

Møtedato: 26. april 2017
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
J.G. Falch, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 7.4.2017

Styresak 46-2017

Regional inntektsfordelingsmodell somatikk, oppdatering

Formål

Styret i Helse Nord RHF blir i denne styresaken orientert om arbeidet som er gjort i 2016 for å vedlikeholde eksisterende inntektsfordelingsmodell for somatikk. Styret blir invitert til å godkjenne justeringer i modellen.

Bakgrunn

Helse Nord's inntektsfordelingsmodeller er foretaksgruppens prinsipper for å fordele inntekter mellom helseforetakene. Modellen for somatikk inneholder tre komponenter: *Behovskomponenten* fordeler inntekter knyttet til antall innbyggere og deres forventede behov for helsetjenester. *Kostnadskomponenten* skal ivareta kostnadsulempere som det enkelte helseforetak ikke selv har kontroll på, f. eks. avstand, klima, struktur og funksjonsfordeling, særlig forskning og høyspesialisert medisin. I tillegg har inntektsfordelingsmodellen en *mobilitetskomponent* som sørger for at det HF-et som utfører behandlingen også får inntekten. Gjennom inntektsfordelingsmodellen er det tydelig hvordan inntektene fordeles.

Revidert inntektsfordelingsmodell for somatikk ble vedtatt i mai 2013, jf. *styresak 58-2013 Regional inntektsmodell somatikk* (styremøte 22. mai 2013). Her ble det informert om at det skulle foretas en kartlegging av omfanget av utdanning i helseforetakene. Denne kartleggingen er nå ferdig, og den brukes for å oppdatere fordelingen av kompensasjonen for kostnader til utdanning som ligger i modellen.

I tillegg er det kommet endringer i datagrunnlag og premisser for vår inntektsfordelingsmodell for somatikk som gjør det nødvendig å gjøre noen endringer i oppsettet av modellen.

I tillegg til utdanning er også disse komponentene vurdert:

- mva-kompensasjon
- forskning
- privat rehabilitering
- reisetid
- kapitalkompensasjon

Utdanning

I forbindelse med revisjon av inntektsfordelingsmodellen for somatikk i 2013 ble det gjort en vurdering av størrelsen på inntekten som fordeles til helseforetakene som kompensasjon for kostnader til medisinerutdanning. Konklusjonen var at beløpet som fordeles i Helse Nord er langt høyere enn det som fordeles i Helse Sør-Øst.

Professor Jon Magnussen, som bidro med å utarbeide kostnadsvekter til bruk i Helse Nords modell, ledet også arbeidet med å utvikle dagens nasjonale inntektsmodell. Nasjonale analyser viste at forskjellen i utdanningsbelastning i all hovedsak er en skalastørrelse. Det vil si at det ikke var et entydig grunnlag for et særskilt utdanningselement, verken i nasjonal modell eller i Helse Nords modell. Likevel ble det konkludert med at Helse Nord skulle videreføre det høye beløpet til utdanning i egen undermodell, men det skulle begrunnes med finansiering av all formell utdanning som foregår i helseforetakene.

I 2013 forelå det ikke en kvalitetssikret oversikt over all formell utdanning i helseforetakene i Helse Nord, eller en vurdering av hvordan den skulle håndteres og eventuelt vektet i en modell. Det ble derfor besluttet at inntil videre skulle beløpet fordeles mellom helseforetakene med basis i antall medisinerstudenter i praksis. Når det nå foreligger en oppdatert oversikt over all formell utdanning, legges denne til grunn. Siden hovedtyngden av praksisen for medisinerstudenter foregår ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), får UNN i dag en stor del av utdanningsbeløpet. Det var forventet at UNNs andel ville reduseres, når all utdanning ble lagt til grunn.

Om kartleggingen

Arbeidsgruppen som har utført kartleggingen har hatt representanter fra alle helseforetakene i Helse Nord. Det er for første gang kartlagt omfanget av all formell utdanning i helseforetakene. Arbeidet startet opp våren 2016 og prosjektgruppen leverte sin rapport i 5. desember 2016.

