

# Revisjon av Inntektsmodell Helse Vest

## 1. Mandatet og prosjektgruppens sammensetning

Styret i Helse Vest fattet i sak 00717 følgende vedtak:

*Styret ber administrasjonen om å gjennomføre ein delvis revisjon av dagens inntektsmodell med tanke på å ta revidert modell i bruk i førebels inntektsfordeling for 2018. Målet med gjennomgangen er både å få vurdert om det har skjedd utvikling i føretaka som tilseier endring i fordelinga av midlar samt å gje modellen legitimitet i helseføretaka i regionen.*

*Revisjonen er avgrensa til å gjelde kostnadskomponenten, gjestepasientoppgjjer og utøving av skjønn i modellen. Behovskomponentane skal ikkje oppdaterast før det ligg føre ein ny nasjonal inntektsmodell.*

I styresaken er det lagt følgende føring for gjennomgangen:

Administrerende direktør tilrår at inntektsmodellen for Helse Vest blir gjennomgått på nytt, men med følgjande føringar:

- Behovskomponentane skal ikkje endrast før nye nasjonale analyser ligg føre.
- Prinsippet om «like ressursar for likt behov, justert for ufrivillige kostnader» står fast.
- Prosjektgruppa kan foreslå endringar i kostnadskomponenten både gjennom diskusjon av funn i nye analyser og gjennom vurdering av utøvinga av skjønn i kostnadskomponenten.
- Innretninga på gjestepasientoppgjjeret i modellen skal gjennomgåast.
- Prosjektgruppa blir bedt om å gje forslag til korleis Haraldsplass kan knytast tettare opp mot mekanismane i inntektsfordelingsmodellen.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Per Karlsen, økonomi- og finansdirektør Helse Vest RHF
- Bjørn Munthe, økonomi- og finansdirektør Helse Stavanger HF
- Sverre Uhlving, seniorrådgiver Helse Stavanger HF
- Jan Håvard Frøyland, økonomi- og finansdirektør Helse Fonna HF (Olav Lystad i to møter)
- Haldis Johanne Økland, fagdirektør Helse Fonna HF
- Kristin Pundsnes, økonomi- og finansdirektør Helse Bergen HF
- Alf Henrik Andreassen, avdelingsdirektør Helse Bergen HF
- Halfdan Brandtzæg, økonomidirektør Helse Førde HF
- Kristine Brix Longfellow, fagdirektør Helse Førde HF
- Petter Thornam, fagdirektør Haraldsplass Diakonale Sykehus
- Vidar Solheim, økonomi- og finansdirektør Haraldsplass Diakonale Sykehus
- Toril Østvold, konserntillitsvalgt
- Lise Karin Strømme, konserntillitsvalgt
- Gjertrud Jacobsen, seniorrådgiver Helse Vest RHF

- Anne May S. Sønstabø, seniorrådgiver Helse Vest RHF

Jon Magnussen fra NTNU har være innleid som ekstern konsulent.

## 2. Dagens modell

Inntektsmodellen skal sikre at helseforetakene settes i lik stand til å dekke behovet for spesialisthelsetjenester hos befolkningen i foretakets opptaksområde. For å ivareta dette inneholder modellen flere komponenter:

"Behovskomponenten" skal fange forskjeller i *behov* for tjenester som følger av ulik alderssammensetning, forskjeller i sosioøkonomiske forhold og ulik geografi. "Kostnadskomponenten" kompenserer helseforetakene for uforskyldte *kostnadsulemper* i pasientbehandlingen. "Gjestepasientkomponenten" kompenserer for at deler av behovet i et opptaksområde dekkes gjennom behandling i *andre helseforetak i Helse Vest*. I tillegg tar modellen også hensyn til at deler av pasientbehandlingen skjer gjennom bruk av *private* institusjoner og avtalespesialister. Det vil også være forhold, for eksempel knyttet til struktur, som er så spesielle at de ikke lar seg fange opp i analysene som ligger til grunn for modellene, disse tas det hensyn til gjennom enkelte elementer av *særfinansiering*. *Pasienttransport* og *prehospitale* tjenester ivaretas av en egen komponent hvor det både tas hensyn til forskjeller i behov for disse tjenestene og for kostnader ved å levere dem.

