

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FORETAK: Helse Stavanger HF

DATO: 16.03.2016
SAKSBEHANDLER: Gunnhild Ormbostad Haslerud
SAKEN GJELDER: **Inntektsmodell i Helse Vest**

ARKIVSAK: 2016/2
STYRESAK: **84/16**

STYREMØTE: 17.11.2016

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret i Helse Stavanger HF tar saken til orientering.

Oppsummering

Styreleder i Helse Stavanger HF har bedt administrasjonen om en gjennomgang av gjeldende inntektsmodell for regionen. Saken her tar utgangspunkt i forrige revisjon av inntektsmodellen, hva som var endringene og hvilke diskusjoner som ble løftet frem.

Forrige revisjon var to-delt. Første del ble ferdig i 2012 og var gjeldene fom 2013. Andre del omhandlet prehospital tjenester og pasientreiser og var ferdig i 2013 og gjeldende fom 2014.

Selv om modellen i størst mulig grad skal bruke objektive kriterier, er det flere elementer der det har vært nødvendig å bruke skjønn i de endelige vurderingene. Hensikten har vært å balansere dette ut, slik at regionen står igjen med en modell som alle foretakene kan akseptere.

Helse Stavanger økte sin andel av inntektsfordelingen ved revisjonen i 2013 av inntektsmodellen. Oppdatering av modellen med prehospitaltjenester i 2014 hadde om lag ingen nettoeffekt.

Helse Fonna og Helse Førde fikk tildelt strukturtilskudd på hhv kr 26 mill. og kr 21 mill. I tildeling av strukturtilskudd er det kun lagt vekt på utfordringene med en relativ nedgang i befolkningskriteriene.

Alle styrene i helseforetakene har gjennom styrevedtak akseptert gjeldende inntektsmodell. Inntektsmodellen vil bli revidert i forbindelse med revidering av den nasjonale modellen.

Fakta

Styreleder i Helse Stavanger HF har bedt om en gjennomgang av gjeldende inntektsmodell for regionen. Saken her tar utgangspunkt i forrige revisjon av inntektsmodellen; hva som var endringene og hvilke diskusjoner som ble løftet frem. Forrige revisjon var to-delt. Første del ble ferdig i 2012 og var gjeldene fom 2013. Andre del omhandlet prehospital tjenester og pasientreiser og var ferdig i 2013 og gjeldende fom 2014.

Helse Vest har siden reformstart hatt flere gjennomganger av prinsippene for fordeling av midler mellom helseforetakene i regionen. Det har vært et førende prinsipp at det skal legges vekt på å finne objektive kriterier så langt det lar seg gjøre. Forrige gjennomgang hadde Helse Vest bistand fra professor Jon Magnussen, NTNU og seniorforsker Jorid Kalseth, Sintef. Disse to står også bak den gjeldende nasjonale inntektsmodellen.

Forrige gang før dette hadde Helse Vest en gjennomgang av modellen var i 2009. Modellen ble da oppdatert i forhold til nasjonale analyser gjort i forbindelse med Magnussen-utvalgets arbeid med nasjonal inntektsmodell.

Ulike endringer i rammeforutsetningene siden 2009 gjorde at det var behov for en ny gjennomgang av inntektsmodellen. Styret i Helse Vest RHF gjorde i sak 73/11 følgende vedtak:

«Styret i Helse Vest legg opp til at det ved årsskiftet 2011-2012 blir sett i gang eit arbeid for å vurdere inntektsmodellen. Målet er at oppdatert inntektsfordelingsmodell kan leggjast til grunn for inntektsfordelinga i 2013.»

Med bakgrunn i dette ble det etablert en prosjektgruppe der HF-ene deltok med økonomi- og fagdirektører. De ansatte var representert gjennom to konserntillitsvalgte.

Rapporten fra gruppen var på høringsrunde, hvor foretakene gav sine tilbakemeldinger, og endelig vedtak om endring i inntektsmodellen ble gjort av styret til Helse Vest RHF i sak 76/12 *Inntektsmodell i Helse Vest – gjeldande frå 2013*;

- 1. Forslaget til inntektsmodell blir vedtatt og blir nytta i inntektsfordelinga for 2013.*
- 2. Styret ber administrasjonen om å halda fram arbeidet med å finna gode kriteria for fordeling av midlar til prehospitala tenester, med sikte på å ha modellen klar til inntektsfordelinga for 2014.*
- 3. Helse Bergen får i 2013 eit tilskot på kr 34 mill. for å handtere overgangen til ny modell.*
- 4. Strukturtilskotet til Helse Fonna blir auka med kr 10 mill. utover prosjektgruppa sitt forslag.*

Oppfølging av vedtak 2. ble lagt fram i sak 130/13 B *Inntektsmodell i Helse Vest - Innarbeiding av kriteria for prehospitala Tenester*, og følgende vedtak ble fattet:

- 1. Styret godkjenner forslag til inntektsmodell for 2014*
- 2. Negative omfordelingseffektar som følgje av innføring av dei nye kriteria, blir kompensert for i 2014 og får full effekt i 2015.*

1 Innledning

Selv om modellen i størst mulig grad skal bruke objektive kriterier, er det flere elementer der det har vært nødvendig å bruke skjønn i de endelige vurderingene. Hensikten har vært å balansere dette ut, slik at regionen står igjen med en modell som alle foretakene kan akseptere.

