

Styrets medlemmer

**Vår ref.:** 2011/2046 - 13869/2011  
**Deres ref.:**  
**Arkiv:** 012  
**Dato :** 08.06.2011

**Innkalling til styremøte 160611****Møtedato:** Torsdag 16. juni 2011**Møtested:** Sykehuset Levanger – Store møterom - Psykiatrisk klinikk**Kl. 1030 – 1130** Felles møte mellom styrene i Rusbehandling Midt-Norge og Helse-Nord-Trøndelag. Tema Kvalitetsstrategi.

Orientering av direktør Dag Hårstad

**Kl. 1130 – 1300** Markering av åpning ny rusenhet (omvisning og bespisning)**Kl. 1300** Styremøte Helse Nord-Trøndelag**Sak 27/2011** Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 19.05.11**Sak 28/2011** Ny finansieringsmodell i Helse Midt-Norge**Sak 29/2011** Orienteringssaker:

1. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 09.06.11
2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 09.06.11
3. Driftsrapport for mai 2011
4. Andre orienteringer

Med hilsen  
Steinar Aspli  
Styreleder  
Sign.Kopi:  
Styrets varamedlemmer

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**  
**STYRET**  
**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 19.05 2011 kl. 10.00 – 15.00  
Møtested: Sykehuset Namsos  
Saksnr.: 22/2011 - 26/2011  
Arkivsaksnr.: 2011/1706

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:  
Steinar Aspli  
Inger Marit Eira-Åhrén  
Ragnhild Torun Skjerve  
Siw Bleikvassli  
Torbjörg Vanvik  
Peter Himo  
Ellinor Kjølseth  
Sølvi Sæter

Forfall:  
Rolf Gunnar Larsen  
Margrete Mære Husby  
Torgeir Schmidt-Melbye

Som vararepresentant møtte:  
Hanne Rønning

Fra Brukerutvalget møtte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møtte: Hege Sørli

Fra administrasjonen møtte:

Adm. direktør	Arne Flaot
Ass. direktør	Mads E. Berg
Kst fagsjef	Dagfinn Thorsvik
Leder analyseavdeling	Sveinung Aune
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste:

Innkalling utsendt pr. e-post 13.05 2011. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**  
**STYRET**  
**MØTEPROTOKOLL**

**Sak 22/2011 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.04.11**

**Protokoll**

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

**Vedtak**

Møteprotokoll fra styremøtet 14.04.11 godkjennes.

---

**Sak 23/2011 Eiers styringskrav 2011 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport**

**Protokoll**

Leder av data- og analyseavdelingen, Sveinung Aune, gikk gjennom tertialrapport på oppfølging av styringskrav i styringsdokumentet og protokoller fra foretaksmøter. Det er definert 159 mål og oppgaver. Fire av disse er vurdert til kritisk risiko og 45 med høy til moderat risiko. Oppgavene vurdert til kritisk risiko er innenfor områdene Aktivitetsmål for psykisk helsevern BUP, Kvalitet og pasientsikkerhet og Behandling av sykelig overvekt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

**Vedtak**

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status, pr. 1.tertial, for oppfølging av styringskrav 2011 gitt av eier gjennom styringsdokument og foretaksmøteprotokoller til etterretning.
  2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at områdene med kritisk og høy risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at mål kan nåes og oppgaver blir løst.
- 

**Sak 24/2011 Strategi 2020 – Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag**

**Protokoll**

Administrerende direktør viste til punktene i vedtatt Strategi 2020, og gikk spesielt inn på oppgavene som er tillagt de lokale helseforetakene. Administrasjonen har kategorisert oppgavene som innfridd (samhandling, desentralisering, brukermedvirkning og forebygging), oppgaver som krever større innsats og egne tilbakemeldinger til styret (styrket innsats for de store pasientgruppene, samt integrasjon rus, psykiatri og somatikk) og oppgaver som angår akutt-tilbudet i Helse Nord-Trøndelag (fødetilbudet, akutt kirurgi og vaktberedskap generelt). I de videre utredningene legges det til grunn opprettholdelse av to fødeavdelinger i Helse Nord-Trøndelag, basert på formuleringen om ”geografiske hensyn” i strategipunktet, samt tidligere vedtak i Helse Nord-Trøndelags styre.

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

### MØTEPROTOKOLL

Sølvi Sæter fremmet følgende tilleggsforslag:

*Styret ønsker en orientering om driften ved DMSene og øvrig desentraliserte polikliniske tilbud i Nord-Trøndelag i løpet av 2011.*

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Tilleggsforslag fra Sølvi Sæter ble enstemmig vedtatt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

#### **Vedtak**

Styret tar saken til orientering, og ber administrerende direktør jevnlig orientere styret om arbeidet fram mot endelige saksframlegg innen utløpet av 2011.

Styret ønsker en orientering om driften ved DMSene og øvrig desentraliserte polikliniske tilbud i Nord-Trøndelag i løpet av 2011.

---

#### **Sak 25/2011 Langtidsplan og langtidsbudsjett for HNT 2012 – 2017**

##### **Protokoll**

Økonomisjef Tormod Gilberg viste til forslag til langtidsbudsjett. Gilberg gikk gjennom rammer og krav som ligger til grunn, omstillingsbehov og –tiltak, satsingsområder og investeringer.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

##### **Vedtak**

1. Styret støtter foreslåtte prioriterte forslag til styrking av pasienttilbudet i HNT og administrerende direktørs vurdering av realistisk omstillingsnivå for foretaket.
2. Styret støtter foreslåtte prioriterte forslag til investeringer i foretaket. Styret anbefaler at investeringsrammen for HNT i årene framover legges på et nivå som tilsvarer foretakets avskrivninger tillagt inntekter ved salg av egne bygg. Investeringene kan da finansieres uten lån eller annen ekstern tilførsel av likviditet.

---

#### **Sak 26/2011 Orienteringer**

##### **Protokoll**

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 04. og 05.05.11
  - Steinar Aspli viste til protokollen.
2. Protokoll fra foretaksmøte 11.05.11 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF
  - Steinar Aspli gjorde rede for saker som ble gjennomgått i foretaksmøtet.
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 16.05.11
  - Øystein Bjørnes gjennomgikk protokollen.
4. Ny finansieringsmodell

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**  
**STYRET**  
**MØTEPROTOKOLL**

- Økonomisjef Tormod Gilberg ga en statusoppdatering på arbeidet med ny finansieringsmodell i Helse Midt-Norge. Det tas sikte på at Magnussen-modellen tas i bruk fra og med budsjett for 2012. Gilberg viste til arbeidet med spesifiseringer det arbeides med i modellen.
- 5. Samhandlingsreformen
  - Samhandlingsdirektør i Helse Midt-Norge RHF, Daniel Haga, gjorde rede for de vesentligste endringer som trer i kraft med Samhandlingsreformen fra og med 2012. Det er vedtatt nytt lovgrunnlag for kommunehelsetjenesten og folkehelsearbeid. I tillegg brukes økonomiske incentiv for å skape reformens ønskede oppbygging av den kommunale helsetjenesten.
- 6. Elektiv kirurgi
  - Prosjektleder Mads Berg gikk gjennom hovedtrekkene i rapporten som blir levert fra den regionale gruppen som har arbeidet med fordeling av elektiv kirurgi i Helse Midt-Norge.
- 7. Almlid-utvalget
  - Utvalgsleder Kolbjørn Almlid, gikk gjennom hovedtrekkene i NOU 13 – 2010, *Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. Almlid gjennomgikk utvalgsarbeidet med fokus på beskrivelse av sykefravær, årsaker til fravær og tiltak for å redusere sykefraværet.
- 8. Andre orienteringer
  - Det ble ikke gitt andre orienteringer

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

**Vedtak**

Styret tar sakene til orientering

---

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Ragnhild Torun Skjerve

Siw Bleikvassli

Torbjørge Vanvik

Ellinor Kjølseth

Hanne Rønning

Peter Himo

Sølvi Sæter

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

### Sak 28/2011 Ny finansieringsmodell i Helse Midt-Norge

---

<b>Saken behandles i:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Møtesaksnummer</b>
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16.06.11	28/2011

**Saksbeh:** Tormod Gilberg

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2011/2046

---

#### **ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:**

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag støtter at Magnussen-modellen tas i bruk ved fastsetting av basisramme til helseforetakene i regionen fra 2012.
2. Ved fastsetting av kostnadsindekser i modellen anbefales lik vekt og 75 % på de omdiskuterte kostnadsdriverne; antall forskningspoeng, andel langtidsliggedager og reisetid.
3. Styret forutsetter at modellen utformes slik at det gis full kostnadsdekning for regionale funksjoner som for eksempel Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) og for HNTs behandling av psykiatriske pasienter fra Sør-Trøndelag.
4. Ved korrigerende for interne somatiske gjestepasientstrømmer i regionen anbefales en DRG-pris på 100 % av nasjonal pris for regionsykehuspasienter og 80 % av nasjonal pris for lokalsykehuspasienter.
5. Styret anbefaler at modellen iverksettes fra 2012, men slik at omfordelingseffektene fordeles med en lik andel over maksimalt 3 år.

## **SAKSUTREDNING:**

### **Sak 28/2011 Ny finansieringsmodell i Helse Midt-Norge**

#### **Trykte vedlegg:**

1. HMNs høringsbrev av 23.05.11 til HF-ene om utforming av Magnussen-modellen.
2. HMNs notat av 18.05.11 om Implementering av Magnussen-modellen i HMN.
3. SINTEFs notat av 18.05.11 om Finansieringsmodell for Helse Midt-Norge.

#### **Utrykt vedlegg:**

1. SINTEFs notat om Behovsindekser for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge.

## **1. GRUNNLAG**

Det vises til behandling og orientering i tidligere styremøter om arbeidet med utforming av ny finansieringsmodell.

I sak 04/2011 fattet styret i Helse Nord-Trøndelag følgende vedtak:

*Styret for Helse Nord-Trøndelag anbefaler at Magnussen-modellen tas i bruk ved fastsetting av basisramme til heleforetakene i regionen i framtidige budsjett.*

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak 33/2011 at Magnussen-modellen skal benyttes for å fordele inntektsrammer til HF-ene i HMN. I vedtaket presiseres det at alle kriterier i indeksene i Magnussen-modellen skal implementeres. Dette innebærer at behovsindekser blir bestemmende for aktivitetsnivå og at det skal tas hensyn til forskjeller i kostnadsulemper mellom HF-ene gjennom en kostnadsindeks.

På dette grunnlag har HMN, med støtte fra SINTEF og en arbeidsgruppe med representanter fra HF-ene i regionen, utarbeidet forslag til ny finansieringsmodell. Forlaget (som følger vedlagt) sendes nå på høring i de lokale styrene i forkant av endelig behandling i regionstyret 1. september.

HMN ber spesielt om å få tilbakemeldinger på:

- De områdene i modellutformingen som delvis er basert på bruk av skjønn (fastsettelse av kostnadsindekser)
- Implementeringshastighet

## **2. FORSLAG TIL NY MODELL**

HMNs forslag til modell for fordeling av basisrammer til HF-ene i regionen har følgende utforming (sitat fra oppsummering, kap. 7, i vedlagte notat):

- *Inntektsrammer til HF-ene fordeles etter Magnussen-modellens behovs- og kostnadsindekser.*
- *I fastsettelsen av kostnadsindekser vektlegges de estimerte effektene med 100 prosent vekt for andel kapital og andel leger i utdanning. Den estimerte effekten av reisetid teller 50 %, mens forskning og andel langtidsliggedager teller 75 %.*

- *Det innføres en korreksjon for interne pasientstrømmer i regionen som baseres på følgende:*
  - *Korreksjon i inntektsrammer tilsvarende 100 % ISF-refusjon på et forventet antall DRG-poeng.*
  - *Det korrigeres ikke for avvik i forhold til forventet antall DRG-poeng.*
  - *Forventet antall DRG-poeng baseres på tidligere års interne strømmer.*
- *Det korrigeres for kjøp av tjenester fra private institusjoner og avtalespesialister samt pasienter behandlet i andre RHF.*
- *Inntektsrammer til rusbehandling gis gjennom særfinansiering til rusforetaket.*
- *Særfinansieringen er redusert betydelig i volum i forhold til den gamle modellen.*

*Dette er hovedinnholdet i Magnussen-modellen. Mye bestemmes gjennom fastsatte indekser, men det er også nødvendig å benytte skjønn i noen deler av modellen. Dette gjelder i hovedsak:*

- *Vi benytter tidligere års forbruk av private tjenester og tjenester fra andre RHF for å korrigere rammer.*
- *Vi benytter tidligere års omfang av interne pasientstrømmer for å korrigere rammer for netto strømmer til St. Olav fra de to andre bostedsområdene.*
- *Det er benyttet skjønnsvurderinger for hvordan kostnadsdriverne er vektet sammen i kostnadsindeksene.*

*Overgangen til bruk av Magnussen – modellen med forutsetningene beskrevet ovenfor, gir omfordeling i forhold til dagens fordelte rammer. Dette er en ønsket endring der likeverdighet i tjenestetilbudet internt i regionen har vært en viktig faktor. Hvor raskt modellen skal implementeres, vurderes i forhold til omstillingsbehovene som er skissert i langtidsbudsjettet for 2012 – 2017.*

### **3. DRØFTING**

HNT støtter prinsippet om at Magnussen-modellen tas i bruk ved fastsetting av basisrammer til helseforetakene i regionen. Det vil bidra til et mest mulig likeverdig sykehusstilbud til befolkningen i de forskjellige bostedsområdene i regionen.

#### **3.1 Behovskriterier**

Magnussen-modellens bruk av kriterier for beregning av sykehusbehov har stor legitimitet på landsbasis og benyttes også i andre regioner som grunnlag for beregning av behov og fordeling av ressurser intern i egen region. Disse kriteriene bør derfor også benyttes i HMN.

#### **3.2 Kostnadsindeks**

Det er stor enighet om prinsippene for fastsetting av kostnadsindekser, men det er noen nyanser knyttet til vektlegging av enkelte kostnadsdrivere.

I analysen av relevante kostnadsdrivere, har en funnet at det i Midt-Norge er en statistisk signifikant forklaring mellom reisetid, antall forskningspoeng, andel langtidsliggedager, utdanning (antall assistentleger og turnuskandidater) og andel kapital på den ene siden og nivå på foretakets enhetskostnader på den andre siden.



Blant disse kostnadsdriverne mener de fleste (i arbeidsgruppen) at full kostnadskompensasjon for elementene (antall) forskningspoeng, (andel) langtidsliggedager og reisetid vil gi for høy kompensasjon i forhold til reelle kostnadsulemper. HMNs forslag er her en kompensasjon på h.h.v. 75, 75 og 50 % for de tre komponentene. Vi kan ikke se at det er gode argumenter for å differensiere vektleggingen av kompensasjon mellom disse tre komponentene og anbefaler derfor at det benyttes lik og 75 % kompensasjon på alle de tre områdene.

### **3.3 Regionale funksjoner**

HNT har overfor HMN påpekt at nivået på dagens kompensasjon for den regionale funksjonen Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) ikke er i samsvar med reelle kostnader. HNT ber derfor om at det i ny finansieringsmodell kompenseres for reelle kostnader knyttet til denne funksjonen. Til sammenligning legges det i forslaget til ny finansieringsmodell opp til en gjestepasientpris på 100 % av DRG-kostnad for somatiske regionsykehuspasienter.

Det forutsettes at modellen utformes slik at det gis full kostnadsdekning for regionale funksjoner, herunder Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF).

### **3.4 Gjestepasienter psykiatri**

Det er i ny finansieringsmodell ikke lagt opp til gjestepasientoppgjør i psykiske helsevern. HNT har i dag en avtale med St. Olav Hospital HF om behandling av pasienter fra nabokommunene Selbu, Tydal og deler av Malvik i Sør-Trøndelag. Denne pasientbehandlingen kan videreføres i en tosidig avtale mellom St. Olav og HNT, men det virker uryddig når vi ellers opererer med fordeling av befolkningsgrunnlag som grunnlag for finansiering av pasienttilbudet. Vi foreslår derfor at dette forholdet kompenseres ved en justering av befolkningsgrunnlaget for St. Olav og HNT (slik vi i dag også justerer for befolkningen i Osen og Roan).

Det forutsettes at modellen utformes slik at det gis full kostnadsdekning for HNTs behandling av psykiatriske pasienter fra Sør-Trøndelag.

### **3.5 Gjestepasienter somatikk**

Det er enighet om en enkel form for korrigerende av inntektsrammene basert på netto pasientstrømmer mellom HF-ene i regionen. Det er foreslått at kompensasjonen baseres på en enhetspris på 100 % av DRG-kostnad. I oppgjør mellom helseregionene benyttes i dag en pris på 80 % av DRG-kostnaden for gjestepasienter. Dette begrunnes bl.a. ut fra forutsetningen om at marginalkostnadene for disse pasientene ofte er lavere enn gjennomsnittskostnadene.

Det er fritt sykehusvalg i dag for ordinære lokalsykehuspasienter. Det kan da virke uheldig at prisen for slike behandlinger skal være høyere internt i regionen enn ved behandling i andre regioner. Forutsetningen om lavere marginalkostnader enn gjennomsnittskostnadene antas også å gjelde i større grad ved behandling av lokalsykehuspasienter enn ved behandling av regionsykehuspasienter.

Ved korrigerende for interne gjestepasientstrømmer i regionen anbefales en DRG-pris på 100 % av nasjonal pris for regionsykehuspasienter og 80 % av nasjonal pris for lokalsykehuspasienter. I en forenklet oppgjørsordning kan disse prisene vektet sammen til et gjennomsnitt for det enkelte helseforetaket.

