

Kvalitetssikring inntektsmodell somatikk - oppsummeringsnotat

Bodø 23. november 2016

Bakgrunn

På oppdrag fra Administrerende direktør i Helse Nord RHF har en regional arbeidsgruppe gjennomgått og kvalitetssikret utvalgte områder i inntektsmodellen for somatikk. Modellen ble utviklet i 2012 og faset inn i regional inntektsfordeling i perioden 2013-2015. Arbeidsgruppen har bestått av:

Oddvar Kaarbøe	Professor	Helseøkonomisk analyse AS
Gro Ankill	Administrasjonssjef	Nordlandssykehuset
Tove Lyngved	Økonomisjef	Helgelandssykehuset
Stein Erik Breivikås	Økonomisjef	Finnmarkssykehuset
Grethe Andersen	Økonomisjef	Universitetssykehuset Nord-Norge
Jann-Georg Falch	Økonomidirektør	Helse Nord RHF
Kirsti Freibu	Rådgiver	Helse Nord RHF
Jan-Petter Monsen	Rådgiver	Helse Nord RHF

I tillegg har professor Jon Magnussen deltatt på telefonmøte i forbindelse med kostnadsvekt for reisetid.

Oppdraget

Det har vært ønskelig med en kvalitetssikring av inntektsmodellen for å sikre at den fungerer og brukes som forutsatt. Forholdene som er gjennomgått er hovedsakelig av modellteknisk karakter:

1. Oppdatering av kostnadsvektene for forskning gir volatile resultat som ofte er litt uventet. Det har vært behov for gjennomgang av modellen og kvalitetssikring for å forstå endringene, og sikre at modellen fungerer som forutsatt.
2. Innføring av MVA-refusjonsordning påvirker verdien av ISF refusjonen. Dette var ikke klart når kvalitetssikringen pågikk, men gruppen har hatt forberedende diskusjoner om hvordan dette kunne håndteres i modellen i budsjett 2017.
3. Det er skjedd endringer i registreringen av opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner som berører forutsetningene for dette elementet i mobilitetskomponenten. Det har vært foretatt en vurdering av om datasettet beskriver befolkningens bruk av private rehabiliteringstjenester.
4. Etter innspill fra Nordlandssykehuset om mulige feil i reisetidselementet i kostnadskomponenten har det vært gjort en vurdering av dette, herunder bruk og endring av kostnadsindekser på generelt grunnlag.

Sammendrag av konklusjoner

Forskning

Arbeidsgruppen har gjennomgått effektene av oppdatering av forskningsaktivitet. Oppdateringene gir større utslag i fordeling mellom helseforetak enn hva arbeidsgruppen som utviklet inntektsmodellen så for seg. En forklaring av dette er at forskningstallene for helseforetakene i Helse Nord oppdateres, mens forskningstallene for resten av landet holdes konstant. Teknisk sett fungerer modellen som forutsatt. Siden kompensasjonen som gis er bestemt av forskningsaktiviteten per 1000 drg-poeng, vil også endringer i totalaktivitet påvirke fordelingen mellom de ulike helseforetakene. Dette er som forutsatt i modellen, men fører til at det ikke er like transparent å se hvordan økt forskningsaktivitet slår ut.

Mva-refusjonsordning

Arbeidsgruppen har vurdert at mobilitetsbetalingen må justeres når mva-kompensasjonsordningen innføres, hvis ikke ISF satsene justeres tilsvarende. Dette følger av at ISF-refusjonen fra 2017 vil finansierer en annen andel av kostnadene enn tidligere.

HOD har valgt å gjennomføre hele inntektstrekket i basisrammen og holde ISF satsene uendret. Når kostnadene reduseres og ISF satsen er uendret, betyr det at ISF satsen dekker en større andel av kostnadene enn tidligere. RHF har derfor i budsjett 2017 redusert mobilitetsbetalingen basert på endringer i kostnadene som følge av MVA refusjonen.

Privat rehabilitering

Arbeidsgruppen har vurdert at modellen for bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner som er valgt for 2017 kan videreføres. Dette innebærer 50 % vekt på antall opphold og 50 % vekt på liggedøgn.

Kostnadsindekser, herunder reisetid

Arbeidsgruppen har diskutert dataene for reisetid og oppdatering av kostnadsindekser. De nasjonale data som er benyttet i modellen er ikke tilgjengelig lengre. NLSH hadde i forkant av oppstart av arbeidet i arbeidsgruppen meldt at det var forskjeller for samtlige foretak, og særlig Finnmarkssykehuset og UNN. NLSH mener at den gjennomsnittlige reisetiden i modellen er beregnet for høyt for UNN og Finnmark og for lavt for NLSH og Helgelandssykehuset.

