

Styresak 31/2013: Revidert inntektsfordeling i Helse Nord - høringsuttalelse

Møtedato: 22.04.13

Møtested: Sandnessjøen, Rica Hotell

Innledning

På oppdrag fra administrerende direktør i Helse Nord har en regional arbeidsgruppe utarbeidet forslag til revidert inntektsmodell for somatikk for foretakene i Helse Nord.

I brev av 15.02.2013 bes foretakene å komme med høringsuttalelse knyttet til revidering av modellen og en tilbakemelding på følgende forhold:

- En vurdering av om modellen støtter opp om:
 - Likeverdig tilbud til pasientene i Helse Nord
 - Samhandling mellom helseforetakene
 - Effektiv Ressursbruk
 - Pasienttilbud av god kvalitet
- Andre forhold i modellen som ønskes belyst av helseforetaket.
- Innfasing av modellen

Formålet med denne saken er å orientere styret i Helgelandssykehuset HF om endringer som følge av forslag til revidering av Helse Nord's inntektsmodell for somatikk, og be styret ta stilling til denne saken som Helgelandssykehusets høringsuttalelse til Helse Nord.

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 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. Dagens inntektsmodell ble innført med formål om 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.

Etter snart seks års bruk har det vært behov for å oppdatere og revidere modellen med sikte på å:

- Evaluere dagens modeller med hensyn til formål, jmf. ovenfor.
- Evaluere dagens modell i forhold til tilsvarende modeller i andre regioner.
- Videreutvikle modellene spesielt med tanke på
 - Forankre modellforståelse og sørge-for perspektivet i foretaksgruppen
 - Forenkle modellene
 - Lage forutsigbare modeller
 - Vurdere insentiver i modellene som stimulerer til for eksempel bedre kvalitet, pasientsikkerhet, samhandling, effektivitet og evt. andre mål.

Foreslått modell

Prosjektgruppen foreslår i rapporten en revidert modell. Modellen legger fortsatt opp til at "pengene følger pasienten" og at helseforetakene derfor må levere pasientbehandling av god kvalitet for å bli foretrukket av pasientene.

Både Helse Nords nåværende inntektsmodell for somatikk og prosjektgruppens 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 kostnadsulempere i foretakene.
- Mobilitet: Sikrer at ressursene følger med når pasientene mottar behandling fra andre enn bostedsforetaket.

Nær 88 % av inntektene fordeles i behovskomponenten (mot tidligere 74 %). 12 % fordeles i kostnadskomponenten. Mobilitetskomponenten sørger for at "pengene følger pasienten" ved å omfordele inntekter gitt i behovs- og kostnadskomponenten.

Endringer fra dagens modell

Prosjektgruppen foreslår en overgang fra dagens behovskomponent til Magnussen utvalgets behovsindeks med mindre tilpasninger. Magnussen utvalgets behovsindeks ligger til grunn i nasjonal inntektsfordeling og bygger på nyere og bedre analyser enn dagens komponent. Behovskomponenten gir uttrykk for behovet for helsetjenester til befolkningen i et helseforetaks opptaksområde.

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

I foreslått modell er det beregnet kostnadsindekser som gir uttrykk for et forventet kostnadsnivå i det enkelte helseforetak. Indeksene ivaretar kostnadsulempere i pasientbehandlingen som helseforetakene i liten grad kan påvirke selv, og som det derfor er ønskelig å kompensere. Denne tilnærmingen er ikke veldig ulik dagens modell hvor kostnadskomponenten fordeler ressurser mellom foretakene basert på utdanningsbelastning, forskningsaktivitet og langtidsliggende pasienter. I foreslått modell vil imidlertid kompensasjon for kostnadsulempere i større grad være knyttet til aktivitet (aktivitetsnivå påvirker størrelse og fordeling av kostnadskomponenten i ny modell).

Kostnadsulempene eller kostnadsdriverne som er medtatt i beregning av kostnadsindeksen er reisetid, utdanning, forskning, langtidsliggedøgn og antall akuttsykehus.

Kostnadskomponenten i eksisterende modell er på totalt 1,2 milliarder kr. og står for 25 % av den totale inntektsfordelingen. I ny foreslått modell er kostnadskomponent, regionale funksjoner og overgangsordninger på totalt 12 % av inntektsfordelingen. Og derfor blir da 88 % igjen til fordeling i behovskomponenten.

Kostnadskomponenten håndterer altså "kostnadsulempere", og finansierer nasjonale/regionale funksjoner.

