

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	5. februar 2020

Sak 010-2020

NOU 2019:24 - Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Forslag til vedtak:

Styret tar informasjonen om NOU 2019:24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*, til orientering og ber om at de forhold som foreslås omtalt i høringssvaret fra Helse Sør-Øst RHF presenteres i styremøtet 12. mars.

Hamar, 31. januar 2020

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Saken har som formål å gi styret informasjon om forslaget til ny inntektsfordeling mellom regionale helseforetak, slik dette presenteres i NOU 2019:24. Styret er tidligere orientert om utvalgsarbeidet, senest som del av styresak 117-2019 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør* i styremøtet den 19. desember 2019.

NOU 2019:24 er sendt på høring med høringsfrist 17. mars 2020. Administrerende direktør vil legge frem en egen styresak om høringssvaret fra Helse Sør-Øst RHF i styremøtet 12. mars.

2. Hovedpunkter

2.1 Bakgrunn og mandat for inntektsfordelingsarbeidet

Den 23. mars 2018 ble det opprettet et utvalg med bred sammensetning under ledelse av Jon Magnussen. Utvalget skulle «Gjennomgå og eventuelt foreslå en revisjon av dagens modell for fordeling av basisbevilgningen fra staten til de fire regionale helseforetakene, blant annet i lys av nye utfordringer for spesialisthelsetjenesten». Utvalget skulle legge til grunn en videreføring av dagens todelte finansiering med basisramme og aktivitetsbasert finansiering. Videre skulle utvalget forutsette at de regionale helseforetakene har et samlet ansvar for å finansiere drift og investeringer. Utvalget ble bedt om å foreslå en modell som er robust overfor eventuelle endringer i ISF-andelen.

Utvalgets innstilling til inntektsfordeling mellom de regionale helseforetakene ble avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet den 16. desember 2019, i NOU 2019:24.

2.2 Dagens modell og behov for endringer

Dagens modell for fordeling av basismidler mellom de regionale helseforetakene ble etablert for ca. 10 år siden. Modellen beregner forskjeller i relativt behov for spesialisthelsetjenester og forskjeller i kostnadsnivå for tilbud av helsetjenestene basert på data fra perioden 2003-2006.

Det har skjedd flere endringer i rammebetingelsene til de regionale helseforetakene i de senere år, blant annet innføring av samhandlingsreformen, innføring av fritt behandlingsvalg, innføring av nøytral merverdiavgift for helseforetakene, utvidet finansieringsansvar for legemidler og etablering av system for nye metoder. Samlet har dette gjort det nødvendig å foreta nye analyser av:

- Forbruk av behandlingstjenester med sikte på å beskrive og kvantifisere regionale forskjeller i *behov*
- Kostnader knyttet til pasientbehandling med sikte på å beskrive og kvantifisere regionale forskjeller i *kostnadsnivå*
- Behov for og kostnader til *pasienttransport* og *prehospitale tjenester*
- Vurdering av eventuelle *prinsipielle* endringer i forhold til dagens modell

2.3 Forslag til inntektsfordelingsmodell

Utgangspunktet for inntektsfordelingen er de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Inntektsfordelingen skal legge til rette for likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester i hele landet. Fordelingen mellom de fire regionale helseforetakene skal på best mulig måte ta hensyn til regionale forskjeller i behov for, og kostnader til, spesialisthelsetjenester.

Under gjennomgå de enkelte komponentene i inntektsfordelingsmodellen for hvert tjenesteområde.

Behov for spesialisthelsetjenester - behovsnøkkel og behovsindeks

Befolkningens behov for helsetjenester er summen av de enkelte innbyggers behov. Data rapportert til Norsk Pasientregister over pasientaktivitet er brukt for å analysere behov for helsetjenester. Analysene er følgelig basert på historisk *forbruk* av helsetjenester.

