

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 31.05.2022
SAKSHANDSAMAR: Siri Leidland Dalsrud
SAKA GJELD: **Utarbeiding av ny inntektsmodell for prehospitala tenester i Helse Vest**

ARKIVSAK: 2021/1008
STYRESAK: **064/22**

STYREMØTE: **13.06.2022**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret vedtar inntektsmodell for prehospitala tenester og ber om at modellen blir nytta i inntektsfordelinga for 2023.
2. Det blir gjort ei gradvis innføring av ny modell for prehospitala tenester.

Fakta

I styresak 049/21 i juni 2021 godkjente styret i Helse Vest ein ny inntektsmodell som fordeler middel mellom helseføretaka i regionen.

Styret vedtok å få utgreidd ein revidert modell for prehospitala tenester, med sikte på å ha modellen klar til inntektsfordelinga for 2023. I samband med utarbeiding av oppdrag for prehospitala tenester ba styret administrerande direktør og å vurdere om det er analytisk grunnlag for å modellere kostnader til regionale funksjonar eller om det er mest formålstenleg å halde fram med element av skjønnskott slik som i dag.

Helse Vest har fått bistand frå professor Jon Magnussen, NTNU og seniorforskar Kjartan Sarheim Anthun, Sintef i arbeidet og i gjennomgangane som er gjort av modellen. Desse to var også sentrale i utarbeidinga av den gjeldande nasjonale inntektsmodellen.

Prosjektgruppa har hatt følgjande mandat:

Prosjektgruppa skal utvida inntektsmodellen med objektive kriterium som fangar behovet for prehospitala tenester (ambulansse og pasienttransport), med sikte på å kunna fasa ut den delen av dagens modell som baserer seg på historisk fordeling av middel til prehospitala tenester. Modellen må byggja på offentleg tilgjengelege datakjelder som er robuste over tid.

Modellen skal ta omsyn til meirkostnader knytt til strukturelle føringar som følgje av nasjonale og regionale vedtak. Modellen skal òg understøtta vedtatt funksjonsfordeling i regionen, og understøtta ein mest mogleg effektiv drift og kontinuerleg betringsarbeid både i dei enkelte HF og i regionen samla. Spesielt skal modellen understøtta målet om likeverdige helsetenester og bidra til at fordelinga av faktisk forbruk av spesialisthelsetenester konvergerer mot fordelinga i forventa behov for spesialisthelsetenester i heile regionen.

Dersom innføringa av nye kriterium fører til store fordelingsverknader, skal prosjektgruppa leggja fram forslag til overgangsordningar som bidreg til ei god innføring av del-elementet. I arbeidet skal det leggest stor vekt på god forankring av ein best mogleg felles forståing for elementa til modellen, logikk og empiriske avleiingar.

Prosjektgruppa skal og vurdere om det er analytisk grunnlag for å modellere kostnader til regionale funksjonar eller om det er mest formålstenleg å halde fram med element av skjønnskott slik som i dag.

Prosjektgruppa har hatt følgjande samansetning:

Leiar:

Økonomi- og finansdirektør Helse Vest RHF Per Karlsen

Medlemmer:

Fagdirektør Baard-Christian Schem, Helse Vest RHF

Økonomi- og finansdirektør Tor Albert Ersdal, Helse Stavanger

Konstituert økonomi- og finansdirektør Kjell Rune Hellesund, Helse Fonna

Økonomi- og finansdirektør Hege Etterlid, Helse Fonna

Økonomidirektør Kristin Pundsnes, Helse Bergen

Økonomidirektør Øystein Hellese, Helse Førde

Klinikksjef Lena Ailin Heimvik, Helse Stavanger

Fagdirektør Haldis Johanne Økland Lier, Helse Fonna

Fagdirektør Marta Ebbing, Helse Bergen

Klinikkdirektør Tom Guldhav, Helse Førde

Konserntillitsvald Oddvin Næsse

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)

Kommentarar og vurdering

Administrerande direktør er nøgd med at det er levert ei innstilling som ei samla prosjektgruppe stiller seg bak.

