

**STYRESAK 53-2009 REGIONAL INNTEKTSFORDELINGSMODELL
HELSE NORD – OPPDATERING**

Møtedato: 22. juni 2009

Formål/sammendrag

Formålet med denne saken er å orientere styret for Helse Nord RHF om den regionale inntektsfordelingsmodellen, og be styret ta stilling til noen mindre justeringer i den og et konkret forslag til endring i forhold til styrets vedtak i *styresak 84-2007*

Inntektsfordelingsmodell for Helse Nord.

Bakgrunn

Inntektsfordelingsmodellen til Helse Nord RHF skal gjennomgås og oppdateres løpende. Dette er en "objektiv" modell for fordeling av ressurser til somatisk virksomhet i Helse Nord. I arbeidet med utvikling av modellen støtte vi på flere praktiske og prinsipielle problemstillinger som gjorde det nødvendig å innføre noen kompenserende ordninger som, "Finnmarkstillegg", "strukturtilskott" og "særskilte funksjoner". Den "objektive" fordelingsmodellen er bare en del av totalmodellen for fordeling av alle inntekter mellom de ulike foretak og selskaper. I budsjett 2009 ble ca 35 % av inntektene fordelt i den "objektive" modellen.

Det er ønskelig å fase inn en større andel av inntektene i den "objektive modellen" og å foreta noen mindre justeringer for å unngå for store tilfeldige utslag fra år til år.

I tillegg er det i praksis vanskelig å følge opp alle punktene i styrets vedtak i *styresak 84-2007*.

Styrets vedtak i styresak 84-2007:

- 1. Styret i Helse Nord RHF gir generelt sin tilslutning til de hovedpremisser og forutsetninger som ligger til grunn for den foreslåtte ressursfordelingsmodellen.*
- 2. Mer spesifikt vedtar styret at det modellalternativet som baserer seg på et abonnement med 95 % ISF-pris for region- og "sentralsykehuspasienter" legges til grunn for fordelingen av det somatiske rammetilskuddet til helseforetakene.*
- 3. Styret vedtar at det i tillegg bevilges et særskilt strukturtilskudd på 30 mill kr. til Helgelandssykehuset HF og Helse Finnmark HF, likt fordelt mellom de to foretakene.*
- 4. Det etableres snarest en ordning for registrering av import/eksport av laboratorieprøver mellom helseforetakene i Helse Nord, med sikte på å oppdatere den delen av mobilitetskomponenten som omhandler slik aktivitet.*
- 5. Avregning i forhold til den delen av mobilitetskomponenten som ikke dekkes av abonnementet, skjer etterskuddsvis i tilknytning til oppgjør av årsregnskapet.*

6. *Styret vedtar at det hvert tredje år vurderes om volumgrunnlaget for abonnementet justeres, slik at det kan korrigeres for vesentlige endringer av interne gjestepasientstrømmer. Slike revisjoner av modellen skal forelegges styret for vedtak. Dersom styret i Helse Nord RHF vedtar større funksjonsfordeling mellom sykehusene som har konsekvenser for inntektsfordelingsmodellen, så skal justering av volumgrunnlaget for abonnementet vurderes samtidig.*

Oppfølging av styrets vedtak:

- Inntektsfordelingsmodellen er implementert og tatt i bruk fra og med budsjett 2008.
- Det er innarbeidet en abonnementsordning for interne "gjestepasienter" på 95 % ISF for region og sentralsykehuspasienter. Ordningen sikrer Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) forutsigbare rammebetingelser.
- Det er innarbeidet et særskilt strukturtilskudd til Helse Finnmark HF og Helgelandssykehuset
- I 2008 utredet en regional arbeidsgruppe omfang og flyt av interne laboratorieprøver. Datagrunnlaget var spinkelt og det var krevende å få ut relevante data fra NAV. Mobilitetskomponenten ble utvidet og effektene innarbeidet i budsjettfordelingen i 2009, jfr. styresak 107-2008.
- Styret vedtok i punkt 5 at det i de tilfeller hvor forbruket var høyere en abonnementet så skulle det foretas en avregning mellom foretakene i regnskapsavslutningen. Dette er vanskelig å gjennomføre i praksis, og det foreslås nå å endre dette punkt i vedtaket.

Utvidelse av mobilitetskomponenten, lab/røntgen

Denne delen av mobilitetskomponenten er kun basert på data for 1. halvår 2007 når det gjelder prøver fra primærhelsetjenesten og poliklinikkene og data for 1. halvår 2008 når det gjelder inneliggende pasienter. Det er ønskelig med et bredere og mer robust datagrunnlag for dette elementet. Denne informasjonen finnes ikke i våre pasientadministrative systemer, vi er avhengige av data fra NAV. Det har så langt vært vanskelig å få nye data. Dersom vi ikke klarer å få tak i data av tilfredsstillende kvalitet, vil ikke dette elementet i modellen bli oppdatert.