*Behovskomponenten* er basert på det arbeidet som ble gjort i forbindelse med etablering av en nasjonal modell for fordeling av inntekter mellom de fire regionale helseforetakene i 2008 (NOU 2008:2). Her beskrives hvordan behovet for tjenester avhenger av alder, sosioøkonomiske og geografiske forhold. Kriteriene som ble lagt til grunn for å anslå (relativt) behov på regionalt nivå benyttes også i fordelingen mellom helseforetak internt i Helse Vest. Kriteriene oppdateres årlig, og fanger på den måten opp endringer i befolkningsstørrelse og sammensetning.

*Kostnadsulemper* anslås med utgangspunkt i et beregnet forventet kostnadsnivå i de fire helseforetakene. Det ble i forbindelse med siste revisjon av modellen i 2012 gjennomført egne analyser av forhold man mente kunne påvirke helseforetakenes kostnadsnivå ("kostnadsdrivere"). Ved å kombinere resultatene av disse analysene med skjønnsmessige vurderinger kom man fram til en kostnadsindeks som i dag benyttes som grunnlag for å fastslå størrelsen på modellens kostnadskomponent og fordelingen av denne mellom helseforetakene. Indeksen står fast.

*Gjestepasientoppgjøret* består av to deler; et fast abonnement og en variabel del. Abonnementsdelen baseres på pasientstrømmer mellom helseforetakene i perioden 2009-2011, og for denne benyttes full DRG-refusjon. Bruk av andre sykehus ut over abonnementsnivået belastes med 80 % DRG-refusjon. Modellen støtter opp under et ønske om forutsigbarhet for foretak som må innrette sin

kapasitet til å ta i mot pasienter fra andre opptaksområder, samtidig som den ikke gir insentiv til å sende pasienter (unødig) ut av Helse Vest.

Bruk av *private* leverandører finansieres gjennom uttrekk fra helseforetakenes rammer basert på deres andel av forbruket. Et unntak har vært private rehabiliteringsinstitusjoner som har vært finansiert direkte fra RHF-et.

*Særtilskudd* benyttes for å kompensere for forhold man mener ikke fanges opp gjennom de modellberegninger som ligger til grunn for behovs-, kostnads – eller gjestepasientkomponenten. I tillegg fordeles inntekter til enkeltforhold som er "asymmetrisk" fordelt mellom helseforetakene, og hvor det dermed ikke er rimelig verken å fordele etter behovskomponenten eller benytte en avregning gjennom gjestepasientoppgjøret.

### **3. Nærmere om behovskomponenten**

*Behovskomponenten* er basert på analysene som ligger til grunn for NOU 2008:2 – Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. Disse tar igjen utgangspunkt i data over forbruk av tjenester for perioden 2003-2004.

Det er flere forhold som tilsier at behovsindeksen nå burde oppdateres.

For det første kan endringer i sykdomsmønster i befolkningen i perioden etter 2003-04 ha ført til at behovet for tjenester er endret, og disse endringene kan variere med alder og sosioøkonomiske forhold.

For det andre kan den medisinske tekniske utviklingen ha ført til at kostnadene knyttet til behandling av ulike sykdommer er endret. Dette vil igjen kunne endre ressursbehovet og dermed også hvor mye ressurser som vil være nødvendig for å dekke behovet.

For det tredje kan endringer av behandlingsnivå for større pasientgrupper ha flyttet behovet for ressurser mellom kommuner og regionale helseforetak. Samhandlingsreformen hadde som formål å flytte deler av pasientbehandlingen fra spesialist til primærhelsetjenesten. I den grad dette har vært tilfelle vil det påvirke ressursbehovet på begge nivå.