### **3.6 Implementering**

Arbeidet med utforming av ny finansieringsmodell har avdekket til dels betydelige forskjeller i behovsdekning for sykehustjenester mellom bostedsområdene i Midt-Norge og i kostnadsnivå mellom de enkelte helseforetakene. Disse forskjellene bør utjevnes over kortest mulig tid. Ved innføring av Magnussen-modellen på landsbasis ble utjevningen gjennomført på to år. Vi ser at det kan være noe større utfordringer når omstillingene skal iverksettes på mindre enheter, men vi anbefaler at implementeringen strekker seg over maksimalt tre år.

## **4. KONKLUSJON**

Direktøren ber styret gi sin tilslutning til HMNs forslag til ny finansieringsmodell i regionen med de forslag til justeringer som er nevnt ovenfor.

Levanger, 8. juni 2011

Arne Flaath  
adm. dir.  
sign.

## Mottakere i henhold til liste

Vår ref.  
2010/429 - 3034/2011

Deres ref.

Saksbehandler  
Kjell Solstad, 74 83 99 58Dato  
23.05.2011

## Høringsbrev for utforming av Magnussen-modellen

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak nr 33, 2011 at Magnussen-modellen skal benyttes for å fordele inntektsrammer til HF-ene i HMN. I vedtaket presiseres det at alle kriteriene i indeksene i Magnussen-modellen skal implementeres. Dette betyr at behovsindekser blir bestemmende for aktivitetsnivå og at det tas hensyn til forskjeller i kostnadsulemper mellom HF-ene gjennom en kostnadsindeks.

Vi ønsker å anbefale en utforming av Magnussen-modellen for styret i HMN RHF på styremøtet den 1. september 2011. Før saken legges fram for styret ønsker vi at alle HF-ene får uttale seg i forhold til den foreslåtte utformingen av Magnussen-modellen. Modellen og arbeidet med modellen er oppsummert i vedlagte notat "Implementering av Magnussen-modellen i HMN" datert 18. mai 2011. Kapittel 7 i dette notatet beskriver hvordan modellen er utformet. Vi er spesielt opptatt av å få tilbakemeldinger på følgende:

- De områdene i modellutformingen som delvis er basert på bruk av skjønn (fastsettelse av kostnadsindekser)
- Implementeringshastighet.

Vi ønsker at det foretas en lokal styrebehandling av innspillene fra hvert HF. På grunn av ferieavvikling etc behøver vi tilbakemelding fra dere innen 15. juli 2011.

I forbindelse med implementeringen av modellen har vi engasjert SINTEF ved Jorid Kalseth og Jon Magnussen for å bistå i arbeidet. SINTEF-notatet "Finansieringsmodell for Helse Midt-Norge" er vedlagt og inneholder en oppsummering av arbeidet som SINTEF har bidratt med. Vedlagt følger også en oppdatert versjon av SINTEF-notatet "Behovsindekser for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge".

Med vennlig hilsen

Gunnar Bovim  
Administrerende direktør

Anne-Marie Barane  
Økonomidirektør

### Vedlegg

- Implementering av Magnussen-modellen i HMN, notat av 18.mai 2011
- Finansieringsmodell for Helse Midt-Norge, SINTEF- notat
- Behovsindekser for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge, SINTEF- notat

**Adresseliste (mottakere av dette brev)**

St. Olavs Hospital HF v/adm. dir	Olav Kyrres gt 17	7006	Trondheim
Helse Nord-Trøndelag HF v/adm. dir		7600	Levanger
Helse Nordmøre og Romsdal HF v/adm. dir		6407	Molde
Helse Sunnmøre HF v/adm. dir		6026	Ålesund
Rusbehandling i Midt-Norge HF v/adm. dir	Strandveien 1	7500	Stjørdal
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF v/adm. dir	prof. Brochs gt. 6	7488	Trondheim

# Implementering av Magnussen- modellen i HMN

Notat 18.mai 2011 Helse Midt-Norge RHF

## 1. Innledning

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt at Magnussen-modellen skal benyttes for å fordele inntektsrammer til HF-ene i HMN. Modellen skal tas i bruk for budsjettet i 2012 for første gang. I vedtaket er det presisert at ”alle kriteriene i indeksene i Magnussen – modellen implementeres”. Det innebærer at behovsindeksener skal være styrende for aktivitetsnivå og at det tas hensyn til forskjeller i kostnadsulemper gjennom en kostnadsindeks.

I forbindelse med implementeringen har det vært nedsatt en arbeidsgruppe bestående av økonomidirektørene, tillitsvalgte og representanter fra RHF-et. Arbeidsgruppen har vært ledet av økonomidirektør ved RHF-et. Det har vært avholdt 3 møter i arbeidsgruppen fram til nå. Gruppen har vært en ressursgruppe i arbeidet med å konkretisere en modell, samtidig som det har vært et mål at arbeidsgruppen skulle komme fram til en omforent anbefaling for en utforming av modellen til styret i HMN RHF. Arbeidsgruppen har vært omforent på viktige punkter, men det har vist seg vanskelig å få til konsensus om en fullstendig utforming av modellen. En konsekvens av dette er at det er RHF-ets anbefalte utforming av modellen som legges fram for styret i HMN.

Forslaget til modell beskrives kort i foreliggende notat. Notatet sendes ut til HF-ene med tilhørende spørsmål som vi ønsker å få tilbakemelding på. Det er lagt opp tidsmessig slik at alle HF-ene har muligheter for å gjennomføre lokal styrebehandling av dette før endelig utforming av modellen presenteres for styret i HMN.

I arbeidet med modellutforming har vi engasjert SINTEF ved Jorid Kalseth og Jon Magnussen for å bistå med utforming og implementering av Magnussen- modellen. De har også gjennomført de nødvendige analysene som har vært viktige beslutningsgrunnlag i dette arbeidet. Resultatet av disse analysene er presentert i flere notater som beskriver ulike sider ved Magnussen – modellen og som vurderer modellen mot eksisterende finansieringsmodell i HMN. For detaljer omkring dette vises til notatene som er sendt ut tidligere<sup>1</sup>. SINTEF-notatet ”Finansieringsmodell for Helse Midt-Norge – Oppsummeringsnotat” gir en oppsummering av arbeidet og er vedlagt notatet. Det samme gjelder en oppdatert versjon av notatet ”Behovsindeksener for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge”.

## 2. Hvorfor ny modell?

Et overordnet mål for spesialisthelsetjenesten i HMN er at befolkningen skal ha et likeverdig tilbud av tjenester uavhengig av demografiske og geografiske forhold. Analyser av forbruksmønster i regionen viser at det er en del forskjeller mellom bostedsområdene i HMN når forbruket måles mot behovsnøklene i Magnussen-modellen. Videre viser analyser for hele

---

<sup>1</sup> Følgende notater er sendt ut tidligere: ”Behovsindeksener for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge”, ”Ny finansieringsmodell for Helse Midt-Norge – hvordan fastsette kostnadsindeksen”, ”Notat – Ny inntektsfordelingsmodell Helse Midt-Norge. Analyser av kostnadsforskjeller”, ”Finansieringsmodell for Helse Midt-Norge – en prinsipiell sammenlikning av dagens modell og en modell basert på NOU 2008:2 (Magnussen-modellen)”, ”Gjestepasientoppgjøret – punkter til diskusjon” og ”Prehospitale tjenester og pasienttransport i Helse Midt-Norge”. Det tidligere notatet om behovsindeksener erstattes av notatet som er vedlagt.

landet at HMN samlet sett har et relativt høyt forbruk av somatiske tjenester i forhold til de andre regionene, mens vi for psykisk helsevern har et forbruk som er nær gjennomsnittet for landet litt avhengig av hvilke forbruksmål som benyttes. For psykisk helsevern for barn og unge er forbruket i HMN lavere enn gjennomsnittet. For rusbehandling har HMN et forbruk som er lavere enn gjennomsnittet.

I løpet av de siste årene har ikke forbruksmønstret innen HMN endret seg mye. Det har derfor vært viktig for styret å ha en finansieringsmodell som bedre underbygger målet om lik tilgjengelighet. Magnussen-modellen fordeler basisrammene til HF-ene etter behov på en mer direkte måte enn det dagens modell i HMN gjør. Dette har vært en viktig faktor for beslutningen om å endre modell.

I Magnussen modellen tas det også hensyn til at HF-ene har ulik grad av kostnadsulemper i pasientbehandlingen. I Magnussen – modellen håndteres dette gjennom kostnadsindekser som ivaretar disse oppgavene. Indeksene er fastsatt med basis i analyser av kostnadsdrivere på et nasjonalt datamateriale. Kostnadsindeksene i vår gamle modell er ikke basert på tilsvarende analyser omkring kostnadsdrivere, men basert på empiriske betraktninger for HF-ene i Midt-Norge.

I den finansieringsmodellen som vi benytter per i dag har det vært viktig å fordele penger til spesielle oppgaver som HF-ene har, gjennom en særfinansiering utenfor modellen. Andelen særfinansiering har steget betraktelig de senere årene. I Magnussen – modellen er mesteparten av denne typen oppgaver håndtert gjennom kostnadsindeksene, noe som gir et minimalt behov for særfinansiering.

Vår gamle finansieringsmodell har vist seg å være relativt ressurskrevende å administrere samtidig som den kan fortone seg som vanskelig å formidle. Magnussen-modellen har relativt sett lave driftskostnader og er relativt enkel å formidle.

Disse vurderingene ledet derfor fram til vedtaket om å endre finansieringsmodell til Magnussen – modellen og at denne tas i bruk for første gang for inntektsfordelingen for 2012 (se styresak nr 33, 2011).

### **3. Magnussen-modellens prinsipper**

I Magnussen – modellen er det et mål at så mye som mulig av HF-enes rammer fordeles gjennom modellen. Hovedprinsippene er som følger:

- ISF-inntektene og andre aktivitetsbaserte inntekter videreføres til HF-ene
- Øvrige inntekter fordeles etter HF-enes relative andel av samlet behov i HMN (behov er uttrykt gjennom en behovsindeks)
- Det kompenseres for kostnadsulemper ved HF-ene gjennom en kostnadsindeks
- Modellen krever et internt gjestepasientoppgjør

På noen områder er det behov for å videreføre særfinansieringen fra vår gamle modell. De største komponentene er:

- Pasienttransport
- Ambulanse
- Basisramme til rusbehandling

I forhold til vår gamle finansieringsmodell foreslås det at om lag 2 milliarder kroner flyttes fra særfinansieringen til fordeling etter Magnussen – modellen.

Grunnen til at inntektsfordeling til rusbehandlingen beholdes som en særfinansiering er vår spesielle organisering av rusbehandlingen i eget foretak. Alternativet til dette kunne vært at basisrammer til rusbehandling hadde blitt fordelt etter behovsindeks for rusbehandling til HF-ene sammen med rammer for somatikk og psykisk helsevern, og at foretakene kjøpte tjenester fra rusforetaket. Dette anses som en lite hensiktsmessig ordning og særfinansiering av rusbehandlingen ble foretrukket.

Magnussen – modellen skal altså benyttes for å fordele inntektsrammer til de tre øvrige HF-ene i HMN. Rammene fordeles etter produktet mellom en behovsindeks og en kostnadsindeks. ISF-inntektene videreføres til HF-ene som før.

### Behovsindekser

Det er beregnet behovsindekser for alle tre sektorene for bostedsområdene i HMN<sup>2</sup>. På grunn av at inntektsrammer til rusbehandling skal særfinansieres, benyttes bare indeks for somatikk og psykisk helsevern i fordelingen av rammer til HF-ene. Modellen fungerer slik at indeks for de to sektorene vektet sammen til en samlet behovsindeks for bostedsområdene. De nasjonale andelene mellom sektorene for 2011 er benyttet som vektet (se linjen ”Andel: ekskl rus” i tabell 3.1). Tabell 3.1 viser behovsindeksene for de tre bostedsområdene i HMN med og uten rusbehandling.

**Tabell 3.1** *Behovsindekser for bostedsområdene*

	Behovsindeks somatikk	Behovsindeks psykisk helsevern	Behovsindeks tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Samlet behovsindeks behandling	Samlet behovsindeks behandling, eks rusbehandling
<i>Andel: inkl rus</i>	0.7675	0.1977	0.0348	1,000	
<i>Andel: ekskl rus</i>	0.7952	0.2048			1,000
Helse Møre og Romsdal	101,6	95,9	96,1	100,3	100,5
St Olavs Hospital	96,5	104,2	104,4	98,3	98,0
Helse Nord-Trøndelag	104,6	98,7	97,9	103,2	103,4
Helse Midt-Norge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kilde: SINTEF

Tabellen viser hvordan behovsindeksen for rusbehandling ser ut også, da indeksen vil benyttes for å evaluere forbruket innenfor rusbehandling. For de tre bostedsområdene er det kolonnen helt til høyre i tabellen som viser sammenvektet behovsindeks for behandling. Indeksen viser at HMR ligger nær gjennomsnittet for HMN i behov, mens HNT ligger betydelig over. Lavest samlet behov har StOlavs bostedsområde (se også kapittel 4 nedenfor).

<sup>2</sup> For detaljer omkring behovsindeksene vises til notatet ”Behovsindekser for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge”.

Kriteriene i denne behovsindeksen ble vedtatt benyttet i inntektsfordelingen for 2012 (se styresak nr 33, 2011). Dersom behovsindeksen hadde blitt anvendt på budsjett 2011 isolert sett, ville dette medføre en omfordeling på i underkant av 100 millioner kroner fra HMR til StOlav og HNT med henholdsvis 65 og 35 millioner hver. Dette indikerer at det tidligere har vært, og fremdeles er, et overforbruk i HMR bostedsområde og et underforbruk i StOlavs og HNT bostedsområder. Disse forbruksforskjellene er dermed videreført i budsjettet for 2011.

### **Kostnadsindeks**

Behovsindeksene ivaretar forskjeller i behov i bostedsområdene i inntektsfordelingen, mens kostnadsindeksene skal ivareta forskjeller i HF-enes ulike kostnadsulemper i pasientbehandlingen. Generelt kan kostnadsforskjeller oppstå av følgende grunner:

- Forskjeller i strukturelle forhold (størrelse, beredskap, pasientsammensetning etc)
- Forskjeller i andre aktiviteter enn pasientbehandling (forskning, undervisning, pasientopplæring etc)
- Forskjeller i effektivitet

De to første forholdene er faktorer som HF-ene i liten grad kan påvirke selv, så de ønsker vi å kompensere for. Forskjeller i effektivitet ønsker vi imidlertid ikke å kompensere for. Formålet med å benytte en kostnadsindeks i fordelingen er derfor å:

- Ta høyde for forhold som HF-ene ikke kan kontrollere selv (kostnadsulemper)
- Ikke ta høyde for effektivitetsforskjeller

Det er imidlertid en stor faglig utfordring å skille disse to komponentene fra hverandre. Kostnadsanalysene som er gjennomført er derfor et viktig hjelpemiddel til å foreta dette skillet. Analysene og resultatet er beskrevet i kapittel 4.

## **4. Analyser som er gjennomført**

### **4.1 Innledning**

Som nevnt ovenfor er det på oppdrag fra HMN gjennomført flere analyser som igjen er beskrevet i notatene nevnt innledningsvis. Det er spesielt to typer analyser som det er viktig å fremheve:

- Analyser knyttet til behov i HMN
- Analyser om kostnadsdrivere i sykehus

Begge disse områdene utgjør viktige deler av Magnussen-modellen. Rammene skal fordeles til HF-ene etter behov, uttrykt gjennom en behovsindeks, og etter en kostnadsindeks som ivaretar ulike kostnadsulemper for HF-ene. På denne måten kompenseres HF-ene inntektsmessig for ulikheter i behov hos befolkningen i området og for kostnadsforhold som de i liten grad kan påvirke selv.

### **4.2 Behovs- og forbruksanalyser**

Behovsindeksene er basert på analyser for kommuner i de tre bostedsområdene i HMN (Møre og Romsdal bostedsområde, StOlavs bostedsområde og Nord-Trøndelag bostedsområde). Behovsindeksene er sammensatt av alderskriterier og helse- og sosialkriterier i bostedsområdene. Det er egne indekser for hver enkelt sektor. Behovsindeksene har de



samme kriteriene som behovsindeksene som ble benyttet i NOU 2008:2 (Magnussen – utvalget). Behovsforskjellene mellom bostedsområdene i HMN uttrykkes gjennom disse behovsindeksene<sup>3</sup>. Analysene viser at det i HMR bostedsområde er et overforbruk i somatisk sektor, og et tilsvarende underforbruk i StOlav bostedsområde. HNT bostedsområde har et forbruk i somatisk sektor som er om lag det samme som behovet skulle tilsi. Psykisk helsevern er vanskeligere å vurdere da aktivitetsmålene ikke er like standardiserte som for somatisk sektor. Et sammenvektet mål for psykisk helsevern for voksne (50 % vekt på utskrivninger og 50 % vekt på oppholdsdøgn samt at polikliniske konsultasjoner er vektet inn med 18 %) viser at HMR bostedsområde har et høyere forbruk enn behovet skulle tilsi, mens det motsatte er tilfelle for HNT bostedsområde. StOlavs bostedsområde har et forbruk som ligger omtrentlig på behovsnivået. Dersom målet er antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge, er det et forbruk høyere enn behovet i HMR bostedsområde, mens det i StOlavs og HNT bostedsområder er noe lavere enn behovet skulle tilsi. Som sagt tidligere er disse konklusjonene avhengig av hvordan forbruket måles.

### **4.3 Kostnadsanalyser og kostnadsindeks**

#### **4.3.1 Resultater fra analysene**

Kostnadsindeksene er i stor grad basert på analyser om kostnadsdrivere på et nasjonalt datamateriale i perioden 2005 til 2009. I disse analysene undersøkes betydningen av ulike kostnadsdrivere på driftskostnader per DRG-poeng. Analysene er samme typen analyser som ble gjennomført i forbindelse med utarbeidelsen av NOU 2008:2 (Magnussen – utvalget). Utvalget benyttet nasjonale data fra perioden 2003 til 2005 i sitt arbeid. Det ble også utført tilsvarende analyser for Helse Vest i forbindelse med at de innførte Magnussen-modellen i fordeling av inntektsrammer til sine foretak.