Det er vanskelig å følge opp kravet i punkt 5 i vedtaket i sak 84-2007, av flere grunner:

- Behov for oppdatert informasjon. Innholdet i punkt 5 innebærer at dersom flere pasienter fra Helgeland og Finnmark er behandlet ved UNN og Nordlandssykehuset HF (NLSH) enn forutsatt i abonnementet, så skal det gjøres en avregning inneværende år. Det er praktisk vanskelig å gjøre dette siden vi ikke får tilgang på en komplett oversikt over interne pasientstrømmer før regnskapsavslutningen.
- Krav til forutsigbarhet. Inntektsmodellen skal bidra til forutsigbarhet. Dersom det skal foretas avregninger mellom HF-ene basert på informasjon som først er kjent etter at regnskapsåret er avsluttet, øker usikkerheten for foretakene og deres mulighet til å påvirke regnskapsresultatet.
- Usymmetrisk. Slik modellen er utformet vil UNN og dels NLSH gjennom modellen være sikret betaling for interne gjestepasienter i abonnementet uansett om tilbudet blir benyttet eller ikke. Samtidig innebærer vedtaket at UNN (og dels NLSH) skal få kompensert for eventuelt økt forbruk umiddelbart. Dette medfører at hele risikoen vil ligge på de minste HF-ene.

Det foreslås å endre dette vedtaket slik at eventuelt merforbruk blir innarbeidet i de årlige rulleringer av modellen. I praksis betyr det at forbruk ut over abonnement i 2008 innarbeides i mobilitetskomponenten i 2010. Det vil være praktisk håndterbart og gi god forutsigbarhet for alle HF-ene.

Oppdatering av modellen

Modellen oppdateres med:

- Oppdaterte kriterieverdier (befolkning m.m.)
- Interne pasientstrømmer
- Innfasing av økt bevilgning intensiv i samsvar med premisene til budsjett 2009
- Innfasing av kompensasjon for betaling til Norsk Helsenett

Forslag til nye endringer:

- Kravet til avkastning på boligkapitalen foreslås tatt ut av modellen for å forenkle den. Hensikten med kravet var å få fortgang i forvaltningen av boligene. Dette er oppnådd, samtidig som salg av boliger i all hovedsak er stoppet, begrunnet med markedssituasjonen
- Kriterier i kostnadskomponenten foreslås justert. Ett av kriteriene for fordeling av kostnadskomponenten er leger under utdanning. Bruk av slike instrumentvariable gjør at selv små endringer i antallet vil kunne gi store utslag. For å stabilisere modellen foreslås det at en bruker 3 års flytende gjennomsnitt i stedet for siste års data.
- Oppgjør for forbruk ut over abonnement, foreslås gjennomført i ettertid når oversikt over pasientstrømmer foreligger
- Innfasing fra særskilt funksjon. Dersom det ikke lar seg gjøre å utvikle en egen modell for fordeling av midler til utdanning av legestudenter, basert på faktisk fordeling av undervisningen, foreslås det at beløpet innføres i kostnadskomponenten over 2 år. Midler til kronikersatsningen foreslås holdt utenfor modellen frem til opptrappingen er fullført.

Effekter av oppdatering inntektsmodell

Av en total inntektsramme på 12 milliarder kroner gir oppdatering av inntektsfordelingsmodellen i sum marginale omfordelingseffekter.

Effekter oppdatering inntektsfordelingsmodell budsjett 2009 (i 1000 kr)					
	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmark	
Befolkning	-1 463	-502	1 845	120	
Sosialhjelp	-364	1 244	-479	-400	
Døde	322	778	-603	-498	
Ass leger/turnus	-983	-875	1 879	-22	
Pasientstrøm	-567	-6 145	4 919	1 793	
Forskning	-762	9 245	-11 097	2 614	
Uføre	60	-243	105	78	
Voldsanmeldelser					
Oppdatering lab rtg					
Fjerne trekk avkastning boliger	-1 256	-906	14	2 148	
Betaling Norsk Helsenett	-1 370	-498	2 002	-133	
Styrking intensiv legges inn i kostnadskomponent	1 331	4 353	-7 282	1 598	
SUM	-5 052	6 451	-8 697	7 298	

For å gjøre modellen mindre sårbar for tilfeldige svingninger foreslås det at kriteriet, **leger under utdanning** endres fra siste tolv måneder til snitt siste tre år. Dette vil i første omgang medføre et tap i 2010 for Nordlandssykehuset, men vil bidra til større stabilitet i inntektene fremover.

Effekten av denne prinsippendringen blir slik i 2010:

	Helgeland	Nordland	UNN	Finnmark
Endring basert på 2008 tall	-2565	6264	-1617	-2082
Endring basert på 3 års snitt	-983	-875	1879	-22
Effekt av endret prinsipp	1582	-7139	3496	2060

Den totale effekten av de endringene som foreslås blir at:

- Helgelandssykehuset HF får uendret ramme
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF får en liten reduksjon,
- mens det overføres penger fra Nordlandssykehuset HF til Helse Finnmark HF.

