersom pasienter mottar sin behandling i andre sykehusområder er det nødvendig å ha en mobilitetskomponent som gjør at ressursene til slutt tilfaller sykehuset som utfører aktiviteten.

Det kan være flere årsaker til at pasienten ikke behandles i eget sykehusområde, for eksempel arbeidsdeling/spesialisering mellom sykehusene, fritt sykehusvalg eller akutte hendelser. I dette kapitlet foreslås beregning av denne betalingsforpliktelsen.

### 5.3.1. Dagens gjestepasientordning somatikk

I dag er det ikke et internt oppgjør mellom sykehusene på Helgeland, men dagens inntektsmodell for somatikk ivaretar delvis et slikt element ved at aktivitet ved det enkelte sykehus brukes som kriterium for fordeling.

### 5.3.2. Prinsipielle valg

Det finnes flere alternative tilnærminger for å håndtere betalingsforpliktelsen som oppstår mellom sykehusenhetene som følge av pasientmobilitet:

- ✓ Tradisjonelt gjestepasientoppgjør innebærer at betaleren finansierer per DRG-poeng/opphold basert på fast/avtalt pris.
- ✓ Abonnement innebærer at betaleren forplikter seg til å finansiere et bestemt volum hos utføreren til en bestemt pris.
- ✓ Separat finansiering av foretaksfunksjoner eller spesialiserte enheter
- ✓ En kombinasjon av disse løsningene.

Hovedforskjellen i modellene er at de plasserer risiko/usikkerhet ved variasjon i pasientmobilitet mellom betaler og utfører på forskjellige måter. Et tradisjonelt gjestepasientoppgjør medfører usikkerhet for betaleren ved at en på forhånd ikke vet med sikkerhet hvor mange pasienter som behandles i andre sykehusområder, og hos utføreren ved at en ikke med sikkerhet vet hvor mange pasienter fra andre sykehusområder som trenger behandling. Denne usikkerheten kan reduseres ved et abonnement. Da vil betaleren vite hvilke betalingsforpliktelse en står overfor og utføreren vite hvilken produksjonskapasitet som skal stilles til rådighet. Betaleren må finansiere en kapasitet hos utføreren selv om den ikke benyttes, noe som i enkelte tilfeller kan føre til lavere effektivitet. På den andre side kan en slik abonnementsbetaling brukes til å underbygge ønsket funksjonsfordeling i helseforetaket. Ved separat finansiering av spesialiserte avdelinger vil en oppnå noe av de samme effektene når det gjelder risikofordeling og de samme problemene når det gjelder effektivitet, men selve finansieringen vil da belastes alle helseforetakene.

Som regel brukes kombinasjonsløsninger, som gjør at en avveier usikkerhet mot effektivitet. Det er også en løsning som tilrådes for Helgelandssykehuset. Foreslått modell kombinerer gjestepasientoppgjør med en basisfinansiering av ”helgelandsfunksjonene” i kostnadskomponenten.

Det har vært diskutert i arbeidsgruppen og styringsgruppen om pediatrivirksomheten i Sandnessjøen skal anses som en ”Helgelandsfunksjon”. Dette tilbudet gis imidlertid ikke bare fra Sandnessjøen, da det er tilsatt pediater i Mo i Rana, og det er heller ikke vedtatt en slik foretaksfunksjon. Virksomheten er således ikke tatt med i kostnadskomponenten.

### 5.3.3. Forslag til mobilitetskomponent

Prosjektet har foreslått å videreføre dagens ordning hvor gjestepasientkostnader (aktivitet utenfor Helse Nord) budsjetteres og belastes et sentralt fellesområde. Videre er det slik at Helgelandssykehuset betaler for aktivitet ved andre helseforetak i Helse Nord gjennom mobilitetskomponenten i den regionale inntektsmodellen (i praksis ved at basisrammen reduseres). Kjøp av aktivitet fra andre foretak i Helse Nord og utenfor region kan fordele seg ulikt mellom sykehusene. For å ivareta disse forholdene i en behovsmodell foreslår prosjektet at mobilitetskomponenten utvides sammenlignet med Helse Nord's inntektsmodell ved at det etableres en tredelt behovskomponent:

1. *Intern pasientstrøm Helgelandssykehuset* ivaretar pasientstrømmer mellom sykehusenhetene på Helgeland
2. *Pasientstrøm Helse Nord* ivaretar pasientstrømmer til andre foretak i Helse Nord
3. *Pasientstrøm ekstern* ivaretar pasientstrømmer til andre regioner

