

Revidering av Inntektsfordelingsmodellen i Helse Vest – 2021 Rapport fra prosjektgruppe.

Dato: 20/5-2021

1. Bakgrunn

Dagens modell for inntektsfordeling i Helse Vest ble i hovedsak innført 2013. Prinsippene for fordeling av inntekter til prehospitaltjenester ble innført i 2014. En prosjektgruppe vurderte i 2017 behovet for å revidere modellen, men konkluderte med at man burde vente til revisjon av den nasjonale modellen. Fra 2021 er det innført en ny nasjonal modell for fordeling av inntekter mellom de regionale helseforetakene. Denne følger med små unntak forslagene fra NOU 2019:24.

En prosjektgruppe i Helse Vest har vurdert mulighetene for å videreutvikle inntektsmodellen fra 2013 med utgangspunkt i forslagene i [NOU 2019: 24](#) med sikte på å få mest mulig objektivitet og transparens i prinsippene for fordeling av basisrammen i Helse Vest.

Prosjektgruppen har hatt følgende sammensetning:

Leder:

Økonomi- og finansdirektør Helse Vest RHF Per Karlsen

Medlemmer:

Fagdirektør Baard-Christian Schem, Helse Vest RHF

Økonomidirektør Tor Albert Ersdal, Helse Stavanger

Økonomidirektør Jan Håvard Frøyland, Helse Fonna

Økonomidirektør Kristin Pundsnes, Helse Bergen

Økonomidirektør Øystein Hellesest, Helse Førde

Fagdirektør Eldar Søreide, Helse Stavanger

Fagdirektør Haldis Lier, Helse Fonna

Seksjonsleder Pål Ove Vadset, Helse Bergen

Klinikkdirektør Tom Guldhav, Helse Førde

Konserntillitsvalgt Marie Skontorp

Leder regionalt brukerutvalg Jan Oddvar Gjerde

Sekretariat og rådgivere:

Jon Magnussen (NTNU)

Kjartan Sarheim Anthun (SINTEF)

Siri Leidland Dalsrud (Øk/RHF)

Jan-Erik Lorentzen (Øk/RHF)

I det følgende beskrives de enkelte delene av modellen med prosjektgruppens vurderinger.

2. Behovskomponenten

I utgangspunktet fordeles inntekter mellom geografiske områder etter deres andel av befolkningen. Siden behovet for helsetjenester vil avhenge av forhold som for eksempel alder og sosioøkonomi, må man også ta hensyn til at det vil kunne være forskjeller i behovet for tjenester ut over det som følger av forskjeller i befolkningsstørrelse.

Foretaksgrensene i Helse Vest definerer det enkelte helseforetak sitt opptaksområde.

For særlig to av kommunene, Eidfjord (Helse Fonna) og Gulen (Helse Førde) går pasientstrømmene i hovedsak til Helse Bergen, som har fått ansvaret for spesialisthelsetjenester til disse kommunene selv om foretaksgrensene formelt ikke er endret. For Gulen

håndteres dette i dag ved en egen post utenfor inntektsmodellen, mens det for Eidfjord skjer et direkte oppgjør mellom Helse Fonna og Helse Bergen. Prosjektgruppen har diskutert om det vil være hensiktsmessig å legge befolkningen i Gulen og Eidfjord inn i Helse Bergen ved beregning av behovskomponenten, men valgt å håndtere dette utenfor modell. Konsekvensene av dette er at Helse Bergen utenfor modellen kompenseres for de to kommunene på lik linje med andre kommuner i opptaksområdet. Tabell 1 viser befolkningsandelene i de fire helseforetakene ved dagens modell og dersom Gulen og Eidfjord legges til befolkningsgrunnet i Helse Bergen¹.

Tabell 1: befolkningsandeler Helse Vest (pr 1.1 2019)

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Dagens modell	0,3310	0,1626	0,4084	0,0980
Eidfjord og Gulen i området til Helse Bergen	0,3310	0,1618	0,4112	0,0959

2.1 Somatiske tjenester

I modellen beregnes en såkalt «behovsindeks» som forteller om behovet for tjenester for en gjennomsnittlig innbygger i området er høyere eller lavere enn i regionen som helhet. Behovsindeksen baseres på en analyse hvor ulike forhold som påvirker behovet for tjenester beskrives gjennom et sett kriterier, og hvor hvert kriterium gis en relativ vekt. Tabell 2 er hentet fra NOU 2019:24 og viser kriteriene med tilhørende vekter for somatiske tjenester.

I den nasjonale modellen som ble implementert fra 2021 er det gjort én endring i forhold til disse kriteriene:

I den implementerte modellen skilles ikke mellom dødelighet i ulike aldersgrupper, men det benyttes et mål på samlet dødelighet. Årsaken til dette er at dødeligheten for de laveste aldersgruppene er lav og kan variere mye mellom år. Siden de tilhørende kriterievektene er store, vil dette dermed kunne gi tilfeldige svingninger over år. Til sammenligning er samlet dødelighet langt mer stabil. Prosjektgruppen anbefaler at man også i Helse Vest benytter et kriterium som fanger opp samlet dødelighet.

I den nasjonale modellen oppdateres data årlig. Det betyr at for eksempel endring i alderssammensetning og befolkningsandeler vil fanges opp i modellen. Kriteriene som reflekterer helse og sosioøkonomi beregnes som gjennomsnitt over siste tre år for å redusere effekten av tilfeldige svingninger.

I de beregninger som vises her er det benyttet oppdaterte data fra Helse Vest. For noen av kriteriene må det foretas spesialbestillinger fra SSB, her er det benyttet samme data som lå til grunn for NOU 2019:24. Dette gjelder kriteriene:

- Andel med uføretrygd og arbeidsavklaringspenger
- Andel ikke i arbeid

¹ Befolkning pr 1. januar 2019, siden dette er grunnlaget budsjetttramme for 2020.

Tabell 2: Kriterier somatiske tjenester. NOU 2019:24

Kriterier	Vekter	Sum
Andel av aldersgruppen 0–5 år	0,050	
Andel av aldersgruppen 6–12 år	0,032	
Andel av aldersgruppen 13–17 år	0,025	
Andel av aldersgruppen 18–29 år	0,059	
Andel av aldersgruppen 30–39 år	0,049	
Andel av aldersgruppen 40–49 år	0,049	
Andel av aldersgruppen 50–59 år	0,058	
Andel av aldersgruppen 60–69 år	0,091	
Andel av aldersgruppen 70–79 år	0,115	
Andel av aldersgruppen 80–89 år	0,068	
Andel av aldersgruppen 90 år og eldre	0,012	
Andel menn	0,013	Kjønn og alderskriterier: 0,621
Dødelighet (0–19 år)	0,061	
Dødelighet (20–39 år)	0,035	
Dødelighet (40–79 år)	0,080	
Dødelighet (80 år og eldre)	0,003	
Andel med uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (18–66 år)	0,066	
Andel sykmeldte (18–66 år)	0,084	
Andel ikke i arbeid (18–66 år)	0,052	Helse og sosiale kriterier: 0,379
Sum	1,000	1,000

Tabell 3 viser forbruks- og behovsindekser for somatiske tjenester i dagens modell og med oppdatering basert på den nasjonale modellen.