For det fjerde vil nye oppgaver føre med seg behov for ressurser, og det kan være at disse oppgavene ikke tilstrekkelig fanges opp i dagens modell. Ett eksempel kan være H-reseptordningen som flytter medikamentkostnader fra folketrygden til de regionale helseforetakene.

Det er dermed behov for en oppdatering av den behovsindeksen som i dag ligger til grunn, både for nasjonal fordeling og for fordeling intern i Helse Vest. Dette er imidlertid et analytisk og datamessig krevende arbeid.

*Prosjektgruppens vurdering er at behovskomponenten bør oppdateres, men at en slik oppdatering bør skje i forbindelse med en revisjon av den nasjonale modellen*

da under forutsetning av at en slik revisjon foretas innen rimelig tid. Inntil så skjer er anbefalingen at man fortsetter å benytte dagens modell.

#### 4. Mer om kostnadskomponenten

Kostnadskomponenten skal kompensere for kostnadsulemper som ligger utenfor helseforetakenes kontroll. Den skal ikke kompensere for forskjeller i kostnadsnivå som antas å reflektere forskjeller i effektivitet. Det er betydelige utfordringer knyttet til å skille disse to forholdene fra hverandre. Dette reflekteres også i håndteringen av denne problemstillingen i den nasjonale modellen og i store variasjoner i hvordan denne problemstillingen tilnærmes i de fire regionale helseforetakene.

Grunnlaget for kostnadskomponenten, både i den nasjonale modellen og i alle de regionale modellene, er analyser av sammenhengen mellom faktisk kostnadsnivå ("kostnad/DRG-poeng") og ulike forhold som antas å påvirke dette (kostnadsdrivere). Forskjellene mellom de regionale helseforetakene ligger dels i hvilke typer kostnadsdrivere man velger å kompensere for, og i hvor stor en slik kompensasjon er.

Dagens modell i Helse Vest baserer seg på analyser gjennomført på data fra alle landets helseforetak i perioden 2006-2009. Tabell 1, under, viser det faktiske relative kostnadsnivået i helseforetakene i Helse Vest, slik det ble presentert i SAMDATA for denne perioden, og det forventede kostnadsnivået slik det reflekteres i den indeksen som benyttes i inntektsmodellen.

Tabell 1: Relativt kostnadsnivå Samdata og inntektsmodellen.

	Samdata 2006-09	Inntektsmodellen
Helse Stavanger	0,945	0,951
Helse Fonna	0,931	0,984
Helse Bergen	1,016	1,023
Helse Førde	1,173	1,056
Helse Vest	1,000	1,000

I beregning/fastsettelse av kostnadsindeksen som benyttes i inntektsmodellen inngår følgende forhold:

- *Struktur* – målt gjennom de to indikatorene "reisetid til nærmeste akuttsykehus" og "normert antall sykehus med akuttbereidskap i helseforetaket".
- *Forskning* – målt som antall forskningspoeng. Denne faktoren skal ikke fange opp direkte kostnader ved forskning, men merkostnader i pasientbehandlingen som følge av høy forskningsaktivitet.
- *Langtidsliggedager* – målt som andel av samlet aktivitet. Denne faktoren skal fange opp merkostnadene knyttet til å ha særskilt ressurskrevende pasienter.

Dagens kostnadsindeks gir dermed et betydelig høyere forventet kostnadsnivå enn faktisk nivå (slik det var i den perioden data til analysene er hentet fra) i Helse Fonna, tilsvarende et noe høyere forventet enn faktisk nivå i Helse Bergen, marginalt høyere forventet enn faktisk nivå i Helse Stavanger, og et betydelig lavere forventet enn faktisk nivå i Helse Førde. I dagens modell fordeles 4,9 % av rammen etter kostnader.

Grunnlaget for kostnadsindeksen er altså en analyse av sammenhengen mellom faktiske kostnader og kostnadsdrivere som forventes å påvirke disse. Det ble videre i arbeidet med modellen i 2012 foretatt en skjønnsmessig justering av de rent statistiske sammenhengene som fulgte av analysene. Dette skjedde ved at effekten av de enkelte kostnadsdriverne ble justert slik at de – etter den daværende prosjektgruppens oppfatning – bedre reflekterte de reelle kostnadsulempene.