Mobilitetskomponenten sørger for at ressursene til slutt tilfaller helseforetaket som utfører aktiviteten. 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. I foreslått modell tas også poliklinisk aktivitet med i mobilitetskomponenten, og det foreslås å korrigere for bruk av private tilbud som er finansiert av Helse Nord RHF som et nytt prinsipp. Dette gjøres for å sikre korrekt "betaling" til helseforetakene for aktiviteten som leveres, samtidig som prinsippet om likeverdighet ivaretas.

Siden prosjektgruppen foreslår å sette 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.

Modell for laboratorie- og røntgenprøver mellom foretak foreslås videreført, men oppdatert med volum. Dette har ikke vært gjort siden 2008, og det er fremdeles utfordringer knyttet til datafangst på området.

Omfordelingseffekter/simulering

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

Denne tabellen viser endring i basisramme med ny modell for budsjett tildeling gjort for 2013.

Hovedbildet er at dagens ressursfordeling mellom foretakene grovt sett er korrekt. For Helse Finnmark HF og Nordlandssykehuset HF er omfordelingsvirkningen godt under en prosent av samlet budsjett for 2013. For UNN HF er omfordelingsvirkningen i overkant av en prosent, mens Helgelandssykehuset HF ville fått en økning i inntektsrammene på om lag sju prosent med de tilgjengelige data vi har for øyeblikket. For Helgelandssykehuset HF's del utgjør dette likevel en ikke ubetydelig endring i basisrammen, og vi mener derfor at simuleringen viser at vi over år har hatt en noe "trang" økonomisk ramme. Dette også sett i sammenheng med at vi over år har vært det mest kostnadseffektive foretaket i Helse Nord, men likevel hatt dårligere resultat enn de andre foretakene. Noen data arbeides det fortsatt med å kvalitetssikre. Andre kriterier skal oppdateres med nyere statistikk. Det er derfor viktig å presisere at tallene blir endret når kriterier blir oppdatert.

Dagens inntektsfordeling inneholder skjønnsmessige tilskudd til Helse Finnmark HF og strukturtilskudd til Helgelandssykehuset HF og Helse Finnmark HF. I foreslåtte modell 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,

Innfasing av modellen

Oppdatering av kriterieverdiene og pasientstrømmer vil endre fordelingen sammenlignet med simuleringene i rapporten. Administrerende direktør i Helse Nord vil tilråde at effektene av modellen fases gradvis inn, og vurderes i årlig budsjettprosess. Administrerende direktør i Helse Nord vil også vurdere å foreslå mindre økning i bevilgningen til helseforetakene ved implementering. Dette vil behandles av styret i Helse Nord RHF den 19. juni 2013.

Kommentarer til høringsspørsmålene:

Likeverdig tilbud til pasientene i Helse Nord

I den foreslåtte nye modellen fordeles 88 % av inntektene i behovskomponenten. I tillegg vil man nå ta i bruk Magnussen utvalgets kriterier for behov i befolkningen, noe som gir et bedre og mer presist bilde av befolkningssammensetningen. Dette betyr at mesteparten av inntektene får man basert på befolkningens behov for helsetjenester. Når man så justerer for mobilitet, altså for hvor pasienten behandles, så sikrer man at "pengene følger pasienten".

Helgelandssykehuset HF mener derfor at den nye foreslåtte modellen sikrer korrekt "betaling" til helseforetakene for aktiviteten som leveres, samtidig som dette sikrer pasientene et likeverdig tilbud i Helse Nord.

Samhandling mellom foretakene

Modellen stimulerer helseforetakene til å behandle pasientene i sitt opptaksområde på det laveste effektive omsorgsnivået, (LEON-prinsippet) når dette er faglig korrekt. Behandling i andre HF-er må være basert på gjeldende funksjonsfordeling og faglige retningslinjer. Modellen fremmer også helhetlige pasientforløp i og med at poliklinisk behandling også er med i mobilitetskomponenten, og det også korrigeres for bruk av private tilbud.

Effektiv ressursbruk

Vi konstaterer at Helse Finnmark HF og UNN HF har et forventet/predikert kostnadsnivå som er lavere enn dagens kostnadsnivå, og dermed får effektiviseringskrav i fordelingen av inntekter via kostnadsindeksen. For Nordlandssykehuset HF er faktisk og forventet/predikert kostnadsnivå likt, og de får dermed ikke noe effektiviseringskrav.

For Helgelandssykehuset HF er det forventede/predikerte kostnadsnivået høyere enn det faktiske kostnadsnivået. Dette betyr at Helgelandssykehuset HF får penger via kostnadskomponenten for et høyere kostnadsnivå enn det vi faktisk har. Det som blir viktig for Helgelandssykehuset HF er at vi klarer å fastholde et faktisk kostnadsnivå under kostnadsindeksen, slik at ikke økte bevilgninger slår ut i økte enhetskostnader. Et kostnadsnivå under kostnadsindeksen vil også øke helseforetakets økonomiske bærekraft og muligheter til å kunne foreta investeringer.