Prosjektet anser denne utvidelsen som nødvendig for å ivareta en riktig behovsfordeling. For å illustrere hvorfor dette anses nødvendig kan det tas utgangspunkt i at ressursene fordeles mellom sykehusenhetene for å ivareta egen befolknings behov. Befolkningens behov dekkes både gjennom egen aktivitet og kjøp av aktivitet fra andre. Dersom et sykehus belaster fellesområdet med større gjestepasientregninger enn hva behovskomponenten tilsier har sykehusenheten i sum fått en større andel av ressursene enn hva behovsfordelingen tilsier. Ved å korrigere for evt. ”skjev” belastning av gjestepasientbudsjettet på fellesområdet, ivaretas riktig fordeling mellom sykehusenhetene basert på befolkningens behov.

Prosjektet foreslår at det legges til grunn at mobilitetskomponenten (*Intern pasientstrøm Helgelandssykehuset*) settes til 40 % av DRG. I tillegg vil ordinær ISF inntekt tilfalle sykehus som utfører aktiviteten (40 %), samt at helgelandsfunksjonene finansieres med 20 % i kostnadskomponenten. For aktivitet som ikke er definert som helgelandsfunksjoner vil dette nivået på betaling, som sammenfaller med nasjonal og regional betalingsmodell, sikre nøytralitet i forhold til behandling hos andre foretak i Helse Nord eller i andre regioner. Dette innebærer at behandlingens kostnaden er lik, og at beslutninger kan gjøres uavhengig på faglig grunnlag. For Helgelandsfunksjonene har sykehusenhetene allerede bidratt med basisfinansiering gjennom kostnadskomponenten og det vil være økonomisk mest gunstig å utnytte intern kapasitet på Helgeland for disse tilbudene. Følgende pasientstrømmer for 2011 ligger til grunn for modellen som presenteres (DRG-poeng dag/døgn/poliklinisk aktivitet).

<b>Korrigerte DRG-døgn + dag, poliklinikk 2011</b>				
<b>HF-utfører</b> ↓ <b>HF-bosted</b> →	Sandnessjøen	Mosjøen	Rana	<b>Totalt</b>
Sandnessjøen	4 320	677	395	<b>5 392</b>
Mosjøen	310	2 373	389	<b>3 072</b>
Rana	588	620	5 357	<b>6 565</b>
<b>Totalt</b>	<b>5 218</b>	<b>3 670</b>	<b>6 141</b>	<b>15 029</b>

For mobilitetskomponentens del 2 (pasientstrøm i Helse Nord) foreslås en forenklet modellteknisk løsning ved at beløpet som Helgelandssykehuset betaler gjennom mobilitetskomponenten i Helse Nord (ca 111 mill kr) fordeles mellom sykehusene basert på behov. Deretter fordeles den samme betalingen mellom sykehusene basert på andel av "gjestepasientkjøp" fra andre foretak i Helse Nord. Differansen mellom behov og faktisk "kjøp" korrigeres i mobilitetskomponenten som illustrert nedenfor.

<b>Mobilitet Helse Nord</b>							
Trekk i HN modell	-110552	Oppdateres årlig					
<b>Kjøp av andre HF i Nord</b>	DRG poeng 2011	Poeng	Andel	Behovskomp. Modell	Trekk fordelt	Trekk fordelt forbruk	Effekt
SSJ	2424	37 %	37 %	40 580	-41 044	-464	
MSJ	1321	20 %	21 %	22 994	-22 368	626	
Rana	2784	43 %	42 %	46 979	-47 140	-161	
SUM	6529	100 %	100 %	110 552	-110 552	-	

På samme måte foreslås gjestepasientkjøp utenfor Helse Nord (mobilitetskomponentens del 3) håndtert ved at sentralt budsjettet netto gjestepasientbudsjett fordeles mellom sykehusene basert på behov og deretter fordeles betalingen basert på andel av gjestepasientkjøp.

<b>Mobilitet andre regioner</b>							
Sentralt gjestepas budsjett	46662	Oppdateres årlig					
<b>Kjøp utenfor HN</b>	DRG poeng 2010	Poeng	Fordeling kjøp utenfor region	Behovskomp. Fordeling mod etter	Budsjett for etter modell	Budsjett for etter forbruk	Diff
SSJ	1662,775	61 %	36,7 %	17 128	-28 267	-11 139	
Mosjøen	420,133	15 %	20,8 %	9 705	-7 142	2 563	
Rana	661,892	24 %	42,5 %	19 829	-11 252	8 577	
SUM	2744,8	100 %	100 %	46 662	(46 662)	-	

Ovenstående tabell illustrerer godt nødvendigheten av dette elementet i mobilitetskomponenten. Dersom ikke dette elementet innarbeides vil Sandnessjøen sykehus få 11 mill kr mer av ressursene til somatisk virksomhet enn hva relativ fordeling av behov mellom sykehusene tilsier.