I arbeidet med å laga ein ny inntektsfordelingsmodell på det prehospitale området har det vore viktig med involvering av føretaka. Dette er viktig for å få semje og tillit i regionen rundt inntektsfordelingsa. I prosjektgruppa har difor føretaka òg denne gongen 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 utforska om ulikskapar lét seg dokumentere gjennom analysar. Seks møte er gjennomført med prosjektgruppa. På denne måten har føretaka fått god forståing både av det modelltekniske og for dei ulike utfordringane som kvart av føretaka har.

Om modellen og prosjektgruppa sitt forslag

Dagens modell i Helse Vest vart vedtatt i styresak 049/21. Han er basert på den nasjonale modellen, men justert og tilpassa forholda i Helse Vest på nokre område. Modellen som vart vedtatt i 2021 inkluderte ikkje revisjon av behovs-/kostnadsindeksar for prehospitale tenester, eller revisjon av storleiken på beløpet til fordeling basert på desse.

Budsjettandeler til fordeling 2022

		Andel fordelt	Andel kostnad
Til fordeling	23 541 924		
Somatikk	17 202 362	0,7307	0,7158
PH-V	3 548 565	0,1507	0,1477
PH-BUP	811 906	0,0345	0,0338
TSB	998 108	0,0424	0,0415
Prehospitale	980 982	0,0417	0,0613

Når behovs- og kostnadsindeksar for prehospitale tenester blir oppdatert vil òg beløpet som blir fordelt etter desse måtte oppdaterast. I dagens modell blir 4,17 % av ramma fordelt etter dei nøklane for prehospitale tenester som vart utvikla i 2013. Oppdaterte tal betyr at denne delen skal aukast til 6,13 %. Dette betyr at beløpet som blir fordelt etter behovs- og kostnadsindeksar for prehospitale tenester aukar frå om lag 981 til om lag 1 442 millionar kroner. Beløpet som blir fordelt etter behovs-/kostnadsindeksar for dei ulike behandlingstenestene blir reduserte tilsvarande. Konsekvensen av dette er at ein ny modell for prehospitale tenester gir to typar fordelingsvirkningar: For det første vil fordelinga mellom helseføretaka endrast dersom behovs- og kostnadsindeksen for prehospitale tenester blir endra. For det andre vil fordelinga mellom helseføretaka endrast fordi beløpet som no blir fordelt etter nøklane for behandlingstenester (somatikk/phv/tsb) blir mindre. Denne fordelingseffekten er ein direkte konsekvens av at ein valde å behalda beløpet fordelt etter modell for prehospitale tenester ved revisjonen i 2021.

I arbeidet med revisjon av modellen er det gjennomført separate analysar av forhold som kan påverke behovet for pasientreiser og ambulansetenester. Datagrunnlaget gir ikkje moglegheit for eigne analysar av forhold som påverkar kostnadsnivået for tenestene. Her er derfor tatt utgangspunkt i det faktiske kostnadsnivået, slik dette kjem fram av tal frå Helsedirektoratet/Samdata.

Analysar av pasientreisar

Behovsindeksen – pasientreiser

Det er to typar pasientreiser:

Reiser med rekvisisjon er reiser som blir bestilt av helsetenesta, medan reiser utan rekvisisjon er reiser som blir bestilt av pasienten sjølv og blir søkt refundert i ettertid. I analysane er desse behandla samla.

I utgangspunktet er det rimeleg å anta at volumet av pasientreiser i eit helseføretak blir bestemt av sjukdom hos befolkninga (og dermed behov for helsetenester), busetjingsmønster og sjukehusstruktur. Det er vidare rimeleg å anta at kostnadene er avhengig av reiselengde. Vi analyserer derfor behovet for pasientreiser som behov for «transporterte kilometer».