Helse Nord RHF har fått tilgang til oversikt over reisetid til sykehus pr kommune som Fredrik Carlsen¹ benytter i dag og sammenlignet det (uveide snitt) med oppsettet til NLSH. Med unntak av forskjeller for Finnmark fylke, finner vi ingen større avvik mellom datasettene (mindre avvik for Troms fylke). Datasettet inneholdt ikke befolkningstall pr kommune, men i lys av ovennevnte vurdering er det ikke gjort nærmere analyse av veid snitt (hensyntatt befolkning). Datasettet er distribuert til helseforetakene i etterkant av arbeidet med kvalitetssikring i modellen.

Data fra Fredrik Carlsen og NLSH sine analyser indikerer at det kan være feil i beregning av kostnadsindeksen. For å kunne gjøre en vurdering av om indeksene er feil, må det gjøres en nye analyse av reisetiden, både i foretakene i Helse Nord og i landet samlet. Det vil være et større arbeid

¹ Fredrik Carlens analyser er grunnlaget for reisetidsanalysene i «Magnussen modellen» som ligger til grunn for nasjonal inntektsmodell.

og i realiteten en full revisjon av inntektsmodellen. Dette vil være et aktuelt tema når det skal utarbeides ny inntektsfordelingsmodell for somatikk i Helse Nord.

Vurderinger

Forskning

I kostnadskomponenten inngår antall forskningspoeng per 1000 DRG-poeng som en indikator på kostandsulemper. I motsetning til de andre indikatorene i kostnadskomponenten (som reisetid, ...) har indikatoren blitt oppdatert årlig.

Helse Nord RHF har tidligere presentert denne oversikten over endringer når vi oppdaterer modellen:

Oppdatering somatikk	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	SUM
Total aktivitet	1 654	-5 016	1 977	1 385	-0
Pasientstrøm	10 770	-11 718	-1 004	1 952	0
Uføre	-304	-1 480	1 712	72	-0
Forskning	-8 468	14 116	-449	-5 199	-
Befolkning	318	1 942	-203	-2 057	-
Døde	2 114	5 262	924	-8 301	-
Rehab (bruk av private)	-3 139	-3 212	7 868	-1 517	-
Utdanning	860	1 652	-1 590	-922	0
Sum endring kriterier	3 805	1 546	9 235	-14 586	-

En litt mer nyansert tilnærming gir et litt annet tall for isolerte effekter av forskning, jf. nedenfor

Tabellen under viser forskningspoeng pr. 1000 DRG-poeng for 2015 og 2016. Tabellen viser at UNN og NLSH har økt sin produksjon, Helgeland er uendret og Finnmark har redusert som produksjon av forskningspoeng per 1000 DRG-poeng.

	Forskning/1000-drg-poeng	
	2016	2015
Finnmark	0,467	0,617
UNN	4,423	4,148
Nordland	0,968	0,793
Helgeland	0,141	0,141
sum	6,00	5,70

Når indikatoren forskning per 1000 DRG-poeng endres vil de predikerte kostnadene per DRG-poeng endres. For eksempel, når NLSH øker sin forskningsaktivitet per 1000 DRG-poeng vil deres predikerte kostnadsulempe øke, og dermed NLSHs predikerte kostnad per DRG-poeng. Siden NLSH er det meste effektive foretaket i HN betyr de økte predikerte kostnadene per DRG-poeng at NLSH blir likere de andre HF-ene. Dette reduserer beløpet som fordeles i kostnadskomponenten (fordi det er de relative kostandsulempene som kompenseres. Om alle HF-ene hadde hatt de samme kostnadsulempene ville alle pengene blitt fordelt i behovskomponenten). Effekten av at NLSH blir likere de andre HF-ene reduserer kostnadskomponenten med ca. 5 mill kr (fra 513 mill til 508 mill). Disse pengene blir nå fordelt i behovskomponenten.

Inntektsfordeling som Behovs-komponent, Behovs-komponente Kostnads-kom Regionale fl. Mobilitets-kompon Total bevilgning revidert modell

Diff (2016-2015)					
Finnmark	792	-8 312	-	-	-7 520
UNN	2 001	8 180	-	-	10 181
NLSH	1 463	-	-	-	1 463
Helgeland	869	-4 993	-	-	-4 125
Helse Nord	5 125	-5 125	-	-	-