Tabell 3: Forbruks – og behovsindekser somatiske tjenester

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Dagens modell	0,907	1,056	1,027	1,109
NOU 2019:24	0,938	1,053	1,001	1,097
Forbruksindeks	0,882	1,107	1,033	1,086

I forhold til dagens modell innebærer dette:

- Behovsindeksen i Helse Stavanger øker sterkt
- Behovsindeksen i Helse Bergen faller sterkt
- Behovsindeksen i Helse Førde faller noe
- Behovsindeksen i Helse Fonna er tilnærmet uendret

Endring i behovsindekser kommer både som en følge av endring i hvilke kriterier som inngår i den nasjonale modellen, og av den relative vektleggingen av de enkelte kriteriene. Det er ikke mulig å gi en detaljert beskrivelse av hvordan de enkelte forholdene slår ut, men noen hovedtrekk er:

- Klima- og breddegradsindeks inngår ikke lenger i somatikkmodellen. Relativt til befolkningssammensetningen var denne komponenten gunstig for Helse Førde og ugunstig for Helse Stavanger. Dermed vil frafall av denne komponenten øke Helse Stavanger noe og redusere Helse Førde noe.
- Forskjellen mellom foretakene for uførekomponenten er mindre nå med ny komponent for uføre og/eller arbeidsavklaringspenger.
- Sykemelde og andel ikke i arbeid i arbeid har endret seg. I gammel modell var det særlig i Helse Bergen og Helse Førde dette var en gunstig komponent, mens i ny modell har Helse Førde lavere andel av befolkningen utenfor arbeidslivet mens det er befolkningen i Helse Stavanger og Helse Bergen som i større grad nå er utenfor arbeidslivet.

2.2 Psykisk helsevern og TSB

I dagens modell er det én felles behovsindeks for psykisk helsevern og én behovsindeks for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I den nasjonale modellen er inndelingen av tjenesteområdene endret slik at man her har én felles behovsindeks for psykisk helsevern for voksne og TSB og én behovsindeks for psykisk helsevern for barn og unge.

I den nasjonale modellen som ble implementert fra 2021 er det gjort en endring i forhold til disse kriteriene på lik linje med de endringene som er nevnt under punkt 2.1 somatiske tjenester

Tabell 4 viser kriteriene med tilhørende vekter for psykisk helsevern for voksne og TSB fra NOU 2019:24.

Tabell 4: Kriterier psykisk helsevern for voksne og TSB. NOU 2019:24

Kriterier	Vekter	Sum
Andel av aldersgruppen 18–29 år	0,064	
Andel av aldersgruppen 30–39 år	0,028	
Andel av aldersgruppen 40–49 år	0,153	
Andel av aldersgruppen 50–59 år	0,111	
Andel av aldersgruppen 60–69 år	0,066	
Andel av aldersgruppen 70–79 år	0,039	
Andel av aldersgruppen 80 år og eldre	0,014	Alderskriterier 0,475
Andel ikke i arbeid (18–39 år)	0,058	
Andel enpersonfamilie	0,099	
Dødelighet (18–39 år)	0,025	
Dødelighet (40–79 år)	0,005	
Andel sosialhjelpsmottakere	0,066	
Andel sykemeldte (18–39 år)	0,019	
Andel med uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (18–39 år)	0,199	
Andel arbeidsledige i kommunen	0,054	Helse og sosiale kriterier 0,525
Sum	1,000	1,000

Tabell 5 viser forbruks- og behovsindekser for psykisk helsevern for voksne og TSB i dagens modell og med oppdatering basert på den nasjonale modellen.

I forhold til dagens modell innebærer dette:

- Behovsindeksen øker noe i Helse Stavanger
- Behovsindeksen faller mye for psykisk helsevern for voksne, men stiger noe for TSB i Helse Fonna. Samlet vil behovsindeksen for disse to tjenestene falle.
- Behovsindeksen stiger marginalt for psykisk helsevern for voksne, men faller for TSB i Helse Bergen. Samlet vil behovsindeksen for disse to tjenestene være omlag uendret.
- Behovsindeksen faller sterkt for psykisk helsevern for voksne og noe for TSB i Helse Førde.

Tabell 5: Behovsindekser psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og TSB

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Dagens modell PHV-V	0,988	1,005	1,017	0,961
Dagens modell TSB	0,992	0,970	1,034	0,935
NOU 2019:24	1,006	0,983	1,020	0,920
Forbruksindeks PHV-V og TSB	1,080	0,825	0,999	1,009
Forbruksindeks TSB	0,921	0,969	1,238	0,314

Endring i behovsindekser kommer både som en følge av endring i hvilke kriterier som inngår i den nasjonale modellen, og av den relative vektleggingen av de enkelte kriteriene. Det er ikke mulig å gi en detaljert beskrivelse av hvordan de enkelte forholdene slår ut, men noen hovedtrekk er:

- Dagens modell innen psykisk helse vern for voksne og TSB har større andel alderskriterier og fem andre kriterievekter. Ingen av disse fem videreføres i dagens form, men er erstattet av flere nye kriterier. Særlig andel uføre og/eller arbeidsavklaringspenger har betydelig vekt. Her har særlig Helse Førde har liten andel i befolkningen og trekkes følgelig ned.
- Andel ugifte 40 år eller eldre var et kriterium i dagens modell hvor særlig Helse Stavanger lå svært lavt og Helse Førde særlig høyt. I ny modell inngår ikke dette kriteriet, men er erstattet av andel enpersonfamilier. Her er tendensen annerledes hvor Helse Bergen ligger over mens de andre foretaksområdene ligger under gjennomsnittet.

2.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Tabell 6 viser kriteriene med tilhørende vekter for psykisk helsevern for voksne og TSB fra NOU 2019:24.

Tabell 6: Kriterier psykisk helsevern for barn og unge. NOU 2019:24

Kriterier	Vekter	Sum
Andel av aldersgruppen 0–5 år	0,041	
Andel av aldersgruppen 6–12 år	0,097	
Andel av aldersgruppen 13–17 år	0,164	
Andel kvinner	0,101	Kjønn og alderskriterier: 0,403
Andel av barn med barnevernstiltak	0,307	
Andel av barn som bor med én forelder	0,066	
Andel sosialhjelpsmottakere i kommunen	0,223	Helse og sosiale kriterier: 0,597
Sum	1,000	1,000

I den nasjonale modellen oppdateres data årlig. Det betyr at for eksempel endring i alderssammensetning vil fanges opp i modellen. Kriteriene som reflekterer helse og sosioøkonomi beregnes som gjennomsnitt over siste tre år for å redusere effekten av tilfeldige svingninger.

I de beregninger som vises her er benyttet oppdaterte data fra Helse Vest.

Tabell 7 viser forbruks-, behovsindekser og budsjettandeler for psykisk helsevern for voksne og TSB i dagens modell og med oppdatering basert på den nasjonale modellen.