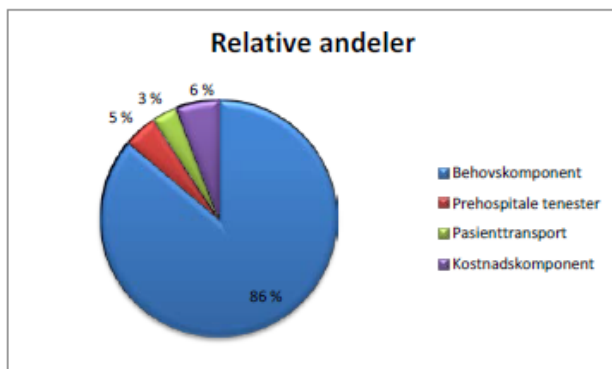
Den siste revideringen er en videreutvikling av den forrige modellen. Dette innebærer at det ble lagt til grunn en videreføring av den samme grunnleggende metodikken. Det vil si at analysene av behov er fast i modellen fram til HOD setter i gang et arbeid for å gjøre nye nasjonale analyser av behovene i de ulike regionene. Selv om selve behovsanalysen og sammenhengene mellom ulike grupper av befolkningen koplet mot behov står fast, blir modellen oppdatert med nye folketall hvert år. Dette betyr igjen at HF-områder som har en relativt høy årlig vekst i de ulike befolkningskriteriene slik som Helse Stavanger, får en økning i inntektsrammen sin som følge av dette.

2 Om modellen

2.1 Oppbygging av modellen

Inntektsmodellen i Helse Vest er bygget på 4 delementer:

- *Behovskomponenten* kompenserer helseforetakene for forskjeller knyttet til befolkningens behov for spesialisthelsetjenester.
- *Kostnadskomponenten* kompenserer for at helseforetakene har ulike kostnadmessige forutsetninger for å behandle pasienter.
- *Gjestepasientkomponenten* kompenserer for pasientbehandling som skjer utenfor helseforetakets opptaksområde.
- *Prehospitale tjenester og pasientreiser* blir finansiert særskilt.



Figur 1. De enkelte komponentenes relative andel.

Figuren over viser den relative vekten til de ulike delementene i modellen.

Vi vil her kort beskrive de enkelte elementene i modellen. For en mer utfyllende forklaring vises det til rapporten fra prosjektgruppen; *Revidering av inntektsfordelingsmodell i Helse Vest, sak 076/12 B*.

2.2 Behovskomponenten

Analysen av behov bygger på analysen som ble gjort i forbindelse med forrige gjennomgang av den nasjonale inntektsmodellen. Dette var vurdert til et faglig solid arbeid, og det var utenfor prosjektgruppens mandat å gjøre nye behovsanalyser. Denne delen av modellen blir først oppdatert når HOD bestiller en ny nasjonal gjennomgang av inntektsfordelingsmodellen.

Behovskomponenten bygger på analyser av behov i hvert HF-område for hhv. somatiske, psykiatriske og TSB tjenester.

Kriterium	SOMATIKK	PHV	TSB
Andel i aldersgruppen 0-5 år	0,033	0,001	
Andel i aldersgruppen 6-12 år	0,012	0,028	
Andel i aldersgruppen 13-17 år	0,010	0,066	0,004
Andel i aldersgruppen 18-29 år	0,041	0,137	0,162
Andel i aldersgruppen 30-39 år	0,054	0,113	0,202
Andel i aldersgruppen 40-49 år	0,057	0,073	0,101
Andel i aldersgruppen 50-59 år	0,082	0,045	0,072
Andel i aldersgruppen 60-69 år	0,098	0,025	0,028
Andel i aldersgruppen 70-79 år	0,102	0,036	0,004
Andel i aldersgruppen 80 år +	0,091	0,025	0,002
Andel ugifte 40 år +		0,044	0,056
Andel uføretrygdede PH diagnose 18-39 år		0,085	0,024
Andel uføretrygdede PH diagnose 40-69 år		0,103	0,061
Andel sosialhjelpsmottakere 18-49 år		0,000	0,084
Andel grunnskole 18-29 år		0,055	0,128
Andel grunnskole 30-59 år		0,013	0,071
Andel barn bor med en forelder, 0-17 år		0,051	
Andel barnevernstiltak		0,023	
Dødelighet, 20 år +	0,113		
Andel sykmeldte	0,081		
Andel uføretrygdede, 18-67 år	0,069	0,011	
Andel med rehab. penger, 18-67 år	0,028		
Andel grunnskole, 20-59 år	0,048		
Levekårsindeks, 0-19 år	0,009		
Levekårsindeks, 67 år +	0,040		
Indeks for klima og breddegrad, 0-66 år	0,022		
Indeks for klima og breddegrad, 67 år +	0,010		
Andel ikke-vestlige innvandrere	0,000	0,066	
Storby			0,000
Sum	1,000	1,000	1,000