	Helgeland	Nordland	UNN	Finnmark
Endring leger under utdanning	1582	-7139	3496	2060
Innfasing Intensiv	1260	4121	-6893	1513
Fjerne trekk avkastn boliger	-1256	-906	14	2148
Innfase bet. Norsk helsenett	-1370	-498	2002	-133
Effekt av endret prinsipp	216	-4422	-1381	5588

Utvidelse av modellen

Det er ønskelig å utvide modellen til også å omfatte rus og psykiatri. Spesielt innenfor rusbehandling er det behov for å utvikle en modell. Siden rustilbudet i hovedsak er konsentrert til ett foretak, vil en utvidelse kreve at det etableres et internt oppgjør (mobilitetskomponent). I dag har vi ikke et godt økonomisk mål på denne interne mobiliteten av RUS pasienter, noe som gjør det vanskelig å få til en god modell.

Samhandlingsreformen vil medføre endringer i ansvarsforholdene mellom kommunesektoren og helseforetakene. Da vi nå ikke har oversikt over konsekvensene av disse endringene, anbefales det å utsette en utvidelse av inntektsmodellen.

Vedlagt følger en beskrivelse av inntektsmodellen og de endringer som foreslås.

Medbestemmelse

Regional inntektsfordelingsmodell Helse Nord – oppdatering ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 11. juni 2009 med følgende enighetsprotokoll:

1. *Partene er enige i å gjennomføre de mindre endringene i modellen som foreslås i saksfremlegget, i tillegg foreslås det at oppdateringen av rammene basert på interne pasientstrømmer endres slik at rammene oppdateres i ettertid, når endelige data om pasientstrømmer foreligger.*
2. *Ytterligere utvidelse av modellen utsettes til konsekvensene av samhandlingsreformen er kjent.*

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret viser til saksfremlegget og godkjenner de foreslåtte endringer i inntektsfordelingsmodellen:
 - a. Kompensasjon for betaling til Norsk Helsenett fases inn i modellen.
 - b. Trekk i modellen knyttet til krav om avkastning på boligkapital fases inn i modellen
 - c. Kriteriet ”antall leger under utdanning” endres fra data siste år, til rullerende gjennomsnitt for siste tre år
 - d. Avregning i forhold til den delen av mobilitetskomponenten som ikke dekkes av abonnementet, skjer etterskuddsvis når data for interne pasientstrømmer er kjent.

2. Videre utvidelse av inntektsfordelingsmodellen utsettes til konsekvensene av samhandlingsreformen er klar.

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

UTREDNING

Inntektsfordelingsmodell Helse Nord RHF

Bakgrunn

Inntektsfordelingsmodellen til Helse Nord RHF skal gjennomgås og oppdateres løpende. Det er utviklet en "objektiv" modell for fordeling av ressurser til somatisk virksomhet i Helse Nord. I arbeidet med utvikling av modellen støtte vi på flere praktiske og prinsipielle problemstillinger som gjorde det nødvendig å innføre noen kompensierende ordninger som, "Finnmarkstillegg", "strukturtilskott" og "særskilte funksjoner". Denne "objektive" fordelingsmodellen er bare en del av totalmodellen for fordeling av alle inntekter mellom de ulike foretak og selskaper. I budsjett 2009 ble ca 35 % av inntektene fordelt i den "objektive" modellen.

Det er ønskelig å fase inn en større andel av inntektene i den "objektive modellen" og å foreta noen mindre justeringer for å unngå for store tilfeldige utslag fra år til år.

Punkt 5 i styrets vedtak (sak 84-2007) er vanskelig å følge opp i praksis og det foreslås å endre dette.

Styrets vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF gir generelt sin tilslutning til de hovedpremissene og forutsetninger som ligger til grunn for den foreslåtte ressursfordelingsmodellen.*
2. *Mer spesifikt vedtar styret at det modellalternativet som baserer seg på et abonnement med 95 % ISF-pris for region- og "sentralsykehuspasienter" legges til grunn for fordelingen av det somatiske rammetilskuddet til helseforetakene.*
3. *Styret vedtar at det i tillegg bevilges et særskilt strukturtilskudd på 30 mill kr. til Helgelandssykehuset HF og Helse Finnmark HF, likt fordelt mellom de to foretakene.*
4. *Det etableres snarest en ordning for registrering av import/eksport av laboratorieprøver mellom helseforetakene i Helse Nord, med sikte på å oppdatere den delen av mobilitetskomponenten som omhandler slik aktivitet.*
5. *Avregning i forhold til den delen av mobilitetskomponenten som ikke dekkes av abonnementet, skjer etterskuddsvis i tilknytning til oppgjør av årsregnskapet.*
6. *Styret vedtar at det hvert tredje år vurderes om volumgrunnlaget for abonnementet justeres, slik at det kan korrigeres for vesentlige endringer av interne gjestepasientstrømmer. Slike revisjoner av modellen skal forelegges styret for vedtak. Dersom styret i Helse Nord RHF vedtar større funksjonsfordeling mellom sykehusene som har konsekvenser for inntektsfordelingsmodellen, så skal justering av volumgrunnlaget for abonnementet vurderes samtidig.*