Det er flere forhold som kan tilsi at dagens kostnadsindeks burde gjøres gjenstand for en ny vurdering. For det første kan størrelsen på kostnadsdriverne (reisetid, antall akuttisyekehus, forskning, langtidsliggedager) ha endret seg for det enkelte helseforetak. Slike endringer vil i dag ikke påvirke kostnadsindeksen som står fast. For det andre kan vi ikke se bort fra at generelle endringer i behandlingsteknologi, funksjonsfordeling, sykehusstruktur og pasientsammensetning har ført til at sammenhengen mellom kostnadsdriverne og forventede kostnader ser annerledes ut i dag enn hva tilfellet var i 2006-09. Det ville derfor vært ønskelig med en ny analyse av sammenhengen mellom kostnadsnivå og de forholdene man mener påvirker disse. En slik analyse måtte i så fall baseres på aktivitet og kostnader fra alle landets helseforetak, og ville kreve et omfattende arbeid med innhenting, kvalitetssikring og tilrettelegging av data. Dette har vært utenfor rammen av dette prosjektet.

Gjennom arbeidsgruppens diskusjoner har det blitt klart at det ikke har vært ønskelig å endre dagens kostnadsindeks uten å basere en slik endring på nye og oppdaterte analyser. Slike analyser vil kreve både at man vurderer om nye kostnadsdrivere skal inn, og at det hentes inn og tilrettelegges data for disse og for de driverne som i dag inngår i modellen. Innen de tids- og ressursrammer som har vært lagt på prosjektgruppen har dette ikke latt seg gjøre.

Et inntrykk av i hvilken grad forholdet mellom helseforetakenes *faktiske* kostnadsnivå, slik dette presenteres i SAMDATA, har endret seg siden analysene som ligger til grunn for dagens kostnadsindeks får man ved å sammenlikne kostnadsindeksene fra Samdata (altså det faktiske relative kostnadsforholdet mellom helseforetakene) slik de var i 2006-2009 med tilsvarende for årene 2013-2015. Det understrekes at dette gjelder for somatiske tjenester.

Tabell 2. Kostnadsindeks Samdata 2006-09 og 2013-15.

	Samdata 2006-09	Samdata 2013-15	Inntekts- modellen
Helse Stavanger	0,945	0,968	0,951
Helse Fonna	0,931	0,990	0,984
Helse Bergen	1,016	0,988	1,023
Helse Førde	1,173	1,172	1,056
Helse Vest	1,000	1,000	1,000

Kostnadsindeksene er normert slik at gjennomsnittet i Helse Vest blir lik 1. Tabellen kan derfor ikke brukes til å si noe om den absolutte kostnadsveksten mellom disse to periodene, men til å vurdere endring i relativt kostnadsnivå. Når det relative kostnadsnivået i Fonna og Stavanger er økt, henger det sammen med at det absolutte kostnadsnivået i disse to foretakene har økt mer mellom disse to periodene enn tilsvarende i Bergen og Førde. Dersom man var sikre på at de endringer vi ser fra tabell 2 reflekterer endringer som er utenfor helseforetakene sin kontroll kunne det gi grunnlag for en justering av dagens kostnadsindeks. En slik justering ville gå i Fonna og Stavanger sin favør, men måtte i fravær av nye analyser i så fall være basert på rent skjønn.

Samtidig er det slik at alle helseforetakene kan peke på forhold som, i en skjønnsvurdering, vil trekke i deres retning. I Helse Stavanger og Helse Fonna vil en utjevning av faktisk kostnadsnivå gi grunnlag for å argumentere for at en større del av kostnadskomponenten bør tilfalle disse foretakene, eventuelt at kostnadskomponentens betydning burde reduseres. Helse Førde vil kunne peke på at det faktiske kostnadsnivået ligger betydelig høyere enn hva man får uttelling for i modellen, og at dette kan skyldes forhold som vil være vanskelig å fange opp i empiriske analyser. Helse Bergen vil, på sin side, kunne vise til de kostnadsulemper som vil være til stede i et høyspesialisert regionsykehus, og til at kostnadsnivået ved sammenliknbare sykehus som St Olavs Hospital er høyere.

