

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 15.11.2013
Sakhandsamar: **Anne May Sønstabø**
Saka gjeld: **Inntektsmodell i Helse Vest - Innarbeiding av kriteria for prehospitala tenester**

Arkivsak
2013/238
Styresak 130/13 B

Styremøte 04.12. 2013

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner forslag til inntektsmodell for 2014
2. Negative omfordelingseffektar som følgje av innføring av dei nye kriteria, blir kompensert for i 2014 og får full effekt i 2015.

Oppsummering

Basert på analysar av behov og kostnadsforskjellar på det prehospitale området, har ei prosjektgruppe lagt fram ein rapport med forslag til inntektsmodell for 2014. I etterkant av at prosjektgruppa har avslutta arbeidet, har rapporten vore på høyring i HF-styra. Desse har gitt si tilslutning til at den reviderte modellen kan takast i bruk frå 2014.

Fakta

Styret i Helse Vest RHF gjorde i sak 76/12 om inntektsfordelingsmodellen for 2013 følgjande vedtak:

- «1. *Forslaget til inntektsmodell blir vedtatt og blir nytta i inntektsfordelinga for 2013.*
2. *Styret ber administrasjonen om å halda fram arbeidet med å finna gode kriteria for fordeling av midlar til prehospitale tenester, med sikte på å ha modellen klar til inntektsfordelinga for 2014.*
3. *Helse Bergen får i 2013 eit tilskot på kr 34 mill. for å handtere overgangen til ny modell.*
4. *Strukturtilskotet til Helse Fonna blir auka med kr 10 mill. utover prosjektgruppa sitt forslag.»*

Arbeidet med å utvikla siste del av Helse Vest sin inntektsmodell starta våren 2013, og har halde på fram til oktober. Jon Magnussen, NTNU, har vore leigd inn som ekstern ressurs for å bistå prosjektgruppa både med opplegg for modell- og analysearbeidet, og i arbeidet med å diskutera seg fram til ei samla løysing. I tillegg har Kjartan Sarheim Anthun får SINTEF bistått i tilrettelegginga av data og teknisk gjennomføring av analysane.

Med dei prehospitale kriteria på plass i inntektsmodellen, har ein i Helse Vest no klart å etablere ein modell som gjennomgåande byggjer på objektive kriteria for behov og kostnadsforskjellar. Det må i tillegg understrekast at modellen byggjer på ei samla vurdering både av resultat av analysane og skjønnsutøving i prosjektgruppa, og at modellen som no blir lagt fram difor er å betrakta som ei kompromissløyning som heile prosjektgruppa stiller seg bak.

Kommentarar

1 Om modellen

I arbeidet med å lage modellen, søker ein å etablere ein samanheng mellom forventa behov for ambulansetenester og pasienttransport og ulike karakteristika ved befolkninga og det geografiske området tenestene blir levert innanfor. Dette er tilsvarande metodikk som er brukt i tidlegare arbeid med inntektsmodellen. Alternativt kunne ein tenke seg at ein brukte ei meir normativ tilnærming der ein såg på kva ambulanse- og pasienttransportområdet faktisk kostar gitt ei rekkje standardar og krav. Dette er utfordrande av fleire årsaker. For det første er samanliknbare kostnader vanskeleg tilgjengeleg. For det andre er heller ikkje dei andre områda til sjukehusa (somatikk, psykiatri og TSB) finansiert på denne måten. Objektiviteten i ein slik type modell ville i tillegg være utfordrande å ivareta.

Arbeidet med å innarbeide kriteria for prehospitale tenester har vore utfordrande av fleire årsaker. Til forskjell frå tidlegare inntektsmodellarbeid, finst det ikkje nokon nasjonal modell på dette området. Dei andre regionane har heller ikkje klart å etablere modell for det prehospitale området til tross for fleire forsøk. Det er også utfordringar knytt til datagrunnlaget både innanfor ambulanseområdet og pasientreiseområdet med tanke på kvalitet, parameterverdi og om data i det heile tatt er tilgjengelege. I arbeidet med analysane har det difor vore nødvendig å gjere tilpassingar i datamaterialet. Ein er likevel godt nøgd med forklaringskrafta i analysane som ligg bak modellen ein nå er blitt einig om. På ambulanseområdet forklarar behovsanalysane i underkant av 70 % av variasjonen i forbruk, og på pasientreiseområde er forklaringsgraden i overkant av 80 %.