Tabell 7: Behovsindekser og budsjettandeler psykisk helsevern for barn og unge

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Dagens modell	0,988	1,005	1,017	0,961
NOU 2019:24	0,975	1,034	1,002	1,028
Forbruksindeks	1,001	0,992	1,027	0,897

I forhold til dagens modell innebærer dette:

- Behovsindeksen faller litt i Helse Stavanger
- Behovsindeksen øker sterkt i Helse Fonna og Helse Førde
- Behovsindeksen faller noe i Helse Bergen

Endring i behovsindekser kommer både som en følge av endring i hvilke kriterier som inngår i den nasjonale modellen, og av den relative vektleggingen av de enkelte kriteriene. Det er ikke mulig å gi en detaljert beskrivelse av hvordan de enkelte forholdene slår ut, men noen hovedtrekk er:

- For psykisk helsevern for barn og unge, som for PHV-V og TSB utgjør kjønns- og alderskriterier en mindre del av ny modell enn i dagens modell.
- I ny modell utgjør barnevernskriteriet en enda viktigere del av samlet modell enn før. Helse Førde har høyere andel av barnevernstiltak nå enn i dagens modell, og dette bidrar til å øke behovsindeksen for Helse Førde, dette bidrar også til økning i Helse Fonna.

2.4 Samlet behovsindeks

De tre behovsindeksene kan vektet sammen til en indeks som beskriver samlet (relativt) behov for behandlingstjenester. En slik sammenvekting krever at man må bestemme hvor stor vekt som skal legges på de enkelte indeksene. I den nasjonale modellen benyttes de enkelte tjenestene sin andel av samlet ressursbruk (kostnad) som vekt. Dette innebærer at dersom man i Norge benytter 76 % av de samlede ressursene (som benyttes til behandling) på somatiske tjenester teller behovsindeksen for somatiske tjenester med 76 %. I Helse Vest anbefaler prosjektgruppen at man benytter kostnadsandelene i Helse Vest som vekter. Dette innebærer at behovsindeksen for somatiske tjenester teller 76,2 %, psykisk helsevern for voksne og TSB teller 20,1 % og psykisk helsevern for barn og unge teller 3,6 %. Ved å multiplisere behovsindeksen med befolkningsandelen vil det bli beregnet en behovsandel. Forbruksindeks samt nye og gamle behovsindekser og andeler er vist i tabell 8.

Tabell 8: Forbruksindeks, behovsindekser og behovsandeler behandling. Dagens modell og NOU 2019:24

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Forbruksindeks behandling	0,918	1,054	1,038	1,027
Gammel behovsindeks behandling	0,927	1,042	1,025	1,073
Ny behovsindeks behandling	0,953	1,038	1,009	1,059
Gammel behovsandel	30,68%	16,95%	41,86%	10,51%
Ny behovsandel	31,56%	16,89%	41,20%	10,37%

Størrelsen på beløpet som fordeles etter behovskomponenten vil avhenge av størrelsen på kostnadskomponenten, hvor mye som fordeles etter nøkkelen for prehospitale tjenester og hvor mye som fordeles utenfor modell. Med de forslag som presenteres i denne rapporten vil omlag 13 mrd kroner fordeles etter behovskomponenten. Denne komponenten vil derfor i forslaget til fordelingsmodell innebære en betydelig omfordeling, i hovedsak fra Helse Bergen, i favør av Helse Stavanger (se vedlegg).

Helseforetak som har en høyere behovsindeks enn faktisk forbruk innen somatikk, vil pr drg ha en høyere finansiering gjennom behovskomponenten, sammenlignet med helseforetak der behovsindeksen er lavere enn forbruket. Dersom ISF-andelen reduseres fra dagens nivå på 50%, vil denne forskjellen i finansiering pr drg forsterkes og gi vesentlige omfordelingseffekter mellom helseforetakene. Prosjektgruppen mener at dette må tas hensyn til ved en eventuell reduksjon i ISF-andelen.

3. Kostnadskomponenten

Kostnadskomponenten skal sikre at helseforetakene får kompensert for uforskyldte merkostnader. Slike merkostnader kan skyldes forskjeller i pasientsammensetning, strukturelle forhold eller forhold knyttet til omfanget av andre lovpålagte oppgaver enn pasientbehandling. Kostnadskomponenten beregnes ved at man først anslår hva kostnadsnivået ville ha vært dersom ingen helseforetak hadde særlige kostnadsulemper. I praksis vil dette tilsvare kostnadsnivået til det helseforetaket som har lavest kostnadsnivå. De øvrige foretakene kompenseres så ut fra hvor mye høyere deres kostnadsnivå anslås å være, og hvor stor aktivitet de har. Utfordringen her ligger i å bestemme hvor stor del av kostnadsforskjellene mellom helseforetak som er uforskyldte, og dermed hvor stor del av de faktiske kostnadsforskjellene man ønsker å kompensere for i modellen.

Jo høyere kostnadskomponenten er jo mindre beløp «blir igjen» til å fordele etter behovskomponenten. Det betyr også at dersom en revisjon av inntektsfordelingsmodellen fører til at kostnadskomponenten endres, får man en omfordeling *både* fordi det relative kostnadsnivået har endret seg *og* fordi andelen som fordeles i henholdsvis kostnads- og behovskomponenten dermed endrer seg.

3.1. Somatikk

3.1.1. Dagens modell og historiske kostnader

Det er tatt utgangspunkt i de analysene som er gjort i den nasjonale modellen. Kort sagt innebærer analysene at man *beskriver* hvilke forhold som antas å påvirke kostnadsnivået i

helseforetakene, *operasjonaliserer* disse på en hensiktsmessig måte og deretter *kvantifiserer* forholdet mellom den enkelte kostnadsdriver og et forventet kostnadsnivå. Analysene er beskrevet i større detalj i NOU 2019:24, og gjentas ikke her. Dagens modell i Helse Vest er basert på samme type analyser som i den nasjonale modellen, men på et eldre datamateriale. Det er også forskjeller både i *operasjonaliseringen* av kostnadsdriverne og av *vektleggingen* av dem i dagens modell og den nasjonale modellen.

Over tid har det relative kostnadsnivået innen Helse Vest endret seg noe. Tabell 9, under, viser en kostnadsindeks for de fire helseforetakene basert på Samdata-tall for årene 2006-09, 2012-13 og 2017-19. For sammenlikningens del er også kostnadsindeksen som benyttes i dagens inntektsfordelingsmodell inkludert.

Tabell 9: Utvikling i relativt kostnadsnivå Helse Vest

	Dagens modell	2006-09	2013-15	2017-19	NOU-modell
Helse Stavanger	0,951	0,945	0,968	0,955	0,973
Helse Fonna	0,984	0,931	0,990	1,010	0,984
Helse Bergen	1,023	1,016	0,988	0,992	0,986
Helse Førde	1,056	1,173	1,172	1,169	1,181

Fra tabellen ser vi:

- Det relative kostnadsnivået mellom helseforetakene i Helse Vest er ikke endret i vesentlig grad i perioden fra 2013-15 til 2017-19.
- I forhold til perioden 2006-07 har Helse Fonna sitt kostnadsnivå økt relativt til de andre tre foretakene. I noen grad gjelder dette også for Helse Stavanger, mens Helse Bergen sitt kostnadsnivå er redusert relativt til de andre.
- Helse Førde har gjennom hele perioden et stabilt og vesentlig høyere relativt kostnadsnivå.