Tabell 1. Behovsindeks somatikk, PHV og TSB

Behovsindeksene pr. HF blir tilslutt vektet sammen med folketallet i hver HF-område. Dette gir foretakene følgende andel av det samlede behovet i regionen (kolonne 2 i tabellen under):

	Somatikk	Psykisk helse	Rus	Behovs-indeks	Behovs-andel
Helse Stavanger	0.91	0.99	0.99	0.93	30.1 %
Helse Fonna	1.04	0.99	0.96	1.03	17.2 %
Helse Bergen	1.03	1.02	1.04	1.03	41.7 %
Helse Førde	1.09	0.94	0.93	1.05	11.0 %
Helse Vest	1.00	1.00	1.00	1.00	100.0 %
Sektorandel	76.3 %	20.5 %	3.2 %		

I prosjektgruppen var det enighet om å videreføre den nasjonale behovsmodellen. Den eneste endringen omhandlet behovskomponenten, og var å beregne dødelighetskriteriet ut i fra et tre års gjennomsnitt. Dødelighetskriteriet har relativ høy vekt i modellen, og en har tidligere sett at endringer fra ett år til et annet gir relativt store utslag og kan skape en uforutsigbar utvikling i inntektsrammen. Ved å beregne et gjennomsnitt på kriteriet, oppnår man en mer jevn inntektsutvikling for alle.

Behovskomponenten blir oppdatert hvert år med nye befolkningstall. På den måten får helseforetak som har en relativ vekst i folketallet sammenlignet med de andre foretakene kompensert i form av en høyere andel av behovskomponenten. Motsatt blir det for de

foretakene som har en relativ nedgang i folketallet sammenlignet med de andre foretakene i regionen.

2.3 Kostnadsindeksen

Kostnadsindeksen skal kompensere foretak som har merkostnader knyttet til produksjon som de selv ikke kan påvirke. Det kan for eksempel være merkostnader som følge av en uhensiktsmessig sykehusstruktur, funksjonsfordeling m.m. For å avdekke dette, bruker man regresjonsanalyse for å modellere hvordan enkelte kostnadsdrivere påvirker kostnadene per DRG-poeng. Ulike kostnadsdrivere blir testet, men bare kostnadsdriverne som er signifikante og stabile inngår i den endelige kostnadsindeksen. I og med at det bare er de såkalte ufrivillige kostnadene som skal kompenseres, betyr det at et foretak gjerne kan ha et reelt kostnadsnivå som ligger høyere enn det de får kompensasjon for. Dette vil i så fall utløse et effektiviseringsbehov.

Selv om kronebeløpet som blir fordelt etter kostnadsindeksen er betydelig mindre enn beløpet fordelt etter behovsindeksen, var det dette elementet det var størst diskusjon om i prosjektgruppen. Dette kan ha sammenheng med at det er større rom for skjønn i fortolkning av resultatene fra analysen her enn på behovskomponenten. Det kan også ha sammenheng med at prosjektgruppedeltakerne fra helseforetakene hadde en oppfatning av at man i analysen ikke klarer å fange alle kostnadsmessige forhold som en mener er særskilte for sitt helseforetak.

Kostnadsanalysen ble kjørt på oppdaterte kostnadsdata (2006-2009). I de nye analysene var det følgende variabler som kommer ut signifikante: struktur, forskning og langtidsliggende. Utdanning har vært med i tidligere modeller, men er ikke en signifikant variabel i den nye analysen.

I den reviderte modellen var prosjektgruppen enige om å vekte opp strukturelementet i kostnadsindeksen. Dette ut i fra at variabelen både var mer signifikant og stabil enn tidligere. For vektingen av forskning og langtidsliggende var prosjektgruppen enige om å legge frem et resultat der kostnadsindeksen blir beregnet som et gjennomsnitt av to alternative tilnærminger. I den ene tilnærmingen er forskning og langtidsliggedager vektet inn med 50% av empirisk vekt, men i den andre tilnærmingen er forskning vektet inn med 60 % og langtidsliggedager 25% av empirisk vekt. I dette ligger det en erkjennelse av at det ikke finnes en «objektivt riktig» kostnadsindeks.