Mobilitetsdata skal oppdateres årlig, etterskuddsvis i foreslått modell. Det vil si at pasientstrøm for 2011 vil ligge til grunn for budsjett 2013. Samlet gir dette følgende mobilitetskomponent basert på 2011-data.

Sykehus	Mob.komp. intern HLSH	Mob.komp. intern HN	Mob.komp. Ekstern	Sum Mob. komp
Sandnessjøen	2 573	-464	-11 139	<b>-9 031</b>
Mosjøen	-8 843	626	2 563	<b>-5 654</b>
Rana	6 270	-161	8 577	<b>14 685</b>
<b>SUM</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### 5.4. Totalmodell Somatikk

Oppsummert gir dette følgende modell for inntektsfordeling for somatisk virksomhet

Sykehus	Behov	Kostnad	Mob.komp. intern HLSH	Mob.komp. intern HN	Mob.komp. Ekstern	Sum Foreslått modell	Andeler
Sandnessjøen	150 077	21 596	2 573	-464	-11 139	162 642	36 %
Mosjøen	85 037	6 320	-8 843	626	2 563	85 703	19 %
Rana	173 741	15 834	6 270	-161	8 577	204 259	45 %
<b>SUM</b>	<b>408 854</b>	<b>43 750</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>452 604</b>	<b>100 %</b>

Sammenlignet med dagens fordeling av ressurser gir dette følgende omfordelingsvirkninger:

Sykehus	Sum	Fordelt i dag	
	Foreslått modell	Somatikk	Endring
Sandnessjøen	162 642	159 448	3 194
Mosjøen	85 703	99 893	-14 190
Rana	204 259	193 263	10 996
<b>SUM</b>	<b>452 604</b>	<b>452 604</b>	<b>0</b>

## 6. Modell for psykisk helsevern

Modellen som legges til grunn til fordeling av inntekter til psykisk helsevern mellom sykehusenhetene er bygget opp på samme måte som foreslått modell for somatikk.

Behovskomponenten fordeler 86 % av ressursene, mens 14 % fordeles gjennom kostnadskomponenten.

### 6.1. Behovskomponenten

Behovskriteriene fra Helse Nord's modell er lagt til grunn for behovskomponenten. Dette kriteriesettet består av Magnussensutvalgets kriteriesett for barne- og ungdomspsykiatri (BUP), og et kriteriesett for voksenpsykiatri (PHV) utarbeidet av SINTEF Helse på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. Disse to kriteriesettene er vektet sammen slik at det er ett felles kriteriesett for psykisk helse.

Kriteriesettet for PHV er basert på pasienttellingsdata. Dette er registreringer av pasientene som mottar behandling i psykisk helsevern på en gitt dato (døgnvirksomhet) eller i et gitt 14-dagers tidsrom (poliklinikk og dagpasienter). Pasienttellingsdata er godt egnet til dette analyseformålet fordi de i tillegg til kjønn og alder omfatter opplysninger om sivilstatus, hovedinntektskilde og utdanning. Valgte data er fra pasienttelling gjennomført av SINTEF høsten 2007 og våren 2008 på oppdrag fra Helse Sør-Øst. Dette datagrunnlaget er, i tillegg til å være nyere, mer

detaljert enn det som forelå for Magnussenutvalget, og er derfor valgt i Helse Nords og Helgelands modell.

For BUP finnes kun et datasett (Magnussenutvalget) hvor det er brukt regresjonsanalyser av forbruk (pasienter) per innbygger for fire aldersgrupper på kommunenivå, basert på data fra Norsk pasientregister. For å redusere betydningen av tilfeldige årsvariasjoner i forbruk, er gjennomsnitt for 2005 og 2006 lagt til grunn. Det er kontrollert for tilbudssideeffekter ved å ta høyde for nivåforskjeller i forbruk mellom helseforetaksområder. Forklaringsvariablene som er undersøkt, er alder og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen i kommunene. Datagrunnlag og analyseresultater er nærmere beskrevet i vedlegg 7 i NOU 2008:2.

