

[MottakerNavn]

[Adresse]

[Postnr] [Poststed]

[Kontakt]

Vår ref.
2020/536 - 19682/2020Deres ref.
[Ref]Saksbehandler
Kjell SolstadDato
23.10.2020

Høringsbrev for justering av inntektsfordelingsmodell for HF-ene i Helse Midt-Norge

Styret for Helse Midt-Norge RHF (HMN RHF) vedtok i sak nr 104/2020 at notatet «Høringsnotat for justering av inntektsfordelingsmodellen for HF-ene i Helse Midt-Norge» sendes på høring. Styret i HMN er fornøyd med at det er enighet i styringsgruppen og arbeidsgruppen om prinsipper for justering av inntektsfordelingsmodell i Helse Midt-Norge. Konklusjonen er at man bør legge til grunn de samme prinsippene som i den nasjonale modellen, samt gi St. Olavs hospital et eget regionsykehustilskudd for å fange opp lokale variasjoner som ikke ivaretas i den nasjonale modellen.

Høring

Styret i HMN RHF beslutter endelig utforming av inntektsfordelingsmodellen for HF-ene i HMN. Før saken legges fram for styret er det ønskelig at de tre berørte HF-ene får uttale seg om den foreslåtte løsningen for justering av inntektsfordelingsmodellen. I tillegg inviteres det til en åpen høring om forslag til justering av modell. Foreslått justering og beskrivelse av arbeidet finnes i vedlagte notat «Høringsnotat for justering av inntektsfordelingsmodellen for HF-ene i Helse Midt-Norge».

I høringsuttalelsene er det ønskelig at det spesielt legges vekt på:

- Fastsetting av kostnadsindeks (som består av 75 prosent estimert og 25 prosent faktisk kostnadsnivå, jf side 51 i høringsnotatet) og kriterier for og størrelse på regionsykehustilskuddet
- Innretning for gjestepasientoppgjør (jf side 51 og 52 i høringsnotatet)
- Implementeringsperioden

Helseforetakene bes i sin høringsuttalelse redegjøre for hvilke kriterier de legger vektlegger i sitt forslag til regionsykehustilskuddets størrelse.

Det er ønskelig at det foretas en lokal styrebehandling av innspillene fra hvert HF. Frist for innsending av hørings svar settes til 30. november 2020.

Nærmere om justering av modellen i HMN i tråd med prinsippene i Magnussen2-utvalget

I høringsnotatet foreslås en implementering av Magnussen2-utvalgets prinsipper (NOU 2019: 24, Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak) i inntektsfordelingsmodellen for Helse Midt-Norge (HMN). Prinsippene er tilpasset de lokale forholdene internt i regionen.

Hovedprinsippene i Magnussen2-utvalget er at i fordeling av inntekter mellom de regionale helseforetakene (RHF-ene) skal det tas hensyn til befolkningens behov i RHF-ene og forskjeller i HF-enes kostnadsulemper. En kostnadsulempe er driftsmessige forhold i pasientbehandlingen som skaper forskjeller i kostnadsnivå som HF-ene ikke kan påvirke selv. Behovskomponenten i den nasjonale modellen som HMN legger opp til å følge, utgjør 98,6 prosent av basisrammen for vår region. Kostnadskomponenten utgjør 1,4 prosent av rammen og består av 75 prosent estimert kostnadsnivå og 75 prosent faktisk kostnadsnivå.

Vurderingene i arbeidsgruppen og styringsgruppen har gått på i hvor stor grad de nasjonale prinsippene med store volumer passer når vi anvender dem på mindre volumer for HF-ene internt i HMN. Vurderingen har vært at behovsindeksene kan anvendes slik de er utformet i Magnussen2-utvalget, mens det er behov for å gjøre tilpasninger i kostnadsindeksen som skal beskrive kostnadsulempene for HF-ene internt i regionen.

Vurdering av kostnadsulemper

Magnussen2-utvalget har gjennom en regresjonsmodell forsøkt å estimere hvordan sammenhengen mellom kostnadsnivå og ulike kostnadsdrivere er. Hensikten er å fange opp forhold ved drifta av sykehusene som har konsekvenser for kostnadsnivået og som sykehusene ikke kan styre eller påvirke sjøl. Dette er ut fra en tanke om at forskjeller i kostnadsnivå mellom sykehus i Norge består av to forhold:

- Kostnadsulemper (egenskaper ved driften som gir økte kostnader i pasientbehandlingen som de ikke kan påvirke sjøl)
- Effektivitetsforskjeller

Hvor stor del av kostnadsnivået som består av effektivitet og hvor stor del som er knyttet til kostnadsulemper kan ikke leses direkte ut av kostnadsnivåmålet. Derfor har Magnussen2-utvalget for andre gang laget en modell som kan beskrive hvordan kostnadsulemper påvirker kostnadsnivået. Hensikten er at det i finansieringen skal kompenseres for kostnadsulemper, men det skal ikke kompenseres for effektivitetsforskjeller.