I arbeidet med modellen er det utvikla to behovsindeksar; ein for ambulanseområdet og ein for pasientreiseområdet. Arbeidet i prosjektet har bestått i å sjå om vi kan avdekke systematiske forskjellar mellom dei fire helseføretaksområda i *behov* for tenester og *kostnader* knytt til å levere desse tenestene. Dette har ein valt å uttrykke gjennom ein *behovsindeks* og ein *kostnadsindeks*. Samla blir desse to kombinert i ein *ressursbehovsindeks*. Desse indeksane tar utgangspunkt i at gjennomsnittlig behov og kostnadsnivå i Helse Vest blir sett lik 1. Dersom man innan eit helseføretaksområde f.eks. har 10 % lågare forventa behov enn gjennomsnittet for Helse Vest vil dette bli uttrykt gjennom ein behovsindeks

lik 0,90. Er kostnadene ved å levere tenestene anslått til å være 5 % høgare enn gjennomsnittet i Helse Vest, blir dette uttrykt gjennom ein kostnadsindeks på 1,05.

1.1 Analyse av ambulansetenester

I analysane er forbruk av ambulansetenester i det einskilde HF sitt opptaksområde sett opp mot ulike karakteristika (alder og sosiale kriteria) ved befolkninga. I tillegg er forbruket sett opp mot ulike kriteria for reiseavstand og folketettleik. Resultatet frå analysane viser at følgjande kriteria har samanheng med forbruket av ambulansetenester:

- Andel av befolkning mellom 67-79 år
- Reisetid til lokalsjukehus
- Reisetid til kommunesentrum

På ambulanseområdet er det i tillegg forsøkt å sjå på kostnadsforskjellar mellom HFa med tanke på å identifisera kor stor del av forskjellane som skuldast forhold som føretaka sjølve ikkje kan påverke. Dette kan handle om stasjonsstruktur, beredskapskostnader m.m. Det er i prosjektet ikkje kjørt egne kostnadsanalyser, men ein har tatt utgangspunkt i tal frå SAMDATA og ut frå dette berekna ein kostnad pr minutt. I tillegg har prosjektgruppa diskutert seg fram til ein andel av kostnadene som kan definerast som faste, og som dermed ligg fast uavhengig av aktivitet. Prosjektgruppa har kome fram til at det er rimeleg å anta at om lag 50 % av kostnadene er faste, og dette er lagt til grunn i den vidare analysen av kostnadsforskjellar¹. Analysane på ambulanseområdet viser følgjande:

	Behovsindeks	Kostnadsindeks	Samla ressursbehovsindeks	Dagens indeks
Stavanger	0,80	0,80	0,64	0,62
Fonna	1,29	0,97	1,25	1,20
Bergen	0,91	0,89	0,81	0,81
Førde	1,49	1,63	2,43	2,58

Tabell 1. Behovsindeks viser befolkninga i føretaka sitt relative behov, Kostnadsindeks viser føretaka sine relative kostnader, Samla ressursbehovsindeks = Behovsindeks*Kostnadsindeks, Dagens indeks viser indeksen slik den ser ut ut frå dagens budsjettfordeling

Som vi ser av tabellen er det relativt liten forskjell mellom dagens indeks og det nye forslaget til samla ressursbehovsindeks.

1.2 Analyse av pasientreiser

På pasientreiseområdet har det tidlegare vore utfordrande å få fram konsistente data. Pasientreiser ANS har gjennom det siste året arbeidd aktivt for å betre tilgangen på styringsdata, og dette har gjort det mogleg å få tak i data for bruk i våre analyser. Same analytiske tilnærming er brukt på pasientreiseområdet, dvs. at ein har søkt gjennom regresjonsanalyse å finne eit sett med variable som forklarar behovet for pasienttransport.

Analysane viser at følgjande kriteria forklarar forbruket av pasienttransport:

- Reisetid kommunesentrum
- Reisetid til ein når 20 000 innbyggjarar
- Reisetid til regionsjukehus
 - differensiert mellom Bergen/Førde og Fonna/Stavanger
- Andel mellom 16-66 år
- Andel mellom 67-79 år

¹ Det er også gjort ei simulering med 80 % faste kostnader i Helse Førde og Helse Fonna, men dette gav marginale forskjellar i inntektsfordelinga.