I tillegg til at vektene av de ulike kriteriene i kostnadsindeksen hadde endret seg noe, viste analysen av kostnadsdrivere og kostnad per DRG-poeng at forskjellen i predikert kostnad per DRG poeng per HF var mindre enn tidligere analyse. Dette gjør igjen at totalbeløpet som tas fra behovskomponenten for å fordeles etter kostnadsindeksen går ned, noe som igjen påvirker omfordelingseffektene i modellen.

2.4 Gjestepasientkomponenten

Behovskomponenten tar utgangspunkt i behovet til befolkningen i et gitt opptaksområde, og midler blir fordelt i forhold til dette. På grunn av funksjonsfordeling og fritt sykehusvalg blir pasientene ofte behandlet i andre helseforetak enn det foretaket en sogner til. Dette må det korrigeres for i inntektsrammene til foretakene. I Helse Vest er det Helse Bergen som i stor grad behandler pasienter som kommer fra andre opptaksområder i regionen enn sitt eget opptaksområde. I tidligere modell var det lagt inn et såkalt abonnementsnivå som baserer seg på gjestevolumene i 2007. For dette volumet var det lagt til grunn en 100 % ISF-finansiering med bakgrunn i at volumene er så høye at de må tas med i planleggingen av kapasiteten til helseforetakene. For volum utover dette, mottar det behandelende helseforetaket en finansiering som utgjør 80 % av DRG-prisen.

Det har vært ulike syn på i hvilken grad en skal låse abonnementet på et oppdatert grunnlag, men prosjektgruppen foreslo at en legger til grunn et gjennomsnitt av tallet på DRG-poeng i 2009, 2010 og 2011.

Graden av kompensasjon ble også diskutert, men løsningen gruppen landet på var lik som tidligere, der abonnementet er finansiert med 100 % av DRG-prisen, og volum utover dette blir finansiert med 80 % av DRG-prisen.

2.5 Prehospitale tjenester og pasientreiser

Prosjektgruppen ble ikke ferdig med det prehospitale området. Dette arbeidet fikk derfor forlenget frist og ble inkludert i inntektsfordelingen i 2014, jfr. kap 4.

2.6 Strukturtilskudd

For å lette omstillingsutfordringen har Helse Førde i forbindelse med tidligere inntektsfordelinger blitt tildelt et skjønnstilskudd. I 2011 utgjorde skjønnstilskuddet kr 32 mill.

I mandatet til prosjektgruppen ble det særskilt nevnt at modellen skal ta hensyn til merkostnader knyttet til strukturelle føringer som følge av nasjonale og regionale vedtak. I tillegg ble prosjektgruppen bedt om å belyse hvordan en kunne håndtere utfordringen som ligger i at noen HF har en sterk vekst i befolkningskriteriene, mens andre har en relativ nedgang. Prosjektgruppens forslag var et strukturtilskudd til Helse Fonna og Helse Førde på henholdsvis kr 16 mill og kr 21 mill.

Det var enighet i prosjektgruppen om at Helse Førde har særskilte utfordringer som ikke blir fanget gjennom de statistiske analysene, og at det derfor er nødvendig å tildele Helse Førde et særskilt tilskudd som sikrer foretaket en inntektsramme som gjør det mulig å levere et resultat som på sikt vil være positivt. Tilskuddet blir kalt strukturtilskudd.

Helse Fonna har en situasjon med at foretaket har en stor strøm av pasienter mot både Helse Bergen og Helse Stavanger. Dette er vanskelig å tilpasse seg til på kort sikt. Helse Fonna argumenterte for at de har et ansvar for å legge til rette for et fullverdig pasienttilbud for sin del av befolkningen, og kan derfor ikke bygge ned tilbudet i samme takt som innbyggeren velger å bli behandlet utenfor Helse Fonna.

Prosjektgruppen innstilte derfor på at det blir gitt et strukturtilskudd til Helse Førde og Helse Fonna på hhv. kr 21,5 mill. og kr 16 mill. For Helse Førde kommer strukturtilskuddet på kr 21,5 mill. i tillegg til det opprinnelige skjønntilskuddet på kr 32 mill. Strukturtilskuddet skal også hjelpe Helse Førde og Helse Fonna til å håndtere en relativ nedgang i kriterieverdiene. Prosjektgruppen sier også at størrelsen på strukturtilskuddet bør vurderes i forbindelse med inntektsfordelingen hvert år.

2.7 Omfordelingseffekter og overgangsordning

Omfordelingseffekter som følger av oppdatert modell vises i tabellen under.

