

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
77/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Gøril Bertheussen

Høring - Revisjon av regional inntektsfordeling for somatikk**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til høringsuttalelsen fra UNN på forslag til revidert regional inntektsfordelingsmodell for somatikk, med hovedkonklusjon om at arbeidet med ny modell bør avvendes inntil resultatet av arbeidet med en ny nasjonal modell foreligger.
2. Styret ber om at utdanningskomponenten i inntektsfordelingsmodellen gjennomgås før den implementeres videre.

Bakgrunn

Helse Nord RHF har konkludert med at det er behov for å utvikle en ny inntektsfordelingsmodell for somatikk. Det er flere årsaker til dette. Ett forhold er at det er ulikt syn på hvorvidt dagens modell gir riktig fordeling av ressursene. Et annet at det er påpekt feil i grunnlagsdata for beregningene samt at det har skjedd endringer i helseforetakene som ikke ivaretas i modellen.

Arbeidet med å utarbeide forslag til revidert modell har vært organisert som et regionalt prosjekt, der alle sykehusforetakene i regionen og det regionale foretaket har hatt medlemmer i prosjektgruppen. Eierdirektør i Helse Nord RHF sammen med de fire sykehusforetaksdirektørene og en konserntillitsvalgt har utgjort styringsgruppen.

Formål

Formålet med saken er å få styrets tilslutning til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s høringsuttalelse på det foreliggende utkast til revidert regional inntektsfordelingsmodell for somatikk.

Saksutredning

Hovedmålet for prosjektet har vært å få vurdert om det har skjedd utvikling i helseforetakene som tilsier endring i fordeling av inntekter i regionen, samt å gi inntektsfordelingsmodellen for

somatikk legitimitet. Et delmål har vært å oppnå en vesentlig reduksjon i tidsbruk til diskusjon om fordeling av inntekter. Effektmål har vært å oppnå større grad av trygghet for at modellen støtter opp om riktig og optimal fordeling av ressursene i regionen. I tillegg ønsker man å oppnå incentiver som støtter opp om avdekking og reduksjon av uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester.

Prosjektet har hatt fire sentrale problemstillinger i arbeidet med å videreutvikle inntektsfordelingsmodellen for somatikk:

- utfordringer knyttet til kostnadsindeksanalysene
- utfordringer knyttet til regionale funksjoner som gis særskilt finansiering samt overgangsordninger
- utfordringer knyttet til forbruksvariasjoner mellom helseforetaksområdene
- Begrunnelse for bruk av skjønn

Grunnlagsdata for beregning av kostnadsulemper/ kostnadskomponenter er gamle, og i stor grad ikke oppdatert på mer enn 10 år. Dette gir ikke et godt grunnlag for en revidert inntektsfordelingsmodell, og heller ikke et nøyaktig bilde på dagens situasjon.

I arbeidet i prosjektgruppen er det blant annet brukt data for kostnader pr. pasient (KPP). Slike KPP-data er det nylig utviklet modeller for, og data foreligger kun for ett år (2017). Det er grunn til å tro at disse dataene ikke gir et riktig bilde, blant annet av kostnadene ved tunge regionfunksjoner.

For UNN er det i prosjektet lagt for liten vekt på kostnadsulempen ved å være et lite regionsykehus. Det er fordyrende å gi et komplett tilbud som gir befolkningen et likeverdig tilbud med resten av landet. Ett punkt i dette er at UNNs mange vaktordninger i svært mange spesialiteter i praksis fungerer som «regional bakvakt» på mange områder. Et stort antall henvendelser genererer ikke noen form for aktivtetsregistrering med tilhørende inntekter (DRG). Det krever også svært mye kostbart medisinteknisk utstyr for å opprettholde regionsykehusfunksjonene.

På bakgrunn av det UNN oppfattet som vesentlige mangler ved prosess og innhold, valgte UNN å ikke stille seg bak rapporten som ble utarbeidet, og som ligger til grunn for forslaget til inntektsfordelingsmodell som er på høring.

