Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF

Inntektsmodellprosjekt 2022-2023

Delprosjekt IV Prehospitale tjenester

Prosjektrapport

Desember 2023

1 Sammendrag 4
2 Innledning 6
2.1 Prosjektets mandat 6
2.2 Organisering av arbeidet 6
2.3 Generelt om inntektsmodellen og rapporten 9
2.4 Prehospitale tjenester i det nasjonale inntektsmodellarbeidet 9
3 Kostnadskomponenten og kostnadskompensasjon 10
3.1 Om uforskyldte kostnadsulemper 10
3.1 Flytting av kostnadskompensasjon ut av inntektsmodell 10
3.2 Identifiserte kostnadsulemper 11
3.2.1 Helseforetakenes kostnader til akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) ... 11
3.2.2 Helseforetakenes kostnader knyttet til medisinsk bemanning av luftambulanser, intensivambulanser og annen medisinsk beredskap 14
3.2.3 Øvrige kostnadsmessige forhold som Oslo universitetssykehus HF har i forbindelse med regionale, nasjonale og internasjonale funksjoner innen prehospitale tjenester 15
3.2.4 Legebil/intensivtransport og legevaktbil 17
3.3 Fordeling av kostnadskompensasjon 18
3.4 Spesifikt om kompensasjon til Oslo universitetssykehus HF 18
4 Behovskomponenten 19
4.1 Om «behov» 19
4.2 Etablering av behovskomponenten i modellelementet for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst 20
4.2.1 Etablering av datagrunnlaget 22
4.2.2 Behovsanalyser for å forklare kostnadsvariasjoner på kommunenivå i Helse Sør-Øst 24
4.2.3 Behovsindekser per opptaksområde 27
4.3 Effekt av nye behovsanalyser 28
4.4 Tilleggsanalyser av behov 29
5 Mobilitetskomponenten 29
5.1 Om mobilitet 29
5.2 Om datagrunnlaget som inngår i mobilitetskomponenten 30
5.2.1 Ambulanse 30
5.2.2 Pasientreiser 31
5.3 Revidert mobilitetskomponent og omfordelingseffekter 32
6 Effekt av endringer i modellelementet for prehospitale tjenester 33
7 Oppsummering av anbefalinger og diskusjon 35
7.1 Kostnadskomponent og kostnadskompensasjon 35
7.2 Behovskomponent 36
7.3 Mobilitetskomponent 37
8 Samlet effekt av alle foreslåtte endringer i inntektsmodellprosjektet 38
9 Vedlegg 39
9.1 Datagrunnlag for beregning av AMK-ressursbehovsandel 39
9.1.1 Datagrunnlag benyttet i indeks for antall oppdrag for å beregne AMK-ressursbehovsandel 39
9.1.2 Datagrunnlag benyttet i indeks for antall AMK-telefoner for å beregne AMK-ressursbehovsandel 39

9.1.3 Datagrunnlag benyttet i behovsindeks somatikk for å beregne AMK-ressursbehovsandel ... 39
9.2 Benchmarking AMK-oppdrag ... 40
9.3 Håndtering av brev fra helseforetak vedrørende kostnadskomponent ... 40
9.3.1 Brev fra helseforetak vedrørende kostnadskomponent ... 40
9.3.2 Svar på brev fra helseforetak vedrørende kostnadskomponent gjennomgått i prosjektmøte 29. september 2022 (møte 5 i delprosjekt IV – Prehospitale tjenester). Referatført i møtereferat 05-2022. ... 43
9.4 Opptaksområder for prehospitale tjenester og for AMK ... 44
9.5 Etablering av datagrunnlaget for ambulanseoppdrag ... 48
9.5.1 Etablering av datagrunnlaget for ambulanseoppdrag (a) ... 49
9.5.2 Etablering av datagrunnlaget for ambulanseoppdrag (b) ... 50
9.5.3 Eksempler på variasjoner i kostnader (2019) per ambulanseminutt per ambulansestasjon ... 50
9.6 Analysegrunnlag. Kostnader til prehospitale tjenester per innbygger i 2019. ... 51
9.7 Håndtering av datagrunnlag for reiser med rekvisisjon innen pasientreiser ... 55
9.8 Kostnadspåslag for tid- og avstandskriteriene ... 56
9.8.1 Kostnadspåslag per kommune ... 56
9.8.2 Håndtering av kostnadspåslag for sammenslåtte kommuner ... 61
9.9 Foreslåtte behovskriterier med tilhørende behovsandeler og behovsindekser per helseforetak ... 62
9.10 Fordeling av behovskomponent i modellelementet for prehospitale tjenester i dagens inntektsmodell (IM 2023), dagens behovsandeler sammenlignet med nye behovsandeler ... 62
9.11 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for ambulanseoppdrag i mobilitetskomponenten 63
9.12 Ambulanseoppdrag i mobilitetskomponenten ... 63
9.12.1 Antall ambulanseoppdrag benyttet i revidert mobilitetskomponent ... 63
9.12.2 Differanse i antall oppdrag som brukes i den reviderte inntektsmodellen sammenlignet med tidligere ... 63
9.13 Datagrunnlag for pasientreiser med rekvisisjon i mobilitetskomponenten ... 64
9.13.1 Samlede kostnader for pasientreiser med rekvisisjon (november 2019 og februar 2019) som benyttes i revidert mobilitetskomponent ... 64
9.13.2 Endringer i samlede kostnader for reiser med rekvisisjon innen pasientreiser (november 2019 og februar 2019) som benyttes i revidert inntektsmodell sammenlignet med (november 2012 og februar 2013) tidligere ... 64
10 Innspill til prosjektrapporten ... 64
10.1 Oslo universitetssykehus HF ... 64
10.2 Sykehuset Innlandet HF ... 66
10.3 Sykehuset i Vestfold HF ... 66
10.4 Sørlandet sykehus HF ... 66
10.5 Sykehuset Telemark HF ... 67
10.6 Vestre Viken HF ... 67
10.7 Sykehuset Østfold HF ... 68

1 Sammendrag

For delprosjekt 4 Prehospitale tjenester har oppgavene vært følgende:

1) Komme fram til et oppdatert grunnlag for kostnadskompensasjon
2) Oppdatere analyser av behov
3) Gjennomgå og eventuelt endre/oppdatere grunnlaget for mobilitet

Kostnadskomponent og kostnadskompensasjon

Prosjektleder anbefaler å kompensere for følgende kostnadsulemper:

- Helseforetakenes kostnader til akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK)
- Helseforetakenes kostnader knyttet til medisinsk bemanning av luftambulanser, intensivambulanser og annen medisinsk beredskap
- Øvrige kostnadsmessige forhold som Oslo universitetssykehus HF har i forbindelse med regionale, nasjonale og internasjonale funksjoner innen prehospitale tjenester

Med den foreslåtte kostnadskompensasjonen videreføres kostnadsulempene det kompenseres for i dag. De to nederste punktene har blitt flyttet ut av inntektsmodellen, jf. styresak 022-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024-2027-planforutsetninger*.

Prosjektleder understreker at det har vært flere diskusjoner i prosjektgruppen relatert til kostnadskompensasjon. Alle delkomponentene har vært diskutert, men særlig nivået på foreslått kostnadskompensasjon til Oslo universitetssykehus HF. Mer spesifikt gjelder det nivået på følgende kostnadsulemper: legebil, intensivtransport, oppdrag for pasienter fra andre regioner, og AMK-reservefunksjon. Den foreslåtte kostnadskompensasjonen til Oslo universitetssykehus HF blir omtrent på nivå med dagens kompensasjon. Det er i hovedsak oppdaterte beregninger for helseforetakenes kostnader til AMK som gir en økt samlet kostnadskompensasjon.

Behovskomponent

Prosjektleder har vurdert at videreføring av en kriteriebasert modell for fordeling av inntekter til prehospitale tjenester, basert på felles behovsanalyser for ambulansetjenester og pasientreiser, er hensiktsmessig. Det er i delprosjektet innhentet et nytt datagrunnlag for dette, og det har blitt gjort nye behovsanalyser for å etablere et nytt kriteriesett.

For å forenkle modellen, og for å gjøre det mulig å regne kriteriene om til behovsvekter, er variablene som beskriver tid- og avstand (tid til nærmeste akuttsykehus, avstand til nærmeste områdesykehus, og avstand til 5000 innbyggere) slått sammen til en tid- og avstandsvariabel som det estimeres et kostnadspåslag for. Den samlede tids- og avstandsvariabelen innebærer en mindre endring i tilnærmingen til behovskomponenten. Prosjektleder vurderer de nye behovsanalysene som gode, og en forbedring sammenlignet med dagens modell. For behovskomponenten har de viktigste diskusjonene i prosjektgruppen vært om innhenting av data, endringen i metode for å slå sammen kriteriet for tid- og avstand, og storbyproblematikk knyttet til blant annet varierte avstander til ulike bydeler og trafikale forhold.

I denne prosjektrapporten gjøres det en gjennomgang av endring i kriteriene. Den foreslåtte behovskomponenten gir en positiv effekt for Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet sykehus HF,

Sykehuset Telemark HF og Vestre Viken HF – altså helseforetak med spredtbygdhet og lange avstander.

Mobilitetskomponent
I mobilitetskomponenten foreslår prosjektleder å beholde dagens innretning, men å oppdatere grunnlaget til 2019-data. Det innebærer at det videreføres et oppgjør for ambulansetjenester og direkteoppgjør med drosje (reiser med rekvisisjon). Det oppdaterte datagrunnlaget ble innarbeidet i inntektsmodell 2024, jf. styresak 022-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024-2027-planforutsetninger*. Den reviderte mobilitetskomponenten tar hensyn til kommunesammenslåinger og delt ansvar for enkelte kommuner.