For å lage en felles nøkkel for psykisk helsevern må resultatene for de to delnøkklene for voksne samt barn og unge vektet sammen. Magnussenutvalget valgte å vekte inn kriterievektene for barn og unge med 20 pst og det er dette som ligger til grunn for modellen. Tabellen under oppsummerer foreslått behovskomponent for psykisk helse

Kriterie		Vekt
Alder	0 til 5	0 %
Alder	6 til 12	3 %
Alder	13 til 17	7 %
Alder	18 til 29	14 %
Alder	30 til 39	12 %
Alder	40 til 49	9 %
Alder	50 til 59	6 %
Alder	60 til 69	3 %
Alder	70 til 79	3 %
Alder	80 +	3 %
<b>Sum</b>	<b>Alderskriterier</b>	<b>60 %</b>
Antall ugifte 40 +		4 %
Antall uføre med diagnose innen psykisk helse 18-39 år		8 %
Antall uføre med diagnose innen psykisk helse 40-69 år		10 %
Antall med utdanning grunnskole 18-29 år		3 %
Antall barn som bor med en forelder		5 %
Antall barnevernstiltak		2 %
Antall uføretrygdede 18-67 år		1 %
Antall ikke-vestlige innvandrere		7 %
<b>Sum</b>	<b>Sosiale kriterier</b>	<b>40 %</b>
<b>SUM behovskomponent</b>		<b>100 %</b>

I tråd med mandatet er prosjekt- og styringsgruppens vurdering at siste tilgjengelige datasett bør benyttes.

## 6.2. Kostnadskomponenten

Også i foreslått inntektsmodell for psykisk helse må kostnadskomponent og mobilitetskomponenten ses i nær sammenheng.

I prosjektarbeidet er det spilt inn ett særskilt forhold som prosjektet foreslår å håndtere særskilt. DPS funksjon for Sandnessjøen er av geografiske årsaker fysisk plassert på to plasser (Sandnessjøen og Brønnøysund). Prosjektet foreslår en skjønnsmessig kompensasjon på 1 mill kr for merkostnader knyttet til dette.

Prosjekt- og styringsgruppens gjennomgang har resultert i at følgende ”helgelandsfunksjoner” og beløp foreslås håndtert i kostnadskomponenten:

<b>Kostnadskomponent</b>					
Mobilitetspris liggedøgn	4,00	Prisjusteres årlig	i hele 1000 kr		
Mobilitetspris konsultasjoner	0,60	Prisjusteres årlig	i hele 1000 kr		
Funksjon	Kostnader (1000 kr)	Antall liggedøgn	Antall konsultasjoner	Sum inntekter mobilitet (1000 kr)	Kostnads-komponent
<b>Sandnessjøen</b>					
DPS på to steder					1 000
<b>Sum Sandnessjøen</b>			-		<b>1 000</b>
<b>Mosjøen</b>					
allmennpsykiatrisk døgnavdeling voksne	18 758	3 890	-	15 560	3 198
klinikkavdeling barn-ungdom	14 934	2 190	-	8 760	6 174
familieavdeling	3 111	308	-	1 232	1 879
nevropsykologisk avdeling	3 241		570	342	2 899
			-		-
			-		-
			-		-
<b>Sum Mosjøen</b>	<b>40 044</b>	<b>6 388</b>	<b>570</b>	<b>25 894</b>	<b>14 150</b>
<b>Mo i Rana</b>					
Døgnavdeling Mo i Rana	11 664	2 500	-	10 000	1 664
			-		-
<b>Sum Mo i Rana</b>	<b>11 664</b>	<b>2 500</b>	<b>-</b>	<b>10 000</b>	<b>1 664</b>
				Sum kostnadskomp	16 814

For å støtte opp under vedtatte funksjonsfordelinger i Helgelandssykehuset foreslår prosjektet at Helgelandsfunksjoner finansieres 100 % av estimerte kostnader. Estimerte kostnader og aktivitetsnivå er i dette tilfelle basert på år 2011.

Prinsippet for beregning av kostnadskomponentens størrelse er det samme som for somatikkmodellen, men siden aktiviteten ikke er DRG-finansiert tas det utgangspunkt i egne kostnadsberegninger. Alle sykehusene er med å ”basisfinansiere” funksjonene, noe som medfører en risikodeling. Den som leverer aktiviteten er sikret en basisfinansiering, og den som ”kjøper” aktiviteten betaler en form for abonnement for tilgang til tjenesten. Dette skal bygge opp under vedtatt funksjonsfordeling og vil medføre at det er økonomisk gunstig å utnytte kapasiteten.



