



Styresak 073-2018

Høringssvar - Forslag til revidert inntektsmodell somatikk

Saksbehandler: Gro Ankill
Dato dok: 28.09.2018
Møtedato: 08.10.2018
Vår ref: 2018/2182

Vedlegg (t): Høringssvar fra Nordlandssykehuset HF – Forslag til revidert inntektsmodell for somatikk

Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til saksfremlegget og vedtar dette som Nordlandssykehusets høringssvar til forslag til revidert inntektsmodell somatikk.

Bakgrunn:

Dagens inntektsmodell for somatikk i Helse Nord ble revidert i 2013. Nordlandssykehuset har etter revisjonen i 2013 erfart at modellen ikke i tilstrekkelig grad oppfyller målsetningen om likeverdig tilbud til befolkningen i Helse Nord, og har i flere sammenhenger gitt Helse Nord RHF tilbakemelding om dette. I januar 2017 ble HF-ene invitert til å komme med innspill til utvikling av ny inntektsmodell for somatikk. På bakgrunn av innspillene fra foretakene igangsatte Helse Nord høsten 2017 arbeid med ny revisjon av inntektsfordelingsmodellen. Forslag til revidert inntektsmodell for somatikk er nå sendt ut på høring med høringsfrist 31. oktober 2018.

Direktørens vurdering:

Nordlandssykehuset mener det har vært viktig og riktig at vi siden foretaksreformen i 2002 sammen har støttet opp om etableringen og utviklingen av Universitetssykehuset i Nord Norge. Det har vært et stort løft for landsdelen og det er viktig også i fortsettelsen å sikre et aktivitetsnivå på undervisning, forskning, diagnostikk og behandling ved UNN som sikrer dette foretaket en fortsatt status og kapasitet som Universitetssykehus. Dette har vi vært, og er vi, sammen om.

Ett forhold som i liten grad kommuniseres i nord er at mye av denne utviklingen i perioden har vært finansiert ved særskilte tilskudd, og til dels gjennom omfordeling av midler mellom de fire Helseforetakene med sykehus i Nord Norge ved egne ukjente datakilder for reisetider og ved 'nord norske' valg av vektninger i den regionale inntektsfordelingsmodellen. Vi mener dette i det lange løp har medført svekkelse av finansieringen av det desentraliserte tjenestetilbudet i landsdelen.

Nå er tiden inne for å videreutvikle det desentraliserte tjenestetilbudet, det likeverdige og lokalt samhandlende tjenestetilbudet. De finansielle omfordelingsmekanismer må derfor rigges med det premiss at også disse skal understøtte visjonen «sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan». Om ikke mer, så i alle fall i noenlunde samsvar med hva man har gjort i de øvrige regioner. Vi er av den klare oppfatning at våre krav til endringer og justeringer i modellen ikke går lengre enn dette.

Videre er vi opptatt av at man tydelig må forstå og kommunisere sammenhengen mellom valgt regional parametersetting og vektinger i den regionale inntektsfordelingsmodell, og de enkelte HF-enes mulige realistiske driftsnivå og utviklingsrom som følge av dette.

Nordlandssykehuset mener at forslag til revidert modell IKKE støtter opp om formålet med modellen. Vi har i vårt hørings svar redegjort for hvilke feil og mangler som må rettes opp i modellen for at hovedformålet «å fordele inntekter mellom helseforetakene på en måte som legger til rette for et likeverdig tilbud til befolkningen i Nord-Norge» og øvrige målsetninger med modellen skal kunne følges opp.

Ut fra de funn som er gjort gjennom arbeidet med revisjon av inntektsmodell somatikk har Nordlandssykehuset en klar forventning om at revidert inntektsmodell skal rette opp åpenbare feil ved reisetid, korrigere dokumentert underfinansiering av regionale oppgaver, samt korrigere vekting av forskning slik at denne bringes på nivå med øvrige regioner. Foreløpig estimat viser at Nordlandssykehuset som følge av direkte feil og mangler, samt urimelig vekting av kostandsdrivere i inntektsmodellen underfinansiert med 60-80 mill kr årlig

Nordlandssykehusets konkrete tilbakemelding på innstillingen fra prosjektgruppen oppsummeres som følger:

1. Nordlandssykehuset forutsetter at påviste feil i reisetider rettes opp
2. Beløpet som må legges til grunn ved skjønnsutøvelse for korreksjon av påviste feil må tilsvare det faktiske beløp som i dag skjevfordeles som følge av disse feil – det vil si minimum 50 mill kr (jf. rapportens side 17).
3. Nordlandssykehuset slutter seg til prosjektgruppens konklusjon om å tilbake stille forskningsaktiviteten til 2013-nivå.
4. Nordlandssykehuset krever at vekting av forskning nedjusteres til 55 % - tilsvarende det nivå som benyttes i andre helseregioner
5. Nordlandssykehuset krever at definerte særskilte regionale funksjoner finansieres i tråd med faktisk netto kostnad, og at finansiering av definerte oppgaver som utføres av Nordlandssykehuset jf. oversikten i tabell 5 s 19 økes til 20 mill kr.
6. Nordlandssykehuset krever at regionale funksjoner med årlig faktisk kostnad under 1 mill kr fortsatt finansieres særskilt, alternativt ved årlig skjønsmessig beløp tilsvarende kostnad.
7. Nordlandssykehuset krever at regional funksjon Henteteam nyfødte finansieres i tråd med kostnad på 4,7 mill kr årlig.
8. Nordlandssykehuset krever at øvrige regionale «sentralsykehusfunksjoner» finansieres skjønsmessig med 20 mill kr årlig.
9. Nordlandssykehuset krever at finansiering knyttet til betaling av medikamenter og behandlingshjelpemidler følger befolkningen i det enkelte helseforetak
10. Nordlandssykehuset krever at 6,5 mill kr knyttet til medikamenter som er feilfordelt tom 2018 tilbakeføres fra og med 2019.
11. Nordlandssykehuset krever at behovskomponenten legges til grunn også ved eventuell overføring av nye oppgaver der kostnad er knyttet til foretakstilknytning og ikke behandlingssted.

Begrunnelsen for våre krav/innspill til justering av modellen følger av vedlegg 1.

Høringsvar fra Nordlandssykehuset HF – Forslag til revidert inntektsmodell for somatikk

1. Bakgrunn

Finansieringen av helseforetakene er i hovedsak to-delt, og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning. Utgangspunktet for somatikk er at basisbevilgningen og den aktivitetsbaserte bevilgningen skal utgjøre 50 % hver, og at basisbevilgningen fordeles gjennom inntektsfordelingsmodell for somatikk.