I forhold til kostnadsindeksen i dagens modell:

- Modellen gir en høyere kostnadsindeks til både Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Bergen enn hva det faktiske kostnadsnivået i perioden 2006-2009 tilsa.
- Fra den perioden modellen faktisk ble implementert er dette bildet endret. Her er det stor grad av samsvar mellom det faktiske relative kostnadsnivået i Helse Stavanger, Helse Bergen får en kostnadsindeks i modellen som ligger noe over faktisk relativt kostnadsnivå.
- Helse Fonna og særlig Helse Førde har en kostnadsindeks i dagens modell som ligger under den faktiske kostnadsindeksen.

Analysene som ligger til grunn for den nasjonale modellen fra NOU 2019:24 beskriver fire forhold som man mener påvirker kostnadsnivået på en slik måte at dette bør kompenseres i inntektsfordelingsmodellen:

- Bosettingsmønster, som antas å kunne både påvirke kostnader til arbeidskraft, struktur og beredskap.
- LIS-leger, som en indikator på kostnader knyttet til utdanning av helsepersonell.

- Forskningspoeng, som en indikator på merkostnader knyttet til forskning, kostnader knyttet til høyspesialiserte tjenester, , breddeulemper og mulig seleksjon av særlig ressurskrevende pasienter.
- Størrelse, for å fange opp mulige skalafordeler eller ulemper

For å ivareta at det kan være forhold som ikke fanges opp av analysene har man i den nasjonale kostnadskomponenten valgt å legge 75 % vekt på resultatene fra analysene («modellen») og 25 % vekt på faktiske kostnader («virkeligheten»).

3.1.2 Vurderinger av nasjonal modell implementert i Helse Vest

Prosjektgruppen vurderer at innretningen på den nasjonale modellen kan være et utgangspunkt for en ny regional kostnadskomponent i Helse Vest. Samtidig er det slik at den nasjonale modellen er utformet for å fordele inntekter mellom fire *regionale* helseforetak. Med utgangspunkt i lokale forhold i Helse Vest er det derfor noen forhold ved den nasjonale modellen arbeidsgruppen har ønsket å problematisere.

Prosjektgruppen mener at det stabile relative kostnadsforholdet mellom helseforetakene i perioden 2012-19 bør gjenspeiles i ny kostnadsindeks. Dette betyr etter gruppens vurdering at:

- Kostnadsindeksen bør ta utgangspunkt i de analysene som ligger til grunn for nasjonal modell
- Modellen bør fange opp de endringer i relative kostnader som har skjedd siden forrige modellrevisjon.
- Modellen bør heller ikke sementere det historiske kostnadsnivået, men dra i en retning som gjør forskjeller i kostnadsnivå forståelige og mulige å forklare. Selv om analysen som ligger til grunn for nasjonal modell i høy grad fanger opp faktiske kostnadsforskjeller, er det behov for mer detaljerte analyser for å forklare og forstå forskjeller mellom enkeltforetak.

Helse Bergen HF stiller også spørsmål ved om nasjonal modell direkte overført til regional intern fordeling ivaretar regionssykehusfunksjonen i tilstrekkelig grad når det gjelder pasientsammensetning og strukturelle forhold. Disse forholdene må derfor løses utenfor modellen.

LIS-leger

I den nasjonale modellen benyttes LIS-leger pr DRG poeng som en indikator på merkostnader knyttet til utdanning. Variabelen inkluderer ikke turnuskandidater eller LIS1 leger. Det er i Helse Vest ikke samme fordeling av turnuskandidater/LIS1 mellom helseforetakene som det er av LIS 2/3 stillinger. Det kan ikke utelukkes at forholdet mellom forventet kostnadsnivå og antall leger i utdanningsstillinger er det samme om man også hadde inkludert turnuskandidater/LIS1 i analysene. Dette ble imidlertid ikke gjort i de nasjonale analysene, og det har ikke vært et tilgjengelig datagrunnlag for å gjøre nye analyser i dette prosjektet. Siden fordelingen av LIS1/2/3 innen Helse Vest er svært forskjellig fra fordelingen av LIS2/3 får dette imidlertid potensielt store konsekvenser for den regionale kostnadsindeksen.

I den nasjonale modellen inngår videre LIS-leger som *antall leger pr 1000 DRG-poeng*. Prosjektgruppen mener at det dermed er en fare for at man blander effekten av å ha en høy

andel leger under opplæring med effekten av å ha mange ansatte leger. Det er det første man ønsker å kompensere for.

På denne bakgrunn mener prosjektgruppen at man ikke skal legge samme vekt på denne variabelen internt i Helse Vest som man har valgt å gjøre i den nasjonale modellen. Konkret har prosjektgruppen beregnet kostnadsindekser med to ulike alternativ; henholdsvis med 50 % og 25 % vekt på kostnadsdriveren LIS-leger. Tabell 10 viser faktiske kostnader, NOU modellen og en variant hvor det legges henholdsvis 50 % og 25 % vekt på LIS-leger.

Tabell 10: Kostnadsindekser med ulik vektlegging av LIS-leger

	Faktiske - 2019	NOU	NOU med 50 % vekt på LIS	NOU med 25 % vekt på LIS
Helse Stavanger	0,955	0,973	0,965	0,961
Helse Fonna	1,010	0,984	0,995	1,000
Helse Bergen	0,992	0,986	0,992	0,995
Helse Førde	1,169	1,181	1,160	1,149
Helse Vest	1,000	1,000	1,000	1,000

Prosjektgruppen anbefaler at man benytter en kostnadsindeks hvor det legges 25 % vekt på kostnadsdriveren LIS-leger pr 1000 DRG-poeng.

Størrelse

I den nasjonale modellen inngår størrelse som en forklaringsfaktor. Størrelse måles som brutto driftsutgifter. Resultatene antydte at det er smådriftsulemper og til en viss grad stordriftsulemper, men da kun for det aller største helseforetaket (OUS). Prosjektgruppen har merket seg at man i arbeidet med regional inntektsfordelingsmodell i Helse Midt Norge har problematisert konsekvensen for regionsykehuset St. Olavs hospital av å inkludere størrelse i modellen. Det er derfor gjennomført nye analyser for å vurdere konsekvensene for helseforetakene i Helse Vest.

Det er viktig å være klar over at en kostnadsindeks beskriver det *relative* kostnadsforholdet mellom de fire helseforetakene internt i Helse Vest. Dersom vi ikke inkluderer størrelse i modellen vil det forventede kostnadsnivået til Helse Stavanger og Helse Bergen øke, mens det vil reduseres for Helse Fonna og Helse Førde. Samlet for Helse Vest vil det også øke. Siden den samlede økningen for Helse Vest er høyere enn økningen for Helse Stavanger vil den relative indeksen til Helse Stavanger faktisk reduseres.