Modellen beskriv relativt behov (altså ikkje absolutt behov) for pasientreiser. Relativt behov finn vi ved å analysere forholdet mellom faktisk bruk av tenester og faktorar som kan påverka dette. Faktorane blir grupperte i tre:

- kjønn og alder
- sosioøkonomi
- busetjingsmønster og sjukehusstruktur

Tre variablar som beskriv busetjingsmønster og sjukehusstruktur har betydning. Både reisetid til næraste universitetssjukehus, reisetid til næraste akuttssjukehus og reisetid til næraste sentralsjukehus er signifikant assosiert med bruken av pasienttransport. I tillegg slår del eldre over 80 år ut. Til saman forklarar desse faktorane vel 89 % av den observerte variasjonen på kommunenivå.

Vi vurderer at det særleg er tre grunnar til at det kan vera forskjellar mellom helseføretaka i kor stor grad modellen predikerer faktisk forbruk. For det første kan den empiriske analysen slå skeivt ut for enkeltkommunar sjølv om den «treff godt» for kommunane samla. For det andre kan det vera forskjellar i kor grensa går før ein rekvirerer/godkjenner reiser mellom helseføretaka. For det tredje vil delar av reisene vera for bruk av kommunale tenester, og det kan vera forskjellar mellom kommunane i praktisering av rekvisisjon av reiser.

Vurderinga i prosjektgruppa er at ein for inntektsmodellen for Helse Vest bør leggja meir vekt på den faktiske bruken av pasientreiser enn det forventa nivået som følgjer av analysen som har blitt gjort. Hovudgrunnen til dette er at modellen synest å gi urimelege utslag for særleg Stavanger og Sandnes. Det vil igjen påverka inntektsfordelinga mellom dei fire helseføretaka. Det blir derfor foreslått at ein nyttar ein behovsindeks som er 75 % baserte på faktisk forbruk og 25 % baserte på resultata frå analysen.

Forslaget prosjektgruppa har til indeks fører til at behovsindeksen som blir nytta i inntektsfordelinga ikkje avvik vesentleg frå det faktiske forbruket. Ved å leggja stor vekt på faktisk bruk av tenester er det særleg Helse Fonna og Helse Stavanger som blir påverka. Samtidig er endringane frå dagens modell størst for desse føretaka.

Kostnadsindeksen – pasientreiser

Tabellen under viser forskjellane mellom helseføretaksområda i kostnad pr transporterte kilometer:

Kostnad pr km pasientreiser. Gjennomsnitt 2017-19.

	Kostnad pr km (kr)	Kostnadsindeks
Helse Stavanger	9,03	1,10
Helse Fonna	6,27	0,76
Helse Bergen	12,77	1,55
Helse Førde	6,32	0,77
Helse Vest	8,24	1,00

Det har vist seg vanskeleg å skilja ut kostnad etter transporttype fordi ein ikkje kan fordela kostnadene på reiser med og utan rekvisisjon. Kostnadene i tabellen er baserte på tal frå Helseledingsdirektoratet/Samdata. Dette er bruttokostnader for heile tenesteområdet, og omfattar både reiser med og utan rekvisisjon, alle transportformer og dessutan eventuelle kostnader for sjølve pasientreisekontoret.

Dei observerte forskjellane i kostnadsnivået mellom helseføretaka kan skyldast:

- forskjellar i bruk av transporttype (taxi vs. buss vs. fly)
- forskjellar i grad av samkjøring
- forskjellar i pris pr. km for same transporttype

Prosjektgruppa meiner at dei observerte forskjellane er av ein slik storleik at dei bør takast omsyn til i ein inntektsfordelingsmodell. Samtidig kan ein altså ikkje avvise at delar av forskjellane kan skyldast organisering av tenestene. På same måte som for behovsindeksen blir det derfor anbefalt å leggja 75 % vekt på det faktiske kostnadsnivået ved fastsetjing av kostnadsindeksen.