Den foreslåtte modell medfører en ikke ubetydelig omfordeling av inntekter fra UNN til de andre sykehusforetakene i regionen, med samlet årlig inntektsreduksjon for UNN i størrelsesorden 35 mill kr før bruk av skjønn. Skjønnsutøvelse vil sannsynligvis redusere dette beløpet noe. I tillegg kommer effekt av tidligere vedtatt endring av utdanningskomponenten i inntektsfordelingsmodellen, som medfører en omtrent tilsvarende reduksjon i UNNs inntekter når den er fullt implementert.

Det er i mai i år påbegynt et arbeid med å utarbeide forslag til ny nasjonal inntektsfordelingsmodell. Dette arbeidet skal være ferdig i 2019.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 17., 18. og 19.9.2018. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken forelegges styret for sluttbehandling. Referater og protokoller fra disse møtene behandles som egne referatsaker under styremøtet 4.10.2018.

Vurdering

Arbeidet med å revidere den regionale inntektsfordelingsmodellen for somatikk har ikke foregått slik UNN hadde forventet, og som direktøren hadde inntrykk av at det var omforent forståelse av før arbeidet startet. Det fremstår for direktøren som usannsynlig at de hovedmål, delmål og effektmål som er beskrevet i prosjektets styringsdokument kan nås.

Det nå påbegynte arbeidet med ny nasjonal inntektsfordelingsmodell vil ventelig fremskaffe oppdatert grunnlag for beregning av kostnadskomponenter og kostnadsulemper. Som det fremgår av vedlagte forslag til høringsuttalelse anbefaler direktøren derfor at det videre arbeid med revidert regional inntektsfordelingsmodell avvendes inntil resultatet av det nasjonale arbeidet foreligger.

Den reviderte utdanningskomponenten som ble vedtatt av styret for Helse Nord RHF i 2017 innehar betydelige svakheter, som etter direktørens vurdering ikke kan ha vært tilsiktet. Direktøren mener derfor at innfasing av denne komponenten må stoppes inntil nye og bedre beregninger foreligger.

Konklusjon

Et av hovedmålene med å revidere modellen var at ny modell skulle ha legitimitet i hele regionen. Slik som prosjektarbeidet er gjennomført er dette målet ikke oppnådd. Når det samtidig er påbegynt et arbeid med å utarbeide en ny nasjonal modell, anbefaler direktøren at arbeidet med den regionale modellen utsettes, og at det frem til den nasjonale modellen er revidert, utøves skjønn fra det regionale helseforetaket ved fordelingen av midler i regionen.

Tromsø, 21.9.2018

Marit Lind (s.)
Konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Høringsuttalelse fra UNN
2. Notat fra UiT Norges arktiske universitet

Høring - Revisjon av regional inntektsfordeling for somatikk Høringsuttalelse fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

1. UNN ber om at arbeidet med revidert regional inntektsfordelingsmodell for somatikk legges på is inntil arbeidet med ny nasjonal modell er konkludert

Et godt og mest mulig komplett tilbud ved regionsykehuset er avgjørende for at befolkningen i regionen skal ha et likeverdig tilbud med befolkningen i resten av landet. Det er derfor en betydelig svakhet at prosjektet ikke har kunnet adressere problemstillingen med UNNs kostnadsulemper ved å være et lite regionsykehus nærmere. Dette har også over flere år vært UNNs viktigste begrunnelse for å be om revidering av den regionale inntektsfordelingsmodellen. UNN har hatt den forventning til arbeidet i prosjektgruppen at man i prosjektets fase 1 skulle etablere konsensus om hvilke funksjoner de ulike foretakene skal ha, og da ikke minst hvilke tilbud UNN som regionsykehus skal ha for regionen. Så skulle man ut fra det utarbeide en ny modell. UNN oppfattet at det før arbeidet startet var enighet om en slik fremgangsmåte. Det man i stedet har gjort er å droppe hele fase 1, og gå rett på en teknisk tilnærming av den matematiske modellen.