Detaljene for analysene utført for HMN er beskrevet i notatet ”Notat – Ny inntektsfordelingsmodell Helse Midt-Norge. Analyser av kostnadsforskjeller” utarbeidet av Jon Magnussen. Her gjengis kort de viktigste resultatene fra kostnadsanalysene.

Mål for kostnadsanalysene har vært å identifisere hvilken effekt ulike kostnadsdrivere har på HF-enes enhetskostnader (kostnad per DRG-poeng). Aktivitetsmålet har vært antall DRG-poeng og kostnadsmålet har vært brutto driftsutgifter. Langtidsliggedøgnene<sup>4</sup> for pasienter med spesielt lang liggetid (langtidsliggere) er omregnet til DRG-poeng og inkludert i antall DRG-poeng ved HF-ene.

Ved å benytte regresjonsanalyse på nasjonale data over mulige kostnadsdrivere og brutto kostnader per DRG-poeng, kan det identifiseres hvilke kostnadsdrivere som har signifikant effekt på kostnader per DRG-poeng og hvor stor denne effekten er. De estimerte effektene kan benyttes for å beregne en forventet kostnad for HF-ene i et område. Forholdet mellom dette forventede nivået for et HF og det forventede nivået for hele datagrunnlaget samlet, betegnes som en kostnadsindeks, og indeksen fastsettes for hvert enkelt HF.

---

<sup>3</sup> Det vises til notatet ”Behovsindekser for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge” utarbeidet av Jorid Kalseth for detaljerte beskrivelser av behovsindeksene.

<sup>4</sup> Langtidsliggedøgn er summen av liggedager utover det såkalte trimpunktet i et sykehusopphold. Hvert sykehusopphold på et HF tilordnes en DRG og hver DRG har et trimpunkt for liggetid. Trimpunktet er statistisk beregnet, og kan betraktes som en øvre grense for hva som er normalliggetiden for sykehusoppholdet.

Det ble gjort ulike spesifikasjoner av analysesammenhengene for om lag et titals potensielle kostnadsdrivere. Resultatene viste signifikante effekter på kostnader per DRG-poeng for følgende kostnadsdrivere:

- Gjennomsnittlig reisetid fra kommunesentrum til sykehus. En økning i reisetid fører til økning i driftskostnader per DRG-poeng
- Forskning målt som antall forskningspoeng. En økning i forskningspoeng gir en økning i driftskostnader per DRG-poeng
- Andel langtidsliggedager. Har en positiv effekt på driftskostnader per DRG-poeng.
- Andel kapital. En økning i kapital har en positiv effekt på driftskostnader per DRG-poeng
- Utdanning målt som summen av andelen assistent - leger og turnus - leger av alle leger. En økning i andelen fører til en økning i kostnader per DRG-poeng

Av disse kostnadsdriverne er det reisetid, forskning og andel langtidsliggedager som har de største effektene. I beregningen av forventede kostnader er alle fem kostnadsdrivere inkludert, men andel kapital og utdanning har svært små effekter. I det følgende er det derfor effekten av reisetid, forskning og andel langtidsliggedager som drøftes nærmere.

#### **4.3.2 Tolkning av resultater fra kostnadsanalysene**

Som nevnt ovenfor er det spesielt tre av de identifiserte kostnadsdriverne som har stor positiv effekt på enhetskostnadene i HF. Dersom de identifiserte kostnadsdriverne i stor grad, og med stor nøyaktighet, fanger opp de ulempene som det er ment å kompensere for, bør den estimerte effekten på forventede kostnader telle 100 prosent i kostnadsindeksen. Dersom det kan antas at den identifiserte driveren fanger opp flere forhold samtidig, eller på andre måter gir upresise estimater, bør den identifiserte effekten av driveren ikke telle 100 prosent i fastsettelse av indeksen. I det følgende gis en tolkning av resultatene for de tre viktigste driverne.

##### **Reisetid**

Analysene viser at reisetid har en relativt stor effekt på enhetskostnadene i HF. Denne kostnadsdriveren kan tenkes å fange opp flere kostnadsulemper i HF som for eksempel kostnadsulemper knyttet til akuttberedskap i spredt bygde bostedsområder kontra områder med større sentraliseringsgrad i bosettingen, ulemper i forhold til lang reisetid og liggetid og lang reisetid og andel dagbehandling for å nevne noen. I utvalgsarbeidet ble det argumentert for at reisetid fanget opp denne typen kostnadsulemper mellom regionene på en god måte. Når det gjelder bruk av reisetid internt i en region, kan det likevel argumenteres for at variabelen må tolkes med en større grad av forsiktighet. Reisetiden i kommuner med sykehus inngår med null. Målet blir derfor følsomt for tilfeldige forskjeller i kommunegrenser innen bostedsområdene. I tillegg til dette er det noe usikkerhet om forskjeller i infrastruktur mellom bostedsområdene fanges opp godt nok. Det kan derfor argumenteres for at estimert effekt av kostnadsdriveren reisetid ikke bør telle 100 prosent i beregningen av forventet kostnadsnivå. Vårt forslag, som er skjønnsmessig basert, er at reisetiden skal telle 50 %. Tabell 4.1 viser effekt av kostnadsdriveren når den teller henholdsvis 100 %, 75 % og 50 % i beregningen av forventede kostnader.

**Tabell 4.1** *Isolert effekt av reisetid på forventet kostnad når estimatene teller 100 %, 75 % og 50 %. Tall i 1000 kroner*

	Reisetid 100%	Reisetid 75%	Reisetid 50%	Differanse 100% og 75 %	Differanse 100% og 50%
St. Olavs Hospital	-50 000	-37 500	-25 000	12 500	25 000
Helse Møre og Romsdal	0	0	0	0	0
Helse Nord-Trøndelag	50 000	37 500	25 000	-12 500	-25 000

Analysene viser at det er relativt små variasjoner mellom foretaksområdene i HMN. Det er derfor mindre omfordelingseffekter av denne kostnadsdriveren. HMR blir ikke påvirket av endring i betydning av denne variabelen, men det skjer en omfordeling fra StOlav til HNT. Ved 100 prosent effekt omfordeles isolert sett 50 millioner fra StOlav til HNT. Når effekten av driveren reduseres til å ha 50 % effekt omfordeles isolert sett 25 millioner fra StOlav til HNT.

### Forskning

Denne kostnadsdriveren skal fange opp generelle kostnadsulempner knyttet til det å drive forskning og ikke den direkte kostnaden knyttet til forskning. Den direkte kostnaden knyttet til forskning har egen finansiering og HF-et skal derfor ikke kompenseres for den gjennom en høyere forventet enhetskostnad. Den estimerte effekten av forskningspoeng fanger imidlertid opp begge disse forholdene. I finansieringsmodellen skal det kun kompenseres for de generelle ulempene knyttet til forskningsaktivitet og ikke de direkte kostnadene knyttet til forskning. Det blir derfor viktig å finne hvilken andel de to effektene utgjør på den samlede effekten av forskning. En ideell måte å håndtere dette på ville være å trekke ut den andelen av sykehusenes kostnader som var knyttet til forskningen direkte, og så gjennomført analysene på nytt. Den sammenhengen man da ville fått mellom forventet kostnad og forskningspoeng, ville gitt effekt av det vi ønsket å kompensere for. Denne informasjonen var ikke tilgjengelig fra de 25 HF-ene som inngikk i analysene i perioden 2005 til 2009. Anbefalingen fra analyseresultatene er derfor at effekten av forskning ikke skal telle 100 prosent, men det gis ingen anbefaling om en bestemt prosentandel. Det er derfor nødvendig å skjønnsmessig fastsette hvor mye driveren skal telle.

Forskning er et område som det er ønskelig å stimulere til i HMN. Dette betyr at det er viktig å få kompensert de kostnadsulempene som analysene har identifisert. Vurderingen blir imidlertid å fastsette hvor mye kostnadsdriveren skal telle for ikke å fange opp de direkte kostnadene til forskning i forventet kostnad. I tabell 4.2 presenteres hvordan forskningspoengene isolert sett omfordeler mellom HF-ene ved henholdsvis 100 %, 75 % og 50 % på estimert effekt av forskning.

**Tabell 4.2** *Isolert effekt av forskningspoeng på forventet kostnad når estimatene teller 100 %, 75 % og 50 %. Tall i 1000 kroner.*

	Forskning 100%	Forskning 75%	Forskning 50%	Differanse 100% og 75%	Differanse 100% og 50%
St. Olavs Hospital	370 000	277 500	185 000	-92 500	-185 000
Helse Møre og Romsdal	-270 000	-202 500	-135 000	67 500	135 000
Helse Nord-Trøndelag	-100 000	-75 000	-50 000	25 000	50 000

Dersom estimert effekt av forskning teller 100 % vil det bli omfordelt 370 millioner fra HMR og HNT til StOlav. Ved 50 % effekt blir omfordelingen på 185 mill til StOlav fra de andre to.

I vår gamle modell er kostnadsulempen av forskning ivaretatt gjennom særfinansieringen i kraft av et regionsykehustilskudd til StOlav. Dette tilskuddet skal dekke mer enn kostnadsulempen til forskning, men en stor andel av tilskuddet kan sies å være tiltenkt dette. I budsjett 2011 utgjorde dette regionsykehustilskuddet om lag 340 millioner. 100 prosent uttelling på forskning omfordeler imidlertid mer enn dette, og som tidligere nevnt, anbefales det ikke at driveren teller 100 prosent. Dersom forskningspoeng reduseres til å telle 50 % omfordeles 185 millioner isolert sett til StOlav som en kompensasjon for kostnadsulempen for denne aktiviteten. Dette er betydelig lavere enn det gamle regionsykehustilskuddet. Ut fra at betingelsen for StOlav ikke skal bli betydelig forverret i henhold til tidligere, kan det argumenteres for at HF-et kompenseres for et sted mellom 100 % og 50 % av estimert effekt. Vårt forslag er å benytte 75 % effekt av forskningspoeng på forventet kostnad. Dette gir isolert sett en omfordeling på 277 millioner fra HMR og HNT til StOlav. I forhold til det gamle regionsykehustilskuddet vil dette representere en utfordring for StOlav også.

### **Andel langtidsliggedager**

DRG-poengene for en DRG beregnes som kostnadsvekten for en DRG multiplisert med antall sykehusopphold i DRG-en. Kostnadsvekten for DRG-en er i hovedsak den samme uavhengig av hvor lang liggetid sykehusoppholdet innen en DRG har. Andelen langtidsopphold vil derfor trekke kostnadsnivået opp fordi kostnadsvekten ikke fanger opp dette. Dette bør HF-et kompenseres for. På den andre siden er langtidsliggedagene i analysene regnet inn i DRG-poengene med 0,09 DRG-poeng for hver langtidsliggedag. Dette kan være lavere enn den reelle ressursbruken knyttet til disse pasientene. Et resultat av dette er at kostnad per DRG-poeng blir kunstig høyt, og følgelig at den estimerte effekten overdrives. Samlet sett betyr dette at det kan argumenteres for at HF-ene ikke skal kompenseres 100 prosent for effekt av denne kostnadsdriveren. Hvor mye redusert effekt den skal ha må imidlertid avgjøres skjønnsmessig.

Når langtidsliggedagene vektet inn i aktivitetsmålet med 0,09 DRG-poeng for hver langtidsliggedag, betyr dette at de vektet inn med en pris tilsvarende 3 330 kr i 2011. Argumentet for at den estimerte effekten ikke skal telle 100 prosent er at dette er for lavt i forhold til den reelle kostnaden og at beregnet kostnadsnivå derfor blir for høyt. Jo større avstand det er mellom reell kostnad og beregnet kostnad, desto mindre betydning bør driveren ha i fastsettelsen av kostnadsindeks. Det er vanskelig å si noe eksakt om hva den reelle kostnaden for denne typen langtidsliggedager er, og kostnaden vil blant annet være avhengig av når i behandlingsforløpet målingen skjer. Mange av disse pasientene kan ha en liggetid som er langt utover trimpunktet, mens mange kan ha en kort liggetid utover trimpunktet. Trimpunktet varierer også mye fra DRG til DRG. Det kan argumenteres for at en andel av pasientene blir langtidspasienter på grunn av en relativt intensiv behandling i starten av oppholdet og at de krever lengre tid i sykehuset før de blir utskrivningsklare. Dette betyr ikke nødvendigvis at liggedøgnene utover trimpunktene i seg selv er mer ressurskrevende enn liggedøgnene for de utskrivningsklare. Det kan derfor argumenteres for at den reelle døgnkostnaden for disse langtidsoppholdene ikke er veldig ulik døgnkostnaden for utskrivningsklare. I samhandlingsreformen benytter helse og omsorgsdepartementet kr 4 000 per liggedøgn som pris for utskrivningsklare pasienter. Dette betyr at forskjellen på de innvektede poengene i analysene og den reelle kostnaden ikke behøver å være veldig stor. Effekten av kostnadsdriveren bør derfor ikke reduseres veldig mye, og det riktige nivået ligger antakelig et sted mellom 50 % og 100 %. Vi foreslår at effekten av kostnadsdriveren andel langtidsliggedager reduseres til å telle 75 %, dvs midt i det forventede intervallet.

Tabell 4.3 viser isolert effekt av denne kostnadsdriveren når den teller henholdsvis 100 %, 75 % og 50 %.

**Tabell 4.3** *Isolert effekt av andel langtidsliggedager på forventet kostnad når estimatene teller 100 %, 75 % og 50 %*

	Langtids- liggedager 100%	Langtids- liggedager 75%	Langtids- liggedager 50%	Differanse 100% og 75%	Differanse 100% og 50%
<b>St. Olavs Hospital</b>	140 000	105 000	70 000	-35 000	-70 000
<b>Helse Møre og Romsdal</b>	-76 000	-57 000	-38 000	19 000	38 000
<b>Helse Nord-Trøndelag</b>	-64 000	-48 000	-32 000	16 000	32 000

Tabellen viser at det blir isolert sett en omfordeling i forventet kostnad på 105 millioner til StOlav fra de to andre når effekten av andel langtidsliggedager reduseres til å ha en effekt på 75 %.

## 5. Interne pasientstrømmer

Magnussen – modellen krever at det utarbeides en ordning for å ivareta de interne pasientstrømmene i regionen. I den gamle modellen ble dette bakt inn i aktivitetsbestillingen til hvert enkelt HF, og basisrammene ble fordelt etter dette. I Magnussen – modellen fordeles nå alt etter behov og kostnadsnivå til bostedsområdet, og det må derfor etableres en ordning som ivaretar at det er relativt store netto strømmer fra HMR og HNT bostedsområder til StOlav. Dette gjelder primært somatisk sektor.

Dette er et av de temaene som arbeidsgruppen diskuterte. Det var stor enighet om at det ikke bør etableres et internt gjestepasientoppgjør for dette, men at det heller gjøres en korrigering i basisrammene innledningsvis. Det kan tenkes mange måter å etablere en slik løsning på. Vi har vurdert løsningen ut fra følgende kriterier:

- Likeverdighet i tilbudet er viktig
- Det skal være god kvalitet i tjenestetilbudet på alle nivå. Dette betyr at regionfunksjonene også ivaretas på en kvalitetsmessig god måte
- Det må være forutsigbarhet i driftsrammene for HF-ene på alle nivå
- Det må være en enkel ordning med lave administrasjonskostnader knyttet til ordningen

Ut fra dette foreslås følgende modell for justering i basisrammer for interne pasientstrømmer:

- Korrigering av rammen med 100 % av nasjonal DRG-refusjon for et forventet antall DRG-poeng
- Forventet antall DRG-poeng baseres på tidligere års nivåer
- Ingen justering dersom aktiviteten blir mindre eller større enn forventet

Vi tror dette gir de mest stabile betingelsene for regionfunksjonen. Da det ikke gjøres korreksjoner i rammen for aktivitet over eller under det forventede, vil det ikke gis noen spillsituasjoner i forhold til å sende pasienter ut av regionen i stedet for å benytte StOlav. Dette sikrer et stabilt omfang på aktiviteten som er forenlig med god kvalitet. I forhold til vår gamle modell vil dette representere en utfordring for StOlavs, da denne aktiviteten samlet sett ble finansiert med mer enn 100 prosent ISF-refusjon. Dette betyr at det dermed ligger et

insentiv for å utføre denne oppgaven mest mulig kostnadseffektiv. Hvordan det forventede omfanget av pasientstrømmene skal beregnes er det nødvendig å komme tilbake til, men det bør baseres på tidligere års omfang slik det har vært gjort i den gamle modellen.

## 6. Omfordeling

I tabell 6.1 presenteres omfordeling i forhold til budsjett 2011 ved å benytte Magnussen – modellen med interne pasientstrømmer korrigert med 100 prosent ISF-refusjon og kostnadsindeks der forskning, andel langtidsliggedager og reisetid er vektet inn med henholdsvis 75 %, 75 % og 50 %.

**Tabell 6.1** *Omfordeling i forhold til budsjett 2011 når empiriske indekser benyttes og når estimerte indekser benyttes med 100 % uttelling på alle kostnadsdrivere og når forskning, andel langtidsliggedager og reisetid innvektes med hhv 75 %, 75 % og 50 %*

	Omfordeling i forhold til budsjett 2011 med faktiske indekser. Mill kroner	Omfordeling ved 100 prosent uttelling på kostnadsdrivere. Mill kroner	Omfordeling ved 75%, 75%, og 50% uttelling på h.h.v. forskn., and. langt. og reisetid Mill kroner
St Olavs Hospital	276,1	201,8	98,0
Helse Møre og Romsdal	-297,0	-221,4	-133,3
Helse Nord-Trøndelag	20,9	19,6	35,3
Helse Midt-Norge	0,0	0,0	0,0

Omfordelinger av inntekt mellom HF-ene ved å gå over til Magnussen – modellen er her synliggjort i forhold til budsjett for 2011. Det er da viktig å huske at budsjett 2011 ikke representerer den optimale fordelingen av inntekt mellom HF-ene. Hovedgrunnene til dette er:

- Forbruket er ikke i samsvar med behovet i bostedsområdene i HMN
- Kostnadsindeksene i den gamle modellen i budsjett 2011 hadde ikke de ønskede nivåene
- Det er usikkerhet i om særfinansieringen i den gamle modellen fanget opp kostnadsulempet godt nok

Dette betyr at det også ville blitt omfordelingseffekter dersom den gamle modellen hadde blitt videreført.