Forskjeller i forbruk av helsetjenester kan forklares ut fra karakteristika ved individene og individenes omgivelser. I analysene skiller det mellom fire typer forhold som kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester:

- Alder
- Sosioøkonomiske forhold
- Helserelaterte forhold
- Forhold ved bostedet

Formålet med analysene er å etablere en sammenheng mellom faktorer som påvirker behov/forbruk av helsetjenester og størrelsen på behovet/forbruket. Det er ulike faktorer som påvirker forbruket av helsetjenester, og forbruk av helsetjenester er ikke nødvendigvis et uttrykk for befolkningens reelle behov for helsetjenester. Dette er forsøkt hensyntatt ved at det benyttes aktivitetsmål som fanger opp relative forskjeller i ressursbruk. Innen somatikk er dette ivaretatt gjennom DRG-systemet. Det foreligger ikke tilsvarende aktivitetsmål innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For disse tjenesteområdene er det beregnet et aktivitetsmål basert på relative kostnadsforskjeller mellom ulike behandlingsnivåene (døgn, dag og poliklinikk). Det er usikkert om det beregnede aktivitetsmålet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gir et godt nok uttrykk for ulik pasienttyngde og dermed fanger opp ressursbruk på en god måte. I tillegg er det i forbruksanalysene tatt hensyn til mulige kapasitetsforskjeller mellom helseforetak ved at det er korrigert for forskjeller i tilbud og det er tatt høyde for at avstand til tjenestetilbudet kan påvirke forbruket. Det er også forsøkt korrigert for udekket behov og unødvendig forbruk. Når det gjelder unødvendig variasjon er det hentet inn informasjon fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) om variasjon i forbruk av tjenester i ulike deler av landet.

Resultatet fra analysene er benyttet til å beregne en behovsnøkkel som skal si noe om hvilke forhold som påvirker behovet og hvor stor betydning disse skal ha i inntektsfordelingsmodellen. Ut fra behovsnøkkel beregnes en behovsindeks for hver region. Behovsindeksen skal være et uttrykk for hver regions behov målt i forhold til landsgjennomsnittet.

Det er gjennomført egne analyser for hvert tjenesteområde. Da mange pasienter har psykisk sykdom og rusmiddelavhengighet, er psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling slått sammen til ett område i analysene. Utvalget har hatt tilgang til et betydelig bedre datagrunnlag enn det som er benyttet i dagens inntektsfordelingsmodell. Dette har gitt grunnlag for å analysere et bredere sett av kriterier.

Somatikk

Gjennomførte analyser viser, som i nåværende inntektsfordelingsmodell, at alder har stor betydning for behovet/forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester. Alder og kjønn utgjør tilnærmet 62 prosent av behovsnøkkelen. Andel av befolkningen som bruker somatiske spesialisthelsetjenester øker med alderen, og i tillegg er de eldre pasientene mest ressurskrevende.

De resterende 38 prosent av behovsnøkkelen er knyttet til helse og sosiale forhold. Gjennomførte analyser viser at dødelighet, individer som mottar arbeidsavklaringspenger, sykepenger eller uføretrygd eller de som står utenfor arbeidslivet påvirker behov/forbruk av helsetjenester. Variabler knyttet til utdanning, levekårsindeks og indeks for klima og breddegrad, som er inkludert i dagens behovsnøkkel, gir ikke lenger signifikante forklaringer/utslag i analyser av forskjell i behov for helsetjenester.

Som det fremkommer av tabellen under er beregnet behovsindeks, som skal angi hver regions behov målt i forhold til landsgjennomsnittet (=1), tilnærmet uendret fra dagens indeks for Helse Sør-Øst RHF:

Behovsindeks somatikk		
	Dagens indeks	Ny indeks
Helse Sør-Øst	0,999	1,000
Helse Vest	0,934	0,955
Helse Midt-Norge	1,023	1,023
Helse Nord	1,122	1,071

Psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tilsvarende som for somatikk, er alder en vesentlig faktor i behovsnøkkelen for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Alder utgjør 48 prosent av behovsnøkkelen. Sosioøkonomiske variabler som dødelighet, enpersons familie, om individer er mottaker av sosialhjelp og arbeidsmarkedsstatus har også betydning. Mottakere av trygdeytelser har høyere bruk av tjenester enn andre. I tillegg er bruken høyere hos innbyggere som bor i kommuner med høy arbeidsledighet.