Oppfølging av styrets vedtak:

- Vedrørende vedtaket punkt 1: Inntektsfordelingsmodellen er implementert og tatt i bruk fra og med budsjett 2008.
- Vedrørende vedtakets punkt 2: Det er innarbeidet en abonnementsordning for interne "gjestepasienter" på 95 % ISF for region og sentralsykehuspasienter. Ordningen sikrer UNN forutsigbare rammebetingelser.
- Vedrørende punkt 3: Det er innarbeidet et særskilt strukturtilskott til Helse Finnmark og Helgelandssykehuset.
- Vedrørende vedtakets punkt 4: I 2008 utredet en regional arbeidsgruppe omfang og flyt av interne laboratorieprøver. Datagrunnlaget var spinkelt og det var krevende å få ut relevante data fra NAV. Mobilitetskomponenten ble utvidet og effektene innarbeidet i budsjettfordelingen i 2009, jfr. styresak 107-2008.

Utvidelse av mobilitetskomponenten, lab/røntgen

Denne delen av mobilitetskomponenten er kun basert på data for 1. halvår 2007 når det gjelder prøver fra primærhelsetjenesten og poliklinikkene og data for 1. halvår 2008 når det gjelder inneliggende pasienter. Det er ønskelig med et bredere og mer robust datagrunnlag for dette elementet. Denne informasjonen finnes ikke i våre pasientadministrative systemer, vi er avhengige av data fra NAV. Det har så langt vært vanskelig å få nye data.

- Vedrørende vedtakets punkt 5: I de tilfeller hvor forbruket var høyere enn abonnementet så skulle det foretas en avregning mellom foretakene i regnskapsavslutningen. Dette er et problematisk punkt og det foreslås nå å endre dette punkt i vedtaket.

Det er vanskelig å følge opp styrevedtakets punkt 5 av flere grunner:

- Behov for oppdatert informasjon. Innholdet i punkt 5 innebærer at dersom flere pasienter fra Helgeland og Finnmark er behandlet ved UNN og NLSH enn forutsatt i abonnementet, så skal det gjøres en avregning i etterkant. Det er praktisk vanskelig å gjøre dette siden vi ikke får tilgang på en komplett oversikt over interne pasientstrømmer før regnskapsavslutningen. En må i så fall basere seg på estimer.
- Krav til forutsigbarhet. Inntektsmodellen skal bidra til forutsigbarhet. Dersom det skal foretas avregninger mellom HF-ene basert på informasjon som først er kjent etter at regnskapsåret er avsluttet, øker usikkerheten for foretakene og deres mulighet til å påvirke regnskapsresultatet.
- Usymmetrisk vedtak. Vedtaket innebærer at UNN (og dels NLSH) skal få kompensert for eventuelt økt forbruk og er sikret betaling for interne gjestepasienter i abonnementet uansett om det blir benyttet eller ikke. Dette medfører at hele risikoen vil ligge på de minste HF-ene.

Med bakgrunn i drøftingen over foreslås det å endre dette vedtaket slik at eventuelt merforbruk blir innarbeidet i de årlige rullinger av modellen. I praksis betyr det at forbruk ut over abonnement i 2008 innarbeides i mobilitetskomponenten i 2010. Det vil være praktisk håndterbart og gi god forutsigbarhet for alle HF-ene.

I tillegg har det vært ønskelig å vurdere den interne pris på lab/røntgen prøver..

I fjor ble det lagt til grunn at NAV-takst dekker 40 % av kostnadene. Det ble derfor besluttet at prøver fra primærhelsetjenesten og poliklinikkene, som utløser NAV-takst i tillegg skal honoreres med et påslag på 150 %. Prøver av inneliggende pasienter utløser ikke NAV-takst, de honoreres med et beløp lik 250 % av NAV-takst. Det foreligger ingen nye oppdaterte analyser av kostnadene ved laboratorie- og røntgen-prøver/-analyser, vi har dermed ikke noe grunnlag for å foreslå endringer i den interne prisen.

HOD regner i budsjettssammenheng med at de aktivitetsbaserte tilskuddene (inkludert egenandeler) i gjennomsnitt utgjør 40 pst. av den totale finansieringen.

I St.prp.nr.1 (2008-2009) henviste departementet til beregninger utført av NAV og la videre til grunn en antagelse om lik sektorvis fordeling av det aktivitetsbaserte tilskuddets andel.