Dagens inntektsmodell for somatikk i Helse Nord ble revidert i 2013. 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»*. Øvrige målsetninger er:

- Stimulere til effektiv ressursbruk og kontinuerlig forbedringsarbeid i de enkelte helseforetak og i foretaksgruppen samlet.
- Støtte opp under intern samhandling og utnyttelse av den samlede kapasitet og kompetanse i foretaksgruppen.
- Bidra til en inntektsfordeling mellom foretakene som skaper best mulig samsvar mellom de oppgaver som skal ivaretas og de ressurser som tildeles.

Nordlandssykehuset har etter revisjonen i 2013 erfart at modellen ikke i tilstrekkelig grad oppfyller målsetningen om likeverdig tilbud til befolkningen i Helse Nord, og har i flere sammenhenger gitt Helse Nord RHF tilbakemelding om dette. I januar 2017 ble HF-ene invitert til å komme med innspill til utvikling av ny inntektsmodell for somatikk, herunder oversikt over hva vi mente var feil/mangler med dagens modell, samt vurderinger og forslag til hvordan en ny modell kan settes opp for å unngå det som i dag oppleves som mangler med vedtatt modell. Nordlandssykehusets krav/innspill til justeringer i modellen omfattet hovedsakelig korleksjon av feil i beregning av reisetid til nærmeste lokalsykehus, finansiering av regionale oppgaver, justering av finansiering av utdanningsaktiviteter, samt redusert vektlegging av forskningsaktiviteter (jf brev fra Nordlandssykehuset av 28.03.2017 - styresak 027-2017_11).

På bakgrunn av innspillene fra foretakene igangsatte Helse Nord høsten 2017 arbeid med ny revisjon av inntektsfordelingsmodellen med følgende hovedmål for prosjektet:

1. Å få vurdert om det har skjedd utvikling i helseforetakene som tilsier endring i fordeling av inntekter i regionen.
2. Å gi inntektsfordelingsmodell for somatikk legitimitet i tråd med punkt 2.4., herunder en ny gjennomgang av det skjønn som er lagt til grunn for dagens modell. Der det er relevant skal utøvelse av skjønn sammenliknes med hvordan de samme forhold er vurdert i andre regioner.

Effektmål er som følger:

1. Større grad av trygghet for at modellen støtter opp om riktig og optimal fordeling av ressursene i regionen.
2. Incentiver som støtter opp om å avdekke og redusere uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester.

Styringsdokumentet for prosjektet fastslår videre at fremtidig modell skal ivareta følgende viktige forhold:

1. Modellen skal legge til rette for likeverdige helsetilbud for alle innbyggerne i regionen.
2. Hele helsetilbudet i regionen skal i prinsippet være tilgjengelig for alle pasienter.
3. Befolkningen i Nord-Norge skal ha et likeverdig tilbud med befolkningen i resten av landet.
4. Modellen skal ivareta oppgjør for pasientbehandling mellom helseforetak i HN.
5. Modellen skal legge til rette for at pasienten får tilbud så nært sitt hjemsted som mulig.
6. Modellen skal støtte opp under gjeldende funksjonsfordeling.
7. Modellen skal bidra til effektivitet og omstilling i sektoren.

Prosjektet ble gjennomført i perioden november 2017 til april 2018 og Nordlandssykehuset har deltatt med representanter i prosjektgruppen og i styringsgruppen.

2. Høringsinvitasjon

Forslag til revidert inntektsmodell for somatikk er nå sendt ut på høring med høringsfrist 31. oktober 2018. Helse Nord RHF ber i sin høringsinvitasjon om tilbakemelding på følgende forhold:

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

3. Nordlandssykehusets høringssvar

Inntektsfordelingsmodellen somatikk fordeler i 2018 om lag 5,3 mrd kr mellom helseforetakene i Helse Nord basert på kriterier i behovskomponenten, kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten. Av dette fordeles om lag 4,6 mrd kr (87 %) ut fra behovskomponenten og 0,7 mrd kr (13 %) ut fra kostnadskomponenten.

Mobilitetskomponenten «omfordeler» deretter en del av disse midlene ut fra pasientmobilitet foregående periode.

3.1 Behovskomponenten

Behovskomponenten skal fordele midlene i henhold til befolkningens behov ut fra alder, antall uføre, antall sosialhjelpsmottakere, dødelighet mv. For Nordlandssykehuset HF legges befolkningsdata for befolkningen i våre opptaksområder Lofoten, Vesterålen og Salten til grunn. De grunnlagsdata som er benyttet oppfattes som riktige og vektning i stor grad i samsvar med modellene i landet for øvrig. Denne oppdateres årlig med befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå. Nordlandssykehusets andel av «befolkningsbehov» i Nord Norge utgjør 28,7 %.

- Nordlandssykehuset har ikke avdekket forhold i behovskomponenten som bør gi grunnlag for justering.

3.2 Kostnadskomponenten

Midlene til kostnadskomponenten trekkes ut fra den sum som ellers ville blitt fordelt etter behovskomponent-beregningene og omfordeler midlene mellom de tre HF-ene med høyest beregnet kostnadsulempe.