Omfordelingseffektene som er vist ovenfor er egentlig en sammensetning av flere forhold, og det er vanskelig å isolere samlet effekt av hver enkelt endring. Endringene i forhold til eksisterende modell kan oppsummeres som følger:

- Store deler av den gamle særfinansieringen er flyttet til å fordeles gjennom Magnussen – modellen (om lag 2 milliarder kroner)
- Det innføres et internt gjestepasientoppgjør gjennom et trekk i inntektsrammene som erstatter tidligere ordning der dette er direkte finansiert gjennom den gamle modellen
- Forskjeller i forbruk og behov mellom bostedsområdene utlignes i Magnussen – modellen
- Kostnadsulempet ivaretas gjennom kostnadsindeksene i Magnussen – modellen og ikke gjennom særfinansieringen som i vår gamle modell

- Rammene korrigeres for kjøp av tjenester fra private institusjoner og avtalespesialister
- Rammene korrigeres for kjøp av tjenester fra andre RHF

Alle disse forholdene gir en omfordeling i forhold til budsjettet i dag. Det er viktig å være klar over dette når omfordelingene vurderes.

Som vist ovenfor vil den foreslåtte modellen gi betydelige omfordelinger. Det er derfor viktig å betrakte dette som et fremtidig mål som det krever tid å tilpasse seg til. Hvor stor andel av dette målet som skal innfris i budsjettet for 2012 er det vanskelig å si noe eksakt om før betydningen av statsbudsjettet er kjent. Det er viktig å understreke at implementeringen av Magnussen – modellen vil bli vurdert i forhold til alle de andre omstillingsbehovene som er synliggjort i langtidsbudsjett for perioden 2012 til 2017. Samlet sett bør det være slik at ingen HF får urealistiske årlige omstillingskrav.

## 7. Oppsummering

Vi har laget et forslag til modell for fordeling av basisrammer til HF-ene i HMN som har følgende utforming:

- Inntektsrammer til HF-ene fordeles etter Magnussen-modellens behovs- og kostnadsindekser.
- I fastsettelsen av kostnadsindekser vektlegges de estimerte effektene med 100 prosent vekt for andel kapital og andel leger i utdanning. Den estimerte effekten av reisetid teller 50 %, mens forskning og andel langtidsliggedager teller 75 %.
- Det innføres en korreksjon for interne pasientstrømmer i regionen som baseres på følgende:
  - Korreksjon i inntektsrammer tilsvarende 100 % ISF-refusjon på et forventet antall DRG-poeng
  - Det korrigeres ikke for avvik i forhold til forventet antall DRG-poeng
  - Forventet antall DRG-poeng baseres på tidligere års interne strømmer
- Det korrigeres for kjøp av tjenester fra private institusjoner og avtalespesialister samt pasienter behandlet i andre RHF.
- Inntektsrammer til rusbehandling gis gjennom særfinansiering til rusforetaket
- Særfinansieringen er redusert betydelig i volum i forhold til den gamle modellen.

Dette er hovedinnholdet i Magnussen-modellen. Mye bestemmes gjennom fastsatte indekser, men det er også nødvendig å benytte skjønn i noen deler av modellen. Dette gjelder i hovedsak:

- Vi benytter tidligere års forbruk av private tjenester og tjenester fra andre RHF for å korrigere rammer.
- Vi benytter tidligere års omfang av interne pasientstrømmer for å korrigere rammer for netto strømmer til StOlav fra de to andre bostedsområdene.
- Det er benyttet skjønnsvurderinger for hvordan kostnadsdriverne er vektet sammen i kostnadsindeksene

Overgangen til bruk av Magnussen – modellen med forutsetningene beskrevet ovenfor gir omfordeling i forhold til dagens fordelte rammer. Dette er en ønsket endring der likeverdighet i tjenestetilbudet internt i regionen har vært en viktig faktor. Hvor raskt modellen skal

implementeres, vurderes i forhold til omstillingsbehovene som er skissert i langtidsbudsjettet for 2012 – 2017.



# Notat

## Finansieringsmodell for Helse Midt Norge

### Oppsummeringsnotat

---

**SAKSBEHANDLER / FORFATTER**

Jorid Kølseth, Jon Magnussen (NTNU)

BEHANDLING	UTTALELSE	ORIENTERING	ETTER AVTALE
------------	-----------	-------------	--------------

---

**GÅR TIL**

Helse Midt-Norge RHF

X

---

**PROSJEKTNR / SAK NR**

60H191

**DATO**

2011-05-18

**GRADERING**

Åpen

## 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn

SINTEF Teknologi og samfunn har på oppdrag fra Helse Midt-Norge gjennomført analyser som viser konsekvensene av å innføre en inntektsfordelingsmodell i tråd med prinsippene i den nasjonale modellen ("Magnussen-modellen") for Helse Midt-Norge. Arbeidet har vært gjennomført i samarbeid med professor Jon Magnussen, NTNU. I dette notatet oppsummeres resultatene av arbeidet. Vi viser også i avsnitt 4 fordelings- og omfordelingsvirkninger av utforming av ny inntektsmodell i henhold til *forslaget fra det regionale helseforetaket*.

### 1.2 Modellens hovedprinsipper

Modellen innebærer at det enkelte helseforetak tildeles en inntektsramme basert på behovet til befolkningen i helseforetakets opptaksområde, kostnadsnivået ved helseforetaket, samt eventuelle andre forhold som krever særlig finansiering. For noen typer tjenester/aktivitet er det ikke mulig å

---

<sup>1</sup> Jf eget notat fra det regionale helseforetaket.

beregne behov, disse fordeles derfor etter historiske tall. I Helse Midt-Norge vil dette gjelde pasienttransport, prehospitaltjenester og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### 1.3 Helse Midt-Norge vs andre RHF

De tre andre regionale helseforetakene har alle inntektsfordelingsmodeller som bygger på tilsvarende prinsipper. Det vil kunne være forskjeller i vektlegging av enkeltforhold, både i forhold til beregning av behov og i forhold til beregning av kostnadsnivå, men den prinsipielle tilnærmingen er den samme i alle RHFene. Den samme tilnærmingen ligger også til grunn inntektsfordelingsmodeller i en rekke andre land som Sverige, Danmark, Skottland, England, Canada osv.

## 2 Behov og forbruk

Fordeling av ressurser mellom helseforetak kan baseres på ulike prinsipper. En videreføring av innsatsstyrt finansiering fra staten innebærer en ressursfordeling som baseres på *aktivitet*. En direkte finansiering av for eksempel kompetansesentra eller særskilte oppgaver og pasientgrupper innebærer en ressursfordeling som baseres på *funksjon*. Endelig vil en fordeling etter befolkningens størrelse og sammensetning innebære en finansiering som baseres på *behov*.

Geografiske variasjoner i behov for spesialisthelsetjenester gir opphav til ulikt ressursbehov mellom helseforetaksområdene. Utfordringen er å måle forskjeller i behandlingsbehov. Dette innebærer for det første å bestemme hvilke kriterier som man mener kan fange opp forskjeller i behov, for det andre fastlegge deres størrelse. I analysene som er gjennomført for Helse Midt-Norge benyttes behovskriteriene fra NOU 2008:2 ("Magnussen-modellen"). Som alle andre kriterier vil disse ha sine styrker og svakheter – dette diskuteres ikke videre her. Interesserte henvises prosjektnotater som er levert Helse Midt-Norge eller til NOU 2008:2 kapitlene 6, 8 og 9 for en utførlig diskusjon både av kriteriene og for bruk av et faglig basert skjønn.

#### Behovsnøkkel

En behovsnøkkel består av ett sett kriterier med tilhørende vekter. Kriteriene angir hvilke faktorer som skal vektlegges i beregning av behovsforskjeller, mens vekten for det enkelte kriteriet angir hvor stor andel av samlet behov som skal tilskrives dette kriteriet. Vektene summerer seg altså til 1.

Basert på behovsnøkkel beregnes helseforetakenes andel av behov ut fra deres andel av kriteriene. For hvert kriterium beregnes altså foretaksområdenes andel av kriteriet og denne andelen multipliseres med den tilhørende vekten. Helseforetakområdenes samlede andel av behov beregnes ved å summere over alle kriteriene.

#### Behovsindeks

Behovsindeks for helseforetaksområdene beregnes som deres andel av behov delt på deres andel av befolkningen (\*100). En indeks lik 100 gir gjennomsnittlig behov per innbygger for Helse Midt-Norge. En indeks over (under) 100 betyr at helseforetaksområdet har høyere (lavere) behov per innbygger enn gjennomsnittet for Helse Midt-Norge.

Beregningene av behovsindekser tar utgangspunkt i befolkningen i opptaksområdene for helseforetakene. Det er vedtatt at et nytt helseforetak skal avløse dagens to helseforetak for Møre og Romsdal (Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF). Det nye helseforetaket skal være på plass seinest 1. juli 2011. Vi viser her resultater hvor Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF er slått sammen til ett helseforetaksområde som vi har kalt Helse Møre og Romsdal.

## 2.1 Behovsindeks for somatiske tjenester

Basert på behovsnøkkelen for somatikk fra NOU 2008:2 sammen og siste tilgjengelige data på kriteriene beregnes helseforetakenes andel av behov. Sammenholdt med befolkningsandeler gir det behovsindeksene somatiske tjenester for helseforetaksområdene. Dette er vist i tabell 1.

St Olavs Hospital får beregnet en andel av samlet behov som er lavere enn andel av samlet befolkning, og får dermed en behovsindeks som er lavere enn 100 (gjennomsnittet). St Olavs Hospital får beregnet et behov som ligger 3,5 prosentpoeng under gjennomsnittet. Helse Nord-Trøndelag får høyest beregnet behovsindeks for somatiske tjenester, 4,6 prosent over gjennomsnittet eller omlag åtte prosentpoeng over St Olavs Hospital og tre prosentpoeng over Helse Møre og Romsdal. Helse Møre og Romsdal får altså beregnet et relativt behov for somatiske tjenester som er 1,6 prosent over gjennomsnittet

For ytterligere å belyse de beregnede behovsindeksene har vi i tabell 2 dekomponert indeksen i bidragene fra henholdsvis alderskriteriene, helse- og sosialkriteriene og klima- og breddegradkriteriene.

Tabell 1 Behovsindeks – somatiske tjenester. Beregnet andel av behov, andel av befolkning og behovsindeks. Helse Midt-Norge.

	Andel av behov	Andel av befolkning	Behovsindeks
Helse Møre og Romsdal	37,6 %	37,0 %	101,6
St Olavs Hospital	41,6 %	43,1 %	96,5
Helse Nord-Trøndelag	20,8 %	19,8 %	104,6
Helse Midt-Norge	100,0 %	100,0 %	100,0

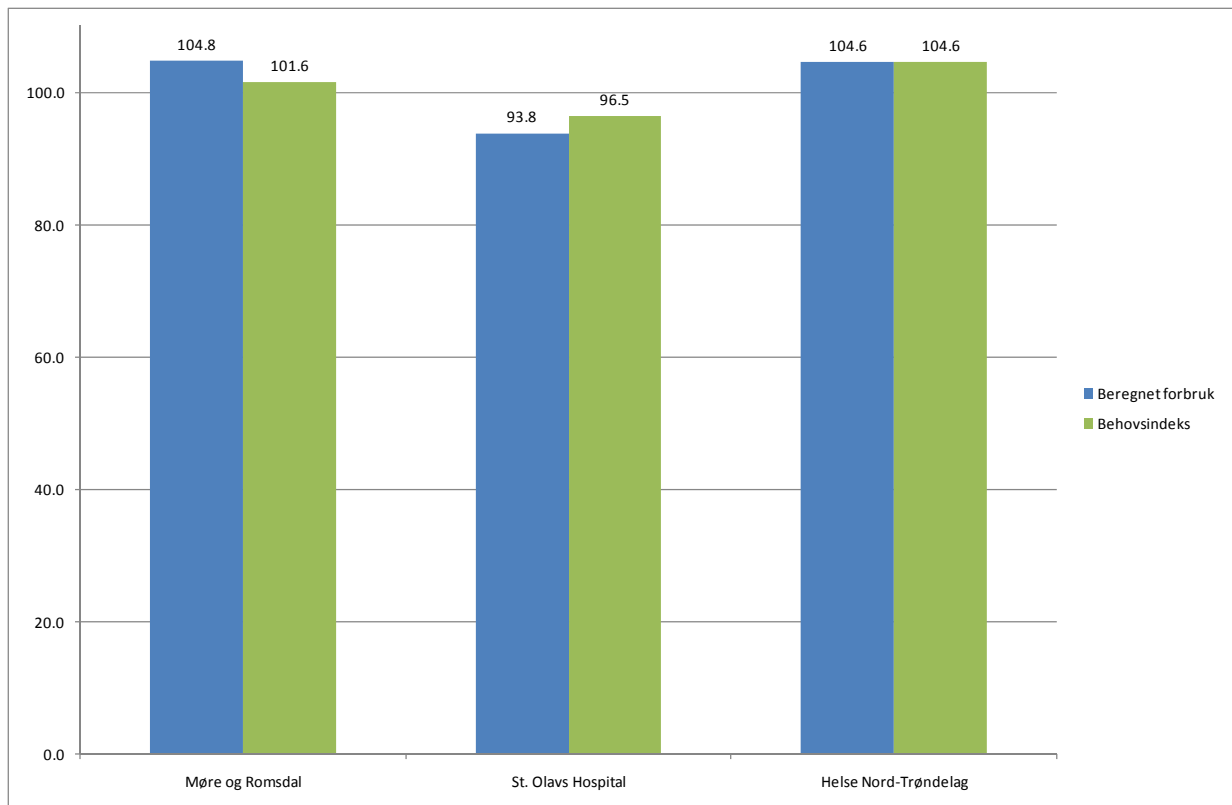
Tabell 2 Dekomponering av behovsindeks – somatiske tjenester.

	Indeks basert på kun alder	Indeks basert på kun helse- og sosialkriterier	Indeks basert på kun klima og breddegrad	Behovsindeks somatiske tjenester
<i>Andel av nøkkel</i>	<i>0,58</i>	<i>0,388</i>	<i>0,032</i>	<i>1,00</i>
Helse Møre og Romsdal	102,1	99,9	114,0	101,6
St Olavs Hospital	96,8	96,5	89,7	96,5
Helse Nord-Trøndelag	102,9	107,8	96,4	104,6
Helse Midt-Norge	100,0	100,0	100,0	100,0

Ung befolkning, gunstige helse- og sosiale kriterier og gunstig klima og breddegrad bidrar alle til lavt beregnet behov for St Olavs Hospital. Høy behovsindeks for Helse Nord-Trøndelag kan i første rekke knyttes til helse- og sosiale kriterier. Også for alderskriteriene ligger Helse Nord-Trøndelag høyest, men her er avstanden til Helse Møre og Romsdal liten. Helse Nord-Trøndelag ligger nest høyest på klima- og

breddegradskriteriene. Helse Møre og Romsdal skiller seg klart ut på klima og breddegrad, men merk at dette teller kun 3,2 prosent av den totale indeksen for somatisk aktivitet.

Vi har *anslått* et mål på samlet forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester ved å vekte sammen de ulike forbrukskomponentene. Dette har vi gjort ved å regne konsultasjoner ved sykehus og private avtalespesialister og oppholdsdøgn ved opptreningsinstitusjoner om til DRG-poeng. Sammenvektingen er gjort i tråd med den metodikken som ble brukt i NOU 2008:2. Det relative forbruket per innbygger er sammenholdt med behovsindeksene i figur 1.



Figur 1 Behovsindeks og beregnet relativt samlet forbruk. Somatikk. 2009.

For Helse Nord-Trøndelag er det samsvar mellom beregnet relativt forbruk og behovsindeksen. St Olavs Hospital har både lavest beregnet forbruk og beregnet behov. Men det relative forbruket er noe lavere enn beregnet relativt behov. For Helse Møre og Romsdal er beregnet forbruk på nivå med Helse Nord-Trøndelag, men som vi så over er beregnet behovsindeks lavere.

## 2.2 Behovsindeks for Psykisk helsevern

De beregnede behovsindeksene for psykisk helsevern er vist i tabell 3.

Tabell 3 Behovsindeks – psykisk helsevern. Beregnet andel av behov, andel av befolkning og behovsindeks. Helse Midt-Norge.

	Andel av behov	Andel av befolkning	Behovsindeks
Helse Møre og Romsdal	35,8 %	37,3 %	95,9
St Olavs Hospital	44,6 %	42,8 %	104,2
Helse Nord-Trøndelag	19,6 %	19,8 %	98,7
Helse Midt-Norge	100,0 %	100,0 %	100,0

Det er St Olavs Hospital som får beregnet høyest behovsindeks for psykisk helsevern; opptaksområdet for St Olavs Hospital står for 42,8 prosent av befolkningen i Midt-Norge og er beregnet å stå for 44,6 prosent av behovet. Dette gir en behovsindeks på 104,2. Helse Nord-Trøndelag får beregnet nest høyest behov og ligger 5,5 prosentpoeng under St Olavs Hospital. Helse Møre og Romsdal sin behovsindeks ligger 2,8 prosentpoeng lavere enn Helse Nord-Trøndelag.

