

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF
DATO: 11.06.2021
SAKSHANDSAMAR: Siri Leidland Dalsrud

SAKA GJELD: **Styresak – Revidering av inntektsfordelingsmodellen i Helse Vest – gjeldande frå 2022 – rapport frå prosjektgruppe**

ARKIVSAK: 2020/889
STYRESAK: **049/21**

STYREMØTE: **16.06.2021**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Forslaget til inntektsmodell blir vedteke og blir nytta i inntektsfordelinga for 2022.
2. Styret ber administrasjonen om å utgreie ein revidert modell for prehospitale tenester, med sikte på å ha modellen klar til inntektsfordelinga for 2023.
3. I samband med utarbeiding av oppdrag for prehospitale tenester ber styret administrerande direktør å vurdere om det er analytisk grunnlag for å modellere kostnadar til regionale funksjonar eller om det er mest formålstenleg å halde fram med element av skjønnstilskot slik som i dag.

Fakta

Helse Vest har sidan reformstart hatt fleire gjennomgangar av prinsippa for fordeling av middel mellom helseføretaka i regionen. I dei gjennomgangane som er gjort av modellen, har Helse Vest fått bistand frå den ekspertisen som er lengst framme i landet på denne typen modelltenking, professor Jon Magnussen, NTNU og seniorforskar Kjartan Sarheim Anthun, Sintef. Desse to står også bak den gjeldande nasjonale inntektsmodellen.

Basisramma i Helse Vest blir i all hovudsak fordelt etter regional inntektsmodell. Første versjon av modellen vart brukt i inntektsfordelinga i 2004, og modellen har sidan den gong gått gjennom mange revisjonar, siste gong i 2013 der modellen vart utvida til også å gjelde prehospitale tenester. Ei prosjektgruppe vurderte i 2017 behovet for å revidere modellen, men konkluderte med at ein burde vente til revisjon av den nasjonale modellen. Frå 2021 er

det innført ein ny nasjonal modell for fordeling av inntekter mellom dei regionale helseføretaka. Denne følgjer med få unntak forslaga frå NOU 2019:24.

Styret i Helse Vest bad 26. oktober 2020 i sak 118/20 om ein gjennomgang og revisjon av inntektsmodellen i Helse Vest. Administrerande direktør har oppnemnt ei prosjektgruppe i Helse Vest som har vurdert moglegheitene for å vidareutvikle inntektsmodellen frå 2013 med utgangspunkt i forslaga i NOU 2019: 24 med sikte på å få mest mogleg objektivitet og transparens i prinsippa for fordeling av basisramma i Helse Vest. HF-a har delteke med økonomi- og fagdirektør. Dei tilsette har vore representert gjennom konserntillitsvald og brukarane gjennom leiarane for det regionale brukarutvalet. Rapporten frå prosjektgruppa vart overlevert til administrerande direktør 20. mai, og har etter det vore på høyring i HF-a og det regionale brukarutvalet. Forslaget er også sendt til drøfting hjå dei konserntillitsvalde og hovudverneombodet. Prosjektgruppa har hatt følgjande samansetning:

Leiar:

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 Helleseeth, Helse Førde
Fagdirektør Eldar Søreide, Helse Stavanger
Fagdirektør Haldis Lier, Helse Fonna
Seksjonsleiar Pål Ove Vadset, Helse Bergen
Klinikkdirektør Tom Guldhav, Helse Førde
Konserntillitsvald Marie Skontorp
Leiar av regionalt brukarutval Jan Oddvar Gjerde

Sekretariat og rådgivarar:

Jon Magnussen (NTNU)
Kjartan Sarheim Anthun (SINTEF)
Siri Leidland Dalsrud (Øk/RHF)
Jan-Erik Lorentzen (Øk/RHF)

Vedlagt vert deler av modellen med prosjektgruppas vurderingar kort beskrivne.

Kommentarar og vurdering

Administrerande direktør er nøgd med at prosjektgruppa har klart å komme fram til ein rapport som alle prosjektgruppedeltakarane stiller seg bak. Sjølv om modellen er tufta på

størst mogleg bruk av objektive kriterium, er det òg element av skjønn i dei vurderingane som er gjort. Det er viktig at dette skjønnet er opent og det er ein fordel om modellen blir slik at alle føretaka kan forstå og akseptera den.