Dersom man ikke inkluderer størrelse i analysene vil konsekvensen av dette være at den forventede kostnadsindeksen for Helse Fonna og Helse Førde og Helse Stavanger reduseres, mens den vil øke for Helse Bergen. Tabell 11 viser forskjellene mellom en nasjonal modell med og uten størrelse.

Tabell 11. Kostnadsindekser uten størrelse i modellen

	Faktiske - 2019	NOU	Modell hvor det ikke tas hensyn til størrelse
Helse Stavanger	0,955	0,973	0,960
Helse Fonna	1,010	0,984	0,959
Helse Bergen	0,992	0,986	1,008
Helse Førde	1,169	1,181	1,144
Helse Vest	1,000	1,000	1,000

Prosjektgruppen konstaterer at en modell uten størrelse innebærer at avstanden til faktisk kostnad øker i negativ retning for både Helse Fonna og Helse Førde. Den fører også til at den forventede kostnadsindeksen i Helse Bergen og Helse Stavanger vil ligge over den faktiske indeksen. En modell hvor størrelse ikke inngår vil redusere kostnadsindeksen betydelig for Helse Fonna og Helse Førde. Prosjektgruppens vurdering er at «størrelse» i seg selv er en lite presis kostnadsdriver. Smådriftsulemper kan komme som følge av faste kostnader knyttet til bygninger og utstyr, men også som følge av at man må drive på flere steder. På samme måte kan store sykehus med stor bredde i aktiviteten og mange høyspesialiserte tjenester ha kostnadsulemper pga høye faste kostnader. I det siste tilfellet snakker man gjerne om breddeulemper mer enn stordriftsulemper. Prosjektgruppens vurdering er at en modell hvor størrelse inngår på linje med den nasjonale modellen bedre fanger opp de relative forskjellene i faktiske kostnadsforhold i Helse Vest. Samtidig ser prosjektgruppen at det kan stilles spørsmål ved at størrelse forsterker forskjellen mellom Helse Førde og Helse Fonna og reduserer forskjellen mellom Helse Stavanger og Helse Bergen.

Forholdet mellom faktisk og forventet kostnad

I den nasjonale modellen vektet altså faktiske kostnader inn med 25 %. Begrunnelsen for dette er at det vil kunne være forhold som ikke fanges opp i modellen som det allikevel vil være ønskelig å ta hensyn til. Snarere enn å diskutere hvilke forhold dette vil kunne være for det enkelte (regionale) helseforetak, velger man i den nasjonale modellen å ivareta dette med å legge 25 % vekt på faktiske kostnader.

Også innen Helse Vest er det rimelig å tro at det er forhold som påvirker kostnadene ved enkelte foretak som ikke fanges opp i modellen. I prosjektgruppens diskusjoner har særlig forhold knyttet til ulemper med akuttfunksjoner på flere steder og merkostnader knyttet til universitets- og regionsykehusfunksjoner vært trukket fram. I den nasjonale modellen er dette ment fanget opp gjennom kostnadsdriverne reisetid, forskningspoeng og størrelse, men det kan ikke utelukkes at det er forhold ved enkelte av foretakene i Helse Vest som allikevel ikke dekkes. En måte å ivareta dette vil være å legge mindre vekt på modell og mer vekt på faktiske kostnader. Prosjektgruppen sin vurdering er allikevel at analysene fra den nasjonale modellen i noen grad «treffer» det faktiske kostnadsnivået i Helse Vest. Prosjektgruppen har derfor vurdert at det beste er samme løsning som i den nasjonale modellen tilsvarende den man har valgt i Helse Midt Norge, hvor det legges 75 % vekt på forventet og 25 % vekt på faktisk kostnadsindeks.

Hva er det faktiske kostnadsnivået?

Endelig er det spørsmål hva man skal benytte til å beskrive *faktisk* kostnadsnivå. I den nasjonale modellen er dette beskrevet med gjennomsnittet for 2015-2017. Prosjektgruppen har vurdert både å benytte siste tilgjengelige år (2019) og gjennomsnittet siste tre år (2017-2019), og valgt å benytte faktiske kostnader fra 2019 som er det sist tilgjengelige året.

Tabell 12 viser dagens kostnadsindeks og prosjektgruppens forslag til ny indeks

Tabell 12: Prosjektgruppens forslag til ny kostnadsindeks

	Dagens modell	Prosjektgruppens forslag	Samdata 2019
Helse Stavanger	0,951	0,961	0,955
Helse Fonna	0,984	1,000	1,010
Helse Bergen	1,023	0,995	0,992
Helse Førde	1,056	1,149	1,169

Forslag til ny kostnadsindeks gir til dels store omfordelingskonsekvenser (se vedlegg). Disse konsekvensene skyldes to forhold:

For det første er beløpet som fordeles i kostnadskomponenten lavere i forslag til ny modell enn i dagens modell. I dagens modell legges 4,9 % av det beløpet som fordeles etter nøkkel for somatiske tjenester inn i kostnadskomponenten. Dette skyldes at Helse Stavanger, som helseforetaket med lavest kostnadsnivå, har en kostnadsindeks som ligger 4,9 % under gjennomsnittet. Dette er det samme som å si at man må sette av 4,9 % av beløpet til å kompensere de tre helseforetakene med høyere forventet kostnadsindeks. En reduksjon i kostnadskomponenten vil dermed være til gunst for Helse Stavanger som vil få igjen dette i sin del av behovskomponenten. I forslaget til ny modell utgjør kostnadskomponenten 3,9 % av det beløpet som fordeles etter nøklene for somatiske tjenester.

For det andre innebærer ny modell at det relative kostnadsforholdet mellom de fire helseforetakene endres betydelig. I særlig grad gjelder dette Helse Førde, som får økt sin kostnadsindeks fra 1.056 til 1,149. For Helse Bergen innebærer også forslag til ny kostnadsindeks en betydelig reduksjon i kostnadsindeksen, og gitt Helse Bergens store volum får dette store fordelingsmessige konsekvenser.

Prosjektgruppens vurderinger:

- Det er langt sterkere grad av samsvar mellom den kostnadsindeksen som følger av analysene i NOU 2019:24 og det faktiske relative kostnadsforholdet mellom helseforetakene i Helse Vest enn hva tilfellet var for dagens modell.
- Når ny modell slår negativt ut for Helse Bergen reflekterer det i noen grad de faktiske endringene i relativt kostnadsnivå etter siste modellrevisjon.
- Når ny modell slår positivt ut for Helse Førde skyldes det at det i langt sterkere grad tar hensyn til faktiske kostnadsforhold.
- Verken ny eller gammel modell fanger fullt ut opp det faktiske kostnadsnivået i Helse Fonna.
- Ny modell gir en lavere kostnadskomponent og forsterker dermed de negative effektene for Helse Bergen og Helse Fonna, samtidig som den demper de positive effektene for Helse Førde noe. Stavanger vinner på en lavere kostnadskomponent.

Prosjektgruppens anbefaling er derfor at man benytter en kostnadsindeks basert på de nasjonale analysene, men hvor effekten av LIS-leger reduseres til 25 %. Denne parameteren har stor betydning i modellen, og derfor taler usikkerhet rundt kvaliteten på data og hvordan den er operasjonalisert for at dens betydning bør reduseres. Det vil også være forhold som ikke fanges opp i den foreslått kostnadsindeksen. Disse diskuteres i avsnitt 6.