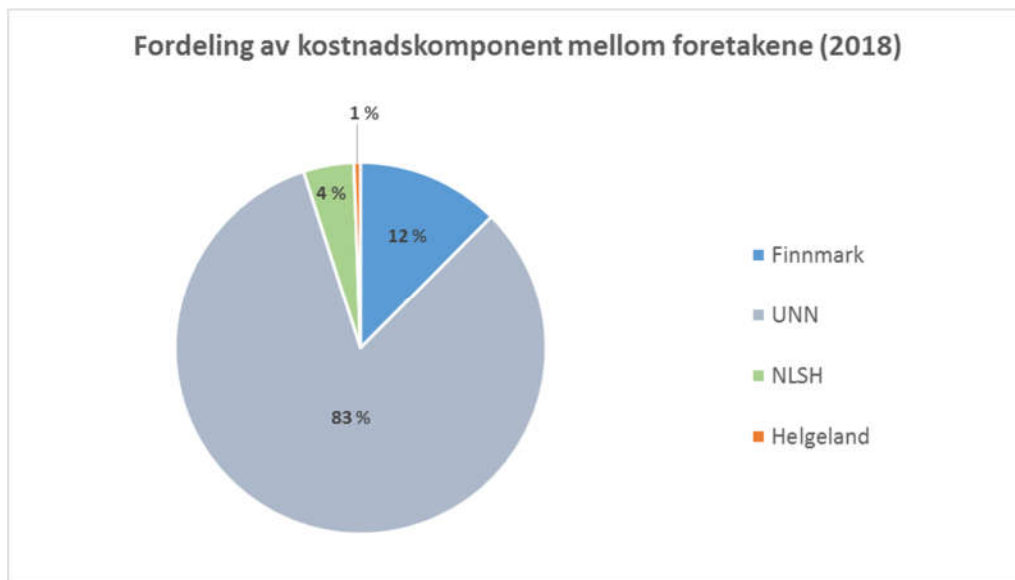
Når det gjelder kostnadskomponenten har Nordlandssykehuset tidligere avdekket feil og mangler i modellen, og vi har dokumentert at disse feil og mangler over år har medført skjevfordeling av midler mellom helseforetakene - i Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets disfavør. Konsekvensen av denne skjevfordelingen har vært at Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset hvert år har fått for lave inntekter i forhold til befolkningens behov, og medfølgende svekkelse av sin egenkapital og likviditet. Tilsvarende har Universitetssykehuset og Finnmarkssykehuset fått for høye inntekter i forhold til behov, og dermed også styrket sin egenkapital og likviditet over år. Bakgrunnen for skjevfordelingen er at modellen benytter grunnlagsdata med store feil når det gjelder befolkning og reiseavstander. Nordlandssykehuset HF har gjentatte ganger bedt om at åpne offentlige kilder må benyttes for fastsetting av grunnlagsdata som befolkning og reiseavstander.

Kostnadskomponenten skal kompensere for

- a) Statistisk signifikante forhold som gir enkelte helseforetak relative kostnadsulemper (heretter omtalt som «*kostnadsulempekomponent*»)
- b) Spesifiserte regionale og universitetssykehus funksjoner (heretter omtalt som «*regionale funksjoner*»)

Midlene i kostnadskomponenten trekkes ut fra den samlede rammen i inntektsfordelingsmodellen og endrer den fordelingen som ville være om man bare tok hensyn til det relative forhold mellom behovskomponentene i de fire HF. Uttrekket og omfordelingen baseres på en beregnet «relativ forskjell i kostnadsulempene mellom de fire helseforetakene med sykehus i Nord-Norge» og omfordeles deretter mellom foretakene etter egne kriterier. I 2018 utgjør kostnadskomponenten som trekkes fra midler som ellers ville blitt fordelt etter behovskomponenten 696 mill kr.

Den «relative forskjell i kostnadsulempene mellom de fire helseforetakene» beregnes ut fra følgende fire forhold: Reisetid (til nærmeste lokalsykehus), omfang på forskning, omfang langtidsliggere og antall akuttsykehus. For hvert av disse forhold er det fastsatt hvilken vekt en slik «relativ forskjell» skal gis, og alle 4 vektet videre til en «totalt beregnet relativ forskjell mellom HF». I Helse Nord har man, i motsetning til de øvrige regioner, valgt å gi alle fire elementer en 100 % vektning. Hvilket innebærer at man ikke mener noen av forholdene er kompensert med annen finansiering.



Som det fremgår av figuren fordeles kun 5 % (35 mill kr) av midlene i kostnadskomponenten til sykehusene i Nordland, mens resterende 95 % (662 mill kr) går til sykehusene i Troms og Finnmark. Modellen slik den fungerer i dag **flytter 282 mill kr** fra sykehusene i Nordland (Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset) til sykehusene i Troms og Finnmark (Universitetssykehuset Nord-Norge og Finnmarkssykehuset), sammenlignet med hva fordelingen ville vært om bare behovskomponenten som representerer befolkningens størrelse m.m. ble lagt til grunn.

Av de 282 mill kr som flyttes fra sør til nord i regionen i 2018 er 206 mill kr knyttet til modellbrukens påståtte «kostnadsulempe» og 76 mill kr til spesifiserte «regionale funksjoner».

Disse 282 mill kr har vært flyttet hvert år siden revisjon av modellen i 2013 og har dermed bidratt negativt i forhold til likviditet gjennom flere år.

3.2.1 Nærmere om Kostnadsulempe-komponenten

Dagens inntektsfordelingsmodell har under «kostnadsulempe komponenten» identifisert fire kostnadsdrivere som er vurdert som signifikante forhold som gir enkelte helseforetak relative kostnadsulemper. Størrelsen og fordeling av den samlede kostnadsulempe-komponenten bestemmes av det relative kostnadsnivået mellom helseforetakene beregnet ut fra følgende kostnadsdrivere:

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

De samme kostnadsdrivere er lagt til grunn i inntektsmodellene også i øvrige regionale helseforetak. Det som skiller modellen i Helse Nord fra øvrige regioner er imidlertid hvilken **vekt** de ulike kostnadskomponentene tillegges ved beregning av samlet HF kostnadsulempe. Helse Nord RHF benytter konsekvent høyere vektlegging av de 4 kostnadsdriverne, som medfører forholdsvis større økonomisk kompensasjon for de foretak som har identifisert størst kostnadsulempe, og tilsvarende større trekk i rammen for foretak med vurdert mindre kostnadsulempe. Det betyr at Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset i dagens modell må betale betydelig mer for de vurderte kostnadsulemper i UNN og Finnmarkssykehuset enn hva situasjonen ville vært i en annen helseregion. For 2018 er den relative forskjellen beregnet å utgjøre 9,2 %, og på bakgrunn av dette trekkes 460 mill kr ut av den totale bevilgningen og fordeles til Universitetssykehuset med 377 mill kr og Finnmarkssykehuset med 83 mill kr.

Særlig Helse Nords vektlegging av kostnadsdriveren «forskning» skiller seg ut fra øvrige helseregioner. Dersom Helse Nord hadde lagt til grunn tilsvarende vekt som i øvrige regioner for «forskning» ville det innebære flytting av 50-70 mill kr tilbake til Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. Videre har Nordlandssykehuset avdekket og dokumentert feil i grunnlagsdata for beregning av reisetid, som har medført urettmessig trekk i rammen for Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset på 50-60 mill kr **årlig**.

Det er ut fra tilgjengelig datagrunnlag ikke identifisert feil eller større avvik når det gjelder kostnadsdriverne langtidsliggere og akuttsykehus.