Dagens modell tar utgangspunkt i fordelinga av basisløyvinga frå staten til dei fire regionale helseføretaka. Basisløyvinga skal leggja grunnlaget for å realisere dei helsepolitiske målsetjingane i spesialisthelsetenesta. Staten overfører middel til dei fire regionale helseføretaka, som på si side har eit sjølvstendig ansvar for å tildele budsjetttrammer til eigne helseføretak og private verksemder med langsiktige driftsavtalar i samsvar med sørge for ansvaret. Forslaget er basert på gjeldande ramme. Dette inneber at det er ei vidareføring av den grunnleggande metodikken som Helse Vest tidlegare har følgt. Til dømes ligg analysane av behov fast i modellen. Sjølv om sjølv behovsanalysen og samanhengane mellom ulike grupper av befolkninga kopla mot behov står fast, blir likevel modellen oppdatert med nye folketal. Dette betyr igjen at HF-område som har ein relativt høg årleg vekst i dei ulike befolkningskriteria, får ein auke i inntektsramma si som følge av dette.

Involvering av føretaka i utarbeidinga av inntektsmodellen er ein avgjerande faktor for å få semje og tillit i regionen rundt inntektsfordelingsspørsmålet. I sjølv prosjektgruppa har difor føretaka vore representert med både økonomidirektør og fagdirektør i tillegg til ein konserntillitsvald og leiar for regionalt brukarutval. Det er brukt god tid på å gå inn i argumenta til føretaka og til å utforske om påstandar om ulikskapar lét seg fange gjennom analysar. 11 møte har vorte gjennomførte med prosjektgruppa. På denne måten har føretaka fått god forståing både av det modelltekniske og for dei ulike utfordringane som kvart av føretaka står overfor. Sidan førre gjennomgang har det vore stor utskifting både i økonomidirektør-, fagdirektør- og konserntillitsvaldsgruppa. Ein ny gjennomgang av modellen er difor vurdert som viktig for å gje modellen tilstrekkeleg legitimitet i føretaksgruppa.

«Like ressursar for likt behov, justert for ufrivillige kostnader» er eit berande prinsipp i inntektsmodellen. Dette betyr i praksis at ein tar utgangspunkt i analysar av behov for befolkninga i føretaka sine opptaksområde. I tillegg til dette tar ein omsyn til meirkostnader som føretaka har som dei sjølv ikkje kan påverke, t.d. struktur, reisetid, funksjonsfordeling m.m. Dette grunnprinsippet er det semje om i føretaksgruppa, og difor naturleg å framleis leggje til grunn for inntektsmodellarbeidet.

Fram til no er det berre helseføretaka i Helse Vest som får midla fordelt gjennom inntektsmodellen. For at modellen skal kunna nyttast er ein avhengig av at føretaka har ansvar for dei fleste spesialisthelsetenestene til ei befolkning og eit tydeleg definert opptaksområde. Dette er årsaka til at til dømes Haraldsplass Diakonale Sjukehus er heldt utanfor modellen, og i staden får budsjettamma si tildelt på bakgrunn av årlege forhandlingar med Helse Vest.

Om modellen og prosjektgruppa sine forslag til endringar

Oppbygginga av modellen.

Inntektsmodellen i Helse Vest er bygd opp kring 4 delelement:

- Behovskomponenten kompenserer helseføretaka for forskjellar knytt til befolkninga sitt behov for spesialisthelsetenester.
- Kostnadskomponenten kompenserer for at helseføretaka har ulike kostnadmessige føresetnader for å behandle pasientar.
- Gjestepasientkomponenten kompenserer for pasientbehandling som skjer utanfor helseføretaket sitt opptaksområde.
- Prehospitale tenester og pasientreiser blir finansiert særskilt.

Her blir dei enkelte elementa i modellen beskrive kort og kva endringar prosjektgruppa foreslår. For meir utfyllande forklaring blir det vist til rapporten frå prosjektgruppa.

Behovskomponenten

I utgangspunktet blir inntekter fordelt mellom geografiske område etter deira del av befolkninga. Sidan behovet for helsetenester vil avhenge av forhold som til dømes alder og sosioøkonomiske forhold, må ein òg ta omsyn til at det kan vere forskjellar i behovet for tenester ut over det som følgjer av forskjellar i befolkningsstorleik.