Prosjektleder oppfatter det som at det stort sett er oppslutning om den foreslåtte mobilitetskomponenten. Det har vært diskusjon om hvordan tidligere Sande, Røyken og Hurum skal håndteres, og det har vært avholdt møter med Helse Sør-Øst RHF og aktuelle helseforetak for å sikre enighet om tallgrunnlaget for oppdragsdelingen i de tidligere kommunene.

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.

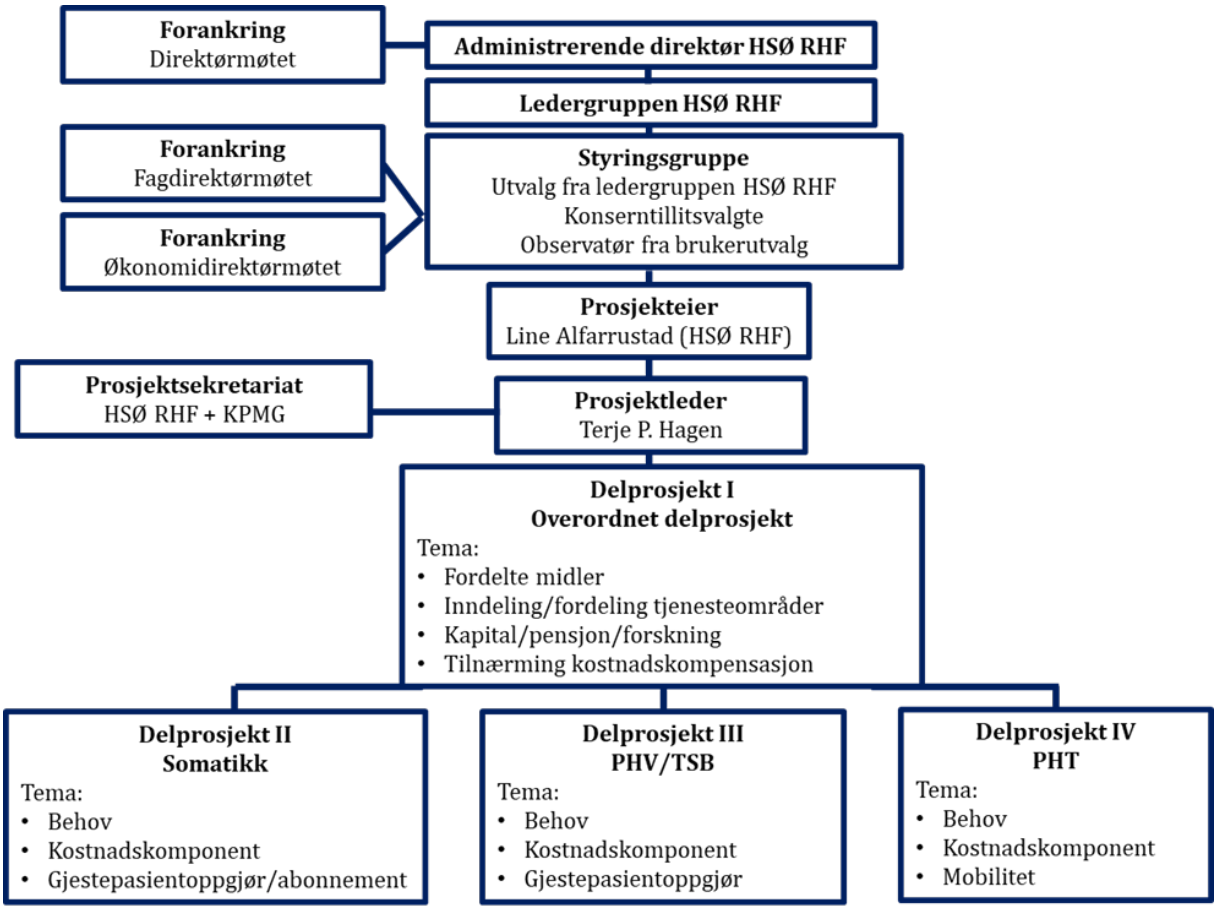
Denne delprosjektrapporten omhandler delprosjekt IV (DP 4) – prehospitale tjenester. For DP 4 har oppgavene ifølge mandatet vært begrenset til følgende (jf. Figur 1):

1. Komme fram til et oppdatert grunnlag for kostnadskompensasjon
2. Oppdatere analyser av behov
3. Gjennomgå og eventuelt endre/oppdatere grunnlag for mobilitet

Etter innledningen i kapittel 2 er denne prosjektrapporten strukturert etter punktene 1-3.

2.2 Organisering av arbeidet

Prosjektet har vært organisert slik mandatet beskriver, se figur 1 under.



Figur 1 Organisering av prosjektet og fordeling av oppgaver mellom delprosjektene

- Prosjektet eies av tidl. finansdirektør, nå økonomidirektør 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 4 har bestått av medlemmene i Tabell 1 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)
Representanter fra helseforetakene*: Inger Lise Hallgren (Vestre Viken HF) Torill Hvila (Vestre Viken HF) Snorre Birk Gundersen (Vestre Viken HF) Knut Inge Brekka Skoland (Sykehuset Telemark HF) Johannes Matthes (Sykehuset Telemark HF) Geir Kristoffersen (Sykehuset Innlandet HF) Kjell Nordaune (Sykehuset Innlandet HF) Denisa Moen (Sykehuset Innlandet HF) Merete Storli Tveit (Sykehuset Østfold HF) Anstein Næverdal (Sykehuset Østfold HF) Brigt Erland Nersveen (Oslo universitetssykehus HF) Ola Borstad (Oslo universitetssykehus HF) Torgeir Grøtting (Sykehuset i Vestfold HF) Øyvind Røed (Sykehuset i Vestfold HF) Roger Gjennestad (Sykehuset i Vestfold HF) Finn Arthur Forstrøm (Sykehuset i Vestfold HF) Espen Jarle Hansen (Sørlandet sykehus HF) Per Bertil Qvarnstrøm (Sørlandet sykehus HF) Torhild Einstadbland (Sørlandet sykehus HF) Kristin Therese Landås (Sørlandet sykehus HF)	**Andre representanter fra Helse Sør-Øst RHF:** Jostein Svendsen **Konserntillitsvalgte:** Mette Vilhelmshaugen Lasse Sølvberg

*Tabell 1 Deltakere i delprosjekt 4. Ikke alle deltakerne har deltatt i hele prosjektet, og det er derfor flere enn to deltakere for noen av helseforetakene. *Deltakere fra de helseforetakene som inngår i modellelementet for prehospitale tjenester. Oslo universitetssykehus HF ivaretar prehospitale tjenester for Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.*

Det har vært deltagelse fra enkelte andre representanter fra helseforetakene på ad hoc-basis, for eksempel som stedfortredere eller knyttet avklaringer i forbindelse med datainnhentingen. Disse er ikke nevnt her. Prosjektgruppen for delprosjekt 4 (prehospitale tjenester) har gjennomført ti møter, inkludert to møter i januar 2023 for å diskutere foreløpige prosjektrapporter. Det har i tillegg vært et oppstartsmøte der alle de fire delprosjektene under inntektsmodellprosjektet har vært samlet.

2.3 Generelt om inntektsmodellen og rapporten

Inntektene til de regionale helseforetakene, inntekter som igjen fordeles ut til helseforetak og sykehus internt i regionene, kan overordnet inndeles i basisramme og aktivitetsbaserte inntekter. Med «den regionale inntektsmodellen» mener vi modellen som fordeler det meste av basisrammen i Helse Sør-Øst. Midlene fordeles først mellom de ulike modell-elementene. I dagens inntektsmodell er dette noe forenklet tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og prehospitale tjenester (PHT). Den relative fordelingen av inntekter mellom tjenesteområdene i inntektsmodellen gjenspeiler hvordan kostnadene historisk har fordelt seg.

Både dagens nasjonale inntektsmodell, og inntektsmodellen i Helse Sør-Øst består hvert modell-element i hovedsak av tre komponenter:

- en kostnadskomponent som kompenserer opptaksområdene for uforskyldte merkostnader i pasientbehandlingen
- en behovskomponent som fordeler inntekter ut fra befolkningens behov[1]
- en mobilitetskomponent som gir økonomisk kompensasjon for behandling utført for pasienter tilhørende andre opptaksområder

Innenfor hvert tjenesteområde vil først størrelsen og fordelingen av kostnadskomponenten bestemmes, og det resterende vil deretter fordeles i behovskomponenten. Til slutt gjøres det en omfordeling mellom opptaksområdene for mobilitet. I prosjektet er det lagt opp til at en revidert regional inntektsmodell vil bestå av de samme tre elementene.

Prosjektrapporten er strukturert i samme rekkefølge som det overnevnte, slik at kostnadskomponenten gjennomgås først, etterfulgt av behovskomponenten og mobilitetskomponenten.

2.4 Prehospitale tjenester i det nasjonale inntektsmodellarbeidet

En del av bakgrunnen for at det skal gjøres en revidering av den regionale inntektsmodellen er at det fra statsbudsjettet 2021 ble tatt i bruk en ny nasjonal inntektsmodell (NOU 2019:24)[2]. I den nasjonale inntektsmodellen er det også et eget modellelement for prehospitale tjenester. Det er naturlig at det gjøres en vurdering av dette elementet for det nåværende arbeidet.