Når det gjelder metoden som ble anvendt av NAV, bestod denne av å beregne hvor stor andel takstene utgjorde av den totale finansieringen. Det ble anvendt takstdata fra NAV (217 mill. kroner) og betaling fra RHF innhentet særskilt fra RHFene (265 mill. kroner). (det er ingen/neglisjerbare egenandeler i denne delen av tjenesten.) Tallene gjaldt for hele året 2007. For private laboratorier utgjorde således takstenes andel 45 pst. Nedjusteringen med 11,15 pst (som også innehadde en justering for deflator 2009) endret takstenes dekningsgrad til 40 pst. Det ble antatt at fordelingen var lik for de offentlige laboratoriene, og de aktuelle takstene ble nedjustert med tilsvarende faktor som de private.

Beskrivelse og dokumentasjon av Helse Nord RHF's regionale inntektsfordelingsmodell
Nedenfor følger en gjennomgang av den samlede inntektsfordelingsmodellen i Helse Nord med en beskrivelse av den oppdateringen som er gjennomført og noen forslag til justeringer.

Innholdet i inntektsmodellen

I total modellen til Helse Nord RHF, budsjett 2009, ble alle inntektene på til sammen **11.972** mill kr fordelt. De samlede inntektene består av:

• Aktivitetsbaserte inntekter	2 670
• Øremerkede tilskott/særskilt finansiering	290
• Basisramme	9 012
Totalt	11 972 mill

Aktivitetsbaserte inntekter: 2670 mill kroner

Dette gjelder inntekter som er direkte knyttet til produksjon, ISF, POLK, egenandeler, husleie og så videre. Disse inntektene fordeles i sin helhet til den enhet (HF) som produserer tjenestene.

Øremerkede tilskudd: 290 mill kroner

Store deler av den statlige finansieringen av sykehus ble tidligere overført i form av øremerkede midler. Øremerkede midler er en form for aktivitetsavhengig inntekt. Det er midler som skal dekke engangstiltak eller er knyttet til gjennomføring av konkrete aktiviteter. I regnskap 2008 var den største øremerkede overføringen midler til gjennomføring av opptrappingsplanen for psykiatri. I tillegg gis det øremerkede tilskott til gjennomføring av enkelt prosjekt. Andelen øremerkede tilskott er redusert betydelig og midlene er overført til basisrammen. I 2009 står det kun igjen 290 mill kroner hvor det største beløpet gjelder "Raskere tilbake". Disse midlene overføres til de HF som skal gjennomføre de konkrete aktivitetene som bevilgningen skal finansiere.

Basisramme: 9 012 mill kroner

Basisrammen er en generell inntekt som bevilges til Helse Nord RHF. Oppgavene som skal løses defineres av eier (HOD) i årlige oppdragsdokument, Helse Nord RHF har stor frihet til å beslutte hvordan oppgavene skal løses og dermed også hvordan pengene skal fordeles mellom HF-ene.

I Helse Nord RHF sin totale inntektsfordeling(smodell) er det lagt til grunn ulike prinsipper for fordeling av alle inntektene i foretaksgruppen. Noe er basert på historisk tildeling, noe er knyttet til konkrete oppgaver som er fordelt og en andel er fordelt gjennom en mer eksplisitt og objektiv modell. Det er den siste delen som fordeler 4 2016 mill kroner som omtales som inntektsfordelingsmodellen.

Basisramme

Basisrammen på til sammen 9 012 mill kroner er fordelt på de ulike funksjoner og mellom HF-ene og RHF slik i budsjett 2009:

Funksjonsfordelt basisramme

Sum av Beløp Formål	Helseforetak					Totalt
	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	
Ambulanse	107 031	212 194	142 176	86 362	1 700	549 463
Luftambulanse	20 148	7 354	16 551	9 612	260 900	314 565
Pasienttransport/Transport av helsepersonell	185 706	153 018	183 535	104 664	51 620	678 543
Psykisk helsevern	237 566	645 315	586 043	130 089	72 854	1 671 867
Rus	19 822	126 587	31 859	12 283	17 444	207 994
Kapital	63 445	231 570	149 630	55 726	84 000	584 371
Særskilt funksjon	75 871	200 913	36 447	10 959		324 190
Somatikk	452 083	2 167 059	1 083 670	513 278	333 461	4 549 550
Felleskostnader/administrasjon					131 264	131 264
Totalt	1 161 672	3 744 008	2 229 911	922 974	953 243	9 011 808

Generelt når basisrammen økes, fordeles økningen proporsjonalt på de ulike funksjonene med mindre det følger av statsbudsjett eller RHF styrets prioritering at økningen er knyttet til en bestemt funksjon, f.eks. styrking av RUS.

Målet for arbeidet med inntektsfordelingsmodellen i 2007 var å, begrunne særskilte forhold i Finnmark, sørge for akseptable omfordelingseffekter og støtte opp under Universitetssykehuset.

Vi klarte ikke å dokumentere og innarbeide de spesielle forhold i Finnmark i inntektsmodellen og valgte derfor å utvide og forlenge ordningen med egne "Finnmarkstillegg".