Somatiske tenester

I modellen bereknar ein såkalla «behovsindeks» om behovet for tenester for ein gjennomsnittleg innbyggjar i området er høgare eller lågare enn i regionen som heilskap. Behovsindeksen blir basert på ein analyse der ulike forhold som påverkar behovet for tenester blir avdekt, dette blir beskrive gjennom eit sett kriterium, der kvart kriterium blir gitt ein relativ vekt.

Kriteria som reflekterer helse og sosioøkonomiske forhold blir berekna som gjennomsnitt over siste tre år for å redusere effekten av tilfeldige svingingar.

Psykisk helsevern og TSB

I dagens modell er det éin felles behovsindeks for psykisk helsevern og éin behovsindeks for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB). I den nasjonale modellen er inndelinga av tenesteområda endra slik at ein her har éin felles behovsindeks for psykisk helsevern for vaksne og TSB og éin behovsindeks for psykisk helsevern for barn og unge. Endring i behovsindeksar kjem både som ei følgje av ei endring i kva kriterium som inngår i den nasjonale modellen, og av den relative vektlegginga av dei enkelte kriteria.

Samla behovsindeks

Behovsindeksane per HF blir vekta saman med folketalet i kvart HF-område. Dette gjev føretaka følgjande del av det samla behovet i regionen

Behovsindeksar og behovsandelar 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
Gammal behovsindeks behandling	0,927	1,042	1,025	1,073
Ny behovsindeks behandling	0,953	1,038	1,009	1,059
Gammal behovsandel	30,68%	16,95%	41,86%	10,51%
Ny behovsandel	31,56%	16,89%	41,20%	10,37%

Storleiken på beløpet som blir fordelt etter behovskomponenten vil avhenge av storleiken på kostnadskomponenten, kor mykje som blir fordelt etter nøkkelen for prehospitale tenester og kor mykje som blir fordelt utanfor modell.

I prosjektgruppa var det semje om å nytte kostnadsdelane i Helse Vest som vektorer. Dette inneber at behovsindeksen for somatiske tenester tel 76,2 %, psykisk helsevern for vaksne og TSB tel 20,1 % og psykisk helsevern for barn og unge tel 3,6 %. Ved å multiplisera behovsindeksen med befolkningsdelen vil det bli berekna ein behovssandel.

Prosjektgruppa har òg diskutert om ein skal ta befolkninga i Gulen og Eidfjord inn i Helse Bergen ved utrekning av behovskomponenten, men valde å handtera dette utanfor modell. Grunnlaget for diskusjonen kjem av at pasientstraumane i desse to kommunane i hovudsak går til Helse Bergen. Helse Bergen blir kompensert for dei to kommunane på lik linje med andre kommunar i opptaksområdet.

Kostnadskomponenten

Kostnadsindeksen skal kompensera føretak som har meirkostnader knytt til aktivitet som dei ikkje sjølve kan påverka. Det kan vera meirkostnader t.d. som følgje av ein lite hensiktsmessig sjukehusstruktur, funksjonsfordeling m.m. Kostnadskomponenten blir berekna ved at ein først anslår kva kostnadsnivået ville ha vore dersom ingen helseføretak hadde særlege kostnadsulemper. I praksis vil dette tilsvare kostnadsnivået til det helseføretaket som har lågast kostnadsnivå. Resten av føretaka blir så kompenserte ut frå kor mykje høgare kostnadsnivåa deira blir anslått å vere, og kor stor aktivitet dei har. Utfordringa her ligg i å bestemme kor stor del av kostnadsforskjellane mellom helseføretak som er uforskyldte, og dermed kor stor del av dei faktiske kostnadsforskjellane ein ønsker å kompensere for i modellen.

Jo høgare kostnadskomponenten er, jo mindre beløp «blir igjen» til å fordele etter behovskomponenten. Det betyr òg at dersom ein revisjon av inntektsfordelingsmodellen fører til at kostnadskomponenten blir endra, får ein ei omfordeling både fordi det relative

kostnadsnivået har endra seg og fordi delen som blir fordelt i høvesvis kostnads- og behovskomponenten dermed endrar seg.