På pasientreiseområdet har det ikkje vore mogleg å finne data for å analysere moglege kostnadsforskjellar mellom føretaka. Kostnadsforskjellar kan være knytt til type transport, grad av samkjøring, moglegheit for å sette transporten ut på anbod, rush-tids problematikk m.m. Prosjektgruppa har vurdert det slik at det er *mindre* truleg at det er store systematiske forskjellar i kostnadene på pasientreiseområdet enn på ambulanseområdet. I tillegg er det tilgjengelege talmaterialet for usikkert til at ein kan anbefale å nytte dette som grunnlag for å lage ein kostnadsindeks. Gruppa anbefalar difor at det ikkje blir lagt inn kompensasjon for kostnadsforskjellar i pasientreiseindeksen.

	Behovsindeks	Kostnadsindeks	Samla ressursbehovsindeks	Dagens indeks
Stavanger	0,68	1,00	0,68	0,64
Fonna	1,14	1,00	1,14	1,17
Bergen	0,54	1,00	0,54	0,73
Førde	3,56	1,00	3,56	2,90

Tabell 2. Behovsindeks viser befolkninga i føretaka sitt relative behov, Kostnadsindeks viser føretaka sine relative kostnader (sett til 1 for alle føretak), Samla ressursbehovsindeks = Behovsindeks*Kostnadsindeks, Dagens indeks viser befolkninga sitt relative behov ut frå dagens budsjettfordeling.

2 Samla effekt av ny modell

I 2013 vart kr 837 millioner kroner fordelt til pasientreiser og ambulanse i Helse Vest. Når dei prehospitala tenestene no blir tatt inn i den generelle modellen for inntektsfordeling, anbefalar prosjektgruppa at det beløpet som skal fordelast etter den nye modellen, tilsvarer dei prehospitala tenestene sin andel av dei samla kostnadene i Helse Vest. Dette inneber at knappe 7 millioner *meir* enn i 2013 blir fordelt etter nøkkel for pasientreiser, mens knappe 53 millioner *meir* enn 2013 blir fordelt etter nøkkel for ambulanse. Det inneber at kr 60 millioner som tidlegare vart fordelt etter ressursbehovsindeksen for behandling (somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling), no blir fordelt etter indeksen for prehospitala tenester. Dette slår positivt ut for Helse Fonna og Helse Førde, som har ein relativt større andel av inntektene til prehospitala tenester enn dei har av inntektene til behandling.

Tabell 3 viser ansåtte omfordelingseffektar av prosjektgruppa sitt forslag til modell. Dei to første kolonnane viser effekten av ny ressursbehovsindeks for ambulanse og pasientreiser, mens den tredje kolonnen viser effekten av at kr 60 mill., som før blei fordelt etter indeksen for pasientbehandling, no blir fordelt etter indeksen for prehospitala tenester.

	Ambulanse	Pasientreiser	Auka andel til prehospitala	Samla effekt
Helse Stavanger	2 930	4 387	-5 462	1 855
Helse Fonna	4 171	-1 578	2 124	4 717
Helse Bergen	479	-27 382	-5 964	-32 867
Helse Førde	-7 580	24 573	9 302	26 295

Tabell 3. Omfordelingseffekt

3 Prosess

Analysane av behovet for ulike tenester dannar basisen for inntektsmodellen. Likevel vil det alltid være innslag av skjønn både i tolking av resultatata og i vektinga av ulike parameter i modellen som til slutt vil påverke sluttresultatet av modellarbeidet. For å klara å koma fram til ei løysing som alle HF'a kan stilla seg bak, er det avgjerande at det er gjennomført ein grundig prosess der alle interessentar har innsyn i den skjønnsutøvinga som er gjort. Gjennom dei revisjonane som er gjennomført dei siste åra, kjem det stadig klarare fram at dialogen med føretaka og det å skape ei felles forståing av kvart føretak sine utfordringar, er sentralt i arbeidet.

Helseføretaka har vore representerte i prosjektgruppa med økonomidirektør og fagdirektør. I tillegg har dei tilsette hatt med to konserntillitsvalde i gruppa. I etterkant av at prosjektgruppa har overlevert rapporten frå arbeidet til administrerande direktør, har rapporten vore på høyring i HF-a sine styrer.