Det ligger i dagens modell implisitt en antakelse om at de forskjeller man ser i kostnadsnivå innen somatikken også er tilstede for psykisk helsevern og rusbehandling. Den samme antakelsen ligger også til grunn for den nasjonale fordelingsmodellen. Dette behøver ikke være tilfelle. Ideelt ville man ønsket tilsvarende analyser innenfor alle tjenestoområdene. Her er imidlertid arbeidsgruppens vurdering av datagrunnlaget for denne type analyser (eller enklere sammenlikninger) foreløpig ikke er av tilstrekkelig kvalitet til at det er mulig å trekke sikre konklusjoner. Her avventes derfor en utvikling av et pasientklassifiseringssystem som gjør det mulig å foreta reelle sammenlikninger av kostnadsnivået for disse tjenestene.

Arbeidsgruppen finner det vanskelig å gjøre en skjønnsmessig justering av kostnadsindeksen som vil kunne forsvares ovenfor alle fire helseforetak. Gruppen ser derfor et behov for å få oppdaterte analyser av forholdet mellom dagens kostnadsdrivere som struktur, beredskap, forskningsaktivitet etc og helseforetakenes kostnadsnivå. De endringer som vises gjennom Samdata-rapportene støtter behovet for en slik analyse, og det er særlig nødvendig å se i

hvilken grad de endringene man observerer reflekterer endringer i forhold utenfor helseforetakenes kontroll. I et slikt arbeid ser også arbeidsgruppen at det er nødvendig å vurdere kostnadsdrivere som ikke inngår i dagens modell. En ny analyse må baseres på nye data både når det gjelder aktivitet, kostnader og de kostnadsdrivere som skal inngå i analysene.

*Arbeidsgruppen finner ikke å kunne anbefale en justering av dagens kostnadsindeks kun med utgangspunkt i endring i kostnadsindeksene fra Samdata. Dels skyldes dette at det vil være vanskelig å si noe om hvor stor del av disse endringene som skyldes endringer av upåvirkbare forhold, hvor stor del som skyldes endringer i DRG-systemet, og dels skyldes det at det også vil være vanskelig si hvor stor del av endringene som skyldes forhold sykehusene selv kan kontrollere. I påvente av nye analyser velger derfor arbeidsgruppen å anbefale at dagens modell videreføres.*

## **5. Gjestepasientoppgjøret**

Inntektsmodellen fordeler altså midler som skal sette helseforetakene i lik stand til å dekke behovet for spesialisthelsetjenester hos befolkningen i foretakets opptaksområde. Samtidig vil det være slik at noen pasienter blir behandlet ved andre foretak, både innen Helse Vest og i andre regioner. Dette tas hensyn til i modellen gjennom et internt og et eksternt gjestepasientoppgjør.

Gjestepasientoppgjøret skal ivareta to hensyn. For det første antas at omfanget av gjestepasienter er så stort at det får betydning for planlegging av kapasitet og bemanning i de foretakene som tar i mot pasienter. Dette innebærer at kostnadene ved å behandle gjestepasienter antas å være lik de gjennomsnittlige behandlingkostnadene. For det andre er det viktig at gjestepasientordningen ikke utformes slik at helseforetakene får incentiver til å sende pasienter unødig ut av regionen. Gjestepasientoppgjøret mellom regioner er i dag på 80 % av DRG-sats. Fullfinansiering av interne gjestepasienter kan dermed gi incentiv til å sende pasienter ut av regionen.