Modellteknisk er beregningen slik:

- + Totale kostnader regnskap 2011 for aktuell funksjon
- Inntekt fra mobilitetskomponent (aktivitetsnivå\* liggedøgnpris/konsultasjonspris)
  
- = Beløp i kostnadskomponent

Prosjekt- og styringsgruppen har også diskutert tilbud som er under endring eller oppbygning, jf pågående gjennomgang av psykisk helsevern i helseforetaket. Det er prosjektets syn at aktivitetsbestilling og oppdatering av funksjoner under endring i kostnadskomponenten må vurderes ved revisjon av modellen. Dette vil sikre at kostnadskompensasjon gis på bakgrunn av faktisk og ønsket aktivitet og korrekt kostnadsnivå.

### **6.3. Mobilitetskomponenten**

Også modellen for psykisk helse er en behovsmodell hvor ressursene til å ivareta "egne" pasienter fordeles mellom sykehusene (behovskomponenten). Det er derfor nødvendig å ha en mobilitetskomponent som gjør at ressursene tilslutt tilfaller sykehuset som utfører aktiviteten.

#### **6.3.1. Dagens gjestepasientordning**

I dag er det ikke et internt oppgjør mellom sykehusenhetene innen psykisk helsevern og TSB. Driften av døgninstitusjonene er rammefinansiert i sin helhet, mens polikliniske tilbud har en mindre aktivitetsavhengig refusjon gjennom polikliniske inntekter.

#### **6.3.2. Prinsipielle valg**

Også for psykisk helsevern foreslås en løsning som kombinerer gjestepasientoppgjør med en basisfinansiering av "helgelandsfunksjonene" i kostnadskomponenten. Dette vil ivareta en risikodeling mellom sykehusene. Samtidig ønskes den aktivitetsavhengige inntekten (mobilitetskomponenten) satt såpass høyt at den stimulerer til aktivitet. Det er også et viktig moment at det nå innføres en form for aktivitetsbasert finansiering av døgnaktiviteten i psykisk helse.

Også for psykisk helsevern foreslår prosjektet å videreføre dagens ordning hvor gjestepasientkostnader (aktivitet utenfor Helse Nord) budsjetteres og belastes et sentralt fellesområde. Videre er det slik at Helgelandssykehuset betaler for aktivitet ved andre helseforetak i Helse Nord gjennom mobilitetskomponenten i den regionale inntektsmodellen (i praksis ved at basisrammen reduseres). For å ivareta at kjøp fra andre foretak i Helse Nord og utenfor region kan fordele seg ulikt mellom sykehusene må det justeres for disse forholdene i modellen. På samme måte som i somatikkmodellen foreslår derfor prosjektet at mobilitetskomponenten er tredelt:

1. *Intern pasientstrøm Helgelandssykehuset* ivaretar pasientstrømmer mellom sykehusenhetene på Helgeland
2. *Pasientstrøm Helse Nord* ivaretar pasientstrømmer til andre foretak i Helse Nord
3. *Pasientstrøm ekstern* ivaretar pasientstrømmer til andre regioner

For mobilitetskomponentens del 1 *Intern pasientstrøm Helgelandssykehuset* foreslår prosjektet at aktivitetsdata fra Norsk Pasientregister legges til grunn for modellen og oppdateres årlig. I modellen som presenteres ligger data for 2010 til grunn. Følgende data foreligger for 2010 for henholdsvis liggedøgn og konsultasjoner:

**Gjestepasientstrømmer intern Helgeland**
**liggedøgn**

<b>HF utfører</b> ↓ <b>HF-bosted</b> →	Sandnessjøen	Mosjøen	Rana	<b>Totalt</b>
Sandnessjøen				-
Mosjøen	2 413	1 710	1 907	<b>6 030</b>
Rana	240	296	1 668	<b>2 204</b>
<b>Totalt</b>	<b>2 653</b>	<b>2 006</b>	<b>3 575</b>	<b>8 234</b>

**Gjestepasientstrømmer intern Helgeland**
**konsultasjoner**

<b>HF utfører</b> ↓ <b>HF-bosted</b> →	Sandnessjøen	Mosjøen	Rana	<b>Totalt</b>
Sandnessjøen	13 587	107	284	<b>13 978</b>
Mosjøen	1 518	9 619	1 049	<b>12 186</b>
Rana	149	39	12 872	<b>13 060</b>
<b>Totalt</b>	<b>15 254</b>	<b>9 765</b>	<b>14 205</b>	<b>39 224</b>