Prehospitale tjenester skiller seg fra de andre tjenesteområdene i den nasjonale inntektsmodellen ved at det er estimert en «ressursbehovsindeks». Den samlede ressursbehovsindeksen er satt sammen av en behovsindeks basert på en behovsanalyse for pasientreiser og en kostnadsindeks for ambulansekostnader basert historiske kostnader for ambulansetjenester. Ved å multiplisere ressursbehovsindeksen med befolkningsandelen, får man en ressursbehovsandel som benyttes ved fordeling av inntekter som er tilordnet modellelementet.

[1] Rapporten går nærmere inn på hva «behov» er i kapitlet om behovskomponenten
[2] Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak (NOU 2019: 24 (regjeringen.no))

Prosjektleder mener det regionale modellelementet for prehospitale tjenester er et bedre utgangspunkt for arbeidet enn den nasjonale modellen. Hovedårsaken er at nasjonale modellen ikke estimerer behovet for ambulansetjenester. Helse Sør-Øst sin regionale modell for prehospitale tjenester skiller seg fra den nasjonale modellen ved at den har en behovskomponent som fordeler inntekter på lik linje som de andre tjenesteområdeelementene. Det må derfor gjøres egne analyser av behov. I tillegg vurderer prosjektleder den nasjonale inntektsmodellen som en lite finmasket modell, og også Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF etablerer egne tilnærminger for prehospitale tjenester. Styringsgruppen har sluttet seg til en tilnærming som tar utgangspunkt i dagens Helse Sør-Øst-element for prehospitale tjenester, jf. styringsgruppesak 12-2022.

3 Kostnadskomponenten og kostnadskompensasjon

3.1 Om uforskyldte kostnadsulemper

Helseforetakene har enkelte uforskyldte merkostnader utover det som fanges opp gjennom behovskomponenten. Kostnadskomponenten skal kompensere for disse kostnadsulempene. Uforskyldte kostnadsulemper defineres som forhold som gjør drift av prehospitale tjenester (ambulansetjenester og pasientreiser) særlig kostnadskrevende og som må antas å være annerledes fordelt relativt mellom områdene enn den generelle behovskomponenten. Kostnadskomponenten gis på bekostning av midler til fordeling via behovskomponenten. Det betyr at hvis kostnadskomponenten øker vil helseforetakene bli belastet for økningen i henhold til sin andel av behovskomponenten, før kostnadskomponenten fordeles.

3.1 Flytting av kostnadskompensasjon ut av inntektsmodell

Styringsgruppen har i løpet av prosjektet bedt om en vurdering av hvilke oppgaver som skal innarbeides med kompensasjon i en kostnadskomponent og hvilke som skal finansieres utenfor inntektsmodellen, jf. styringsgruppesak 12-2022. Prosjektleder har uttalt at dette er en administrativ endring, og dermed at vurderingen bør gjøres av Helse Sør-Øst RHF utenfor prosjektets rammer. Sekretariatet har lagt fram en anbefaling til håndtering av dette forholdet internt i Helse Sør-Øst RHF i oktober 2022. Endringen ble innført i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2024-2027, styresak 022-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024-2027-planforutsetninger*. Endringen innebærer at finansiering av kostnader knyttet til medisinsk bemanning av luftambulanser, intensivambulanser og annen medisinsk beredskap, samt øvrige kostnadsmessige forhold som Oslo universitetssykehus HF har i forbindelse med regionale og interregionale funksjoner, kompenseres utenfor inntektsmodellen. Detaljer er beskrevet i avsnitt 3.2.2 og 3.2.3. Samlet er det oppgaver med tilhørende finansiering tilsvarende et beløp på om lag 174,7 millioner kroner (2023-kroner) som nå kompenseres utenfor inntektsmodellen. Kostnadskartleggingen i prosjektet viser at finansieringen er på nivå med tidligere tildelt beløp i dagens modell. Endringen vil ikke påvirke den samlede finansieringen av helseforetakene, men vil gi lik håndtering av pålagte nasjonale og regionale oppgaver som innenfor de andre tjenesteområdene.

Kostnadskompensasjonen som har blitt flyttet ut av modellen er ikke med i omfordelingseffektene vist i rapporten fordi de ligger utenfor dagens inntektsmodell (2024).

3.2 Identifiserte kostnadsulemper

I dette prosjektet er det identifisert kostnadsulemper basert på dagens kostnadskompensasjon og innspill fra prosjektdeltakere. Deretter er kostnadsulempene kvantifisert. Kostnadskompensasjonen for prehospitale tjenester skiller seg fra kostnadskompensasjonen for de øvrige tjenesteområdene, ved at den i stor grad baserer seg på innrapporterte kostnader. Prosjektleder anbefaler basert på prosjektets identifisering av kostnadsulemper at det bør kompenseres for følgende forhold:

1. Helseforetakenes kostnader til akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK)
2. Helseforetakenes kostnader knyttet til medisinsk bemanning av luftambulanser, intensivambulanser og annen medisinsk beredskap
3. Øvrige kostnadsmessige forhold som Oslo universitetssykehus HF har i forbindelse med regionale, nasjonale og internasjonale funksjoner innen prehospitale tjenester

Dette betyr at elementene i kostnadskompensasjonen vil være tilsvarende som i dagens modell.

3.2.1 Helseforetakenes kostnader til akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK)

I dagens inntektsmodell er beløpet som fordeles i kompensasjonen for AMK basert på innrapporterte kostnader fra 2013, og indeksregulert til om lag 216 millioner kroner i inntektsmodell 2024. I prosjektet har det blitt vurdert å videreføre kompensasjon basert på innrapporterte kostnader, og det er innhentet oppdaterte kostnadsberegninger for AMK fra tre ulike kilder; helseforetak, Helsetjenestenes driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF), og Sykehuspartner HF. Bakgrunnen for å inkludere kostnader fra HDO HF og Sykehuspartner HF er at HDO HF fakturerer helseforetakene med AMK-sentraler basert på antall operatørplasser og radioenheter. I tillegg påløper det kostnader hos Sykehuspartner HF for IKT-støttefunksjoner.

Tabell 2 viser oversikt over samlede innrapporterte kostnader basert på 2019 data i 2022- og 2023-kroner. Basert på innrapportert kostnad i 2022-kroner har prosjektleder vurdert at kompensasjonen for AMK bør settes til 300 millioner kroner (2022-kroner), altså ikke fullkompensering av kostnadene. Prisjustert til 2023-kroner utgjør anbefalt kompensasjon 311,4 millioner kroner, som er en økning på om lag 95 millioner kroner sammenlignet med dagens nivå. Årsaken til økningen i AMK kan skyldes, utover at tjenesten har blitt dyrere, at det ikke er kjent om kostnader knyttet til HDO HF og Sykehuspartner HF er inkludert i innrapporterte kostnader som inngår i dagens inntektsmodell. Det ble i sluttrapporten for forrige inntektsmodellprosjekt i 2014 skrevet følgende: *«Det er fortsatt en viss grad av usikkerhet i rapporteringen av disse kostnadene i forhold til hva som er inkludert og ikke. I størst grad dreier dette seg om kostnader til IKT gjennom Sykehuspartner og kostnader knyttet til nytt nødnett».*

Kostnadene som er innrapportert fra helseforetakene utgjør om lag 260 millioner kroner (2023-kroner), der Oslo universitetssykehus HF har innrapportert en kostnad som utgjør rundt halvparten. Oslo universitetssykehus HF sine innrapporterte kostnader er ekskludert kostnader for AMK-reservefunksjon.

Helseforetak	Innrapporterte 2019-kostnader for AMK (prisjustert til 2022)	Innrapporterte 2019-kostnader for AMK (prisjustert til 2023)
Sykehuset Innlandet HF	34 813	36 136
Oslo universitetssykehus HF	125 852	130 635
Sørlandet sykehus HF	32 474	33 708
Sykehuset i Vestfold HF	25 614	26 588
Vestre Viken HF	30 769	31 939
Sum helseforetak	***249 523***	***259 005***
Sykehuspartner HF	38 171	39 621
Helsetjenestenes driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF)	17 640	18 311
Totalt	**305 334**	**316 937**
Prosjektleders anbefalte AMK-kompensasjon	**300 000**	**311 400**

Tabell 2 Innrapporterte kostnader for AMK basert på 2019 data (prisjustert til 2022- og 2023-kroner) og prosjektleders anbefalte AMK-kompensasjon

Kostnadskompensasjon for AMK foreslås fordelt etter en nøkkel basert på en beregnet ressursbehovsandel for AMK. Dette er en videreføring av prinsippet i dagens inntektsmodell. I dag er ressursbehovsandelen basert på en indeks fra da modellelementet ble implementert, som reflekterer ambulanseoppdrag per innbygger. Indeksen for det enkelte område er koblet mot andel innbyggere i regionen for å gi et relativt ressursbehov per område. En ressursbehovsandel bør reflektere behov og faktisk forbruk for AMK-tjenester.

