

Styresak 89/2015: Justering i regional inntektsmodell psykisk helse og rus

Møtedato: 15.12.15
Møtested: Mo i Rana

Formål:

Formålet med saken er å behandle «Gjennomgang og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse», Helse Nord RHF 25.9.2015, og gi høringsuttalelse på denne.

I høringsuttalelsen skal Helgelandssykehuset vurdere om modellen støtter opp om vedtatt funksjonsfordeling, regionale og nasjonale føringer, behandling på rett nivå, samarbeid internt og mellom foretak. Modellen skal også bidra til omstilling og effektivisering i sektoren. Høringsfrist er satt til 15. januar 2016. Saken er planlagt behandlet i styret for Helse Nord RHF i februar/mars og legges til grunn for budsjett 2017.

Bakgrunn for saken:

Helse Nord RHF innførte inntektsfordelingsmodell for psykisk helse og rus i 2011. Modellen fordeler ressurser mellom helseforetakene ut fra antatt behov i befolkningen, samtidig som arbeids- og funksjonsfordeling mellom foretakene ivaretas. I den forbindelse konkluderte en også med at det var behov for gjennomgang og oppdatering når modellen hadde vært i bruk noen år. Dette arbeidet er nå gjennomført. Anbefalingen fra prosjektgruppen, der Helgelandssykehuset har vært representert, er at modellen videreføres med enkelte justeringer.

Inntektsfordelingsmodellen er bygger på tre komponenter:

- **Behovskomponenten** er basis for modellene og fordeler 84 % av inntektene. Denne gjenspeiler antatt behov i befolkningen på bakgrunn av alderssammensetning og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i befolkningen. Det er egne behovskomponenter for både psykisk helsevern og for TSB
- **Mobilitetskomponenten** kompensere økonomisk for behandling mellom helseforetaksområdene. Nasjonale gjestepriiser (DPS-behandling) legges til grunn
- **Kostnadskomponentene** skal kompensere for definerte kostnadsulempes og for ekstrakostnader knyttet til regionale sykehusfunksjoner. Som hovedprinsipp legges nasjonale priser til grunn. Denne må ses i nær sammenheng med oppbyggingen av mobilitetskomponenten

I arbeidet har det vært viktig for Helse Nord å sikre at alle får et likeverdig tilbud fra spesialisthelsetjenesten, uavhengig av bosted. Dette underbygges ved at andelen som fordeles i behovskomponenten er økt i forslaget til reviderte modeller. Fritt sykehusvalg legges til grunn og alle tilbud skal i prinsippet være åpne for alle. Befolkningens bruk av private tilbud som finansieres direkte av Helse Nord RHF påvirker ressursene som fordeles. Behovskomponentene foreslås videreført da det ikke foreligger nye analyser av behov for spesialisthelsetjenester.

Modellen skal støtte opp under gjeldende funksjonsfordeling/ønsket arbeidsfordeling mellom sykehus-, regionsfunksjoner og DPS. Den vil også synliggjøre behov for dialog mellom helseforetakene. Dette eksemplifiseres gjennom spørsmålet: *Hvorfor bruker Helgelandssykehusets befolkning regionale funksjoner ved Nordlandssykehuset mindre enn forventet behov?* Særlig i bruk av akuttavdeling for voksne og dobbeldiagnoseavdeling kommer dette tydelig fram.

Det har vært gjort en relativt grundig og til dels detaljert gjennomgang av de ulike komponentene i modellen.

Flere funksjoner foreslås tatt ut av kostnadskomponenten som følge av endringer i tilbudet, eller at tilbudet kun brukes av helseforetakets egne pasienter. Det er derfor ikke rimelig at de øvrige helseforetakene bidrar til finansieringen. Frigjorte midler er lagt inn i behovskomponenten. Det anbefales at kompensasjons-/abonnementsbetaling i kostnadskomponenten baseres på antatt behov, som tidligere.

Prosjektrapporten har et vedlegg med to protokolltilførsler fra Nordlandssykehusets representant i styringsgruppen. Disse omhandler bevilgning til akutt- og alderspsykiatri og en mer generell betraktning om inntektsfordelingsmodellen.

Prosjektsekretariatet har kommentert deler av protokolltilførselen i notat av 19.oktober. Dette ligger som vedlegg 3.

Oppsummering:

Modellene støtter opp om vedtatt funksjonsfordeling, og nasjonale og regionale føringer. Behandling på rett nivå og så nært hjem som mulig understøttes også. Helgelandssykehuset bør vurderer om vi i tilstrekkelig grad bruker regionale funksjoner; altså omvendt problemstilling. Tradisjonelt har Helgeland i mange år ligget lavt på andel innlagt i akuttpost på tvunget psykisk helsevern. Slik er det fortsatt. Vi ser også at Helgelandssykehuset bruker få ressurser knyttet til dobbeldiagnoseposten på Nordlandssykehuset. Helgelandssykehuset har i mange år hatt pasienter med rusproblemer inkludert i våre psykiatriske sentra, uten at vi kan si at det er en årsaksforklaring.

Kompensasjons-/abonnementsbetaling i kostnadskomponenten baseres på antatt behov, mens Helgelandssykehuset ikke har hatt forbruk i tråd med dette. Det er derfor viktig at faktisk bruk overvåkes for å se om denne situasjonen vedvarer. I så fall bør dette tas hensyn til i modellen, slik at Helgelandssykehuset ikke belastes for et behandlingstilbud hos andre, som vi tilbyr selv. Det ligger til rette for samarbeid internt i foretaket. Det er et potensiale for økt samarbeid mellom Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset, noe modellen viser.

Helgelandssykehuset får økt andel av ressursene som fordeles gjennom oppdatering av modellene. Dette må ses i sammenheng med krav til økt aktivitet/nytt innhold i tjenester gjennom omstilling og effektivisering.

VEDTAKSFORSLAG:

Styret tar rapport «Gjennomgang og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse» til orientering.

Styret ber om at forbruk av ressurser fordelt i kostnadskomponenten basert på antatt behov, overvåkes og eventuelt justeres.

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør

Saksbehandlere: Sidsel Forbergskog, rådgiver

Vedlegg:

1. Høring - Inntektsmodell for psykisk helse og rus
2. Rapport - Gjennomgang og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for TSB og PH
3. Finansiering av akuttposter i inntektsmodellen