Rapporten viser at:

- Omfanget av utdanning er betydelig i alle helseforetakene.
- Utdanningsaktiviteten er størst ved UNN, også relativt større enn i de øvrige helseforetakene. UNN skal dermed ha en relativt større andel av denne inntekten, men dog ikke så mye som i dag hvor hele beløpet kun fordeles basert på antall medisinerstudenter.

Nye prinsipper

Den nye undermodellen er avgrenset til kartlegging og registrering av formell utdanning, der praksis i ett av helseforetakene er en del av utdanningen. Turnuslegene har vi valgt å ta ut av matrisen siden helseforetakene allerede mottar øremerkede tilskudd for dem, og finansieringen av disse stillingene er derved ivaretatt.

Undervisningsbelastningen innen hver utdanning er beregnet basert på antall uker i praksis pr. student. Det er lagt til grunn at mengden praksis gir et mål på veiledningsbehovet og omfanget av undervisningsoppgaver.

Antall studenter er vektet med den relative fordelingen av undervisningsbelastning pr. år. Det vil si at dersom ett studium har 30 uker praksis pr. år i gjennomsnitt, får den en vekt på $30/52=0,58$ som multipliseres med antall studenter. Vi har på denne måten kommet frem til en metode for å måle utdanning som kan benyttes som grunnlag for modellen til å fordele denne inntekten mellom helseforetakene.

Denne metoden, hvor utdanning av en legespesialist vektet direkte opp mot en lærling eller «høgskoleutdanning», er en forenkling for å gjøre det mulig å vedlikeholde modellen uten store kostnader. Resultatet av enkle simuleringer gir ikke grunn til å anta at dette gir store feil i den relative fordelingen mellom helseforetakene.

Det skjer en omlegging i utdanningen og ansettelsesforholdene til leger i spesialisering (LiS). Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har stilt krav om å etablere en koordineringsenhet for leger i spesialisering ved UNN. For å støtte opp om denne endringen foreslås det å øke tilskuddet til den regionale koordineringsenheten og innarbeide det i modellen. Dette vil bli nærmere omtalt i Plan for Helse Nord 2018-2021.

Utdanning av LiS og medisinerstudenter vil variere fra år til år, både i omfang og fordeling mellom helseforetak. I modellen (se vedlegg) foreslås det at disse oppdateres årlig sammen med hovedmodellen for inntektsfordeling, mens øvrig utdanning oppdateres ved neste revisjon av modellen.

UNN kommenterte i brev av 27. februar 2017 at det var feil i det innrapporterte grunnlaget, og at UNN ønsket at modellen for utdanning ikke skulle implementeres nå, men utsettes til ny modell foreligger.

Det ble særlig påpekt at det var feil i registreringen av antall sykepleiestudenter. UNN har fått anledning til å presentere nye data for sykepleieutdanning. De øvrige helseforetakene er likeledes gitt anledning til å oppdatere sine innrapporterte tall. Det ble noen endringer blant annet som følge av at det nå ble rapportert 2016-data og ikke 2015-data, i tillegg til noen presiseringer. Modellen er oppdatert med nye data. Konsekvensene for fordeling av bevilgningen mellom helseforetakene ble marginal (se rapport, vedlegg 1).

Omfordeling etter oppdateringen

De dataene som kartleggingene av utdanning presenterer er ikke perfekte, men det er et betydelig bedre dokumentert grunnlag for fordeling enn det som ligger i dagens modell.

Det foreslås å fase inn endringene over tre år, slik vi vanligvis gjør, når oppdatering av modellene gir utslag av betydning. Modellen skal løpende oppdateres for endringer i LiS-utdanning og medisinerstudenter. Det foreslås i tillegg å øke beløpet til den regionale koordineringsenheten ved UNN knyttet til LiS-legene med 1,6 mill. kroner.