I det følgende redegjøres nærmere for feil og mangler i forslag til revidert inntektsmodell knyttet til bruk av kostnadsdriverne reisetid og forskning i kostnadsulempekomponenten:

3.2.1.1 Feil i grunnlagsdata for kostnadsdriveren «Reisetid»

Reisetid til nærmeste lokalsykehus er identifisert som en forklaringsvariabel til ulike kostnadsnivå ved helseforetakene. Dette er basert på statistiske analyser på nasjonale data, og understøttes av nyere analyser fra Samdata som viser at foretakene har et høyere kostnadsnivå når avstand til lokalsykehus er lengre og i mer spredtbygde områder. Kompensasjon for kostnadsulempe som følger av lang reisetid knyttes altså direkte til kostnadsnivå ved det enkelte lokalsykehus.

Nordlandssykehuset har identifisert og dokumentert til dels betydelige feil i grunnlagsdata for reisetid som benyttes i regional inntektsfordelingsmodell. Nordlandssykehuset har ved hjelp av fire ulike kilder dokumentert at reisetidene som er benyttet i inntektsmodellen er feil. Både det opprinnelige datagrunnlaget fra forarbeidene til modellen, tall fra NAF Veibok,

SAMDATA og Helsedirektoratets interaktive kart for beregning av reiseavstand viser at dataene som benyttes i inntektsfordelingsmodellen er feil.

Uavhengig av hvilken kilde som benyttes representerer feilbruken av gjennomsnittlig reisetid til sykehus for befolkningen i de fire HF at:

- Finnmarkssykehuset tildeles mellom 0 og 7 mill for mye
- UNN tildeles mellom 46 og 59 mill for mye
- NLSH tildeles mellom 35 og 40 mill for lite
- Helgelandssykehuset tildeles mellom 14 og 31 mill for lite

Ut fra de funn som er gjort gjennom arbeidet med revisjon av inntektsmodell somatikk har Nordlandssykehuset en klar forventning om at revidert inntektsmodell skal rette opp åpenbare feil ved reisetid. Prosjektrapporten har også konkludert med at grunnlagsdata som ble benyttet mest trolig er feil, men at nye analyser ikke er mulig å gjennomføre innenfor prosjektets tidshorisont ettersom opprinnelige grunnlagsdata er slettet. Prosjektleder har argumentert for at oppdatering av grunnlagsdata i kostnadsindeksanalysen er metodisk problematisk uten å gjennomføre nye analyser, men at skjønnsmessige vurderinger i stedet legges til grunn for beregning av kostnadskompensasjonen.

- Nordlandssykehuset forutsetter at påviste feil i reisetider rettes opp
- Beløpet som må legges til grunn ved skjønnsutøvelse for korreksjon av påviste feil må tilsvare det faktiske beløp som i dag skjevfordeles som følge av disse feil – det vil si minimum 50 mill kr (jf. rapportens side 17).

Selv om nye nasjonale analyser av reisetider skulle vise seg å gi marginale endringer i kostnader pr minutt reisetid vil geografien fortsatt være uendret, og tilsvarende forholdet reisetid til nærmeste lokalsykehus.

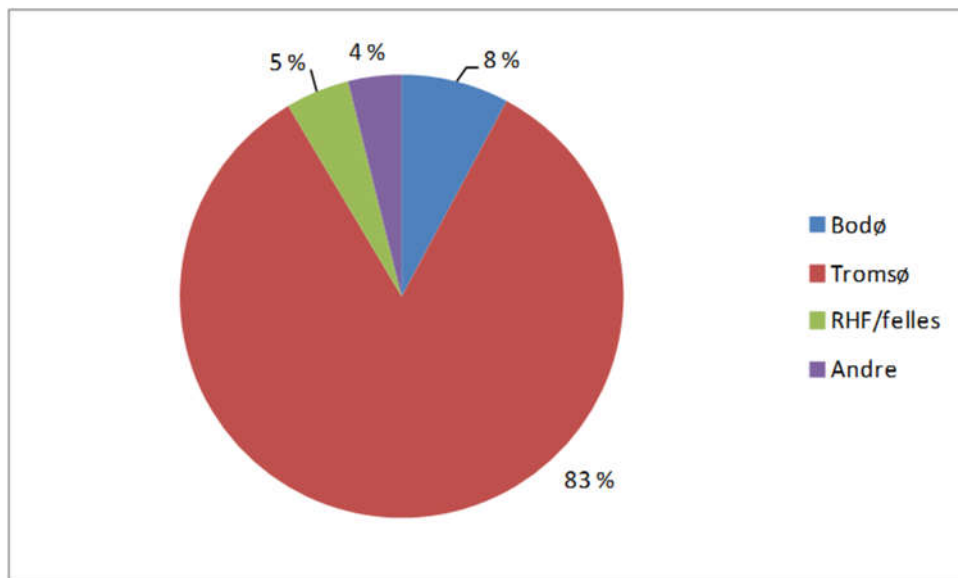
Argumentet for at korrigerer av reisetid til nærmeste lokalsykehuset kun vil gi marginal effekt mht den nasjonale beregningen av kostnad pr minutt, er Helse Nords lave andel av den samlede befolkning. En netto effekt av reisetidsendringer for Helseforetakene i Nord vil utgjøre om lag 5 % reduksjon. Helse Nord utgjør en 9 % andel av befolkningsgrunnlaget i den nasjonale modellen. Det kan ut fra dette antas at den nasjonalt beregnede merkostnad pr minutt reisetid pr borger har en usikkerhet på 0,05 %. Dette vil være en helt marginal effekt å skulle ta hensyn til og har etter Nordlandssykehusets oppfatning ingen relevans i forhold til å få rettet åpenbare feile grunnlagsdata som gir feile og urimelige fordelingseffekter mellom foretakene i Nord.

3.2.1.2 Urimelig vektning av kostnadsdriveren «forskning»

I dagens inntektsmodell beregnes kostnadsulempen for forskning ut fra antall forskningspoeng produsert ved det enkelte foretak i forhold til antall produserte DRG-poeng. Denne beregningen gjøres imidlertid uavhengig av hvordan forskningen er finansiert. En viss andel av forskningsprosjektene, særlig ved Universitetssykehusene, har særskilt finansiering (herunder fra de regionale helseforetakene) utover bevilgninger i de regionale inntektsfordelingsmodeller, og belaster derved ikke foretakenes bevilgninger fra behovskomponenten. I de øvrige regionene er dette søkt hensyntatt ved å gi kostnadsulempen for forskning en lavere vektning enn 1. Dette har man ikke gjort i Helse Nord (her gis i stedet 100 % kompensasjon pr forskningspoeng ihht nasjonal beregning).