I tabellen under fremkommer beregnet behovsindeks for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

Behovsindeks psykisk helsevern (voksne) og tverrfaglig spesialisert behandling			
	Dagens indeks		Ny indeks
	PHV (VOP og BUP)	TSB	PHV (VOP) og TSB
Helse Sør-Øst	1,022	1,051	1,009
Helse Vest	0,958	0,914	0,967
Helse Midt-Norge	0,966	0,922	0,983
Helse Nord	1,009	1,001	1,044

Sammensetningen av tjenesteområder er endret fra nåværende inntektsfordelingsmodell. Ny behovsindeks for Helse Sør-Øst er lavere enn i dagens modell, både for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For samtlige av de øvrige regionene er bildet motsatt. Målt i forhold til landsgjennomsnittet har derfor behov/forbruk av helsetjenester gått noe ned i Helse Sør-Øst, mens det er økt i de andre regionene.

Psykisk helsevern barn og unge

Analysene i NOU 2008:2 var basert på forbruk per innbygger, uten at det ble skilt mellom poliklinisk aktivitet og innleggelser. De nye analysene er på individnivå og skiller mellom behandlingsnivå. Imidlertid er det godt samsvar mellom resultatene av tidligere og nye analyser. Høyere forbruk av tjenester er assosiert med å bo med aleneforsørger, motta tiltak fra barnevernet og om man bor i en kommune med en høy andel sosialhjelpsmottakere.

I tabellen under fremkommer beregnet behovsindeks for psykisk helsevern for barn og unge:

Behovsindeks psykisk helsevern for barn og unge		
	Dagens indeks	Ny indeks
	PHV (VOP og BUP)	PHV (BUP)
Helse Sør-Øst	1,022	1,010
Helse Vest	0,958	0,954
Helse Midt-Norge	0,966	0,975
Helse Nord	1,009	1,095

I dagens modell er det en samlet behovsindeks for psykisk helsevern. Dagens samlede indeks er høyere enn den nye indeksen innen psykisk helsevern for barn og unge for Helse Sør-Øst.

Kostnadsforskjeller mellom de regionale helseforetak - kostnadsindeks

Kostnadsforskjeller skal ikke nødvendigvis ha betydning for hvordan inntekter fordeles mellom de regionale helseforetakene. Inntektsfordelingsmodellen skal imidlertid kompensere for systematiske og uforskyldte kostnadsforskjeller, slik at regionene blir i stand til å gi et likeverdig tjenestetilbud. Det er dog vanskelig å skille mellom hva som er uforskyldte kostnadsforskjeller og hva som er forskjeller i effektivitet, som ikke skal kompenseres.

For å kunne kompensere for kostnadsforskjeller må det tas stilling til hvilke forhold det er riktig å kompensere for og hvor stor kompensasjonen skal være.

Kostnadsindeksen som inngår i dagens modell, er i sin helhet basert på analyser av somatiske tjenester. Kostnadsindeksen består av en kombinasjon av beregnet kostnadsnivå og faktisk kostnadsnivå. Da det er usikkert om analysene fanger opp alle forhold ved driften som kan gi uforskyldte kostnadsforskjeller, er faktisk kostnadsnivå vektet inn med 45 prosent.

Utvalget som har arbeidet med NOU 2019:24 har lagt samme tankegang og samme type analyser til grunn, men har gjort analyser innen alle tjenestekområder og har valgt å endre vektning av faktiske kostnader.

Somatikk

Innen somatikk måles kostnader i forhold til antall DRG-poeng. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Gjennomsnittskostnaden varierer fra ca 48 000 kroner (Helse Vest) til over 60 000 kroner (Helse Nord) i 2017. Kostnadene i Helse Nord, relativt til de andre regionene, har steget betydelig fra analysene som ble foretatt som grunnlag for NOU 2008:2.

Siden kostnader måles mot DRG-poeng, skal forskjeller i pasientsammensetning allerede være tatt hensyn til når kostnadene sammenlignes. Gjennom analyser er det funnet at følgende forhold er relatert til observerte forskjeller i kostnadsnivået:

- Forskjeller i bosettingsmønster
- Forskjeller i forskningsaktivitet
- Forskjeller i utdanningsaktivitet
- Forskjeller i størrelse

Samlet viser analysene at forholdene over kan relateres til over 90 prosent av kostnadsforskjellene mellom regionene. Modellen har begrensninger, både ved at et lite utvalg observasjoner gjør det vanskelig å teste et bredt spekter av kostnadsdrivere, og ved at det kan være særlig forhold ved et mindre antall helseforetak som ikke fanges opp.