For mobilitetskomponentens del 2 *Pasientstrøm i Helse Nord* følger følgende beregning:

**Mobilitet øvrig Helse Nord**

Trekk i HN modell  Oppdateres årlig

<b>Kjøp av andre HF i Nord</b>	liggedøgn	Andel	Behovskomp. Modell	Trekk fordelt modell	Trekk fordelt forbruk	Effekt
SSJ	4324	39 %	37 %	24 138	-25 160	-1 023
MSJ	1629	15 %	21 %	13 515	-9 479	4 037
Rana	5187	47 %	42 %	27 168	-30 182	-3 014
SUM	11140	100 %	100 %	64 821	-64 821	-

Mobilitetsbeløpet fra regional inntektsmodell (-64,8 mill kr) fordeles først på bakgrunn av behov, deretter fordeles betalingen på relativ andel av liggedøgn hos andre foretak i Helse Nord. Dette viser at Mosjøen sender relativt sett færre pasienter til andre foretak i Helse Nord sammenlignet med de to andre sykehusenhetene.

For mobilitetskomponentens del 3 *Pasientstrøm utenfor Helse Nord* følger følgende beregning:

**Mobilitet andre regioner**

 Sentralt gjestepas kostnad  Oppdateres årlig

Kjøp utenfor HN DRG poeng 2010	Kr	Fordeling kjøp 2( Behovskomp. utenfor region (cFordeling modell		Budsjett fordelt etter modell	Budsjett fordel etter forbruk	Diff
SSJ	3 961 448	78 %	37,2 %	1 899	-3 967	-2 068
Mosjøen	575 459	11 %	20,9 %	1 063	-576	487
Rana	556 252	11 %	41,9 %	2 138	-557	1 581
SUM	5093159	100 %	100 %	5 100	(5 100)	-

Det er her lagt til grunn kostnader for 2011 som er fordelt på bakgrunn av behov, mens betaling fordeles på bakgrunn av faktisk "kjøpt" aktivitet. Korrigeringene som fremkommer er nødvendige for å ivareta korrekt behovsfordeling i modellen.

### 6.3.3. Nærmere om mobilitetspris (mobilitetskomponentens del 1)

Prosjektet foreslår at det tas utgangspunkt i kartleggingen som er gjort av Distriktpsikiatriske sentra (DPS) innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, jf *RHF Styresak 84-2011 Sammenligning av kostnader og personellbruk ved DPS-ene i Helse Nord*. Det var her beregnet en gjennomsnittlig døgnkostnad (eksklusive avskrivninger, pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift) for Helgelandssykehuset på kr 4.573,- og en netto kostnad per konsultasjon på 1.123,-. Mo i Rana hadde den laveste kostnaden per liggedøgn (kr 4.454,-), mens Mosjøen har den laveste nettokostnaden per konsultasjon i Helse Nord (685 kr).

Prosjektet foreslår å ta utgangspunkt i laveste gjennomsnittskostnad, justere for pensjon og arbeidsgiveravgift) og deretter sette nivået for betaling i mobilitetskomponenten til 76-78 % av estimert kostnad per liggedøgn/konsultasjon. Variasjonen skyldes avrundinger. Dette tilsvarer en liggedøgnpris på 4000,- og konsultasjonspris på 600,-.

Det er viktig å være oppmerksom på at nivået på prisen i svært liten grad påvirker fordeling mellom sykehusenhetene som følge av at størrelsen på kostnadskomponenten også påvirkes ved endring i prisnivå. Prisnivået er foreslått satt slik for å gi en risikodeling (sørge for at aktiviteten delvis basisfinansieres i kostnadskomponenten), samtidig som den skal stimulere til aktivitet. I underkant av 80 % aktivitetsavhengig refusjon tilsvarer om lag slik modellen for somatisk virksomhet fungerer (40 % refusjon gjennom ISF og 40 % refusjon gjennom mobilitetskomponent). Mobilitetsprisen foreslås årlig prisjustert.