For å unngå for store omfordelingseffekter valgte en å holde flere forhold (se nærmere om særskilt funksjon) utenfor modellen i første omgang, blant annet ved å innføre et element som ble kalt særskilte funksjoner. Dette elementet bør være minst mulig, og skal gradvis innføres i den objektive modellen.

For å støtte opp under Universitetssykehuset ble flere komponenter i modellen utviklet:

- Gjennom kostnadskomponenten, som skal ivareta Universitetssykehusfunksjoner som forskning, utdanning og høyspesialisert medisin, fordeles ca 1 milliard kroner hvor ca 68 % tildeles UNN
- Særskilte funksjoner, er holdt på et foreløpig høyt nivå for å dempe omfordelingsvirkningene i modellen.
- Det er innført abonnement på internt kjøp hos UNN fra de øvrige foretak som de må betale enten de benytter seg av tilbudet eller ikke. I tillegg ble betalingen for abonnementet økt fra 80 til 95 % ISF
- Mobilitetskomponenten ble utvidet til også å kompensere for interne laboratorieprøver

Nærmere om de enkelte funksjoner

Ambulanse: Utgangspunkt i bevilgningen som ble overført fra fylkeskommunene, senere prisjustert i årlige budsjett, samt at styret har fordelt en andel av økt basisramme til formålet.

Luftambulanse: Utgangspunkt i bevilgningen som ble overført fra fylkeskommunene og Helsedirektoratet, senere prisjustert, økt med nye oppgaver beredskap 330 skvadron og ved at styret har prioritert økt basisramme til formålet

Pasienttransport: Bevilgningen til hvert HF er fordelt med bakgrunn i tall fra NAV, bevilgningene, er senere prisjustert årlig og justert for endringer i foretaksgrenser.

Psykisk helsevern: Utgangspunkt i bevilgningen som ble overført fra fylkeskommunene, senere prisjustert i årlige budsjett, og økt med den nasjonale opptrappingsplanen for psykiatri, Helse Nord RHF sin tiltaksplan psykiatri og særskilte oppgaver.

Rus: Bevilgningen er fordelt etter tre prinsipper, ressurser til å drifte de konkrete institusjonene som ble overført, finansiering av ny funksjon, legemiddelassistert rusbehandling, LAR og et beløp som er fordelt ut fra "sørge for ansvaret", befolkning.

Kapital i modellen er et lagt inn et eget element for å gi styret et virkemiddel til å støtte opp under store investeringsprosjekt og dermed realisere investeringsplanen. Det er fordelt ca 500 mill kroner til HF-ene, i tillegg holder RHF tilbake 84 mill kroner i årets budsjett som skal fordeles til HF i årene fremover.

	Finmark	UNN	Nordland	Helgeland	TOTAL
Fordeling 50% åpningsbalanse avsk, 50 % aktiv	41 600 000	161 564 000	89 036 000	38 800 000	331 000 000
Fordeling 50% åpningsbalanse avsk, 50 % aktiv	10 808 000	41 977 000	23 133 000	10 082 000	86 000 000
Komp. IKT systemer flyttet ut	1 220 000	6 248 000	3 160 000	982 000	11 610 000
Opptappingsplan psykiatri	5 258 000	4 700 000	4 004 000	1 755 000	15 717 000
Generell komp 2008	1 885 000	7 322 000	4 035 000	1 758 000	15 000 000
Generell komp 2009	2 673 857	9 759 439	6 261 835	2 348 529	21 043 659
NLSH fase 1	0	0	20 000 000	0	20 000 000
Sum	63 444 857	231 570 439	149 629 835	55 725 529	500 370 659

Særskilt funksjon er et uttrykk for at modellen ikke er komplett og ivaretar i hovedsak ulike overgangsordninger, spesielle oppgaver, satsninger under opptrapping og for å sikre kontroll med implementeringen av modellen.

Det ble fordelt 324 mill kroner gjennom særskilt funksjon i budsjett 2009, det er et mål å redusere denne og fase bevilgningene inn i modellen.