Prosjektleder har vurdert at antall ambulanseoppdrag, antall AMK-telefoner og behovsindeks for somatikk er de primære kostnadsdriverne for AMK. Disse indeksene er derfor vektet inn med 1/3 hver og vektet med befolkningsandel. Samtlige indekser og andel innbyggere er estimert basert på opptaksområder som følger AMK-struktur (vedlegg 9.1 viser beregning av de tre indeksene isolert). Et argument for å vekte sammen flere indekser er også at en enkelt indeks ikke fanger opp alle relevante forhold, og at det kan være svakheter i rapporteringen av grunnlagstall som inngår i beregningen av indekser. Prosjektet har imidlertid innhentet data for alle helseforetak fra de samme kildene, som kan redusere faren for at innrapportering og eksklusjons-/inklusjonskriterier er avvikende mellom helseforetak. Andel innbyggere i regionen tilsvarer andel innbyggere som ble brukt i inntektsmodell 2023 (gjennomsnitt 2023 og 2024). Antall ambulanseoppdrag (2019-data) er hentet fra AMIS-databasen (oversendt fra Sykehuspartner HF), og inkluderer alle oppdrag for å gjenspeile total arbeidsbelastning på AMK, også gjestepasienter. Antall AMK telefoner (2021-data) er hentet fra HDO HF, og inkluderer både inngående og utgående anrop for å gjenspeile total arbeidsmengde på AMK.

Oppdatert ressursbehovsandel vises i tabell 3.

Helseforetak	Ressursbehovsandel (behovsindeks somatikk x innbyggere)	Ressursbehovsandel (indeks oppdrag x innbyggere)	Ressursbehovsandel (indeks AMK tlf x innbyggere)	Ressursbehovsandel vektet (1/3)
Sykehuset Innlandet HF	12,2 %	13,2 %	9,9 %	11,8 %
Oslo universitetssykehus HF	53,8 %	55,3 %	53,5 %	54,2 %
Sørlandet sykehus HF	10,4 %	8,8 %	9,1 %	9,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	14,5 %	12,8 %	17,9 %	15,1 %
Vestre Viken HF	9,0 %	9,9 %	9,7 %	9,6 %
Sum	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**

Tabell 3 Oversikt over samlet beregnet ressursbehovsandel for AMK, og de tre indeksene (behovsindeks somatikk, indeks ambulanseoppdrag/innbygger, indeks AMK-tlf/innbygger) som er vektet inn med 1/3 hver i ressursbehovsandelen. Detaljer for beregning av de ulike indeksene er vist i vedlegg 9.1

Det kan påpekes at Sykehuset i Vestfold HF har en betydelig høyere ressursbehovsandel basert AMK-telefoner per innbygger sammenlignet med oppdrag per innbygger og behovsindeks for somatikk. For Sykehuset Innlandet HF er det motsatt. Dette kan blant annet skyldes at noen områder har større «lekkasje» av oppdrag på naboområde. For eksempel at Sykehuset i Vestfold HF mottar 113 fra Holmestrand/Sande hvor ambulansen i Vestre Viken HF er nærmest. Det kan også være ulik egendekning for somatikk mellom opptaksområder, hvor lav egendekning gir flere oppdrag mellom områder. Bestillingen vil da komme til AMK hvor gjestepasient behandles, mens området som pasienten sogner til utfører ambulanseoppdraget. Andre årsaker kan for eksempel være ulik terskel for å ringe 113, samt forskjeller mellom urbane og rurale strøk.

Tabell 4 viser endring i ressursbehovsandel fra dagens inntektsmodell i 2024 sammenlignet med i revidert inntektsmodell, samt omfordelingseffekter basert på disse ressursbehovsandelene. Samtlige helseforetak har en positiv omfordelingseffekt fordi kostnadskompensasjonen øker med om lag 95 millioner kroner. Den økte kostnadskompensasjonen går imidlertid på bekostning av behovskomponenten, så ikke alle får en netto positiv effekt (ikke vist).

Helseforetak	Ressurs-behovsandel IM 2024	Ressurs-behovsandel revidert IM	Endring ressursbehovs-andel	Fordelt etter ressursbehov IM 2024 (beløp IM 2024)	Fordelt etter nytt ressurs-behov (oppdatert beløp)	Omfordelings-effekt
Sykehuset Innlandet HF	15,2 %	11,8 %	-3,4 %	32 825	36 609	3 784
Oslo universitetssykehus HF	48,5 %	54,2 %	5,7 %	104 836	168 754	63 917
Sørlandet sykehus HF	12,3 %	9,4 %	-2,9 %	26 663	29 343	2 680
Sykehuset i Vestfold HF	14,7 %	15,1 %	0,3 %	31 845	46 918	15 073
Vestre Viken HF	9,3 %	9,6 %	0,2 %	20 169	29 776	9 608
Sum	**100,0 %**	**100,0 %**	**0,0 %**	**216 339**	**311 400**	**95 061**

Tabell 4 Omfordeling som følge av endring i AMK-kompensasjon (2023-kroner)

AMK-kompensasjon gis kun til helseforetak med AMK-funksjon. Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF ivaretar AMK-funksjonen til henholdsvis Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Telemark HF. Det forutsettes derfor at HDO HF og Sykehuspartner HF kun fakturerer helseforetakene med AMK-funksjon for kostnader relatert til AMK, i tillegg til at helseforetakene ikke fakturerer hverandre.

Flere i prosjektgruppen har ønsket en benchmarking av den beregnede ressursbehovsandelen for AMK. Ressursbehovsandelen er derfor benchmarket mot andel innrapporterte kostnader og andel innbyggere (vedlegg 9.2). Benchmarkingen viser at ressursbehovsandelen til Sykehuset Innlandet HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF ligger mellom andel innrapporterte kostnader og andel innbyggere. Sørlandet sykehus HF sin ressursbehovsandel ligger under andel innrapporterte kostnader og andel innbyggere, mens Sykehuset i Vestfold HF sin ressursbehovsandel ligger over andel innrapporterte kostnader og andel innbyggere. Selv om det er noen avvik i benchmarkingen har prosjektleder vurdert at det ikke vil ha store effekter å endre type indekser som utgjør ressursbehovsandelen for AMK.

Prosjektet har diskutert om en ressursbehovsandel bør kunne oppdateres for å fange opp endringer i tjenesten. Dagens inntektsmodell oppdaterer ikke antall ambulanseoppdrag per innbygger som ligger til grunn for fordelingen av midler til AMK, men andel innbyggere oppdateres årlig. Prosjektleder har vurdert at indeksene i den reviderte inntektsmodellen bør forsøkes oppdatert årlig, men dette er avhengig av tilgjengelige data. Dette kommer i tillegg til at andel innbyggere oppdateres, og at nivå på kostnadskompensasjon prisjusteres.

Det har vært diskusjon i prosjektgruppen hvorvidt kompensasjonen for AMK er for høy, og følgelig at kostnadskomponenten blir for stor. Det har blitt stilt spørsmål ved om AMK bør kompenseres fullt ut basert på innrapporterte kostnader, og om man ønsker en komponent som stimulerer til økt oppdragsantall for ambulanser slik komponenten legger opp til nå. En del av helseforetakene ønsket å legge inn en nedjustering i kostnadskomponent for AMK med begrunnelse krav til effektivisering. Dette vil i så fall redusere kostnadskomponenten, og øke behovskomponenten. Prosjektleder har presisert at helseforetakene som driver effektiv AMK vil få en gevinst av den foreslåtte kostnadskomponenten, og de som driver mindre effektivt vil få et effektiviseringskrav. Det brukes innrapporterte kostnader til å fastsette den *samlede* størrelsen på kompensasjon for AMK, men kompensasjonen fordeles ut etter en annen nøkkel enn innrapporterte kostnader for å gi insentiver til effektiv drift av AMK. Dermed vil de helseforetakene som rapporterer inn høyere kostnader enn det nøkkelen tilsier, få mindre kompensasjon enn innrapporterte kostnader.

3.2.2 Helseforetakenes kostnader knyttet til medisinsk bemanning av luftambulanser, intensivambulanser og annen medisinsk beredskap

I dagens inntektsmodell er kompensasjonen for medisinsk bemanning basert på innrapporterte kostnadsestimat fra 2013. Beløpet prisjusteres i forbindelse med årlig ordinær oppdatering av inntektsmodellen. Prosjektleder har vurdert en videreføring av samme metode for den reviderte inntektsmodellen, men med oppdaterte kostnadsestimat.

Fire av helseforetakene har kostnader knyttet til medisinsk bemanning av luftambulanser, hvor en betydelig andel av oppdragene er med pasienter fra andre opptaksområder. For Sørlandet sykehus HF (Arendal), Vestre Viken HF (Ål) og Sykehuset Innlandet HF (Dombås) dreier kostnadsulempene seg om bemanning til en luftambulansebase med ett helikopter per område. Oslo universitetssykehus HF har en luftambulansebase med to helikoptre (Lørenskog). Luftambulansebasene eies av helseforetakene, men leies ut til Luftambulansetjenesten HF, som igjen mottar midler fra Helse Sør-Øst RHF for alle basene i regionen. Unntaket er basen på Dombås som eies av Norsk Luftambulanse AS og leies ut til Luftambulansetjenesten HF. Oslo

universitetssykehus HF har i tillegg øvrige kostnadsulemper knyttet til medisinsk bemanning. Prosjektleder anbefaler en samlet kostnadskompensasjon på om lag 129,3 millioner kroner (2023-kroner) til medisinsk bemanning av luftambulanser, intensivambulanser og annen medisinsk beredskap (tabell 5).