Sjølv om kronebeløpet som blir fordelt etter kostnadsindeksen er betydeleg mindre enn beløpet fordelt etter behovsindeksen, er det dette elementet det har vore størst diskusjon om i prosjektgruppa. Dette kan ha samanheng med at det er større rom for skjønn i fortolkinga av resultatane frå analysane her enn på behovskomponenten. Det kan og ha samanheng med at prosjektgruppa har ei oppfatning av at ein i analysen ikkje klarer å fange alle kostnadsmessige forhold som ein meiner er særskilde for sitt helseføretak.

Analysane som ligg til grunn for den nasjonale modellen beskriv 4 forhold som påverkar kostnadsnivået slik at det bør bli kompensert: Busetjingsmønster, LIS-legar, forskingspoeng og storleik. For å vareta desse forholda legg den nasjonale modellen 75 % vekt på analysane/historiske kostnader og 25 % vekt på faktiske kostnader. Prosjektgruppa har valt å bruke den same løysinga som i den nasjonale modellen og samtidig nytte faktiske kostnader frå 2019 som grunnlag.

Forslaget til ny kostnadsindeks gir to omfordelingskonsekvensar:

- beløpet som blir fordelt i kostnadskomponenten blir endra frå 4,9 % til 3,9 %
- det relative kostnadsforholdet mellom dei fire helseføretaka blir endra

I forslaget frå prosjektgruppa har ein ut frå analysane som er gjort vorte einige om å tilføre Helse Bergen budsjett utanfor modell for å kompensere for regionssjukehusfunksjonen. Det gjeld tilskot for brannskadefunksjonen, hyperbarbehandling, regional tryggingssavdeling psykisk helse og dessutan middel til regional funksjon for behandling av eteforstyrningar.

I den nasjonale modellen blir det nytta LIS-legar per DRG poeng som ein indikator på meirkostnader knytt til utdanning. Prosjektgruppa anbefalar at det blir lagt 25 % vekt på kostnadsdrivaren LIS-legar per 1000 DRG-poeng, og ikkje same som i NOU.

Storleik blir målt som brutto driftsutgifter. Kostnadsindeks beskriv det relative kostnadsforholdet mellom dei fire helseføretaka i Helse Vest. Vurderinga i prosjektgruppa er at storleik er ein lite presis kostnadsdrivar men at variabelen likevel bør vere med for å fange opp relative forskjellar i faktiske kostnadsforhold i regionen.

Gjestepasientkomponenten

Behovskomponenten tek utgangspunkt i behovet til befolkninga i eit gitt opptaksområde, og middel blir fordelt i forhold til dette. Grunna funksjonsfordeling og fritt sjukehusval blir pasientane ofte behandla i andre helseføretak enn det føretaket ein soknar til. Dette må det korrigerast for i inntektsrammene til føretaka. I Helse Vest er det Helse Bergen som i stor grad behandlar pasientar som kjem frå andre opptaksområde i regionen enn sitt eige. I forslag til ny modell er det lagt til grunn ei 100 % ISF-finansiering med bakgrunn i at voluma er så høge at dei må takast med i planlegginga av kapasiteten til helseføretaka.

Det er semje i prosjektgruppa om at ein skal gjere opp for seg økonomisk ved kjøp av tenester frå dei andre føretaka i regionen. Prosjektgruppa er samde i at det i ny modell blir lagt til grunn 90 % pasientvolum av gjennomsnittet for siste tre år og dei resterande 10 % blir kompenserte med tilskot utanfor modellen. Helse Bergen får eit tilskot på kr 30 mill. til dekning for faste kostnader knytt til kapasitet for interne gjestepasientstrømmer. Det er òg semje om at også gjestepasientane blir rekna med når ein fordeler kostnadskomponenten.

Prehospitale tenester

Prehospitale tenester og pasientreiser blir i den nasjonale modellen berekna med eigne behovsindeksar for pasienttransport medan det for ambulansetenester er nytta faktiske kostnader til fordeling av inntekter.

Prosjektgruppa meiner at dagens modell bør ha ein ny revisjon. Prosjektgruppa foreslår at det blir gjort ein gjennomgang av innhaldet i tenestene og at det blir gjort nye analysar av behov av denne typen tenester på eit nyare og meir oppdatert datagrunnlag. Det blir difor foreslått ei utgreiing fram mot inntektsfordelinga i 2023. Inntil modellen er oppdatert er vurderinga i prosjektgruppa at ein beheld same beløp som i dag.