### 6.4. Totalmodell Psykisk Helse

Oppsummert gir dette følgende modell for inntektsfordeling for psykisk helsevern:

Sykehus	Behov	Kostnad	Mob.komp.	Mob.komp.	Mob.komp.	Sum	Andeler sum
			intern HLSH	intern HN	Ekstern	Foreslått modell	
Sandnessjøen	39 350	1 000	-11 378	-1 023	-2 068	<b>25 882</b>	21 %
Mosjøen	22 033	14 150	17 549	4 037	487	<b>58 255</b>	48 %
Rana	44 290	1 664	-6 171	-3 014	1 581	<b>38 350</b>	31 %
<b>SUM</b>	<b>105 673</b>	<b>16 814</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>122 487</b>	<b>100 %</b>

Sammenlignet med dagens fordeling av ressurser gir dette følgende omfordelingsvirkninger:

Sykehus	Sum	Fordelt i dag	
	Foreslått modell	Psykisk helse	Endring
Sandnessjøen	25 882	34 161	-8 279
Mosjøen	58 255	54 143	4 112
Rana	38 350	34 183	4 167
<b>SUM</b>	<b>122 487</b>	<b>122 487</b>	<b>0</b>

## 7. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helgelandssykehuset er lokalisert til Mo i Rana. Økonomiske rammer til formålet er også begrenset (ca 17 mill kr i 2012). Prosjektgruppen anser det ikke hensiktsmessig å utarbeide en behovsmodell for et såpass begrenset område og tilrår derfor at det ikke lages en inntektsmodell for TSB, men at ressursrammen tildeles Mo. Det foretas dermed heller ikke et internt oppgjør mellom sykehusenhetene.

## 8. Implementering

Prosjekt- og styringsgruppen tilrår en gradvis implementering av modellene.

Det foreslås en gradvis implementering ut fra følgende:

- ✓ Endring i inntektsrammer medfører behov for omstilling, både for den som skal bygge ned og for den som skal bygge opp.
- ✓ Det er generelt noe usikkerhet knyttet til aktivitets- og kostnadsdata innen psykisk helse og vi trenger erfaring med årlige endringer i pasientmobilitet.

Prosjektgruppen tilrår størrelsen og tempo på innfasingen vurderes årlig i arbeidet med budsjett.

**VEDLEGG 2**



## PROTOKOLL FRA DRØFTINGSMØTE

Den 29.8.2012 ble det gjennomført drøftingsmøte jf. Aml. §§8-1 og 8-2 og HA § 31 vedrørende *rapport inntektsfordelingsmodell* i Helgelandssykehuset

**Deltakere på møtet:**

Fra arbeidstakersiden		Fra arbeidsgiversiden	
Elsa Enge	Fagforbundet	Per Martin Knutsen	Adm dir
Yvonne Pedersen	Delta	Tor Robert Barth-Heyerdahl	Fung avd dir Sandnessjøen
Trond Forså	FO	Björg Rossvoll	Fung avd dir Mosjøen
Silje Sørensen	Forskerforbundet	Tore Enga	Personal- og org. sjef
Synnøve Kjos	Ergo	Randi Erlandsen	Kommunikasjonssjef
Maria Elvetun	DnJ		
Lisbet Ann Johansen	NSF		
Klaus Becker	Dnlf		
Eirik Holand	NPF		
Henrik Henriksen	Stedfortredene Hovedverneombud		

**Sak: *Inntektsfordelingsmodell***

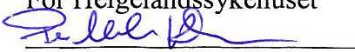
Arbeidsgiver viste til utsendt rapport inntekstmodeller for Helgelandssykehuset. Administrerende direktør gikk i korte trekk gjennom bakgrunn for modellen, med særlig vekt på de prinsipper som ligger til grunn for inntektsfordelingen mellom enhetene i Helgelandssykehuset. Det ble i denne drøftingen også lagt stor vekt på å gå gjennom konsekvenser for modellen. Det var enighet om viktigheten med og først få innført prinsippene for fordeling og deretter bruke tid og samarbeid på å legge til rette for en implementering som ivaretar både kvalitet i tjenestene, samt trygghet og respekt for pasienter og ansatte.

**Tillitsvalgte/verneombud hadde følgende å bemerke/innspill:**

Arbeidstakersiden var enig i at prinsippene som er lagt til grunn i fordelingsmodellen vil sikre større likeverdighet i tilbudet til pasientene. Det oppleves som positivt. Det vises samtidig til en bekymring for de konsekvenser i fordelingen som fører til forskjeller i fordelingen mellom enhetene. Arbeidstakersiden presiserer viktigheten med å bruke tid på implementeringen slik at pasienttilbudene og forutsetningene for ansatte sikres på best mulig måte.

**Konklusjon:**

Arbeidsgiver tar med seg bemerkningen/innspillene og rapporten vil bli fremmet som en egen styresak i neste styremøte.