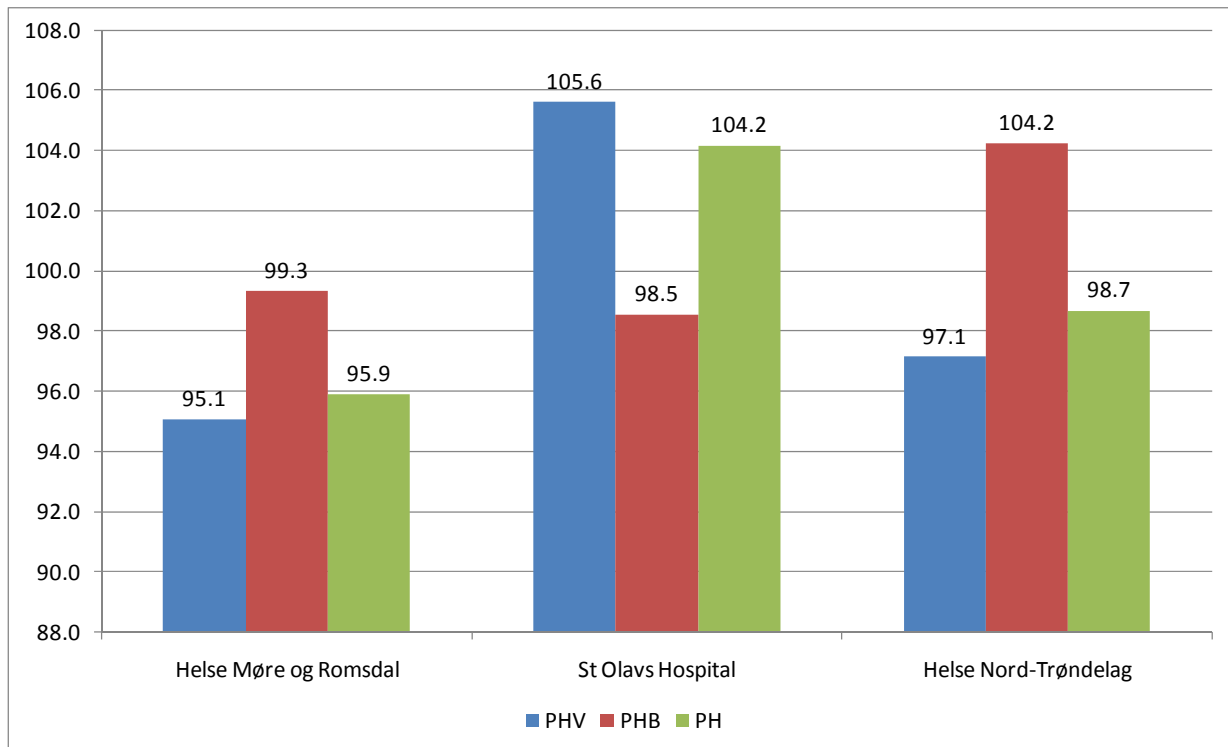
I tabell 4 er behovsindeksen for psykisk helsevern dekomponert i bidragene fra henholdsvis alderskriteriene og helse- og sosialkriteriene.

Tabell 4 Dekomponering av behovsindeks - psykisk helsevern

	Indeks basert på kun alder	Indeks basert på kun helse- og sosialkriterier	Behovsindeks psykisk helsevern
<i>Andel av nøkkel</i>	<i>0,549</i>	<i>0,451</i>	<i>1,00</i>
Helse Møre og Romsdal	99,0	92,2	95,9
St Olavs Hospital	101,7	107,1	104,2
Helse Nord-Trøndelag	98,2	99,3	98,7
Helse Midt-Norge	100,0	100,0	100,0

St Olavs Hospital ligger høyest både på alderskriteriene og helse- og sosialkriteriene. Mens helse og sosialkriteriene viser samme rangering som den samlede behovsindeksen, ligger Helse Nord-Trøndelag lavest for alderskriteriene. Men forskjellene mellom områdene er mye lavere for alderskriteriene (3.5 prosentpoeng) enn for helse- og sosialkriteriene (14,9 prosentpoeng).

Vi ønsker å sammenholde behovsindeksen med tilgjengelige data på forbruk. Disse beregnes separat for voksne og barn og unge. Behovsnøklene for psykisk helsevern i Magnussen-utvalget er basert på separate analyser for psykisk helsevern for barn og unge (PHV-B) og psykisk helsevern for voksne (PHV-V). Vi har brukt resultatene fra disse analysene til å beregne separate behovsindekser for PHV-B og PHV-V. Kriteriet ikke-vestlige innvandrere ble skjønnsmessig innvektet i behovsnøkkelen for det psykiske helsevernet. Vi har her lagt kriteriet til PHV-V. Resultatet er vist i figur 2.

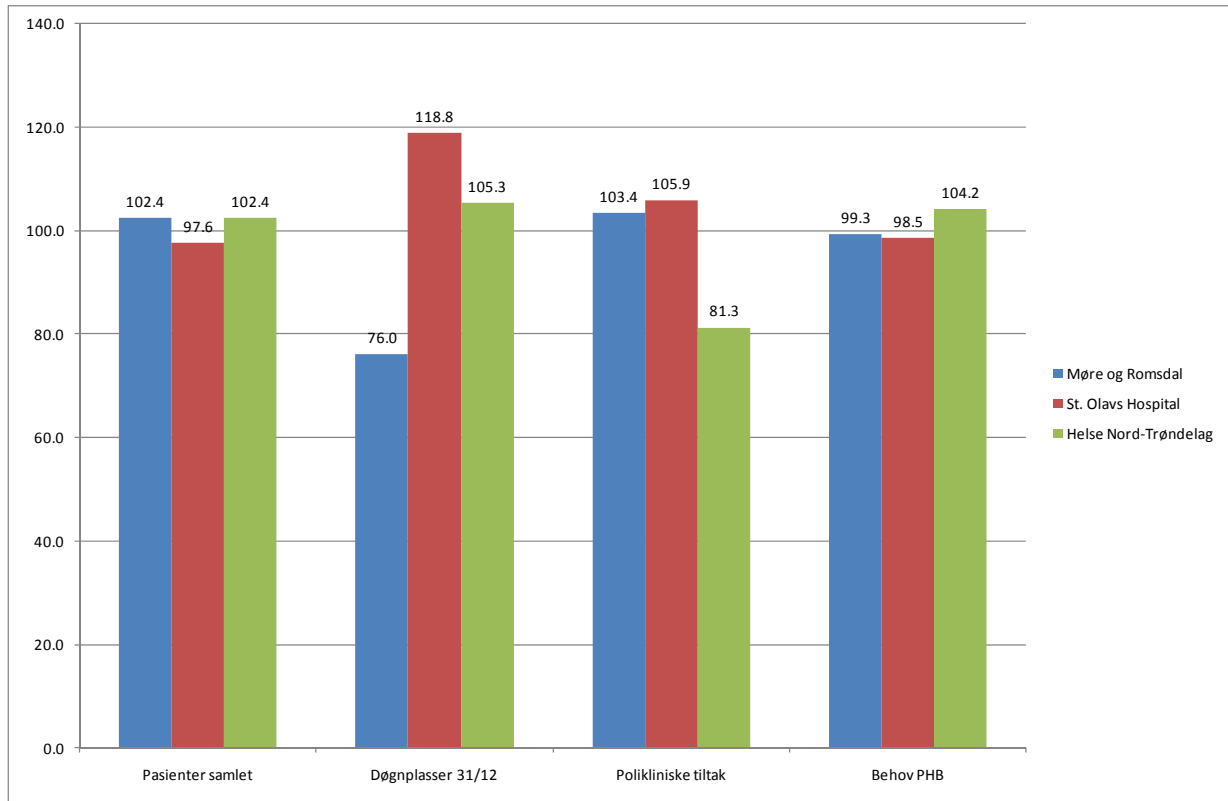


Figur 2 Behovsindeks psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern totalt. 2009.

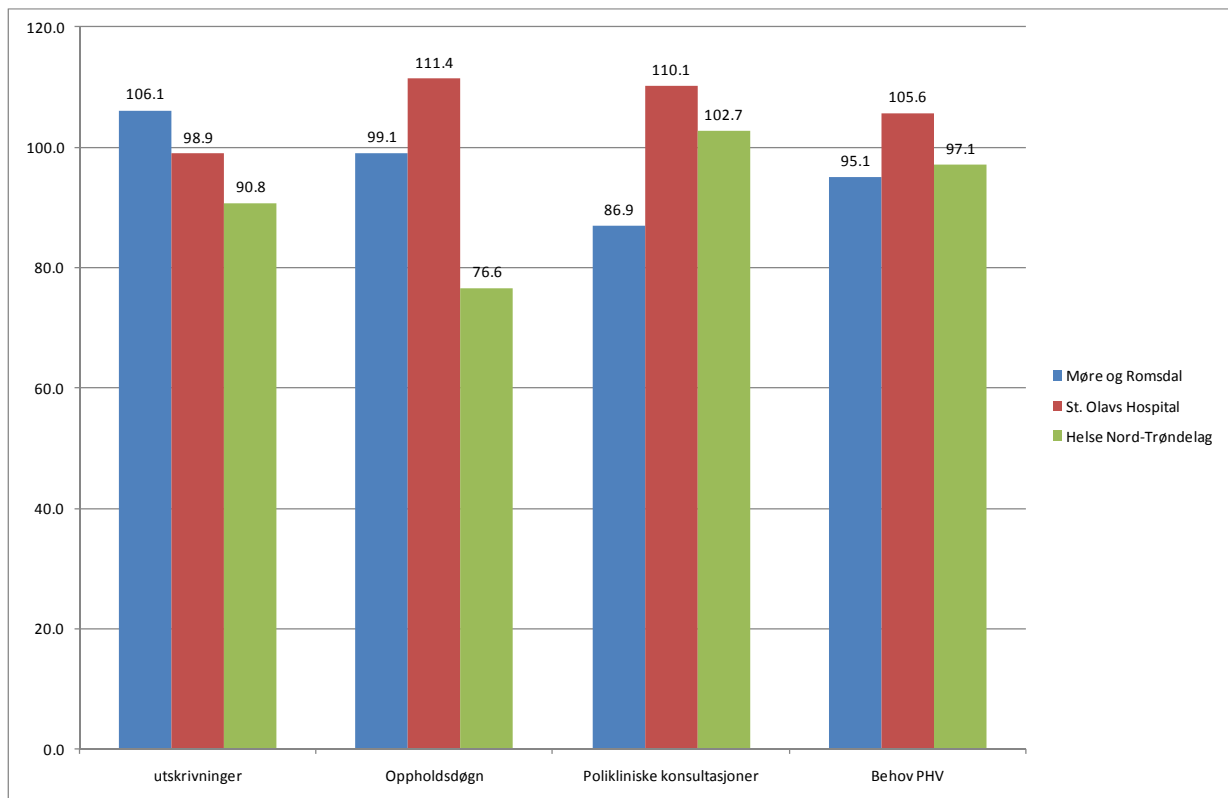
Behovsindeksene for helsevern for voksne er klart høyere for St Olavs Hospital enn for Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag. For barn og unge er det Helse Nord-Trøndelag som skiller seg fra de to andre, med klart høyere beregnet behov. De fleste kriteriene trekker i retning av høyt beregnet behov for barn og unge for Helse Nord-Trøndelag.

I figur 3 og figur 4 har vi sammenholdt behovsindeksene med ulike indikatorer for relativt forbruk av tjenesten innen det psykiske helsevernet. Relativ forbruk er da beregnet som forbruk per innbygger i helseforetaksområdet målt i forhold til gjennomsnittet for Helse Midt-Norge<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Kilde: SAMDATA, og Helse Midt-Norge. Poliklinisk konsultasjoner for voksne og tiltak for barn og unge er vektet basert på takst.



Figur 3 Behovsindeks og relativt forbruk målt ved pasienter psykisk helsevern for barn og unge. (gjennomsnittet for Helse Midt-Norge =100) 2009.



Figur 4 Behovsindeks og relativt målt ved døgnopphold, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. (gjennomsnittet for Helse Midt-Norge =100) 2009.

Ingen av forbruksindikatorerne for barn og unge viser samme rangering som behovsindeksene. St Olavs Hospital har lavest pasientrate, og høyest rate for poliklinisk virksomhet og flest døgnplasser per innbyggertall i målgruppen. Det er betydelige forskjeller i forbruksmønster for antall pasienter sammenlignet med forbruksmål basert på polikliniske tiltak. Forskjellene i pasientrater mellom foretaksområdene er mye mindre enn forskjellene i nivå på poliklinisk virksomhet. Forbruksindikatorerne tyder på ulikt forbrukssammensetning mellom Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag, førstnevnte synes å være mer poliklinikk orientert (målt ved tiltak, nivå for antall pasienter er likt), mens sistnevnte synes å ha større innslag av døgnbehandling<sup>3</sup>.

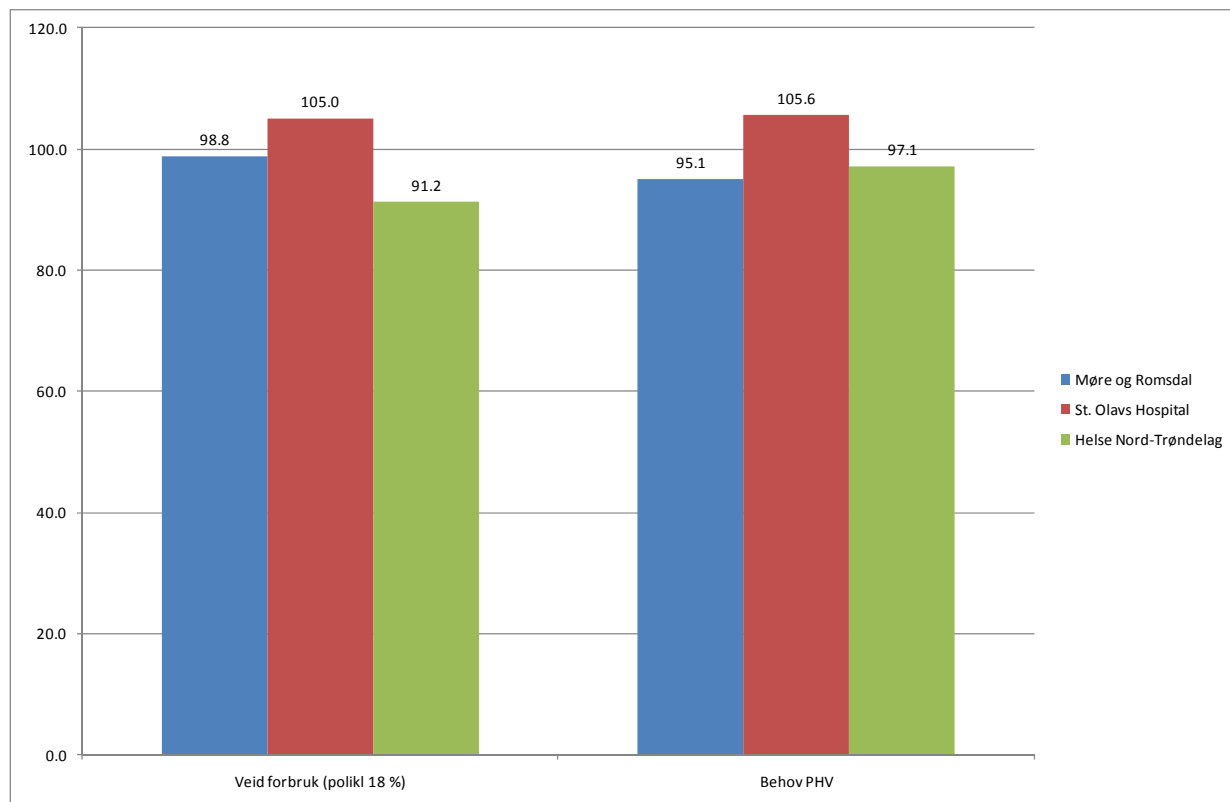
For psykisk helsevern for voksne viser forbruksindikatorerne minst forskjeller i antall utskrivning per innbygger i målgruppen. Relativt nivå på antall oppholdsdøgn er høyest for Sør-Trøndelag og lavest for helse Nord-Trøndelag. For polikliniske konsultasjoner er også nivået høyest for Sør-Trøndelag, mens det er Møre og Romsdal som har lavest rate. Vi har ikke tilgjengelige tidligere beregninger som kan brukes til å vekte sammen døgnbehandling og poliklinisk behandling i det psykiske helsevernet for voksne. Vi har likevel forsøkt å vekte sammen døgnaktivitet og polikliniske konsultasjoner ved å ta utgangspunkt i fordelingen av personell mellom poliklinisk virksomhet (18 prosent) og døgnvirksomhet (82 prosent) på landsbasis<sup>4</sup>. Døgnaktivitet er målt med 50 % vekt på oppholdsdøgn og 50% vekt på utskrivninger. Resultatet er vist i figur 5. Når vi vekter forbruksindeksene som beskrevet over så er det stort samsvar i rangeringen av relativt forbruk og relativt behov for Sør-Trøndelag, mens forbruksnivået ser ut til å være relativt sett høyere enn behovsindikatoren tilsier i Møre og Romsdal, mens det motsatte er tilfelle for Nord-Trøndelag.

---

<sup>3</sup> Det har vært feil i de rapporterte data for døgnpasienter til NPR for 2009, og vi har derfor ikke opplysninger om fordelingen av døgnpasienter eller oppholdsdøgn, kun antall plasser per 31.12.

<sup>4</sup> SAMDATA 2008





Figur 5 Behovsindeks og relativt målt ved veid indeks for døgnaktivitet (50% oppholds døgn+50 utskrivninger) (82 prosent) og polikliniske konsultasjoner (18 prosent) i psykisk helsevern for voksne. 2009.

### 2.3 Behovsindekser for tverrfaglig spesialisert rusbehandling

De beregnede behovsindeksene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er vist i tabell 5. I tabell 6 er behovsindeksen for TSB dekomponert i bidragene fra henholdsvis alderskriteriene og helse- og sosialkriteriene.