Kostnadsindeksar - pasientreiser

	Faktisk kostnad ¹	75 % faktisk kostnad
Helse Stavanger	1,10	1,07
Helse Fonna	0,76	0,82
Helse Bergen	1,55	1,41
Helse Førde	0,77	0,83
Helse Vest	1,00	1,00

Analysar av ambulansetenester

Behov for ambulansetransport

Analysane er baserte på aktivitet i perioden 2017-2019. Seinare år blir halde utanfor for å unngå mellombelse endringar som følgje av pandemien. Aktivitet blir målt som minutt frå oppdrag er registrert til ambulanse er meldt ledig på stasjon. Tabellen under viser absolutt og relativt forbruk.

Aktivitet ambulansetenester pr helseføretak. Gjennomsnitt 2017-19

	Minutt/innbyggjar	Forbruksindeks
Helse Stavanger	9.90	0.65
Helse Fonna	22.00	1.44
Helse Bergen	12.98	0.85
Helse Førde	32.12	2.11
Helse Vest	15.29	1.00

På same måte som for pasientreiser beskriv modellen relativt behov (altså ikkje absolutt behov) for ambulansetenester. Relativt behov finn vi ved å analysera forholdet mellom faktisk bruk av tenester og faktorar som kan påverka dette. Faktorane blir grupperte i tre:

- alder
- sosioøkonomi
- busetjingsmønster

Tre av strukturvariablane, reisetid til universitetssjukehus, reisetid til næraste sentralsjukehus (kvadrert) og reisetid til næraste akuttsjukehus, er positivt assosiert med bruk av ambulansetenester. I tillegg er del med alder over 67 år positivt assosiert med bruken av ambulanse. Desse fire faktorane forklarar nær 84 % av variasjonen mellom kommunar.

Kostnadsindeksen – ambulanse

Kostnadsindeksen for ambulansetenester skal fanga opp uforskyldte forskjellar i einingskostnader, altså kostnad pr. minutt, mellom dei fire helseføretaka. Det er ikkje gjort egne analysar av kostnader, men berekna ein kostnadsindeks med utgangspunkt i faktiske kostnader slik dei blir rapporterte i Helsedirektoratet/Samdata. Kostnadsindeksen beskriv dermed dei faktiske relative kostnadsforskjellane mellom helseføretaka.

Faste kostnader i ambulansetenesta

Delar av kostnadene knytt til ambulansetenesta vil vera faste, dvs. uavhengige av den faktiske bruken av ambulansetenester. I særleg grad vil dette gjelda beredskapskostnader. Behovet for ressursar i ambulansetenesta kan dermed (noko forenkla) beskrivast som:

Totalt ressursbehov = Ressursar til å dekke faste kostnader/beredskap + Ressursar til å dekke utrykking/transport

Prosjektgruppas tilnærming er at den faktiske kostnadsfordelinga mellom helseføretaka på ein tilstrekkeleg måte reflekterer forskjellane i faste kostnader og kostnader til beredskap. Diskusjonen i prosjektgruppa har derfor gått på kor stor del av dei samla kostnadene desse faste kostnadene utgjør. Tre typar informasjon blir nytta:

- Helseføretakas faktiske del av samla regnskapsførte kostnader til ambulansar blir nytta for å fordela den delen av inntektsramma som tar omsyn til at det er faste kostnader/beredskap i ambulansetenesta.
- Det forventa behovet i helseføretaka for ambulansetenester («transport») blir nytta i fordeling av den resterande delen av inntektsramma, men...
- ...dette behovet må justerast for forskjellane i faktisk kostnadsnivå mellom helseføretaka.

Vurderinga i prosjektgruppa er at ein betydeleg del av kostnadene knytt til ambulanseverksemd er faste. Dette kan vera kostnader knytte til ein basestruktur som ikkje kan endrast på kort sikt, kostnader knytt til type stasjonar o.l. Prosjektgruppa anbefaler derfor at 75 % av inntektene som blir fordelt etter modell for ambulansetenester blir fordelt etter faktiske kostnader, medan dei resterande 25 % blir fordelt etter behovsindeks og faktisk kostnadsindeks.