Pasienttilbud av god kvalitet

For di modellen legger opp til at pengene følger pasienten så må helseforetakene levere pasientbehandling av god kvalitet for å bli foretrukket av pasientene. Flere undersøkelser peker på sammenheng mellom effektiv ressursutnyttelse god kvalitet.

At behovskomponenten utgjør den største andelen i beregningsgrunnlaget for rammetildelingen sikrer at de helsetjenestene som utføres, er de tjenestene befolkningen faktisk trenger. Modellen stimulerer ikke til "overbehandling".

Andre forhold som ønskes belyst av foretaket

Helgelandssykehuset HF er fornøyd med at det i arbeidet med revidering av inntektsmodellen, er foreslått å utrede inntektsmodell for prehospitaltjenester og pasienttransport i fase 3 (Vår 2014).

Realiseringen av nye ambulansetjenester gir som kjent Helgelandssykehuset HF en bekymringsfull kostnadsvekst, som øker de økonomiske utfordringene i helseforetaket i årene fram til en eventuell ny modell er på plass.

I rapporten fastslås det at Helgelandssykehuset HF har større belastning knyttet til fødselsomsorg enn de andre foretakene i Helse Nord, og at dette bør vurderes særskilt når bevilgningen til denne tjenesten innføres i modellen. I den foreslåtte modellen får Helgelandssykehuset HF en kompensasjon til dette formålet som overgangsordning, men det gjør også de andre foretakene.

Det er ønskelig at disse forholdene vurderes ved implementering og innføring av modellen.

Innfasing av modellen

Denne første simuleringen av den nye modellen viser at Helgelandssykehuset HF skal ha, etter vår mening, en ganske stor rammeøkning. Helgelandssykehuset HF er et av de mest kostnadseffektive sykehusene i Helse Nord, men har likevel ikke klart å levere i forhold til styringskrav til eier, og heller ikke levert i forhold til balanse. Vi mener dette kan tyde på at vi til dels har hatt "trange" økonomiske rammer å forholde oss til.

Dette og forholdene nevnt under forrige avsnitt, mener vi bør tas hensyn til i en innføring av modellen, og ber om en innføring på kortest mulig tid og maksimalt over en tre års periode.

Helgelandssykehuset HF er fornøyd med en revidering og en forenkling av modellen som gir mer forutsigbarhet og objektive kriterier. Det er også positivt at den foreslåtte modellen blir mer lik de modellene som benyttes av andre regioner. Helgelandssykehuset HF's interne modell for fordeling av inntektene er i hovedsak også slik som i den foreslåtte modellen.

VEDTAKSFORSLAG:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF er fornøyd med at Helse Nord har revidert inntektsmodellen for somatikk.
2. Styret i Helgelandssykehuset HF vedtar denne saken som Helgelandssykehuset HF's høringsuttalelse til Helse Nord.

Per Martin Knutsen
Adm. direktør

Saksbehandler: Økonomisjef Tove Lyngved, Medisinsk direktør Fred A. Mürer

Vedlegg:

1. Rapport Revisjon av inntektsmodell (vedlagt innkallingen)
2. Høringsbrev fra Helse Nord
3. Drøftingsprotokoll (ettersendes)

Helseforetakene i Helse Nord

SENDES KUN ELEKTRONISK

Deres ref.:
«REF»

Vår ref.:
2010/729-31/ 119

Saksbehandler/dir.tlf.:
Jan-Petter Monsen, 75 51 29 19

Sted/dato:
Bodø, 15.02.2013

Høring - forslag til revidert inntektsmodell for somatikk

På oppdrag fra administrerende direktør i Helse Nord RHF har en regional arbeidsgruppe utarbeidet forslag til revidert inntektsmodell for somatikk.

Forslag til modell sendes nå på høring til helseforetakene med høringsfrist 25. april 2013. Rapporten er også tilgjengelig på www.helse-nord.no/horinger

Høringsuttalelser kan også sendes elektronisk til postmottak@helse-nord.no.

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 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. Dagens inntektsmodell ble innført med formål om 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.

Etter seks års bruk har det vært behov for å oppdatere og revidere modellen med sikte på å:

- Evaluere dagens modeller med hensyn til formål, jf. ovenfor
- Evaluere dagens modell i forhold til tilsvarende modeller i andre regioner
- Videreutvikle modellene spesielt med tanke på

- Forankre modellforståelse og sørge-for-perspektiv i foretaksgruppen
- Forenkle modellene
- Lage forutsigbare modeller
- Vurdere insentiver i modellene som stimulerer til for eksempel bedre kvalitet, pasientsikkerhet, samhandling, effektivitet og evt. andre mål.