3.2. PHV-TSB

I den nasjonale modellen benyttes en kostnadsindeks hvor 75 % baseres på en forutsetning om at det ikke er forskjeller i kostnadsnivå mellom helseforetakene, mens 25 % baseres på faktiske kostnader. Faktiske kostnader er beregnet i forhold til det aktivitetsmålet som inngår i behovsanalysene. Forutsetningen om likt kostnadsnivå baseres på at man ved tilsvarende analyser som for somatisk sektor ikke klarer å forklare de observerte forskjellene i kostnadsnivå.

For Helse Vest er prosjektgruppens forslag at man benytter samme tilnærming som i den nasjonale modellen. Det gir en kostnadsindeks som i tabell 13. Kostnadsindeksen er altså basert 75 % på en antakelse om at det ikke er forskjeller mellom foretakene og 25 % på forskjeller i faktisk kostnad pr «aktivitetsenhet». En «aktivitetsenhet» er her, som i den nasjonale modellen en vektet sum av polikliniske konsultasjoner og liggedøgn. Den henvises til NOU 2019:24 for en mer detaljert beskrivelse av dette.

Tabell 13: Prosjektgruppens forslag til kostnadsindeks psykisk helsevern for voksne og TSB

	Dagens modell	Prosjektgruppens forslag
Helse Stavanger	1	0,961
Helse Fonna	1	0,995
Helse Bergen	1	1,044
Helse Førde	1	0,991

3.3. PHV-BuP

For psykisk helsevern for barn og unge benyttes i den nasjonale modellen en lik kostnadsindeks for samtlige helseforetak. Dette begrunnes i at analyser av forholdet mellom faktisk kostnadsnivå og mulige kostnadsdrivere ikke klarer å identifisere forhold som kan forklare kostnadsforskjeller. I tillegg er det her vurdert å være noe større usikkerhet i sammenlikningen av aktivitetsdata.

Prosjektgruppen anbefaler at man internt i Helse Vest benytter samme tilnærming som i den nasjonale modellen.

4. Gjestepasientoppgjøret

Dagens modell for det interne gjestepasientoppgjøret består av to deler. For det første vil den kompensasjonen helseforetakene får gjennom kostnadskomponenten også omfatte gjestepasientene. For det andre benyttes en abonnementsordning som innebærer at

helseforetakene betaler 50 % ISF for all aktivitet innen avtalt volum. For aktivitet ut over avtalt volum betales 30 % ISF. Ordningen gir dermed:

For avtalt aktivitet (abonnement): 50 % ISF (staten) + 50 % ISF (pasientens «hjemforetak») + kostnadskomponent

For aktivitet ut over avtale: 50 % ISF (staten) + 30 % ISF (pasientens «hjemforetak») + kostnadskomponent

I dagens modell er avtalt aktivitet beregnet ut fra gjennomsnittlig aktivitet i perioden 2009-11. I den nasjonale modellen foreslås et oppgjør som likner på dagens modell i Helse Vest. Her tas imidlertid også høyde for at det kan være forskjell på kostnadsnivået i det rimeligste helseforetaket og ISF satsen. Dersom faktisk gjennomsnittskostnad er høyere enn 100 % ISF sats dekkes dette mellomlegget.

Gjestepasientstrømmene internt i et regionalt helseforetak er av relativt større betydning enn gjestepasientstrømmene mellom RHF. Litt forenklet kan det argumenteres med at en gjestepasientmodell mellom RHF primært skal ivareta finansiering av en avtalt regional funksjonsfordeling. Internt i et RHF vil betydning av avstand til sykehus og fritt behandlingsvalg kunne være større. I tillegg vil konsekvensene av funksjonsfordeling for volumet av gjestepasientstrømmer være større internt i en region enn mellom en region. Det må derfor vurderes om den nasjonale modellen for gjestepasientoppgjør også skal anvendes internt i Helse Vest.

Prosjektgruppens vurdering er at dagens modell i Helse Vest fungerer godt, og anbefaler at den prinsipielle utformingen av gjestepasientordningen videreføres i ny modell. Dette innebærer at helseforetakene betaler 50 % ISF for avtalt volum og at også gjestepasientene regnes med når man fordeler kostnadskomponenten. For aktivitet ut over dagens volum betales 30 % ISF. Prosjektgruppen har vurdert om man også, slik det gjøres i nasjonal modell, skal dekke forskjellen mellom 100 % ISF og faktisk kostnad. I Helse Vest vil dette utgjøre om lag 3 100 kr pr DRG-poeng. Prosjektgruppen anbefaler at man *ikke* dekker denne forskjellen. Dette begrunnes i følgende forhold:

For det første vil forskjellen mellom ISF satsen og faktisk (Samdata) kostnad vil dels forklares ved at faktisk kostnad inkluderer pensjonskostnadene. Deler av pensjonskostnaden håndteres i Helse Vest utenfor modellen, og skal derfor ikke dekkes to ganger. For det andre er det usikkerhet knyttet til om det er systematiske forskjeller i kostnadsnivå for gjestepasienter og for pasienter fra eget opptaksområde. Dette spørsmålet ble behandlet av Helsedirektoratet i forbindelse med NOU 2019:24. Der ble det konkludert med at det ikke var mulig å finne systematiske forskjeller mellom egne pasienter og gjestepasienter. Samtidig viser gjennomgang av interne gjestepasientstrømmer i Helse Vest at liggetiden for enkelte av de større gruppene er kortere for gjestepasienter enn den er for egne pasienter.

Prosjektgruppen finner ikke grunnlag for å konkludere rundt spørsmålet om gjestepasienter, i gjennomsnitt, er mer eller mindre ressurskrevende enn pasienter fra eget opptaksområde. En revisjon av modellen i Helse Vest innebærer derfor at man avgrensner vurderingen til om dagens avtalte volum skal endres. Som det framgår av tabell 14 har gjestepasientvolumet økt betydelig. Det er motstridende argumenter i forhold til i hvor stor grad dette skal reflekteres i et økt avtalt volum.

- Fra behandlende foretak (primært Helse Bergen) er det et argument at det økte volumet må tas hensyn til ved planlegging av kapasitet, både ift utstyr, areal og bemanning. Dette trekker i retning av at det avtalte volumet bør reflektere det faktiske volumet.
- Fra pasientens «hjemmeforetak» er det et argument at økt pasientstrømmer bare i begrenset grad reduserer faste kostnader ved eget foretak. Det betyr at man i noen grad betaler dobbelt for de pasientene som behandles ved andre foretak. Det kan argumenteres for at dette i en viss grad bør fanges opp i modellen.

Omfordelingseffekten av et nytt gjestepasientoppgjør i modellen vil være lik endringen i avtalt volum multiplisert med 50 % ISF pris. Den *reelle* forskjellen i foretakenes økonomi vil være mindre fordi man også i dag betaler 30 % ISF for volum ut over det avtalte. Dette skjer imidlertid som et direkte oppgjør mellom foretakene, og ikke i modellen.