Når ein ny modell innan prehospitale tenester er på plass vil det måtte gjerast ei ny vurdering på skjønnsstilskot til Helse Førde.

Skjønnsstilskot og andre forhold utanfor modell

Helse Førde

For å lette omstillingsutfordringa har Helse Førde i samband med tidlegare inntektsfordelingar fått tildelt eit skjønnsstilskot. Prosjektgruppa tilrår at dette tilskotet no blir på kr 10 mill. og er grunnlagt i at det er grunn til å anta at Helse Førde taper på at det ikkje blir gjort revisjon av prehospitale tenester. Prosjektgruppa tilrår også at tilskotet blir vurdert på nytt i samband med utgreiing av revidert modell for prehospitale tenester.

Helse Fonna

Situasjonen i Helse Fonna knytt til at føretaket har ein stor straum av pasientar mot både Helse Bergen og Helse Stavanger, er vanskeleg å tilpassa seg til på kort sikt. Helse Fonna har eit ansvar for å legge til rette for eit fullverdig pasienttilbod for sin del av befolkninga, og kan difor ikkje bygge ned tilbodet i same takt som innbyggjarane vel å bli behandla utanfor Helse Fonna. Prosjektgruppa innstiller difor på at det blir gitt eit skjønnsstilskot til Helse Fonna på kr 35 mill.

Helse Bergen

I tillegg til tilskot til nasjonale funksjonar som brannskadeavdelinga, hyperbarbehandling og eit tilskot som dekker regional tryggingssavdeling for psykisk helse har prosjektgruppa anbefalt at det blir gitt eit tilskot på kr 30 mill. til Helse Bergen for å dekke kostnader til regional funksjon for eteforstyrningar. Det blir òg gitt eit tilskot på kr 30 mill. for å fange opp faste kostnader knytt til interne gjestepasientar og den resterande 10 % av eit avklart nivå på 90 % gjestepasientstrømmer mellom føretaka.

Pasientar frå Eidfjord høyrer til Helse Fonna og pasientar frå Gulen høyrer til Helse Førde sitt opptaksområde, men mottar i hovudsak behandling i Helse Bergen. Prosjektgruppa har berekna konsekvensane av å flytta desse pasientane i modellen inn i Helse Bergen sitt opptaksområde. Dette vil gi ein effekt på kr 30,3 mill. meir til Helse Bergen og samtidig 22,5 mill. mindre til Helse Førde og 7,8 mill. mindre til Helse Fonna. Tidlegare oppgjer mellom føretaka fell bort som ein konsekvens av denne budsjettomlegginga. Det vil bli gjort ei årleg oppdatering av konsekvensane basert på oppdaterte data mellom anna befolkningsgrunnlag.

Omfordelingseffektar

	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
Gjestepasientoppgjer	-11 099	-12 244	26 927	-3 584
Eidfjord Gulen		-7 750	17 500	-9 750
Utanfor modell	-1 864	1 743	57 459	-57 338
Kalibrering	-1 506	-7 467	5 939	3 035
Samla omfordeling	81 629	-6 031	-94 728	19 130

For detaljar om årsakene til omfordelingseffektane blir det vist til vedlegget til prosjektgruppa sin rapport.

Arbeidet med rapporten tar utgangspunkt i budsjett for 2020 og tabellane i rapporten viser effekten av ny modell. I Statsbudsjettet for 2021, vart den nasjonale modellen delvis lagt til grunn og det innebar ein omfordeling mellom regionane. I 2022 er det forventa at full effekt av ny modell blir lagt til grunn i statsbudsjettet. Effekten av dette er ikkje synleggjort i rapporten, og når dette blir lagt inn i basisramma til fordeling vil dette redusere dei negative effektane for dei føretaka som isolert sett tapar på den reviderte regionale inntektsmodellen.