Særskilt funksjon budsjett 2009

	UNN	NLSH	Finmark	Helgeland		
Svalbard	15 523	0	0	0	15 523	
Pasienttelefon	-	1 160	0	0	1 160	
Barentssamarbeid	-	0	722	0	722	
Finmarksstillegg	-	0	60 140	0	60 140	
Rekruttering	-	0	5 793	0	5 793	
						83 339
Regional AMK	5 970	0	0	0	5 970	
Arbeids- og miljømedisinsk senter	11 940	0	0	0	11 940	
Nevromuskulært kompetansesenter	3 462	0	0	0	3 462	
Senter for smittevern	4 179	0	0	0	4 179	
Barnekreftlege	1 150	0	0	0	1 150	
Nasjonalt senter for telemedisin	8 120	0	0	0	8 120	
landsfunksjon for trombocytimmunitologi	3 796	0	0	0	3 796	
Psykososialt team	1 232	0	0	0	1 232	
Inkontinens	528	0	0	0	528	
Utdanning/undervisning	86 662	9 387	1 325	1 777	99 152	
Donoransvarlig lege	661	651	0	0	1 312	
Smittevern	1 109	780	0	0	1 889	
						142 731
Spiseforstyrrelser	7 607	9 773	0	0	17 379	17 379
Norsk Helsenet	3 325	3 620	1 755	3 120	11 821	11 821
Intensivsatsning	20 601	0	0	0	20 601	20 601
Fagplan for geriatri/rehab/habilitering/diabetes/revma	22 035	8 944	3 368	4 148	38 495	
Kroniker omsorg	1 638	572	639	1 276	4 124	
Diabetesplan	1 373	1 560	2 128	638	5 699	
						48 319
	200 913	36 447	75 871	10 960	324 190	324 190

Det fordeles 83 mill kroner for å kompensere for konkrete særskilte oppgaver som er lagt til et enkelt HF og for å ivareta særskilte forhold i Finnmark. I tillegg beholder Helse Finnmark fullt ut besparelsene som følger av at det ikke er arbeidsgiveravgift i Finnmark.

Det er fordelt 142 mill kroner til oppgaver som gjelder universitetssykehusfunksjoner og som bør innføres i kostnadskomponenten. Av dette utgjør tilskudd til utdanning av medisinerstudenter 99 mill kroner. Den statlige bevilgningen til formålet er lagt inn i ordinær basisramme for flere år siden. Helse Nord RHF har til nå holdt den utenfor den regionale modellen og hatt som mål å utvikle en modell basert på faktisk fordeling av studentene. På tross av flere henvendelser til Universitetet i Tromsø har en ikke lyktes med å få oversikt over fordelingen av studenter som kan benyttes til å utvikle en slik modell. Et alternativ er da at beløpet fordeles i kostnadskomponenten fra og med 2011.

Spiseforstyrrelser er psykiatrifunksjoner og vil bli flyttet over til psykiatri i B 2010.

Betaling til Norsk Helsenett fases inn i totalmodellen til neste år.

I budsjett 2009 ble det gitt en særskilt bevilgning til UNN som følge av beslutninger i RHF om å sentralisere intensivtilbudet. Begrunnelsen for egen bevilgning i 2009 var at UNN i første omgang må løse dette ved bruk av kostbar innleie av personell er at det vil ta noe tid før disse endringene i pasientstrømmene blir fanget opp av mobilitetskomponenten i inntektsmodellen. Av premissene for budsjett 2009 følger det at denne styrkingen skal fordeles i gjennom kostnadskomponenten i 2010..

Kronikersatsningen gjelder opptrapping av tilbudet til kronikere. Det foreslås å fortsatt holde bevilgningen utenfor modellen så lenge som opptrappingen pågår, for så å fase den inn i modellen.

Somatikk modellen

Prinsipper somatikk modellen:

Modellen legger i utgangspunktet til grunn at hvert HF er ett opptaksområde med ansvar for egen befolkning. Dette betyr ikke at sørge-for-ansvaret er lagt til HF-ene. Det kompenseres for forskjeller i behov hos befolkningen i de ulike regioner.

Deretter tas det hensyn til at HF-ene har ulike oppgaver, særlig knyttet til regionsykehus, funksjoner.

For å sikre at pasientene får et likeverdig tilbud uavhengig av hvor de bor er det etablert en mobilitetskomponent som sikrer at pengene følger pasienten.

Modellen består av følgende elementer.

- Behovskomponent, som er basert på befolkning og behov, her fordeles det største beløpet.
- Kostnadskomponenten, skal ivareta oppgaver som forskning, utdanning og høyspesialisert medisin
- Mobilitetskomponenten skal sørge for at pengene kommer til utførende HF, her er det innført en abonnementsordning basert på 95 ISF, ut over abonnement betales det 80 % ISF som er vanlig for oppgjør mellom regioner. I tillegg er den utvidet og håndterer å betaling for laboratorieprøver som sendes mellom HF-ene.
- Det er etablert en struktur komponent for å kompensere for ”smådriftsulemper” i Helse Finnmark og Helgelandssykehuset.
- I tillegg er det stil avkastningskrav på kapitalen som er bundet i boliger.

Variant: Abonnementsmodell, Alle drg-uvektet, justert rehab. 95% på abonnement

Total	Behov	K-komp.	M-komp.	Lab.	Struktur	Avkastning kap	Sum
Helgeland	551 545	69 177	-103 447	-18 057	15 660	-1 600	513 278
Nordland	886 857	212 187	-14 810	3 647		-4 210	1 083 670
UNN	1 228 026	683 979	230 758	33 087		-8 790	2 167 060
Finnmark	494 031	78 370	-112 501	-18 677	15 660	-4 800	452 082
SUM	3 160 458	1 043 712	0	0	31 320	-19 400	4 216 091

Oppdatering av modellen

Modellen oppdateres med:

- Oppdaterte kriterieverdier (befolkning m.m.)
- Interne pasientstrømmer
- Innfasing av økt bevilgning intensiv i samsvar med vedtak
- Innfasing av kompensasjon for betaling til Norsk Helsenett
- Oppdaterte data for intern flyt av laboratorieprøver, prisen for laboratorieprøver endres ikke, en legger til grunn HOD sin premiss om at takstene for lab/røntgen i gjennomsnitt dekker 40 % av kostnadene.