I Helse Nord er det UNN som gjennomfører den største andelen av forskning målt i forskningspoeng vs. DRG-poeng. En vesentlig del av denne forskningen finansieres av midler som mottas utenfor inntektsfordelingsmodellen. Hovedandelen (mer enn 80%) av forskningsmidlene som årlig tildeles fra Helse Nord etter søknadsrunde går til forskningsprosjekter ved Universitetssykehuset i Tromsø eller universitetet i Tromsø.

Av et samlet budsjett på om lag 150 mill kr var tildelingen av forskningsmidler i 2017 som følger:



I tillegg mottar UNN særskilt finansiering av nasjonale forskningsaktiviteter (Nasjonalt senter for e-helseforskning). Større forskningsmiljøer settes i stand til også å utløse nasjonale midler. Dette innebærer at en betydelig del av forskningspoengene opptjent ved UNN har fått sin kostnadskompensasjon utenfor inntektsfordelingsmodellen. Likevel legges samtlige forskningspoeng til grunn for beregning av kostnadsulempe innenfor modellen.

Det er vanskelig å skille kostnader til forskning fra kostnader til pasientbehandling. Gjennom dagens modell finansieres forskning flere ganger – både gjennom finansiering av høyspesialiserte funksjoner, ISF-finansiering (høyere betaling for mer kompliserte DRG-er), ekstern finansiering og som særfinansiering gjennom basisrammen.

I forbindelse med siste revisjon av inntektsmodellen i 2013 utarbeidet Jon Magnussen notatet «Kostnadsanalyser for Helse Nord» (vedlegg til innstilling fra regional prosjektgruppe som ble sendt på høring februar 2013). I drøftingen av bruken av regresjonsanalyser som utgangspunkt for beregning av kostnadsnivå i helseforetakene, og eventuell justering av disse, viser Magnussen til vurderingen som ble gjort av arbeidsgruppen som utarbeidet modell for Helse Vest. Denne gruppen konkluderte med følgende:

«Forskning vurderes å være en vesentlig kostnadsdriver. Den antas både å fange opp helseforetakenes direkte kostnader knyttet til forskning, merkostnadene i pasientbehandling knyttet til forskning, og generelle kostnader knyttet til å drive regionale funksjoner. Det siste elementet begrunnes i en sterk korrelasjon mellom nivået på forskning og ulike mål på størrelse. I dagens modell er effekten av forskningsvariabelen halvert i forhold til de empiriske analysene; begrunnelsen er

dels at det ikke skal kompenseres for direkte forskningskostnader, dels at størrelsen på effekten antas å være følsom for endringer i noen få forskningstunge helseforetak.»

.....

Det er vesentlig å ha med seg at de enkelte kostnadsdriverne ventelig fanger opp underliggende forhold som er sterkt assosiert med kostnadsdriveren. «Forskning» vil for eksempel ikke bare fange opp merkostnadene i pasientbehandling knyttet til forskningsaktivitet, men også forhold som størrelse, universitetssykehusfunksjoner, pasientsammensetning og lignende.»

Både region Midt og region Vest har drøftet utfordringen ved å legge forholdet mellom antall produserte DRG-poeng og forskningspoeng til grunn for beregningen av kostnadsulempe, ettersom forskning i stort omfang finansieres gjennom flere kilder.

Helse Vest har på bakgrunn av dette vektet ned forskning til 55 % av estimert effekt. Begrunnelse var å nå frem til en kostnadsindeks man mente reflekterte reelle forskjeller i kostnadene knyttet til å drive pasientbehandling.

Også Helse Midt har en modell som bygger på de samme prinsipper som Helse Vest, og har redusert vektlegging av forskning til 75 %. Argumentasjonen for dette er at «dersom kostnadsdriverne fanger opp andre forhold enn hva som er ment kompensert så skal den estimerte effekten reduseres i fastsettelsen av kostnadsindeksen. For eksempel dersom den estimerte effekten av forskningspoeng både fanger opp de generelle kostnadsulempene knyttet til forskning (ment kompensert for) og de direkte kostnadene til forskning (ikke ment kompensert for), så må kostnadsestimatet for forskning skaleres ned.» I Helse Midt har flere argumentert for at også 75 % er uforholdsmessig høyt.

I notatet «Kostnadsanalyser i Helse Nord» av Jon Magnussen ble forskning lagt inn som «default» med 50 % for å illustrere en modell som lå «nær» Helse Vest. Til tross for dette valgte Helse Nord i 2013 en løsning som er avvikende fra resten av Helse Norge, med en vektlegging av forskning med hele 100 %.

Nordlandssykehuset har både i forkant av og i løpet av arbeidet med revisjon av inntektsfordelingsmodellen påpekt urimeligheten av Helse Nords høye vektlegging av kostnadsdriveren «Forskning». Dette særlig sett i lys av Helse Nords fordeling av forskningsmidler utenfor inntektsfordelingsmodellen og fordeling av midler til «regionale funksjoner.»

Arbeidet med revisjon av inntektsfordelingsmodellen i 2017/18 har avdekket feil i dagens modell ved at Helse Nord oppdaterer forskningsaktiviteten årlig. Som følge av denne feilen har kostnadskompensasjonen knyttet til forskning økt med 50 mill kr i perioden 2013-2018 i favør av UNN. Prosjektleder har argumentert for at det fra et faglig ståsted ikke er korrekt å oppdatere forskningsaktiviteten i Helse Nord, mens kostnadsestimatet er holdt konstant. Prosjektgruppen er enige i at forskningskomponenten på bakgrunn av dette tilbakestilles.

Nordlandssykehuset mener imidlertid at denne korreksjonen på langt nær er tilstrekkelig for å oppfylle intensjonen i modellen om kompensasjon for kostnadsulempe, da en vektlegging av forskning på 100 % medfører finansierte kostnader langt ut over formålet. Kostnadsestimatet må nedjusteres på nivå med Helse Vest og Helse Midt for å være i tråd med intensjonen i modellen.