Helseforetak	Kostnadsulempe	Forslag til kompensasjon i revidert inntektsmodell (2023-kroner)
Sykehuset Innlandet HF	Luftambulanse Dombås	15 570
Sørlandet sykehus HF	Luftambulanse Arendal	15 570
Vestre Viken HF	Luftambulanse Ål	15 570
Oslo universitetssykehus HF	Luftambulanse Lørenskog x 2 (To ambulansehelikoptre)	31 140
Oslo universitetssykehus HF	Reserve crew Lørenskog	6 124
Oslo universitetssykehus HF	Medisinsk bemanning av redningshelikopter Rygge	13 079
Oslo universitetssykehus HF	Medisinsk bemanning av to ambulansefly Gardermoen	28 545
Oslo universitetssykehus HF	Medisinsk bemanning av MKA (fly-koordineringssentral i Sør-Norge)	1 868
Oslo universitetssykehus HF	Medisinsk bemanning av intensivambulanse/ spesialtransporter, internt i Helse Sør-Øst	1 868
Oslo universitetssykehus HF	***Sum***	***82 624***
Alle helseforetak	**Sum**	**129 334**

Tabell 5 Forslag til kostnadskompensasjon for medisinsk bemanning av luftambulanser, intensivambulanser og annen medisinsk beredskap (2023-kroner)

3.2.3 Øvrige kostnadsmessige forhold som Oslo universitetssykehus HF har i forbindelse med regionale, nasjonale og internasjonale funksjoner innen prehospitale tjenester

Oslo universitetssykehus HF fyller flere regionale, nasjonale og internasjonale funksjoner innen prehospitale tjenester, og har en del kostnader forbundet med transport for pasienter fra andre opptaksområder og andre regioner. I dagens inntektsmodell kompenseres disse kostnadsulempene basert på et kostnadsanslag fra 2013, som prisjusteres. Unntaket er kompensasjon for AMK-reserveløsning, som ble lagt inn fra og med 2016 og var et tiltak som følge av oppfølgingen etter 22. juli. Nivået på kompensasjonen er et samlet estimat for flere forhold fordi det opprinnelig ikke ble kvantifisert hva hver enkelt kostnadsulempe utgjorde i kroner. I prosjektrapporten fra 2014 står det følgende: «*Kostnader for koordinerende AMK-sentral (K-AMK), Koordinering av luftambulanseoppdrag i AMK (AMK-LA) og AMK reserveløsning er ikke konkret anslått, og listen over slike oppgaver er heller ikke uttømmende. Det legges inn en samlet kompensasjon som skal dekke regionale oppgaver og merkostnader knyttet til reiser og administrasjon for pasienter fra andre regioner på 25 millioner kroner*». I 2023-kroner tilsvarer beløpet om lag 36,8 millioner kroner. I tillegg ble Oslo universitetssykehus HF kompensert for ambulansetransport for andre regioner utenfor inntektsmodellen. I 2023 var kompensasjonen på om lag 4,9 millioner kroner.

Prosjektleder anbefaler å videreføre kompensasjon basert på oppdaterte innrapporterte kostnader, som prisjusteres årlig. Tabell 6 viser detaljert oversikt over hvilke kostnadsulemper som

prosjektleder anbefaler å kompensere for, samt innrapporterte kostnader i 2023-kroner (basert på 2019-2022 data). Prosjektleder anbefaler en samlet kompensasjon på 45,4 millioner kroner (2023-kroner).

Kostnadsulempe	Forslag til kompensasjon i revidert inntektsmodell (2023-kroner)
Intensivambulanse/spesialtransporter, selve bilen, pasienter fra Helse Sør-Øst og andre regioner	3 322
Merbemanning på kjørekontorene; på grunn av returer med taxi fra sykehus i Oslo-området for pasienter fra andre områder i Helse Sør-Øst	2 076
K-AMK funksjon (koordinerende AMK-sentral)	6 124
AMK-LA (AMK luftambulanse)	12 456
AMK-reserve løsning	2 803
Sum kostnadsulemper regionale funksjoner	***26 781***
Medisinsk beredskap for UD (URE-ordningen)	1 868
Merkostnader NOR-EMT	1 038
Nasjonale medisinske team	519
Medisinsk bemanning av intensivambulanse/spesialtransporter, for pasienter fra andre regioner	1 868
Fly-bestillingssentral for rutefly, i all hovedsak pasienter som skal hjem fra Oslo til andre regioner	830
Transport med ambulanse til/fra Gardermoen for pasienter fra andre regioner	4 878
Transport med pasientreiser til/fra Gardermoen for pasienter fra andre regioner	4 671
Transport med pasientreiser til/fra andre steder enn Gardermoen for pasienter fra andre regioner	2 906
Sum kostnadsulemper nasjonale og internasjonale funksjoner	***18 578***
Sum alle kostnadsulemper	**45 359**

Tabell 6 Forslag til kostnadskompensasjon for øvrige kostnadsmessige forhold ved Oslo universitetssykehus HF forbundet med regionale/nasjonale/internasjonale funksjoner innen prehospitale tjenester (2023-kroner). "NOR-EMT" og "nasjonale medisinske team" finansieres ikke gjennom kostnadskomponenten i dag, men har blitt vurdert som kostnadsulemper basert på innspill fra prosjektgruppen

Helse Sør-Øst RHF har besluttet at noen av kostnadsulempene som er oppsummert i tabell 6 kompenseres av det regionale helseforetaket. Dette gjelder tjenester for andre regioner (nasjonale tjenester) og internasjonale funksjoner som samlet utgjør 18,6 millioner kroner.

Det har i prosjektgruppen vært diskutert hvordan Oslo universitetssykehus HF sin AMK-reservefunksjon bør finansieres. Det har kommet innvendinger mot at Oslo universitetssykehus HF skal få en kompensasjon for dette, med bakgrunn i at også andre områder har AMK-reservefunksjon. Per i dag er det den enkelte AMK-sentral sitt ansvar å dekke kostnader knyttet til reserve-AMK-løsninger. Dette gjelder også AMK Oslo som har ansvar for å etablere reservekapasitet ved AMK-sentralen på Ullevål sykehus. AMK-reservefunksjonen på Lørenskog som kompenseres gjennom kostnadskomponenten i dagens inntektsmodell er ikke bemannet,

men er rigget som en fullverdig sentral i eget lokale i tilknytning til luftambulansebasen og pasientreisekontoret på Lørenskog. Kostnadskompensasjonen skal dekke kostnader til applikasjonsleverandører og lisenser og drift av IKT. AMK-reservefunksjon fyller i tillegg andre funksjoner ved at den er reservesentral for øvrige AMK-sentraler, også AMK-sentraler i andre regioner grunnet sin nærhet til Gardermoen, er reservesentral ved langvarig driftsavbrudd og at den inngår i nasjonal beredskap. Reservefunksjonen på Lørenskog ble besluttet i forbindelse med prosjektet om videreutvikling av prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst i 2014. Ved etablering av inntektsmodellen for prehospitale tjenester i 2015 ble det besluttet at deler av kostnadene til drift av reservesentralen var en kostnadsulempe for Oslo universitetssykehus HF som skulle kompenseres. Prosjektleder anbefaler at denne kompensasjonen videreføres.

Videre har det i prosjektet kommet innsigelser på kostnadskompensasjonen som gis til Oslo universitetssykehus HF for kjørekontor. Det påpekes at denne kompensasjonen kun går til merbemanning for å planlegge bruk av returbiler og helsebusser (beregnet 3,5 årsverk), som medfører en merkostnad hos Oslo universitetssykehus HF. Kostnadene for selve pasientreisene inngår altså ikke i kostnadskompensasjonen. Oslo universitetssykehus HF sine transportkostnader for gjestepasienter i Helse Sør-Øst innen pasientreiser (og ambulansetjenester) omfordeles i mobilitetskomponenten på lik linje som for andre helseforetak.

Prosjektgruppen har diskutert hvorvidt oppdrag for pasienter fra andre regioner blir fanget opp. Noen prosjektdeltakere har gitt innvendingen at Oslo universitetssykehus HF er det eneste helseforetaket som får kompensert for interregionale pasienter i forslaget til revidert inntektsmodell, når også andre helseforetak har kostnader knyttet til transport av pasienter fra andre regioner. Prosjektleder har påpekt at Oslo universitetssykehus HF i motsetning til andre helseforetak har et høyt antall pasienter som ankommer Oslo lufthavn fra andre regioner, og skal til landsdekkende behandling hos Oslo universitetssykehus HF. Det er rimelig at Oslo universitetssykehus HF får dekket disse ekstrakostnadene. Volumet og årlig beløp Oslo universitetssykehus HF har fakturert andre regioner er kjent. Kostnader knyttet til transport av pasienter fra andre regioner utover dette vil være vanskelig å kompensere for på grunn av tilgjengelig data på netto oppdrag for andre regioner. Selv om et helseforetak har kostnader knyttet til transport for andre regioner kan det også være at andre regioner har kostnader knyttet til transport av Helse Sør-Øst pasienter.

3.2.4 Legebil/intensivtransport og legevaktbil

Prosjektleder har vurdert at legebil/intensivtransport ikke kan regnes som en kostnadsulempe, og anbefaler at det ikke kompenseres for, men finansieres gjennom behovskomponenten. Prosjektet har diskutert og analysert om det bør kompenseres for legebil/intensivtransport med bakgrunn i at Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Innlandet HF har fått øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet for legebil/intensivtransport. Det har blitt spilt inn at alle helseforetak bør likebehandles, for å ha like forutsetninger til å etablere legebil/intensivtransport. Prosjektet har analysert effektene av å innføre et tilsvarende tilskudd til resterende helseforetak gjennom en kostnadskompensasjon. Analysen førte til at behovskomponenten ble redusert, og siden Sykehuset Innlandet HF får en relativ stor andel av behovskomponenten i modellelementet, vil Sykehuset Innlandet HF i praksis miste effekten av kompensasjonen de får gjennom det øremerkede tilskuddet. Denne effekten kan argumentere imot at de helseforetakene som ikke får

øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet bør kompenseres for legebil/intensivtransport i kostnadskomponenten.