Høyringsuttale frå Helse Stavanger

Helse Stavanger har lagt fram ein sak for sitt styre der dei vurderer det som positivt at ein har funne objektive kriteria også for den prehospitale delen av modellen. Helse Stavanger understrekar at ein oppfattar at den semja som er oppnådd i prosjektgruppa, baserer seg på eit kompromiss, og at dersom ein endrar på enkeltelement i modellen må ein ta heile modellen opp til vurdering på ny. Styret i Helse Stavanger har gjort følgjande vedtak i sak 94/13:

«Styret tar rapporten om revisjon av fordeling av inntekter til prehospitale tjenester i Helse Vest til etterretning.»

Høyringsuttale frå Helse Fonna

Helse Fonna sluttar seg til dei vurderingane som prosjektgruppa har gjort, og meiner det er gjort eit godt arbeid med å utvikle modellen vidare. På same måte som Helse Stavanger, understreker også Helse Fonna at eventuelle endringar i enkelt element i modellen må føre til ein fornya vurdering av heile modellen. Styret i Helse Fonna har gjort følgjande vedtak i sak 58/13:

«Styret i Helse Fonna HF tilrår at føreliggande forslag til ny inntektsmodell for prehospitale tenester blir vedteke.»

Høyringsuttale frå Helse Bergen

Helse Bergen sluttar seg også til forslaget til modell, og meiner at arbeidet har gjort at ein har kome enda eit skritt vidare i å etablere ein modell som gir ei mest mogleg rettferdig fordeling av ressursane slik at ein sikrar eit mest mogleg likeverdig tilbod til pasientane på Vestlandet. Styret i Helse Bergen har gjort følgjande vedtak i sak 58/13:

*«1. Styret i Helse Bergen har vurdert rapporten om innarbeiding av kriteria for prehospitale tenester i inntektsfordelingsmodellen og seier seg samd i konklusjonane.
2. Styret ber om at saka vert sendt vidare til Helse Vest for handsaming og endeleg godkjenning.»*

Høyringsuttale frå Helse Førde

Helse Førde er nøgd med at ein har etablert meir objektivitet i fordelinga av ressursar til det prehospitale området. Samtidig peiker ein på at ein slik modell aldri kan klare å fange alle faktorar fullt ut. Helse Førde er kritisk til at ambulanseområdet ikkje betre blir fanga opp i modellen. I behandlinga av saka i styret blei det føydd til tre punkt til administrerande direktør sitt forslag til vedtak. Følgjande vedtak vart gjort i sak 72/13:

«1. Helse Førde støttar prosjektgruppa si innstilling til revidert modell for fordeling av midlar i Helse Vest RHF sin inntektsfordelingsmodell. Ein legg til grunn av revisjonen vert gjort gjeldande frå 2014.

2. Styret ser det har vore krevjande å finne indikatorar og datagrunnlag i arbeidet med inntektsmodellen for prehospitale tenester.

3. Moglege krav til responstider og utgreiing av breiare samarbeid når det gjeld prehospital akuttmedisin, kan gi eit betre grunnlag for modellen.

4. Styret ber difor om at modellen igjen vert gjennomgått i 2. halvår 2014.»

Konklusjon

Administrerende direktør er særst nøgd med at prosjektgruppa har klart å koma fram til ein modell som byggjer på behovs- og kostnadsanalyser både innan somatikk, psykiatri, TSB og prehospitale tenester, og tilrår at styret godkjenner forslaget til inntektsmodell gjeldande frå 2014.

For Helse Bergen HF som tapar kr 32,9 mill på omlegginga, tilrår administrerende direktør at reduksjonen i basisramma blir dekt inn for 2014 gjennom tilsvarande reduksjon i reserven og at full omfordelingseffekt slår inn først frå 2015.

Administrerende direktør ser at det frå styret i Helse Førde er ytra ønskje om fornya gjennomgang av modellen i 2014 med bakgrunn i at ein då vil ha eit betre datagrunnlag. Tilgang på gode data vil alltid vera ei utfordring i denne typen modellarbeid. Basert på det arbeidet som no er gjort har ein klart å etablere ein robust modell som bør få virka nokre år, og at eit nytt arbeid med inntektsmodell i regionen i staden bør bli gjort først når det blir gjort eit nytt nasjonalt inntektsmodellarbeid.

Administrerende direktør vil difor ikkje tilrå at ein tar ein fornya gjennomgang av modellen i 2014.