Dagens praksis, der forskningspoeng som genereres «uten kostnadsulempe» for et foretak i neste omgang legges til grunn for beregning av kostnadsulempe, bidrar til å øke skjevheten i finansiering av forskningsaktiviteter. Forskningsmiljøer som allerede er godt finansiert styrkes, mens miljøer med dårligere grunnfinansiering og dårligere utgangspunkt for å øke forskningen svekkes ytterligere. Det skapes en dynamikk som øker ulikheter og bidrar til forvitring av forskningsmiljøene utover det største i regionen. En dynamikk som strider mot målene i Helse Nords Forskningsstrategi 2016-20.¹

Vektleggingen av forskning med 100 % i Helse Nords modell innebærer at det kompenseres for direkte kostnader til forskning både gjennom kostnadskomponenten og som direkte finansiering utenfor modellen. Dersom vektlegging av forskning ble satt til 0 ville det medført en omfordeling av midler på 174 mill kr fra UNN til de øvrige foretakene (223 mill kr før tilbakestilling som følge av feil bruk av modellen). Ved å vekte forskningen til 50 % vil omfordeling utgjøre om lag 86 mill kr, etter korreksjon for feil ved årlig oppdatering av modellen omtalt foran. I følge argumentasjonen vedrørende vekting i øvrige regioner fungerer modellen i Helse Nord slik at de øvrige tre helseforetakene gjennom kostnadsulempekomponenten bidrar med 88 mill kr ut over den kostnadsulempe UNN har knyttet til sin forskningsaktivitet (hhv 23 mill kr fra Finnmark, 28 mill kr fra Helgelandssykehuset og 35 mill kr fra Nordlandssykehuset). Det betyr at øvrige helseforetak via forskningskomponenten også er med å finansiere direkte kostnader knyttet til forskning og regionale funksjoner ved UNN – som denne delen av kostnadsulempekomponenten ikke er ment å finansiere.

Direkte kostnader til forskning ved UNN finansieres med andre ord to ganger, og dette skjer på bekostning av basisfinansieringen beregnet fra behovskomponenten i de tre foretakene med lavere forskningsaktivitet.

- Nordlandssykehuset slutter seg til prosjektgruppens konklusjon om å tilbake stille forskningsaktiviteten til 2013-nivå.
- Nordlandssykehuset krever at vekting av forskning nedjusteres til 55 % - tilsvarende det nivå som benyttes i andre helseregioner

Merfinansieringen fra Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset gjennom forskningskomponenten må også ses i relasjon til finansiering av «regionale funksjoner» i avsnittet nedenfor.

3.2.2 Regionale funksjoner

Nordlandssykehuset har innenfor mange fagområder funksjon som «sentral-/fylkessykehus» for befolkningen i Nordland, men finansieres i utgangspunktet som et lokalsykehus. Foretaket har også definerte regionale oppgaver som, med enkelte unntak, kun har delvis finansiering.

Dagens inntektsmodell gir ingen finansiering til Nordlandssykehuset for utførelse av sentralsykehusoppgaver utover de midlene som pr i dag er spesifisert i kostnadskomponenten

¹ Helse Nords forskningsstrategi 2016-20
(<https://helsenord.no/Documents/Forskning/Strategi%20for%20forskning%20og%20innovasjon%202016-2020.pdf>)

under regionale funksjoner, samt deler av midlene som ligger som midlertidig finansiering under «overgangsordninger».

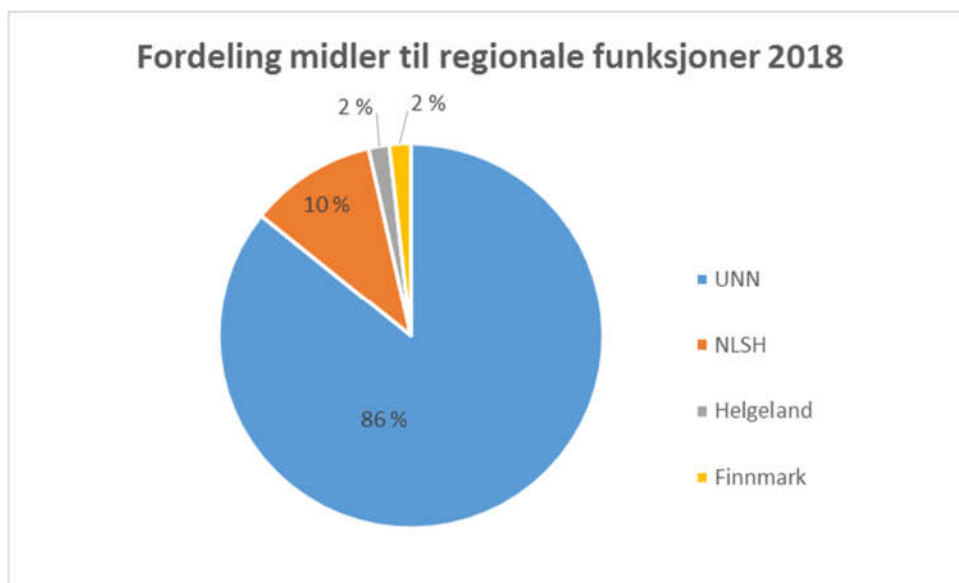
Nordlandssykehuset er ut fra de valgte prinsipper for vekting av kostnadsdrivere heller ikke funnet å ha noen «generell» kostnadsulempe som vi skal kompenseres for.

Problemstillingen knyttet til utilstrekkelig eller manglende finansiering av regionale oppgaver som utføres på vegne av hele eller deler av Helse Nord er tatt opp gjentatte ganger med Helse Nord. Nordlandssykehuset konstaterer imidlertid at det heller ikke i forslag til revidert inntektsmodell foreslås konkret løsning for denne utfordringen.

I det følgende redegjøres nærmere for mangler i forslag til revidert inntektsmodell når det gjelder finansiering av regionale funksjoner:

3.2.2.1 Regionale funksjoner med særskilt finansiering

I 2018 fordeles 233 mill kr til regionale funksjoner med særskilt finansiering, inkludert utdanningsmidler. Av dette gjelder 109 mill kr særskilte funksjoner, mens 124 mill kr gjelder utdanningsoppgaver. De samlede midlene fordeles med 86 % til UNN (200 mill kr), 10 % (25 mill kr) til NLSH og 2 % (4 mill kr) hver til Finnmark og Helgeland.



Av de 25 mill kr NLSH mottar til regionale funksjoner i 2018 gjelder 11,4 mill kr utdanningsfunksjoner, mens resterende 13,6 mill kr gjelder regionale oppgaver.

Nordlandssykehusets mottar en andel av finansieringen til regionale oppgaver tilsvarende 13 % av rammen på 109 mill kr til dette formålet (UNN mottar resterende 87 %).

I løpet av prosjektarbeidet har Nordlandssykehuset dokumentert at faktiske kostnader til de eksplisitt finansierte regionale funksjoner er langt ut over 13,6 mill kr årlig. Spesielt gjelder dette regionalt senter for sykelig overvekt (RSSO) som i dag mottar finansiering på 2,3 mill kr årlig, mens faktisk kostnad er 6 mill kr. Også flere av de øvrige oppgavene Nordlandssykehuset i dag får finansiering for er underfinansiert.