Tabell 14: Gjestepasientvolum dagens modell og snitt 2017-19

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Dagens volum DRG-poeng	-3 461	-10 654	19 285	-5 170
Volum 2017-19 DRG-poeng	-5 192	-13 323	24 693	-6 179

Prosjektgruppen anbefaler at dagens prinsipper for gjestepasientoppgjøret internt i Helse Vest opprettholdes, men at volumet som abonnementet baseres på oppdateres. Volumet settes til 90 % av gjennomsnittet for siste tre år, og behandlende foretak får kompensert de resterende 10% gjennom et rammetilskudd. Volumet justeres årlig for å fange opp endringer i pasientstrømmer.

5. Prehospitale tjenester

Dagens modell for prehospitale tjenester er fra 2013 og basert på analyser av bruk av pasientreiser og pasienttransport. I den nasjonale modellen er det beregnet egne behovsindekser for pasienttransport, mens man for ambulansetjenester har valgt å benytte fordelingen av faktiske kostnader som grunnlag for fordeling av inntekter.

Prosjektgruppens vurdering er at dagens modell for prehospitale tjenester bør gjennomgås med sikte på revisjon. Dette innebærer både at man tar hensyn til de konsekvenser endrede krav til innholdet i tjenestene kan få for ressursfordelingen, og at analysene av behov for denne typen tjenester gjentas på et nyere og oppdatert datamateriale. Innen rammen av dette arbeidet har imidlertid arbeidsgruppen valgt å forholde seg til dagens modell for prehospitale tjenester. Gruppen har vurdert om det er ønskelig å øke beløpet som fordeles etter modellen for prehospitale tjenester. Dette er i dag lavere enn den faktiske kostnadsandelen til disse tjenestene. Inntil modellen er oppdatert er prosjektgruppens vurdering at man beholder samme beløp som i dag.

6. Forhold som finansieres utenfor modellen

I dag fordeles en rekke større og mindre beløp utenfor modellen. Mye av dette er øremerkede tilskudd til konkrete oppgaver. Prosjektgruppen mener det er naturlig av man ved de årlige budsjettframleggene har en gjennomgang av de enkelte elementene som fordeles utenfor modell. I dette arbeidet har prosjektgruppen særlig vurdert følgende forhold:

Trekk for kompensasjon MVA

Ordningen med MVA-kompensasjon hadde ikke som intensjon at det skulle gi vesentlige omfordelingseffekter og budsjettmessige konsekvenser. MVA-trekket baserte seg derfor på faktiske tall for MVA i 2015 pr helseforetak.. Prosjektgruppen anbefaler at det ikke gjøres endring på dette ifm revisjon av inntektsfordelingsmodellen, men mener det nå er ønskelig med en vurdering av hvor godt fordelingen fra 2015 faktisk er riktig å legge utenfor modellen.

Tilskudd til pensjon.

I den nasjonale modellen skal pensjonskostnader håndteres innenfor tildelt beløp. I Helse Vest ligger tilskudd til pensjon delvis utenfor beløp fordelt etter modell. Prosjektgruppen vurderer at dagens ordning fungerer godt, og anbefaler ingen endring.

6.1. Ivaretagelse av HF-spesifikke forhold som ikke fanges opp i modellen

Ut over eksisterende øremerkede tilskudd har prosjektgruppen vurdert om det er særlige forhold knyttet til de enkelte helseforetakene som ikke fanges opp i modellen, og som det derfor er ønskelig å finansiere gjennom særtilskudd.

6.1.1. Særlige forhold ved helseforetakene

I dagens modell ligger et særtilskudd til Helse Førde på 66,645 millioner kroner. Dette ble innført etter revisjon av inntektsfordelingsmodellen i 2012. Den gangen var begrunnelsen:

- *«Helse Førde har et faktisk kostnadsnivå som ligger godt over det som modellen kompenserer for. Prosjektgruppen antar at dette i stor grad er knyttet til strukturelle forhold ut over det som fanges opp i modellen. Prosjektgruppen anbefaler derfor et tilskudd til Helse Førde (...)for å ivareta merkostnader knyttet til struktur.»*

I forslaget til ny inntektsfordelingsmodell utliknes i stor grad forskjellen mellom faktisk og forventet kostnadsnivå. Begrunnelsen for strukturtilskuddet er dermed ikke lenger til stede. Samtidig er det grunn til å anta at Helse Førde taper på at det i denne revisjonen ikke gjøres endringer i verken budsjettandel eller prinsipper for fordeling av inntekter til å dekke behovet for prehospitaltjenester. Prosjektgruppen anbefaler derfor at Helse Førde beholder et særtilskudd på 10 millioner kroner. Dette må videre gjøres gjenstand for ny vurdering når en revidert modell for prehospitaltjenester er på plass.

I dagens modell ligger inne et tilskudd til Helse Fonna på 32,229 millioner kroner. Dette ble innført etter revisjon av inntektsfordelingsmodellen i 2012. Den gangen var begrunnelsen:

- *«Helse Fonna har en betydelig lekkasje av pasienter fra sitt opptaksområde til Helse Bergen og Helse Stavanger. Samtidig er helseforetaket bundet av en struktur som tilsier at det må opprettholde full drift på tre steder. Prosjektgruppen anser det ikke som realistisk at Helse Fonna kan ta ned sin kapasitet tilsvarende det volumet av*

pasienter som velger å dra ut av foretaksområdet. Prosjektgruppa anbefaler at dette kompenseres særskilt (...).»

Denne prosjektgruppen mener den samme argumentasjonen kan opprettholdes i dag. Prosjektgruppen ser samtidig at Helse Fonna har utfordringer ift til et forbruksnivå som er høyere enn hva behovsindeksen skulle tilsi. Dette vurderes i noen grad å være utenfor helseforetakets kontroll. Prosjektgruppen anbefaler derfor at dagens strukturtilskudd til Helse Fonna justeres opp til 35 millioner kroner. Prosjektgruppens medlemmer fra Helse Fonna mener dette tilskuddet er for lite til å møte de særlige utfordringene i foretaket.

I dagens modell ligger det inne tilskudd til Helse Bergen knyttet til nasjonale funksjoner som brannskadeavdelingen og et tilskudd som dekker regional sikkerhetsavdeling for psykisk helse. Dette er kostnader knyttet til regionsykehusfunksjonen og prosjektgruppen vurderer at disse tilskuddene bør videreføres. Prosjektgruppen anbefaler også at det gis et tilskudd på 30 millioner kroner til Helse Bergen for å dekke kostnader knyttet til regional funksjon for behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Endelig gis Helse Bergen et tilskudd på 30 millioner for å fange opp faste kostnader knyttet til kapasitet for å håndtere interne gjestepasientstrømmer.