Det auka beløpet til fordeling er ikkje fullt ut avklart, men om ein legg til grunn ein auke på 200 millionar kroner så vil effekten av den auka tildelinga som blir tilført HF'a bli som følgjer:

Tall i mill.	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sum
Samlet omfordeling	81 629	-6 031	-94 728	19 130	
Differanse dagens bevilgning, nasjonal modell	60 869	33 558	82 961	22 613	200 000
Justert ramme	142 498	27 527	-11 767	41 743	

Høyringsuttaler

Høyringsuttalene frå HF-a har vore behandla i HF-styra i mai/juni. Uttalene ligg som vedlegg til denne saka saman med styrevedtaka. Administrerande direktør ser at helseføretaka i stort er nøgde med prosjektgruppa sitt forslag til modell. Unnataket er at styret i Helse Bergen ønskjer at det vert arbeidd meir med modellen før den vert endeleg vedteke, og då særleg for å sikre at kostnadar til regionsfunksjonane blir tekne omsyn til. Alle helseføretaka støtter forslaget om å utgreie ein revidert modell innan det prehospitale området. Dersom ein les uttalene som ligg bak styrevedtaka, ser vi likevel at det er nokre forskjellar i uttalene frå HF-a.

Helse Stavanger HF

Helse Stavanger sluttar seg til innstillinga til den regionale arbeidsgruppa om å innføre ny revidert regional inntektsfordelingsmodell.

Helse Stavanger poengterer at ein modell må vere mest mogleg objektiv og i minst mogleg grad bruka skjønn, og tilrår å redusere bruken av skjønnsmessige tilskot. Helse Stavanger meiner dessutan at historiske kostnader er tillagt for mykje vekt.

Helse Fonna HF

Helse Fonna er nøgd med det arbeidet som er gjort med å revidere dagens modell for inntektsfordeling i Helse Vest RHF.

Helse Fonna sluttar seg i all hovudsak til dei vurderingar og skjønn som kjem fram i rapporten, både når det gjelder behovskomponenten, kostnadskomponenten samt for gjestepasientabonnementet og støttar innstillinga i rapporten med omsyn til årleg oppdatering av abonnementsnivået til 90 % av gjennomsnitt dei siste tre åra.

Helse Fonna understrekar viktigheten av å overvake effektane av befolkningsutvikling og kor stor del av finansieringa som kjem gjennom ISF når ein oppdaterer modellen eller vedtar endringar i finansieringsordningar. Føretaket ynskjer ein revidering av modellen for prehospitale tenester, og er nøgd med at ein får eit skjønnsstilskot for å møte utfordringane med sjukehusstrukturen og forbruksmønsteret i Helse Fonna. Ein kunne likevel ynskje at tilskotet var noko større.

Helse Bergen HF

Helse Bergen tek forslag til ny inntektsfordelingsmodell til etterretning og er nøgd med at analysane nå er gjort på nytt og betre talgrunnlag. Helse Bergen meiner at skilnader i pasientsamansetjing og skilnad i struktur ikkje kjem tilstrekkeleg fram når det gjeld regionsjukehusfunksjonane vs. andre helseføretak. Helse Bergen meiner og at breiddeulepene for regionsjukehusa ikkje er ivareteke i tilstrekkeleg grad i gjennom faktorane «forskning» og «storleik».

Helse Bergen stiller seg bak forslaget om at ein legg til grunn 90% pasientvolum i sjølve modellen, og at dei resterande 10% blir kompensert med tilskot utanfor modellen og støttar at det blir gjort eit arbeid for å gjere eigne og nye analyser for prehospitale tenester.

Helse Bergen sitt styre ber etter sin behandling av saka om at det vert arbeidd meir med modell for inntektsfordeling i regionen, før den vert endeleg vedteke. Dei er særleg oppteken av kostnadskomponenten, og i kva grad denne tek omsyn til kostnadar knytt til regionsfunksjonane. Dei ber om at Helse Vest i det vidare arbeidet har dialog med dei andre regionale helseføretaka om korleis regionsfunksjonane vert tatt i vare i inntektsfordelinga.

Helse Førde HF

Helse Førde støtter prosjektgruppa sitt forslag til ny inntektsfordelingsmodell, men peika på at skjønnskot må bli vurdert dersom endringar i folketalet medfører reduksjon i inntektsramma til føretaka. Helse Førde er på same måte som Helse Fonna og Helse Bergen opptatt av at modellen for dei prehospitale tenestene blir revidert før rammene for budsjett 2023 vert lagt. I denne gjennomgangen må ein også sjå på ansvaret for båtambulansse i Gulen kommune.