Den manglende finansieringen til RSSO er ikke drøftet i forslag til revidert modell (i motsetning til forslagene om økt ramme fra UNN som i stor grad er imøtekommet jf. tabell side 21). I stedet foreslår flertallet at samtlige regionale funksjoner som pr i dag mottar mindre enn 1 mill kr årlig (selv om faktisk kostnad utgjør mer enn 1 mill kr årlig) ikke lenger skal finansieres særskilt, men i stedet skal bæres av midlene fra behovskomponenten for det Helseforetaket som er tillagt oppgaven.

For Nordlandssykehuset innebærer forslaget et trekk på 2,8 mill kr (21 %) av en allerede beskjedne ramme for ivaretagelse av regionale oppgaver. Resultatet av forslaget fra flertallet i gruppen er at Nordlandssykehusets finansiering av de spesifiserte oppgavene i tabell 5 side 19 er redusert fra 13,6 mill kr til 10,8 mill kr – og andelen av rammen til dette formålet er dermed redusert fra 13 % til 10 % sammenlignet med dagens modell (UNN har tilsvarende økt sin andel til 90 %).

3.2.2.2 Regionale funksjoner uten særskilt finansiering

Det gis i dag ingen særskilt finansiering for de sentralsykehusfunksjoner Nordlandssykehuset utfører for befolkningen i Nordland. For tjenester som ikke har ISF-finansiering utgjør dette en betydelig økonomisk merbelastning for Nordlandssykehuset. Eksempler på slike tjenester som utføres også på vegne av Helgelandssykehuset er: Funksjon som intensivsykehus, traumesykehus nivå 2, henteteam nyfødte, nyfødtintensiv, MDT-møter, vaktberedskap psykisk helsevern og rus og flere fagområder innenfor somatikk, konferering dagtid med spesialister innenfor patologi, mikrobiologi, infeksjon etc. Henteteamet for nyfødte har alene en årlig kostnad på om lag 4,7 mill kr. I forslaget til revidert modell legges henteteam inn med 3 mill kr årlig, dvs. etablering av ny funksjon med 1,7 mill kr i underfinansiering.

For øvrige regionale ikke-finansierte oppgaver er kostnadene estimert å utgjøre minst 10-20 mill kr årlig.

3.2.2.3 Overgangsordninger (delvis og midlertidig finansierte regionale funksjoner)

Nordlandssykehuset har de siste årene gjennom beslutningsprosesser knyttet til fagplaner o.l. blitt tillagt ansvar for tjenester og oppgaver på fylkesnivå, og i noen grad på regionalt nivå, uten at dette har vært eksplisitt beskrevet i Oppdragsdokumenter. Disse har i noen grad vært finansiert under overskriften «fagplaner» i kapittelet «overgangsordninger». I 2018 mottar Nordlandssykehuset 34 mill kr i såkalte overgangsordninger, som blant annet omfatter tidligere fagplanmidler som gjelder finansiering av regionale oppgaver knyttet til:

- kvinneklinikk
- kreftplan
- regional koordinator helsefaglæringer
- funksjoner innenfor ØNH-området
- revmatologi

Flertallet i prosjektgruppen (unntatt Nordlandssykehuset) foreslår å ta bort disse overgangsordningene og legge hele bevilgningen i basisrammen fordelt etter behovskomponenten. Dette vil innebære en rammereduksjon for Nordlandssykehuset på 3,2

mill kr – og betyr at Nordlandssykehuset ikke lenger finansieres for å ivareta andre enn våre egne lokalsykehuspasienter innenfor fagområdene nevnt ovenfor.

3.2.2.4 Oppsummering regionale funksjoner

Nordlandssykehuset har hatt en klar forventning om at prosessen med revisjon av inntektsmodell skulle bidra til å korrigere dokumentert underfinansiering av regionale oppgaver som utføres av foretaket i dag. Til tross for kartlegging av de aktuelle fagområder dette omfatter, og dokumentasjon av kostnader for flere av disse, inneholder ikke forslag til revidert modell løsning på disse utfordringene. Forslaget som er sendt på høring vil i stedet medføre ytterligere reduksjon av Nordlandssykehusets allerede svært beskjedne finansiering av definerte regionale funksjoner.

- Nordlandssykehuset krever at definerte særskilte regionale funksjoner finansieres i tråd med faktisk netto kostnad, og at finansiering av definerte oppgaver som utføres av Nordlandssykehuset jf. oversikten i tabell 5 s 19 økes til 20 mill kr.
- Nordlandssykehuset krever at regionale funksjoner med årlig faktisk kostnad under 1 mill kr fortsatt finansieres særskilt, alternativt ved årlig skjønnsmessig beløp tilsvarende kostnad.
- Nordlandssykehuset krever at regional funksjon Henteteam nyfødte finansieres i tråd med kostnad på 4,7 mill kr årlig.
- Nordlandssykehuset krever at øvrige regionale «sentralsykehusfunksjoner» finansieres skjønnsmessig med 20 mill kr årlig.

3.3 Bruk av modellen til å fordele nye midler

Inntektsfordelingsmodellen brukes i dag også til å fordele midler som Helse Nord har mottatt fra Helse og Omsorgsdepartementet (HOD) som følge av at helseforetakene pålegges finansieringsansvaret for (nye) oppgaver. Dette har de siste årene særlig omhandlet overføring av ansvar fra folketrygden til helseforetakene for bl.a. medikamenter og behandlingshjelpemidler (som pasienten mottar når de er hjemme). Som følge av endret betalingsansvar må det enkelte foretak nå betale de løpende kostnadene til disse medikamentene og behandlingshjelpemidlene for pasienter som tilhører foretaket. Betalingsansvaret er altså knyttet direkte til pasientenes behov. Nordlandssykehusets pasienter utgjør 28,7 % av pasientene i Helse Nord.

Imidlertid - når Helse Nord fordeler disse midlene fra HOD, legges ikke fordelingen etter behovskomponenten til grunn, men fordeling etter den samlede inntektsfordelingsmodellen. Dette har vært tatt opp med Helse Nord RHF, og ble særlig aktualisert når midler for finansiering av hepatitt C behandling skulle fordeles. Etter den samlede modellen mottar Nordlandssykehuset bare 26 % av midlene. Dette fordi Nordlandssykehuset som følge av premissene for beregning av kostnadskomponenten trekkes betydelige beløp for å finansiere

forskning og regionale oppgaver som utføres av Universitetssykehuset, samt trekk som følge av feilfordeling av kompensasjon for reisetid til nærmeste lokalsykehus.