I tabellene nedenfor (klipp fra rapport til arbeidsgruppen, se vedlegg) oppsummeres prosjektgruppens forslag til modell, og det vises omfordelingen som modellen medfører for bevilgningen. Tabell 1 viser omfordeling etter at feil ble rettet og ny innhenting av antall og mengde praksis for sykepleierne.

Den nye gjennomgangen viser at oppdaget feil i regneark og ny gjennomgang av antall og mengde praksis på sykepleiere får konsekvenser for den økonomiske omfordelingen.

Tabell 1– Omfordeling ny modell for 2017 og inkludert planlagt styrking 2019 etter retting av feil og ny gjennomgang av sykepleiere. Tall i hele tusen.

Tilskudd utdanning	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Fordelt dagens modell 2017	4 441	118 877	12 667	4 586	140 570
Fordelt særskilt 2017	11 500		900		12 400
Sum tilskudd 2017 dagens fordeling	15 941	118 877	13 567	4 586	152 970
Tilskudd fordelt revidert modell	17 470	77 459	40 778	17 262	152 970
<i>Endring opprinnelig og ny modell</i>	<i>1 530</i>	<i>-41 417</i>	<i>27 212</i>	<i>12 676</i>	<i>-0</i>
Planlagt styrking 2018					6 000
Planlagt styrking 2019					100
Ny sum bevilgning 2019					159 070
Tilskudd 2019 revidert modell	18 167	80 548	42 404	17 951	159 070
<i>Endring fra tilskudd 2017 dagens fordeling</i>	<i>2 226</i>	<i>-38 329</i>	<i>28 837</i>	<i>13 365</i>	<i>6 100</i>

Videre har vi sett på alternativ fordeling i henhold til somatikkmodellen sammenlignet med ny oppdatert modell.

Dersom inntektene (159 mill. kroner) alternativt hadde vært fordelt i somatikkmodellen, ville vi fått enn litt annen fordeling. Netto effekten er at undervisningsmodellen omfordeler netto 12,5 mill. kroner til UNN og 1 mill. kroner til Nordlandssykehuset HF fra Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF. Dette fordi vi har påvist at undervisningsaktivitetene er relativt høyest i de to førstnevnte helseforetakene.

Tabell 2– Differanse mellom somatikk og undervisningsmodell

Tilskudd utdanning	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Tilskudd 2019 revidert modell	18 167	80 548	42 404	17 951	159 070
Somatikkmodell	25 074	68 030	41 350	24 616	159 070
Differanse mellom somatikk og undervisningsmodell	-6 907	12 518	1 054	-6 665	-0

Det foreslås en forsiktig innfasing av omfordelingen mellom helseforetakene ved å omfordele 8 mill. kroner fra UNN i 2018.

Dette gir følgende resultat for 2018:

	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland
Fordelt i dagens modell	15 941	118 887	13 567	4 586
Omfordeling	247	-8 000	5 770	1 982
Fordeling 2018 etter innfasing	16 188	110 887	19 337	6 568

mva-refusjonsordning

Det innføres en mva-refusjonsordning fra og med 2017, som innebærer at kostnadene reduseres. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har trukket inn et beløp i basisrammen som tilsvarer Helse Nord's andel (basert på nasjonal inntektsfordelingsmodell) av estimert effekt for sektoren samlet. Samtidig endres ikke stykkpriser som ISF-refusjon. ISF-satsene legges til grunn for interne oppgjør for pasientbehandling mellom helseforetakene. Siden kostnader og basisramme reduseres, mens ISF-satsene står uendret, er det behov for å endre betalingen ut over ISF mellom helseforetak. Dette er gjennomført i budsjett 2017.

Forskning

Forskningsaktivitet til helseforetakene legges til grunn for å fastslå «godkjent» kostnadsnivå i de enkelte helseforetak. Dette har betydning for fordeling av basisrammen og fordeling mellom helseforetak (jf. kostnadskomponenten i inntektsmodellen).