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	SUM
Basisramme 1)	79 391	44 098	100 272	32 719	256 481
Kostnadskomponent somatikk 2)	-	(18 059)	(154 237)	9 399	(162 897)
Kostnadskomponent psykiatri 3)	-	-	15 000	-	15 000
Tilskudd landsfunksjonar 4)	-	-	2 000	-	2 000
Ambulanse 5)	19 008	7 389	(36 726)	10 329	-
Sjuketransport (netto etter fradrag for økt egenandel) 5)	11 532	11 065	(12 920)	(9 677)	-
Tatt fra særfordeling	(28 847)	(17 857)	(36 613)	(15 267)	(98 584)
SUM fordelt etter modell	81 084	26 637	(123 223)	27 503	12 000
Nettoendring internt gjestepasientoppgjør 6)	(13 514)	(32 690)	55 159	(8 954)	(0)
Strukturtilskudd 7)		16 054		21 451	37 505
SUM endring eksisterende modell vs. ny modell	67 570	10 000	(68 064)	40 000	49 505

For detaljer om årsakene til omfordelingseffektene vises det til prosjektgruppen sin rapport. Foretak som får en nedgang i inntektsrammen sin som følge av ny modell, fikk to år på å tilpasse seg den nye modellen.

3 Prosess for ordinær inntketsmodell

I prosjektgruppen deltok HF-ene med økonomi- og fagdirektører. De ansatte var representert gjennom to konserntillitsvalgte. Rapporten var også på høring til HF-ene sine styrever. Gjennom styrevedtakene stilte alle styrene seg bak forslaget til modell, men hadde ulike kommentarer til resultatet. Følgende svar er gitt på høringsuttalelsene (Hentet fra Helse Vest RHF sin styresak sak 076/12 B):

Helse Stavanger HF

Helse Stavanger poengterer at forslaget til modell må betraktast som ein sum av kompromiss som ein i fellesskap har kome fram til. Helse Stavanger kommenterer ut frå dette korleis dei vurderer enkeltelementa i modellen dersom styret i Helse Vest RHF skulle velje å gjere endingar i delar av prosjektgruppa sitt forslag.

Isolert sett er det vektinga av forskning i kostnadskomponenten og forhold rundt det interne gjestepasientoppgjere Helse Stavanger stiller størst spørsmål ved i høyringsuttalen. Helse Stavanger viser til at ein i det nasjonale gjestepasientoppgjere har ei 80 % finansiering av abonnementet. Dette er ikkje ei heilt korrekt beskriving. I realiteten er det i det nasjonale oppgjere tatt høgde for ei 105 % finansiering av abonnementsnivået gjennom ei omfordeling mellom regionane.

Helse Stavanger argumenterer også for at vektinga av dei ulike kriteria i kostnadskomponenten kunne vore annleis, og at forskning strengt tatt burde vore vekta ned.

Helse Fonna HF

Helse Fonna er nøgd med det arbeidet som er gjort med å revidere modellen, og meiner at modellen er vidareutvikla på ein god måte. Ein ynskjer også i Helse Fonna at det blir arbeidd vidare med ein normbasert modell for fordeling av midlar til prehospitala tenester, og at denne bør være klar til bruk i 2014 budsjettet.

Helse Fonna støtter også forslaget om endring i gjestepasientoppgjere, og er nøgd med at ein får eit strukturtilskot for å møte den utfordringa som dei interne gjestepasientstraumane utgjere for Helse Fonna. Ein kunne likevel tenke seg at tilskotet var noko større.

Helse Bergen HF

Helse Bergen meiner prosjektgruppa har levert ei innstilling med ein grundig revisjon av modellen. Helse Bergen er på same måte som Helse Stavanger opptatt av vektinga av forskning i kostnadsindeksen og prisinga og volumberekninga av det interne gjestepasientoppgjere. For Helse Bergen er det eit viktig poeng at ein gjennom inntektsmodellen erkjenner at kostnadsnivået for Helse Bergen av forklarlege grunnar ligg over andre sjukehus i regionen, og at ein fangar kostnadsnivået for eit høgspesialisert regionssjukehus. Det er difor viktig for Helse Bergen at ein opprettheld vektinga av forskning i kostnadsindeksen, alternativt at forskning blir vekta enno høgare, og at ein held fast på at dei faste gjestepasientstraumane blir finansiert gjennom 100 % ISF-refusjon.

Helse Førde HF

Helse Førde stiller seg bak forslaget til modell. Ein oppfattar at ein gjennom modellen har fått ei finansiering som tek i vare kostnadene til dagens drift, og at modellen skal gjere det mogleg å drive i balanse. Det blir likevel peika på at strukturtilskotet heller ikkje er større enn det må vere.

Helse Førde er opptatt av at ein held fram med arbeidet med modell for finansiering av prehospitala tenester, og at dette blir sett i gang så fort som mogleg. I tillegg har Helse Førde fokusert på finansieringa av rusposten i Nordfjordeid, og peiker på at denne ikkje har vore ein del av arbeidet med inntektsmodellen.