Siden 2014 har Helse Nord fordelt om lag 261 mill kr til foretakene for ivaretagelse av finansieringsansvar for medikamenter og behandlingshjelpemidler. Som følge av at totalmodellen er anvendt har Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset fått underfinansiert kostnadene knyttet til våre pasienter, mens Universitetssykehuset har fått betydelig overfinansiering. Hvis dette beløpet hadde vært fordelt etter behovsmodellen, som ville vært det åpenbart riktige i forhold til formålet med disse midlene, ville det medført en omfordeling fra Universitetssykehuset til Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset på henholdsvis om lag 6,5 mill kr og 4 mill kr. I dag må Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset finansiere disse kostnadene på bekostning av tilbudet til våre lokalsykehuspasienter.

- Nordlandssykehuset krever at finansiering knyttet til betaling av medikamenter og behandlingshjelpemidler følger befolkningen i det enkelte helseforetak
- Nordlandssykehuset krever at 6,5 mill kr som er feilfordelt tom 2018 tilbakeføres fra og med 2019.
- Nordlandssykehuset krever at behovskomponenten legges til grunn også ved eventuell overføring av nye oppgaver der kostnad er knyttet til foretakstilknytning og ikke behandlingssted.

4. Oppsummering

Nordlandssykehuset mener det har vært viktig og riktig at vi siden foretaksreformen i 2002 sammen har støttet opp om etableringen og utviklingen av Universitetssykehuset i Nord Norge. Det har vært et stort løft for landsdelen og det er viktig også i fortsettelsen å sikre et aktivitetsnivå på undervisning, forskning, diagnostikk og behandling ved UNN som sikrer dette foretaket en fortsatt status og kapasitet som Universitetssykehuset. Dette har vi vært, og er vi, sammen om.

Ett forhold som i liten grad kommuniseres i nord er at mye av denne utviklingen i perioden har vært finansiert ved særskilte tilskudd, og til dels gjennom omfordeling av midler mellom de fire Helseforetakene med sykehus i Nord Norge ved egne ukjente datakilder for reisetider og ved 'nord norske' valg av vektninger i den regionale inntektsfordelingsmodellen. Vi mener dette i det lange løp har medført svekkelse av finansieringen av det desentraliserte tjenestetilbudet i landsdelen.

Nå er tiden inne for å videreutvikle det desentraliserte tjenestetilbudet, det likeverdige og lokalt samhandlende tjenestetilbudet. De finansielle omfordelingsmekanismer må derfor rigges med det premiss at også disse skal understøtte visjonen «sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan». Om ikke mer, så i alle fall i noenlunde samsvar med hva man har gjort i de øvrige regioner. Vi er av den klare oppfatning at våre krav til endringer og justeringer i modellen ikke går lengre enn dette.

Videre er vi opptatt av at man tydelig må forstå og kommunisere sammenhengen mellom valgt regional parametersetting og vektninger i den regionale inntektsfordelingsmodell, og de enkelte HF-enes mulige realistiske driftsnivå og utviklingsrom som følge av dette.

Nordlandssykehusets konkrete tilbakemelding på innstillingen fra prosjektgruppen oppsummeres som følger:

1. Nordlandssykehuset forutsetter at påviste feil i reisetider rettes opp
2. Beløpet som må legges til grunn ved skjønnsutøvelse for korreksjon av påviste feil må tilsvare det faktiske beløp som i dag skjevfordeles som følge av disse feil – det vil si minimum 50 mill kr (jf. rapportens side 17).
3. Nordlandssykehuset slutter seg til prosjektgruppens konklusjon om å tilbake stille forskningsaktiviteten til 2013-nivå.
4. Nordlandssykehuset krever at vektning av forskning nedjusteres til 55 % - tilsvarende det nivå som benyttes i andre helseregioner
5. Nordlandssykehuset krever at definerte særskilte regionale funksjoner finansieres i tråd med faktisk netto kostnad, og at finansiering av definerte oppgaver som utføres av Nordlandssykehuset jf. oversikten i tabell 5 s 19 økes til 20 mill kr.
6. Nordlandssykehuset krever at regionale funksjoner med årlig faktisk kostnad under 1 mill kr fortsatt finansieres særskilt, alternativt ved årlig skjønsmessig beløp tilsvarende kostnad.
7. Nordlandssykehuset krever at regional funksjon Henteteam nyfødte finansieres i tråd med kostnad på 4,7 mill kr årlig.
8. Nordlandssykehuset krever at øvrige regionale «sentralsykehusfunksjoner» finansieres skjønsmessig med 20 mill kr årlig.
9. Nordlandssykehuset krever at finansiering knyttet til betaling av medikamenter og behandlingshjelpemidler følger befolkningen i det enkelte helseforetak
10. Nordlandssykehuset krever at 6,5 mill kr som er feilfordelt tom 2018 tilbakeføres fra og med 2019.
11. Nordlandssykehuset krever at behovskomponenten legges til grunn også ved eventuell overføring av nye oppgaver der kostnad er knyttet til foretakstilknytning og ikke behandlingssted.

Nordlandssykehuset kommentarer til områdene høringsinvitasjonen eksplisitt ber om innspill på er som følger:

a. En vurdering av om modellen støtter opp om:

- *Likeverdig tilbud til pasientene i Helse Nord*
- *Samhandling mellom helseforetakene*
- *Effektiv ressursbruk*
- *Gjeldende funksjonsfordeling og tilbud så nært pasientens bosted som mulig*
- *Pasienttilbud av god kvalitet*

Vår kommentar:

Nordlandssykehuset mener at forslag til revidert modell IKKE støtter opp om formålene spesifisert ovenfor. Vi har i vårt hørings svar redegjort for hvilke feil og mangler som må rettes opp i modellen for at intensjonen under punkt a) skal kunne følges opp.

b. Innfasing av modellen

Vår kommentar:

Revidert modell i tråd med våre innspill under punkt a) innfases i løpet av maksimalt 3 år.

c. Bruk av rullerende flerårige gjennomsnitt ved oppdatering av pasientmobilitet og kriterieverdier i modeller

Vår kommentar:

Bruk av flerårige gjennomsnitt vurderes hensiktsmessig for å unngå store svingninger mellom det enkelte budsjettår, men ikke mer enn 3 år.

d. Andre forhold i modellen som ønskes belyst av helseforetaket

Vår kommentar: