Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF

Inntektsmodellprosjekt 2022–2023

Delprosjekt I Overordnet prosjekt

Prosjektrapport

Desember 2023

Innhold

1 Sammendrag ... 3
2 Innledning ... 4
2.1 Prosjektets mandat ... 4
2.2 Organisering av arbeidet ... 5
3 Vurdering av tilnærming til kostnadskompensasjon ... 6
3.1 Kostnadskompensasjon i nasjonal inntektsmodell ... 7
3.1.1 Beregning av uforskyldte merkostnader per aktivitetsmål (forventet kostnad) ... 7
3.1.2 Størrelse på kostnadskomponenten ... 8
3.1.3 Bruk av nasjonal metode i Helse Sør-Øst ... 10
3.2 Kostnadskompensasjon i Helse Sør-Øst ... 12
3.3 Likheter og forskjeller mellom nasjonal og regional metode brukt regionalt ... 12
3.4 Prosjektleders vurdering og anbefaling ... 13
3.5 Styringsgruppens anbefaling ... 14
4 Beregninger for fordeling av inntekter for kapital- og pensjonskostnader ... 14
5 Forskningselementet ... 15
5.1 Kort om forskningselementet ... 15
5.2 Vurderinger i prosjektet opp mot mandat ... 16
5.3 Nærmere om vurdering av den faste delen av forskningselementet ... 17
5.4 Vurdering av den variable delen av forskningselementet ... 23
5.5 Samlet endring i forskningselementet ... 26
5.6 Oppsummering av alle inntekter i inntektsmodellen hvor forskningspoeng brukes i fordelingen ... 27
6 Midler til framtidig investeringsbehov og befolkningsvekst ... 28
7 Andre oppgaver for prosjektet ... 29
8 Oppsummering av anbefalinger og diskusjon ... 29
9 Samlet effekt av alle foreslåtte endringer i inntektsmodellprosjektet ... 30
10 Vedlegg ... 31
10.1 Kostnadskomponent ... 31
10.2 Forskning ... 33
10.2.1 Forskningspoeng og forskningskostnader ... 33
10.2.2 Fast del av forskningselementet: 2019-tall ... 34
10.2.3 Kilder til inntekter for forskningsrelatert aktivitet ... 35
11 Innspill til prosjektrapporten ... 35
11.1 Akershus universitetssykehus HF ... 35
11.2 Diakonhjemmet Sykehus ... 36
11.3 Oslo universitetssykehus HF ... 37
11.4 Lovisenberg Diakonale Sykehus ... 40
11.5 Sykehuset Innlandet HF ... 43
11.6 Sykehuset i Vestfold HF ... 47
11.7 Sørlandet Sykehus HF ... 48
11.8 Sykehuset Telemark HF ... 50
11.9 Vestre Viken HF ... 53
11.10 Sykehuset Østfold HF ... 57

1 Sammendrag

For delprosjekt 1 har oppgavene vært følgende:

1. Vurdere tilnærming til kostnadskompensasjon
2. Vurdere å avvikle de særskilte beregningene for fordeling av inntekter for kapital og pensjon
3. Gjennomgå og eventuelt endre/oppdatere forskningselementet
4. Vurdere inndelingen av tjenesteområder, og hvordan inntektene skal fordeles mellom tjenesteområdene
5. Vurdere hvilke inntekter som skal fordeles i modellen
6. Vurdere om inntektsmodellen skal ta hensyn til framtidig investeringsbehov og befolkningsvekst

Prosjektleder vurderer at det ikke er nødvendig at punkt 4 og 5 over vurderes spesifikt i delprosjekt 1. Inndelingen mellom tjenesteområder har blitt vurdert gjennom oppsettet av delprosjektene og hvordan behovs- og kostnadsanalysene er gjennomført. Fordelingen av inntekter er det tatt stilling til i hvert enkelt delprosjekt, og ville fått størst betydning dersom prosjektet hadde gått videre med tilnærmingen til kostnadskomponent i nasjonal inntektsmodell. Fordeling av inntekter mellom tjenesteområder ble i etterkant av mandatet vurdert i økonomisk langtidsplan 2023-2026, styresak 030-2022.

Prosjektleder og sekretariat vurderte før oppstart av prosjektet at det er to ulike hovedtilnærminger for kostnadskompensasjon – den som brukes i den nasjonale inntektsmodellen og den som brukes i Helse Sør-Øst i dag. Delprosjektet tok derfor utgangspunkt i hvilken av disse to hovedmodellene som skulle brukes som utgangspunkt for kostnadskompensasjon. Prosjektleder anbefaler i denne prosjektrapporten at dagens metode i Helse Sør-Øst brukes som utgangspunkt for tilnærming til kostnadskompensasjon i delprosjektene per tjenesteområde. Delprosjektene har arbeidet med å identifisere og tallfeste uforskyldte kostnadsulemper.

I dagens regionale modell fordeles det inntekter til kapital og pensjon i egne beregninger som er basert på prinsippene i tjenesteområdeelementene. Formålet med disse egne beregningene er at basisrammen som er henført til håndtering av kapital- og pensjonskostnader skal fordeles likt som basisrammen i tjenesteområdenes modellelementer. Prosjektleder anbefaler at inntekter til kapital- og pensjonskostnader fordeles mellom tjenesteområdene etter kostnadsandeler fra SAMDATA, og videre etter fordelingskriteriene i den enkelte tjenesteområdemodell. Det betyr at inntekter til håndtering av kapital- og pensjonskostnader innarbeides i hvert modellelement, og vil i motsetning til tidligere ikke holdes på utsiden i egne beregninger. Den foreslåtte løsningen endrer ikke fordelingsprinsippene, men gjør håndteringen mindre kompleks og mer intuitiv.

Det ble i delprosjekt 1 gjort en gjennomgang av forskningselementet. For forskningselementet har prosjektleder etter diskusjoner i prosjektgruppen landet på følgende anbefalinger:

- Prosjektleder anbefaler at strukturen med en fast del og en variabel del ligger fast.
- Prosjektleder anbefaler at det gjøres en oppdatering av den faste delen, hvor andel forskningskostnader og –poeng de siste årene brukes som utgangspunkt for fordeling. Det anbefales at det gjøres en skjønnsmessig oppjustering for Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF.

- Prosjektleder anbefaler at det gis 50 % uttelling for forskningspoeng som er eksternt finansierte i den variable delen, i motsetning til dagens modell hvor eksternt finansierte forskningspoeng ikke gir noen uttelling. Prosjektleder anbefaler at det fremdeles ikke gis uttelling for forskningspoeng finansiert av øremerkede midler (post 78).

Prosjektleder anbefaler ikke at det lages et eget tilskudd eller justering i inntektsmodellen for framtidig befolkningsvekst eller investeringer. Hovedutfordringen er at et slikt tilskudd flytter inntekter inn til opptaksområder som opplever vekst, gjerne fra opptaksområder som allerede har utfordringer som oppstår som følge av relativt sett redusert befolkning. Opptaksområder med lav befolkningsvekst vil også få lavere inntekter gjennom inntektsmodellens fordeling.

2 Innledning

2.1 Prosjektets mandat

Mandatet for prosjektet er gitt i ledergruppesak 022-2022 *Mandat for prosjekt utvikling av regional inntektsmodell i Helse Sør-Øst*:

Prosjektarbeidet skal:

- Vurdere hvilke inntekter som skal fordeles i modellen
- Vurdere inndelingen av tjenesteområder, og hvordan inntektene skal fordeles mellom tjenesteområdene
- Oppdatere analyser av behov innen alle tjenesteområder
- Vurdere innretningen for kompensasjon for uforskyldte merkostnader, og komme fram til et oppdatert grunnlag for denne kompensasjonen
- Gjennomgå og eventuelt endre/oppdatere grunnlag for mobilitet
- Vurdere å avvikle de særskilte beregningene for fordeling av inntekter for kapital og pensjon
- Gjennomgå og eventuelt endre/oppdatere forskningselementet

Det skal også tas sikte på å fullt ut integrere alle helseforetak/sykehus med opptaksområder i inntektsmodellen.

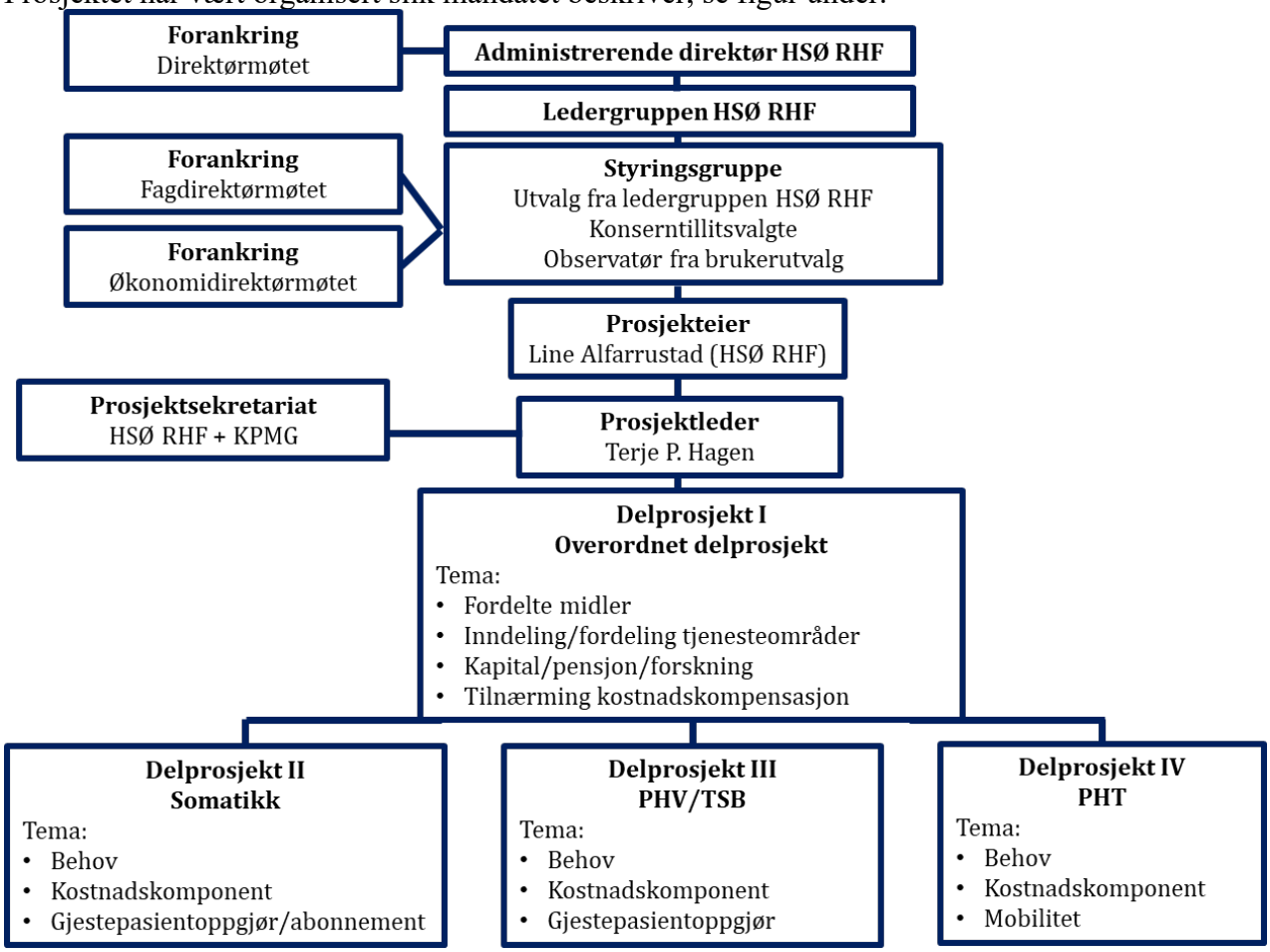
For delprosjekt 1 (DP 1) har oppgavene ifølge mandatet vært begrenset til følgende (jf. figur 1):

1. Vurdere tilnærming til kostnadskompensasjon
2. Vurdere å avvikle de særskilte beregningene for fordeling av inntekter for kapital og pensjon
3. Gjennomgå og eventuelt endre/oppdatere forskningselementet
4. Vurdere inndelingen av tjenesteområder, og hvordan inntektene skal fordeles mellom tjenesteområdene
5. Vurdere hvilke inntekter som skal fordeles i modellen

I etterkant av mandatet har delprosjektet også fått i oppgave å vurdere om inntektsmodellen skal ta hensyn til framtidig investeringsbehov og befolkningsvekst.

2.2 Organisering av arbeidet

Prosjektet har vært organisert slik mandatet beskriver, se figur under.



Figur 1. Organisering av prosjektet og fordeling av oppgaver mellom delprosjektene

- Prosjektet eies av finansdirektør, nå økonomi- og finansdirektør i Helse Sør-Øst RHF
- Det er etablert en styringsgruppe bestående av deler av ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF, konserntillitsvalgte og brukerrepresentant.
- Arbeidet er forankret i direktørmøter, fagdirektørmøter og økonomidirektørmøter i regionen underveis.
- Innleid prosjektleder Terje P. Hagen har ledet utredningsarbeidet og bidratt til at nødvendige analyser og vurderinger er gjennomført. Ressurser fra Helse Sør-Øst RHF har vært sekretariat for arbeidet.
- For å sikre at helseforetakene trekkes aktivt med i arbeidet med utvikling av inntektsmodellen er det organisert fire delprosjektgrupper bestående av:
    - Prosjektledelse og sekretariat
    - Representanter fra økonomi og helsefag fra helseforetakene og de to private sykehusene med opptaksområde
    - To representanter for de konserntillitsvalgte

Prosjektgruppen for DP 1 har bestått av medlemmene i tabell under. Prosjektleder, prosjekteier og sekretariat har vært det samme for alle de fire delprosjektene.

Prosjektleder står endelig ansvarlig for arbeidet og innstiller overfor styringsgruppen.

Prosjektleder: Terje P. Hagen **Prosjekteier:** Line Alfarrustad	**Sekretariat:** Fredrik Haukaas Kirsti Bjørge Ulrikke Højslev Lund Kristian Andresen (KPMG)
Ulrich Spreng (tidl.Vestre Viken HF) Mette Lise Lindblad (Vestre Viken HF) Halfrid Waage (Sykehuset Telemark HF) Geir Olav Ryntveit (Sykehuset Telemark HF) Marianne Gjesvik Mancini (Diakonhjemmet Sykehus) Torfinn Lødøen Gaarden (Diakonhjemmet Sykehus) Jan Petter Odden (Lovisenberg Diakonale Sykehus) Gaute Jørgensen (Lovisenberg Diakonale Sykehus) Jørn Limi (Akershus universitetssykehus HF) Kari Fjelldal (Akershus universitetssykehus HF) Helge Stene-Johansen (Sykehuset Østfold HF) Marianne Wik (Sykehuset Østfold HF) Siv Cathrine Høymork (Sykehuset Innlandet HF) Håvard Kydland (Sykehuset Innlandet HF) Nina Cecilie Strøm Swensson (Sykehuset Innlandet HF) Torgeir Grøtting (Sykehuset i Vestfold HF) Øyvind Røed (Sykehuset i Vestfold HF) Finn Arthur Forstrøm (Sykehuset i Vestfold HF) Roger Gjennestad (Sykehuset i Vestfold HF) Hilde Myhren (Oslo universitetssykehus HF) Morten Reymert (Oslo universitetssykehus HF) Anne Karlsen (Oslo universitetssykehus HF) Marianne van den Houten Andreassen (Oslo universitetssykehus HF) Susanne Hernes (Sørlandet sykehus HF) Per Bertil Qvarnstrøm (Sørlandet sykehus HF) Torhild Einstabland (Sørlandet sykehus HF)	**Andre representanter fra Helse Sør-Øst RHF:** Ole Tjomsland **Konserntillitsvalgte:** Rita H. von der Fehr Cathrin Snare Lasse Sølvberg

Tabell 1 Deltakere i delprosjekt 1. Ikke alle deltakerne har deltatt i hele prosjektet, og det er derfor flere enn to deltakere for noen av foretakene og konserntillitsvalgte.

Prosjektgruppen for DP 1 har gjennomført seks møter. Det har i tillegg vært et oppstartsmøte der alle de fire delprosjektene under inntektsmodellprosjektet har vært samlet.

3 Vurdering av tilnærming til kostnadskompensasjon

Både nasjonalt og regionalt har inntektsmodellene tradisjonelt bestått av en kostnadskomponent, en behovskomponent og en mobilitetskomponent. Kostnadskomponenten har gitt kompensasjon for uforskyldte kostnadsulemper i pasientbehandlingen, som for eksempel lovpålagte oppgaver som forskning og undervisning eller kostnader forbundet med spredt bosetting. Prosjektleder og sekretariat vurderte før oppstart av prosjektet at det er to ulike hovedtilnærminger for kostnadskompensasjon – den som brukes i den nasjonale inntektsmodellen og den som brukes i Helse Sør-Øst i dag.

Delprosjektet tok derfor utgangspunkt i hvilken av disse to hovedmodellene som skulle brukes som utgangspunkt for kostnadskompensasjon. I det følgende vil det gis en beskrivelse av begge modellene.

3.1 Kostnadskompensasjon i nasjonal inntektsmodell

Metoden som benyttes i den nasjonale inntektsmodellen definerer en kostnadsindeks for hver av helseregionene, og kompenserer regionene som har en indeksverdi høyere enn regionen med lavest kostnadsindeks. Kostnadsindeksen angir det relativt forventede kostnadsnivået[1] for en helseregion sammenlignet med gjennomsnittet. For eksempel vil en kostnadsindeks på 1,10 si at en helseregion har et forventet kostnadsnivå som er 10 % høyere enn gjennomsnittet. Med andre ord definerer den nasjonale inntektsmodellen uforskyldte merkostnader som forventede kostnader ut over det lavest forventede kostnadsnivået.

3.1.1 Beregning av uforskyldte merkostnader per aktivitetsmål (forventet kostnad)

Det nasjonale inntektsmodellutvalget (Magnussen II, heretter M II) forsøkte å identifisere forhold som kunne forklare forskjeller i kostnadsnivå mellom helseforetak og regioner. Dette ble gjort ved å samle inn data om mulige kostnadsdrivere (eksempelvis antall forskningspoeng) og så analysere sammenhengen mellom kostnadsdriverne og kostnad per aktivitetsmål gjennom regresjonsanalyser. De variablene som var signifikante, og der sammenhengen samtidig kunne gis en kausal/teoretisk begrunnelse, ble inkludert i videre arbeid.

Kostnadene som ligger til grunn for beregning av forventet kostnadsnivå inneholder *kostnader til pasientbehandling* fra SAMDATA, som betyr alle kostnader henført til tjenesteområdet, men eksklusive blant annet kostnader til forskning, salg/utleie, kjøp av pasientbehandling og drift av kompetansesenter. Tallene inkluderer kostnader til kapital og pensjon.

Tallgrunnlaget for somatikk var fra 2015 til 2017. PHV voksne (PHV-V) og TSB ble slått sammen til én analyse, og det ble brukt tallgrunnlag fra 2017. For PHV barn og unge (PHV-BUP) ble data fra 2016 og 2017 benyttet. Analysene ble gjort på alle helseforetak i Norge, i tillegg til Haraldsplass diakonale sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Modellen inkluderte én observasjon per år per helseforetak/sykehus.

Disse analysene ble brukt til å lage en beregnet eller modellert kostnad per helseforetak. I den sammenheng er det hensiktsmessig med en begrepsavklaring av de ulike kostnadsbegrepene som blir brukt i den videre diskusjonen:

1. **Faktisk kostnad**: Det observerte kostnaden per aktivitetsmål. For eksempel kostnad per DRG-poeng.

[1] «Forventet kostnadsnivå» kan defineres som kostnadsindeksen helseregionen har når det kontrolleres for undervisnings- og forskningsaktivitet, størrelse og reiseavstander. Det er altså ikke faktiske kostnader som brukes direkte.

2. **Beregnet/modellert kostnad**[2]: Kostnad per aktivitetsmål som er beregnet gjennom regresjonsanalyser. Dette er kostnaden per aktivitetsmål for helseforetaket/sykehuset når det kontrolleres for forhold som f.eks. forskning og reiseavstander.
3. **Forventet kostnad**: Kostnad per aktivitetsmål når 1 og 2 vektes sammen til et samlet estimat. Nasjonalt har «faktisk kostnad» blitt vektet med 25 % og «beregnet kostnad» med 75 %, både for PHV-V, TSB og somatikk. Begrepet «forventet» brukes som regel om det som er vist i punkt 2, men fordi det nasjonale inntektsmodellutvalget brukte begrepet «forventet» også når faktiske kostnader er vektet inn, har det vært hensiktsmessig å bruke denne inndelingen.

Analysene klarte å forklare forskjeller i kostnadsnivå innen somatikk, men ikke for PHV og TSB. Det gjorde at *beregnet* kostnad per vektede liggedøgn for PHV-V/TSB ble satt til 1 for alle regioner (=ingen kostnadsforskjeller). *Faktisk* kostnad ble imidlertid vektet inn med 25 % slik at kostnadsindeksene sammenlagt ble forskjellige fra 1. Dette betyr at det likevel gis noe kostnadskompensasjon for PHV-V/TSB. For PHV-BUP ble det ikke laget en kostnadskomponent.

For somatikk ble følgende kostnadsdriverne identifisert:

1) antall LIS-leger (lovpålagt oppgave, utdanning),
2) antall forskningspoeng (lovpålagt oppgave, pasientsammensetning, struktur),
3) driftsutgifter (struktur),
4) driftsutgifter kvadrert (struktur) og
5) reiseavstand (struktur, pasientsammensetning).

Disse variablene ble antatt fange opp mer enn det de måler direkte. For eksempel nevner utvalget at forskningspoeng kan fange opp at høy forskningsaktivitet i seg selv gir mer kostnader i pasientbehandlingen, men også at helseforetak med høy forskningsaktivitet kan ha andre kostnadsulemper (NOU 2019:24 s. 152) som ressurskrevende pasienter, høyspesialiserte tjenester eller stort koordineringsbehov (breddeulemper). Driftsutgiftene, målt som driftsutgifter og driftsutgifter kvadrert, skal i kombinasjon fange opp at kostnadsnivået øker ikke-lineært med størrelse.

3.1.2 Størrelse på kostnadskomponenten

Størrelsen på kostnadskomponenten beregnes først, før det gjenstående beløpet til fordeling fordeles etter behovskomponenten (for nærmere omtale om behov, se prosjektrapporter for DP 2-4). Dette gjøres hver for seg innen ulike tjenesteområde-elementer: somatikk, psykisk helsevern voksne (PHV-V), psykisk helsevern barn og unge (PHV-BUP) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Prehospitale tjenester (PHT) har en noe annen tilnærming.

Hvor stor kostnadskomponenten blir for hvert tjenesteområdeelement er avhengig av

A. hvor mye midler som tilordnes til hvert tjenesteområdeelement, og
B. hvor stor differanse det er fra gjennomsnittlig kostnadsindeks (=1) til lavest kostnadsindeks.

[2] Tilnærmingen med regresjonsanalyser har blitt brukt i det nåværende prosjektarbeidet for Helse Sør-Øst. Se prosjektrapporter for DP 2 og 3 for nærmere beskrivelse av analysene.