Helse Vest sin anbefaling og beslutning i styret baserer seg på en forståelse av at foretakene ser på modellen og inntektsfordelingen som et samlet kompromiss som alle foretakene kan stille seg bak, og at det derfor ikke vil være hensiktsmessig å gå inn og vurdere eller gjøre endringer i enkeltelementer i modellen.

Vedrørende omfordelingseffekten for Helse Bergen som har en negativ effekt, foreslår Helse Vest en overgangsordningen ved å gi et engangstilskudd fra reserven til Helse Bergen på kr 34 mill. i 2013.

Når det gjelder størrelsen på strukturtilskuddet til Helse Fonna, vurderte Helse Vest RHF det opp mot størrelsen på strukturtillegg til Helse Førde og anbefalte til styret å øke dette med kr 10 mill.

4 Gjennomgang modell for Prehospitale tjenester og pasientreiser

Prehospitale tjenester og pasientreiser ble i tidligere modellen finansiert i forhold til historiske kostnader.

I revideringen av Inntektsmodellen ble oppdatering av modellen med tanke på Prehospitale tjenester og pasientreiser først klar i 2013, og implementert fom. budsjett 2014. Rapporten til arbeidsgruppen ble lagt fram i *sak 130/13 B Inntektsmodell i Helse Vest - Innarbeiding av kriterier for prehospitale Tenester*.

Modellen for prehospitale tjenester og pasientreiser baseres på analyser av behov og kostnadsforskjeller på det prehospitale området. Jon Magnussen, NTNU, har vært innleid inn som ekstern ressurs for å bistå prosjektgruppen både med opplegg for modell- og analysearbeidet, og i arbeidet med å diskutere seg fram til en samlet løsning. I tillegg har Kjartan Sarheim Anthun fra SINTEF bistått i tilretteleggingen av data og teknisk gjennomføring av analysene.

Det ble utviklet to behovsindekser; en for ambulanseområdet og en for pasientreiseområdet. Arbeidet besto i å avdekke systematiske forskjeller mellom de fire helseforetaksområdene i behovet for tjenester og kostnader knyttet til å levere disse tjenestene. Dette valgte en å uttrykke gjennom en egen behovsindeks og en kostnadsindeks for området. Disse to ble så kombinert i en ressursbehovsindeks¹.

4.1 Analyse av ambulanse

I analysene ble forbruk av ambulansetjenester i det enkelte HF sitt opptaksområde sett opp mot ulike egenskaper (alder og sosiale kriterier) ved befolkningen. I tillegg ble forbruket sett opp mot ulike kriterier for reiseavstand og folketetthet. Resultatet fra analysene viser at følgende kriterier har sammenheng med forbruket av ambulansetjenester:

- Andel av befolkning mellom 67-79 år
- Reisetid til lokalsjukehus
- Reisetid til kommunesentrum

¹ Disse indeksene tar utgangspunkt i at gjennomsnittlig behov og kostnadsnivå i Helse Vest blir sett lik 1. Dersom men innen et helseforetaksområde f.eks. har 10 % lavere forventet behov enn gjennomsnittet for Helse Vest vil dette bli uttrykt gjennom en behovsindeks lik 0,90. Er kostnadene ved å levere tjenestene anslått til å være 5 % høyere enn gjennomsnittet i Helse Vest, blir dette uttrykt gjennom en kostnadsindeks på 1,05.

På ambulanseområdet er det i tillegg forsøkt å se på kostnadsforskjeller mellom HF-ene med tanke på å identifisere hvor stor del av forskjellene som kommer fra forhold som foretakene selv ikke kan påvirke. Dette kan handle om stasjonsstruktur, beredskapskostnader m.m. Det er i prosjektet ikke kjørt egne kostnadsanalyser, men en har tatt utgangspunkt i tall fra SAMDATA og ut fra dette beregnet en kostnad pr minutt. I tillegg diskutert prosjektgruppen seg fram til en andel av kostnadene som kan defineres som faste, og som dermed ligger fast uavhengig av aktivitet. Prosjektgruppen kom fram til at det var rimelig å anta at om lag 50 % av kostnadene er faste, og dette er lagt til grunn i den videre analysen av kostnadsforskjeller. Analysene av ambulanseområdet vise følgende;

	Behovsindeks	Kostnadsindeks	Samla ressursbehovsindeks	Dagens indeks
Stavanger	0,80	0,80	0,64	0,62
Fonna	1,29	0,97	1,25	1,20
Bergen	0,91	0,89	0,81	0,81
Førde	1,49	1,63	2,43	2,58

Tabellen viser at det er relativt liten forskjell mellom tidligere indeks (Dagens indeks) og det nye forslaget.

4.2 Analyse av pasientreiser

På pasientreiseområdet har det tidligere vært utfordrende å få fram konsistente data. Men dette har bedret seg, og gjennom Pasientreiser ANS var det mulig å få tak i data for bruk i analysene. Samme analytiske tilnærming er brukt på pasientreiseområdet som øvrige områder, dvs. at en har forsøkt gjennom regresjonsanalyse å finne et sett med variabler som forklarer behovet for pasienttransport.