For å ivareta begge disse hensynene har man i Helse Vest en modell med et abonnementsbasert gjestepasientoppgjør. Aktivitet innen abonnementet avregnes etter 100 % DRG sats. Om abonnementet ikke benyttes fullt ut kommer det ikke fratrukk av kostnader, mens bruk ut over abonnementsvolumet utløser en ekstra betaling på 80 % av DRG pris, som altså tilsvarer kostnaden ved å sende pasienter ut av regionen.

I dagens modell baseres abonnementet på gjennomsnittet av pasientstrømmene i perioden 2009-2011, og omfatter kun somatiske pasienter. For pasienter innen psykisk helsevern og rus betales ikke noe gjestepasientoppgjør. Dels skyldes dette at det er begrenset flyt av pasienter mellom foretakenes opptaksområder, dels at det ikke finnes noe godt pasientklassifiseringssystem som kan benyttes i et gjestepasientoppgjør. Det er allikevel en viss aktivitet på dette området, og etter hvert som man får implementert et "DRG-system" for psykisk helsevern vil det være naturlig å ta dette inn i modellen.

Pasientstrømmene har endret seg siden dagens inntektsmodell ble vedtatt i 2012. Tabell 3 viser gjennomsnittlig pasientflyt for årene 2014-16, samt endringene i forhold til det abonnementet som ligger i dagens modell.

Tabell 3. Netto antall DRG-poeng fra helseforetakets opptaksområde behandlet i andre foretak

	Netto 2014-16	Netto 2009-11	Endring DRG poeng	Endring %
Helse Stavanger	-4 770	-3 461	-1 309	37,8%
Helse Fonna	-13 961	-10 654	-3 307	31,0%
Helse Bergen	25 207	19 284	5 923	30,7%
Helse Førde	-6 476	-5 170	-1 306	25,3%

De fire helseforetakene er i ulik grad netto «eksportører» og «importører» av gjestepasienter. For befolkningen i både Helse Førde og Helse Fonna skjer mer enn 30 % av den samlede aktiviteten innen somatikken utenfor eget foretak. Dette gir disse to foretakene utfordringer i forhold til å balansere kapasitet i eget helseforetak med de mulighetene pasientrettighetslovgivingen gir for pasientene til å velge å la seg behandle andre steder.

Den reelle kostnaden ved gjestepasienter for de helseforetakene som har en netto "eksport" av pasienter vil også avhenge om veksten i pasientbehandlingen er sterkere eller svakere enn de forutsetninger som ligger i de årlige budsjettene. Dette kan illustreres som følger: Anta at for et helseforetak skjer en økning i aktivitet *ut over* de forutsetningene som ligger i det årlige budsjettet. I så tilfelle vil helseforetaket få en inntekt fra ISF-ordningen tilsvarende 50 % av DRG-pris. Dersom aktivitetsøkningen finner sted i eget helseforetak vil kostnaden tilsvare marginalkostnaden i dette. Dersom økningen skjer i form av flere gjestepasienter vil fremdeles ISF inntekten være 50 % av DRG pris, men kostnaden vil nå være 80 % av ISF pris (forutsatt at aktiviteten er ut over abonnementet). Dette vil være en særlig utfordring for Helse Fonna, som i dag har et forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester som er betydelig høyere enn hva behovskomponenten i inntektsmodellen kompenser for. For Helse Førde som grenser opp til en annen helseregion opplever man at pasienter benytter Helse Møre og Romsdal. Dette gir utfordringer også ift det eksterne gjestepasientoppgjøret.

På den annen side, dersom den "ekstra gjestepasienten" ikke er kommet som følge av en samlet aktivitetsøkning, men som en følge av at pasientene velger seg bort fra eget foretak, vil helseforetaket få en kostnad på 80 % og en besparelse lik egen marginalkostnad. Denne besparelsen kan i realiteten være lav, fordi foretaket av hensyn til egen beredskap eller fordi man gjennom vedtatt funksjonsfordeling må opprettholde en kapasitet lokalt ikke vil kunne redusere egne kostnader selv om pasientene søker seg til andre sykehus. Dermed vil en



endring i gjestepasientstrømmene kunne bli kostbar for de foretakene som er netto "eksportører" av pasienter.