Ved oppdatering av dette elementet i modellen fikk vi resultater som ikke var intuitivt logisk for de endringer som ble lagt inn. Det ble derfor gjennomført et arbeid i samarbeid med professor Oddvar Kaarbøe, som var prosjektleder, når modellen ble utviklet, for å se om det var feil i modellen. Konklusjonen på denne gjennomgangen var at modellen fungerer som den skal.

Privat rehabilitering

I modellen korrigeres det for ulik bruk av private helsetjenester som betales direkte av RHF-et. Registrering av aktiviteten i NPR (Norsk pasientregister) ble endret, noe som innebar at vi ikke fikk sammenlignbare data med tidligere år. Det ble da i budsjett 2017 laget en justert modell hvor en vektla antall opphold med 50 % og antall liggedøgn med 50 %. Det ble gjort en vurdering i arbeidsgruppen av denne fordelingen, og det ble enighet om at den var god nok og kan benyttes videre frem til ny modell utarbeides.

Oppdatering av kostnadsindekser, herunder reisetid

I modellen er det lagt til grunn at helseforetakene kan ha ulikt kostnadsnivå, basert på forhold som helseforetakene ikke kan påvirke selv. Dette kan gjelde strukturelle forhold (antall akuttmottak), geografiske forhold (reisetid og klima), ulik innhold i aktivitet (spesialisert behandling, forskning m. m.).

Dette er ivare tatt i modellen ved å benytte kostnadsindekser som er utarbeidet av professor Jon Magnussen. Disse indeksene tilsier at Finnmarkssykehuset HF og UNN objektivt sett vil ha et høyere kostnadsnivå enn de to øvrige helseforetakene.

Nordlandssykehuset HF mener at det er feil i det grunnlaget som er benyttet og ønsker at modellen skal korrigeres. Det datagrunnlaget som Jon Magnussen benyttet er ikke lenger tilgjengelig. Det har derfor ikke vært mulig å gjøre en grundig vurdering av dette. Basert på den informasjonen vi har, kan det tyde på at det er feil i grunnlaget slik Nordlandssykehuset HF påpeker. Men det er ikke mulig å konkludere med hva som vil være rett fordeling på dette grunnlaget. Hvis det er feil her, kan det også være feil i de nasjonale tallene som er sammenligningsgrunnlaget. Det må derfor gjennomføres en ny analyse på linje med det som ble gjort, når den nasjonale modellen ble utarbeidet for å kunne konkludere i denne saken.

Kapitalkompensasjon

Helse Nord har et eget element i inntektsfordelingsmodellen som skal bidra til å finansiere helseforetakenes kapitalkostnader.

Ved revisjon av modellen i 2013 ble det gjort en vurdering av om modellen fungerte som den skulle. Analysen viste at UNN og Nordlandssykehuset HF fikk en overkompensasjon av kapitalkostnadene, mens Finnmarkssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF fikk en underkompensasjon. Det ble da konkludert med at vi ikke skulle gjøre noen endringer, men se nærmere på dette ved neste oppdatering.

Fra 2008 til og med 2017 er det fordelt ut til sammen 5 078 mill. kroner som kompensasjon for kapitalkostnader. I samme periode har helseforetakene bokført avskrivninger på til sammen 5 217 mill. kroner. Det betyr at 97,3 % av kapitalkostnadene er særskilt finansiert i perioden. Men fordelingen mellom helseforetakene er forskjellig. Nordlandssykehuset HF har fått kompensert 104 % av kostnadene, UNN vel 100 %, mens Finnmarkssykehuset HF har fått 91,3 % og Helgelandssykehuset HF har fått kompensert 88,8 %.