A er igjen avhengig av

1. hvor mye midler som samlet legges inn i inntektsmodellen (basisramme + aktivitetsbaserte inntekter[3])
2. hvor stor andel av det som legges inn i inntektsmodellen som tilordnes hvert enkelt tjenesteområde (historisk kostnadsandel)

Oppsummert beregnes kostnadskomponenten slik:

$$Kostnadskomponent_{TO\ A} = Beløp\ fordelt\ i\ modell\ \times\ historisk\ kostnadsandel_{TO\ A} \times (gjennomsnittlig\ forventet\ kostnadsindeks_{TO\ A} - lavest\ forventet\ kostnadsindeks_{TO\ A})$$

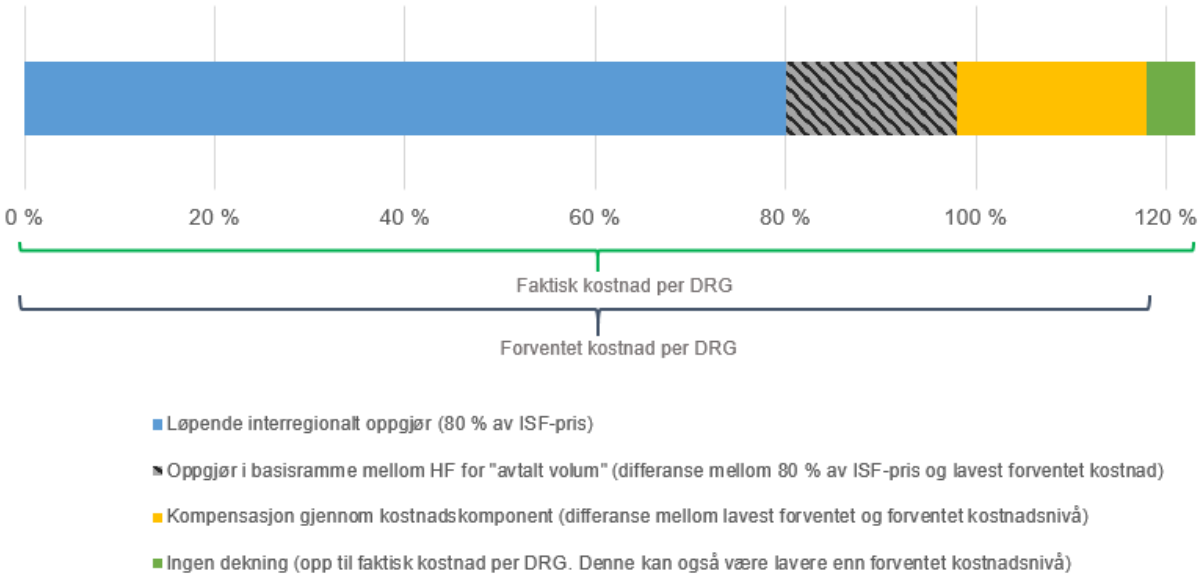
Hvor *TO A*= tjenesteområdet kostnadskomponenten skal beregnes for.

Hvor stor andel av kostnadskomponenten en helseregion får er avhengig av:

A. Differanse mellom helseregionens kostnadsindeks og den laveste kostnadsindeksen for det tjenesteområdeelementet
B. Helseregionens andel av aktiviteten innen tjenesteområdet

Kostnadsindeksen låses, og helseregionen med lavest indeks får ingen kostnadskompensasjon. Denne helseregionen har etter definisjonen ingen uforskyldte kostnadsulemper.

Kompensasjon opp til forventet kostnadsnivå gjelder også for gjestepasientoppgjøret for somatikk. Det løpende gjestepasientoppgjøret er i dag på 80 % av prisen for et ISF-poeng (innsatsstyrt finansiering). Dette oppgjøret foregår på utsiden av inntektsmodellen. Den utførende helseregionen skal få dekket differansen 80 % av ISF-pris og lavest forventet kostnadsnivå gjennom inntektsmodellen. Innretningen på oppgjøret er illustrert i figur 2.



Figur 2. Illustrasjon av gjestepasientoppgjør med nasjonal tilnærming, i % av ISF-pris

[3] I den nasjonale inntektsmodellen legges aktivitetsbaserte inntekter inn til fordeling, blant annet for å sørge for at kostnadskompensasjon gis for all aktivitet. Aktivitetsbaserte inntekter trekkes til slutt inn igjen, slik at modellen bare fordeler basisramme.

Nasjonalt gir analysene som beskrevet over kostnadsindeksene som vist i tabell 2. Den laveste kostnadsindeksen for somatikk er Helse Vest med en indeks på 0,974, som gir en kostnadskomponent på 2,6 % av beløpet som fordeles til somatikkelementet (1 – 0,974). For PHV-V/TSB blir kostnadskomponenten 1,5 % av det fordelte beløpet til PHV-V eller TSB. Som nevnt innledningsvis er det da henholdsvis 2,6 % og 1,5 % som skal fordeles mellom regionene ut fra differanse til lavest kostnadsindeks (Helse Vest i begge tilfeller) og andel aktivitet. Helse Vest får ingen kostnadskompensasjon i den nasjonale inntektsmodellen.

Kostnadsindeks nasjonal inntektsmodell	Somatikk	PHV-V/TSB
Helse Sør-Øst	0,977	1,005
Helse Vest	0,974	0,985
Helse Midt-Norge	1,010	0,998
Helse Nord	1,182	1,004
% som går til kostnadskomponent	**2,6 %**	**1,5 %**

Tabell 2. Kostnadsindeks per helseregion og tjenesteområde

3.1.3 Bruk av nasjonal metode i Helse Sør-Øst

I arbeidet med den nasjonale inntektsmodellen ble det beregnet kostnadsindeks per helseforetak/sykehus før dette ble vektet opp til regionsnivå. Som del av det forberedende arbeidet for dette inntektsmodellprosjektet ba Helse Sør-Øst RHF SINTEF om å få oversendt kostnadsindekser per helseforetak/sykehus. Tabell 3 og 4 viser kostnadsindeksene for henholdsvis somatikk og PHV-V/TSB, sammen med hvor stor andel av beløpet som er tilordnet tjenesteområdeelementet som eventuelt ville bli fordelt gjennom kostnadskomponenten.

Kostnadsindeks pr. helseforetak/sykehus for somatikk sammenlignet med gjennomsnitt i Helse Sør-Øst	Faktisk	Beregnet/ modellert	Forventet (25 % / 75 %)
Akershus universitetssykehus HF	1,026	1,002	1,008
Sykehuset Innlandet HF	0,896	0,915	0,910
Oslo universitetssykehus HF	1,158	1,154	1,155
Diakonhjemmet Sykehus	1,052	1,074	1,068
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0,852	0,825	0,832
Sørlandet sykehus HF	0,951	0,955	0,954
Sykehuset Telemark HF	0,952	0,977	0,971
Sykehuset i Vestfold HF	0,877	0,910	0,902
Vestre Viken HF	0,866	0,881	0,877
Sykehuset Østfold HF	0,993	0,934	0,948
% som går til kostnadskomponent			**16,8 %**

Tabell 3. Kostnadsindeks per opptaksområde for somatikk, analyser ifb. nasjonalt arbeid

Kostnadsindeks pr. helseforetak/sykehus for PHV-V/TSB sammenlignet med gjennomsnitt i Helse Sør-Øst	Faktisk	Beregnet/ modellert	Forventet (25 % / 75 %)
Akershus universitetssykehus HF	1,023	1,000	1,006
Sykehuset Innlandet HF	0,954	1,000	0,989
Oslo universitetssykehus HF	1,263	1,000	1,066
Diakonhjemmet Sykehus	1,030	1,000	1,008
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0,845	1,000	0,961
Sørlandet sykehus HF	0,873	1,000	0,968
Sykehuset Telemark HF	1,034	1,000	1,009
Sykehuset i Vestfold HF	0,871	1,000	0,968
Vestre Viken HF	0,964	1,000	0,991
Sykehuset Østfold HF	1,034	1,000	1,008
% som går til kostnadskomponent			**3,9 %**

Tabell 4. Kostnadsindeks per opptaksområde for PHV-V/TSB, analyser ifb. nasjonalt arbeid

Det er verdt å merke seg noen forhold ved disse tabellene:

- For PHV-V/TSB blir størrelsen på kostnadskomponenten en del større enn nasjonalt, men fremdeles en relativt liten andel av det fordelte beløpet (3,9 %). For somatikk blir kostnadskomponenten vesentlig større enn den blir i de nasjonale analysene. Det skyldes at Lovisenberg Diakonale Sykehus har en kostnadsindeks godt under gjennomsnittet[4]. Variasjonen i kostnadsnivå er generelt større internt i Helse Sør-Øst enn den er på tvers av regioner. Dette er forventet, da det er større grad av funksjonsfordeling internt i en region enn på tvers av regioner.
- En eventuell bruk av denne modellen i Helse Sør-Øst ville medført at Lovisenberg Diakonale Sykehus ikke fikk kostnadskompensasjon, hverken for somatikk eller PHV-V/TSB. For PHV-V/TSB skyldes dette i sin helhet et lavt faktisk kostnadsnivå, ettersom relativ modellert kostnad er satt til 1. For somatikk viser tall fra SINTEF at Lovisenberg Diakonale Sykehus får relativt lav uttelling både for størrelse, reiseavstander og undervisning sammenlignet med de andre opptaksområdene (se tabell V1 i vedlegg). En annen grunn til lav indeks kan være at faktisk kostnad er underestimert for 2017, da det for Lovisenberg Diakonale Sykehus var en feil i grunnlaget fra SAMDATA når de nasjonale analysene ble gjort. Fordelingen av funksjoner internt i regionen kan også påvirke kostnadsindeksen, i den grad mer kostnadskrevende funksjoner gjennomføres ved et annet helseforetak.
- At funksjonsfordeling har betydning ses også av at Oslo universitetssykehus HF har høyest kostnadsindeks. Innen somatikk ville Oslo universitetssykehus HF med en bruk av nasjonal modell internt i Helse Sør-Øst fått en kostnadskompensasjon på 15,5 % over snittet, både for behandling av egne pasienter og for gjestepasienter. Oslo universitetssykehus HF har en stor grad av regionale og nasjonale funksjoner som antagelig er med på å trekke opp kostnadsindeksen. Med bruk av den nasjonale tilnærmingen i Helse Sør-Øst kan dermed bruk av Oslo universitetssykehus HF for mer ordinære tjenester bli relativt dyrt, mens spesialisert behandling relativt billig. Dette vil få en geografisk innvirkning, da det kan antas at pasienter som er bosatt i

[4] Det er gjort nye kostnadsanalyser i det nåværende prosjektet, jf. prosjektrapport for delprosjekt II. Med de nye analysene har ikke Lovisenberg lenger den laveste indeksen, men kostnadskomponenten blir fremdeles rundt 12 % av de fordelte inntektene.

eller nær Oslo i større grad vil bruke Oslo universitetssykehus HF til ordinær behandling enn pasienter som er bosatt langt borte. I gjennomsnitt skal Oslo universitetssykehus HF likevel få kompensert opp til sitt forventede kostnadsnivå for all aktivitet.

Som nevnt er forventet kostnadsnivå beregnet ut fra det som er inkludert i SAMDATAs *kostnader til pasientbehandling*. Kostnadene til de behandlingsfunksjonene som i dag finansieres utenfor inntektsmodellen i Helse Sør-Øst er inkludert i grunnlaget. Kostnadsindeksen vil derfor ta hensyn til finansiering disse funksjonene. For å gjøre at metoden fungerer etter hensikten, ville en eventuell bruk av nasjonal tilnærming til kostnadskomponenent gjøre det nødvendig å avvikle den særlige finansieringen av regionale behandlingstjenester og heller fordele midler gjennom inntektsmodellen.

Kostnadsindeksene vil variere ut fra hvilke år som inkluderes i analysene. Dette både fordi forklaringsvariablene (LIS-leger, forskningspoeng osv.) er forskjellige fra år til år, og fordi kostnad og aktivitet endrer seg, se tabell V2 og V3 i vedlegget.

3.2 Kostnadskompensasjon i Helse Sør-Øst

Metoden for kostnadskompensasjon i Helse Sør-Øst er innledningsvis tilsvarende som i M II ved at uforskyldte kostnadsulemper (for eksempel undervisningsaktivitet, forskning, reiseavstander) avklares gjennom regresjonsanalyser. Men i stedet for å kompensere opp til et beregnet kostnadsnivå, beregnes en merkostnad for hver av kostnadsulempene. Kompensasjonen som gis er gitt av merkostnaden per kostnadsulempe multiplisert med omfanget av kostnadsulempene. Kostnadskompensasjonen er uavhengig av hvor mye som fordeles i modellen eller til det enkelte tjenesteområdeelement. En slik tilnærming gjør det mulig å oppdatere kostnadsulempene årlig, dersom det er ønskelig. Det innebærer også at alle helseforetak/sykehus får kostnadskompensasjon.

3.3 Likheter og forskjeller mellom nasjonal og regional metode brukt regionalt

Prinsipielt er både den nasjonale og den regionale tilnærmingen til kostnadskomponenten like, i den forstand at begge forsøker å kompensere for uforskyldte merkostnader i pasientbehandlingen.

Med nasjonal metode låses kostnadsindeksene. Kostnadskomponenten fordeles etter kostnadsindeks og andel aktivitet, noe som gjør at det relative nivået på kostnadskompensasjon er lik fra år til år, men varierer med aktivitet. At indeksene låses kan begrunnes med at effektiviseringsgevinster skal beholdes[5]. Samtidig er analysene ressurskrevende å innhente data til, og å gjennomføre, slik at indeksene antageligvis uansett vil måtte låses over lengre perioder.

De største fordelene med tilnærmingen i den nasjonale inntektsmodellen er,

a) at den kan bli enklere å administrere når den først er på plass
b) at kostnadsindeksene sammen med aktivitet i prinsippet skal danne grunnlaget for kompensasjon for all utført behandling, og dermed alle uforskyldte merkostnader i pasientbehandlingen

[5] Dette betyr samtidig også at en økning i uforskyldte merkostnader ikke gir ekstra kompensasjon

På den annen side gjør disse fordelene den nasjonale tilnærmingen mindre fleksibel for justeringer. Aktivitetsgrunnlaget kan justeres, men det er vanskelig på et godt grunnlag å endre kostnadsindeksene uten å gjøre nye analyser. Eventuelle nye analyser er avhengig av et historisk datagrunnlag som kanskje ikke eksisterer. Videre er det ikke enkelt å forklare hvorfor kostnadsindeksen for et gitt opptaksområde blir det den blir, noe som blir desto viktigere når den bestemmer hele kostnadskompensasjonen. Stor variasjon i forventet kostnad mellom enhetene som er inkludert i modellen gir en beløpsmessig stor kostnadskompensasjon.

I Helse Sør-Øst identifiseres, verdsettes og tallfestes konkrete kostnadsulemper. For eksempel har antall leger i spesialisering (LIS) vært identifisert som en kostnadsulempe både regionalt og nasjonalt tidligere. Med den regionale metoden,

1) kan merkostnaden av en LIS (verdsettingen) fastsettes gjennom tilsvarende analyser som i det nasjonale arbeidet, eller gjennom andre kostnadsanalyser
2) er det mulig å prisjustere merkostnaden årlig av å ha en LIS
3) kan antall LIS (tallfestingen) oppdateres årlig
4) er det mulig å flytte kostnadsulemper mellom opptaksområder ved endring i funksjonsfordeling

Dersom den nasjonale metoden for å estimere kostnadsulemper blir brukt til å verdsette en kostnadsulempe i Helse Sør-Øst, som nevnt i punkt 1, får ikke årstall for analysene like stor betydning som nasjonalt fordi modellen er fleksibel på 2-4.

Uavhengig av om tilnærmingen er nasjonal metode eller den brukt i Helse Sør-Øst, er det stor usikkerhet ved analysene som ligger til grunn for kostnadskompensasjon. Det må derfor utvises skjønn, og dette åpner begge tilnærmingene for.

3.4 Prosjektleders vurdering og anbefaling

Prosjektleder vurderer at den nasjonale metoden for beregning av kostnadskompensasjon overordnet er relativt enkel å forstå (regneteknisk) og å innføre. Modellen har imidlertid noen svakheter. Tilnærming til kostnadskompensasjon med nasjonal metode fanger i liten grad opp oppgave- og funksjonsdeling mellom helseforetak og sykehus. Modellen gir også ustabile resultater, der ulike årganger av data gir betydelige utslag i nivå og fordeling av kostnadskompenasjon. Det gjør også modellen når den brukes til å estimere priser for kostnadsulemper. Imidlertid får denne ustabiliteten større konsekvenser internt i en region enn på tvers av regioner. Metoden anses som mindre transparent og intuitiv enn den som er i bruk i Helse Sør-Øst.

Metoden som benyttes av Helse Sør-Øst identifiserer og tallfester uforskyldte merkostnader. Helseforetak og sykehus får kompensasjon for utstrekning av de uforskyldte merkostnadene som er identifisert, og kostnadskompensasjonen er uavhengig av hvor mye som fordeles i modellen eller til det enkelte tjenesteområdeelement. Prosjektleder anbefaler at dagens metode i Helse Sør-Øst brukes som utgangspunkt for tilnærming til kostnadskompensasjon i delprosjektene per tjenesteområde. Delprosjektene vil identifisere og tallfeste uforskyldte kostnadsulemper. Delprosjektet støttet prosjektleder sin anbefaling.

3.5 Styringsgruppens anbefaling

Prosjektleders vurdering ble lagt fram for styringsgruppen for prosjektet i sak 03-2022. Styringsgruppen ga følgende innspill:

- Styringsgruppen er opptatt av at prosjektet gjør en vurdering av de ulike elementene som inngår i en kostnadskomponent i det videre arbeidet

Vedtaket ble:
Styringsgruppen anbefaler at prosjektet bruker dagens metode for kostnadskompensasjon i Helse Sør-Øst som utgangspunkt for det videre arbeidet.

På denne bakgrunnen har delprosjektene hatt dagens Helse Sør-Øst-tilnærming som utgangspunkt for å fastsette en kostnadskomponent i Helse Sør-Øst, jf. prosjektrapporter for delprosjektene II og IV.

4 Beregninger for fordeling av inntekter for kapital- og pensjonskostnader

I arbeidet i delprosjekt I har det videre blitt vurdert hvordan inntekter for kapital- og pensjonskostnader skal fordeles. Den regionale inntektsmodellen er delt inn i ulike tjenesteområde-elementer (somatikk, PHV, TSB og PHT). Det er også et eget element for forskning. I tillegg til dette fordeles det inntekter til kapital og pensjon i egne beregninger som er basert på fordelingsprinsippene i tjenesteområdeelementene. For kapital gjelder dette beløpsmessig historiske inntekter til avskrivinger (avskrivingstilskudd). For pensjon gjelder dette midler til kompensasjon for endrede pensjonskostnader som følge av nye beregningskriterier etter 2009. Disse egne beregningene ble implementert fra 2012 (jf. styresak 022-2011 *Inntektsmodell for Helse Sør-Øst*).

Formålet med disse egne beregningene er at basisrammen som er henført til håndtering av kapital- og pensjonskostnader skal fordeles likt som basisrammen i tjenesteområdenes modellelementer. Dette gjøres gjennom at forholdet mellom behovs- og kostnadskomponentene holdes på samme nivå som øvrig fordeling, og videre at abonnement og endringer i gjestepasientoppgjør gir omfordelinger av samme relative størrelse til totalbeløpet som er til fordeling. I prinsippet fordeler altså kapital- og pensjonsberegningene inntekter som tjenesteområde-elementene.

Prosjektleder anbefaler at disse inntektene til kapital- og pensjonskostnader fordeles mellom tjenesteområdene etter kostnadsandeler fra SAMDATA, og videre etter fordelingskriteriene i den enkelte tjenesteområdemodell. Sagt med andre ord innarbeides inntekter til håndtering av kapital- og pensjonskostnader i hvert tjenesteområde-element, og vil i motsetning til tidligere ikke holdes på utsiden i egne beregninger. Den foreslåtte løsningen endrer ikke fordelingsprinsippene, men gjør håndteringen mindre kompleks og mer intuitiv. I den nasjonale inntektsmodellen håndteres inntekter til kapital- og pensjonskostnader også på lik linje som øvrige basisinntekter. I beregningene vist i delprosjekt II til IV er inntektene som i dag fordeles gjennom kapital- og pensjonsberegningene lagt inn i tråd med denne anbefalingen.

Fra og med inntektsmodellen for 2023 er fordelingsnøkkelen som brukes til å tilordne basisramme mellom tjenesteområdeelementene basert på SAMDATA-kostnader for Helse

Sør-Øst i 2019, jf. styresak 030-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023–2026 - planforutsetninger*. Det betyr at andelen av den samlede basisrammen som tilordnes til hvert tjenesteområdeelement gjenspeiler hvordan kostnadene i Helse Sør-Øst fordeler seg mellom tjenesteområdene. Dette ble gjort for at inntektsmodellen i Helse Sør-Øst skulle fordele inntekter mer i tråd med der kostnadene treffer.

Kapital- og pensjonsberegningene fordeler i modellen for 2024 om lag 10 milliarder kroner, hvorav om lag 75 % er fordelt til somatikk, 22 % til PHV/TSB og i overkant av 2 % til PHT. Når kapital- og pensjonsberegningene avvikles betyr det at om lag 7,7 milliarder kroner mer vil fordeles gjennom tjenesteområde-elementet for somatikk, 2,3 milliarder kroner for PHV/TSB, og om lag 240 millioner kroner til tjenesteområde-elementet for prehospitale tjenester, jf. tabell 5.

Fordeling IM 2024	Kapital	Pensjon	Sum
Somatikk	3 472 267	4 196 505	7 668 771
PHV/TSB	812 560	1 442 098	2 254 658
PHT	107 390	129 789	237 178
Sum	**4 392 216**	**5 768 392**	**10 160 608**

Tabell 5. Fordeling av inntekter mellom tjenesteområder i kapital- og pensjonsberegningene (tall i tusen kroner)

Når kapital- og pensjonsberegningene avvikles må det tas hensyn til at også påslag for kapital og pensjon i gjestepasientoppgjøret forsvinner. I prosjektet har det blitt diskutert hvordan omfordeling av inntekter til kapital og pensjon skal håndteres i gjestepasientoppgjøret. Det ble av noen deltakere framhevet som viktig at insentivene for pasientmobilitet ikke endrer seg som følge av hvordan inntekter til kapital og pensjon fordeles i inntektsmodellen. Innretning på gjestepasientoppgjøret diskuteres i prosjektrapportene for delprosjekt II og III.

5 Forskningselementet

5.1 Kort om forskningselementet

Modellelementet for forskning består av en fast og en variabel del. Den faste delen skal ifølge tidligere arbeid ivareta et behov og ønske om større grad av forutsigbarhet i finansieringen knyttet til forskning, og da særlig i forhold til infrastruktur (bygg, IKT-systemer, utstyr med mer og administrasjon)[6]. I det tidligere arbeidet er det også lagt vekt på at Oslo universitetssykehus HF gjennomfører hovedtyngden av forskningsaktiviteten i regionen, og at foretaket skal ha en «nav-funksjon» for veiledning overfor forskningsmiljøene ved andre helseforetak i regionen. Nøkkelen for fordeling av den faste delen er låst, mens beløpet som fordeles prisjusteres årlig.

Den variable delen fordeles ut fra andel forskningspoeng, og hensikten er at midlene skal variere med forskningsaktiviteten.

Samlet fordeler forskningselementet om lag 2,1 milliarder kroner, hvor om lag 52 % går gjennom den faste delen, og det resterende gjennom den variable delen.

[6] Se styresak 012-2014 *Videreutvikling av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst* i Helse Sør-Øst RHF

Det er viktig å understreke at forskningselementet i inntektsmodellen ikke har hatt til hensikt å gi fullfinansiering av forskningsaktivitetene. For det første er forskningselementet bare én del av forskningsfinansieringen i Helse Sør-Øst. Det bevilges i tillegg øremerkede midler til forskning gjennom statsbudsjettet (post 78), og Helse Sør-Øst RHF prioriterer tildeling av strategiske forskningsmidler innenfor det regionale helseforetakets basisramme. For det andre finansieres en betydelig del av forskningen gjennom eksterne midler – særlig fra Forskningsrådet og EU.

Det må også påpekes at helseforetak og sykehus får én samlet basisramme bevilget gjennom inntektsmodellen. Det vil si at fordelingen mellom modell-element og tjenesteområder i inntektsmodellen ikke gir føringer for hvordan helseforetak og sykehus prioriterer midler mellom tjenesteområdene, eller pasientbehandling og andre pålagte oppgaver, som for eksempel forskning.

5.2 Vurderinger i prosjektet opp mot mandat

Prosjektleders opprinnelige anbefaling var at det ikke skulle gjøres en gjennomgang av forskningselementet som en del av det nåværende prosjektet. En del av deltakerne i prosjektgruppen i delprosjekt påpekte imidlertid at det har skjedd en vesentlig utvikling innen forskningsområdet. Det ble blant annet trukket frem økende omfang av kliniske studier, og effekten av endret organisering av medisinutdanning i regionen, med tilhørende økte kostnader til forskning. På bakgrunn av dette var det et ønske om at forskningselementet skulle vurderes i prosjektet.

Utviklingen i forskningspoeng indikerer at alle helseforetak og sykehus, i absolutte tall, har økt forskningsaktiviteten siden 2008 (jf. vedlegg tabell V5). Relativt sett har imidlertid Oslo universitetssykehus HF redusert sin forskningsaktivitet fram til 2017, deretter ligger den stabilt. I prosjektgruppen har enkelte av deltakerne vist til at pasienter skal ha lik tilgang til kliniske studier uavhengig av hvor de bor. Dette vil kreve at det tilrettelegges for forskningsinfrastruktur ved alle helseforetak. Utviklingen i forskningsaktivitet gjenspeiler antagelig denne utviklingen.

Basert på innspillene over ble det bestemt å gjøre en gjennomgang av forskningselementet gjennom delprosjekt I. Fagpersoner fra forskningsmiljøene fra helseforetak og sykehus har vært invitert til å delta i diskusjonene. I første omgang ble gjennomgangen begrenset til den faste delen, men det ble senere også gjort en vurdering av den variable delen etter innspill fra enkelte helseforetak i prosjektgruppen, og med støtte fra styringsgruppen til en slik gjennomgang.

Det ligger i mandatet for dette prosjektet at inntektsmodellen skal etableres for alle helseforetak/sykehus med opptaksområde. Det betyr at det må gjøres en splitt mellom Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus internt i Oslo, også i forskningselementet. I dagens modell tilordnes modelleffekter av forskningselementet Oslo sykehusområde samlet.

Videre har prosjektleder ansett det som hensiktsmessig å holde strukturen for forskningselementet fast, det vil si at vurderingene i prosjektet tar utgangspunkt i at elementet skal ha en fast del og en variabel del. Dette gir både en del forutsigbarhet i finansieringen, samtidig som det gir insentiv til å øke forskningsaktiviteten.

5.3 Nærmere om vurdering av den faste delen av forskningselementet

Den faste delen av forskningselementet ble innledende diskutert ut fra to hovedspørsmål:

1. Hva skal hensikten med den faste delen av forskningselementet være?
2. Hvordan skal fordelingen se ut?

Prosjektleders vurdering av den faste delen av forskningselementet er at denne skal gi noen grad av forutsigbarhet i finansieringen av forskning, og sikre finansiering av infrastruktur (bygg, IKT-systemer, utstyr med mer) og administrasjon. Dette er i tråd med vurderingene bak den faste delen da forskningselementet ble etablert. I diskusjon med prosjektgruppen har det ikke blitt registrert noen innvendinger mot denne vurderingen av formålet.

Da forskningselementet ble etablert, ble fordelingen av den faste delen av forskningselementet i stor grad basert på skjønn.

Det er i prosjektet gjennomført analyser av forskningskostnader, forskningspoeng og inntekter til forskning med utgangspunkt i 2021-tall. 2021 er et år hvor det er tilgjengelig tall fra Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU), både for kostnader[7] og forskningspoeng. Tabell 6 viser hvert helseforetak/sykehus med opptaksområde sin andel av samlede driftskostnader til forskning, forskningspoeng, og fordeling av forskningselementet i inntektsmodellen for 2021. Det er viktig å bemerke at den variable delen av forskningselementet fordeles etter andel publikasjonspoeng, *etter* det er gjort fratrekk for estimerte forskningspoeng som finansieres av eksterne midler eller øremerkede midler. Andel forskningskostnader inkluderer imidlertid kostnader uavhengig av finansiering. Sykehusene i Oslo har en relativt høy andel av disse midlene. Den påfølgende teksten oppsummerer noe av det tabellen viser.

	Andel forsknings-kostnader 2021	Andel publikasjons-poeng 2021	Andel fast del forsknings-element 2021	Andel variabel del forsknings-element 2021	Andel av forsknings-element samlet 2021	Differanse inntekt i modell og driftskostnad	Differanse inntekt i modell og forsknings-poeng
Akershus universitetssykehus HF	8,3 %	8,9 %	1,9 %	12,2 %	6,9 %	-1,4 %	-2,0 %
Sykehuset Innlandet HF	2,7 %	4,0 %	0,9 %	7,3 %	4,0 %	1,3 %	0,0 %
Oslo universitetssykehus HF	70,9 %	67,6 %			68,5 %	-2,4 %	0,9 %
Diakonhjemmet Sykehus	3,4 %	4,7 %			5,2 %	1,9 %	0,5 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2,2 %	1,7 %			4,7 %	2,6 %	3,0 %
Sørlandet sykehus HF	3,0 %	3,3 %	0,9 %	4,5 %	2,6 %	-0,4 %	-0,7 %
Sykehuset Telemark HF	1,3 %	0,9 %	0,4 %	1,8 %	1,1 %	-0,2 %	0,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	3,0 %	3,3 %	0,4 %	4,8 %	2,5 %	-0,5 %	-0,8 %
Vestre Viken HF	2,9 %	3,1 %	0,9 %	4,6 %	2,7 %	-0,2 %	-0,4 %
Sykehuset Østfold HF	2,3 %	2,5 %	0,9 %	2,7 %	1,7 %	-0,6 %	-0,7 %
Oslo samlet (OUS, DS, LDS)	76,4 %	74,0 %	93,8 %	62,2 %	78,5 %	2,0 %	4,5 %
Sum	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**		

Tabell 6. Fordeling av andel driftskostnader til forskning, forskningspoeng og fordeling av forskningselementet i 2021. NB: Den variable delen av forskningselementet fordeles etter gjennomsnittlig forskningspoeng siste tre år.

[7] Helseforetakene rapporterer også forskningskostnader i regnskapet. En gjennomgang har vist at NIFU-kostnadene i større grad er korrekte.

For inntektsmodellen 2021 var dette årene 2016-2018, mens forskningspoengene i kolonne tre er kun fra 2021. OUS=Oslo universitetssykehus HF. DS=Diakonhjemmet Sykehus. LDS=Lovisenberg Diakonale Sykehus

- Sykehusene i Oslo fikk samlet en høyere andel inntekt gjennom forskningselementet i inntektsmodellen for 2021 enn det de hadde av forskningspoeng og forskningskostnader. Dette til tross for at det gjøres fratrekk for forskningspoeng som er estimert å ha annen finansiering enn gjennom basisramme.
- Oslo universitetssykehus HF har en høyere andel kostnader enn forskningspoeng. Dette kan ha å gjøre med helseforetaket sin særstilling innen forskning i regionen.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus hadde en høyere andel inntekt enn andel kostnader i 2021. Dette har antagelig i stor grad å gjøre med måten forskningselementet fordeles internt i Oslo på. Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus behandles som én enhet i modellen. Modellen gir en endringseffekt fra år til år. Når inntekter skal fordeles, fordeles denne endringseffekten mellom sykehusene i Oslo etter en fast nøkkel. Denne nøkkelen ble fastsatt basert på uttrekket av midler fra øvrige tjenesteområdeelementer ved etablering av forskningselementet, og gjenspeilet ikke faktisk forskningsaktivitet ved de tre sykehusene. Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus får da en uforholdsmessig stor del av den faste delen av elementet. Den variable delen av forskningselementet fordeles også etter den samme, faste nøkkelen, og det betyr at særlig Lovisenberg Diakonale Sykehus får en vesentlig høyere andel av den variable delen enn det forskningspoengene til Lovisenberg Diakonale Sykehus skulle tilsi.
- Da Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF ble to opptaksområder i inntektsmodellen, ble den faste delen fordelt likt mellom de to helseforetakene. Sykehuset i Vestfold HF har en vesentlig høyere andel både av kostnader og forskningspoeng enn Sykehuset Telemark HF. En ny nøkkel for den faste delen av forskningselementet bør ta hensyn til ulik forskningsaktivitet ved Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF.
- Fordelingen av forskningselementet gjenspeiler i dag verken forskningspoeng eller forskningskostnader. En ny nøkkel for fordeling av den faste delen bør ta hensyn til at forskningsaktiviteten har utviklet seg siden modellelementet for forskning ble etablert.

Basert på tabell 6 kan det konkluderes med at en splitt av inntektsmodellen internt i Oslo vil føre til en negativ effekt for særlig Lovisenberg Diakonale Sykehus, fordi den variable delen av forskningselementet fordeles etter andel forskningspoeng. Effektene gjennom den faste delen vil være avhengig av hvilken nøkkel som brukes til fordeling, men dersom nøkkelen består av forskningskostnader og/eller forskningspoeng, vil også dette gi en negativ effekt for Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

I tabell 7 vises andel av driftskostnadene som dekkes gjennom dagens forskningselement. I snitt for de helseforetakene/sykehusene som er del av inntektsmodellen, dekker inntektene som fordeles gjennom forskningselementet om lag 60 % av de rapporterte forskningskostnadene. Det er vesentlige forskjeller i hvor stor andel av kostnadene forskningselementet dekker. Sykehuset Østfold HF har lavest dekningsgrad, mens Lovisenberg Diakonale Sykehus har høyest. Dette mønsteret har vært det samme i årene 2016,2017 og 2019 (ikke vist) men dekningsgraden for sykehusene i Oslo har gått ned over tid, og det samme har den samlede dekningsgraden (fra om lag 69 % i 2016 til 60 % i 2021).

	Dekningsgrad
Akershus universitetssykehus HF	49,7 %
Sykehuset Innlandet HF	88,7 %
Oslo universitetssykehus HF	58,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	93,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	131,5 %
Sørlandet sykehus HF	51,8 %
Sykehuset Telemark HF	50,7 %
Sykehuset i Vestfold HF	50,6 %
Vestre Viken HF	56,3 %
Sykehuset Østfold HF	45,1 %
Oslo samlet (OUS, DS, LDS)	61,7 %
Sum	**60,1 %**

Tabell 7 Andel forskningskostnader i 2021 (NIFU) dekket gjennom dagens forskningselement.

Prosjektgruppen har diskutert ulike fordelingsnøkler for den faste delen av forskningselementet som kan basere seg både på historiske forskningskostnader og historiske forskningspoeng[8]:

1. Gjennomsnitt av andel gjennomsnittlige driftskostnader og andel gjennomsnittlige forskningspoeng de siste årene (der perioden er 2015–2019 ekskl. 2018[9]).
2. Andel av gjennomsnittlige driftskostnader de siste årene.
3. Andel av gjennomsnittlige av driftskostnader og forskningspoeng, der estimat for forskning finansiert utenfor modell trukket ut for både kostnader og poeng.

Det har i ettertid av disse diskusjonene i prosjektmøtene blitt gjort en oppdatering til å inkludere 2021, da kostnadene for dette året senere ble tilgjengelig. Prosjektgruppen har blitt presentert for resultatene av denne oppdateringen, men har ikke gått inn i detaljene på samme måte som tallene til og med 2019. Tabell 8 viser nøkkel 1 slik den ble presentert for prosjektgruppen. I vedlegg 9.2 er tallene med 2019-tall som ble presentert for prosjektgruppen. Det er mulig å skille mellom sykehusene i Oslo i den samlede fordelingen av forskningselementet, men det er ikke mulig å skille spesifikt for den faste eller variable delen. Ved sammenligning mot dagens modell er derfor kun Oslo samlet presentert.

Nøklene ble presentert som et utgangspunkt for diskusjon, hvor det også ble åpnet for skjønnsmessige justeringer, eller ulik vekting av kostnader og poeng. Nøkkel 1 vil gi en negativ effekt for Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus samlet, men en positiv effekt for alle andre opptaksområder. Dette har sammenheng med at andel forskningspoeng og forskningskostnader er lavere enn det Oslo samlet fikk ved etableringen av forskningselementet.

[8] Begge som rapportert til NIFU (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning), og i senere tid til SSB.
[9] 2018-kostnader er ikke tilgjengelig fra NIFU.

Nøkkel basert på kostnader og poeng	Andel kostnader snitt 2016-2021 ekskl. 2018 og 2020	Andel publikasjonspoeng snitt 2016-2021 ekskl. 2018 og 2020	Gjennomsnitt
Akershus universitetssykehus HF	7,9 %	8,7 %	8,3 %
Sykehuset Innlandet HF	2,8 %	4,4 %	3,6 %
Oslo universitetssykehus HF	71,9 %	67,2 %	69,5 %
Diakonhjemmet Sykehus	3,4 %	4,6 %	4,0 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1,8 %	1,7 %	1,8 %
Sørlandet sykehus HF	3,1 %	3,5 %	3,3 %
Sykehuset Telemark HF	1,0 %	1,2 %	1,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	3,1 %	3,3 %	3,2 %
Vestre Viken HF	2,7 %	3,1 %	2,9 %
Sykehuset Østfold HF	2,4 %	2,1 %	2,3 %
Oslo samlet (OUS, DS, LDS)	77,1 %	73,5 %	75,3 %
Sum	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**

Tabell 8. Gjennomsnittlige kostnader og forskningspoeng 2016-2021 (ekskl. 2018 og 2020) og gjennomsnittet av disse to. Kostnader er ikke tilgjengelig for 2018 og 2020.

I prosjektgruppen har følgende problemstillinger med en slik nøkkel vært oppe til diskusjon:

- Forskningskostnader kan være ulikt rapportert mellom helseforetakene
- Forskningskostnadene rapportert til NIFU fanger ikke nødvendigvis opp alt av forskningskostnader
- Om forskningspoeng i god nok grad fanger opp kvaliteten i forskningen

Prosjektleder erkjenner at det kan være variasjon i hvordan helseforetakene rapporterer forskningskostnader til NIFU. Samtidig er disse kostnadene den beste tilgjengelige informasjonen om fordelingen av kostnadene. Kvalitet i forskningen fanges til en viss grad opp i forskningspoengene. Tallgrunnlaget skiller mellom det faglige nivået på tidsskriftene det publiseres i. Disse poengene brukes også i den nasjonale inntektsmodellen. At både forskningspoengene og forskningskostnadene har svakheter ved seg, er et argument for at ingen av delene bør utgjøre hele nøkkelen, og at nøkkelen bør baseres på flere år.

Prosjektgruppen har ikke kommet med forslag til alternative nøkler. Hovedinnvendingene mot den foreslåtte nøkkelen er de som er rapportert i punktlisten over. Oslo universitetssykehus HF har særlig lagt vekt på punkt nummer to, nemlig det at forskningskostnadene hos NIFU ikke fanger opp alt av forskningskostnader, og mest relevant for den faste delen av forskningselementet at det ikke fanger opp alle kostnader for forskningsinfrastruktur. Dette gjelder for eksempel bygg (forskningsbygg og avanserte laboratorier, inkludert dyrestaller) og utstyr som ligger til grunn for en del av forskningsvirksomheten som hele landet til dels drar nytte av.

Etter innspill fra styringsgruppen har det i prosjektet blitt gjort et forsøk på å kartlegge hva Oslo universitetssykehus HF sin regionale funksjon innen forskning er, og hvilke konsekvenser denne funksjonen får for kostnadene. Oslo universitetssykehus HF sin oppfatning av dette er:

- Oslo universitetssykehus HF har en mer kostnadskrevende forskningsinfrastruktur enn de andre helseforetakene. Oslo universitetssykehus HF mener en del av dette ikke inngår i kostnadene til NIFU

- Oslo universitetssykehus HF har en større bredde i forskningen, fra mer grunnleggende studier av mekanismer og årsaksforhold, til klinisk forskning.
- Oslo universitetssykehus HF har gjennom rollen som universitets -og regionsykehus et særskilt ansvar for utvikling av ny diagnostikk og behandling. Det gir økt omfang av translasjonsforskning, herunder avansert laboratorieforskning. Dette gir mer kostnadskrevende infrastruktur med avansert utstyr/teknologi og stort omfang av eksperimentelle laboratoriefasiliteter

Oslo universitetssykehus HF har videre lagt vekt på

- at helseforetaket har en særskilt rolle som universitetssykehus, og at det forventes at Oslo universitetssykehus HF har miljøer på internasjonalt ledende nivå innen mange fagområder
- at helseforetaket søker om, og dels medfinansierer deltakelse i nasjonale forskningsinfrastrukturer via Norges forskningsråd, og at Oslo universitetssykehus HF sammen med blant annet Universitetet i Oslo deltar aktivt i søknader om europeiske forskningsinfrastrukturer (ESFRI).

Det har i prosjektet ikke vært mulig å tallfeste merkostnaden for den regionale funksjonen til Oslo universitetssykehus HF. Samtidig må det antas at det Oslo universitetssykehus HF har merkostnader ved sin forskningsaktivitet som bør tas hensyn til gjennom fordelingen av faste inntekter i forskningselementet.

Prosjektleders vurdering er at den faste delen av forskningselementet ikke skal fange opp forskningsproduksjon (målt ved forskningspoeng) eller forskningskostnader i seg selv, men at den skal fange opp noe underliggende, nemlig forskningsinfrastruktur. Selv om hverken kostnader eller poeng fanger opp dette direkte antas det at det er en viss sammenheng mellom disse to og forskningsinfrastruktur. Det er likevel usikkerhet forbundet med nøkkelen. Når den foreslåtte nøkkel medfører en så stor endring som den gjør, mener prosjektleder det er grunner til at det utvises skjønn. Samtidig mener prosjektleder, ut i fra utviklingen i forskningspoeng, at det nå er trolig at mer av forskningsinfrastrukturen ligger hos helseforetak og sykehus utenom Oslo universitetssykehus HF.

Med nøkkel i tabell 8 får Oslo universitetssykehus HF 69,5 % av den faste delen av forskningselementet. Det foreslås at Oslo universitetssykehus HF sin andel av den faste delen av forskningselementet skjønnsmessig oppjusteres til 75 %. Det foreslås i tillegg at det gjøres en skjønnsmessig oppjustering av Akershus universitetssykehus HF sin andel til 8,5 % (fra 8,3 %). Det må antas at også Akershus universitetssykehus HF som universitetssykehus har forskningsinfrastruktur som ikke fanges opp av fordelingsnøkkelen som er benyttet. Samlet får Oslo en nedgang på 14,4 prosentpoeng sammenlignet med dagens modell. Forslag til ny nøkkel vises i kolonne fire fra høyre i tabell 9 under.

Nøkkel basert på kostnader og poeng	Andel kostnader snitt 2016-2021 ekskl. 2018 og 2020	Andel publikasjonspoeng snitt 2016-2021 ekskl. 2018 og 2020	Gjennomsnitt	Nøkkel etter skjønnsmessig justering	Effekt av skjønnsmessig justering	Dagens faste nøkkel	Sammenligning mot dagens faste nøkkel
Akershus universitetssykehus HF	7,9 %	8,7 %	8,3 %	**8,5 %**	0,2 %	1,9 %	6,6 %
Sykehuset Innlandet HF	2,8 %	4,4 %	3,6 %	**2,7 %**	-0,9 %	0,9 %	1,8 %
Oslo universitetssykehus HF	71,9 %	67,2 %	69,5 %	**75,0 %**	5,5 %		
Diakonhjemmet Sykehus	3,4 %	4,6 %	4,0 %	**3,0 %**	-1,0 %		
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1,8 %	1,7 %	1,8 %	**1,3 %**	-0,5 %		
Sørlandet sykehus HF	3,1 %	3,5 %	3,3 %	**2,5 %**	-0,8 %	0,9 %	1,6 %
Sykehuset Telemark HF	1,0 %	1,2 %	1,1 %	**0,8 %**	-0,3 %	0,4 %	0,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	3,1 %	3,3 %	3,2 %	**2,4 %**	-0,8 %	0,4 %	1,9 %
Vestre Viken HF	2,7 %	3,1 %	2,9 %	**2,2 %**	-0,7 %	0,9 %	1,3 %
Sykehuset Østfold HF	2,4 %	2,1 %	2,3 %	**1,7 %**	-0,6 %	0,9 %	0,8 %
Oslo samlet (OUS, DS, LDS)	77,1 %	73,5 %	75,3 %	79,3 %	4,0 %	93,8 %	-14,4 %
Sum	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**0,0 %**	**100,0 %**	**0,0 %**

Tabell 9. Forslag til ny nøkkel (kolonne fire fra høyre), effekt av skjønnsmessig justering og sammenligning med dagens nøkkel.

Omfordelingseffekt i tusen kroner vises i tabell 10 (kolonne to fra høyre). Fordi dagens modell ikke er splittet internt i Oslo vises det ikke omfordelingseffekt med splitt internt i Oslo, men det kan likevel vises ny fordeling av basisramme med splitt (kolonnen lengst til høyre).

	Fast del dagens modell 2024	Fordeling med ny fast nøkkel	Effekt
Akershus universitetssykehus HF	20 019	90 754	70 735
Sykehuset Innlandet HF	9 342	28 532	19 190
Oslo universitetssykehus HF		800 774	
Diakonhjemmet Sykehus		31 768	
Lovisenberg Diakonale Sykehus		14 246	
Sørlandet sykehus HF	9 342	26 199	16 857
Sykehuset Telemark HF	4 671	8 878	4 207
Sykehuset i Vestfold HF	4 671	25 406	20 734
Vestre Viken HF	9 342	23 030	13 687
Sykehuset Østfold HF	9 342	18 111	8 769
Sum Oslo	1 000 968	846 789	-154 179
Sum	**1 067 699**	**1 067 699**	**-**

Tabell 10. Omfordelingseffekt i tusen kroner av forslag til ny fast nøkkel i forskningselementet og ny fordeling av basisramme i den faste delen med ny nøkkel.

Diskusjon om den faste delen av forskningselementet

Det har både i prosjektmøtene og ellers kommet innspill fra noen prosjektdeltakere hvor de er uenige i at det bør gjøres en skjønnsmessig oppjustering for Oslo universitetssykehus HF. Det har blant annet blitt vist til at helseforetaket også får inntekter utenfor inntektsmodellen som finansierer en del av forskningskostnadene. Det har også blitt argumentert for at det for eksempel maksimal oppjustering bør være kostnadsandelen (72 %). Fordelingen til Oslo universitetssykehus HF ville i så fall blitt 32 millioner kroner lavere, med en tilsvarende økning for de andre. Prosjektleder har valgt å opprettholde anbefalingen om justering opp til 75 %, men understreker at oppjusteringen er basert på skjønn, og anerkjenner at en

oppjustering for noen vil bety en nedjustering for andre, og at de andre opptaksområdene får en lavere andel enn det kostnadene tilsier. Det har ikke vært mulig å kvantifisere eventuelle oppgaver ved Oslo universitetssykehus HF som ikke fanges opp av forskningspoeng eller forskningskostnader. Nøkkelen kan enkelt justeres i framtiden.

En del av formålet med den faste delen av forskningselementet er å gi forutsigbarhet i forskningsfinansieringen. Nøkkelen må derfor ikke oppdateres for ofte. Prosjektleder foreslo i utgangspunktet å låse nøkkelen for fordeling av det faste elementet. Noen av prosjektdeltakerne har ment at det er hensiktsmessig å oppdatere også denne. Det er rimelig å anta at utviklingen i forskningspoeng og forskningskostnader til dels følger utviklingen i forskningsinfrastruktur, men antagelig er det ikke helt samsvar mellom disse. En årlig oppdatering vil redusere forutsigbarheten. En rimelig mellomløsning er å oppdatere nøkkelen sjeldnere, for eksempel hvert femte år. Oppdateringen vil imidlertid ikke bare være teknisk, det vil si at det ikke bare er andel forskningspoeng og andel forskningskostnader som må oppdateres. Det må også gjøres en vurdering av om og i hvilken grad nøkkelen eventuelt skal skjønnsmessig justeres.

5.4 Vurdering av den variable delen av forskningselementet

Den variable delen av forskningselementet skal gi uttelling for forskningsaktivitet, men er som tjenesteområdeelementene del av inntektsmodellen som fordeler én samlet basisramme til helseforetak og sykehus. Inntektene som fordeles gjennom den variable delen sier altså ikke noe om hvor mye som skal brukes på forskning.

Den variable delen av forskningselementet fordeles i utgangspunktet etter andel forskningspoeng de tre siste tilgjengelige årene, men det gis fratrekk for (estimert) eksternt finansierte forskningspoeng og forskningspoeng finansiert gjennom øremerkede midler. Det betyr at forskningspoeng som er beregnet å være finansiert av eksterne kilder og øremerkede midler ikke gir uttelling når den variable delen av forskningselementet skal fordeles. Dette gjøres slik:

1. Det hentes inn beløp for ekstern finansiering og øremerkede midler
2. Midler fordelt i variabel del av forskningselementet + ekstern finansiering og øremerkede midler deles på antall forskningspoeng for å få en pris per forskningspoeng
3. Ekstern finansiering + øremerkede midler deles på prisen i punkt 2 for å få et estimat av eksternt finansierte forskningspoeng

Ved oppstart av prosjektet var det ikke klart om forskningselementet skulle gjennomgås. I første møtet ble det imidlertid bestemt at det skulle gjøres en gjennomgang av forskningselementet, med vekt på den faste delen. Det ble derfor gjort en vurdering kun av den faste delen i møtet som omhandlet forskningselementet, avholdt i august 2022. I dette møtet kom det også innspill om at fratrekk for eksternt finansierte forskningspoeng burde fjernes. Bakgrunnen for ønsket er blant annet at ekstern finansiering ikke fullfinansierer forskningspoengene og at et fratrekk reduserer insentivene for å søke om eksterne midler. Diskusjonen ble løftet opp i styringsgruppen, som støttet at den variable delen også gir uttelling for forskningspoeng med ekstern finansiering[10]. Flere av helseforetakene har argumentert mot dette, med begrunnelsen at fjerning av fratrekket vil utgjøre en

[10] Se protokoll fra styringsgruppemøtet 7. september, sak 24-2022.

dobbeltfinansiering. Subsidiært har det blitt foreslått å sette fratrekket på et annet nivå enn i dag, for eksempel at det gis fratrekk for 50 % av de eksterne midlene.

På bakgrunn av tilbakemeldingene ble det gjort en ny vurdering av fratrekket for eksternt finansierte forskningspoeng. Prosjektleder er kjent med at de eksterne midlene som ligger inne i forskningselementet i dag er et estimat som har vært inne i forskningselementet siden elementet ble etablert, og prisjustert. For Oslo sykehusområde finnes dette beløpet kun samlet. Dette i motsetning til post 78-midlene som oppdateres årlig og som er splittet internt i Oslo. Det har derfor blitt innhentet nye tall for eksterne forskningsmidler. Det er tatt utgangspunkt i 2021, og tallene vises i tabell 11 under[11].

Ekstern finansiering 2021 i 2023 tusen kroner	2023 tusen kroner	Andel
Akershus universitetssykehus HF	50 332	6,6 %
Sykehuset Innlandet HF	9 977	1,3 %
Oslo universitetssykehus HF	599 227	78,6 %
Diakonhjemmet Sykehus	17 376	2,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	5 595	0,7 %
Sørlandet sykehus HF	18 597	2,4 %
Sykehuset Telemark HF	7 391	1,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	22 395	2,9 %
Vestre Viken HF	15 909	2,1 %
Sykehuset Østfold HF	15 188	2,0 %
Sum	**761 986**	**100,0 %**

Tabell 11. Ekstern finansiering av forskning i 2021 (2023-kroner).

De eksterne midlene i dagens modell for 2024 er på om lag 396 millioner 2023-kroner, mens de oppdaterte midlene er på om lag 762 millioner 2023-kroner som vist i tabell 11. Vekst i eksterne midler har altså vært godt over prisveksten.

I punktene 1–3 over er det vist til hvordan beregningene av fratrekket er gjort. Punkt 2 viser at når de eksterne midlene øker, øker også prisen per forskningspoeng. Endring i de eksterne midlene gjør at prisen økes fra i overkant av 500 kroner over 600 kroner. Regnestykket i punkt 3 viser at hvis prisen per forskningspoeng øker (nevneren), reduseres antall poeng som trekkes ut. Samtidig øker også telleren i punkt 3 (de eksterne midlene) som virker i motsatt retning. Nettoeffekten av dette er vist i tabell 12. Forskningspoengene som blir trukket ut øker for alle opptaksområdene. Et høyere fratrekk betyr færre forskningspoeng som gir uttelling i modellen.

[11] For helseforetakene er det brukt det som er rapportert under «Andre inntekter til forskning» i note 8 i konsernregnskapet. For Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus er det innhentet tall direkte.

	Fratrukkede forsknings-poeng dagens modell	Andel	Fratrukketede forsknings-poeng med oppdaterte eksterne midler	Andel
Akershus universitetssykehus HF	61	4,4 %	109	6,2 %
Sykehuset Innlandet HF	21	1,5 %	22	1,3 %
Oslo (OUS, DS, LDS)	1 241	88,5 %	1 469	84,2 %
Sørlandet sykehus HF	15	1,0 %	31	1,8 %
Sykehuset Telemark HF	11	0,8 %	12	0,7 %
Sykehuset i Vestfold HF	17	1,2 %	41	2,3 %
Vestre Viken HF	18	1,3 %	29	1,7 %
Sykehuset Østfold HF	19	1,3 %	31	1,8 %
Sum	**1 402**	**100,0 %**	**1 744**	**100,0 %**

Tabell 12. Effekt på antall forskningspoeng som blir trukket ut (eksternt finansierte forskningspoeng) før beregning av andel forskningspoeng.

Tabell 13 viser den isolerte effekten av å oppdatere de eksterne midlene i dagens inntektsmodell for 2024. Oppdateringen gir en reduksjon i tellende poeng for særlig Oslo sykehusområde, og en økning for Sykehuset Innlandet HF.

	Dagens variable del av forsknings-elementet (2024)	Dagens variable del av forsknings-elementet (2024) med oppdaterte eksterne midler	Endring	Dagens variable del av forsknings-elementet med oppdaterte eksterne midler og splitt internt i Oslo
Akershus universitetssykehus HF	122 183	118 209	-3 973	118 209
Sykehuset Innlandet HF	59 927	71 817	11 890	71 817
Oslo universitetssykehus HF				533 714
Diakonhjemmet Sykehus				59 492
Lovisenberg Diakonale Sykehus				27 717
Sørlandet sykehus HF	50 586	51 200	614	51 200
Sykehuset Telemark HF	12 747	14 743	1 996	14 743
Sykehuset i Vestfold HF	50 672	46 354	-4 318	46 354
Vestre Viken HF	47 514	50 554	3 040	50 554
Sykehuset Østfold HF	32 361	31 601	-759	31 601
Sum Oslo (OUS, DS, LDS)	629 411	620 922	-8 489	620 922
Sum	**1 005 401**	**1 005 401**	**-0**	**1 005 401**

Tabell 13. Effekt av å oppdatere eksterne midler i den variable delen av forskningselementet i dagens modell, samt splitte den variable delen internt i Oslo.

Prosjektleders opprinnelige anbefaling var at modellen skulle endres til å gi full uttelling for eksternt finansierte forskningspoeng. Effekten av å gjøre dette er vist i den første endringskolonnen i tabell 14. Det er kun Oslo universitetssykehus HF som får en positiv effekt av en slik endring. Etter diskusjonen i prosjektgruppen anbefaler prosjektleder at fratrekket for ekstern finansiering fjernes for 50 % av de eksterne inntektene, slik som vist i de siste to tallkolonnene. En slik løsning vil gi økt insentiv for å søke eksterne midler, men ikke gi like store endringer fra dagens modell som opprinnelig foreslått. Det gis fremdeles

ingen uttelling for forskningspoeng finansiert fra øremerkede midler. Det må imidlertid også påpekes at helseforetak som har en større forskningsinfrastruktur antagelig også enklere vil kunne søke om, og få tildelt, eksterne midler til forskning.

	Dagens variable del med oppdaterte eksterne midler og splitt i Oslo	Eksternt finansierte poeng gir 100% uttelling	Endring	Eksternt finansierte poeng gir 50 % uttelling	Endring
Akershus universitetssykehus HF	118 209	95 877	-22 332	103 975	-14 235
Sykehuset Innlandet HF	71 817	46 530	-25 287	55 699	-16 118
Oslo universitetssykehus HF	533 714	644 488	110 774	604 322	70 608
Diakonhjemmet Sykehus	59 492	43 727	-15 764	49 443	-10 048
Lovisenberg Diakonale Sykehus	27 717	18 950	-8 767	22 129	-5 588
Sørlandet sykehus HF	51 200	39 705	-11 495	43 873	-7 327
Sykehuset Telemark HF	14 743	12 591	-2 152	13 372	-1 372
Sykehuset i Vestfold HF	46 354	39 109	-7 245	41 736	-4 618
Vestre Viken HF	50 554	37 808	-12 746	42 430	-8 124
Sykehuset Østfold HF	31 601	26 617	-4 985	28 424	-3 177
Sum Oslo (OUS, DS, LDS)	620 922	707 165	86 243	675 894	54 971
Sum	1 005 401	1 005 401	-	1 005 401	-

Tabell 14. Effekt av å gi eksternt finansierte forskningspoeng full uttelling i forskningselementet (første endringskolonne), eller gi uttelling for 50 % av de eksternt finansierte forskningspoengene (siste endringskolonne). Første tallkolonne er den samme som siste kolonne i tabell 13.

Diskusjon om den variable delen av forskningselementet

Prosjektleder oppfatter at det har vært enighet om at den faste delen burde gjennomgås, men at det ikke har vært like stor enighet om gjennomgangen av den variable delen. Både den faste og variable delen har imidlertid vært utdaterte, og etter gjennomgangen har det vært tydelig at det var behov for en gjennomgang av begge.

At det skal gis uttelling for 50 % av de eksternt finansierte forskningspoengene er en pragmatisk tilnærming. På den ene siden har det i prosjektet vært argumentert for at det bør gis full uttelling for de eksternt finansierte forskningspoengene, og at det også burde gå lenger ved å gi full uttelling for forskningspoengene som er finansiert gjennom øremerkede midler. På den andre siden har det også vært argumentert for at det bør gis fratrekk for alt sammen. Løsningen med at det gis uttelling for 50 % av de eksternt finansierte er mellom disse to ytterpunktene, og gir økt insentiv til å søke midler sammenlignet med i dag.

Prosjektleder anbefaler at den variable delen av forskningselementet oppdateres årlig. Det vil si en årlig oppdatering av snittet av forskningspoeng de tre siste årene, samt post 78-midler og eksterne midler. Sistnevnte vil være en endring fra dagens modell, da de eksterne midlene kun har blitt prisjustert siden modellelementet ble innført.

5.5 Samlet endring i forskningselementet

Tabell 15 under viser de samlede, foreslåtte endringene i forskningselementet. Oslo sykehusområde kommer negativt ut av endringene, og det er særlig Lovisenberg Diakonale

Sykehus som kommer negativt ut. Den negative effekten for dette sykehuset skyldes i stor grad at sykehuset har fått en for stor andel av forskningselementet i dagens modell.

	A	B	C	D	E	F	G
	Dagens forsknings-element IM 2024	Av dette fast del	Av dette variabel del	Foreslått fast del	Foreslått variabel del	Sum fast og variabel del (D+E)	Omfordelings-effekt (F–A)
Akershus universitetssykehus HF	142 202	20 019	122 183	90 754	103 975	**194 729**	52 527
Sykehuset Innlandet HF	69 270	9 342	59 927	28 532	55 699	**84 231**	14 961
Oslo universitetssykehus HF	1 423 938			800 774	604 322	**1 405 096**	-18 842
Diakonhjemmet Sykehus	108 205			31 768	49 443	**81 212**	-26 994
Lovisenberg Diakonale Sykehus	98 236			14 246	22 129	**36 375**	-61 861
Sørlandet sykehus HF	59 929	9 342	50 586	26 199	43 873	**70 072**	10 143
Sykehuset Telemark HF	17 418	4 671	12 747	8 878	13 372	**22 250**	4 831
Sykehuset i Vestfold HF	55 343	4 671	50 672	25 406	41 736	**67 142**	11 798
Vestre Viken HF	56 856	9 342	47 514	23 030	42 430	**65 459**	8 603
Sykehuset Østfold HF	41 703	9 342	32 361	18 111	28 424	**46 535**	4 832
Sum Oslo	1 630 380	1 000 968	629 411	846 789	675 894	**1 522 683**	-107 697
Sum	2 073 101	**1 067 699**	**1 005 401**	**1 067 699**	**1 005 401**	**2 073 101**	**-**

Tabell 15. Samlet omfordelingseffekt av foreslåtte endringer i forskningselementet.

5.6 Oppsummering av alle inntekter i inntektsmodellen hvor forskningspoeng brukes i fordelingen

Ingen deler av inntektsmodellen skal spesifikt finansiere forskning, men ulike deler av modellen gir uttelling for forskningsaktivitet. Dette er tydeligst i forskningselementet. Deler av den foreslåtte kostnadskomponenten for somatikk fordeles ut fra forskningspoeng. Kostnadskomponenten skal kompensere for merkostnader i pasientbehandling som er en konsekvens av forskningen, samt proxy-effekter som seleksjon av krevende pasienter og breddeulemper. Analysene indikerer at det er proxy-effekten som er størst, jf. diskusjon i rapport for delprosjekt 2 og 3.

Tabell 16 under gir en samlet fremstilling av de ulike forskningspoengrelaterte inntektene i modellen.

	Forslag variabel del forsknings-element	Forslag fast del forsknings-element	Forslag kostnads-komponent forskning somatikk og PHV/TSB
Akershus universitetssykehus HF	103 975	90 754	256 779
Sykehuset Innlandet HF	55 699	28 532	118 040
Oslo universitetssykehus HF	604 322	800 774	1 941 092
Diakonhjemmet Sykehus	49 443	31 768	132 073
Lovisenberg Diakonale Sykehus	22 129	14 246	47 628
Sørlandet sykehus HF	43 873	26 199	97 101
Sykehuset Telemark HF	13 372	8 878	30 525
Sykehuset i Vestfold HF	41 736	25 406	99 034
Vestre Viken HF	42 430	23 030	95 035
Sykehuset Østfold HF	28 424	18 111	70 268
Sum	1 005 401	1 067 699	2 887 575

Tabell 16. Inntekter i inntektsmodellen hvor forskningspoeng brukes i fordelingen

Det vises også til vedlegg tabell V9 for oversikt over inntekter utenfor inntektsmodellen som kan være relatert til forskning.

6 Midler til framtidig investeringsbehov og befolkningsvekst

Inntektsmodellen fordeler inntekter til både drift og investeringer. Prinsippet innebærer at helseforetakene må generere overskudd for å reinvestere og spare til større investeringsprosjekt. Estimat av behov, kostnadsulemper og mobilitet i inntektsmodellen beregnes for året midlene bevilges, ikke for den framtidige utviklingen. Det gjøres framskrivninger av befolknings-/behovsvekst i inntektsmodellen, men den årlige fordelingen av midler forskutteres ikke på bakgrunn av framskrivningene. Det kan derfor argumenteres for at fordelingen i inntektsmodellen ikke gir et godt nok grunnlag for å spare til framtidige investeringer. Helse Sør-Øst RHF har argumentert for dette i innspill til det nasjonale inntektsmodellarbeidet. Tekst fra høringssvaret:

> *inntektsfordelingen [tar ikke] hensyn til at forventet befolkningsutvikling og graden av investeringsetterslep er svært ulik for helseregionene. Utvalgets forslag legger således ikke til rette for at Helse Sør-Øst med høy forventet befolkningsvekst og stort investeringsetterslep kan gjennomføre nødvendige tilpasninger i bygg og utstyr for å møte fremtidige behov*

Prosjektgruppen er bedt om å vurdere dette innspillet i arbeidet med ny inntektsmodell.

I kommunesektoren tildeles det et eget veksttilskudd til kommunene med høy befolkningsvekst. Dette fordeles til de som har hatt høy befolkningsvekst de tre siste årene. Beløpet gis som en fast sum per innbygger ut over en vekstgrense (1,4 % i 2022). Begrunnelse for veksttilskudd[12]:

> *Høg vekst i folketalet krev ofte store investeringar frå kommunane innan kommunale tenester og infrastruktur. Sjølv om auka folketal på lang sikt kjem kommunar og lokalsamfunn til gode, kan dei kortsiktige utfordringane vera betydelege. Regjeringa innfører difor frå 2009 eit veksttilskot som skal gjera kommunane betre i stand til å tilpassa det kommunale tenestetilbodet i periodar med sterk folketalsvekst.*

Det har vært gjort ulike beregninger av hvordan et slik tilskudd, og lignende tilskudd, kunne blitt tatt i bruk i Helse Sør-Øst. Hovedutfordringen er at et slikt tilskudd flytter inntekter inn til opptaksområder som opplever vekst, gjerne fra opptaksområder som allerede har utfordringer som oppstår som følge av relativt sett redusert befolkning. Opptaksområder med lav befolkningsvekst vil også få lavere inntekter gjennom inntektsmodellens fordeling. Prosjektleder anbefaler ikke at et slikt tilskudd tas i bruk. Begrunnelsen er at opptaksområder som har vekst i folketallet får dette kompensert gjennom inntektsmodellen allerede. En ytterligere styrking av opptaksområdene med sterke befolkningsvekst vil innebære negative fordelingseffekter for opptaksområder med lavere vekst eller stagnasjon i folketallet.

I prosjektet har det blitt gitt innspill om at det også bør gjøres en vurdering av om planlagt framtidig endring i opptaksområder burde tas hensyn til i den årlige oppdateringen av inntektsmodellen. Dette gjelder planlagt overføring av en kommune eller bydel fra ett

[12]https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/vedlegg/komm/pressemeldinger/vedlegg_veksttilskot_til_kommunar_med_sterk_auke_i_folketalet.pdf

helseforetak/sykehus til et annet. Innspillet bygger på samme argumentasjon som diskusjonen av veksttilskudd over, nemlig at mottakende helseforetak/sykehus skal være finansiert for nødvendig sparing til de fremtidige investeringsbehovene endret opptaksområdeansvar medfører. Inntektsmodellen fordeler inntekter etter estimert relativt behov for alle opptaksområdene, der behovet kan spesifiseres ned på kommune- og bydelsnivå. Ved en overføring av opptaksområdeansvar fra ett helseforetak/sykehus til et annet overføres det også basisramme etter det relative behovet for de aktuelle kommunene/bydelene.

Prosjektleder vurderer det ikke som rimelig at en fremtidig overføring av opptaksområdeansvar skal gå på bekostning av helseforetak/sykehus som ikke er del av overføringen. Det er derfor ikke rimelig å forskuttere endring i opptaksområder i inntektsmodellen. Endringer i inntekter skjer i det året hvor overføringen inntreffer.

7 Andre oppgaver for prosjektet

Ifølge mandatet skal prosjektet også gjøre følgende vurderinger:

- Vurdere inndelingen av tjenesteområder, og hvordan inntektene skal fordeles mellom tjenesteområdene
- Vurdere inntekter til fordeling i inntektsmodellen

Prosjektleder vurderer at det ikke er nødvendig at disse to punktene vurderes spesifikt i dette delprosjektet. Inndelingen mellom tjenesteområder har blitt vurdert gjennom oppsettet av delprosjektene og hvordan behovs- og kostnadsanalysene er gjennomført. Fordelingen av inntekter er det tatt stilling til i hvert enkelt delprosjekt, og ville fått størst betydning dersom prosjektet hadde gått videre med tilnærmingen til kostnadskomponent i nasjonal inntektsmodell. Fordeling av inntekter mellom tjenesteområder ble i etterkant av mandatet vurdert i økonomisk langtidsplan 2023-2026, styresak 030-2022.

8 Oppsummering av anbefalinger og diskusjon

Oppsummert er følgende anbefalinger fra delprosjekt 1 lagt fram i denne rapporten:

- Prosjektleder anbefaler at dagens metode for beregning av kostnadskompensasjon i Helse Sør-Øst brukes som utgangspunkt for tilnærming til kostnadskompensasjon i delprosjektene per tjenesteområde. Arbeidet med å identifisere og tallfeste uforskyldte kostnadsulemper vil skje i delprosjektene.
- Prosjektleder anbefaler at inntekter til kapital- og pensjonskostnader fordeles mellom tjenesteområdene etter kostnadsandeler fra SAMDATA, og videre etter fordelingskriteriene i den enkelte tjenesteområdemodell.
- Forskningselementet:
    - Prosjektleder anbefaler at strukturen med en fast del og en variabel del ligger fast
    - Prosjektleder anbefaler at det gjøres en oppdatering av den faste delen, hvor andel forskningskostnader og –poeng de siste årene brukes som utgangspunkt for fordeling. Det anbefales at det gjøres en skjønnsmessig oppjustering av den beregnede andelen for Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF

  - Prosjektleder anbefaler at det gis 50 % uttelling for forskningspoeng som er eksternt finansierte, i motsetning til dagens modell hvor eksternt finansierte forskningspoeng ikke gir noen uttelling. Prosjektleder anbefaler at det fremdeles ikke gis uttelling for forskningspoeng finansiert av øremerkede midler (post 78).
- Prosjektleder anbefaler ikke at det lages et eget tilskudd eller justering i inntektsmodellen for framtidig befolkningsvekst eller investeringer

Beslutningen om hvilken tilnærming til kostandskompensasjon som skulle brukes var en viktig prinsipiell beslutning å ta tidlig i prosjektet. Både den nasjonale tilnærmingen og tilnærmingen i Helse Sør-Øst har styrker og svakheter. Prosjektleder mener imidlertid det er flere styrker med metoden i Helse Sør-Øst enn den nasjonale metoden, og prosjektgruppen støttet dette.

Av anbefalingene over har delprosjekt 1 brukt mest tid på forskningselementet. Prosjektleders opprinnelige anbefaling var at forskningselementet ikke skulle gjennomgås i dette prosjektet. Etter tilbakemeldinger ble det likevel først en gjennomgang av den faste delen av forskningselementet, og deretter en gjennomgang av den variable delen. Prosjektleder oppfatter at det har vært enighet om at den faste delen burde gjennomgås, men at det ikke har vært like stor enighet om gjennomgangen av den variable delen. Både den faste og variable delen har imidlertid vært utdaterte, og etter gjennomgangen har det vært tydelig at det var behov for en gjennomgang av begge. Det er imidlertid vanskelig å få en konsensus i prosjektgruppen på hvordan elementet skal oppdateres. Diskusjonene har i stor grad gått på

- hvilken nøkkel som skal danne utgangspunkt for fordeling av den faste delen
- om og hvordan nøkkelen for fordeling av den faste delen bør skjønnsmessig justeres
- om og i hvilken grad den variable delen av forskningselementet bør fordeles etter at det har blitt gjort et fratrekk for det som estimeres å være eksternt finansierte forskningspoeng

I alle diskusjonene har det vært gode argumenter for og mot, og i noen tilfeller er diskusjonene normative uten at det finnes et fasitsvar. Anbefalingene om forskningselementet som er vist over er et forsøk på å finne en løsning som gjør at inntektsmodellen er transparent og oppfattes som rettferdig.

9 Samlet effekt av alle foreslåtte endringer i inntektsmodellprosjektet

Tabell 17 viser de estimerte samlede effektene av alle foreslåtte endringer i inntektsmodellprosjektet. Det understrekes at dette er estimerte effekter. Ved en eventuell implementering av modellen vil det lages et oppdatert kriteriegrunnlag for det gjeldende modellåret for alle tjenesteområdene. Tabell 17 tar ikke hensyn til et eventuelt storbytilskudd innenfor PHV/TSB. For PHV/TSB er det beregnet et foreløpig anslag på gjestepasientoppgjør internt i Oslo som er innarbeidet i omfordelingseffektene.

	PHV/TSB	Somatikk	PHT	Forskning	Sum
Akershus universitetssykehus HF	90 957	98 017	0	52 527	241 501
Sykehuset Innlandet HF	117 392	-99 384	20 672	14 961	53 640
Oslo universitetssykehus HF	-742 730	184 843	-15 575	-18 842	-592 304
Diakonhjemmet Sykehus	-51 019	95 397	0	-26 994	17 385
Lovisenberg Diakonale Sykehus	-75 845	75 289	0	-61 861	-62 418
Sørlandet sykehus HF	96 432	-44 570	15 897	10 143	77 903
Sykehuset Telemark HF	64 983	-95 962	31 791	4 831	5 644
Sykehuset i Vestfold HF	125 891	-59 761	-48 330	11 798	29 598
Vestre Viken HF	155 741	-18 887	30 548	8 603	176 005
Sykehuset Østfold HF	218 197	-49 708	-44 002	4 832	129 319
Sum	**0**	**85 274**	**-9 000**	**0**	**76 274**

Tabell 17. Estimert omfordelingseffekt av alle de foreslått endringene i inntektsmodellprosjektet.

10 Vedlegg

10.1 Kostnadskomponent

Utslag på kostnadsdrivere	Forsknings-poeng	LIS-leger pr. 1000 DRG	Bosetting	Brutto driftsutgifter	Brutto driftsutgifter kvadrert
Akershus universitetssykehus HF	3,209	3,616	5,833	6,242	38,979
Sykehuset Innlandet HF	1,193	2,755	15,079	5,913	34,979
Oslo universitetssykehus HF	9,980	3,382	2,500	18,362	337,216
Diakonhjemmet Sykehus	6,632	3,023	2,542	1,417	2,010
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2,450	1,737	1,620	1,089	1,190
Sørlandet sykehus HF	1,545	3,077	11,326	4,437	19,690
Sykehuset Telemark HF	0,953	3,087	12,551	2,692	7,247
Sykehuset i Vestfold HF	1,775	2,762	6,027	3,303	10,915
Vestre Viken HF	0,815	2,944	7,837	6,050	36,624
Sykehuset Østfold HF	0,762	3,310	6,092	4,180	17,491

V1. Kostnadsdrivere per opptaksområde for somatikk (nasjonale analyser)

Forventet kostnadsindeks. 75 % modellert og 25 % faktisk kostnad	MII	Regionale kostnads-analyser	Differanse regionale analyser og MII
Akershus universitetssykehus HF	1,008	0,989	-0,019
Sykehuset Innlandet HF	0,910	0,941	0,031
Oslo universitetssykehus HF	1,155	1,171	0,016
Diakonhjemmet Sykehus	1,068	1,007	-0,061
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0,832	0,933	0,101
Sørlandet sykehus HF	0,954	0,941	-0,013
Sykehuset Telemark HF	0,971	0,928	-0,042
Sykehuset i Vestfold HF	0,902	0,923	0,021
Vestre Viken HF	0,877	0,876	-0,001
Sykehuset Østfold HF	0,948	0,903	-0,045

V2. Kostnadsindeks for somatikk med regionale analyser (tredje kolonne) versus nasjonale analyser (andre kolonne). De regionale analysene er gjort for årene 2015-2019, men kun predikerte kostnader for 2018 og 2019 er inkludert i beregning av indeks.

Forventet kostnadsindeks PHV-V/TSB. 75 % modellert og 25 % faktisk kostnad	M II	Regionale kostnads-analyser	Differanse regionale analyser og M II
Akershus universitetssykehus HF	1,006	1,025	0,019
Sykehuset Innlandet HF	0,989	0,971	-0,018
Oslo universitetssykehus HF	1,066	1,304	0,238
Diakonhjemmet Sykehus	1,008	0,963	-0,045
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0,961	0,842	-0,119
Sørlandet sykehus HF	0,968	0,877	-0,091
Sykehuset Telemark HF	1,009	0,938	-0,071
Sykehuset i Vestfold HF	0,968	0,923	-0,045
Vestre Viken HF	0,991	0,987	-0,004
Sykehuset Østfold HF	1,008	0,963	-0,046

V3. Kostnadsindeks for PHV-V/TSB med regionale analyser (tredje kolonne) versus nasjonale analyser (andre kolonne). De regionale analysene er gjort for årene 2015-2019, men kun predikerte kostnader for 2018 og 2019 er inkludert i beregning av indeks. De regionale kostnadsanalysene endte opp med en modell som forklarte noen av kostnadsforskjellene. I de nasjonale analysene er beregnet kostnad = 1, som vektes inn med 75 %. Dermed blir differansen til 1 i kostnadsindeksene relativt liten i andre kolonne, sammenlignet med de regionale i tredje.

Kostnad per DRG (fra SAMDATA)	2016	2017	2018	2019	2020
Akershus universitetssykehus HF	51 195	49 324	49 191	46 531	52 551
Sykehuset Innlandet HF	45 547	42 277	43 711	45 214	51 133
Oslo universitetssykehus HF	58 744	56 439	55 709	56 109	63 809
Diakonhjemmet sykehus	54 531	50 403	48 645	49 102	64 183
Lovisenberg Diakonale sykehus	45 670	48 229	45 237	46 869	59 398
Sørlandet sykehus HF	47 801	45 717	47 319	48 243	53 450
Sykehuset i Telemark HF	48 007	44 677	43 727	44 028	49 278
Sykehuset i Vestfold HF	44 331	42 403	42 877	42 463	46 958
Vestre Viken HF	43 863	41 774	41 796	43 856	51 350
Sykehuset Østfold HF	50 752	45 023	45 616	47 571	52 657

Kostnadsindeks per år	2016	2017	2018	2019	2020
Akershus universitetssykehus HF	1,011	1,025	1,022	0,955	0,948
Sykehuset Innlandet HF	0,899	0,879	0,908	0,928	0,922
Oslo universitetssykehus HF	1,160	1,173	1,158	1,152	1,151
Diakonhjemmet sykehus	1,077	1,048	1,011	1,008	1,157
Lovisenberg Diakonale sykehus	0,902	1,002	0,940	0,962	1,071
Sørlandet sykehus HF	0,944	0,950	0,983	0,991	0,964
Sykehuset i Telemark HF	0,948	0,929	0,909	0,904	0,889
Sykehuset i Vestfold HF	0,875	0,881	0,891	0,872	0,847
Vestre Viken HF	0,866	0,868	0,868	0,900	0,926
Sykehuset Østfold HF	1,002	0,936	0,948	0,977	0,949

V4. Kostnad per DRG og kostnadsindeks per helseforetak og sykehus 2015-2020 (somatikk, faktisk kostnad)

10.2 Forskning

10.2.1 Forskningspoeng og forskningskostnader

Antall publikasjonspoeng	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Akershus universitetssykehus HF	86	79	95	115	160	134	189	228	277	239	290	257	301	297
Sykehuset Innlandet HF	22	23	25	37	66	48	54	106	112	160	132	135	125	133
Oslo universitetssykehus HF	1 325	1 323	1 328	1 423	1 568	1 525	1 680	1 922	1 915	1 987	1 957	2 061	2 141	2 268
Diakonhjemmet Sykehus	53	63	84	109	73	90	90	135	127	137	146	141	142	157
Lovisenberg Diakonale Sykehus	5	7	11	28	36	33	40	42	54	54	47	48	54	57
Sørlandet sykehus HF	27	51	40	47	73	81	67	96	98	104	90	114	98	112
Sykehuset Telemark HF	13	9	18	21	17	29	31	33	36	47	36	37	33	31
Sykehuset i Vestfold HF	14	19	30	52	44	47	63	79	87	101	95	107	112	111
Vestre Viken HF	23	18	27	37	40	54	52	71	86	92	98	99	113	105
Sykehuset Østfold HF	11	16	12	22	20	24	29	30	53	67	49	60	92	82
Sum	1 580	1 608	1 670	1 891	2 098	2 065	2 296	2 743	2 844	2 988	2 941	3 059	3 212	3 354

Andel publikasjonspoeng	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Akershus universitetssykehus HF	5,4 %	4,9 %	5,7 %	6,1 %	7,6 %	6,5 %	8,2 %	8,3 %	9,7 %	8,0 %	9,9 %	8,4 %	9,4 %	8,9 %
Sykehuset Innlandet HF	1,4 %	1,4 %	1,5 %	2,0 %	3,1 %	2,3 %	2,4 %	3,9 %	3,9 %	5,3 %	4,5 %	4,4 %	3,9 %	4,0 %
Oslo universitetssykehus HF	83,9 %	82,2 %	79,5 %	75,2 %	74,7 %	73,8 %	73,2 %	70,1 %	67,3 %	66,5 %	66,5 %	67,4 %	66,7 %	67,6 %
Diakonhjemmet Sykehus	3,3 %	3,9 %	5,0 %	5,8 %	3,5 %	4,4 %	3,9 %	4,9 %	4,5 %	4,6 %	5,0 %	4,6 %	4,4 %	4,7 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0,3 %	0,5 %	0,6 %	1,5 %	1,7 %	1,6 %	1,8 %	1,5 %	1,9 %	1,8 %	1,6 %	1,6 %	1,7 %	1,7 %
Sørlandet sykehus HF	1,7 %	3,2 %	2,4 %	2,5 %	3,5 %	3,9 %	2,9 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,1 %	3,7 %	3,1 %	3,3 %
Sykehuset Telemark HF	0,8 %	0,5 %	1,1 %	1,1 %	0,8 %	1,4 %	1,3 %	1,2 %	1,3 %	1,6 %	1,2 %	1,2 %	1,0 %	0,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	0,9 %	1,2 %	1,8 %	2,7 %	2,1 %	2,3 %	2,8 %	2,9 %	3,0 %	3,4 %	3,2 %	3,5 %	3,5 %	3,3 %
Vestre Viken HF	1,5 %	1,1 %	1,6 %	2,0 %	1,9 %	2,6 %	2,3 %	2,6 %	3,0 %	3,1 %	3,3 %	3,2 %	3,5 %	3,1 %
Sykehuset Østfold HF	0,7 %	1,0 %	0,7 %	1,2 %	0,9 %	1,2 %	1,3 %	1,1 %	1,9 %	2,2 %	1,7 %	2,0 %	2,9 %	2,5 %
Sum	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabell V5. Publikasjonsspoeng i NIFU (høyre), andel forskningspoeng (venstre)

Driftskostnader forskning	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Akershus universitetssykehus HF	177 699	195 999	194 570		223 400		261 375
Sykehuset Innlandet HF	64 331	74 572	73 932		72 800		84 792
Oslo universitetssykehus HF	1 703 297	1 710 401	1 920 422		2 134 300		2 232 701
Diakonhjemmet Sykehus	74 452	82 589	89 605		101 200		105 996
Lovisenberg Diakonale Sykehus	34 220	38 862	41 304		59 200		68 386
Sørlandet sykehus HF	75 204	80 090	82 948		84 000		96 006
Sykehuset Telemark HF	20 778	21 940	22 384		26 000		41 062
Sykehuset i Vestfold HF	74 824	67 551	80 035		101 200		95 316
Vestre Viken HF	63 338	68 434	68 369		71 100		90 747
Sykehuset Østfold HF	54 723	56 337	63 651		77 800		72 953
Sum	**2 342 866**	**2 396 775**	**2 637 220**		**2 951 000**		**3 149 334**
Driftskostnader forskning	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Akershus universitetssykehus HF	7,6 %	8,2 %	7,4 %		7,6 %		8,3 %
Sykehuset Innlandet HF	2,7 %	3,1 %	2,8 %		2,5 %		2,7 %
Oslo universitetssykehus HF	72,7 %	71,4 %	72,8 %		72,3 %		70,9 %
Diakonhjemmet Sykehus	3,2 %	3,4 %	3,4 %		3,4 %		3,4 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1,5 %	1,6 %	1,6 %		2,0 %		2,2 %
Sørlandet sykehus HF	3,2 %	3,3 %	3,1 %		2,8 %		3,0 %
Sykehuset Telemark HF	0,9 %	0,9 %	0,8 %		0,9 %		1,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	3,2 %	2,8 %	3,0 %		3,4 %		3,0 %
Vestre Viken HF	2,7 %	2,9 %	2,6 %		2,4 %		2,9 %
Sykehuset Østfold HF	2,3 %	2,4 %	2,4 %		2,6 %		2,3 %
Sum	**100 %**	**100 %**	**100 %**		**100 %**		**100 %**

Tabell V6. Forskningskostnader som rapportert til NIFU. Tall er ikke tilgjengelig for 2018 og 2020.

10.2.2 Fast del av forskningselementet: 2019-tall

Nøkkel basert på kostnader og poeng	Andel kostnader snitt 2015-2019 ekskl. 2018	Andel forsknings-poeng snitt 2015-2019 ekskl. 2018	Gjennomsnitt
Akershus universitetssykehus HF	7,7 %	8,6 %	8,1 %
Sykehuset Innlandet HF	2,8 %	4,4 %	3,6 %
Oslo universitetssykehus HF	72,3 %	67,8 %	70,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	3,4 %	4,6 %	4,0 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Sørlandet sykehus HF	3,1 %	3,5 %	3,3 %
Sykehuset Telemark HF	0,9 %	1,3 %	1,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	3,1 %	3,2 %	3,2 %
Vestre Viken HF	2,6 %	3,0 %	2,8 %
Sykehuset Østfold HF	2,4 %	1,8 %	2,1 %
Oslo samlet (OUS, DS, LDS)	77,3 %	74,2 %	75,7 %
Sum	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**

Tabell V7. Gjennomsnittlige kostnader og forskningspoeng 2015-2019 (ekskl. 2018) og gjennomsnittet av disse to

Nøkkel basert på kostnader og poeng	Andel kostnader snitt 2015-2019 ekskl. 2018	Andel forsknings-poeng snitt 2015-2019 ekskl. 2018	Gjennomsnitt	Skjønnsmessig oppjustering av OUS og AHUS	Effekt av skjønnsmessig justering	Dagens faste nøkkel	Sammenligning mot dagens faste nøkkel
Akershus universitetssykehus HF	7,7 %	8,6 %	8,1 %	**8,5 %**	0,4 %	1,9 %	6,6 %
Sykehuset Innlandet HF	2,8 %	4,4 %	3,6 %	**2,7 %**	-0,9 %	0,9 %	1,8 %
Oslo universitetssykehus HF	72,3 %	67,8 %	70,1 %	**75,0 %**	4,9 %		
Diakonhjemmet Sykehus	3,4 %	4,6 %	4,0 %	**3,0 %**	-1,0 %		
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1,7 %	1,7 %	1,7 %	**1,3 %**	-0,4 %		
Sørlandet sykehus HF	3,1 %	3,5 %	3,3 %	**2,5 %**	-0,8 %	0,9 %	1,7 %
Sykehuset Telemark HF	0,9 %	1,3 %	1,1 %	**0,8 %**	-0,3 %	0,4 %	0,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	3,1 %	3,2 %	3,2 %	**2,4 %**	-0,8 %	0,4 %	2,0 %
Vestre Viken HF	2,6 %	3,0 %	2,8 %	**2,1 %**	-0,7 %	0,9 %	1,3 %
Sykehuset Østfold HF	2,4 %	1,8 %	2,1 %	**1,6 %**	-0,5 %	0,9 %	0,7 %
Oslo samlet (OUS, DS, LDS)	77,3 %	74,2 %	75,7 %	79,3 %	3,6 %	93,8 %	-14,4 %
Sum	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**0,0 %**	**100,0 %**	**0,0 %**

Tabell V8. Tidligere forslag til ny nøkkel basert på 2019-tall (kolonne fire fra høyre), effekt av skjønnsmessig justering og sammenligning med dagens nøkkel

10.2.3 Kilder til inntekter for forskningsrelatert aktivitet

Inntekt 2022	Nasjonale kompetanse-tjenester, sjeldne diagnoser	Nasjonale kompetanse-tjenester, øvrige	Kreft-registeret	Medisinske kvalitets-registre	Strategiske midler	Post 78	Sum	Andel
Akershus universitetssykehus HF					20 518	17 037	37 555	4,0 %
Sykehuset Innlandet HF		2 445			7 793	0	10 238	1,1 %
Oslo universitetssykehus HF	89 583	86 875	124 350	34 668	138 726	284 289	758 491	80,0 %
Diakonhjemmet Sykehus		2 367			26 628	10 074	39 069	4,1 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	17 609				16 965	1 187	35 761	3,8 %
Sørlandet sykehus HF		2 410			10 232	593	13 235	1,4 %
Sykehuset Telemark HF				1881	4 182	0	6 063	0,6 %
Sykehuset i Vestfold HF		10 748		3762	13 383	1 779	29 672	3,1 %
Vestre Viken HF					10 399	0	10 399	1,1 %
Sykehuset Østfold HF					7 119	0	7 119	0,8 %
Sum	**107 192**	**104 845**	**124 350**	**40 311**	**255 945**	**314 959**	**947 601**	**100,0 %**

Tabell V9. Forskningsrelaterte inntekter i 2022. Post 78=øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet. Strategiske midler=Midler som fordeles fra Helse Sør-Øst RHF.

11 Innspill til prosjektrapporten

11.1 Akershus universitetssykehus HF

Ahus mener det er positivt at den regionale inntektsmodellen nå oppdateres og at modellen etter oppdatering er mer i samsvar med den nasjonale Magnussen II modellen. Datagrunnlaget i deler av dagens inntektsmodell var til dels utdatert, og nytt forslag til modell vurderes å være en bedre modell enn dagens.

Det er også viktig å påpeke at dagens inntektsmodell har noen klare svakheter som er rettet opp i forslag til ny modell, som for eksempel folketall per kommune/bydel kvadrert i modellelementet for psykisk helsevern. Dette er viktig å tenke på når man ser på omfordelingseffekter fra eksisterende til ny modell.

Inntektsmodellen i HSØ skal fordele i størrelsesorden 70 milliarder kroner til helseforetakene og det er viktig at modellen oppfattes som solid og etterrettelig. Noe skjønn vil det alltid være i en slik modell (som f.eks at 50% av forskningspoeng med ekstern finansiering trekkes fra fordelingen av variable inntekter i forskningselementet), men hovedinntrykket av modellen må være at den er solid og godt dokumentert. Ved fordeling av til dels store ekstra inntekter til sykehusene under pandemien så man hvor mye diskusjoner og støy det blir når man skal fordele mye penger utenfor modellen, så eventuelle skjønnsmessige omfordelinger av inntekter bør skje som en ledelsesmessig beslutning på siden av modellen.

Ahus støtter prosjektleders forslag til beregning av kostnadskomponent, som avviker fra den nasjonale modellen. Foreslått beregningsmetode er lett å forstå og lett å oppdatere med nye data, og inntektene som fordeles gjennom dette elementet er uansett en liten del av de totale inntektene.

Det er foreslått å fjerne eget modellelement for kapital og pensjon, og legge dette inn i modellelementene for somatikk, psykisk helsevern og pre-hospitale tjenester. Ahus støtter at det er kostnadsandeler fra SAMDATA som bestemmer hvor stor andel av kapital og pensjonsinntektene som fordeles til de ulike tjenesteområdene, og at disse inntektene videre fordeles etter kriteriene i de ulike modellelementene.

Når det gjelder forskningselementet er det i prosjektet foreslått å oppdatere både den faste delen og den variable delen. Ahus støtter de endringene som er foreslått, og synes det er riktig at foretaket får en større andel av det faste elementet, gitt forskningsomfang og status som universitetssykehus. I den variable delen er den største endringen at kun 50% av poeng fra eksternt finansierte prosjekter trekkes ut før fordeling av det variable elementet, mot tidligere 100% uttrekk av disse poengene. Ahus støtter endringen og ser at dette vil være et insentiv til å skaffe mer ekstern finansiering.

11.2 Diakonhjemmet Sykehus

Overordnet kommentar
Diakonhjemmet sykehus er positiv til at det nå innføres en helhetlig inntektsmodell også for Oslo sykehusområde. Modellen understøtter på en god måte pågående endringer av funksjonsfordelingen i Oslo.

Vi vil samtidig bemerke at funksjonsfordelingen i Oslo, kombinert med et totalansvar for alle kostnader knyttet til befolkningen, stiller Diakonhjemmet sykehus i økonomisk sårbar posisjon. Grunnen til dette er at en stor andel av inntektene går til betaling for tjenester og oppgaver der vi ikke kan påvirke kostnadsnivået. Sykehuset er særlig sårbar overfor endringer i rammebetingelser som eksempelvis endringer i laboratorietakster, groupereffekter eller opphopning av pasienter med sjeldne tilstander som behandles med ekstraordinært kostbare legemidler (eksempelvis onasemnogenabeparvovek). Det må være en åpning for en særskilt vurdering av slike forhold når den relative konsekvensen for et relativt lite sykehus er urimelig.

Diakonhjemmet sykehus registrerer at analysene innen psykisk helsevern gir betydelig reduserte midler til Oslo sykehusområde. Behovsanalysene har en lav forklaringskraft på 2%, og vi mener dette gir grunnlag for at man foretar en skjønnsmessig justering utenfor modellen som omfatter hele Oslo sykehusområde.

Oslo universitetssykehus har igangsatt en prosess for å vurdere flere områdefunksjoner. Slik tilbudet er organisert i dag er mange av områdefunksjonene i stor grad overlappende med de som er på lokalsykehuset. I psykisk helsevern er det ikke behov for samme grad av høyspesialisering som i somatikken. Diakonhjemmet sykehus støtter en endret organisering av tjenester i Oslo der flere av dagens områdefunksjoner flyttes til lokalsykehuset.

Delprosjekt 1 overordnet
Diakonhjemmet sykehus har forståelse for at det er behov for justeringer av forskningskomponenten. Vi registrerer at RHF-het nå har valgt å se på modellen som helhet og ikke bare det faste elementet. Dette er en tilnærming vi er enige i.

Når det gjelder den faste delen mener vi det er uheldig at man vekter beregnet kostnadsnivå og publiseringer 50/50. Kostnadsnivået som bygger på NIFUs rapportering mener vi er dårlig kvalitetssikret, og vi mener det er uheldig å premiere lav produktivitet.

For den variable delen er vi kritiske til at ekstern finansiert forskning ikke gis full uttelling. Dette gjelder også regionale forskningsmidler som fordeles etter konkurranse av Helse Sør-Øst RHF, hvor man normalt ikke beregner dekningsbidrag. Det kreves ofte en betydelig egeninnsats å tiltrekke seg eksterne midler. Vi mener fratrekk for den ekstern finansierte forskningsaktiviteten kan gi manglende insentiv til å søke midler i konkurranse med andre.

I det faste elementet har vi forståelse for at det gjøres en skjønnsmessig justering knyttet til OUS som har en særstilling innen mange fagområder. Vi mener imidlertid at finansiering av denne skjønnsmessige justeringen ikke er håndtert på en riktig måte. Slik det nå er gjort er det i forhold til størrelsen på tildeling til forskning. Vi mener disse midlene bør trekkes ut først, nedtrekket blir da jevnere fordelt mellom alle foretak. Vår erfaring er at denne nav-funksjonen er et fellesgode for alle enten direkte eller indirekte. Det er ikke slik at man har mer nytte av nav-funksjonen hvis man har mye forskning. For tjenester til øvrige sykehus har heller en motsatt sammenheng. Når Diakonhjemmet sykehus bygger opp vår forskningsaktivitet blir vi mindre avhengig av tjenester fra OUS. Eksempelvis bygger Diakonhjemmet sykehus nå opp vår egen Clinical trial unit (CTU) som vil understøtte klinisk forskning og vi har benyttet interne midler til å styrke vår kompetanse og kapasitet innen forskningsstøtte og rådgivning.

11.3 Oslo universitetssykehus HF

1. Samlet vurdering

Den regionale inntektsmodellen er et viktig virkemiddel i arbeidet med å sikre innbyggerne likeverdig tilbud av helsetjenester og OUS har en viktig rolle for å sikre dette i hele landet. Vi mener det fremlagte forslaget ikke vil sikre dette. En inntektsreduksjon som foreslått vil være dramatisk for OUS sin mulighet til å levere spesialisthelsetjenester til befolkningen i eget opptaksområde/sykehusområde. Omfang av beredskap til resten av regionen og landet for øvrig vil også måtte svekkes.

Hovedårsaken til dette er den store inntektsreduksjonen som foreslås innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHV/TSB). Dette er et område som er

høyt prioritert nasjonalt og hvor det er føringer om heller å øke tilgjengelighet og kapasitet, heller enn å redusere den.

Gitt den meget lave forklaringsstyrken i den foreslåtte modellen innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt manglende risikovurdering av konsekvenser for pasientbehandlingen og det betydelige omstillingsbehovet de store omfordelingseffektene forslaget medfører, fraråder OUS innføring av ny inntektsmodell for fagområdene PHV/TSB. Det betyr at OUS ber om at den nåværende inntektsmodellen innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres, inntil det foreligger en ny modell med tilfredsstillende forklaringskraft.

Det fremkommer at prosjektet har vurdert om noe av merforbruket innenfor PHV/TSB i Oslo kan skyldes at Oslo kommune tilbyr færre tjenester enn andre kommuner. I forbindelse med etablering av nasjonal framskrivningsmodell for PHV og TSB i 2021 ble det gjort beregninger av tilbudte tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste. I rapporten fremkommer at disse beregningene gir en indikasjon på at Oslo kommune har en lavere ressursinnsats enn kommuner som tilhører andre opptaksområder. Prosjektet har imidlertid ikke hatt tilgang til data som har gjort det mulig å teste om lavere kommunalt tilbud leder til høyere forbruk av spesialisthelsetjenester. Det står videre at analyser internt i Helse Sør-Øst RHF også har vist at individer i PHV/TSB med omsorgsbolig er vesentlig lavere i Oslo enn resten av regionen. Det er prosjektleders vurdering at dette kan påvirke forbruket i spesialisthelsetjenesten og at dette kan inngå i vurderingen av et eventuelt storbytilskudd, men bør ikke få betydning for behovskriteriene. Det er vår vurdering at dette er så vesentlige forhold at det burde vært vektlagt å fremskaffe data for å kunne teste dette.

Innføring av ny regional inntektsmodell innenfor PHV/TSB krever innføring av nytt gjestepasientoppgjør i Oslo sykehusområde. Dette vurderes å være krevende på et tidspunkt hvor det pågår flere prosesser som kan påvirke oppgavedelingen mellom sykehusene i Oslo sykehusområde. For OUS er det et forutsetning at et nytt gjestepasientoppgjør er kostnadsdekkende, samtidig som det ikke krever unødvendig byråkrati.

Ved oversendelse av prosjektrapportene har Helse Sør-Øst RHF understreket viktigheten av forankring internt i helseforetaket/sykehuset, inkludert lokale tillitsvalgte. Ved OUS er prosjektrapportene delt med tillitsvalgte og vernetjeneste. Hovedtrekkene er gått gjennom i møter med både tillitsvalgte, vernetjeneste og sykehusledelsen. Mange har spørsmål knyttet til modellen i møte med virkeligheten, risiko for pasientbehandlingen og hvordan dette er tenkt gjennomført. OUS har også innspill til de ulike delprosjektene. Dette fremkommer av punktene 2 – 5 på de påfølgende sidene.

2. Delprosjekt I Overordnet prosjekt

Kapital:
Både kapital og pensjon foreslås inkludert i delmodellelementene for de ulike tjenesteområdene. Vi mener det er svakheter knyttet til kapital som bør vurderes håndtert annerledes:

- Helse Sør-Øst har store investeringsprosjekter i gang, og over tid vil en stadig større del av inntektene brukes til dekke kapitalkostnader og relativt mindre på

driftskostnader. Dette må få konsekvenser for de inntektene som knyttes til kapital. Vi kan ikke se at denne problemstillingen er godt nok vurdert i det foreliggende arbeidet. Dette vil i prinsippet gjelde alle helseforetakene over tid. Men det vil ha en særlig konsekvens for OUS fordi de store investeringene som skal gjennomføres på Rikshospitalet vil innebære at kapitalkostnadene knyttet til å levere de regionale og nasjonale tjenestene vil øke. Det følger av regionens finansstrategi at det skal spares i forkant av store investeringer, dvs. at OUS skal spare i forkant av den store satsningen på Rikshospitalet. Vi kan ikke se at disse økte kostnadene/sparekravene har noe motstykke i den finansieringsmodellen som nå foreslås.

- Foretakene forventes å dimensjonere areal og utstyr for å kunne dekke behov for helsetjenester også for fremtidig befolkningsvekst. Det anbefales gjennomført ytterligere vurderinger av hvordan dette kan finansieres. Slik vi leser forslaget er det imidlertid ikke foreslått noen utforming av finansieringsmodellen som ivaretar dette, trolig fordi denne problemstillingen vil være aktuell for alle helseforetakene. Vi kan imidlertid ikke se at problemstillingen knyttet til investeringsbehov ved endrede opptaksområder er håndtert. Ved endringer i opptaksområder må investeringsevnen styrkes i forkant for å kunne ta imot det økte opptaksområdet. For OUS er dette særlig aktuelt i forbindelse med overføring av befolkningsansvar og varslede endringer, på kort sikt i forbindelse med overføring av ansvaret for Alna bydel fra AHUS til OUS, men også overføring av ytterligere ansvar i forbindelse med nybyggene på Aker.

Forskningsfinansiering:

Fast komponent: Prosjektleder foreslår at den faste delen av forskningskomponenten, basert på skjønnsmessige vurderinger settes til 75 %. Den er klart lavere enn dagens modell, ca. 82 %. OUS ber på nytt om uforandret nivå på 82 %, jf. tyngden av translasjonsforskning og tung infrastruktur ved OUS. Dette er en viktig del av oppdraget fra HOD, jf. deres føringer for forskning i helseforetakene som omfatter både klinisk forskning og forskning som bidrar til at resultater fra medisinsk grunnforskning kan overføres til diagnostikk og pasientbehandling (overføringsforskning/ translasjonsforskning). Eksperimentell forskning, som er kompetanse- og infrastrukturkrevende, utføres alt vesentlig ved Oslo universitetssykehus HF, og delvis ved Akershus universitetssykehus HF.

Variabel komponent: Det anbefales at eksternt finansierte poeng gis 50% uttelling. Med unntak av midler fra Helse Sør-Øst/HOD, mener imidlertid OUS at eksternt finansierte poeng burde inkluderes fullt ut. Dette begrunnes blant annet med at departementet gir finansieringspoeng når foretakene har skaffet finansiering fra EU og Norges Forskningsråd. Det er et viktig insitament å belønne eksternt finansierte og konkurranseutsatte midler, fordi slike tildelinger tilsier at det er forskning av god kvalitet. Vi viser også til at ikke-universitetssykehus heller ikke hadde lavere uttellingsandel enn universitetssykehusene ved siste ordinære tildelingsrunde fra Helse Sør-Øst RHF, og at det også er etablert en egen søknadspott/ordning for disse i tillegg. Det bør derfor heller ikke være fradrag for post 78-midler. I nasjonal fordeling av HOD-midlene inngår publiseringspoeng fra all virksomhet, uavhengig av finansieringskilde. OUS er dermed største bidragsyter til den andelen av post 78 som tildeles Helse Sør-Øst RHF fra Helse- og omsorgsdepartementet. At ekstern finansiering skal belønnes, forsterkes av departementet ved at det også gis finansieringspoeng når foretakene har skaffet finansiering fra EU og Norges Forskningsråd. Det er som oftest

integrert ressursbruk i alle publikasjoner med både interne og eksterne ressurser.

11.4 Lovisenberg Diakonale Sykehus

Innspill til helheten i forslaget til ny inntektsmodell i HSØ

Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) takker for involvering i prosessen. Arbeidet har vist at det er krevende å komme fram til en inntektsmodell i HSØ som i størst mulig grad har objektive fordelingskriterier. Datagrunnlaget for behovsindeksene er blitt forbedret, samtidig som det er områder med stor grad av usikkerhet og ulikhet som gjør bruk av skjønn nødvendig for å kompensere utilsiktede skjevheter og underdekkede behov.

1. **Funksjonsfordeling og ulik størrelse i Oslo er utfordringer for inntektsmodellen**
   I innledende møter gav prosjektleder uttrykk for at mindre sykehus og store helseforetak på generell basis får større utslag av økonomiske karakter enn øvrige sykehus/ helseforetak i inntektsmodeller, og de foreløpige resultatene viser nettopp slike utslag. For å gi grunnlag for likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen trengs tilpasninger som hensyntar den særskilte Oslo-strukturen bestående av to privat-ideelle lokalsykehus og Europas største sykehus.

   Høye tredjepartskostnader en hovedutfordring
   LDS har som følge av funksjonsfordelingen i Osloregionen en såkalt egendekning på kun 35%, noe som resulterer i at inntektsmodellen påfører LDS uforholdsmessige høy «tredjepartskostnader» - kostnader som innbyggere i opptaksområdet genererer utenfor sykehuset (H-resepter, behandlingshjelpemidler, laboratorie/radiologiforbruk på OUS m.m.), og som LDS ikke kan påvirke. Dette utgjør om lag 15% av sykehusets budsjett, og utgjør en større andel enn for HF-ene i HSØ som har et bredere oppgavespekter. Erfaringene har vist at det gir store årlige variasjoner og utilsiktede utslag, som under koronapandemien. Dette er forhold som må løses for at inntektsmodellen kan være egnet som grunnlag for å finansiere LDS og gi nødvendig forutsigbarhet for lokalsykehustjenestene til opptaksområdet.

2. **Storbyutfordringer og den delte byen, livsstilssykdommer, rus og psykisk lidelse**
   Høy befolkningsandel med psykiske lidelser og relativt større behov for helsehjelp kjennetegner sentrumsbydelene LDS har ansvar for. Dette skal fanges opp i behovsindeksen, men den særskilte storbyproblematikken er ikke tilstrekkelig favnet.

   Boligsituasjonen for individer under oppfølging innen PHV/TSB er relativt dårligst i Oslo (tabell). Mangel på boliger til personer med psykisk lidelse og rusproblematikk resulterer i lengre og hyppigere innleggelser i Oslo enn andre steder, når det ikke er en bolig å skrives ut til.

   Antall individer i oppfølgning i PHV/TSB og med omsorgsbolig per 100 000 18-65 år; andel kommuner som har vurdert bosituasjon som god

	Individer i PHV/TSB og omsorgsbolig	Individer med psykose og omsorgsbolig	Andel kommuner som har vurdert bosituasjon som god*
Agder	238,6	73,1	59,0 %
Innlandet	222,4	54,6	56,0 %
Oslo	125,0	62,7	14,0 %
Vestfold og Telemark	265,1	69,4	67,0 %
Viken	218,3	58,1	43,0 %
Total	203,5	61,8	42,0 %

*Kilde: SINTEF kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022

   Videre ligger de fleste kommunale boligene i Oslo i LDS sitt opptaksområde. Dette har sannsynligvis konsekvenser for henvisninger og innleggelser i psykiatrien til lokalsykehuset. Analyser som gjøres på dette området blir viktige, og bør vurderes som en faktor i inntektsmodellen.

   Kompensasjon som følger bydel

Kompensasjon bør legges inn pr bydel der behov ikke tilstrekkelig fanges opp i modellen. Ved endringer i opptaksområder vil det kunne være enklere å inkludere en slik effekt.

Forbruk av avtalespesialister har store variasjoner mellom helseforetakenes opptaksområder. Det er uklart hvor stor betydning avtalespesialistene har for tjenestene som utføres i sykehus. LDS ber HSØ vurdere å legge kostnadene for avtalespesialister sentralt i RHF inntil bedre dokumentasjon foreligger.

Mobilitet innen Oslo sykehusområde
Det bør ikke innføres internt gjestepasientoppgjør i Sykehusområdet for BUP/TSB/VOP. Begrunnelsen er at små prosentvise endringer kan gi store og uforutsigbar økonomi. LDS kan ikke påvirke dimensjonering og kostnader ved tjenestetilbudet ved OUS.

3. **Midler til å møte framtidig befolkningsvekst, investeringsbehov og utvikling**
Arbeidet med framskrivningsmodell i HSØ viser tildeles store forskjeller i demografisk utvikling og behov mellom opptaksområdene frem til 2040. Lokalsykehusene får en relativt stor vekst. For å settes i stand til å møte investeringsbehovene som følger, bør et økonomisk tillegg følge denne utviklingen og innarbeides med en faktor, for eksempel slik det er i kommunenes inntektssystem.

   Tomtepriser og leiekostnader er vesentlig dyrere i Oslo-regionen enn i andre deler av HSØ. Denne kostnadsulempen bør skjønnsmessig tas inn i inntektsfordelingen.

   Forskning og kliniske studier er viktig også for de mindre sykehusene og deres pasienter
Dette stimulerer til utvikling av det faglige miljøet og god pasientbehandling. De mindre sykehusene har «smådriftsulemper», med en relativt høyere kostnad til forskningsinfrastruktur. Kliniske studier krever lokal infrastruktur som kan gi tett oppfølging og lett tilgjengelige støttefunksjoner. LDS har økt sin forskning de siste årene, og bygget nødvendig infrastruktur, herunder arealer, forsknings-biobank m.m.

   Når den foreslåtte nøkkel i inntektsmodellen medfører et så stort nedtrekk som det gjør, bør det både tas hensyn til forskningsøkningen senere år, samt utvises skjønn. Merkostnader ved forskning i pasientbehandlingen bør tas inn med en lavere vekting, siden det er en betydelig usikkerhet om denne vektingen.

4. **Pensjonsrettigheter og forpliktelser tidligere ansatte ved Oslo Hospital**
Et særskilt forhold for LDS gjelder oppfølgingen av avtalen med Helse Sør-Øst RHF om at LDS overtok Oslo Hospital AS (OH) i 2012. Forutsetningen var at HSØ finansierte videre drift med nødvendig økonomisk ramme for 14 av de 31 plassene som var ved OH. Etter avtale med HSØ nedskalerte LDS tilbudet med 17 plasser og gjennomførte nedbemanning. LDS har fortsatt økonomiske forpliktelser for oppsatte pensjonsrettigheter og kostnader for tidligere ansettelsesforhold. LDS har bedt om en tilleggsfinansiering som dekker disse forpliktelsene, eventuelt utenfor inntektsmodellen. I tidligere endringer i inntektsmodellen har HSØ opprettholdt inntekten til LDS. LDS ber om at HSØ ser på en kompenserende løsning.

Delprosjekt 1 overordnet prosjekt

LDS takker for deltagelse i ett krevende arbeide med å komme fram til en inntektsmodell i HSØ som i størst mulig grad har objektive fordelingskriterier. Arbeidet har vist at det er usikkerhet og at det er nødvendig med bruk av skjønn, blant annet for å kompensere for forhold som har sannsynlige relative forskjeller men hvor datagrunnlaget er enten beheftet med svakheter eller har en lav forklaringsgrad. I innledende møter gav PL uttrykk for at mindre sykehus og/eller større helseforetak/sykehus på generell basis oftest får større utslag av økonomiske karakter enn øvrige sykehus i inntektsmodeller.

LDS har som et resultat av funksjonsfordelingen i Oslo regionen en såkalt egendekning på rundt 38%, men leverer en stor andel av pasientbehandling til befolkningen i opptaksområdet innen funksjonene som LDS har ansvar for i Oslo. Innenfor disse funksjonene er egendekningen imidlertid 73%. Av sum budsjett for LDS i 2023 er om lag 15% «tredjepartskostnader», dvs. kostnader som innbyggere i opptaksområdet genererer utenfor sykehuset (H-resepter, behandlingshjelpemidler, lab/rad forbruk på OUS m/flere). Dette er en stor andel når en sammenligner med HF-ene i HSØ, og erfaringene har vist at det kan gi store utilsiktede økonomiske utslag.

LDS har i prosessen spilt inn flere forhold, som i varierende grad har vært mulig å analysere og hensynas. Vi gjentar ikke alle innspillene, men vil peke på følgene forhold:

- Det bør innarbeides, eventuelt som vedlegg, en oversikt som viser hvilke inntekter som HSØ fordeler og *ikke* fordeler til HF/sykehus gjennom inntektsmodellen. Formålet med en slik oversikt er å vise hva HSØ fordeler til andre områder, oppgaver, reserve/buffer etc., jf. transparens om «like vilkår» mellom helseforetakene og private ideelle sykehus.

- Forskning er viktig også for de mindre sykehusene, og stimulerer til utvikling av det faglige miljøet og god pasientbehandling. Men mindre sykehus har «smådriftsulemper», og har relativt sett høyere kostnadsandel til forskningsinfrastruktur, administrasjon og støtte. Kliniske studier krever lokal infrastruktur som kan gi tett oppfølging og lett tilgjengelige støttefunksjoner. Økt forskning i alle HF/sykehus siste årene gir et økt behov for å bygge ut egen infrastruktur, herunder arealer, forsknings-biobank, administrativ støtte, statistikere som bistår forskerne mv. Merkostnader ved forskning i pasientbehandlingen bør tas inn med en lavere vekting, siden det er en betydelig usikkerhet om denne vektingen. Prosjektleder skriver: «Når den foreslåtte nøkkel medfører en så stor endring som den gjør, mener prosjektleder det er grunner til at det utvises skjønn». Vi mener en skjønnsmessig vurdering også bør gjøres for LDS. Vi setter også spørsmål ved om fordeling til forskningen er for konserverende. Det bør vurderes en vekting av sykehus med relativt små andeler til forskning, slik at det gis et grunnlag eller incentiv til vekst.

- Midler til å møte framtidig befolkningsvekst og investeringsbehov. Det pågående arbeide med framskrivningsmodell i HSØ viser tildeles store forskjeller i demografisk utvikling og behov mellom opptaksområdene i HSØ frem til 2040. Lokalsykehusene får en relativt stor vekst, hvor LDS får den desidert største veksten i liggedøgn. LDS ser det som fornuftig at et økonomisk tillegg følger denne utviklingen og at det innarbeides med en faktor, slik det er i kommunenes inntektstildeling, for å kunne møte investeringene til økt arealbehov m.m.

11.5 Sykehuset Innlandet HF

Vi viser til prosjektrapportene for delprosjekt I-IV i arbeidet med ny inntektsmodell for Helse Sør-Øst. Sykehuset Innlandet HF har følgende innspill på helheten i forslaget til ny inntektsmodell.

Forslagene til endring i inntektsmodellen medfører en betydelig omfordeling av basisramme fra Oslo universitetssykehus HF til de andre helseforetakene. Dette peker i samme retning som tidligere funn i arbeidet med den regionale inntektsmodellen for tjenesteområdet Psykisk helsevern og TSB. Oslo universitetssykehus HF har i mange omganger fått tildelt en høyere basisramme enn det behovsanalysene viser. Det er grunn til å mene at dette har gått ut over pasienttilbudet i de andre helseforetakene i regionen over tid. Analysene i dette arbeidet har vært mer omfattende enn tidligere og peker på behovet for en endring i modellen.

En viktig presisering innledningsvis er at helseforetakene får en basisramme som fordeles mellom divisjoner/tjenester og investeringer, og at omfordelingseffektene av inntektsmodellen også bør ses samlet for alle tjenesteområdene.

Sykehuset Innlandet HF ser at så store omfordelinger som er foreslått i revidert inntektsmodell må skje gradvis gjennom en midlertidig inntektsstøtte til Oslo Universitetssykehus HF, men at dette blir en overgangsordning/midlertidig inntektsstøtte som ikke er en del av den regionale inntektsmodellen. Dette vil da samsvare med praksis knyttet til andre større omfordelingseffekter som skjer fra år til annet.

Delprosjekt 1 Overordnet delprosjekt

Sykehuset Innlandet HF støtter at kapital og pensjon avvikles som egne tjenesteområder og inngår i de andre delelementene. I tillegg støtter vi prosjektleders anbefaling om å ikke ta i bruk et eget tilskudd til framtidige investeringsbehov og befolkningsvekst utover det som ligger i inntektsmodellelementene.

- **Forskningselementets faste del**

Et omforent formål er at finansieringen skal gi noen grad av forutsigbarhet i finansieringen av forskning, og sikre finansiering av infrastruktur (bygg, IKT-systemer, utstyr med mer) og administrasjon. Vi vil understreke at klinisk forskning er en pålagt oppgave for alle helseforetak. Nasjonale føringer (eksempelvis Nasjonal handlingsplan for kliniske studier), presiserer at pasientene skal ha lik tilgang til utprøvende behandling.

Det er foretatt en skjønnsmessig oppjustering av den faste delen til universitetssykehusene som begrunnes i en kompensasjon for ikke dokumenterbare merkostnader for infrastruktur. Imidlertid, med referanse til sentrale oppdrag og føringer savner vi en tilsvarende skjønnsmessig vurdering av behov for utvikling av infrastruktur som vil sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å svare opp nasjonale føringer å oppdrag på kliniske studier. Over 60 prosent av pasientgrunnlaget i Helse Sør-Øst ligger i ikke-universitetssykehusenes opptaksområde, og et betydelig løft må til om tilgang på utprøvende behandling/kliniske studier skal bli mer lik for pasienter. Vi opprettholder derfor at den skjønnsmessige oppjusteringen av universitetssykehusene fjernes i den faste delen, da den skjønnsmessige vektingen som ligger til grunn ikke fanger opp helt sentrale elementer i føringer for utvikling av forskning i sykehusene. Det faste forskningselementet bør ikke låses, men vurderes og grunnlagstall bør

oppdateres med jevne mellomrom, for eksempel hvert 3. år for å ivareta eventuelle endringer i forskningsproduksjonen.

- **Forskningselementets variabel del**

Med innføring av inntekter som baseres på eksternt finansierte forskningspoeng, innføres nå i prinsippet dobbeltfinanisering av forskningspoeng. Det er foreslått at det skal gis 50 prosent uttelling for forskningspoeng som er eksternt finansiert som et kompromiss, noe vi fremdeles mener er for høyt. Et kompromiss i en endelig modell vil være å legge seg på et nivå som har vært vanlig praksis i ordning for gaveforsterkning, og at det gjøres et fratrekk for 75 prosent av de eksternt finansierte forskningspoengene.

Delprosjekt II Somatikk og III Psykisk helsevern og TSB

- **Behovskomponenten**

Sykehuset Innlandet HF vil peke på at det er knyttet usikkerhet til om det regionale datagrunnlaget (og ikke det nasjonale datagrunnlaget) fanger opp reelle behov for pasientbehandling, eller om dette kan skyldes den funksjonsfordelingen som er mellom regionene. Altså at ulikhetene i behov kan skyldes forhold på tilbudssiden. I utgangspunktet mener Sykehuset Innlandet at det ikke er grunner til at behovene i de ulike alderstrinnene er annerledes for befolkningen i Helse Sør-Øst enn i Norge samlet. Befolkningsstrukturen i Helse Sør-Øst er mer urban enn i landet totalt sett. Vektingen i rurale strøk med en aldrende befolkning blir derfor for lav ved å legge det regionale datasettet til grunn. Sykehuset Innlandet er kjent med begrunnelsen om at datagrunnlaget for Helse Sør-Øst er tilstrekkelig stort for å kunne brukes som eget datagrunnlag, statistisk sett. Likevel etterlater dette spørsmål om hvorfor behovsindeksene i en så stor region skal avvike fra landsgjennomsnittet.

De nye behovskriteriene bygger på pasientdata fra 2017 og det har allerede skjedd endringer i demografi og pasientbehandling på de 5 årene. I tillegg vil andelen eldre øke betydelig i årene framover, noe som betyr at det er behov for å justere behovskriteriene med nyere datagrunnlag.

- **Kostnadskomponenten**

Prosjektarbeidet har konkludert med å finne signifikante positive kostnadsulemper for forskning, utdanning av leger (LIS1) og spredtbygdhet.

Sykehuset Innlandet HF anser den foreslåtte kompensasjonen for spredtbygdhet som for lav. Kostnadskompensasjonen for forskningspoeng ligger eksempelvis betydelig over det som er beregnet i den nasjonale modellen.

Innlandet har et spredt bosettingsmønster med 42 kommuner, noe som medfører opprettholdelse av pasienttilbud ved mange geografiske lokasjoner. Dette gjelder i hovedsak for Tynset sykehus, DPS, BUP og for etableringen av de lokalmedisinske sentra i Valdres, Nord-Gudbrandsdal og Hadeland, men også for Elverum som har et relativt lite pasientgrunnlag. Pasienttilbudene her kjennetegnes ved at det er høye beredskapskostnader, lav ressursutnyttelse per pasient, samt høyere kostnader for å rekruttere og beholde personell. Vi ser også andre skala-ulemper med små fagmiljø og mange doble vaktordninger, samtidig

som utviklingen går i retning av en større grad av sub-spesialisering. På tross av stadig fokus på felles drift av flere geografiske lokasjoner og utvikling av digitale løsninger, står vi igjen med en spredtbygdhet som må ha en lokal tjenesteutforming som er kostnadsdrivende. Hver enkel sykehusavdeling samarbeider med mange til dels svært små kommuner.

Sykehuset Innlandet HF mener at KPP (Kostnad per pasient)-tall kan benyttes for dokumentasjon for høye kostnader knyttet til spredtbygdhet. KPP-tall kan eksempelvis benyttes som dokumentasjon for ambulant poliklinikk ved Sykehuset Innlandet HF, der kostnadene utgjør 115 millioner kr i 2022, mens refusjonen var 6 millioner kr. Ved å benytte faktiske reiseavstander og tidsbruk mellom pasientenes kommunesenter og behandlingssted, vil kostnadene forbundet med ambuleringen bli høye. Selve andelen for ambulante poliklinikker sammenlignet med totalt antall poliklinikk er om lag på samme nivå med andre helseforetak, og det er et faglig mål at andelen ambulant øker framover.

Det vises også til analyser av lønnskostnadene utført av Helse Sør-Øst RHF som viser at Sykehuset Innlandet HF har høye lønnskostnader i form av stor grad av innleie fra eksterne vikarbyrå og en lav dekningsgrad for legespesialister og psykologer. Dette medfører både at kostnadene per behandling øker og at kravet til likeverdige helsetilbud utfordres. Det er i denne sammenheng viktig å presisere at innleie nå benyttes der det over tid ikke har vært mulig å rekruttere egne ansatte og i liten grad for å dekke opp for korttidsfravær. Innleie er dermed begrunnet i forsvarlighetskravet og likeverdige tjenester.

Det framkommer ikke klart i den foreløpige delprosjektrapporten om hvorfor pris per DRG på kr 111,- eller avstandsmålet på 42 km fra kommunesenter til akuttmottak er valgt for beregningen av kostnadsulempen ved spredtbygdhet. Sykehuset Innlandet HF mener at prisen per DRG bør økes betydelig for i større grad å kompensere for de faktiske kostnadsulempene spredtbygdhet medfører.

Dette beskrives også i NOU 2020:15 *Det handler om Norge* der det er lagt til grunn tre forhold knyttet til demografiutfordringene i distriktene; befolkningsnedgang, aldring og spredt bosetting, og de peker på at disse har en tendens til å opptre sammen. Spesialisthelsetjenesten er et område der utviklingen over flere år har gått i retning av mer spesialisering og sub-spesialisering, og denne utviklingen forventes å fortsette. Dette, sammen med konsekvensene av en aldrende befolkning og mulighetene til å rekruttere personell, utfordrer mulighetene til å gi et geografisk likeverdig tilbud.

- **Abonnementsordningen for høyspesialiserte tjenester - somatikk**

Sykehuset Innlandet HF mener på et generelt grunnlag at det er uheldig at abonnementsprisen for høyspesialiserte tjenester i så stor grad bare er bestemt av kostnadsnivået ved Oslo Universitetssykehus HF. Etter det Sykehuset Innlandet HF er kjent med, er det ikke etablert tilsvarende abonnementsordninger for høyspesialiserte tjenester innad i andre helseregioner.

Delprosjekt IV Prehospitale tjenester

Sykehuset Innlandet HF slutter seg til metodikken og beregningene som er brukt i delprosjekt IV. Med de resultatene som foreligger nå, så ser det ut at modellen speiler ressursbehovet og kostnadene bedre enn i den tidligere modellen. Arbeidet viser også hvor viktig det er at data registres på samme måte i alle foretakene. Dette er et viktig oppfølgingspunkt framover.

Vi vil imidlertid stille spørsmål ved punktet «kostnadskompensasjon for øvrige kostnadsmessige forhold ved Oslo universitetssykehus HF forbundet med regionale/nasjonale/internasjonale funksjoner innen prehospitale tjenester». En ønsker en nærmere vurdering og drøfting av oppgaveløsning, kostnadsnivå og eventuell tilhørende kostnadskompensasjon på dette punktet. Viktige faktorer her er å unngå dobbeltfinansiering og å vurdere om disse midlene bør trekkes ut på et tidligere stadium i fordelingen.

Innspill til Inntektsmodell Helse Sør-Øst RHF - Delprosjekt 1 Overordnet delprosjekt

Sykehuset Innlandet støtter at kapital og pensjon avvikles som egne tjenesteområder og inngår i de andre delelementene. I tillegg støtter vi prosjektleders anbefaling og å ikke ta i bruk et eget tilskudd til framtidige investeringsbehov og befolkningsvekst utover det som ligger i inntektsmodellelementene.

Sykehuset Innlandet har hovedsakelig kommentarer til kapittel 5 Forskningselementet.

Det bør i rapporten (5.3) inngå et avsnitt som forklarer hva slags poeng som ligger til grunn for den forskningspoengsberegningen som benyttes i modellen, med en referanse til hvor dette tallet er hentet fra, for eksempel: «Med forskningspoeng i denne sammenheng menes poeng for vitenskapelige artikler og avlagte doktorgrader, ihht Nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene. Dette omtales også samlet som publiseringspoeng i den årlige målingen (Nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten - regjeringen.no)». Tilsvarende sier man noe om hvor tallet for totale driftskostnader til forskning kommer fra (NIFU, nå SSB), med referanse.

Forskningselementets faste del

Et omforent formål er at finansieringen skal gi noen grad av forutsigbarhet i finansieringen av forskning, og sikre finansiering av infrastruktur (bygg, IKT-systemer, utstyr med mer) og administrasjon. Vi vil understreke at klinisk forskning er en pålagt oppgave for alle helseforetak. Nasjonale føringer (eksempelvis Nasjonal handlingsplan for kliniske studier), presiserer at pasientene skal ha lik tilgang til utprøvende behandling. Det oppgis i prosjektrapporten at enkelte av deltakerne i prosjektgruppen trekker frem dette, men det bør tilføyes at dette er med henvisning til nasjonale føringer og oppdrag til spesialisthelsetjenesten. I oppdrags og –bestillerdokumentet er det å øke andel kliniske studier som rekrutterer pasienter med 15 % årlig nå det eneste felles målet som er satt på forskning for foretakene. De mindre sykehusene har en stor oppgave i å bygge opp nødvendig infrastruktur som forskningssykepleiere og annet støttepersonell, administrative systemer osv. Spesielt fordi Oslo samlet gjennom en årrekke har fått mesteparten av den faste delen av forskningsmidlene og de mindre sykehusene har i mindre grad vært i stand til å bygge opp dette uten intern prioritering av midler fra andre områder.

Det er foretatt en skjønnsmessig oppjustering av den faste delen til universitetssykehusene som begrunnes i en kompensasjon for ikke dokumenterbare merkostnader for infrastruktur. Imidlertid, med referanse til sentrale oppdrag og føringer savner vi en tilsvarende skjønnsmessig vurdering av behov for utvikling av infrastruktur som vil sette Helse Sør-Øst i stand til å svare opp nasjonale føringer å oppdrag på kliniske studier. Over 60 % av pasientgrunnlaget i Helse Sør-Øst ligger i ikke-universitetssykehusenes opptaksområde, og et

betydelig løft må til om tilgang på utprøvende behandling/kliniske studier skal bli mer lik for pasienter. Vi opprettholder derfor at den skjønnsmessige oppjusteringen av universitetssykehusene fjernes i den faste delen, da den skjønnsmessige vektingen som ligger til grunn ikke fanger opp helt sentrale elementer i føringer for utvikling av forskning i sykehusene. Vår generelle kommentar er at en bør unngå skjønnsmessig fordeling i modellen og heller vurdere overgangsordninger dersom effektene av endringene totalt sett for enkelforetak er vesentlige og krevende å tilpasse seg på kort sikt.

Det faste forskningselementet bør ikke låses, men vurderes og grunnlagstall bør oppdateres med jevne mellomrom, for eksempel hvert 3. år for å ivareta eventuelle endringer i forskningsproduksjonen.

Forskningselementets variabel del
Med innføring av inntekter som baseres på eksternt forskningspoeng, innføres nå i prinsippet dobbeltfinanisering av forskningspoeng. Det er foreslått at det skal gis 50 % uttelling for forskningspoeng som er eksternt finansiert som et kompromiss, noe vi fremdeles mener er for høyt. Et kompromiss i en endelig modell vil være å legge seg på et nivå som har vært vanlig praksis i ordning for gaveforsterkning og at det gjøres et fratrekk for 75% av de eksternt finansierte forskningspoengene.

11.6 Sykehuset i Vestfold HF

Generell tilbakemelding
Det vises til de 4 ulike delprosjektrapportene som er tilsendt foretaket som følge av HSØ sitt arbeid med revidert inntektsmodell.

Sykehuset i Vestfold til kommentarer til de ulike modellene.

Grunnet at prosjektdeltagere har sluttet og blitt langtidssykemeldt har det vært skiftende deltagere fra Sykehuset i Vestfold i dette arbeidet. Takket være et godt gjennomført prosjektarbeid har det ikke skap de store utfordringene for foretaket.

Sykehuset i Vestfold har forankret arbeidet både i direktørens ledergruppe og med hovedtillitsvalgte/-verneombudet.

Delprosjekt 1
Det vises til prosjektrapport sendt ut 13. oktober 2023.

Sykehuset i Vestfold støtter tilnærmingen der den totale inntektsmodellen består av 4 separate deler:

1. Somatikk
2. PHV/TSB
3. Prehospital
4. Forskning

Foretaket ønsker å understreke at konklusjonene i arbeidet med inntektsmodell må bygge på den totale effekten når alle 4 deler summeres. Det er foretakene som har ansvar for å fordele midler til de ulike pasientgruppene ut fra den totale rammen som foretaket tildeles. Sykehuset i Vestfold mener den totalen modellen vil bli mer robust over tid dersom forholdet mellom

hvor mye midler som tildeles de ulike delmodellene tilpasses til fordelingen som framkommer i SAMDATA.

Sykehuset i Vestfold vil berømme prosjektet for en ryddig gjennomføring av dette arbeidet. Det er viktig at prosessen er transparent og at det dermed er lettere å kommunisere rundet dette arbeidet med sykehusets ledere. Vel så viktig er det at modellene forholder seg til underliggende variabler på en slik måte at modellen samlet er robust for ulike scenarier for årene som kommer.

Det foretaket ønsker å understreke i innspillet til delprosjekt 1 er hvordan omfordelingseffektene mellom foretakene implementeres. Generelt viser den samlede modellen at det skal flyttes midler fra Oslo-området til øvrige foretak. Ved å etablere en overgangsordning der man ser flytting av midler grunnet ny inntektsmodell sammen med flytting av midler grunnet overføring av 3 bydeler fra Ahus til OUS, vil overgangen kunne gjennomføres i løpet av noen få år uten at noen foretak får mindre penger enn året før. Er det noe som foretak har utfordringer med, så er det å tilpasse seg lavere budsjettrammer fra det ene året til det andre.

11.7 Sørlandet Sykehus HF

Vi viser til mottatte rapporter for delprosjektene I Overordnet, II Somatikk, III Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og IV Prehospitale tjenester, der det er åpnet for innspill med frist 27. oktober for delprosjekt I, II og IV, og 30. oktober for delprosjekt III. Dette notatet omhandler innspill til samtlige fire rapporter fra SSHF's representanter i prosjektgruppene.

Prosjektleder presiseres i sin oppsummering av anbefalinger viktigheten av inntektsmodellen fordeler èn samlet basisramme til helseforetak og sykehus med opptaksområde. Det er helseforetakene selv som prioriterer midler mellom drift og investering, samt mellom de ulike tjenesteområdene. Denne presiseringen er viktig å ha med i de diskusjoner som er omkring den store omfordelingseffekten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for Oslo Universitetssykehus. OUS også må se på inntektsmodellen som grunnlag for en total inntektsramme, også når gjennomgangen viser reduksjon på et av tjenesteområdene.

HSØ bør, som vi oppfatter er vanlig praksis, heller finne løsninger med midlertidig inntektsstøtte enn å etablere skjønnsmessige fordelinger utenfor modell.

Generelt til arbeidet i prosjektet
Det har vært svært nyttig å delta i arbeidet. Det oppleves som utfordrende å sette seg inn i, og kvalitetssikre alle modellene, men viktig for foretakene at vi blir involvert. Til kommende revisjoner bør det vurderes å inkludere et par representanter fra helseforetakene inn i hovedprosjektet.

Kommentarer til rapport delprosjekt I
En generell innvending til modellen er at kostnadskomponenten bruker historisk tallgrunnlag og analysene gjøres på foretaksnivå og ikke sykehusnivå. Foretak som har tatt ut effektiviseringsgevinster vil i mindre grad vise signifikante utslag på kostnadsulempene, mens foretak som drifter ineffektivt bekrefter at det forekommer merkostnader. Dermed forsterkes effektene istedenfor at modellen gir riktige incitament til effektivisering der det er nødvendig.

En kombinasjon med benchmark kan bidra til bedre grunnlag for forståelse av kostnadsulemper.

Vi savner en mer strategisk tilnærming til inntektsfordelingen. Vi erkjenner like fullt at det er komplisert. HSØ bør derfor vurdere å holde tilbake noen midler til mer strategiske føringer. Kostnadsutviklingen bør følges nøye. Andelen som fordeles via kostnadskomponenten bør være så lav som mulig, og er jo relativt lav i nasjonal sammenheng. Dette underbygges også av at det anføres at det er stor usikkerhet i analysene som ligger til grunn for kostnadskompensasjonen både i nasjonal og regional modell.

Dersom modelleffektene gir vesentlige positive eller negative utslag for enkeltforetak må det vurderes midlertidige justeringer istedenfor å bake inn modellelementer som ikke er tilfredsstillende verifisert. Jf. omtalen av forskning i kostnadskomponenten til somatikkdelen nedenfor. Dette må også vurderes mht. psykiatri.

SSHF har ingen innvendinger til valg av en regional modell for kostnadskomponenten.

Fordeling av inntekter for kapital- og pensjonskostnader
SSHF støtter avvikling av kapital- og pensjon som egne inntektsfordelingselement. Vi mener dog at det ikke er rimelig å gi et påslag for kapital i gjestepasientoppgjøret. Gjestepasientinntekter må betraktes som en marginalfinansiering.

Forskningselementet
Det bør i rapporten (5.3) inngå et avsnitt som forklarer hva slags poeng som ligger til grunn for den forskningspoengsberegningen som benyttes i modellen, med en referanse til hvor dette tallet er hentet fra, for eksempel: «Med forskningspoeng i denne sammenheng menes poeng for vitenskapelige artikler og avlagte doktorgrader, ihht Nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene. Dette omtales også samlet som publiseringspoeng i den årlige målingen (Nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten - regjeringen.no)». Tilsvarende sier man noe om hvor tallet for totale driftskostnader til forskning kommer fra (NIFU, nå SSB), med referanse.

Forskningselementets faste del
Et omforent formål er at finansieringen skal gi noen grad av forutsigbarhet i finansieringen av forskning, og sikre finansiering av infrastruktur (bygg, IKT-systemer, utstyr med mer) og administrasjon. Vi vil understreke at klinisk forskning er en pålagt oppgave for alle helseforetak. Nasjonale føringer (eksempelvis Nasjonal handlingsplan for kliniske studier), presiserer at pasientene skal ha lik tilgang til utprøvende behandling. Det oppgis i prosjektrapporten at enkelte av deltakerne i prosjektgruppen trekker frem dette, men det bør tilføyes at dette er med henvisning til nasjonale føringer og oppdrag til spesialisthelsetjenesten. I oppdrags og –bestillerdokumentet er det å øke andel kliniske studier som rekrutterer pasienter med 15 % årlig nå det eneste felles målet som er satt på forskning for foretakene. De mindre sykehusene har en stor oppgave i å bygge opp nødvendig infrastruktur som forskningssykepleiere og annet støttepersonell, administrative systemer osv. Spesielt fordi Oslo samlet gjennom en årrekke har fått mesteparten av den faste delen av forskningsmidlene og de mindre sykehusene har i mindre grad vært i stand til å bygge opp dette uten intern prioritering av midler fra andre områder.

Det er foretatt en skjønnsmessig oppjustering av den faste delen til universitetssykehusene som begrunnes i en kompensasjon for ikke dokumenterbare merkostnader for infrastruktur. Imidlertid, med referanse til sentrale oppdrag og føringer savner vi en tilsvarende skjønnsmessig vurdering av behov for utvikling av infrastruktur som vil sette Helse Sør-Øst i stand til å svare opp nasjonale føringer å oppdrag på kliniske studier. Over 60 % av pasientgrunnlaget i Helse Sør-Øst ligger i ikke-universitetssykehusenes opptaksområde, og et betydelig løft må til om tilgang på utprøvende behandling/kliniske studier skal bli mer lik for pasienter. Vi opprettholder derfor at den skjønnsmessige oppjusteringen av universitetssykehusene fjernes i den faste delen, da den skjønnsmessige vektingen som ligger til grunn ikke fanger opp helt sentrale elementer i føringer for utvikling av forskning i sykehusene. Vår generelle kommentar er at en bør unngå skjønnsmessig fordeling i modellen og heller vurdere overgangsordninger dersom effektene av endringene totalt sett for enkelforetak er vesentlige og krevende å tilpasse seg på kort sikt.

Det faste forskningselementet bør ikke låses, men vurderes og grunnlagstall bør oppdateres med jevne mellomrom, for eksempel hvert 3. år for å ivareta eventuelle endringer i forskningsproduksjonen.

Forskningselementets variabel del
Med innføring av inntekter som baseres på eksternt forskningspoeng, innføres nå i prinsippet dobbeltfinanisering av forskningspoeng. Det er foreslått at det skal gis 50 % uttelling for forskningspoeng som er eksternt finansiert som et kompromiss, noe vi fremdeles mener er for høyt. Et kompromiss i en endelig modell vil være å legge seg på et nivå som har vært vanlig praksis i ordning for gaveforsterkning og at det gjøres et fratrekk for 75% av de eksternt finansierte forskningspoengene.

11.8 Sykehuset Telemark HF

Vi viser til utsendte prosjektrapport fra delprosjekt 1-4, med forespørsel om innspill på helheten i forslagene innen 02.11.2023. Sykehuset Telemark (STHF) har hatt deltakere i de ulike delprosjektene og vi viser til deres innspill til de enkelte delrapporter for utfyllende detaljer.

Våre innspill til helheten i forslagene er knyttet til følgende punkter:

- Bruk av egen (regional) modell for HSØ vs bruk av nasjonal modell
- Skalafordeler/-ulemper i somatisk sykehusproduksjon
- Er datasett fra 2016/17 relevant for situasjonen i dag?
- Behov for utfyllende analyser og hyppigere revisjon av analyser og modellene
- Helhetlig vurdering av effektene
- Eventuelle overgangsordninger

Nasjonal vs Regional modell
Vi forstår at det er gjort valg om å bruke en regional (HSØ) modell/tilnærming både i forbindelse med valg av modell for beregning av kostnadskompensasjon og i forbindelse med beregning av vekter i behovskomponenten i somatikk. Det fremføres ulike argumenter for disse valgene. Slik vi leser begrunnelsene er det ikke entydig riktig å velge regional tilnærming i stedet for den nasjonale. Det pekes dels på praktiske grunner og dels på faglige argumenter.

Vi mener det er grunn til å stille spørsmål ved valget om å benytte det regionale datagrunnlaget. Vi oppfatter for eksempel at et nasjonalt datagrunnlag gir en mindre omfordeling mellom aldersgruppene enn regionale analyser for HSØ. For STHF som har relativt spredt befolkning og en demografi med lav vekst og høy andel eldre fremstår endringen som urimelig/tilfeldig.

Skalafordeler/-ulemper
Vi merker oss diskusjonen i kapittel 3.3 vedrørende eventuelle stordriftsfordeler eller alternativt smådriftsulemper. Både analysene i prosjektet og andre analyser som det refereres til indikerer at det er stordriftsfordeler i somatisk sykehusproduksjon. Vi mener at prosjektarbeidet i for liten grad har undersøkt hvilke kostnadsulemper små helseforetak har. Snarere opplever vi at det er gjort mange analyser for å finne mulige årsaker til kostnadsulemper for store foretak. Vi mener dette området burde vært bedre utredet i modellarbeidet.

Datagrunnlaget beskrevet i delrapport 2 kapittel 3.2 viser at STHF er blant sykehusene med lavest kostnad per DRG-poeng. Når kostnadskomponenten baseres på empirisk kostnadsnivå for å finne ut hvorfor kostnadsnivået er naturlig høyere eller lavere hos de ulike sykehusene, er det en implisitt risiko for at sykehus som lykkes med å holde kostnadsnivået lavt utover naturlige forutsetninger kan ende med å bli straffet for dette i inntektsmodellen. Eksempelvis viser Samdata-tall for 2022 at STHF har lavest kostnad per DRG-poeng blant sykehusene i HSØ (og nasjonalt) uten at dette gjenspeiles i relativt sett bedre resultater. Dette kan tyde på at sykehusets bevilgninger er knappe.

Bruk av datasett fra 2016/17
Vi mener det er grunn til å stille spørsmål ved om analysene som er gjennomført med utgangspunkt i data for 2016/17 er fullt ut relevante for situasjonen i 2023 og ikke minst for årene fremover. I løpet av årene som har gått etter 2016/17 er det flere forhold som har endret seg, bl a:

- Vi har vært gjennom en pandemi og vi har sett til dels betydelig variasjon i innleggelser og dødelighet for ulike grupper i befolkningen. Vi mener det er usikkerhet mht hvor godt tall for 2016/17 dermed beskriver situasjonen fremover.
- Vi ser at primærhelsetjenesten (fastleger og kommuner) blir stadig mer presset mht ressurser og dermed evne til å håndtere spesielt de eldste pasientene. Denne situasjonen har eskalert de senere år. Dette blir av mange sett som en (av flere?) forklaringer på en til dels sterk økning i tilstrømming av særlig eldre og «tunge» pasienter. Denne situasjonen gir grunn til å stille spørsmål om analyser basert på situasjonen i 2016/17 gir riktig vekting for 2023 og fremover.
- Analyser for perioden 2018-2022 viser et økt forbruk for eldre aldersgrupper enn analysene basert på tall fra 2026/17. Dette utgjør en risiko, særlig for sykehus i områder med aldrende befolkning.

Bruk av data fra 2016/17 blir ytterligere problematisk når vi vet at behovsvektene normalt justeres med 8-10 års intervaller og at konklusjonen fra arbeidet derfor vil ha innvirkning på fordeling av midler mellom pasienter i ulike opptaksområder frem til etter 2030. Vi vil da altså benytte vekting basert på 15-20 år gamle data.

Vi mener det er grunn til å legge opp til hyppigere oppdateringer og revisjoner av inntektsmodellen enn hva som har vært tilfelle til nå. Gjennom de senere år mener vi å ha sett at endringer som påvirker befolkningens behov for spesialisthelsetjenester og også driftsmessige forhold endres raskere og med større utslag. Dette gir behov for hyppigere revisjoner.

Helhetlig vurdering av effektene - Storbytilskudd
Effekten av den nye inntektsmodellen gir til dels store endringer innenfor de ulike tjenesteområdene i inntektsmodellen. Det er da avgjørende å se effektene av endringene samlet og i sammenheng. Helseforetakene mottar én basisramme og må tilpasse driften innenfor denne. Det er avgjørende for aksept og troverdighet for den samlede inntektsmodell at man så langt mulig legger objektive vurderinger og prinsipper til grunn innenfor alle tjenesteområder.

I arbeidet i delprosjekt 3 PHV/TSB reises spørsmålet om et eventuelt «Storbytilskudd» for å kompensere for omfordelingen som skjer innenfor denne delen av inntektsmodellen. Vi mener dette bryter med prinsippene som har ligget til grunn for hele modellarbeidet og at det vil være svært uheldig å innføre et slikt skjønnsmessig tilskudd. STHF får eksempelvis en meget stor negativ effekt av ny modell innen somatikk (-85 mnok). Sett i forhold til størrelsen til STHF ville dette tilsvare dette opp mot -500 mnok for OUS og det ville være urimelig om ikke denne endringen også kompenseres dersom det etableres skjønnsmessige ordninger.

Vi mener også at et storbytillskudd basert på kommunestørrelse er et lite presist virkemiddel for omfordeling. Grenlandsområdet (kommunene Skien, Porsgrunn og Bamble) representerer det største byområdet i regionen utenfor Oslo med over 100.000 innbyggere. Samtidig vet vi at området kommer dårlig ut på sosiodemografiske faktorer, samt at forbruket av helsetjenester spesielt innenfor TSB området er svært høyt i regional sammenheng. Skal man innføre skjønnsmessige vurderinger, mener vi at det også må gjelde for Grenlandsområdet.

Eventuelle overgangsordninger
STHF mener prinsipielt at en ny modell bør innføres helhetlig og uten overgangsordninger. I den grad det skal introduseres overgangsordninger er det avgjørende at disse gjøres kortvarige og at de trappes ned etter en klart kommunisert plan. Det er videre nødvendig å etablere overgangsordninger som treffer alle helseforetak med store endringer.

Innspill delprosjekt 1

Vi viser til utsendt prosjektrapport fra delprosjekt 1, med frist for innspill 27.10.2023.

Prosjektgruppen fra STHF har gått gjennom prosjektrapport for delprosjekt 1 og har følgende innspill:

Kostnadskompensasjon:

- Når kostnadskomponenten baseres på empirisk kostnadsnivå for å finne ut hvorfor kostnadsnivået er naturlig høyere eller lavere hos de ulike sykehusene, er det en implisitt risiko for at sykehus som lykkes med å holde kostnadsnivået lavt utover

naturlige forutsetninger kan ende med å bli straffet for dette i inntektsmodellen. Eksempelvis er kostnadsnivået hos STHF relativt lavt per DRG-poeng sammenlignet med andre sykehus i HSØ uten at dette gjenspeiles i relativt sett bedre resultater, noe som kan tyde på at sykehusets bevilgninger er knappe.

Inntekter for kapital og pensjonskostnader:

- Vi støtter forslaget.

Forskningselementet:

- Vi mener den foreslåtte endringen på en god måte balanserer ulike hensyn og også tar inn over seg endringene som har skjedd på forskningsområdet over tid.

Midler til fremtidig investeringsbehov og befolkningsvekst

- Vi støtter vurdering og konklusjon.

I forhold til alle elementene behandlet i delprosjekt 1 og innen de enkelte delprosjektene (tjenesteområdene), mener vi det er grunn til å diskutere hvor ofte det skal gjøres oppdateringer og revisjoner av modellene. Gjennom de senere år mener vi å ha sett at endringer som påvirker befolkningens behov for spesialisthelsetjenester og også i driftsmessige forhold endres raskere og med større utslag. Dette gir behov for hyppigere revisjoner.

Vi vil også peke på at det er behov for å se effektene av omlegginger innen ulike tjenesteområder samlet og i sammenheng. Helseforetakene mottar én basisramme og må tilpasse driften innenfor denne. Det er derfor avgjørende for aksept og troverdighet for den samlede inntektsmodell at man så langt mulig legger objektive vurderinger og prinsipper til grunn innenfor alle tjenesteområder.

11.9 Vestre Viken HF

Vi viser til mottatte rapporter for delprosjektene I Overordnet, II Somatikk, III Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og IV Prehospitale tjenester, der det er åpnet for innspill med frist 2. november på helheten i forslaget til ny inntektsmodell. Vi viser også til innspill for delprosjektrapportene sendt fra økonomidirektør Mette Lise Lindblad 27. oktober 2023, som følger vedlagt.

Prosjektleder presiserer i sin oppsummering viktigheten av at inntektsmodellen fordeler én samlet basisramme til helseforetak og sykehus med opptaksområde. Det er helseforetakene selv som prioriterer midler mellom drift og investering, samt mellom de ulike tjenesteområdene. Denne presiseringen er viktig å ha med i de diskusjoner som er omkring den store omfordelingseffekten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for Oslo universitetssykehus. OUS må se på inntektsmodellen som grunnlag for en total inntektsramme, også når gjennomgangen viser reduksjon på et av tjenesteområdene.

HSØ bør, som vi oppfatter er vanlig praksis, heller finne løsninger med midlertidig inntektsstøtte enn å etablere skjønnsmessige justeringer av modellelementer som eksempelvis i den faste delen av forskningskomponenten.

Generelt til arbeidet i prosjektet
VVHF setter pris på muligheten vi har hatt til å bidra inn i delprosjektene.
Til kommende revisjoner bør det vurderes å inkludere representanter fra helseforetakene inn i hovedprosjektet.

Kommentarer til den samlede modellen
En generell innvending til modellen er at kostnadskomponenten bruker historisk tallgrunnlag, og at analysene gjøres på foretaksnivå og ikke sykehusnivå. Foretak som har tatt ut effektiviseringsgevinster vil i mindre grad vise signifikante utslag på kostnadsulempene, mens foretak som drifter ineffektivt bekrefter at det forekommer merkostnader. Dermed forsterkes effektene istedenfor at modellen gir riktige incitament til effektivisering der det er nødvendig. En kombinasjon med benchmark og fremstilling av kostnad per pasient kan bidra til bedre grunnlag for forståelse av kostnadsulemper.

Vi savner en mer strategisk tilnærming til inntektsfordelingen. Vi erkjenner like fullt at det er komplisert. HSØ bør derfor vurdere å holde tilbake noen midler til mer strategiske føringer. Kostnadsutviklingen bør følges nøye. Andelen som fordeles via kostnadskomponenten bør være så lav som mulig, og er jo relativt lav i nasjonal sammenheng. Dette underbygges også av at det anføres at det er stor usikkerhet i analysene som ligger til grunn for kostnadskompensasjonen både i nasjonal og regional modell.

Dersom modelleffektene gir vesentlige positive eller negative utslag for enkeltforetak bør det vurderes midlertidige justeringer istedenfor å bake inn modellelementer som ikke er tilfredsstillende verifisert. Jf. omtalen av forskning i kostnadskomponenten til somatikkdelen nedenfor. Dette må også vurderes mht. psykiatri.

Modellen medfører en betydelig omfordeling av midler fra OUS til de andre helseforetakene, hovedsakelig knyttet til ny vurdering av behovskomponenten innen psykisk helsevern/TSB. Det har vært nedlagt betydelig arbeid i å forsøke å forklare det vesentlig høyere kostnadsnivået ved OUS sammenlignet med andre HF, både i dette arbeidet med inntektsmodell og ved tidligere arbeid i 2018, 2019 og helt tilbake til forrige runde med arbeid om regionale inntektsmodell i 2012. I alle disse årene er OUS fått tildelt en høyere basisramme, noe som vi oppfatter har gått på bekostning av de andre helseforetakenes tilbud i egne opptaksområder. Det er positivt at man nå tar initiativ til å endre denne praksisen.

I søken etter forklaringsvariabler er det trukket inn at det muligens kan være et dårligere tilbud i Oslo kommune til pasienter med psykiske lidelser. VVHF mener her at en kommunes tilbud ikke bør blandes inn i en regional inntektsmodell. Om dette forholdet forklarer det høyere kostnadsnivået ved OUS, så bør det medføre en dialog mellom OUS og Oslo kommune.

Vi viser også til vår innledende kommentar om at OUS må se på samlet basisramme og ikke fordelingen til det enkelte tjenesteområde. Vi har forståelse for at så store endringer kan måtte skje gradvis gjennom en midlertidig inntektsstøtte.

Kommentarer til en del av elementene i modellen
Inntektsmodellen inneholder en rekke delelementer som er kommentert i innspill til delprosjektrapportene. Nedenfor kommenteres noen av disse kort. Det vises for øvrig til vedlegget for nærmere omtale av disse og øvrige kommentarer.

Forskningselementet
VVHF er støtter ikke skjønnsmessige fordelinger.

Prosjektet har til en viss grad møtt tidligere innspill om fratrekk for ekstern finansiering til forskning ved å oppjustere fratrekket fra 25 til 50%. Vårt syn er at det i prinsippet gir en dobbeltfinansiering av eksternt finansierte forskningspoeng. Det vil være en naturlig forventning til universitetssykehusene at de i større grad produserer eksternt finansierte forskningspoeng, og at de har en vesentlig større kapasitet til å søke ekstern forskningsstøtte enn øvrige HF. VVHF opprettholder sitt primære standpunkt med at ekstern finansiering fortsatt bør gå til fratrekk.

Behovskomponenten somatikk
Vi vet at det i årene framover til 2035 vil skje en betydelig økning i andel eldre. Kriteriesettet som nå vil bli brukt benytter data fra 2017, som allerede er 5 år gamle, og det er 11 år imellom de to kriteriesettene. Det har vært en betydelig økning i antall eldre siden 2017, og deres andel av innleggelser har økt. Prosjektleder mener at en oppdatering med nyere tall nå mest sannsynlig ikke ville gitt vesentlige endringer. Vi oppfatter at prosjektleder er enig i at behovskriteriene bør oppdateres om ikke altfor lenge for å sikre at det i større grad reflekterer den utviklingen som allerede er i gang. Det må også vurderes en hyppigere revurdering enn hvert 10. år. Man bør følge med på endringer i den relative alderssammensetningen slik at revisjon skjer når man må forvente endringer.

Kostnadskompensasjon for forskning i kostnadskomponenten
Vi mener at bruken av forskningspoeng gir utslag i fordelingen til somatikk og psykiatri som ikke henger sammen med de kostnadsulemper som skal kompenseres for. Det anføres at det er «proxy»effekten som forskningspoengene reflekterer det kompenseres for, som seleksjon av ressurskrevende pasienter, breddeulemper, høyspesialisert behandling mv. Med unntak av OUS er det liten forskjell mellom helseforetakene i regionen når det gjelder pasientgrunnlag og behandlingstilbud. Forskjeller i forskningspoeng reflekterer mer hvor mye foretakene har satset på forskning enn «proxy»-effekter. Derfor fungerer det dårlig som regional fordelingsmodell. Det ses spesielt tydelig innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvor det gir fordelingseffekter som er svakt begrunnet. Også innen somatikk fremkommer det effekter som ikke kan forklares utfra et faktisk og riktig høyere kostnadsnivå.

Vi mener generelt at kostnadskomponenten må holdes på et så lavt nivå som mulig, og spesielt der det ikke er godt nok tallgrunnlag for å verifisere kostnadsulemper.

Spredtbygdhet
Vi vil foreslå at prosjektet som en oppfølging til et videre arbeid ser nærmere på kriterier for kompensasjon for spredt bebyggelse, både for somatikk og psykisk helsevern/TSB. Det fremkommer at denne faktoren er noe svakt dokumentert, og prosjektleder åpner for en justering til fordel for de foretak som har omfattende grisgrendthet i sitt opptaksområde.

Fordeling av inntekter for kapital- og pensjonskostnader
VVHF støtter avvikling av kapital- og pensjon som egne inntektsfordelingselement. Vi mener dog at det ikke er rimelig å gi et påslag for kapital i gjestepasientoppgjøret. Gjestepasientinntekter må betraktes som en marginalfinansiering.

Prehospitale tjenester
VVHF mener at opptaksområdet for helseforetaket og ansvarsområdene for ambulansetjenesten og AMK må bli samordnet. En manglende samling medfører driftsulemper knyttet til flåtestyring av ambulanser og annen drift, og medfører kostnadsulemper som det ikke kompenseres for i modellen. VVHF har tydelig sett det da vi mistet mulighet til å flåtestyre ambulansene i tidligere Røyken og Hurum kommuner, siden de nå styres av AMK Oslo. Vi bemerker at prosjektleders prinsipielle syn er at ambulansedistriktene bør dekke helseforetakenes opptaksområde. Vårt håp og vår forventning er at HSØ nå tar en avgjørelse som sikrer at dette blir den fremtidige løsning.

VVHF har tidligere stilt spørsmål ved kostnadsnivået og organiseringen av de tilleggsfunksjoner som OUS kompenseres særskilt for. Vår oppfatning er at kostnadsnivået synes å være høyt, og at det kan være en mulighet for å oppnå synergier mellom de ulike funksjonene.

Avslutning
VVHF takker for muligheten til å gi innspill til prosjektrapportene og imøteser en implementering av de foreslåtte justeringer.

Kommentarer til rapport delprosjekt I
En generell innvending til modellen er at kostnadskomponenten bruker historisk tallgrunnlag og analysene gjøres på foretaksnivå og ikke sykehusnivå. Foretak som har tatt ut effektiviseringsgevinster vil i mindre grad vise signifikante utslag på kostnadsulempene, mens foretak som drifter ineffektivt bekrefter at det forekommer merkostnader. Dermed forsterkes effektene istedenfor at modellen gir riktige incitament til effektivisering der det er nødvendig. En kombinasjon med benchmark kan bidra til bedre grunnlag for forståelse av kostnadsulemper.

Vi savner en mer strategisk tilnærming til inntektsfordelingen. Vi erkjenner like fullt at det er komplisert. HSØ bør derfor vurdere å holde tilbake noen midler til mer strategiske føringer. Kostnadsutviklingen bør følges nøye. Andelen som fordeles via kostnadskomponenten bør være så lav som mulig, og er jo relativt lav i nasjonal sammenheng. Dette underbygges også av at det anføres at det er stor usikkerhet i analysene som ligger til grunn for kostnadskompensasjonen både i nasjonal og regional modell.

Dersom modelleffektene gir vesentlige positive eller negative utslag for enkeltforetak må det vurderes midlertidige justeringer istedenfor å bake inn modellelementer som ikke er tilfredsstillende verifisert. Jf. omtalen av forskning i kostnadskomponenten til somatikkdelen nedenfor. Dette må også vurderes mht. psykiatri.

VVHF har ingen innvendinger til valg av en regional modell for kostnadskomponenten.

Fordeling av inntekter for kapital- og pensjonskostnader
VVHF støtter avvikling av kapital- og pensjon som egne inntektsfordelingselement. Vi mener dog at det ikke er rimelig å gi et påslag for kapital i gjestepasientoppgjøret. Gjestepasientinntekter må betraktes som en marginalfinansiering.

Forskningselementet

VVHF støtter det overordnede formålet med en fast komponent: gi noen grad av forutsigbarhet i finansieringen av forskning, og sikre finansiering av infrastruktur (bygg, IKT-systemer, utstyr med mer) og administrasjon.

Som omtalt overfor er det prinsipielt noe problematisk å benytte historiske poeng og kostnader som fordelingsgrunnlag, men vi erkjenner at det kanskje er det beste man har. Som rapporten påpeker er det svakheter ved estimerte kostnader, og i hvilke grad de fanger opp reelle kostnader. Denne svakheten vil imidlertid være gjeldende for alle HF, og ikke bare OUS. En skjønnsmessig omfordeling er selvsagt heller ikke heldig. Om konsekvensene av modellen blir for krevende for et foretak kan det vurderes midlertidig inntektsstøtte. Det er mer akseptabelt enn kunstige tilpasning i en modell. En statisk fordeling bidrar til å opprettholde historisk betingede forskjeller i forutsetninger for forskningsaktivitet i helseforetakene. Den endrede fordelingsnøkkelen for den faste komponenten er derfor meget betimelig, men er også reaktiv i forhold til forskningsaktivitet. Konsekvensen for hvert av ikke-universitetssykehusene er imidlertid betydelig. VVHF er imot den skjønnsmessige oppjusteringen for OUS og A-hus. For OUS foreslås endog skjønnsmessig oppjustering til 75% som også er over kostnadsandelen på 72%, som i hvert fall burde være øvre grense for en eventuell skjønnsmessig justering.

Fordelingen av forskningselementets faste del bør derfor justeres med jevne mellomrom, for eksempel hvert 3. år for å ivareta eventuelle endringer i forskningsproduksjonen. Det bør også vurderes å avsette midler til mer strategisk satsing.

Til den variable delen har det tidligere vært tydelig fra prosjektets side at det kun er den faste delen som skal revideres, ikke den variable delen. VVHF har tidligere foreslått at endring i variabel del bør utgå av denne rapporten og håndteres i en separat god og åpen prosess sammen med representantene fra foretakene.

VVHF støtter ikke at fratrekk for ekstern finansiering bortfaller og at prosjektet har møtt tidligere innspill ved å oppjustere fratrekket fra 25 til 50%. Vårt syn er at det i prinsippet gir en dobbeltfinansiering av eksternt finansierte forskningspoeng. Det argumenteres for at det skal være et intensiv for å skaffe eksterne forskningsmidler. Dette vil gi store positive omfordelingseffekter for universitetssykehusene, som over tid vil øke, gitt den infrastrukturen disse HF'ene har til å konkurrere eksternt. Denne infrastrukturen er det allerede kompensert for i den faste delen. Det vil være en naturlig forventning til universitetssykehusene at de i større grad produserer eksternt finansierte forskningspoeng i forlengelsen av dette og har en vesentlig større kapasitet til å søke ekstern forskningsstøtte enn øvrige HF. VVHF opprettholder sitt primære standpunkt med at ekstern finansiering fortsatt bør gå til fratrekk. Alternativt et forslag til kompromiss ved at det gjøres et fratrekk for 75% av de eksternt finansierte forskningspoengene. Da vil 25% av eksternt finansierte forskningspoeng generere inntekter, som er i en størrelsesorden med det som tidligere har vært vanlig praksis der ordning med gaveforsterkning har vært praktisert i andre offentlige sammenhenger.

11.10 Sykehuset Østfold HF

Oppsummering

SØ er kritiske til at det foreslås innført eller videreført skjønnsmessige tildelinger uten at det kan begrunnes objektivt i annet enn et faktisk kostnadsnivå. Vi mener også at modellen ikke oppleves objektiv når rapporterte kostnader benyttes som grunnlag for tildeling av midler

innenfor enkelte områder, f.eks. abonnement og AMK. Dette er ikke i tråd med det vi erfarer fra øvrige prosesser og skaper manglende tillit til modellen som helhet. SØ anerkjenner at det har vært gjort et grundig arbeid i å fremskaffe relevante analyser i arbeidet med revidert inntektsmodell. Prosessen underveis kunne likevel vært bedre for å øke opplevelsen av involvering og medbestemmelse (se generell tilbakemelding under).

Generell tilbakemelding for alle delprosjektene:
SØ har forståelse for at arbeidet med revidering av modellene er krevende, og «prosjektorganisasjonen» har gjort en grundig jobb med å fremskaffe de ulike grunnlagene for analyser, men opplevelsen er at involveringen kunne vært bedre for å sikre bredere forankring til modellene. Felles tilbakemelding fra alle deltagerne fra SØ, i de ulike delprosjektene, er at prosessen har vært krevende og at teamsmøter ikke er en egnet måte å gjennomføre denne type møter på. Vi tror med fordel at det underveis i prosjektet kunne vært avsatt tid til f.eks. heldagsmøter med gjennomgang av de ulike analyser som prosjektorganisasjonen har sett på. Vi tror dette ville bidratt til en økt opplevelse av involvering og en større forståelse for de anbefalinger som legges frem.

Et annet forbedringsområde at det ofte ikke har vært rom for å forberede seg i særlig grad i forkant av møtene. Dokumentasjon og grunnlag har ofte blitt tilsendt i svært kort tid før møte eller presentert direkte i møtet. Enkelte premisser i arbeidet er også endret underveis, og vesentlige innspill fra enkelte helseforetak er innarbeidet i rapportutkast uten at de er forelagt prosjektgruppa på forhånd. Noe av opplevelsen av manglende involvering skyldes nok stor kompleksitet i modellene som gjør det krevende for deltagerne i delprosjektene å sette seg inn i alle elementer.

Delprosjekt I Overordnet prosjekt
SØ støtter avvikling av kapital- og pensjon som egne inntektsfordelingselementer.

I forslag til fordeling av fast andel av forskningsmidler foreslås det en skjønnsmessig oppjustering av beregnet andel til OUS og Ahus. SØ mener på generelt grunnlag at skjønnsmessige justeringer som ikke kan underbygges med objektive kriterier bør unngås ved fordeling av midler.

SØ støtter vurderingen om at fremtidig investeringsbehov og befolkningsvekst ikke inngår i inntektsmodellen.