Foreslått modell

Prosjektgruppen foreslår i rapporten en revidert modell. Modellen legger opp til at "pengene følger pasienten" og at helseforetakene derfor må levere pasientbehandling av god kvalitet for å bli foretrukket av pasientene.

Både Helse Nord's nåværende inntektsmodell for somatikk og prosjektgruppens 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.

Endringer fra dagens modell

Prosjektgruppen foreslår en overgang fra dagens behovskomponent til Magnussenutvalgets behovsindeks med mindre tilpasninger. Magnussenutvalgets behovsindeks ligger til grunn i nasjonal inntektsfordeling og bygger på nyere og bedre analyser enn dagens komponent. Behovskomponenten beskrives i rapportens kapittel to.

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

I foreslått modell er det beregnet kostnadsindekser som gir uttrykk for et forventet kostnadsnivå i det enkelte helseforetak. Indeksene ivaretar kostnadsulemper i pasientbehandlingen som helseforetakene i liten grad kan påvirke selv, og som det derfor er ønskelig å kompensere. Denne tilnærmingen er ikke veldig ulik dagens modell hvor kostnadskomponenten fordeler ressurser mellom foretakene basert på utdanningsbelastning, forskningsaktivitet og langtidsliggende pasienter. I foreslått modell vil imidlertid kompensasjon for kostnadsulemper i større grad være knyttet til aktivitet (aktivitetsnivå påvirker størrelse og fordeling av kostnadskomponenten i ny modell). Kostnadskomponenten beskrives i kapittel tre.

Mobilitetskomponenten sørger for at ressursene til slutt tilfaller helseforetaket som utfører aktiviteten. 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. I foreslått modell tas også poliklinisk aktivitet med i mobilitetskomponenten, og det foreslås å korrigere for bruk av private tilbud som er finansiert av Helse Nord RHF. Dette gjøres for å sikre korrekt "betaling" til helseforetakene for aktiviteten som leveres, samtidig som prinsippet om likeverdighet ivaretas.

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 gjestepasientoppgjøret må settes til 100 % av ISF-pris (som tilsvarer DRG-kostnaden). Hvis ikke vil ikke helseforetakene bli fullt ut kompensert for de predikerte kostnadsulempene.

Modell for laboratorie- og røntgenprøver mellom foretak foreslås videreført, men oppdatert med volum. Dette har ikke vært gjort siden 2008. Mobilitetskomponenten beskrives i kapittel fire.

Omfordelingseffekter

Effekten av modellen presenteres i kapittel fem. Hovedbildet er at dagens ressursfordeling mellom helseforetakene grovt sett er korrekt, og 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. 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.

Dagens inntektsfordeling inneholder skjønnsmessige tilskudd til Helse Finnmark HF og 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.

Innfasing av modellen

Oppdatering av kriterieverdier og pasientstrømmer vil endre fordelingen sammenlignet med simuleringene i rapporten. Administrerende direktør vil tilråde at effektene av modellen fases gradvis inn, og vurderes i årlig budsjettprosess. Administrerende direktør vil også vurdere å foreslå mindre økning i bevilgningen til helseforetakene ved implementering. Dette vil behandles av styret i Helse Nord RHF den 19. juni 2013.

Mindretallsmerknader

Det foreligger mindretallsmerknaad fra Nordlandssykehuset og UNN vedrørende korrigeringen for bruk av private tilbud finansiert av RHF.

Det foreligger mindretallsmerknad fra Nordlandssykehuset vedrørende ressursfordeling til utdanning.

Det vises til vedlagte referat fra styringsgruppemøte 11. februar for nærmere beskrivelser.

Nærmere om høringen.

Vi ber med dette om tilbakemelding på følgende forhold:

- En vurdering av om modellen støtter opp om:
 - Likeverdig tilbud til pasientene i Helse Nord
 - Samhandling mellom helseforetakene
 - Effektiv ressursbruk
 - Pasienttilbud av god kvalitet
- Andre forhold i modellen som ønskes belyst av helseforetaket.
- Innfasing av modellen

Vi ber med dette om høringsuttalelser innen 25. april 2013. Dersom høringen styrebehandles etter 25. april, ber vi om å få tilsendt administrasjonens uttalelse innen fristen og styrets vedtak ettersendt. Vi oppfordrer til involvering av tillitsvalgte og de lokale brukerutvalgene i arbeidet.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
signert
Administrerende direktør

Hilde Rolandsen
signert
Direktør for Eieravdelingen

VEDLEGG:

Referat fra styringsgruppemøte 11. februar 2013

Innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av administrerende direktør i Helse Nord RHF.
Sluttrapport 15. februar 2013 med vedlegg