I dagens beregnede kostnadsnivå er det kun tatt hensyn til bosettingsmønster. Nye analyser, der flere forhold er relatert til forskjellene, kan trekke i retning av å legge større vekt på beregnet kostnadsnivå enn tidligere. Samtidig er det forhold som trekker i motsatt retning:

- Analysene er basert på et lite antall observasjoner og det kan være forhold som ikke er fanget godt nok opp
- Forskningspoeng ved St. Olavs hospital er skjønnsmessig fastsatt

Utvalget foreslår at 75 prosent av kostnadsindeksen baseres på beregnet kostnadsnivå og 25 prosent baseres på historisk kostnadsnivå. Dette gir følgende kostnadsindekser:

Kostnadsindeks somatikk					
	Historiske kostnader (2003-2005)	Dagens indeks	Beregnet kostnadsnivå	Historiske kostnader (2015-2017)	Ny indeks
Helse Sør-Øst	0,987	0,985	0,977	0,975	0,977
Helse Vest	0,956	0,980	0,982	0,952	0,974
Helse Midt-Norge	1,024	1,020	1,003	1,030	1,010
Helse Nord	1,121	1,095	1,173	1,208	1,182

For Helse Sør-Øst er det tilnærmet samsvar mellom historiske kostnader 2015–2017 og beregnet kostnadsindeks. Imidlertid er ny indeks lavere enn dagens indeks for Helse Sør-Øst. Helse Nord, som relativt sett har størst økning i faktiske kostnader, får en vesentlig økning i kostnadsindeksen.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har man ikke mulighet til å bruke DRG-systemet for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning når kostnadsnivået skal sammenlignet. Som for behovsvurderinger er det benyttet et aktivitetsmål som er basert på en vektet sum av liggedøgn, dagopphold og polikliniske opphold. Både innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og innen psykisk helsevern for barn og unge er det betydelige kostnadsforskjeller mellom regionene.

Det er gjennomført analyser av sammenhengen mellom et sett potensielle kostnadsdrivere og kostnad per beregnet aktivitetsenhet. Analysene er gjennomført separat for psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I analysene er det inkludert ulike variabler når det gjelder pasientsammensetning, i tillegg til bosettingsmønster og forsknings- og utdanningsaktivitet. Analysene viser ikke forhold som kan relateres til kostnadsforskjeller i noen særlig grad. Resultatene av utvalgets analyser synes å være i tråd med internasjonal litteratur hvor det har vist seg vanskelig å finne gode forklaringer på observerte kostnadsforskjeller innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utvalget konstaterer at det er variasjon i kostnadsnivå innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Gjennomførte analyser identifiserer imidlertid ikke forhold som kan relateres til de observerte forskjellene. Beregnet kostnadsnivå, som er basert på hypotesen om ingen systematisk kostnadsforskjell, er derfor satt lik 1 for alle regioner.

For psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det lagt til grunn samme vektning som for somatikk, og historiske kostnader vektet således inn med 25 prosent. Dette gir følgende kostnadsindekser:

Kostnadsindeks psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling				
	Dagens indeks	Beregnet kostnadsnivå (hypotese)	Historiske kostnader (2017)	Ny indeks
Helse Sør-Øst	0,985	1,000	1,021	1,005
Helse Vest	0,980	1,000	0,939	0,985
Helse Midt-Norge	1,020	1,000	0,993	0,998
Helse Nord	1,095	1,000	1,016	1,004

Dagens indeks er basert på analyser av somatiske tjenester, der Helse Sør-Øst har en indeks som er lavere enn landsgjennomsnittet. Beregning av egne kostnadsindekser for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gir en økt indeks for Helse Sør-Øst. Dette henger sammen med at Helse Sør-Øst relativt sett har høyere historiske kostnader enn landsgjennomsnittet innen dette tjenestoområdet.