Analysene viser at følgende kriterier forklarer forbruket av pasienttransport:

- Reisetid kommunesentrum
- Reisetid til en når 20 000 innbyggere
- Reisetid til regionsjuehus - differensiert mellom Bergen/Førde og Fonna/Stavanger
- Andel mellom 16-66 år
- Andel mellom 67-79 år

På pasientreiseområdet var det ikke mulig å finne data for å analysere mulige kostnadsforskjeller mellom foretakene. Kostnadsforskjeller kan være knyttet til type transport, grad av samkjøring, mulighet for å sette transporten ut på anbud, rush-tids problematikk m.m. Prosjektgruppen vurderte det slik at det er mindre trolig at det er store *systematiske* forskjeller i kostnadene på pasientreiseområdet enn på ambulanseområdet. I tillegg er det tilgjengelige tallmaterialet for usikkert til at en kunne anbefale å bruke dette som grunnlag for å lage en kostnadsindeks. Gruppen anbefalte derfor at det ikke skulle legges inn kompensasjon for kostnadsforskjeller i pasientreiseindeksen, dvs kostnadsindeksen er lik 1.

	Behovsindeks	Kostnadsindeks	Samla ressursbehovsindeks	Dagens indeks
Stavanger	0,68	1,00	0,68	0,64
Fonna	1,14	1,00	1,14	1,17
Bergen	0,54	1,00	0,54	0,73
Førde	3,56	1,00	3,56	2,90

4.3 Samlet effekt av oppdatert modell for prehospitaltjenester

I 2013 ble kr 837 mill. fordelt til pasientreiser og ambulanse i Helse Vest. Når de prehospitaltjenestene ble tatt inn i den generelle modellen for inntektsfordeling, anbefalte prosjektgruppen at det beløpet som skulle fordeles etter den nye modellen skulle tilsvare de prehospitaltjenestene sin andel av de samlet kostnadene i Helse Vest. Dette innebar at knappe 7 millioner mer enn i 2013 ble fordelt etter nøkkel for pasientreiser, mens knappe 53 millioner mer enn 2013 ble fordelt etter nøkkel for ambulanse. Til sammen vil det si at kr 60 millioner som tidligere ble fordelt etter ressursbehovsindeksen for behandling (somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling), nå ble fordelt etter indeksen for prehospitaltjenester. Dette har en positiv virkning for Helse Fonna og Helse Førde, som har en relativt større andel av inntektene i modellen for prehospitaltjenester enn de har av inntektsmodellen knyttet til behandling.

Tabellen under viser anslåtte omfordelingseffekter av forslag til justert modell. De to første kolonnene viser effekten av ny ressursbehovsindeks for ambulanse og pasientreiser, mens den tredje kolonnen viser effekten av at kr 60 mill., som før ble fordelt etter indeksen for pasientbehandling, nå blir fordelt etter indeksen for prehospitaltjenester.

	Ambulanse	Pasientreiser	Auka andel til prehospitaltjenester	Samla effekt
Helse Stavanger	2 930	4 387	-5 462	1 855
Helse Fonna	4 171	-1 578	2 124	4 717
Helse Bergen	479	-27 382	-5 964	-32 867
Helse Førde	-7 580	24 573	9 302	26 295

5 Prosess for modell prehospitaltjenester

Helseforetakene har vært representert i prosjektgruppen med både økonomi- og fagdirektør. I tillegg har de ansatte vært representert med to konserntillitsvalgte. I etterkant av at prosjektrapporten ble overlevert til Administrerende direktør i Helse Vest har rapporten vært på høring i HF-ene sine styrer.

Følgende svar er gitt på høringsuttalelsene (Hentet fra Helse Vest RHF sin styresak sak 130/13 B):

Hyringsuttale frå Helse Stavanger

Helse Stavanger har lagt fram ein sak for sitt styre der dei vurder det som positivt at ein har funne objektive kriteria også for den prehospitala delen av modellen. Helse Stavanger understrekar at ein oppfatar at den semja som er oppnådd i prosjektgruppa, baserer seg på eit kompromiss, og at dersom ein endrar på enkeltelement i modellen må ein ta heile modellen opp til vurdering på ny. Styret i Helse Stavanger har gjort følgjande vedtak i sak 94/13:

«Styret tar rapporten om revisjon av fordeling av inntekter til prehospitala tenester i Helse Vest til etterretning.»