Det regionale brukarutvalet

Det regionale brukarutvalet meiner det har vore jobba godt i utvalet med mange ulike omsyn som skal ivaretakas og er imponerte over den profesjonaliteten som har prega arbeidet.

Konserntillitsvalde

Saka er tatt opp til drøfting av dei konserntillitsvalde i etterkant av at høringsuttalene er behandla i dei respektive HF-styra. Resultatet av drøftinga vil bli lagt fram i samband med styrebehandlinga av saken.

Konklusjon

Administrerande direktør ser at helseføretaka i stort er nøgde med prosjektgruppa sitt forslag til modell. Unnataket er at styret i Helse Bergen ønskjer at det vert arbeidd meir med modellen før den vert endeleg vedteke, og då særleg for å sikre at kostnadar til regionsfunksjonane blir tekne omsyn til. Administrerande direktør i Helse Vest viser til at kostnadskomponenten slik den er føreslått samsvarer svært godt med kostnadsnivået i Helse Bergen. I tillegg er det lagt inn skjønnskot til alle dei nasjonale- og regionale funksjonane som er tekne opp i utvalet sitt arbeid, nemlig brannskade, hyperbarbehandling, regional sikkerheitsavdeling og regional funksjon for eteforstyrningar. I tillegg er Helse Bergen sikra 100% finansiering for 100% volum av gjestepasientar.

Helse Vest fekk tildelt meir middel i samband med revisjonen av den nasjonale inntektsfordelingsmodellen. Administrerande direktør tilrår at mengda middel som vert fordelt blir auka opp i inntektsfordeling 2022. Dette vil langt på veg utlikna det som elles ville ført til ein reduksjon i inntekter i Helse Bergen på grunn av modellen.

Ideelt sett hadde ein modell utan bruk av skjønn vore å føredra. Bruken av skjønnskot er valt som ein følgje av at det ikkje har vore mogleg å etablera eit analytisk grunnlag, dvs. finne

fram til variablar som har vore egna til å predikera ufrivillige kostnader som er særlege ved regionsjukehus. Det å få ei modellmessig god beskriving av kostnader ved høgspesialiserte tenester har vore tema i alle revisjonane av inntektsmodell i Helse Vest og så vidt administrerande direktør kjenner til i alle andre regionale føretak sine arbeid med inntektsfordelingsmodellar.

For å laga ein modell for dette må ein først finne data av god kvalitet som kan beskrive ufrivillige kostnader relativt til andre føretak. Ein må i tillegg finne eit signifikant samband mellom variablane og det ufrivillig høge kostnadsnivå som følgje av desse høgspesialiserte tenestene. Dette har så langt ikkje lukkast og skjønnskot er derfor nytta som det beste alternativet som er tilgjengeleg. Det er både dokumenterbart og meir forståeleg å legge til grunn eit grunnleggjande skjønnskot for å dekke konkrete kostnader til eit konkret formål.

Helse Bergen har i si høyring bedt om å utsetja endeleg behandling av inntektsfordelingsmodellen. Administrerande direktør vil ikkje tilrå å utsetja endeleg behandling av saka. Grunnen er at eit slikt arbeid vil krevja lengre tid enn til styremøtet i september, og at utfallet av eit slikt arbeid er usikkert på den måten at det er sannsynleg at ein vil måtte lande på same løysinga igjen med skjønnskot.

Administrerande direktør vil likevel i samband med utarbeiding av oppdrag for revidering av modell for det prehospitale området på ny vurdere om det er mogleg å finne analytisk grunnlag for å modellere det som prosjektgruppa har søkt å få løyst gjennom skjønnskot til Helse Bergen. Dersom ein ikkje finn betre løysingar på dette, meiner administrerande direktør at skjønnskota til Helse Bergen blir vidareført slik som prosjektgruppa har føreslått.

Med bakgrunn i dette tilrår administrerande direktør derfor at inntektsmodellen for Helse Vest blir godkjent som prosjektgruppa har føreslått og at den blir lagt til grunn for inntektsfordelinga for 2022.

Administrerande direktør støtter forslaget frå prosjektgruppa om ein revisjon av fordelingsmodell på det prehospitale området med mål om å nytta ny modell i samband med inntektsfordelinga for 2023.