Forslag til nye endringer:

- Kravet til avkastning på boligkapitalen tas ut av modellen for å forenkle den. Hensikten med kravet var å få fortgang i forvaltningen av boligene. Salg av boliger er i all hovedsak stoppet, begrunnet med markedssituasjonen
- Kriterier i kostnadskomponenten. Ett av kriteriene for fordeling av kostnadskomponenten er leger under utdanning. Bruk av slike instrumentvariable gjør at selv små endringer i antallet vil kunne gi store utslag. For å stabilisere modellen foreslås det at en bruker 3 års flytende gjennomsnitt i stedet for siste års data.
- Oppgjør for forbruk ut over abonnement, gjennomføres i ettertid når oversikt over pasientstrømmer foreligger
- Innfasing fra særskilt funksjon. Dersom det ikke lar seg gjøre å utvikle en egen modell for fordeling av midler til utdanning av legestudenter, basert på faktisk fordeling av undervisningen, fases beløpet inn i kostnadskomponenten over 2 år. Midler til kronikersatsningen holdes utenfor modellen frem til opptrappingen er fullført.

Effekt av oppdatering av modellen:

Effekter oppdatering inntektsfordelingsmodell budsjett 2009 (i 1000 kr)				
	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmark
Befolkning	-1 463	-502	1 845	120
Sosialhjelp	-364	1 244	-479	-400
Døde	322	778	-603	-498
Ass leger/turnus	-983	-875	1 879	-22
Pasientstrøm	-567	-6 145	4 919	1 793
Forskning	-762	9 245	-11 097	2 614
Uføre	60	-243	105	78
Voldsanmeldelser				
Oppdatering lab rtg				
Fjerne trekk avkastning boliger	-1 256	-906	14	2 148
Betaling Norsk Helsenett	-1 370	-498	2 002	-133
Styrking intensiv legges inn i kostnadskomponent	1 331	4 353	-7 282	1 598
SUM	-5 052	6 451	-8 697	7 298

I tillegg til at modellen oppdateres med kriterieverdier foreslås det å:

- Fase krav om avkastning av boligkapitalen, som ligger inne som et trekk i modellen. Kravet om å forvalte boligkapitalen er forstått, årsaken til at salg ikke gjennomføres er markedssituasjonen
- Fase inn styrking intensiv, tråd med premissene i budsjett 2009
- Fase inn betaling for Norsk Helsenett

For å gjøre modellen mindre sårbar for tilfeldige svingninger foreslås det at kriteriet, **leger under utdanning** endres fra siste tolv måneder til snitt siste tre år. Dette vil i første omgang medføre et tap i 2010 for Nordlandssykehuset, men vil bidra til større stabilitet i inntektene fremover.

Effekten av denne prinsippendringen blir slik i 2010:

	Helgeland	Nordland	UNN	Finnmark
Endring basert på 2008 tall	-2565	6264	-1617	-2082
Endring basert på 3 års snitt	-983	-875	1879	-22
Effekt av endret prinsipp	1582	-7139	3496	2060

Den totale effekten av disse endringene blir at:

- Helgelandssykehuset HF får uendret ramme.
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF får en liten reduksjon,
- mens det overføres penger fra Nordlandssykehuset HF til Helse Finnmark HF.

	Helgeland	Nordland	UNN	Finnmark
Endring leger under utdanning	1582	-7139	3496	2060
Innfasing Intensiv	1260	4121	-6893	1513
Fjerne trekk avkastn boliger	-1256	-906	14	2148
Innfase bet. Norsk helsenett	-1370	-498	2002	-133
Effekt av endret prinsipp	216	-4422	-1381	5588

Utvidelse av modellen

Det er ønskelig å utvide modellen til også å omfatte rus og psykiatri. Spesielt innenfor rusbehandling er det behov for å utvikle en modell. Siden rustilbudet i hovedsak er konsentrert til ett foretak, vil en utvidelse kreve at det etableres et internt oppgjør (mobilitetskomponent). I dag har vi ikke et godt økonomisk mål denne interne mobiliteten av RUS pasienter, noe som gjør det vanskelig å få til en god modell.

Samhandlingsreformen vil medføre endringer i ansvarsforholdene mellom kommunesektoren og helseforetakene. Da vi nå ikke har oversikt over konsekvensene av disse endringene, anbefales det å utsette en utvidelse av inntektsmodellen.