Når ein så stor del av kostnadene blir vurderte som faste, samtidig som det i den delen av ramma som blir fordelt etter forventa behov òg blir justert for faktisk kostnadsnivå inneber det at modellen i stor grad må antakast å fanga opp lokale særtrekk ved ambulansetenestene.

I noka grad er det slik at pasientar kan få dekt behovet for ambulansetransport frå ambulansar frå eit anna helseføretak.

Prosjektgruppa vurderer at omfanget av bruk av andre helseføretak sine ambulansar er lite. Samtidig vil helseføretaka, når ein så stor del som 75 % av kostnadene blir vurdert som faste, allereie bli kompensert for dette. Det blir derfor ikkje foreslått ytterlegare omfordeling utanfor modell.

Båtambulansar

Båtambulansar blir fordelt utanfor modell etter anslåtte kostnader. Kostnadane er henta frå ein rapport om ambulansetjenester i Noreg. Kostnader til båtambulanse er trekt frå i utrekninga av kostnadsindeksar for bilambulanse.

Oppsummering og omfordelingseffektar

Den samla fordelingseffekten av forslaget til ny modell består av ulike komponentar. For det første vil nye behovs- og kostnadsindeksar for både pasientreiser og ambulansetenestene påverka fordelinga. For det andre er forholdet mellom bruk av ressursar på pasientreiser og på ambulansetenester endra sidan 2013. Dermed vil ein større del av beløpet som blir fordelt etter modellen for prehospitala tenester blir fordelt etter modellen for ambulansetenester. For det tredje er delen som blir fordelt basert på modellen for prehospitala tenester auka og delen som blir fordelt basert på den vedtatte modellen for behandlingstenester tilsvarande redusert.

For detaljar om årsakene til fordelingseffektane blir det vist til vedlegget til prosjektgruppa si rapport.

Omfordelingseffekt – 1000 kr

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Endra beløp som blir fordelt etter prehospital modell	-35 177	13 688	-34 804	56 293
Revidert modell	-12 706	-13 026	39 153	-13 422
Samla	-47 883	662	4 349	42 872

Regionsjukehuskostnader

Prosjektgruppa har gjort ei vurdering på om det er analytisk grunnlag for å modellera kostnader til regionale funksjonar eller om det er mest formålstenleg å halde fram med element av skjønnsstilskot slik som i dag.

Det er fleire årsaker til at det er vanskeleg å modellera kostnader til regionale funksjonar. Desse står omtalt i rapporten og prosjektgruppa har konkludert med at den ser på det som eit alternativ å gjera ny vurdering av forhold som ligg utanfor modellen, særleg knytt til regionfunksjonar ved ein framtidig revisjon. Det er mulig å gjennomføra ein meir detaljert gjennomgang ved bruk av KPP data. Prosjektgruppa peiker på at eit slik arbeid vil være omfattande og det er uvisst om det vil føre med seg vesentleg endring i fordelinga av inntekter.

Høyringsuttaler

Høyringsuttalene frå HF-a har vore behandla i HF-styra i løpet av mai. 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, men med nokre merknader frå dei ulike HFa.

Helse Stavanger HF

Helse Stavanger støtter innstillinga til revisjon av inntektsfordelingsmodell for prehospitala tenester i Helse Vest, men er usikre på om modellen i tilstrekkeleg grad fangar kostnadene med drift av prehospitala tenester i eit storbyområde. Føretaket løftar og fram den vesentlige fordelinga av middel som gis utanfor modellen og meiner at denne fordelinga i større grad må bli jevna ut mellom alle føretaka i Helse Vest. Helse Stavanger er òg bekymra for at rekkefølga på arbeidet med inntektsfordelingsmodellane, der det først blei arbeid med ein regional modell for alle tenester utanom prehospitala tenester for deretter å arbeide med prehospitala tenester samla sett har ført til at føretaket har fått færre midlar tildelt.