I ettertid av diskusjonen ble det i Statsbudsjett for 2023 foreslått at det øremerkede tilskuddet ble lagt til basisramme. For 2023 besluttet Helse Sør-Øst RHF allikevel at midlene skulle videreføres som en øremerket tildeling til Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Telemark HF. Fra økonomisk langtidsplan for 2024–2027 er midlene delt ut etter behovsandeler.

Det har også kommet innspill om at legevaktbil er en kostnadsulempe. Legevaktbil er registrert i AMIS-databasen som en del av ambulanseoppdragene, og prosjektleder vurderer derfor at legevaktbil inngår i behovskomponenten på linje med akuttbiler/'enreddere'.

3.3 Fordeling av kostnadskompensasjon

Tabell 7 viser oversikt over revidert kostnadskompensasjon for prehospitale tjenester, inkludert kostnadskomponenten i modellelementet for prehospitale tjenester og kompensasjon utenfor modellen (både midler som trekkes fra modellelementet for prehospitale tjenester, og midler som dekkes av Helse Sør-Øst RHF).

Helseforetak	AMK	Medisinsk bemanning	Øvrige forhold	Sum	Andel
Sykehuset Innlandet HF	36 609	15 570	-	52 179	10,7 %
Oslo universitetssykehus HF	168 754	82 624	45 359	296 737	61,0 %
Sørlandet sykehus HF	29 343	15 570	-	44 913	9,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	46 918	-	-	46 918	9,7 %
Vestre Viken HF	29 776	15 570	-	45 346	9,3 %
Sum	**311 400**	**129 334**	**45 359**	**486 093**	**100 %**

Tabell 7 Revidert kostnadskompensasjon i 2023-kroner, inkludert kompensasjon i inntektsmodellen og utenfor modell (både midler som trekkes fra basisramme og midler som dekkes av Helse Sør-Øst RHF)

Samlet kompenseres det 486 millioner kroner for uforskyldte merkostnader innen prehospitale tjenester. Av dette er det kun kompensasjon for AMK som inngår i kostnadskomponenten fra og med inntektsmodellen 2024. Det resterende håndteres på utsiden av modellen. I denne rapporten er det derfor kun AMK-kompensasjonen som er inkludert i omfordelingseffekter, slik at det blir sammenlignbart med inntektsmodell 2024 (se kapittel 3.2.1 for omfordelingseffekter i kostnadskomponenten).

3.4 Spesifikt om kompensasjon til Oslo universitetssykehus HF

Det har vært flere diskusjoner i prosjektgruppen relatert til kostnadskompensasjon. Diskusjonene har hovedsakelig omhandlet nivået på kostnadskompensasjonen som skal tildeles Oslo universitetssykehus HF, og at enkelte kostnadsulemper som er identifisert for regionsykehuset ikke bør kompenseres for. Det ble i september 2022 utstedt et brev fra samtlige helseforetak som er del av elementet for prehospitale tjenester unntatt Oslo universitetssykehus HF, som omhandlet legebil, intensivtransport, oppdrag for pasienter fra andre regioner, mobilitet, og

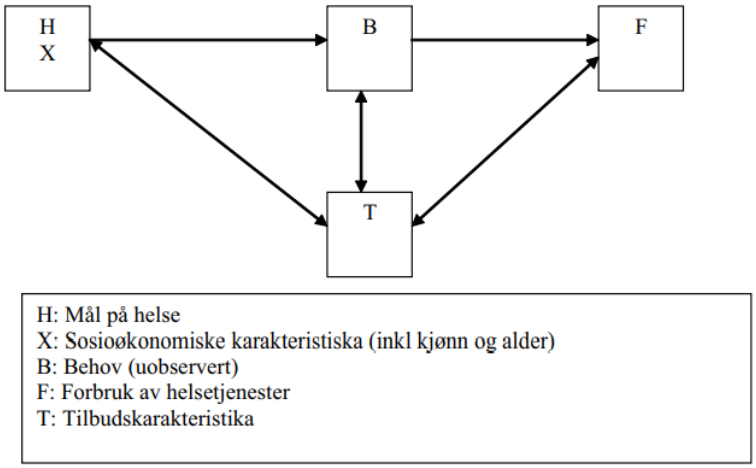
AMK-reservefunksjon. Prosjektleder har svart ut brevet i referatet fra prosjektmøtet den 29. september 2022. Brev og svar på brev er vedlagt rapporten (vedlegg 9.3).

4 Behovskomponenten

4.1 Om «behov»

Som nevnt innledningsvis skal behovskomponenten fordele inntekter ut fra befolkningens behov for helsetjenester. «Behov» er en uobserverbar størrelse som sier noe om i hvilken grad pasientene trenger helsetjenester. I NOU 2008:2[3] defineres behovet som *etterspørsel hvis ikke tilbudsbeskrankninger,* hvor *etterspørsel = forbruk hvis tilbud > etterspørsel.* Hvis det ikke er tilbudsbeskrankninger sier denne modellen at forbruket kan brukes til å estimere behov.

I realiteten påvirkes etterspørselen av faktorer som forventninger til, og kunnskap om, helsetjenesten, tilbudets utforming, helsetilstand, kjønn og alder. Figur 2 viser hvordan tilbudet, helsetilstand og sosioøkonomiske karakteristika kan påvirke behovet, og hvordan behov påvirker både forbruket av helsetjenester og tilbudet.



Figur 2 Faktorer som påvirker behov (NOU 2008:2)

Behov har både i nasjonal og nåværende regionale inntektsmodell blitt estimert gjennom analyser av faktisk forbruk av helsetjenester. Analysene bruker variasjon i faktisk forbruk av helsetjenester mellom pasienter og helseforetak til å beregne hvordan ulike karakteristika ved pasientene slik som alder, utdanningsnivå, sosiale og helsemessige forhold påvirker forbruket. Forbruk er normalt blitt målt i DRG-poeng for somatikk, kostnader for prehospitale tjenester, og enten kostnader eller en sammenvekting av liggedøgn, dagopphold og polikliniske oppholdt for PHV og TSB.

Utfordringer med å bruke faktisk forbruk som avhengig variabel i slike analyser, er at det faktiske forbruket kan bestå både av nødvendig og unødvendig behandling. Videre kan det også

[3] NOU 2008:2 *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*

være underforbruk av visse typer behandling. Hvis dette underforbruket er systematisk vil ikke behovsanalysene alltid klare å ta hensyn til dette.

Behovsanalysene skal ende i behovskriterier, med tilhørende behovsvekter, som sier noe om i hvilken grad en viss sosioøkonomisk eller demografisk faktor forventes å påvirke forbruket. En viktig presisering er at behovet i behovsanalysene estimeres *relativt* for hvert opptaksområde. Behovskriteriene brukes til å beregne en behovsandel per opptaksområde. Behovsandelen representerer den andelen hvert opptaksområde får av den beløpsmessige størrelsen som fordeles gjennom behovskomponenten. Hensikten er at disse andelene skal gi en objektiv og rettferdig fordeling av midlene i behovskomponenten, men behovsandelene garanterer ikke at inntektene er store nok til å dekke det absolutte estimerte behovet. Det siste bestemmes av hvor mye ressurser politiske myndigheter velger å avsette til helsetjenestene.

Oppsummert kan behov i inntektsmodellsammenheng defineres som den relative forventede ressursbruken for helsetjenester i et opptaksområde, gitt befolkningssammensetningen opptaksområdet har.

4.2 Etablering av behovskomponenten i modellelementet for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst

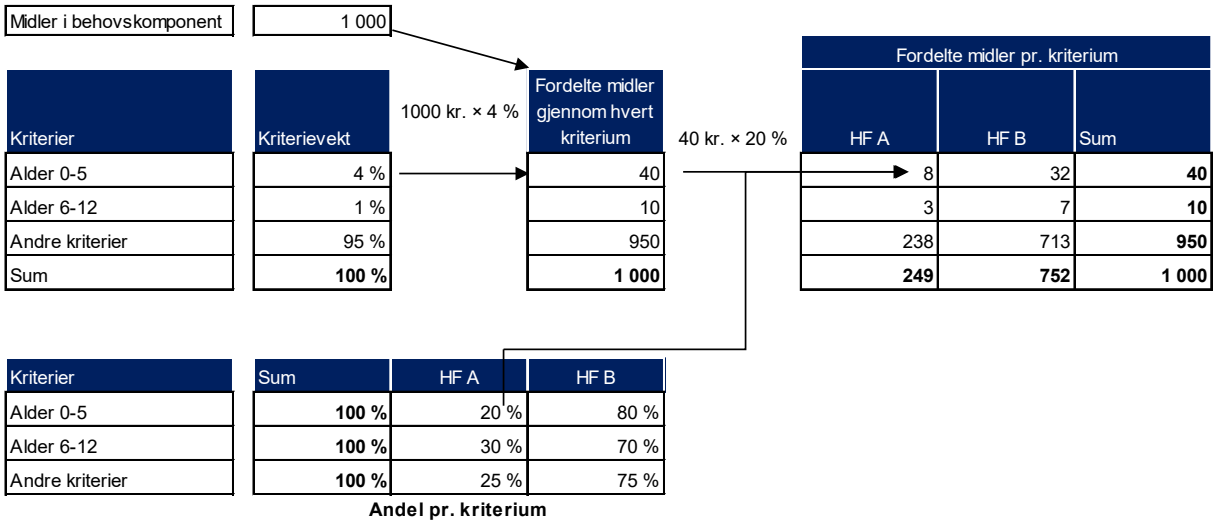
På grunnlag av statistiske analyser utvikles en behovskomponent som skal fordele inntekter til helseforetakene basert på forventede kostnader ved å tilby prehospitale tjenester innen ambulansetjenester og pasientreiser for pasienter som sogner til det prehospitale området inntektene fordeles til. Kostnader til akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) kompenseres gjennom kostnadskomponenten. I motsetning til behovsanalysene for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling måles forventet ressursbruk for prehospitale tjenester altså i kostnader, heller enn aktivitet (DRG-poeng eller vektede liggedøgn). I dagens modellelement for prehospitale tjenester er ikke kostnadsdata eller befolkningsdata som inngår i behovskomponenten oppdatert siden modellelementet ble implementert i 2015. Datagrunnlaget i dagens modell er fra 2012 og 2013.