Tabell 5 Behovsindeks – tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Beregnet andel av behov, andel av befolkning og behovsindeks. Helse Midt-Norge.

	Andel av behov	Andel av befolkning	Behovsindeks
Helse Møre og Romsdal	35,8 %	37,3 %	96,1
St Olavs Hospital	44,7 %	42,8 %	104,4
Helse Nord-Trøndelag	19,4 %	19,8 %	97,9
Helse Midt-Norge	100,0 %	100,0 %	100,0

Tabell 6 Dekomponering av behovsindeks - tverrfaglig spesialisert rusbehandling

	Indeks basert på kun alder	Indeks basert på kun helse- og sosialkriterier	Indeks basert på kun klima og breddegrad	Behovsindeks tverrfaglig spesialisert rusbehandling
<i>Andel av nøkkel</i>	<i>0,576</i>	<i>0,424</i>		<i>1,00</i>
Helse Møre og Romsdal	97,2	94,5		96,1
St Olavs Hospital	104,9	103,8		104,4
Helse Nord-Trøndelag	94,7	102,1		97,9
Helse Midt-Norge	100,0	100,0		100,0

Rangeringen og størrelse på forskjellene mellom helseforetaksområdene for TSB er relativ lik den for psykisk helsevern (PH). Men forskjellene for indeks basert på kun alderskriterier er større for TSB enn PH. St Olavs Hospital har høyest indeks for alderskriteriene og Nord-Trøndelag har lavest indeks. For helse- og sosiale kriterier er forskjellene mindre for TSB enn for PH. Denne delindeksen er relativ lik for St Olavs Hospital og Nord-Trøndelag og betydelig lavere for Helse Møre og Romsdal.

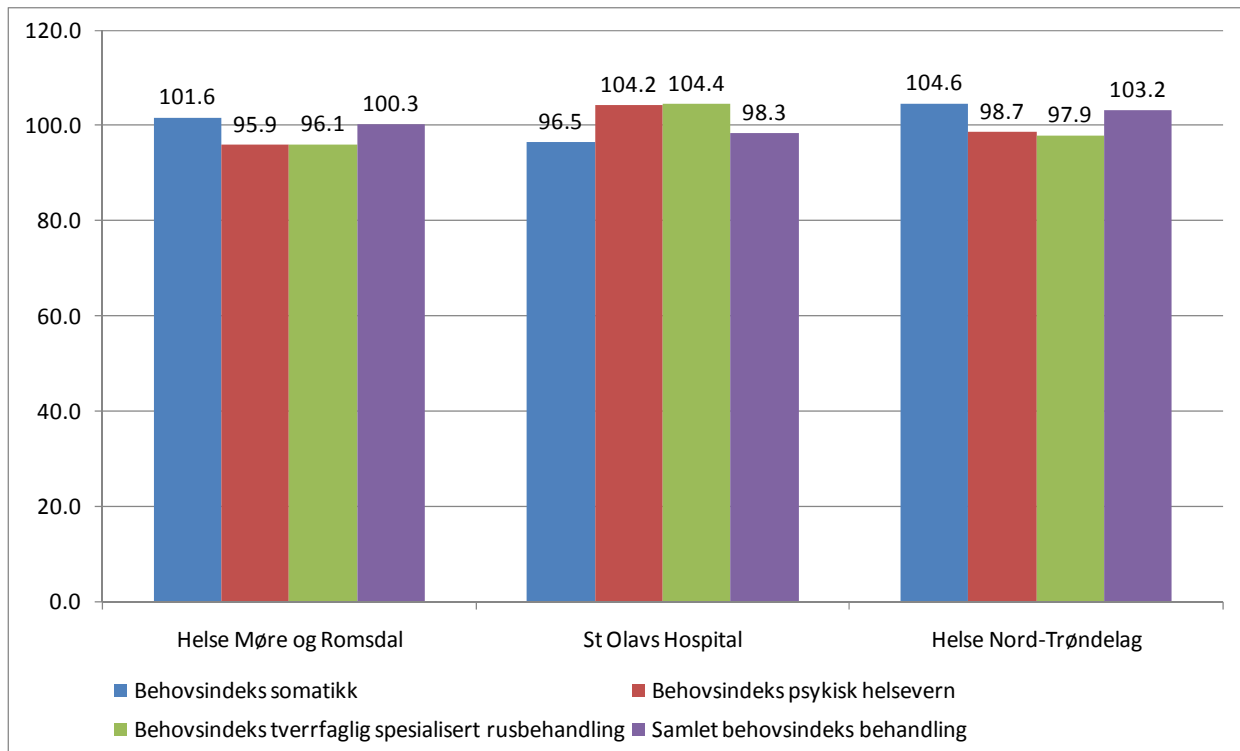
Vi har ikke tilgjengelige data for forbruk av TSB fordelt på helseforetaksområdene som viser både døgntilrettelagt og poliklinisk behandling.

## 2.4 Samlet behovsindeks behandling

Behovsindeksene for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vektet sammen til en samlet behovsindeks for behandlingstjenester. Vi har brukt de samme andelenes som brukes på nasjonalt nivå i 2011. Tabell 7 viser de tre delindeksene og den samlede behovsindeksen for behandling for de tre helseforetaksområdene. Indeksene er også framstilt i figur 6.

Tabell 7 Dekomponering av samlet behovsindeks for behandling.

	Behovsindeks somatikk	Behovsindeks psykisk helsevern	Behovsindeks tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Samlet behovsindeks behandling	Samlet behovsindeks behandling, eks rusbehandling
<i>Andel: inkl rus</i>	<i>0.7675</i>	<i>0.1977</i>	<i>0.0348</i>	<i>1,000</i>	
<i>Andel: ekskl rus</i>	<i>0.7952</i>	<i>0.2048</i>			<i>1,000</i>
Helse Møre og Romsdal	101,6	95,9	96,1	100,3	100,5
St Olavs Hospital	96,5	104,2	104,4	98,3	98,0
Helse Nord-Trøndelag	104,6	98,7	97,9	103,2	103,4
Helse Midt-Norge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



Figur 6 Behovsindeks for somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og samlet behovsindeks for behandling.

Helse Møre og Romsdal får beregnet en samlet behovsindeks på 100,3, det vil si omlag på gjennomsnittet for Helse Midt-Norge. Behovsindeksen for somatikken veier tyngst i den samlede behovsindeksen. For psykisk helsevern og TSB har Helse Møre og Romsdal lavest behovsindekser, omlag fire prosent under gjennomsnittet. St Olavs Hospital har lavest samlet behovsindeks, to prosentpoeng under Helse Møre og Romsdal. Det er behovsindeksen for somatikken som bidrar til lavt beregnet samlet behov for St Olavs Hospital. For psykisk helsevern og TSB har St Olavs Hospital høyest beregnet behov, rundt åtte prosentpoeng over Helse Møre og Romsdal. Helse Nord-Trøndelag får høyest beregnet behovsindeks; 2,9 prosentpoeng over Helse Møre og Romsdal. Sammenlignet med Møre og Romsdal er behovsindeksene for Helse Nord-Trøndelag høyere for alle tre deltjenester. Dersom TSB holdes utenfor beregningene av samlet behov gir det relativt små utslag på behovsindeksene. Den samlede behovsindeksen øker med 0,2 prosentpoeng for både Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag og reduseres med 0,3 prosentpoeng for St Olavs Hospital.

Beregnet andel av samlet behov for de fire helseforetaksområdene er vist i tabell 8.

Tabell 8 Samlet behovsindeks for behandling. Beregnet andel av behov, andel av befolkning og behovsindeks. Helse Midt-Norge.

	Andel av behov	Andel av befolkning <sup>5</sup>	Behovsindeks
<b>Inkl rusbehandling</b>			
Helse Møre og Romsdal	37.20 %	37.08 %	100.31
St Olavs Hospital	42.33 %	43.08 %	98.25
Helse Nord-Trøndelag	20.48 %	19.84 %	103.22
Helse Midt-Norge	100,00 %	100,00 %	100,00
<b>Ekskl rusbehandling</b>			
Helse Møre og Romsdal	37.25 %	37.07 %	100.47
St Olavs Hospital	42.24 %	43.09 %	98.03
Helse Nord-Trøndelag	20.51 %	19.84 %	103.41
Helse Midt-Norge	100,00 %	100,00 %	100,00

Det er behovsindeks eksklusive indeks for rusbehandling som legges til grunn i forslaget til inntektsmodell fra det regionale helseforetaket, jf avsnitt 4.

### 3 Kostnadsindeksen

Dersom det er systematiske og uforskyldte forskjeller mellom helseforetakene i Helse Midt-Norge i vilkårene for å levere tjenester må disse kompenseres. Det er imidlertid flere utfordringer knyttet til innarbeiding av kompensasjon for kostnadsforskjeller i et inntektsfordelingssystem: For det første må man, på prinsipielt grunnlag, fatte beslutninger om hvilke typer kostnadsforskjeller man ønsker å kompensere, for det andre må man fastslå i hvilken grad disse kostnadene varierer systematisk mellom helseforetakene og for det tredje må man beslutte hvor stor denne kompensasjonen skal være. Endelig vil det også kunne være nødvendig å korrigere det interne gjestepasientoppjøret for forskjeller i kostnader.

#### 3.1 Hvordan kompensere for forskjeller i kostnader?

Forskjeller i kostnadsnivå mellom sykehus kan oppstå både fordi sykehusene har ulik grad av effektivitet, fordi de har ulik sammensetning av oppgaver og fordi de har ulike driftsforhold. Gjennom DRG-systemet forsøker vi å fange opp forskjeller i pasientsammensetning, men vi har i dag ikke systemer som fanger opp ulik grad av forskning, utdanning eller beredskap. Vi har heller ikke sikker kunnskap om hvordan driftsforhold og kostnader påvirkes av forhold som beliggenhet, størrelse eller aktivitetssammensetning. En konsekvens av dette er at vi ikke uten videre er i stand til å se på sykehusenes kostnadsnivå og si at så mye skyldes ineffektivitet, så mye aktivitetssammensetning og så mye driftsforhold.

<sup>5</sup> Andel befolkning endres fordi det er forskjeller i opptaksområdene for somatikk og psykisk helse/TSB.

Det er to måter å håndtere dette på. Enten kan man forsøke å beregne hva de enkelte aktivitetene på sykehusene koster, og så finansiere disse særskilt. En slik *særfinansiering* benyttes i dag i Helse Midt-Norge for eksempel for forventede merkostnader ved å være et universitetssykehus. Størrelsen på dette beløpet er imidlertid ikke basert på faktiske analyser, men på tidligere bevilgninger. Disse er igjen bestemt av politiske og historiske forhold, og har lite med de faktiske merkostnadene ved å være et universitetssykehus. For andre forhold som kan gi økte kostnader som beredskap, forskning, og utdanning finnes ikke heller ikke beregninger. Dersom man ønsker en modell som baseres på særfinansiering må det derfor benyttes et betydelig skjønn ved fastsettelse av beløpet, og det er ikke klart hva dette skjønnet skal baseres på.

En alternativ framgangsmåte vil være å se i hvilken grad vi kan observere at kostnadsnivået påvirkes av nivået på de forholdene vi tror har betydning. I praksis vil dette innebære at vi benytter data fra så mange sykehus som mulig og forsøker å avdekke systematiske sammenhenger mellom, for eksempel forskning, og kostnadsnivå. Gjennom slike statistiske analyser vil vi dermed kunne uttale oss med større sikkerhet både om *hva* som påvirker kostnadene og *i hvor stor grad* kostnadene påvirkes. Slike kostnadsanalyser vil også være beheftet med en rekke usikkerheter, men de vil allikevel gi et langt bedre grunnlag for å fastsette et kostnadsnivå i en inntektsfordelingsmodell. Også denne tilnærmingen vil imidlertid kreve at det anvendes et visst skjønn.

### 3.2 Analysene for Helse Midt Norge

Analysene er basert på data fra 25 helseforetak for perioden 2005-2009. Valg av kostnadsdrivere er basert på tidligere analyser fra de andre regionale helseforetakene og de nasjonale analysene. I tillegg ble noen kostnadsdrivere som ikke ga statistisk signifikant forklaring (for eksempel størrelse) ekskludert. Dette innebærer at følgende forhold ble inkludert

Reisetid. I analyser av kostnadsforskjeller vil effekten av reisetid være usikker. På den ene siden vil lang reisetid kunne føre til at kontakt med helsetjeneste utsettes og at behandlingens kostnad dermed blir større<sup>6</sup>. Det kan også være slik at det blir vanskeligere å stykke opp behandlingen, og liggetid og kostnader kan dermed bli større. På den andre siden kan lang reisetid føre til at pasienter som ellers ville blitt behandlet poliklinisk nå behandles ved sengeavdelinger. Disse vil dermed gjerne være av de minst ressurskrevende innen en DRG, og dette trekker i retning av lavere kostnader. Bosettingsmønster vil primært antas å ha konsekvenser for kostnader gjennom en mer spredt (og dermed mer kostbar) akuttberedskap.

I analysene inkluderes er *reisetid* målt som gjennomsnittlig reisetid fra kommunesentrum i kommunene i HF-området til nærmeste akutt sykehus. For sykehus med mange gjestepasienter vil dette dermed i mindre grad måle hvor langt pasientene har reist. Samtidig er det grunn til å anta at nettopp sammenhengen mellom reisetid og behandlingens kostnader for gjestepasienter påvirkes av at disse pasientene har en høyere grad av overføring til eget lokalsykehus.

Antall forskningspoeng, der forskningspoeng beskrives ved summen poeng knyttet til doktorgrader og poeng knyttet til artikler, inkluderes som et mål på forskningsaktiviteten. Denne tilsvarer den

---

<sup>6</sup> Merk at for at dette skal gjelde her må man ha en systematisk skjevfordeling innen en DRG.

forskningsaktiviteten som rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet. Forskningsaktiviteten normeres mot antall DRG-poeng (aktivitet).

Utdanning måles som antall *assistentleger* og antall *turnuskandidater*, og i en alternativ spesifikasjon som summen av disse. I begge tilfeller måles de som andel av den samlede innsatsen av leger.

Endelig inkluderes variabler som er ment å fange opp eventuelle måleproblemer i aktivitetsmålet vårt; én er knyttet til omfanget av langtidsliggedager, én til omfanget poliklinikk.

Andel poliklinisk aktivitet vil kunne fange opp eventuelle feil vi gjør gjennom innvektingen av poliklinisk aktivitet. Andel poliklinikk vil også kunne fange opp effekter av en høyere grad av stykkprisfinansiering; eller en mulig effektiviseringsgevinst. Variabelen måles i % som polikliniske DRG-poeng i forhold til totale DRG-poeng.

Andel langtidsliggedager vil kunne fange opp kostnadsulemper ved å ha mange pasienter med lang liggetid. Variabelen måles som andel DRG-poeng for langtidsliggere i forhold til totalt antall DRG-poeng. Merk at aktiviteten måles inklusive langtidsliggedager. Det betyr at dersom kostnad/DRG-poeng øker med andel langtidsliggedager kan dette være en indikasjon på at langtidsliggedøgnene er mer kostnadskrevenne enn det de "godskrives" med i beregningen av DRG-poeng,

Andel kapital vil kunne fange opp kostnadsulemper/fordeler ved å ha stor kapitalbeholdning.

Analysene er gjennomført som en lineær regresjon basert på data fra 2005 til 2009, og med "dummy-variable" for å fange opp årsspesifikke forhold. Det er prøvet en rekke ulike spesifikasjoner, både mht hvordan vi har beregnet samlet aktivitet (poliklinikk+dag+døgn), og hvordan forhold som arbeidsgiveravgift og pensjonskostnader er håndtert. Resultatene har vist seg å være svært robuste ift disse valgene, og tabell 9 viser resultatene fra den modellen som er lagt til grunn i det videre arbeidet. Analysene er gjort på data fra somatisk aktivitet.

Tabell 9 Resultatene av analysen.

	Koeffisient	P-verdi
Konstant	21,617	,000
Reisetid	,074	,000
Andel kapital	,458	,020
Utdanning	,111	,035
Forskning	2,530	,000
Poliklinikk	,014	,019
Langtid	1,705	,000
D 2005	-2,059	,038
D 2006	-,280	,751
D 2007	-,433	,604
D 2008	-,997	,223
<b>Just R2</b>		<b>,807</b>

Tolkningen av denne tabellen er som følger:

Dersom alle kostnadsdriverne har verdi "0" vil kostnad pr DRG-poeng (inkludert poliklinisk aktivitet og langtidsliggedager, og derfor ikke sammenliknbart med for eksempel enhetsprisen i ISF) være kr 21 617. For hvert minutt reisetid til sykehus vil kostnaden øke med 74 kroner, for hver prosentandel kapital med 458 kroner, for hver prosentandel leger i utdanningsstillinger med 111 kr, for hvert forskningspoeng pr 10000 DRG-poeng med kr 2530, hver prosentandel langtidspasienter med 1705 kr. Poliklinikkandelen er signifikant og viser en positiv sammenheng med kostnadsnivået. I utgangspunktet ville vi vente at høy andel poliklinikk ga lavere kostnadsnivå. En tolkning av resultatet er at vi i justeringen av samlet aktivitet undervurderer den polikliniske aktiviteten. Ved å ta med poliklinisk aktivitet i beregningene av effekten av de ulike kostnadsdriverne korrigerer vi for dette, men det skal ikke kompenseres for poliklinisk aktivitet i beregning av forventet kostnadsindeks. Endelig betyr D2005 at kostnadsnivået i 2005 var 2059 kroner lavere enn i referanseåret 2009.

### 3.3 Diskusjon

Kort oppsummert viser disse analysene:

- i) Kostnadsnivået stiger med økende forskningsaktivitet.
- ii) Kostnadsnivået stiger med økende andel langtidspasienter
- iii) Kostnadsnivået stiger med økende reisetid fra kommunene i opptaksområdet fram til sykehuset
- iv) Kostnadsnivået stiger med økende andel leger i utdanningsstilling
- v) Kostnadsnivået stiger med økende andel kapital.