Når det gjelder psykisk helsevern barn og unge, anbefaler utvalget at kostnadsindeksen settes til 1 uten vektning av historiske kostnader. Utvalgets begrunnelse er at det er større usikkerhet om de observerte forskjellene i hovedsak skyldes ulik organisering av tjenestene, mulige forskjeller i fordeling av felleskostnader og hvordan aktivitet er registrert. Tabellen under viser dagens indeks og historisk kostnadsnivå for de fire regionene:

Kostnadsindeks psykisk helsevern for barn og unge				
	Dagens indeks	Beregnet kostnadsnivå (hypotese)	Historiske kostnader (2017)	Ny indeks
Helse Sør-Øst	0,985	1,000	1,004	1,000
Helse Vest	0,980	1,000	1,038	1,000
Helse Midt-Norge	1,020	1,000	0,889	1,000
Helse Nord	1,095	1,000	1,052	1,000

Prehospitaler tjenester og pasientreiser

I dagens modell er prehospitaler tjenester og pasientreiser inkludert i inntektsfordelingsmodellen basert på sammenhengen mellom reiseavstand og kostnader. Utvalget har utført ytterligere analyser innen dette området.

Ambulansetjenester

Det er gjennomført analyser basert på aktivitetsdata som er hentet fra de regionale helseforetakene for bil- og båtambulansetjenester. Aktivitetsmålet i analysene er antall oppdragsminutter per innbygger. Videre er alder benyttet som variabel i tillegg til variabler som beskriver bosettingsmønster. Tilsvarende analyser er også utført på luftambulansetjenester.

Det er vurdert at aktivitetsmålet (antall oppdragsminutter) for bil- og båtambulansetjenester ikke har tilstrekkelig registreringskvalitet. For luftambulansen er kostnader til medisinsk bemanning i varierende grad ført sammen med kostnader til bil- og båtambulansetjenester. Derfor foreligger det heller ikke et fullstendig grunnlag for dette området. Utvalget har foretatt en pragmatisk tilnærming ved å bruke en samlet ressursbehovsindeks for ambulansetjenesten som i sin helhet er basert på historiske kostnader for perioden 2015–2017.

Pasientreiser

Analysene innen dette området er basert på data som er innhentet fra Pasientreiser HF. Aktivitetsmålet i analysene er antall kilometer per innbygger, basert på data for 2017. Forbruket av pasientreiser er relatert til alders- og bostedsvariabler. Resultatet av analysene benyttes i inntektsfordelingsmodellen som behovsindeks.

Det er kostnadsforskjeller mellom de regionale helseforetakene, men det er ikke foretatt egne analyser av forskjellene. Utvalget finner ikke at forskjellene begrunnes i regionale kostnadsulempet og kostnadsindeksen settes dermed lik 1.

For pasientreiser er dermed den regionale ressursbehovsindeksen lik behovsindeksen. Tabellen under viser samlet ressursbehovsindeks for prehospitaler tjenester og pasientreiser:

Ressursbehovsindeks for prehospitaler tjenester og pasientreiser		
	Dagens indeks	Ny indeks
Helse Sør-Øst	0,654	0,677
Helse Vest	0,798	0,824
Helse Midt-Norge	1,225	1,320
Helse Nord	3,008	2,910

Andre forhold

Pasientmobilitet mellom regionene (gjestepasientoppgjør)

Inntektsfordelingsmodellen fordeler inntekter etter bostedsregion. Som følge av dette er det etablert et gjestepasientoppgjør mellom de regionale helseforetakene. Dagens modell er et løpende oppgjør på 80 prosent ISF-refusjon for faktisk pasientmobilitet. I tillegg kommer en omfordeling i basisbevilgningen basert på historisk pasientmobilitet tilsvarende 26 prosent ISF-refusjon, hvorav 6 prosent er et påslag for kapital.

I NOU 2019:24 legges det til grunn at det skilles mellom avtalt og ikke avtalt gjestepasientvolum. For avtalt volum vil behandlende sykehus dimensjonere sin kapasitet ut fra et forventet antall gjestepasienter. Dette innebærer at deler av behovet i en region planlegges dekket ved behandling i sykehus i en annen region. Som grunnlag for omfordeling av basisbevilgningen benyttes avtalt volum og behandlende regions beregnede kostnadsnivå. Beregnet kostnadsnivå er høyere enn enhetsprisen i ISF, som dagens gjestepasientoppgjør bygger på. Volum for gjestepasientoppgjør som inngår i basisbevilgningen settes til gjennomsnittet for 2016 og 2017 og låses til dette nivået.

Ordningen med 80 prosent av DRG-pris på faktisk pasientmobilitet opprettholdes som et løpende oppgjør tilsvarende dagens ordning.