Magnussen2-utvalget endte opp med at det var fire kostnadsdrivere som forklarte kostnadsforskjellene:

- Forskjeller i bosettingsmønster målt som reisetid fra kommunesentrum til nærmeste 20 000 innbyggere. Kostnadsnivået øker med økt reisetid
- Forskning målt som forskningspoeng per 1000 DRG-poeng. Kostnadsnivået øker med økt forskningsnivå
- Utdanning målt som antall LIS-leger per 1000 DRG-poeng. Kostnadsnivået øker med økt utdanningsnivå
- Størrelse målt som brutto driftsutgifter og brutto driftsutgifter kvadrert. Kostnadsnivået endres ikke-lineært med størrelse

Dette er kostnadsdrivere som fanger opp direkte det disse driverne beskriver sjøl, men de antas også å fange opp indirekte andre forhold ved driften av HF-ene som disse fire driverne samvarierer med (såkalte proxy-variabler). Region- og universitetsfunksjonen er en av disse forholdene som skal fanges opp gjennom disse. Disse fire kostnadsdriverne ga signifikante og stabile effekter på kostnader per DRG-poeng mellom RHF-ene. Det er spesielt to av driverne som antas å fange opp region- og universitetsfunksjonen, og det er forskning og størrelses faktorene.

Magnussen2 estimert kostnadsnivå likt i HMN

Det er ikke slik at man nødvendigvis finner de samme effektene av de samme driverne når modellen benyttes mellom HF internt i en region. Det kan godt være mulig at andre modeller bedre fanger opp forskjeller i kostnadsnivåene enn den modellen som ble benyttet mellom RHF-ene. Driveren størrelse fanger antakelig ikke opp det poenget at regionsykehusene generelt sett har mer kompleks

sammensetning av spesialiteter, mer kompleks infrastruktur etc, og det er bare Oslo universitetssykehus (OUS) av regionsykehusene som får stordriftsulempere gjennom denne modellen, alle de andre regionsykehusene får stordriftsfordeler.

For HMN blir de estimerte kostnadsnivåene identiske mellom HF-ene når den nasjonale regresjonsmodellen benyttes. Dette gir et avvik mellom estimerte kostnadsnivåer og faktiske kostnadsnivåer for HF-ene som blir størst for St. Olav. Hvis likt estimert kostnadsnivå beskriver de reelle kostnadsulempene ved HF-ene 100 prosent perfekt, betyr det at avvikene mellom faktisk og estimert kostnadsnivå er effektivitetsforskjeller. Dette betyr i så fall at St. Olav er mindre effektive enn Helse Møre og Romsdal (HMR) og Helse Nord-Trøndelag (HNT).

Faktiske kostnadsnivåer somatisk sektor og effektivitet

Tall fra Helsedirektoratets SAMDATA-rapporter over kostnader per DRG-poeng fra 2017 og 2018 viser at «ikke-regionsykehus» og regionsykehus (de fire klassiske regionsykehusene) har ulikt gjennomsnittlig kostnadsnivå. Gjennomsnittlig kostnadsnivå ved «ikke-regionsykehusene» har en indeks på 0,95 i begge årene i forhold til gjennomsnittskostnaden for alle HF-ene samlet som er lik 1,0. Gjennomsnittet for de fire regionsykehusene utgjør 1,09 og 1,08 henholdsvis i 2017 og 2018 i forhold til det samme landsgjennomsnittet. Dette betyr at gjennomsnittskostnaden for ikke-regionsykehus er lavere enn gjennomsnittskostnad for de fire regionsykehusene.

HMR og HNT har indekser som ligger over gjennomsnittet for «ikke-regionsykehusene». Variasjonen innen denne gruppen er stor der lavest indeks er 0,84 og høyest er 1,38. HMR har en indeks på 1,01 i 2017 og 1,00 i 2018, mens HNT har noe høyere kostnadsnivå med 1,05 og 1,03 henholdsvis for de to årene.

For St. Olav er indeksene på samme nivå som gjennomsnittet for regionsykehusene med 1,08 begge årene. Av regionsykehusene er lavest nivå på 0,97 og 0,95 henholdsvis for 2017 og 2018 og høyest med henholdsvis 1,17 og 1,19 for de to årene. St. Olav ligger likt med gjennomsnittet for regionsykehusene og har det nest laveste kostnadsnivået av disse fire.

Vi kan ikke konkludere med at det er bedre effektivitet ved HMR og HNT enn ved St. Olav og det er ikke rimelig at HF-ene skal ha samme nivå på estimerte kostnadsnivå. Dette underbygges også ved at de estimerte kostnadsnivåene kun forklarer 64 prosent av kostnadsnivåene i HMN, mens det for de andre RHF-ene er en forklaringsfaktor på mellom 93 og 96 prosent internt i regionene. Med bakgrunn i dette har arbeidsgruppen og styringsgruppen foreslått at det tildeles et regionsykehustilskudd til St. Olav siden regionsykehusene generelt sett har mer kompleks sammensetning av spesialiteter, mer kompleks struktur etc.

Med vennlig hilsen

Stig A. Slørdahl
administrerende direktør

Anne-Marie Barane
Økonomidirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Vedlegg: Høringsnotat for justering av inntektsfordelingsmodell for HF-ene i Helse Midt-Norge, notat av 22.10.2020