Helse Fonna HF

Helse Fonna HF støttar forslaget til oppdatering av modell for inntektsfordeling prehospitala tenester. Føretaket held fram at dei prinsippa ein vel for inntektsfordeling, må stimulere til god drift med tenester av lik kvalitet for befolkninga i Helse Vest. Prinsippa for inntektsfordeling bør støtte opp om ei slik utvikling. Helse Fonna stiller spørsmål ved om ei så stor fordeling etter faste kostnadar sementerer situasjonen slik den er i dag. Ved ny revisjon av modellen bør ein søke å finne prinsipp som stimulerer til ei kostnadseffektiv drift med god kvalitet.

Helse Bergen HF

Helse Bergen støttar forslaget til oppdatering av inntektsfordelingsmodell prehospitala tenester. For Helse Bergen er det viktig at kostnadsdrivarane ved å drifte i ein storby i stor nok grad blir reflektert og kompensert i ein inntektsfordelingsmodell. Føretaket støttar og at innbyggjarane i Gulen og Eidfjord kommune blir behandla og kostnadmessig kompensert for i Helse Bergen.

Helse Bergen stiller seg bak forslaget om at ein legg til grunn 75 % av faktisk bruk og faktisk kostnadsnivå i forslaget til modell. For ambulansetenesta stiller føretaket likevel spørsmål ved om faktiske forhold burde hatt endå høgare vekt enn 75 %, eller alternativt at storbyulempar og «intensivambulanse» blir kompensert for utanfor modell. Helse Bergen meiner i tillegg at dei samla regionsjukehusfunksjonane ikkje er godt nok teke i vare i gjeldande modell.

Helse Bergen sitt styre ber etter sin behandling av saka om at det seinast ved neste revisjon av inntektsmodellen blir sett av nok ressursar til å få nærare innsikt i regionale forhold og drift. Helse Bergen meiner det er sentralt at kostnadskomponenten i ein regional modell byggjer på regionale analyser av regionale kostnadsdrivarar.

Helse Førde HF

Styret i Helse Førde støttar forslaget til ny inntektsfordelingsmodell for prehospitala tenester i Helse Vest, men oppmodar Helse Vest til å vurdere beløpet som blir fordelt gjennom denne modellen, årleg. Behovet innanfor somatikk, psykisk helsevern og prehospitala tenester kan utvikle seg ulikt framover. Grunnlaget i fordelinga mellom inntektsmodellane byggjer på at faktisk fordeling av ressursar mellom tenesteområde reflekterer behovet i befolkninga. Dette føreset jamleg oppdatering av beløpa som vert fordelt i dei ulike modellane.

Konklusjon

Administrerende direktør ser at styra i helseføretaka i støtter prosjektgruppa sitt forslag til modell. Det er viktig å ha ein regional inntektsmodell som er godt forankra og som bidreg til like helsetenester i heile regionen.

Høyringsuttalene frå styra i HFa gir fleire innspel til forhold som ein kan vurdere ved neste revisjon av inntektsfordelingmodellen.

Med bakgrunn i dette tilrår administrerende direktør at fordelingsmodell på det prehospitale området blir godkjent som prosjektgruppa har foreslått og at den blir lagt til grunn for inntektsfordelinga for 2023.

For å letta omfordelingseffektar ved innføring av modellen tilrår administrerende direktør at modellen blir innført over to år.

Vedlegg:

Vedlegg 1 – Høyringsbrev – revidering av inntektsmodell i Helse Vest

Vedlegg 2 – Rapport – revisjon av inntektsfordelingsmodellen for prehospitale tjenester

Vedlegg 3 – Høyrings svar frå Helse Stavanger HF

Vedlegg 4 – Høyrings svar frå Helse Fonna HF

Vedlegg 5 – Høyrings svar frå Helse Bergen HF

Vedlegg 6 – Høyrings svar frå Helse Førde HF