Basert på denne type analyser er det mulig å beregne et *forventet* kostnadsnivå for hvert helseforetak. Tabell 10 viser forventet kostnadsnivå i de fire nåværende helseforetakene i Helse Midt-Norge - dersom analysene av forholdet mellom kostnadsnivå og kostnadsdrivere ukritisk legges til grunn.

Tabell 10 Forventet kostnadsnivå basert på analyse av sammenhengen kostnadsdrivere/kostnadsnivå

	Laveste = 1	Gjennomsnitt = 1
St. Olavs Hospital	1,204	1,086
Helse Møre og Romsdal	1,000	0,902
Helse Nord-Trøndelag	1,035	0,934
Helse Midt Norge	1,109	1,000

St Olavs Hospital får her er forventet kostnadsnivå som er drøye 20 % høyere enn kostnadsnivået i Helse Møre og Romsdal. Helse Nord Trøndelag får et forventet kostnadsnivå som er 3,5 % høyere enn i Helse Møre og Romsdal. Det er imidlertid flere forhold som taler for at vi ikke ukritisk bør legge resultatene fra analysene til grunn for beregning av en forventet kostnadsindeks.

Det første forholdet gjelder det etablerte sammenhengen mellom nivå på *forskningsaktivitet og kostnadsnivå*. Denne vil både skyldes at forskning trekker ressurser og at forskning kan gi mer kostbar pasientbehandling. Det første forholdet (kostnadene ved forskningen) vil finansieres gjennom den

direkte forskningsfinansieringen, det andre (kostnadene ved pasientbehandling) bør kompenseres gjennom kostnadsindeksen. Spørsmålet er da hvilken andel disse to utgjør av den samlede effekten som følger av analysen. En mulig framgangsmåte ville være å trekke ut den andelen av sykehusenes kostnader som var knyttet til selve forskningsaktiviteten, og så gjennomført analysen på nytt. Den sammenhengen vi da kom fram til vil ideelt sett kun fange opp forholdet mellom forskning og kostnader ved pasientbehandling. Dessverre har vi ikke tilgang på denne informasjonen for de 25 helseforetakene som inngår i analysen vår for perioden 2005-2009. Som en grov tilnærming har vi korrigert for et beløp som tilsvarer universitetstilskuddet slik det ble tidelt fram til 2003. Dette tilskuddet dekker mer enn bare forskning, men vi vet samtidig fra andre analyser at tilskuddene til forskning ikke er kostnadsdekkende. Når vi baserer analysene våre på kostnader eksklusive universitetstilskuddet blir sammenhengen mellom kostnadsnivå og forskningsaktivitet betydelig (rundt 40 %) svakere. Det er usikkerheter også knyttet til denne analysen, særlig til størrelsen på universitetstilskuddet (som er altså er framskrevet på grunnlag av tall fra 2003), men konklusjonen er allikevel at det vil være riktig å justere ned den (første) beregnede effekten av forskning når vi skal bestemme forventet kostnadsnivå på helseforetakene i Helse Midt Norge.

Det andre forholdet vi skal være særlig oppmerksom på er sammenhengen mellom *andel langtidspasienter* og kostnadsnivå. På den ene siden vil andel langtidspasienter kunne trekke kostnadsnivået opp fordi DRG-vekten for disse ikke gir full uttelling for den lange liggetiden. På den andre siden regnes langtidsliggedagene (altså liggedager ut over trimpunktet) inn med 0.09 DRG-poeng i analysene. Dette kan være lavere enn den reelle ressursbruken knyttet til disse pasientene, og fører isolert sett til at beregnet kostnadsnivå blir kunstig høyt. Samlet sett kan det dermed argumenteres med at helseforetakene skal kompenseres noe, men ikke fullt ut, for de merkostnadene som analysene tilsier følger av høy andel langtidspasienter.

Det tredje forholdet vi må være oppmerksom på er sammenhengen mellom *reisetid* og kostnadsnivå. Vi har inkludert reisetid som en kostnadsdriver fordi den antas å fange opp forhold knyttet til akuttberedskap, smådriftsulempet og kostnader knyttet til lengre liggetid. Variabelen benyttes også i både den nasjonale modellen og i flere av de andre regionale helseforetakene. Samtidig ser vi at det er relativt små variasjoner mellom de fire helseforetakene i Helse Midt Norge. Når dette kobles mot en viss usikkerhet ift forhold som bruk av ferger og reisetid innen sykehuskommuner (= 0), trekker det i retning av at man vurderer konsekvensene av å legge mindre vekt på reisetidsvariabelen<sup>7</sup>.

Som vi var inne på i innledningen er må det altså benyttes skjønn når man skal fastsette hvilken kostnadsindeks som skal benyttes i inntektsfordelingsmodellen. Dette er ingen lett øvelse – både fordi det kan være vanskelig å anvende et skjønn som ikke er farget av eget ståsted og fordi det er betydelig usikkerhet knyttet til de forholdene som skal avgjøres. Noen overordede problemstillinger kan allikevel muligens være verdt å ta med seg:

---

<sup>7</sup> Reisetidsvariabelen er den samme som er brukt i NOU 2008:2 og er beregnet som gjennomsnittlig reisetid fra kommunesenter i kommunene i helseforetaksområdet til kommunesenter i vertskommunen med nærmeste akuttstasjon. Ved bruk av ferge legger systemet til grunn overfartstid. Reisetid er beregnet basert på gjennomsnittshastigheter for ulike veiklasser korrigert for tidsforbruk i forbindelse med rushtider, ventetid ved ferge osv.



- i) Dersom man mener at det er viktig å stimulere til å satse på forskning vil det legge noen føringer på hvilken skjønnsanvendelse man gjør i forhold til hvor stor betydning forskningsnivået skal ha i bestemmelse av forventet kostnadsnivå.
- ii) Dersom man følger samhandlingsreformens intensjoner i forhold til å flytte aktivitet over fra spesialist- til primærhelsetjenesten vil det legge noen føringer på skjønnsanvendelsen i forhold til å kompensere sykehus med mange langtidspasienter.
- iii) Dersom man mener at helseforetakene har et egenansvar (og egne muligheter) til å organisere aktiviteten og fordele funksjoner mellom sykehusene vil dette kunne legge føringer i forhold til hvilken vekt man vil legge på reisetid som en kostnadsdriver.

Kostnadsindeksene som er presentert i tabell 10 innebærer altså at man ukritisk legger til grunn resultatene fra regresjonsanalysene. Det burde framgå av diskusjonen over at en viss justering bør foretas, uten at vi her gir noen særlig anbefaling. Tabell 11 gir *et anslag* over omfordelingseffektene av å endre innvektingen av de tre dominerende kostnadsdriverne i kostnadsindeksen.

Tabell 11 Omfordelingseffekter av 1 prosentpoengs vektlegging av kostnadsdriver. I modell hvor det er 100 % betaling for interne gjestepasienter og gjestepasientpris lik den nasjonale DRG-satsen. Tall i 1000 kr.

	Forskning	Langtidsliggedager	Reisetid
Helse Møre og Romsdal	-2700	-760	0
St Olavs Hospital	3700	1440	-500
Helse Nord Trøndelag	-1000	-640	500

Tabellen leses som følger: Dersom man velger å tillegge forskningsvariabelen 90 % av den effekt den hadde i analysene vil det gi en omfordeling av 37 millioner kroner ( $= 10 * 3700$ ) fra St Olavs hospital til Helse Møre og Romsdal (27 mill) og Helse Nord Trøndelag (10 mill). Tilsvarende vil en vektlegging av langtidsliggedagene med 90 % av effekten fra analysene innebære en omfordeling av 14,4 millioner som fordeles noenlunde jevnt mellom de andre to helseforetakene. Mindre vekt på reisetid innebærer på den andre siden en omfordeling fra Helse Nord Trøndelag til St Olavs Hospital.

### 3.4 Forholdet mellom psykisk helsevern og somatikk

Som nevnt er analysene basert på data fra somatisk sektor. Det er dermed et spørsmål om de også skal anvendes for psykisk helsevern. Som vi så over er de viktigste kostnadsdriverne *forskning, langtidsliggedager og reisetid*. Den første og siste av disse vil ventelig også gjelde for psykisk helsevern, omfanget av langtidsliggedager kjennes ikke. Det er ikke uten videre mulig å trekke konklusjoner om hva man "bør" gjøre her. I den nasjonale modellen valgte man å benytte samme kostnadsindeks på alle typer aktivitet, til tross for at analysene også her var basert på somatisk sektor.

## 4 Fordeling av basisinntekter etter modell

Helse Midt-Norge har besluttet<sup>8</sup> en ny modell for inntektsfordeling mellom helseforetakene som baseres på:

- Befolkningen i helseforetakene sitt behov for tjenester
- Kostnadene ved å produsere disse tjenestene

I dette avsnittet viser vi beregning av fordeling av basisinntekter til helseforetakene *basert på forslag til modell fra det regionale helseforetaket*. Rusbehandling Midt-Norge, ambulansetjenester og pasienttransport inngår ikke i modellfordelingen. Modellen innebærer at inntekter fordeles etter et befolkningsprinsipp, og det er derfor behov for korreksjon for (netto) gjestepasientstrømmer internt i regionen. I forslaget fra det regionale helseforetaket er det lagt til grunn at dette gjøres gjennom trekk i rammen basert på 100 prosent nasjonal enhetspris i ISF. Det gjøres ikke trekk for interne pasientstrømmer innen psykisk helsevern.

### 4.1 Beregning av andel ressursbehov

Utgangspunkt for modellfordelingen er andel beregnet ressursbehov per helseforetaksområde. Disse er beregnet ut fra behovsindekser (andel beregnet behov delt på andel befolkning), kostnadsindekser og andel befolkning i de tre helseforetaksområdene.

I henhold til styrevedtak<sup>9</sup> foretas behovskompensasjonen etter samme prinsipper (kriterier og vektorer) som i den nasjonale inntektsmodellen (NOU 2008: 2). Samlet behovsindeks er basert på veid gjennomsnitt av indekser for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern. Samme vektorer som danner utgangspunkt for inntektsfordeling for 2011 på nasjonalt nivå er brukt i beregningen av samlet behovsindeks.

*Det regionale helseforetakets forslag* til kostnadskompensasjon (kostnadsindeks) er basert på resultatene fra regresjonsanalysene av kostnadsforskjeller mellom norske helseforetak som er diskutert i avsnitt 3, men med følgende justeringer:

- Andel utdanningsstillinger: Full effekt
- Andel kapital: Full effekt
- Forskningspoeng: 75 prosent effekt
- Andel langtidsliggedager: 75 prosent effekt
- Reisetid: 50 prosent effekt

I forhold til de analysene som er beskrevet i avsnitt 3 betyr dette at man har justert ned kostnadsindeksene som følger<sup>10</sup>:

---

<sup>8</sup> Styresak 33, 2011 i RHF-styret.

<sup>9</sup> Styresak 33, 2011 i RHF-styret.

<sup>10</sup> "Faktisk" kostnadsnivå i tabell 12 er basert på perioden 2005-2009, og med en skjønsmessig innvekting av poliklinisk aktivitet.

Tabell 12 Faktisk, forventet og benyttet kostnadsindeks. Normert mot HF med lavest indeks.

	"Faktisk"	"Forventet"	"Benyttet"
Helse Møre og Romsdal	1,00	1,00	1,00
St Olavs Hospital	1,24	1,20	1,16
Helse Nord Trøndelag	1,06	1,04	1,02

I tillegg vil den reelle kostnadsindeksen for St Olav bli lavere ved at det interne gjestepasientoppjøret baseres på nasjonal DRG-pris, som er betydelig lavere enn gjennomsnittlig kostnad pr DRG-poeng ved St Olav.

Behovsindekser, kostnadsindeks, ressursbehovsindeks og andel ressursbehov for de tre helseforetakene er vist i tabell 13.

Tabell 13 Beregning av andel ressursbehov

	Behovsindekser			Kostnads- indeks*	Ressurs- behovsindeks	Andel Ressurs- behov <sup>11</sup>
	Somatikk	PH	Samlet			
<i>Vekter i beregning av samlet behovsindeks</i>	<i>0.795</i>	<i>0.205</i>	<i>1.000</i>			
Helse Møre og Romsdal	1.016	0.959	1.005	0.924	0.939	0.348
St Olavs Hospital	0.965	1.042	0.980	1.069	1.059	0.456
Helse Nord-Trøndelag	1.046	0.987	1.034	0.943	0.986	0.196
Sum HMN	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

\* Basert på forslaget fra det regionale helseforetaket

## 4.2 Grunnlagstall

Tallgrunnlaget som er brukt i beregning av fordelingseffekter er budsjettall for 2011. I tillegg til rusbehandling, ambulansetjenester og pasienttransport holdes kostnader knyttet til det regionale helseforetaket utenfor. Dette kan også omfatte mindre inntektsposter som fordeles ned til helseforetakene. Modellen skal fordele inntekter til helseforetakene basert på forskjeller i beregnet behov for befolkningen i helseforetaksområdene (behovskompensasjon, behovsindeks) og forskjeller i antatt kostnadsnivå i produksjonen av tjenester (kostnadskompensasjon, kostnadsindeks). Utgangspunktet for fordeling i modell er derfor totale inntekter unntatt særfinansiering og øremerkede tilskudd<sup>12</sup>, dvs. sum basisinntekter, ISF-inntekter, poliklinikkinntekter og kjøp fra private. Tabell 14 viser grunnlagstallene for helseforetakene samlet.

<sup>11</sup> Andel ressursbehov er beregnet ved å multiplisere andel behov (samlet behovsindeks\*andel befolkning) med kostnadsindeks (og normere slik at summen er lik 1). Ressursbehovsindeksen er lik andel ressursbehov delt på andel befolkning.

<sup>12</sup> Ikke vist i tabell.

Tabell 14 Budsjett-tall 2011 og endring i særfinansiering som danner utgangspunkt for fordeling i modell. Millioner kroner. Sum Helse Møre og Romsdal, St Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag.

	Basis	ISF	Poliklinikk	Kjøp private	SUM til fordeling	Sær-finansiering
2011	6 291	2 791	331	450		3 259
Ny	8 302	2 791	331	450	<b>11 873</b>	1 247
Differanse	2 011	-	-	-		-2 011

I tillegg til endrede prinsipper for fordeling av inntekter ligger det også i forslaget til ny inntektsmodell en vesentlig reduksjon i særfinansieringen. Omlag to milliarder kroner tas fra særfinansiering og legges inn i inntektsmodellen. Det vil si at omlag 11,9 milliarder kroner fordeles i modellen. Av dette trekkes beløp for ISF og poliklinikkinntekter og kjøp fra private ut i beregning av basis inntekter. Sum basisinntekter som fordeles er da 8,3 milliarder kroner.

Tabell 15 viser basisinntekter i 2011 samt forslag til endring i særfinansiering per helseforetak. Basisinntekter pluss den delen av særfinansieringen som foreslås blir lagt inn i inntektsmodellen danner utgangspunkt for beregning av omfordelingsvirkninger av modellforslaget.

Tabell 15 Budsjett-tall 2011 og endring i særfinansiering som danner utgangspunkt for beregning av omfordelingsvirkninger. Millioner kroner. Helseforetak

	Basis 2011	Særfinansiering 2011	Ny sær-finansiering	Endring i sær-finansiering	Basis, korrigert for endring i sær-finansiering
Helse Møre og Romsdal	2 183	998	439	-559	2 742
St Olavs Hospital	3 012	1 769	591	-1 177	4 190
Helse Nord-Trøndelag	1 095	492	217	-275	1 370
Sum	6 291	3 259	1 247	-2 011	8 302

Tabell 16 og 17 viser henholdsvis hva som legges inn i modellen og hva som beholdes som særfinansiering i forslaget til ny modell.

Tabell 16 Særfinansiert i 2011 - skal fordeles etter ressursbehov i ny modell. Millioner kroner. Helseforetak

	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olavs Hospital HF	Sum HF
Diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter	92.0	49.5	107.6	249.0
Regional ordning fritt sykehusvalg	1.0	-	-	1.0
"Regionsykehustilskudd"	-	-	338.7	338.7
Inntekt til økte pensjonskostnader	203.2	94.0	265.9	563.1
Finansiering spesielle forhold 2011, jf LTB	-13.6	-6.0	56.0	36.4
Avskrivningsmidler	262.1	131.0	403.5	796.7
Ablasjonsbehandling (aterieflimmer)	-	-	4.5	4.5
Stjørdal DPS	-	6.3	-	6.3
Psykososialt arbeid for flykt/asyls	-	-	1.2	1.2
Omstillingskostnader HNR	14.5	-	-	14.5
SUM særfinansiering 2011 som fordeles etter ressursbehov i ny modell	559.2	274.7	1 177.4	2 011.4

Tabell 17 Særfinansiert i 2011 - skal fortsatt særfinansieres. Millioner kroner. Helseforetak

	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olavs Hospital HF	Sum HF
Kreftbehandling	9.9	-	21.0	30.9
Pasienttransport	174.2	87.6	103.8	365.6
Regionalt kjørekontor/Pasientreiser ANS	8.8	6.3	6.7	21.8
Ambulanser	227.2	114.7	137.0	479.0
Luftambulanse Sunnmøre inkl overføringsfly	17.0	-	-	17.0
Luftambulanse	-	-	6.4	6.4
Redningshelikopter på Ørlandet	-	-	6.0	6.0
Ref tidligere fylkesandel lab/rtg	-	-	32.8	32.8
HMN satsing FoU	14.0	6.8	26.8	47.6
FoU - basisdel, komp.senter, utdanning	-	-	198.8	198.8
Tilskudd differensiert arbeidsgiveravgift	6.4	5.1	13.6	25.1
Omfordeling lånerente	-18.8	-8.9	27.7	-
Prosjekt relasjonstraumer inklusive Betania	-	-	7.0	7.0
Nettverk for spiseforstyrrelser	-	0.7	-	0.7
Regionale funksjoner, psykisk helsevern (spiseforst)	-	4.9	-	4.9
Nasjonalt kompetansesenter sikkerhetspsykiatri	-	-	3.8	3.8
SUM ny særfinansiering HF	438.7	217.3	591.4	1 247.4

### 4.3 Modellfordeling, trinn for trinn

Tabell 18 viser modellfordelingen trinn for trinn. Tallene i parentes er tallgrunnlag i millioner kroner på regionnivå, jf tabell 14.