For prehospitale tjenester er opplegget for analysene som følger:

1. Utgifter til ambulansetjenester og pasientreiser fordeles til kommuner basert på pasientens bostedskommune.
2. Variasjonen i utgifter mellom kommunene assosieres med variabler som beskriver demografiske, sosioøkonomiske og helsemessige forhold, samt tid/avstander til helseinstitusjoner på ulike nivå i helsetjenestesystemet.
3. De av disse variablene som tar signifikante effekter (5 %-nivå) på utgiftsnivået regnes om til vekter som benyttes som kriterier til fordeling av inntekter i behovskomponenten.

Behovsvektene sier hvor mye av inntektene som fordeles gjennom behovskomponenten, som fordeles gjennom det gitte kriteriet. Hvis for eksempel kriteriet «Alder 0-5» har en vekt på 4 %, betyr det at 4 % av inntektene i behovskomponenten fordeles ut fra andel 0-5-åringer i det enkelte opptaksområde. Dette er illustrert i Figur 3 under. Hvis det som eksempel fordeles 1 000 kroner i behovskomponenten, vil det fordeles 40 kroner gjennom kriteriet «Alder 0-5» (1 000

kroner × 4 %). Hvis helseforetak A sitt opptaksområde har 20 % av alle 0-5 åringer, vil foretaket få 8 kroner gjennom dette kriteriet (40 kroner × 20 %).



Figur 3 Illustrasjon av hvordan behovskomponenten fordeler inntekter

Opptaksområdeansvaret for prehospitale tjenester (ambulansetjenester og pasientreiser) og AMK er ikke det samme. Opptaksområdetilhørighet per kommune er vist i vedlegg 9.4. Delprosjektet har benyttet 2019-data i analysene. Endringer i opptaksområder som følge av kommunesammenslåinger etter 2019 er håndtert. Prosjektleder vurderer herunder at Helse Sør-Øst RHF sin årlige kompensasjon på 6,5 millioner kroner til Oslo universitetssykehus HF for følgende forhold kan avvikles fordi de blir håndtert gjennom revidert behovskomponent:

- Endringer i pasientstrøm mellom Norbyhagen og Kongsvinger, for kommunene Ullensaker og Eidsvoll kompenseres i dag med 2,5 millioner kroner
- Pasientreisekostnader kompenseres i dag med 4 millioner kroner

Følgende avvik og endringer i opptaksområder er særlig håndtert;

- Røyken og Hurum gikk inn i Asker 1. januar 2020, og AMK for de to kommunene ble overført til Oslo universitetssykehus HF. Vestre Viken HF beholdt ansvaret for ambulansetjenester og pasientreiser i de tidligere kommunene. Helse Sør-Øst RHF har årlig kompensert Oslo universitetssykehus HF med en midlertidig tildeling på 2,5 millioner kroner for å dekke merkostnaden ved forsterket ressursinnsats. Prosjektleder anbefaler at kompensasjonen avvikles, og at dette forholdet håndteres i mobilitetskomponenten (kapittel 5).
- Sande gikk inn i Holmestrand 1. januar 2020, og AMK ble overført til Sykehuset i Vestfold HF. Vestre Viken HF beholdt ansvaret for ambulansetjenester og pasientreiser i den tidligere kommunen. I 2022 ble det besluttet at Sykehuset i Vestfold HF kan fakturere Vestre Viken HF inntil 2,4 millioner kroner årlig for ambulansekjøring av Sande-pasienter. Prosjektleder anbefaler at kompensasjonen avvikles, og at dette forholdet håndteres i mobilitetskomponenten (kapittel 5).

Prosjektleders prinsipielle syn er at ambulansedistriktene bør dekke helseforetakenes opptaksområder.

4.2.1 Etablering av datagrunnlaget

Utgiftene for prehospitale tjenester genereres av to elementer:

1. Utgifter til ambulansetjenester
2. Utgifter til pasientreiser (reiser med og uten rekvisisjon)

Noen av kostnadene ved en ambulansestasjon eller et pasientreisekontor kan være for pasienter tilhørende et annet prehospitalt opptaksområde enn der hvor stasjonen/kontoret befinner seg. Behovskomponenten skal imidlertid fordele inntekter til å dekke utgifter til det prehospitale opptaksområdets pasienter, ikke andre opptaksområders pasienter. Før behovsanalysene kan gjennomføres fordeles derfor kostnadene tilbake til pasientens opptaksområde ved hjelp av informasjon om antall oppdrag.

I prosjektet har det vært ønskelig med et så detaljert datagrunnlag som mulig, men metodene som ble benyttet ble tilpasset til de data som var tilgjengelig, og hvor ressurskrevende datauthentingen var. Det ble forespurt data for perioden 2017-2021 for å kunne ha mulighet for å beskrive utvikling over tid, men ikke alle helseforetakene kunne levere dette. Modellen er derfor laget med utgangspunkt i 2019-data. Det er ikke benyttet nyere data for å unngå skjevheter som følge av covid-19-pandemien.

Delprosjektet har spesielt diskutert temaer knyttet til datagrunnlaget som skulle innhentes og brukes i analysene. Det har blitt påpekt at ulik registrering av data på tvers av helseforetak kan påvirke datagrunnlaget som er innhentet. Data som er innhentet til behovskomponenten er hovedsakelig fra samme datakilder (gjennom Pasientreiser HF og AMIS-databasen via Sykehuspartner HF), med unntak av kostnadsdata for ambulansetjenester og pasientreiser med rekvisisjon som er hentet direkte fra de ulike helseforetakene. Innrapporterte kostnadsdata fra helseforetakene om kostnader for ambulansestasjoner er innhentet etter samme spesifiserte bestilling. Prosjektgruppen har diskutert om tallene er sammenlignbare på grunn av ulik organisering. Innrapporterte kostnader for ambulansestasjoner ble avstemt med publiserte tall i SAMDATA for ambulansetjenester, og kostnadene var på samme nivå for alle helseforetak.

4.2.1.1 Ambulansetjenester

Data om ambulanseoppdrag er innhentet fra Sykehuspartner HF gjennom AMIS-databasen der alle oppdrag er registrert. I utgangspunktet omfatter innhentet datasett alle oppdrag som er registrert i AMIS-databasen i Helse Sør-Øst sine ambulansedistrikter utført i perioden 2017-2021. Oppdrag defineres som en ambulansetur med pasient, der pasientens bostedskommune er registrert. Ambulanser kjører også oppdrag uten pasienter. At ambulansene kjører uten pasienter kan skyldes flere forhold, i første rekke beredskapshensyn (flytting av ambulanser for å opprettholde lave responstider), retur til stasjon etter en pasienttransport eller kjøring til sykehus for henting av pasient. Disse turene inngår ikke direkte i datagrunnlaget, men vil indirekte bli fanget opp ved at kostnadene ved disse turene fordeles på oppdragene med pasienter. Stasjoner som har mye beredskapskjøring vil for eksempel få en relativt høy minuttpris.

I datagrunnlaget er oppdrag med negative oppdragstider, oppdrag som tar lengre tid enn 1000 minutter (16,67 timer) og oppdrag som ikke har registrert pasient med bostedskommune ekskludert. Den siste gruppen utgjør om lag 19 000 oppdrag. Etter disse justeringene omfatter datagrunnlaget knapt 440 000 oppdrag (vedlegg 9.5.1 beskriver dataflyten i denne delen av prosjektet). Datasettet med informasjon om ambulanseoppdragene er deretter koblet med en kostnadsfil, basert på turnummer som er inkludert i begge filene. Kostnadsfilen inneholdt blant annet informasjon om kostnadene ved den enkelte ambulansestasjon og ble utlevert av helseforetakene. Informasjon fra de to filene er koblet for å etablere en variabel som beskriver ambulanseutgifter per innbygger på kommunenivå. Variabelen etableres på følgende måte (vedlegg 9.5.2 beskriver dataflyten i denne delen av prosjektet):

1. Kostnader per enkeltoppdrag = ambulanseminutter per oppdrag*kostnad per minutt per stasjon,
2. kostnader per enkeltoppdrag tilordnes pasientens hjemkommune, summeres og
3. normeres med innbyggertallet i kommunen

Vedlegg 9.6 viser ambulanseutgifter per innbygger for alle kommuner, både totale kostnader per kommune og fordelt på ulike kostnadstyper (ambulanse og pasientreiser). Kostnadene per innbygger er lavest i sentrale områder og høyest i rurale strøk. Kommunene med særlig høye kostnader har også lavt folketall. For ambulansetjenester er det disse kostnadene som inngår i behovsanalysene.