Hyringsuttale frå Helse Fonna

Helse Fonna sluttar seg til dei vurderingane som prosjektgruppa har gjort, og meiner det er gjort eit godt arbeid med å utvikle modellen vidare. På same måte som Helse Stavanger, understreker også Helse Fonna at eventuelle endringar i enkelt element i modellen må føre til ein fornya vurdering av heile modellen. Styret i Helse Fonna har gjort følgjande vedtak i sak 58/13:

«Styret i Helse Fonna HF tilrår at føreliggande forslag til ny inntektsmodell for prehospitala tenester blir vedteke.»

Hyringsuttale frå Helse Bergen

Helse Bergen slutter seg også til forslaget til modell, og meiner at arbeidet har gjort at ein har kome enda eit skritt vidare i å etablere ein modell som gir ei mest mogleg rettferdig fordeling av ressursane slik at ein sikrar eit mest mogleg likeverdig tilbod til pasientane på Vestlandet. Styret i Helse Bergen har gjort følgjande vedtak i sak 58/13:

*«1. Styret i Helse Bergen har vurdert rapporten om innarbeiding av kriteria for prehospitala tenester i inntektsfordelingsmodellen og seier seg samd i konklusjonane.
2. Styret ber om at saka vert sendt vidare til Helse Vest for handsaming og endeleg godkjenning.»*

Hyringsuttale frå Helse Førde

Helse Førde er noggd med at ein har etablert meir objektivitet i fordelinga av ressursar til det prehospitala området. Samtidig peiker ein på at ein slik modell aldri kan klare å fange alle faktorar fullt ut. Helse Førde er kritisk til at ambulanseområdet ikkje betre blir fanga opp i modellen. I behandlinga av saka i styret blei det føydd til tre punkt til administrerande direktør sitt forslag til vedtak. Følgjande vedtak vart gjort i sak 72/13:

«1. Helse Førde støttar prosjektgruppa si innstilling til revidert modell for fordeling av midlar i Helse Vest RHF sin inntektsfordelingsmodell. Ein legg til grunn av revisjonen vert gjort gjeldande frå 2014.

2. Styret ser det har vore krevjande å finne indikatorar og datagrunnlag i arbeidet med inntektsmodellen for prehospitala tenester.

3. Moglege krav til responstider og utgreiing av breiare samarbeid når det gjeld prehospital akuttmedisin, kan gi eit betre grunnlag for modellen.

4. Styret ber difor om at modellen igjen vert gjennomgått i 2. halvår 2014.»

Helse Vest RHF sin anbefaling og beslutning i styret er at Helse Bergen HF sitt tap på kr 32,9 mill. som følge av omleggingen, dekkes i basisrammen for 2014 gjennom tilsvarende reduksjon i reserven og at full omfordelingseffekt slår inn først fra 2015.

Helse Førde sitt ønske om å fornye gjennomgang av modellen i 2014 med bakgrunn i at en da vil ha et bedre datagrunnlag, blir ikke hensyntatt i Helse Vest RHF sin anbefaling. Helse Vest RHF baserer vurderingen på at tilgang på bedre data vil alltid være aktuelt i denne typen modellarbeid. Basert på det arbeidet som nå ble gjort er det etablere en robust modell som

bør få virke noen år, og at et nytt arbeid med inntektsmodell i regionen i først bør skje når det blir gjort et nytt nasjonalt inntektsmodellarbeid.

Konklusjon

Helse Stavanger økte sin andel av inntektsfordelingen til ved forrige revisjon av inntektsmodellen i 2013. Oppdatering av modellen med prehospitaltjenester i 2014 hadde om lag ingen nettoeffekt.

Helse Bergen har hatt samlet sett en negativ effekt av revideringen av inntektsmodellen.

Helse Fonna hadde samlet sett en negativ effekt av revidering av inntektsmodellen, men strukturtilskuddet på til sammen kr 26 mill. gjør at de får en positiv effekt.

Helse Førde hadde samlet sett en positiv effekt av oppdatering av inntektsmodellen. I tillegg fikk de et strukturtilskudd på kr 21 mill. som kom i tillegg til skjønnstilskuddet de hadde fra før på kr 32 mill.

Prosjektgruppen ble bedt om å belyse hvordan en kunne håndtere utfordringen som ligger i at noen HF har en sterk vekst i befolkningskriteriene, mens andre har en relativ nedgang. Det er i inntektsfordelingen kun lagt vekt på utfordringene med en relativ nedgang i befolkningskriteriene. Dette gjenspeiles i at det er disse elementene som er hensyntatt i deldeling av strukturtilskudd, mens utfordringene med å ha en sterk vekst ut over det som kompenseres i rammetilskuddet ikke er vektlagt.

Siste oppdatering som følge av revidert inntektsmodellen trådte i kraft i 2015. Helse Vest ønsker at denne skal virke noen år og har til hensikt å ta en ny gjennomgang i forbindelse med nasjonal gjennomgang av inntektsmodellen. Tildeling og størrelsen på strukturtilskudd er noe Helse Vest vil vurdere hvert år.