*Arbeidsgruppen mener at det er behov for en bredere gjennomgang av pasientstrømmene med sikte på å avklare i hvilken grad dette dreier seg om pasienter hvor det også finnes et tilbud i eget helseforetak og i hvilken grad dette kan være mer ressurskrevende regionsykehuspasienter. Inntil en slik gjennomgang foreligger anbefaler arbeidsgruppen at abonnementsvolumet holdes på dagens nivå.*

## **6. Bruk av private**

### **6.1 Rehabilitering**

I dagens modell avregnes bruk av private aktører mot det enkelte helseforetak sin ramme basert på faktisk forbruk. Unntaket er private rehabiliteringsinstitusjoner som har vært dekket over RHFets ramme.

I prosjektgruppen har det vært diskusjoner rundt både innholdet i tilbudet som gis og foretakenes mulighet til å påvirke bruken av institusjonene i avtaleperioden. Kravet til institusjonene er at pasienter som får tilbud i rehabiliteringsinstitusjoner skal ha behov for rehabilitering som er så spesialisert, kompleks og intensiv at det ikke er hensiktsmessig å gi tilbudet i kommunehelsetjenesten. Forrige anbudskonkurranse innen rehabilitering ble gjennomført i 2014, og dagens avtaler utløper 31.12.2020 med mulighet for forlengelse ytterligere 2 år.

Pasientene kan enten henvises direkte fra sykehusavdelingene eller fra fastlegene. Henvisninger fra fastlegene går via den regionale vurderingsenheten som skal sikre både at pasientene får en mest mulig lik vurdering av sine rettigheter og at valg av institusjon skjer ut fra en vurdering av pasientens behov. Historisk sett blir ca halvparten av pasientene henvist direkte fra sykehusavdeling.

Institusjonene får betalt månedlig a-konto ut fra forutsetning om et belegg mellom 90 og 100%. Selv om det skal mye til for å reforhandle avtalene i avtaleperiode, er det mulig å redusere tilskuddet dersom belegget går under 90 %. Foretak som har relativt høy henvisningsrate fra sykehusavdeling kan derfor ha en viss mulighet for å påvirke kostnadene også innenfor gjeldende avtaleperiode.

### **6.2 Haraldsplass**

Av de private aktørene står Haraldsplass i en særstilling gjennom å ha sektoransvar for de fleste tilstander innen indremedisin for 145 000 innbyggere i området til Helse Bergen. Det er også en arbeidsdeling mellom Haraldsplass og Helse Bergen ift deler av den kirurgiske virksomheten.

I og med at det nå kun gjøres en delvis revisjon av inntektsfordelingsmodellen er det i denne omgang vanskelig å integrere Haraldsplass fullt ut i inntektsfordelingsmodellen. Haraldsplass integreres heller ikke i gjestepasientoppgjøret før en mer omfattende revisjon. På grunn av Haraldsplass sitt relativt store befolkningsansvar og forventet vekst som følger av dette er det behov for å gi Haraldsplass en forutsigbar finansieringsmodell i årene som kommer. I dag gjøres endringer i Haraldsplass sine rammer gjennom årlige forhandlinger og endring i tildeling baseres i stor grad på skjønn. Resultatet av budsjettforhandlingene fastsettes vanligvis i mars/april samme år og Haraldsplass opplever det som utfordrende å styre virksomheten under disse rammebetingelsene.

Det anbefales derfor at Haraldsplass inkluderes i budsjettprosessen sammen med HFene, og at Haraldsplass dermed får en foreløpig budsjetttramme i juni og at endelig budsjett fastsettes i konsernbudsjettsaken i februar. Haraldsplass vil dermed sikres en større forutsigbarhet.