Et for UNN viktig punkt som i liten grad er tatt inn i arbeidet, er at UNNs mange vaktordninger i svært mange spesialiteter i praksis fungerer som «regional bakvakt» på mange områder. UNNs høyspesialiserte funksjoner mottar daglig et stort antall henvendelser fra hele regionen med spørsmål om vurderinger som ikke medfører noen form for aktivitetsregistrering i form av besøk/ISF; mange av henvendelsene innebærer vurdering av røntgenbilder og annen dokumentasjon, og kan være betydelig arbeidskrevende, men gjenfinnes ikke i aktivitetsregistreringene. Disse oppgavene gir derfor ingen inntekt. NLSH har tilsvarende problemstilling overfor Helgeland, men dog i vesentlig mindre omfang. Dette bør få betydelige konsekvenser for den skjønnsutøvelse som legges til grunn for en ny modell.

Regionsykehusfunksjonene krever et høyt antall spesialiserte vaktlinjer og andre funksjoner, svært mye kostbart medisinteknisk utstyr mm. Fordi befolkningsgrunnlaget for UNN som regionsykehus er lite, er det mange grunner til å anta at de aktivitetsbaserte inntektene ikke er tilstrekkelige til å dekke kostnadene. Slik modellen er lagt opp, fremstår det ikke som realistisk å beregne dette matematisk. Etersom UNN ikke skiller mellom region- og lokalsykehuspasienter er det svært utfordrende å beregne hva regionfunksjonene egentlig koster (eller bør koste). Kostnader for eksempelvis nevrokirurgi fordeles på alle pasienter som håndteres av denne avdelingen, men tilbudet er der egentlig for å håndtere bare de pasienter som faktisk trenger det. Eksempelvis legges en pasient med hjernerystelse i UNN Tromsø på nevrokirurgisk avdeling fordi vi har en slik avdeling, og da fordeles kostnadene for å opprettholde en slik høyspesialisert funksjon også på denne pasienten som egentlig ikke trenger det. Dermed blir ikke kostnad per pasient (KPP)-dataene i UNN riktige i forhold til beregning av kostnadene til de høyspesialiserte funksjonene.

UNN mener ikke at prosjektgruppens argumentasjon i forhold til justering av forskningskomponenten og skjønnsmessig justering av avstandskomponenten i seg selv er feil, men ensidig justering av disse komponentene uten at problemstillingen med UNNs mulige kostnadsulemper er håndtert gjør at resultatet blir usikkert, og sannsynligvis galt.

Oppsummert er det etter UNN sitt syn vesentlige mangler/vesentlig usikkerhet ved arbeidet prosjektgruppen har gjort:

- Det foreligger ikke nye grunnlagsdata for beregning av kostnadsulemper/kostnadskomponenter. Datagrunnlaget som benyttes er over ti år gammelt.
- Det er høyst usikkert om endringer i kostnadsprofilen til foretakene kan/bør tillegges vekt
- KPP-data foreligger for kun et år, og det er sannsynlig at KPP-tallene underestimerer kostnadene ved tunge regionsfunksjoner.
- Styringsdokumentets punkt om at befolkningen i regionen skal ha et likeverdig tilbud med befolkningen i resten av landet er ikke godt fulgt opp, særlig fordi problemstillingen med kostnadsulemper ved et lite regionsykehus ikke er godt adressert.
- Med bakgrunn i gamle og sannsynligvis utdaterte grunnlagsdata, manglende matematiske modeller for å håndtere ulikheter i forbruk av spesialisthelsetjenester og de omtalte kostnadsulempene ved å være et svært lite regionsykehus mm er det åpenbart at en revidert inntektsfordelingsmodell må inneha vesentlige elementer av skjønn. Det er forhold som trekker skjønnsutøvelse i ulike retninger, og det er særdeles lite sannsynlig at det vil være enighet i regionen om hvordan skjønn skal utøves.