UNN kommer bedre ut i kostnadskomponenten. Kostnadskomponenten reduseres (NLSH blir mer lik snittet), men samtidig får UNN en større andel av kostnadskomponenten som følge av økt forskningsaktivitet. Dette følger fordi UNN har økt sin forskningsproduksjon betydelig. Dette øker det predikerte kostnadsnivået, og det blir kompensert. Tilsvarende, Finnmarkssykehuset har redusert sin forskningsproduksjon per 1000 DRG-poeng. Dette reduserer det predikerte kostnadsnivået, og dermed kompensasjonen som gis i kostnadskomponenten. Helgelandssykehuset har en liten økning i sin forskningsproduksjon per 1000 DRG-poeng, men de får likevel mindre uttelling i kostnadskomponenten. Dette kommer av at NLSHs predikerte kostnad per DRG-poeng har økt slik at foretakene er likere. Det blir dermed mindre kompensasjon til alle – også Helgelandssykehuset.

Tilnærmingen viser at raden for «forskning» og «total aktivitet» i øverste tabell må ses i sammenheng. Dette betyr at raden «total aktivitet» i stor grad skyldes oppdatering av forskning, men også inneholder en effekt av endret aktivitetsnivå mellom foretakene som påvirker forventet gjennomsnittlig kostnadsindeks i Helse Nord (og dermed foretakenes kostnadsindeks). Fremover vil effekter av forskning og total aktivitet fremstilles samlet. Summen av endringer vil uansett være korrekt.

Tabellen viser forskningspoengene for de 4 siste år (data fra HOD):

Forskningspoeng	2011	2012	2013	2014	Snitt 3 år	Andel	Forrige oppdatering	Andel
Finnmark	12	3	9	7	6,1	2,0 %	7,86	2,8 %
UNN	234	226	284	296	268,8	86,8 %	247,87	87,2 %
NLSH	22	22	36	40	32,5	10,5 %	26,45	9,3 %
Helgeland	5	1	1	5	2,2	0,7 %	2,09	0,7 %
Helse Nord	272	251	330	348	310	100,0 %	284	100,0 %

Arbeidsgruppen har konkludert med at modellen og dagens rutiner for oppdatering videreføres.

Innføring av MVA-refusjonsordning

Hvordan MVA-refusjonsordningen ville bli implementert var ikke kjent når arbeidsgruppen diskuterte problemstillingen. I forslag til statsbudsjett 2017 er basisrammen redusert, mens ISF-satsen er holdt uendret. Dette medfører at andelen som ISF finansierer (50 % i 2016) vil øke fra 2017.

Mobilitetskomponenten er bygd opp slik at den finansierer 100 % (50 % ISF og 50 % mobilitetsbetaling). Arbeidsgruppen har konkludert med at mobilitetsbetalingen må justeres ned slik at den tar hensyn til at ISF finansierer en større andel av kostnadene enn tidligere.

I forbindelse med budsjettarbeidet har Helse Nord RHF beregnet at kostnadene innen somatisk virksomhet antas å bli redusert med anslagsvis 5,6 % etter innføring av mva-refusjonsordning. Det er derfor lagt til grunn at mobilitetsprisen reduseres med 5,6 % i inntektsmodellen.

Tabellen viser hvordan forventet kostnadsreduksjon innen ulike fagområder er beregnet. Disse beregningene er gjort av RHF som et ledd i fordeling av trekk i basisrammen i budsjett 2017, som følge av innføring av MVA refusjonsordningen. Andeler lønn og andre driftskostnader (adk) bygger på helseforetakenes regnskap for 2015. Tilsvarende er det beregnet at kostnadene innen psykisk helse

reduseres med 2,7 % og innen rus 6,7 %. Prisen i mobilitetskomponentene i disse modellene er justert ned med disse prosentsatsene.

Andeler	Før mva-komp			Mva-refusjon	Etter mva-komp			Reduksjon
	Lønn	ADK	SUM		Lønn	ADK	SUM	
Ambulanse	78	22	100	0,22	78	18,03	96,03	-4,0
Pasientreiser	7	93	100	0,09	7	85,32	92,32	-7,7
Psykisk helse	85	15	100	0,22	85	12,30	97,30	-2,7
TSB (rus)	63	37	100	0,22	63	30,33	93,33	-6,7
Somatikk	69	31	100	0,22	69	25,41	94,41	-5,6
Overgangsordninger	80	20	100	0,22	80	16,39	96,39	-3,6
Kapital			0					
Felles	80	20	100	0,22	80	16,39	96,39	-3,6

Private rehabiliteringsinstitusjoner

Fordeling av basisramme mellom helseforetaksområdene justeres for befolkningens bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner. Disse finansieres direkte av Helse Nord RHF. Teknisk håndteres dette i mobilitetskomponenten og frem til nå har vi brukt antall liggedøgn som grunnlag for denne justeringen.