Selv om Eidfjord og Gulen formelt hører til i Helse Fonna og Helse Førde sine opptaksområder benyttes befolkningen i disse områdene for alle praktiske formål Helse Bergen. I dag håndteres dette ved at 12,7 millioner flyttes fra Helse Førde til Helse Bergen «utenfor» modell. Mellom Helse Fonna og Helse Bergen skjer et direkteoppgjør. Prosjektgruppen har beregnet konsekvensene av en flytting av Eidfjord og Gulen inn i Helse Bergen sitt opptaksområde. Dette vil ha betydning både for behovskomponenten og for gjestepasientoppgjøret. Ifølge beregningene ville en flytting gi 30,3 millioner mer til Helse Bergen, 22,5 millioner mindre til Helse Førde og 7,8 millioner mindre til Helse Fonna. Dette har prosjektgruppen nå valgt å legge inn som en korleksjon «utenfor modell», og samtidig ta hensyn til de 12,7 millionene som allerede flyttes mellom Helse Førde og Helse Fonna. Det forutsettes samtidig at direkteoppgjøret mellom Helse Fonna og Helse Bergen bortfaller.

7. Oppsummering - fordelingsvirkninger

Prosjektgruppen anbefaler:

- Behovsindeks fra den nasjonale modellen benyttes.
- Det benyttes en kostnadsindeks basert på analysene fra nasjonal modell, men hvor det kun legges 25 % vekt på LIS-leger.
- Prinsippene for gjestepasienter somatikk videreføres som i dagens modell. Abonnementsvolumet oppdateres til 90 % av forbruket i perioden 2017-2019. Volumet justeres årlig basert på endringer i snitt siste tre år
- Særtilskudd for Helse Førde reduseres til 10 millioner, og vurderes på nytt ved revisjon av prinsippene for prehospitaltjenester
- Særtilskudd for Helse Fonna beholdes og økes til 35 millioner kroner.
- Tilskudd til Helse Bergen for brannskadeavdelingen og regional sikkerhetsavdeling psykisk helse beholdes.
- Helse Bergen gis tilskudd utenfor modell på 30 millioner for kostnader knyttet til regional funksjon for behandling av spiseforstyrrelser.

- Helse Bergen gis tilskudd utenfor modell på 30 millioner for dekning av faste kostnader knyttet til kapasitet for interne gjestepasientstrømmer.
- Det legges inn en omfordeling utenfor modell som ivaretar at befolkningen i Eidfjord og Gulen benytter Helse Bergen
- I forbindelse med fordeling av inntektsrammen budsjett 2022 gjøres en gjennomgang av de enkelte elementene som nå ligger utenfor modellen
- Det initieres et arbeid med å vurdere dagens modell for prehospitale tjenester. Dette ferdigstilles slik at at modellen kan implementeres i budsjett 2023. I påvente av dette gjøres ingen endringer på dette området.
- Det overvåkes hvilke effekter endring i befolkningsandeler og befolknings sammensetning får for inntektsfordelingen.

I tabell 15 vises omfordelingseffektene av de enkelte elementene i modellen. Det tas utgangspunkt i bevilgningen for budsjettåret 2020. Omfordelingen dekomponeres i vedlegg.

Tabell 15. Omfordeling relativt til budsjett 2020

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Omfordeling	81 629	-6 031	-94 728	19 130
I % av bevilgning	1,8%	-0,2%	-1,3%	0,9%
Andel bevilgning i ny modell	28,37%	14,80%	44,39%	12,44%
Andel bevilgning i dagens modell	27,87%	14,84%	44,96%	12,33%

Vedlegg – dekomponering av omfordelingseffekten

Alle tall i 1000 kr

Behovskomponenten:

Her vises konsekvenser av endringer i behovskomponenten, gitt:

- Dagens kostnadsindekser og kostnadskomponent
- Ingen endring i beløp fordelt utenfor modell

Tabell v1: Omfordeling ved innføring av nye behovsindeks

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Somatikk	80 573	-3 418	-67 317	-9 838
PHV-V	19 771	-11 844	5 210	-13 137
PHV-BU	-3 581	3 468	-4 745	4 858
TSB	4 512	1 959	-5 200	-1 271
Sum behovskomponent	101 274	-9 834	-72 053	-19 387

Kostnadskomponenten:

Her vises konsekvenser av endringer i kostnadsindeks og kostnadskomponent, gitt:

- Det benyttes nye behovsindeks
- Ingen endring i beløp fordelt utenfor modell

Tabell v2: Omfordeling ved innføring av nye kostnadsindeks

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Somatikk	46 865	30 687	-184 476	106 924
PHV-V/TSB	-52 040	-1 166	53 976	-770
Sum kostnadskomponent	-5 175	29 521	-130 499	106 154

Gjestepasientoppjøret:

Her vises konsekvensen av endring i gjestepasientoppjøret, gitt:

- Det benyttes nye behovs-og kostnadsindeks
- Ingen endring i beløp fordelt utenfor modell

Tabell v3. Omfordeling ved oppdatering av volum gjestepasienter

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Gjestepasientkomponent	-11 099	-12 244	26 927	-3 584

Gulen/Eidfjord:

- Det flyttes et beløp tilsvarende hva fordelingen av behovskomponenten ville vært med Gulen og Eidfjord i Helse Bergen
- Det korrigeres for 12,7 mill som i dag flyttes mellom Helse Førde og Helse Bergen
- Det korrigeres for gjestepasientoppjøret

Tabell v4: Omfordeling Gulen/Eidfjord

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Gulen/Eidfjord		- 7 750	17 500	- 9 750

Endring i beløp utenfor modell:

Det gjøres følgende endringer utenfor modell:

- Særtilskudd Helse Førde ned fra 66 645 til 10 000
- Særtilskudd Helse Fonna opp fra 32 229 til 35 000
- Tilskudd gjestepasienter Helse Bergen 30 000
- Tilskudd regionalt senter for spiseforstyrrelser Helse Bergen 30 000

Samlet betyr dette at det fordeles 6 126 mindre i modellen, og dette påvirker (marginalt) både behovs og kostnadandelene. Nettoeffekten på fordeling for helseforetakene er:

Tabell v5: Omfordeling endring av tilskudd utenfor modell

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Utenfor modell	-1 864	1 743	57 459	-57 338

Kalibrering:

Oppdatering av aktivitetsandeler, budsjettandeler og en kalibrering av modellen gir også en mindre omfordeling

Tabell v6: Omfordeling som skyldes oppdatering av andeler og kalibrering av modell

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Kalibrering	-1 506	-7 467	5 939	3 035

Oppsummeringstabell:*Tabell v7: Oppsummering omfordelingseffekter*

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Behov -Somatikk	80 573	-3 418	-67 317	-9 838
Behov- PHV-V	19 771	-11 844	5 210	-13 137
Behov -PHV-BU	-3 581	3 468	-4 745	4 858
Behov- TSB	4 512	1 959	-5 200	-1 271
Kostnad -Somatikk	46 865	30 687	-184 476	106 924
Kostnad - PHV-V/TSB	-52 040	-1 166	53 976	-770
Gjestepasientoppgjør	-11 099	-12 244	26 927	-3 584
Eidfj Gulen		-7 750	17 500	-9 750
Utenfor modell	-1 864	1 743	57 459	-57 338
Kalibrering	-1 506	-7 467	5 939	3 035
Samlet omfordeling	81 629	-6 031	-94 728	19 130