Ut fra ovenstående er det for UNN åpenbart at en revidert inntektsfordelingsmodell basert på det foreliggende arbeid ikke kan føre til at de i styringsdokumentet beskrevne hoved-, del- og effektmål nås. Et komplett regionsykehus er en sentral forutsetning for å sikre likeverdige helsetjenester i Helse Nord. Særlig fordi problemstillingen med særegne kostnadsulemper ved å være et svært lite universitets- og regionsykehus ikke er håndtert i arbeidet, kan UNN ikke se at det utarbeidete forslaget oppfyller dette målet. Uten at et fullverdig regionsykehusstilbud er sikret, er det etter UNNs syn også usikkert om modellen oppfyller kravet om å bidra til pasienttilbud av god kvalitet. I forhold til samhandling mellom foretak, effektiv ressursbruk og funksjonsfordeling i regionen anser vi at forslaget til revidert modell i hovedsak er nøytral i forhold til eksisterende inntektsfordelingsmodell.

Totalt sett er det derfor vesentlige grunner til å anbefale at arbeidet med ny regional inntektsfordelingsmodell legges på is inntil resultatet av arbeidet med ny nasjonal modell foreligger. Dette nasjonale arbeidet starter i mai inneværende år, og forventes ferdig i løpet av 2019.

2. UNN ber om at videre innfasing av revidert utdanningskomponent stoppes inntil komponenten er vurdert på nytt, eller til ny nasjonal inntektsmodell foreligger.

Utdanningskomponenten i inntektsfordelingsmodellen har en lang forhistorie. UNN (før 2002 RiTØ) fikk tidligere et særskilt tilskudd fra staten, på grunn av sin spesielle funksjon som region- og universitetssykehus. Tilsvarende tilskudd fikk også de øvrige regionsykehusene,

som den gang var Ullevål sykehus (Oslo kommune), Haukeland sykehus (Hordaland fylkeskommune) og Regionsykehuset i Trondheim (Sør-Trøndelag fylkeskommune).

Tilskuddet var ment å kompensere for merutgifter fylkeskommunen hadde i forbindelse med universitetsklinikkfunksjonen. Rikshospitalet og Radiumhospitalet var ikke omfattet av ordningen med regionsykehustilskudd, men fikk midler til forskning, særskilte funksjoner og utdanning integrert i driftsbevilgningen.

Tilskuddet har endret seg over tid. Siste store omlegging før etablering av de regionale helseforetakene var i 1999 da tilskuddet ble inndelt i 4 deler, hhv:

1. Basiskostnader (rettet mot ikke målbar aktivitet, anses som rammefinansiering)
2. Særskilte funksjoner (godkjente landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesentra)
3. Forskning (rettet mot konkrete forskningsprosjekt innen klinisk forskning, utprøvende behandling). Ble senere delt i et fast og variabelt forskningstilskudd.
4. Undervisning gis til delvis kompensasjon av sykehusenes merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske behandlingen, ble i 2001 anslått til kr. 860.000 pr student.

Det er punkt 4 som legger grunnlag for det som senere ble til utdanningskomponenten i inntektsfordelingsmodellen.

Det særskilte tilskuddet til utdanning av medisinerere ble fra 2006 lagt inn i basistilskuddet til RHF-ene, slik at medisinerutdanningen ble likestilt med annen utdanningsvirksomhet i foretakene. Det fremgår entydig av proposisjonen (Statsbudsjettet for 2006, Kap. 732, post 78) at departementet forutsatte at annen utdanning fra før var finansiert gjennom basistilskuddet. Det fremkommer ikke at de mener at det nevnte utdanningstilskuddet da også skulle dekke all undervisning – kun at all utdanningsvirksomhet i foretakene da var ansett dekket gjennom basistilskuddet.