Det er større endringer i datasettet for aktivitet ved private rehabiliteringsinstitusjoner fra 2014 til 2015. Liggedøgnene er langt færre og antall opphold langt flere i datasettet for 2015. I følge Norsk Pasientregister (NPR) skyldes dette mer korrekt registrering av aktivitet i institusjonene.

Datasettet fra NPR inneholder per i dag antall opphold (som både består av dag og døgnopphold) og antall liggedøgn for døgnaktiviteten. Ved oppdatering av modellen for 2017 vektet vi totalt antall opphold (både dag og døgnopphold) 50 % og antall liggedøgn 50 %. I realiteten har vi da vektet døgnaktiviteten noe tyngre enn dagaktivitet. Det ble konkludert med at denne modellen måtte gjennomgås og kvalitetssikres med helseforetakene.

Vi omfordeler i dag følgende beløp i mobilitetskomponenten:

Mobilitetskomponenten (1000 kr)	Aktivitet i helseforetakene		Private tilbud finansiert av Helse Nord RHF				SUM
	pasientmob. mellom HF	Lab rtg mellom HF	Privat rehab	Avtalespes.	Private sykehus	Privat røntgen	
Helgeland	-140 622	-27 882	11 843	-159	1 450	2 697	-152 672
NLSH	-23 015	-2 002	-3 699	-1 699	765	-3 617	-33 267
UNN	304 928	60 747	3 964	-705	-1 524	-2 393	365 017
Finnmark	-141 291	-30 863	-12 108	2 563	-691	3 312	-179 077
SUM	-	-	-	-	-	-	-

Dersom en bare vektlegger antall opphold likestiller vi døgnopphold (over flere dager) med det enkelte dagopphold. Dersom vi bare teller liggedøgn har vi sett bort fra dagaktivitet.

Arbeidsgruppen har vurdert at modellen som er benyttet for 2017 (50 % vekt på antall opphold og 50 % vekt på antall liggedøgn) er god nok og ytterligere vurderinger ikke nødvendige i denne omgang.

Oppdatering av kostnadsindekser, herunder reisetidselementet

Nordlandssykehuset har foretatt egne analyser og rapportert om mulige feil i reisetidselementet i kostnadskomponenten. Arbeidsgruppen har diskutert dette, herunder bruk og endring av kostnadsindekser på generelt grunnlag.

Datagrunnlaget for reisetid er det samme som ble benyttet i NOU 2008:2 (Nasjonal inntektsmodell). Samme datagrunnlag er benyttet i Carlsen F (2006) "Betydninger av sosiale ulikheter for

overføringene til helseregionene” Norsk Økonomisk Tidsskrift. Data ble utarbeidet og kvalitetssikret i forbindelse med en masteroppgave ved NTNU.

Opprinnelige reisetidsdata er slettet i forbindelse med at konsesjonen er gått ut. Helse Nord RHF har fått tilgang til oppdaterte data som Fredrik Carlsen bruker i analyser i dag. Helse Nord RHF har gjort en sammenstilling av dette datagrunnlaget med datagrunnlaget fra Nordlandssykehuset, se vedlegg. Dette er distribuert til helseforetakene i etterkant av prosjektgruppas arbeid. Med unntak av Finnmark fylke finner vi ingen større feil i tallmaterialet. Det er ikke gjort nærmere analyser av hvorfor det er forskjeller for Finnmark fylke, men det kan skyldes ulike forutsetninger for sykehustilhørighet, ferger etc.

Bruk av kostnadsindekser i inntektsmodellene sier noe om relative kostnadsulempere mellom helseforetakene. Bruk av indekser må kompletteres med skjønn.

Dersom det er feil i data for ett foretak, er det grunn til å anta at det også kan være feil for andre foretak, slik at sammenligningsgrunnlaget er feil. Dersom det er feil i for eksempel reisetidselementet vil det få betydning både for helseforetaket som det evt. er feil for, men også for gjennomsnittskostnaden og dermed reisetidelementets effekt på indeksen.

Å justere på enkeltelementer i modellen uten å vurdere alle andre elementer og modellen som helhet vil ikke være riktig tilnærming. Dette fremføres av både Oddvar Kaarbøe og Jon Magnussen. Kostnadsindeksene må vurderes og evt. oppdateres som helhet, dvs. det må evt. gjøres nye nasjonale analyser først. Med bakgrunn i denne vurderingen er det ikke gjort nærmere analyser av hvorfor det er forskjeller for Finnmark fylke i de to datasettene.

Kunnskap om elementene i modellen, herunder også reisetid, var diskutert i arbeidsgruppen som viktig kunnskap i forhold til fremtidig revisjon av modellen.