Tabell 18 Beregning av modellfordeling og omfordelingsvirkninger

1. Fordeling i hht andel ressursbehov (11 873*)
2. - Trekker ut ISF og poliklinikkinntekter etter behovsindekser (3 121)
3. - Trekker ut kjøp fra private (450)
4. + Korreksjon netto gjestepasientstrømmer (historisk) (0 i sum for regionen)
5. = Basis etter modellfordeling (8 302)
6. – Basis 2011 korrigert for endring i særfinansiering (8 302)
7. = Omfordeling basis (0 i sum for regionen)

\* Sum basis, ISF, poliklinikkinntekter og kjøp fra private

I og med at totale inntekter inklusive ISF og poliklinikk først deles ut etter andel beregnet ressursbehov, dvs. inklusive kostnadskompensasjon, og at ISF og poliklinikk inntekter deretter trekkes ut etter andel behov eksklusive kostnadskompensasjon, vil helseforetakene få kompensert for kostnadsulemper for 100 prosent av beregnet behov. Kjøp fra private trekkes ut basert på faktiske kostnader for det regionale helseforetaket fordelt på helseforetakene etter forbruk. Basisrammene korrigeres for interne gjestepasientstrømmer (historisk) basert på 100 prosent nasjonal enhetspris. Nasjonal enhetspris er lavere enn kostnadsnivået (kostnad per DRG-poeng) for helseforetakene i regionen gitt beregningene i SAMDATA 2009.

### 4.4 Fordelingseffekter gitt det regionale helseforetakets forslag til modell

Tabell 19 viser fordeling av basis og omfordelingsvirkninger basert på forslag til modell fra det regionale helseforetaket.

Forslaget vil gi omfordeling av inntekter fra Helse Møre og Romsdal til de to andre helseforetakene i størrelsesorden 133 millioner kroner, hvorav 98 millioner kroner går til St Olavs Hospital og 35 millioner kroner går til Helse Nord-Trøndelag.

Det er flere forhold som gir omfordeling mellom helseforetakene med ny inntektsmodell:

- Fordeling etter beregnet behov i befolkningen, både det som tilbys i egne helseforetak, andre helseforetak og av private aktører
- Korreksjon for interne gjestepasientstrømmer basert på nasjonal enhetspris i ISF
- Vesentlig del av særfinansieringen er lagt inn i basisrammen, og fordeles etter andel ressursbehov
- Endring i prinsipper for kostnadskompensasjon

Tabell 19 Modelfordeling og omfordeling, basert på det regionale helseforetakets sitt forslag til modell. Helseforetak. Millioner kroner.

		Helse Møre og Romsdal	St Olavs Hospital	Helse Nord-Trøndelag	Sum HMN
	<b>1. Fordeling etter ressursbehovsindeks</b>	<b>4 133</b>	<b>5 419</b>	<b>2 322</b>	<b>11 873</b>
-	2. Uttrekk ISF og poliklinikkinntekter etter behovsindekser*	1 172	1 302	647	3 121
-	3. Uttrekk kjøp fra private	136	216	98	450
+	4. Korreksjon gjestepasienter**	-215	387	-172	0
=	<b>5. Basis etter modell</b>	<b>2 609</b>	<b>4 288</b>	<b>1 405</b>	<b>8 302</b>
-	6. Basis 2011, korr endring i særfinansiering	2 742	4 190	1 370	8 302
=	<b>7. Omfordeling basis</b>	<b>-133</b>	<b>98</b>	<b>35</b>	<b>0</b>

\* Ikke det samme som (beregnete) ISF-inntekter per HF. I tillegg kommer korreksjoner for inntekter knyttet til (netto) gjestepasienter.

\*\*Gjestepasientkorreksjon: Netto strømmer i DRG-poeng beregnet med 60 % nasjonal enhetspris ISF.

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 29/2011 Orienteringssaker

---

<b>Saken behandles i:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Møtesaksnummer</b>
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16.06.11	29/2011

**Saksbeh:**

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2011/2046

---

### **ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:**

Styret tar sakene til orientering.



**SAKSUTREDNING:**  
**Sak 29/2011 Orienteringssaker**

**VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 09.06.11
2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 09.06.11
3. Driftsrapport for mai 2011
4. Andre orienteringer

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF  
BRUKERUTVALGET**

**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 09.06 2011 kl. 15.00 – 17.30  
Møtested: Quality Hotel Grand Steinkjer  
Saksnr.: 26/2011 – 30/2011  
Arkivsaksnr: 2011/56

Møteleder: Øystein Bjørnes

Møtende medlemmer:

Øystein Bjørnes

Hildur Fallmyr

Lillian Svedjan Blæstervold

Astrid Marie Bakken

Ole Flakken

Grete Aspaas

Forfall:

Ola Larsen

Fra administrasjonen møtte:

Administrerende direktør

Informasjonssjef

Arne Flaas

Trond G. Skillingstad (referent)

Merknad til møte og sakliste:

Ingen merknader

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF  
BRUKERUTVALGET**

**MØTEPROTOKOLL**

**Sak 26/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 16.05 2011**

**Protokoll**

Øystein Bjørnes viste til protokollen.

**Vedtak**

Protokoll fra møte 16.05 2011 godkjennes.

---

**Sak 27/2011 Oppnevning av brukerrepresentanter**

**Protokoll**

Øystein Bjørnes viste til søknader om brukerrepresentanter.

Brukerutvalget ønsker å oppnevne vararepresentant for representasjon i ”Samhandlingsprosjekt psykisk helse i Nord-Trøndelag”. Lillian Blæstervold gir tilbakemelding på hvilken person som skal være vararepresentant.

Brukerutvalget ønsker å ha større frihet i valg av brukerrepresentant. Det utvikles forslag til ny prosedyre fram til neste møte. Det gjelder både oppnevningsprosess og forslag til skriftlig instruks for brukerrepresentanter som avklarer hensikt med representasjon og tilbakemeldinger til brukerutvalget.

Øystein Bjørnes orienterte om to oppnevninger i tilknytning til Samarbeidsutvalget; Arbeidsgruppe tilknyttet jubileumskonferanse for samhandling januar 2012, samt arbeidsgruppe for ny samhandlingsavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og KS.

**Vedtak**

Brukerutvalget oppnevner følgende brukerrepresentanter i prosjekt/arbeidsgrupper:

Samhandlingsprosjekt psykisk helse i Nord-Trøndelag      Tonje Allmenning  
Vararepresentant utpekes av Lillian Blæstervold og refereres i neste møte.

Brukerutvalgskonferanse høsten 2011      Øystein Bjørnes

Samhandlingskonferanse januar 2012      Lillian Blæstervold

Ny samhandlingsavtale HNT/KS      Øystein Bjørnes

Ny prosedyre for oppnevning av brukerrepresentanter, herunder skjema og instruks, legges fram i neste utvalgsmøte.

---

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF  
BRUKERUTVALGET**

**MØTEPROTOKOLL**

**Sak 28/2011 Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 16. juni 2011**

**Protokoll**

Administrerende direktør gjorde rede for saker til behandling i kommende styremøte. Orienteringen gikk spesielt inn på ny inntektsmodell i Helse Midt-Norge, åpning av ny rusenhet i Nord-Trøndelag, samt informasjon om hovedtrekkene i Samhandlingsreformen.

**Vedtak**

Brukerutvalget tar saken til orientering.

---

**Sak 29/2011 Brukerutvalgets form og funksjon - evaluering**

**Protokoll**

Brukerutvalget og administrasjon evaluerte dagens form og funksjon.

**Vedtak**

Brukerutvalget tar saken til orientering.

---

**Sak 30/2011 Orienteringer**

**Protokoll**

- Trond G. Skillingstad viste til Pasientsikkerhetskampanjen og eksempler på hvordan denne følges opp i Helse Nord-Trøndelag. Arbeidet bringes inn i Brukerutvalget i senere møte.
- Brukerutvalget tok opp temaet tolketjeneste (døv, stum, språk), kommunikasjon med fremmedspråklige leger og ledsager. Administrasjonen forbereder senere orienteringer om dette.

# SAMARBEIDSUTVALGET

## HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

### MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 09.06.11 kl. 10.00 – 14.00  
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer  
Saksnr.: 20/2011 – 28/2011  
Arkivsaksnr: 2011/206

Møteleder: Hege Sørlic

Møtende medlemmer:

Hege Sørlic, rådmann Namsos  
Arne Flaate, administrerende direktør  
Torgeir Schmidt-Melbye, kommunelege i Leksvik  
Laila Steinmo, samhandlingskoordinator KS  
John Ivar Toft, klinikkleder  
Hilde Ranheim, klinikkleder  
Øystein Sende, klinikkleder  
Tomas I. Hallem, styreleder KS  
Dagfinn Thorsvik, fagsjef  
Torgeir Skevik, repr. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag  
Åshild Nymo, leder Namdal Rehabilitering IKS

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF møtte:  
Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås  
Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Ellers møtte: Øystein Bjørnes, leder Brukerutvalget

Merknader til innkalling og sakliste:

Møteleder ønsket samhandlingskoordinator i KS, Laila Steinmo velkommen som nyoppnevnt representant i Samarbeidsutvalget.

Thomas I. Hallem orienterte om bakgrunnen for opprettelse av denne prosjektlederstillingen for samhandling i KS.

Det ble følgende endring i behandlingen av sakene:  
Sak 25/2011 ble behandlet før sak 24/2011

Innkalling utsendt pr. e-post 13.05.11  
Saksframlegg publisert på internettløsningen for styreadministrasjon.

# SAMARBEIDSUTVALGET

## HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

### MØTEPROTOKOLL

#### Sak 20/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 31.03.10

**Protokoll:**

Det ble vist til protokollen

**Vedtak:**

Møteprotokollen godkjennes.

#### Sak 21/2011 Orienteringer fra leder i samarbeidsutvalget og adm. dir. HNT

**Protokoll:**

Leder i Samarbeidsutvalget orienterte om:

- avvikling av møter i juni i forbindelse med samhandlingsreformen:

- Fylkeshelseutvalgets møte i juni med fokus på samhandlingsreformen
- Fylkesutvalget for KS og HMN
- Regionmøte i Namdal 10. juni med fokus på utfordringer i samhandlingsrommet

Administrerende direktør Arne Flaot orienterte om:

- at HNT vil ta i bruk ny finansieringsmodell (Magnussen-modellen) og gjorde kort rede for hvordan modellen ville innvirke på fordeling av midler.
- Styrevedtak i HMN angående ambulansedrift og viste til økonomiske utfordringer med hensyn til dette.

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering

#### Sak 22/2011 Oppfølging handlingsplanen (felles strategi) Nytt lovverk – konsekvenser for omforente strategier?

**Protokoll:**

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås gjorde rede for status i felles handlingsplan.

Det ble vist til ulike risikoområder. Det ble også synliggjort områder i handlingsplanen som må prioriteres i andre halvår 2011.

Status oppfølging av handlingsplanen ble gjennomgått og det ble vist til status og tiltak i Nord-Trøndelag og utfordringer videre i 2011. Samhandlingssjefen utfordret Samarbeidsutvalget med tanke på evaluering av arbeidsform og rolle i forhold til eventuelle endringer som inntreffer i tilknytning til samhandlingsreformen i 2012.

Presentasjonen vedlegges protokollen.

# SAMARBEIDSUTVALGET

## HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

### MØTEPROTOKOLL

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

**Sak 23/2011      Status planer og tiltak fra ”kommuneregion Indre Namdal”**

**Protokoll:**

Helse- og omsorgsleder Håkon Kolstrøm i Indre Namdalsregion orienterte om regionens arbeid med å løse utfordringer med samhandling i kommunene i Indre Namdal.

Han gjorde rede for igangsatt prosjektet med bakgrunn i mandat om å utarbeide rapport som skal gi svar på samarbeidsløsninger og tiltaksplaner som vil oppfylle kravene i samhandlingsreformen.

Presentasjonen vedlegges protokollen

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering

**Sak 24/2011      Gjennomgang av styringsindikatorer/statistikk – til kommuner 2011.  
Foreløpig analyse. (Statistikkmateriale ettersendes)**

**Protokoll:**

Leder i data- og analyseavdelingen Sveinung Aune viste til bestilling gitt av Samarbeidsutvalget i junimøte 2010.

Han gjorde rede for metoden som er benyttet for å framskaffe tallmaterialet (forbruksdata) som danner statistikkgrunnlagene.

Aune viste eksempler på ulike styringsindikatorer som er utarbeidet for samtlige kommuner i Nord-Trøndelag. Resultatet ble drøftet. Den foreliggende statistikk sees på som et viktig grunnlag for det videre arbeidet med å framskaffe et bedre plangrunnlag.

Statistikkgrunnlaget for kommunene blir publisert på samhandlingssiden til Helse Nord-Trøndelag ([www.hnt.no/Samhandling](http://www.hnt.no/Samhandling)), og vil være tilgjengelig fra 1. juli.

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering

# SAMARBEIDSUTVALGET

## HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

### MØTEPROTOKOLL

#### Sak 25/2011 Oppnevning av programkomité til Samhandlingskonferansen 2012

##### Vedtak:

Samarbeidsutvalget oppnevner følgende program- og arrangementskomite til Samhandlingskonferansen 2012:

Brukerrepresentant	Lillian Blæstervold
Praksiskoordinator	Børge Winther ( <i>med forbehold</i> )
Fra Fylkesmannen i N-T	Bente Haugdal
Repr. Rehabiliteringsinstitusjonene	Vigdis Kippe
Fra Helse Nord-Trøndelag	Kari Bratland Totsås og Nancy Haugan
Fra KS	Laila Steinmo + Elin Schive

Sekretariat for utvalget - Helse Nord-Trøndelag

- Samarbeidsutvalget gir innspill til programkomiteen dersom spesiell fokus/tema ønskes satt på dagsorden
- Samarbeidsutvalget orienteres om framdrift i komiteens arbeid og godkjenner programskisse for konferansen i utvalgets møte 27. oktober 2011
- Samhandlingssjefen sørger for at program/ arrangementkomiteen konstituerer seg og setter opp møteplan for arbeidet så raskt som praktisk mulig.

#### Sak 26/2011 Oppnevning av arbeidsgruppe med forslag til mandat – nye avtaler for samarbeid mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag fra 2012

##### Protokoll:

Brukerrepresentant Øystein Bjørnes ba Samarbeidsutvalget vurdere brukerrepresentasjon i arbeidsgruppen

##### Vedtak:

Samarbeidsutvalget støtter forslag fra brukerrepresentant Bjørnes om brukerrepresentasjon i arbeidsgruppen.

- Samarbeidsutvalget oppretter arbeidsgruppe for nye samhandlingsavtaler. **To representanter fra HF og to fra kommuner (KS)**. I tillegg oppnevnes leder og sekretær for arbeidet.
- Arbeidsgruppen konstitueres og det legges **møteplan** for arbeidet før sommerferien, slik at representantene i arbeidsgruppen har mulighet for å disponere tid til arbeidet - så snart nødvendige avklaringer foreligger.
- Det forutsettes at arbeidsgruppen legger opp til effektiv ressursbruk i utvalgsarbeidet - blant annet med telefon/videokonferanser - når dette er hensiktsmessig.



# SAMARBEIDSUTVALGET

## HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

### MØTEPROTOKOLL

- Arbeidsgruppen holder Samarbeidsutvalget orientert om framdriften i arbeidet.
- Dersom ikke annet tilsier det - tas det sikte på at arbeidsgruppen for nye samhandlingsavtaler legger fram sitt "avtaleforslag" for Samarbeidsutvalget i møte 27.oktober 2011. Deretter følges vanlige og omforente saksbehandlingsprosedyrer.

I arbeidsgruppen for utarbeidelse av nye avtaler for samarbeid mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag 2012 oppnevnes:

Fra KS	Laila Steinmo og Morten Sommer
Fra Fylkesmannen i N-T	Torgeir Skevik
Fra Helse Nord-Trøndelag	Kari Bratland Totsås og Tore Andersen
Brukerrepresentant	Øystein Bjørnes

Innstillingen ble ikke fulgt, slik at oppnevning av leder og sekretær er ikke foretatt.

**Sak 27/2011 Orienteringssaker:**  
**- Prosjekt "Forpliktende samhandlingsmodeller" etablering av styringsgruppe v/Hilde Ranheim**

Hilde Ranheim orienterte om at det er etablert styringsgruppe i prosjektet "Forpliktende samhandlingsmodeller" og representantene fra de tre kommuneregionene i Namdalen er:  
Ass. rådmann/etatsleder helse og omsorg Ivar Kvalø (Indre Namdal)  
Prosjektleder Roger Nordheim Pedersen (Ytre Namdal og Bindal)  
Prosjektleder Eva Fiskum (Midtre Namdal)  
Avd.leder Bernt Harald Opdal

Som leder av styringsgruppen er oppnevnt klinikkleder Hilde Ranheim, Psykiatrisk klinikk.

**- "Sammenligning av kvalitetsarbeid i kommuner og helseforetak"**  
*v/Torgeir Skevik*

Orientering om - "Sammenligning av kvalitetsarbeid i kommuner og helseforetak" utsettes til senere møte

**Vedtak:**  
Samarbeidsutvalget tar saken til orientering

**Sak 28/2011 Eventuelt**

**Protokoll:**  
Ingen punkter.