I utdanningskomponenten i inntektsmodellen som ble vedtatt i RHF-styret i 2017 er de 153 mill kr Helse Nord har i utdanningsmodellen som kjent fordelt på all type studentpraksis. Her teller medisinerutdanningen samlet sett svært lite, fordi medisinerutdanningen ikke har så mange praksisukene, og studenttallet ikke er så veldig høyt sammenlignet med andre utdanninger (eksempelvis sykepleiere). I tillegg er det mest femte studieår som teller som praksis, og her er studentene fordelt på alle foretakene. I matrisen som ligger til grunn for den nye fordelingen av utdanningstilskuddet utgjør eksempelvis sykepleierutdanning heltid 2. studieår ca. 70 praksisårsverk, mens medisinerutdanningens 1. – 4. år utgjør drøyt 10 praksisårsverk. Det er svært liten grunn til å tro at det å ha heltids sykepleierstudenter på annet studieår i praksis i ni uker samlet sett koster foretakene i regionen 7 ganger så mye som det koster UNN å ha all undervisning foretaket har ansvar for i medisinerstudiets første fire år til sammen. Medisinerstudiets 5. studieår (som fordeles i hele regionen) utgjør samlet 48 hele praksisårsverk, fortsatt betydelig mindre enn sykepleiernes annet studieår.

Resultatet er at kompensasjonen for medisinerutdanningen er svært lav i modellen, og samlet sett bare en brøkdel av det inflasjonsjusterte beløpet som ble innlemmet i

basistilskuddet til RHF i 2006 ville være. I tillegg er det beskjedne beløpet som medisinerutdanningen utgjør i den nye modellen fordelt slik at UNN tilnærmet ikke får kompensert for utdanningens første fire år, som er de årene som gir UNN størst kostnader.

Konklusjonen er at måten utdanningskomponenten fordeles på ikke tar tilstrekkelig hensyn til kostnadene knyttet til medisinerutdanningen, og at UNN ikke får kompensert sine kostnader. UNN forventer derfor at Helse Nord RHF stopper videre innfasing av den reviderte utdanningskomponenten i inntektsfordelingsmodellen. Det vises her også til vedlagte notat fra Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT, Norges arktiske universitet.

Tromsø 21.9.2018

Marit Lind
konst. adm. dir.

Vedlegg: Notat fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

Notat fra Helsefak til Høring – forslag til revidert inntektsmodell for somatikk Helse Nord

Legeutdanningen ved UiT – Norges arktiske universitet er bygget opp i tett samarbeid mellom UiT – Norges arktiske universitet og UNN.

Ved Det helsevitenskapelige fakultet (Helsefak), UiT – Norges arktiske universitet er vi kjent med at det er under høring forslag til en revidert inntektsfordelingsmodell for somatikk, Helse Nord.

Modellen foreslår en endring i «undervisningstilskuddet» slik at Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) får mindre uttelling for sin innsats rettet mot legestudiet enn tidligere, særlig i perioden 1.- 4. studieår.

Gjennom reformene i sykehussektoren og etableringen av UNN HF har det såkalte «undervisningstilskuddet» tildelt over statsbudsjettet, vært et helt sentralt uttrykk for at UNN ikke er et ordinært regionssykehus, men et universitetssykehus med et utdanningsansvar som går ut over det å være en praksisarena for legeutdanningen og andre helsefaglige utdanninger.

Alle sykehus i regionene er praksisarenaer, men kun universitetssykehusene har et grunnleggende ansvar for praktisk klinisk undervisning (PKU) av legestudenter. Økonomisk har «undervisningstilskuddet» gitt universitetssykehuset ekstra kapasitet til å ivareta undervisning i kliniske fag. UiT har bygget sin undervisningskapasitet ut fra en slik forutsetning, og PKU har i praksis vært håndtert gjennom bistillinger finansiert både av UNN og UiT.

Ved Helsefak UiT observerer vi nå at finansieringen av universitetssykehusfunksjonen er under press, og er meget bekymret for at dette kan få negative konsekvenser for legeutdanningen framover.

Vi anser UNN å ha en avgjørende rolle i undervisningen i legeutdanningen til forskjell fra de andre sykehusene i regionen, ved at de ivaretar den praktiske kliniske undervisningen (PKU) som er langt mer ressurskrevende enn de generelle studieopphold i praksis. Dersom UNNs forpliktelser overfor legeutdanningen reduseres som en konsekvens av den nye inntektsfordelingsmodellen, vil dette være en svekkelse av kapasitet og kvalitet i utdanningen av leger i nord. Vi anmoder derfor sterkt at dette tas i betraktning i den nye modellen.



Thrina Loennechen
dekan, Helsefak