Diff mellom inntekt og kostnad	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	SUM
Finnmarkssykehuset	-11 931	-14 852	-8 509	-7 228	8 375	-194	-19 853	-6 891	-4 778	-3 506	-69 367
UNN	-65 273	-60 449	-17 374	-4 704	-822	21 385	26 190	24 130	44 602	48 373	16 058
NLSH	-38 835	-16 521	-8 243	12 608	192	28 163	36 462	5 449	11 458	39 978	70 711
Helgeland	-13 856	-13 924	-10 401	-9 237	2 312	-7 344	-3 772	-5 517	-9 800	-7 440	-78 979

Det ser ikke ut til at denne utilsiktede omfordelingseffekten dempes, men derimot øker den de siste årene. Forskjellene er blitt så store at det foreslås å justere fordelingen mellom helseforetakene ved å tildele Finnmarkssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF økt kapitaltilskudd fra 2018.

Forslag om å utvikle ny inntektsfordelingsmodell for somatikk

UNN og Nordlandssykehuset HF mener at dagens inntektsfordelingsmodell er feil, og at det må utvikles en ny modell.

Ifølge planen for utvikling av inntektsmodellene i Helse Nord, er neste trinn å utvikle en modell for prehospitale tjenester (ambulansse, luftambulansse og pasientreiser).

Med bakgrunn i ønskene fra UNN og Nordlandssykehuset foreslås det å utsette utvikling av modell for prehospitale tjenester og starte opp arbeidet med å utvikle en ny inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet.

Medbestemmelse

Regional inntektsfordelingsmodell somatikk, vedlikehold vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 24. april 2017. Drøftingsprotokoll legges frem ved møtestart.

Adm. direktørs vurdering

Arbeidet med å kvalitetssikre premissene for inntektsfordelingsmodellen for somatikk, som følge av endringer i premisser og kartlegging av omfang på utdanning i helseforetakene, har gitt svar på de spørsmålene som har vært reist om modellen.

Justeringene som måtte gjøres i budsjett 2017 (rehabilitering og mva-refusjon), er gjennomgått og akseptert. De legges til grunn for de årlige oppdateringene frem til ny modell implementeres.

Oppdatert informasjon om størrelsen på og fordelingen av undervisningsbelastningen mellom helseforetakene foreslås gradvis fasett inn i budsjettene fra og med 2018. Det foreslås å omfordele 8 mill. kroner fra UNN til de øvrige helseforetak i 2018.

Fordelingen av kapitalkompensasjon til helseforetakene gir utilsiktede omfordelingsvirkninger. Avvikene er økende. Det foreslås derfor å gjennomføre en mindre justering i tildelingen slik at Finnmarkssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF får økt sitt kapitaltilskudd med 10 mill. kroner hver fra og med 2018.

Helse Nord starter arbeidet med å utvikle en ny regional inntektsfordelingsmodell for somatikk. I den siste tiden er det blitt klart at det er stort sprik i forståelsen av hva inntektsfordelingsmodellen skal løse og hvordan den virker. Det legges derfor opp til en bred forankringsrunde i forkant av oppstart av arbeidet og anskaffelse av bistand til utvikling.

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om kvalitetssikring av den regionale inntektsfordelingsmodell for somatikk til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at undermodell for utdanning oppdateres i tråd med saksfremlegget og fases gradvis inn ved at 8 mill. kroner omfordeles fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF til de øvrige helseforetakene fra og med budsjett 2018.
3. Styret ber adm. direktør videre om å justere kapitalelementet i den regionale inntektsfordelingsmodellen slik at Finnmarkssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF får økt sitt tilskudd med 10 mill. kroner fra og med budsjett 2018.

4. Styret godkjenner at arbeidet med å utvikle regional inntektsfordelingsmodell for prehospitaltjenester utsettes, og at det startes opp et arbeid med å utvikle ny regional inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet.