For Helgelandssykehuset  
  
 Administrerende direktør

For organisasjonene  
  
 Foretakstillitsvalgt

## VEDLEGG 3

### Prosjekt: Inntektsfordelingsmodell

Prosjektgruppa utarbeider en inntektsfordelingsmodell for somatikk og psykiatri basert på behovskomponent, kostnadskomponent og mobilitetskomponent. Arbeidet har foregått vinter og våren 2012 og er nå i en avslutningsfase.

Av: [Controller Geir Morten Jensen](#)

Siden foretaket ble startet har vi benyttet en intern modell for fordeling av basisramma som vi får fra Helse Nord. Først har vi fordelt penger til psykiatri og Fellesområdet, og så har vi fordelt resten ut til sykehusenhetene basert på befolkningen i sykehusområdet 50 % og aktivitet (DRG-poeng) 50 %. Det skal nå vurderes om det er andre og eventuelt bedre måter å fordele basisramma på.

Det ble derfor satt ned en prosjektgruppe som skal jobbe frem en ny inntektsfordelingsmodell. Prosjektgruppa består av Jann-Georg Falch – leder (RHF), Jan Petter Monsen (RHF), Tor-Robert Barth Heyerdahl (SSJ), Dag Stefansen (SSJ), Børge Nordås (MSJ), Arne Wilskow (MSJ), Sidsel Forbergskog (MiR), Michael Strehle (MiR), Fred A Mürer (Foretaket), Tove Lyngved (Foretaket) og Geir Morten Jensen (Foretaket).

Styringsgruppe for prosjektet er ledergruppa og FTV Mohamed Ziedoy.

Mandatet for gruppas arbeider er gitt i styresak 74/2011 og i styringsgruppemøte er følgende presisering også tatt inn:

- Hovedformålet med inntektsfordelingsmodellen i Helgelandssykehuset, er å utvikle en finansieringsmodell som støtter opp under god pasientbehandling og utnyttelse av den samlede kapasiteten i sykehusenhetene og foretaket som helhet. Alle pasienter uavhengig hvor de bor skal ha tilgang til likeverdige tilbud.
- Det er viktig å få en felles forståelse av formålet med og innholdet i inntektsfordelingsmodellen til Helgelandssykehuset. Modellen skal være oversikkelig, etterprøvbare og forutsigbar.

Prosjektgruppa jobber ut fra dagens organisering med 3 sykehusenheter. Arbeidet med modellen er utviklet trinnvis der man startet med somatikk og videre med psykiatrien. Prosjekt gruppen har også sett på rusområdet og fellesområdet.

Prosjektgruppa har tatt utgangspunkt i Helse Nord's modell for inntektsfordeling mellom foretakene i Helse Nord, med behovskomponent, kostnadskomponent og mobilitetskomponent. Dette for å ta utgangspunkt i befolkningen, justert for enkelte kriterier. Mobilitetskomponenten tar hensynt til hvor pasientene blir behandlet. Denne tar for seg både intern og ekstern mobilitet. For Helgelandsfunksjoner og andre kostnadsulemper skal kostnadskomponenten hensyn ta dette.

Hvis du har synspunkter/meninger/innspill som du mener er relevante send de til controller [Geir Morten Jensen](#), som vil videreformidle disse til prosjektgruppa.

Referatene og foreløpige simuleringer ligger vedlagt:

#### Relaterte vedlegg

- [Referat\\_prosj\\_inntfmodell\\_24012012.pdf \(23KB\)](#)
- [Referat\\_prosj\\_inntfmodell\\_03022012.pdf \(28KB\)](#)
- [Referat\\_styringsgrp\\_inntfmodell\\_14022012.pdf \(21KB\)](#)
- [Referat\\_prosjekt\\_inntektsfordelingsmodell\\_230312.pdf \(70KB\)](#)
- [Referat\\_prosjekt\\_inntektsfordelingsmodell\\_290312.pdf \(321KB\)](#)
- [Referat\\_prosjekt\\_inntektsfordelingsmodell\\_190412.pdf \(88KB\)](#)
- [Referat\\_prosjekt\\_inntektsfordelingsmodell\\_250512.pdf \(47KB\)](#)
- [Modell\\_somatikk\\_presentasjon\\_25\\_mai\\_-1.ppt \(171KB\)](#)



F.v.: Økon.sjef NLSH Marit Barosen, Jan Petter Monsen, Fred A. Mürer, Børge Nordås, Tove Lyngved, Tor Robert B. Heyerdahl, Sidsel Forbergskog og Jann-Georg Falch.