Kapital

I NOU 2008:2 er det lagt til grunn at forskjeller i kapitalbeholdning mellom de regionale helseforetak, vurdert opp mot behov for spesialisthelsetjenester, skal jevnes ut over en periode på 20 år. Det foretas en omfordeling fra Helse Nord og Helse Midt-Norge, som hadde en egenkapitalfinansiert kapitalbeholdning over gjennomsnittet, til Helse Sør-Øst og Helse Vest som hadde en egenkapitalfinansiert kapitalbeholdning under gjennomsnittet.

Nye analyse viser at dagens særskilte håndtering av inntekter til kapital ikke har ført til en utjevning mellom regionene. Det er derfor anbefalt at ordningen avvikles.

Forslag til inntektsfordelingsmodell

Forslag til inntektsfordelingsmodell består av tre hovedelementer:

- ***Behovsindeks og behovsnøkler***
Det er beregnet en behovsindeks for somatikk, en samlet for psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt en egen indeks for psykisk helsevern barn og unge. Behovsindeksene er beregnet ut fra en behovsnøkkel for hvert tjenesteområde.
- ***Kostnadsindeks og kostnadskomponent***
Tilsvarende som for behov, er det beregnet en kostnadsindeks for somatikk, en samlet for psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt en egen indeks for psykisk helsevern barn og unge. Kostnadsindeksene er en vektning mellom beregnet kostnadsnivå og faktisk kostnadsnivå. Kostnadsindeksene benyttes til å beregne en kostnadskomponent. Størrelsen på kostnadskomponenten avhenger av størrelsen på forskjellene i kostnadsnivå og størrelsen på pasientbehandlingen.

- *Prehospitale tjenester og pasientreiser*
Det er foreslått en samlet ressursbehovsindeks for prehospitale tjenester og pasientreiser.

I samlet forslag til modell kombineres behovs-, kostnads-, og ressursbehovsindekser for de ulike tjenesteområdene. De vektes sammen med sine respektive andeler av de samlede kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Dette gir en samlet behovsindeks for behandlingstjenester, en samlet kostnadsindeks for behandlingstjenester og en ressursbehovsindeks for prehospitale tjenester og pasientreiser. De samlede indeksene framkommer i tabellen under.

Samlet behovsindeks, kostnadsindeks og ressursbehovsindeks			
	Behovsindeks behandling	Kostnadsindeks behandling	Ressursbehovsindeks prehospitale tjenester og pasientreiser
Helse Sør-Øst	1,002	0,983	0,678
Helse Vest	0,957	0,977	0,824
Helse Midt-Norge	1,014	1,077	1,320
Helse Nord	1,067	1,143	2,910

For behandlingstjenester består modellen av en behovskomponent og en kostnadskomponent. Differansen mellom gjennomsnittlig kostnadsnivå og laveste kostnadsnivå bestemmer størrelsen på kostnadskomponenten. Den fordeles mellom de regionale helseforetakene etter størrelse på aktiviteten og kostnadsnivået. Beløpet fordeles mellom de regionale helseforetakene gjennom å multiplisere behovsindeksen med befolkningsandelen. For prehospitale tjenester og pasientreiser, skjer fordelingen gjennom å multiplisere ressursbehovsindeksen med befolkningsandelene.

Modellen fordeler ikke midler til tjenesteområder, men størrelsen på tjenesteområdene bestemmer hvilken vekt modellen legger på de ulike behovs- og kostnadsindeksene.

I tillegg fordeles midler knyttet til avtalt gjestepasientvolum.

2.4 Omfordelingseffekter

Omfordelingseffektene er beregnet med grunnlag i Prop. 1 S (2018-2019). Endring i kriteriene som ikke foreslås låst, kan medføre endring i effektene som framkommer i tabellen under. Utvalget foreslår at kompensasjon for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift, som utgjør 164 millioner kroner, fordeles etter prinsippene i inntektsfordelingsmodellen. Dette gir en samlet omfordeling på 234 millioner kroner som vist i tabellen under:

Omfordelingseffekter		
	Beløp	Prosent av bevilgningen
Helse Sør-Øst	-232 778	-0,43 %
Helse Vest	168 400	0,90 %
Helse Midt-Norge	-1 029	-0,01 %
Helse Nord	65 405	0,51 %

Tall i hele tusen

Det bemerkes at omfordelingseffektene ovenfor ikke er i samsvar med tabell 12.11 i NOU 2019:24. Årsaken til det er at omfordeling av kapital i dagens modell ikke er foreslått videreført. Dette er ikke hensyntatt i omfordelingseffektene i NOU 2019:24. Oversikten over viser en ytterligere negativ effekt på 39 millioner kroner for Helse Sør-Øst sammenlignet med NOU 2019:24. Det er funnet regnefeil i etterkant av avlevering av NOU 2019:24. Helse Sør-Øst RHF ble orientert om feilen i en e-post fra Helse- og omsorgsdepartementet den 27. januar 2020.