Bodø, den 7. april 2017

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Kvalitetssikring inntektsmodell somatikk - oppsummeringsnotat
2. Rapport *Utvikling av undermodell for utdanning - inntektsmodellen*, innstilling fra regional prosjektgruppe i Helse Nord (28. mars 2017)
3. Formell utdanning i Helse Nord, oversikt

Vedleggene nr. 1 og 2 er lagt ut på Helse Nord RHF's nettsted – se her:
[Styremøte i Helse Nord RHF 26. april 2017](#)

NIVÅ	UTDANNING	ANTALL STUDENTER, ELEVER, LÆRLINGER, UTDANNINGSSTILLINGER PR FORETAK I 2016				ANTALL UKER I PRAKSIS PR STUDENT PER ÅR			
		UNN	FIN	NLSH	HLG	UNN	FIN	NLSH	HLG
VGS/Fagskole	Helsearbeiderfag	2	25	24	8	6	6	6	6
	IKT servicefag	1				52			
	Institusjonskokk	5				52			
	Elektrikerfag	2				52			
	Helseservicefag	10		8		3		3	
	Helsesekretær	8	7	14		3	3	3	
	Helsefag	8	7	22	10	52	52	52	52
	Ambulanse 1. og 2.år	25	6	5		4	4	4	4
	Ambulanselærling	25	20	20	8	52	52	52	52
Bachelor	Barnevern	5		9		16		16	
	Sosionom	5				16		16	
	Vernepleier	8		2		18		18	
	Sykepleie deltid 1.året	6				8			
	Sykepleie deltid 2.året	90		52	28	8		8	8
	Sykepleie deltid 3.året	19				8			
	Sykepleie deltid fordypning		5	5	5	8	8	8	8
	Sykepleie heltid 1.året	12	18			9	9		
	Sykepleie heltid 2.året	176	43	95	87	9	9	9	9
	Sykepleie heltid 3.året	106	26	95	39	9	9	9	9
	Sykepleie heltid fordypning			5	10			8	
	Politi	7		6		3		3	
	Radiografi	41	24	40	12	13	13	13	13
	Bioingeniør	52	4	12	3	7,5	7,5	7,5	7,5
	Fysioterapi	15	8	8	6	8	8	8	8
	Farmasi bachelor	0				0,2			
Ergoterapi	18	6	6	2	8	8	8	8	
Master	Master i sykepleie	0		25				20	
	Master i helsefag: Psykisk helse	12				2,5			

	Master i helsefag: Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi	2							
	Master i helsefag: Klinisk nevrologi	4		2		20		20	
	Medisin 1.året	116							
	Medisin 2.året	106				1			
	Medisin 3.året	106				2			
	Medisin 4.året	100				3			
	Medisin 5.året	29	15	34	21	25	25	25	25
	Medisin 6.året	72	4	18		28	28	28	
	Master i spesialpedagogikk	3				2			
	Master i radiologi CT			1			0		
	Master i logopedi			1			0		
	Master of optomertry and Visual science			1			0		
	Master i helseledelse		3	4	2	0	0	0	0
	Psykologi prof. Utd.	90		5	6	21		21	21
	Farmasi	32				2			
Videreutd.	Psykisk helsearbeid	13	5	26		8	8	8	
	Jordmor	29	3	14	2	32	32	32	32
	Miljøterapi			2				6	
	Psykomotorisk fysioterapi			1		1		2	
	LIS ansatt i full stilling	281	59	150	53	18	18	18	18
	Psykologer i spesialisering Ansatt i full stilling	Ukjent	18		30	0	0	0	0
	Idrettsfysiologi			1				3	
	Helse, aldring og aktiv omsorg	3				2			
	Barsel og barnepleie	1		9				12	
	Anestesisykepleie	24	1		1	20	20		20
	Barnesykepleie	12				20	20		
	Intensivsykepleie	35	6		4	20	20		20
	Kreftsykepleie	14	1		2	20	20		20
	Operasjonssykepleie	34	2		4	20	20		20
Turnus	Turnusfysioterapeuter ansatt i full stilling	9		5	4	52		52	52