Det anbefales at ny modell for årlig regulering av rammer avtales mellom Helse Vest RHF og Haraldsplass slik at forutsigbarhet oppnås og det anbefales at veksten ved Haraldsplass blir sett i sammenheng med årlig vekst i Helse Bergen sitt opptaksområde slik at en på denne måten får en mer objektiv tildeling av midler til Haraldsplass. Samtidig kan det legges inn mekanismer slik at Haraldsplass kan vokse mer eller mindre enn Helse Bergen avhengig av forventet vekst og eksempelvis forskjeller i vekstgrad mellom somatikk og psykiatri.

Ved en framtidig oppdatering av behovskomponenten av modellen bør man også vurdere et alternativ hvor Haraldsplass skal legges inn i den samlede inntektsmodellen på lik linje med de fire andre foretakene. Argumentene for er at dette vil sikre at budsjettene til Haraldsplass følger de demografiske endringene som kommer. En mulig ulempe er at det kan åpne for et omfattende gjestepasientoppgjør mellom Haraldsplass og Helse Bergen.

*Arbeidsgruppen anbefaler at finansiering av bruken av private rehabiliteringsinstitusjoner flyttes ut av RHFet og ned til de enkelte helseforetakene. Det er i den forbindelse nødvendig å se på eksisterende avtaler mellom RHF-et og private rehabiliteringsinstitusjoner Dette vil, basert på gjennomsnittlig bruk i årene 2015 og 2016, gi følgende omfordeling ift budsjett 2017..*

*Tabell 4: Antatt omfordeling - rehabilitering*

	SUM
Helse Stavanger	34 594
Helse Fonna	-804
Helse Bergen	-29 885
Helse Førde	-4 307

*Basert på dagens forbruk vil budsjetteffekten være så pass stor at man anbefaler at dette fases inn gjennom en periode på to år.*

## **7. Andre forhold**

### 7.1 H-resepter

Ordningen med H-resepter er kommet etter siste revisjon av modellen. Arbeidsgruppen har diskutert om behovet for medikamenter som faller inn under denne ordningen i så stor grad avviker fra behovsindeksen at det bør gjøre særskilte tilpasninger. Det er i hovedsak to argumenter som taler mot dette. For det første er sammenhengen mellom behov og faktisk bruk av medikamenter som faller inn under H-reseptordningen ikke klar. For det andre er det også andre forhold som har endret seg siden dagens behovsindeks ble beregnet. Som det framgår av avsnitt 2 er anbefalingen at man ikke gjør noe med dagens behovsindeks før man foretar en fullstendig revisjon. Dette bør etter arbeidsgruppens oppfatning også omfatte ordningen med H-resepter.

### 7.2 Forenkling av modellen

En rekke forhold finansieres i dag utenfor modellen. Ved tidligere gjennomganger av modellen har det vært praksis å summere en del av tilskuddene for å konsolidere listen med tilskudd utenfor modell. Dette har blitt gjort under forutsetning av at tilskuddene tilnærmet har fordelt seg på foretakene etter samme forhold som den totale fordelingen av basisrammen. Det har i denne gjennomgangen av modellen ikke latt seg gjøre å konsolidere tilskuddene som ligger utenfor modellen på en meningsfull måte.

## **8. Ønske om nye nasjonale analyser og ny nasjonal modell**

Gjennomgangen av inntektsmodellen er blitt preget av at mulighetene for endringer blir sterkt begrenset uten at det gjøres nye grundige analyser både av behov og av ufrivillige kostnadsulemper. Denne typen analyser er både omfattende og kostnadskrevende. Det kan argumenteres med at det de siste 10-15 årene har det skjedd utvikling både med tanke på struktur (herunder funksjonsfordelinger), reisetid, behandlingsmetoder, demografi m.m. som vil påvirke også fordelingen av midler mellom regionene og det er naturlig at dette ligger til grunn for en større regional gjennomgang av modellen.

All den tid gjennomgang av finansieringsmodellen ligger som en av anbefalingene fra Kvinnslandsutvalget, anbefales det derfor heller at Helse Vest arbeider aktivt for at det blir igangsatt et arbeid med en ny nasjonal modell som mål i stedet for å gjennomføre analyser for egen regning.