Omfordelingseffekten i Helse Sør-Øst består av en kombinasjon av alle elementene som inngår i inntektsfordelingsmodellen. Regionen har en reduksjon i behovsindeksen innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og en reduksjon i kostnadsindeks innen somatikk i forhold til dagens modell. De positive økonomiske effektene er hovedsakelig knyttet til endring i gjestepasientoppjøret for somatikk og en økt kostnadsindeks innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I tillegg gir det en positiv effekt for Helse Sør-Øst at bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift inkluderes i inntektsfordelingsmodellen.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør har i denne saken informert om resultatet av arbeidet i det offentlige utvalget som har gjennomgått og foreslått revisjon av fordeling av basisbevilgningen til de fire regionale helseforetakene, slik dette er presentert i NOU 2019:24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.

Det er viktig at de prinsipper som legges til grunn for inntektsfordeling mellom de regionale helseforetak så godt som mulig setter regionene i stand til å tilby likeverdige helsetjenester. Administrerende direktør er kritisk til enkelte forhold ved den metodiske tilnærmingen og i det utførte analysearbeidet. Dette gjelder blant annet:

- At analyser av behov for helsetjenester er basert på forbruk av helsetjenester som kan bidra til å forsterke skjevheter
- At det ved korrigering for kostnadsulemper er vanskelig å skille mellom hva som er en kostnadsulempe og hva som for eksempel skyldes forskjeller driftseffektiviseringer og organisering
- At vekting mellom beregnede kostnader og faktiske kostnader i kostnadsindeksen er basert på skjønnsmessige vurderinger
- At den metodiske tilnærmingen, med et lavt antall enheter som inngår i analysene og avhengige variabler, gir usikre resultater
- At aktivitetsmålet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ikke tar hensyn til pasienttyngde og dermed ressursbehov

Videre er administrerende direktør kritisk til at utvalget foreslår å avvikle eksisterende ordning for utjevning av kapitalbeholdningene. Helse Sør-Øst vil få en større befolkningsvekst enn de andre regionene ifølge data fra Statistisk sentralbyrå, og Helse Sør-Øst RHF har følgelig behov for store investeringer fremover.

To av utvalgets medlemmer har avgitt merknad vedrørende den lave skjønsmessige vektingen av faktiske kostnader i kostnadsindeksen for psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Gjennomførte analyser identifiserer ikke forhold som kan relateres til de observerte forskjellene og faktiske kostnader burde følgelig vært tillagt større vekt. Administrerende direktør støtter merknaden.

Administrerende direktør stiller spørsmål ved kvalitetssikringen av arbeidet, da det er oppdaget regnefeil i etterkant av at NOU 2019:24 ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet. Regnefeilen representerer en omfordeling av i størrelsesorden 128 millioner kroner og innebærer en negativ effekt på om lag 39 millioner kroner for Helse Sør-Øst. Dette kommer da i etterkant av at utvalget i sin anbefaling har basert seg på analyser og skjønsmessige vurderinger av blant annet helheten.

Høringssvar til NOU 2019:24, med frist 17.mars, er en viktig og prioritert oppgave for Helse Sør-Øst RHF.

Om NOU 2019:24 besluttet innført, er administrerende direktørs foreløpige vurdering at den regionale inntektsmodellen bør revideres for å gi en mer enhetlig inntektsfordeling fra staten til de regionale helseforetak og videre til helseforetakene.

Administrerende direktør anbefaler styret å ta informasjonen til orientering. Styret vil bli presentert for de forhold som foreslås fremhevet i høringssvaret fra Helse Sør-Øst RHF i styremøtet 12. mars 2020.

Trykte vedlegg:

- Behovsnøkler

Utrykte vedlegg:

- [NOU 2019:24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak](#)