4.2.1.2 Pasientreiser

Utgiftene til pasientreiser består av to komponenter:

1) Reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør hvor pasienten gjennomfører reisen og krever refusjon for kostnaden via Pasientreiser HF, som fordeler kostnaden til helseforetakene basert på pasientens bostedskommune).
2) Reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør hvor pasienten har rekvisisjon for transport og gjør selv opp for eventuell egenandel. Helseforetaket med opptaksområdeansvar dekker den overskytende kostnaden fakturert fra transportøren). Det er tre ulike typer reiser med rekvisisjon:
    a. drosjeselskap som fakturerer det helseforetaket de har avtale med, eller,
    b. Helseekspressen ved at helseforetaket hvor pasienten har bosted benytter buss i stedet for drosje, eller,
    c. rutefly (reisekontorene i helseforetakene bestiller reiser for pasienter gjennom reisebyrå. Kostnaden faktureres helseforetakene basert på pasientens bostedskommune).

Data om reiser uten rekvisisjon er innhentet fra Pasientreiser HF gjennom NISSY-databasen, og inkluderer alle oppdrag fra 2017-2021. Dette er kostnadsdata som lar seg fordele til den enkelte kommune på grunnlag av informasjon om pasientenes bostedskommune uten videre tilpasninger.

Kostnadene per tur er aggregert per kommune og normert med innbyggertallet. Håndteringen av datagrunnlaget for reiser med rekvisisjon beskrives mer detaljert i vedlegg 9.7.

Som for ambulansetjenester gir vedlegg 9.6 full oversikt over utgiftene til pasientreiser per innbygger for alle kommuner.

4.2.2 Behovsanalyser for å forklare kostnadsvariasjoner på kommunenivå i Helse Sør-Øst

Prosjektet har gjennomført regresjonsanalyser som skal forklare variasjoner i utgifter til prehospitale tjenester per innbygger mellom kommunene. Det vil si at kostnader forbundet med prehospitale tjenester er fordelt til kommunenivå med utgangspunkt i pasientens bostedskommune (avsnitt 2.2.1.1 og avsnitt 2.2.1.2). De samlede kostnadene på kommunenivå er gitt ved summen av utgiftene til ambulansetjenester og pasientreiser. Deretter er kostnadsvariasjonen mellom kommunene utnyttet for å identifisere variabler som kan forklare kostnadsvariasjonen mellom kommunene. Relevante forklaringsvariabler beskriver demografiske, sosioøkonomiske og helsemessige forhold, samt geografiske forhold som for eksempel mål på spredtbygdhet, og reisetid og -avstander. Tabell 8 gir oversikt over alle variablene som er testet ut i delprosjektet.

Det ble undersøkt om analysene kunne utføres på bydelsnivå i Oslo kommune, men dette lot seg ikke gjøre fordi Pasientreiser HF ikke har aktuelle data på bydelsnivå.

Variabel*	Definisjon	Kilde
Andel i 10-årige aldersgrupper**	Antall i aldersgruppen som del av befolkningen	SSB
Andel eldre enslige	Antall i gruppen som del av befolkningen	Kommunal-departementet
Andel uføre	Uføre som andel av befolkningen	Kommunal-departementet
Dødelighet	Døde per innbygger (gjennomsnitt for 3 siste år)	SSB
Andel med lav inntekt	Antall i gruppen som del av befolkningen	SSB
Andel arbeidsledige	Antall i gruppen som del av befolkningen	SSB
Opphopningsindeks	Summen antall skilte, ledige og fattige som andel av befolkningen	Kommunal-departementet
Andel sosialhjelpsmottakere	Antall i gruppen som del av befolkningen	SSB
Andel med lav utdanning	Kun grunnskole	Kommunal-departementet
Reiseavstand innen sone	I kilometer	Kommunal-departementet
Avstand til Oslo	I kilometer	Google Maps
Tid til nærmeste akuttsykehus***	I minutter	SSB
Avstand til nærmeste akuttsykehus	I kilometer	SSB/Google Maps
Avstand til nærmeste områdesykehus	I kilometer	Google Maps
Avstand til nærmeste PCI-senter	I kilometer	Google Maps
Avstand til nærmeste senter for stråling	I kilometer	Google Maps
Avstand til 1000 innbyggere	I kilometer	Kommunal-departementet
Avstand til 2000 innbyggere	I kilometer	Kommunal-departementet
Avstand til 5000 innbyggere (struktur-kriteriet)	Gjennomsnittlig reiseavstand per innbygger (i km) i en kommune for å nå 5 000 personer	Kommunal-departementet
Avstand til legevakt	I kilometer	Google Maps
Tid til legevakt	I minutter	Google Maps

*Tabell 8 Testede variabler fra analysene av kostnader til prehospitale tjenester *Alle variabler er på kommunenivå basert på gamle kommunenumre og tar hensyn til variasjoner i avstand fra de tidligere kommunene **Etter innledende analyser ble analysene konsentrert om aldersgruppen 70-89 år ***Det er benyttet minutter innen den enkelte kommune. I Oslo er det tatt et gjennomsnitt av minutter fra bydelene, dvs. at ulikhet i avstander innen Oslo fanges opp*

Analysene er utført gjennom veide regresjonsanalyser der folketall er benyttet som vekt. En kommune med 10 000 innbyggere vil eksempelvis «veie» dobbelt så mye som en kommune med 5 000 innbyggere. Analysene viser at fem forklaringsvariabler slår ut som signifikante, og dermed bidrar til å forklare utgiftsnivået for prehospitale tjenester:

- andel eldre i aldersgruppen 70-89 år,
- andel uføre i aldersgruppen 18-49 år,
- tid til nærmeste akuttsykehus,
- avstand til nærmeste områdesykehus og
- avstand til 5000 innbyggere uavhengig av kommunegrenser

For å forenkle modellen, og for å gjøre det mulig å regne kriteriene om til behovsvekter, er variablene som har med tid- og avstand å gjøre slått sammen til en tid- og avstandsvariabel (tid til nærmeste akuttsykehus, avstand til nærmeste områdesykehus, og avstand til 5000 innbyggere) som det gis et kostnadspåslag for. Den samlede tids- og avstandsvariabelen innebærer en mindre endring i tilnærmingen til behovskomponenten. Den faglige begrunnelsen er at det tids- og avstandsavhengige påslaget per innbygger både fanger opp tids- og avstandsmessige forklaringer på høye prohospitale kostnader og antallet innbyggere i den enkelte kommune som omfattes av disse kostnadsmessige forholdene.

Dette gjøres ved å kategorisere kommunene i tre grupper innenfor hver av de tre tid- og avstandsvariablene. For eksempel blir variabelen «tid til nærmeste akuttsykehus» kategorisert slik at kommunene faller i gruppene "kort tid til akuttsykehus", "middels tid til akuttsykehus", og "lang tid til akuttsykehus". Tilsvarende kategorisering gjøres for de to andre variablene. Deretter klassifiseres kommunene i forhold til den sammenslåtte tid- og avstandsvariabelen. Gruppe A representerer en referansekategori der det ikke gis påslag. For eksempel blir gruppe A kommuner med:

- kort tid til akuttsykehus
- kort avstand til 5000 innbyggere
- kort avstand til områdesykehus

Kombinasjonene av de kategoriserte variablene gir til sammen 27 kommunegrupper. Til slutt er det beregnet et kostnadspåslag per innbygger etter kommunegrupper utover kostnadene som defineres av de demografiske variablene (andel 70-89 åringer, andel uføre 18-49 år). Kommuner som ikke får et påslag som avviker signifikant fra gruppe A settes lik A, i avsluttende analyser.

Følgende eksempler viser påslagene for noen av gruppene (full oversikt er gitt i vedlegg 9.8):

- kommunetype A (eksempelvis Oslo, Fredrikstad, Arendal): 0 kroner
- kommunetype E (eksempelvis Vestby, Nannestad, Larvik): 481 kroner
- kommunetype J (eksempelvis Jevnaker, Siljan, Froland): 139 kroner
- kommunetype Q (eksempelvis Ringebu, Kragerø): 987 kroner
- kommunetype Æ (eksempelvis Dovre, Etnedal, Vang, Flå, Valle, Sirdal): 3 124 kroner

For sammenslåtte kommuner etter 2019 har det blitt beregnet et vektet gjennomsnitt av kostnadspåslaget til de gamle kommunene, når resultatene ble implementert i modellen. Gjennomsnittet er vektet med befolkningsstørrelse i de gamle kommunene. Eksempelvis teller gamle Drammen kommune sitt kostnadspåslag mer enn gamle Svelvik og Nedre Eiker kommuner sitt kostnadspåslag for nye Drammen kommune. Årsaken til at denne metoden ble benyttet for sammenslåtte kommuner er at det ble observert at avstandsmål kun for sammenslåtte kommuner (og ikke de gamle kommunene) ga «lav» uttelling på avstand.

Kostnadspåslaget per kommune benyttes til å lage en andel kostnadspåslag per opptaksområde som fordeler midlene. Kriteriet teller 50 %, som betyr at 50 % av det som legges inn i behovskomponenten fordeles etter andel kostnadspåslag. Det er altså ikke slik at helseforetakene tildeles selve kostnadspåslaget, men at påslaget per kommune summeres opp til

opptaksområdenivå, og at andelen brukes til å fordele inntektene som fordeles gjennom kriteriet for reisetid og avstand.

4.2.3 Behovsindekser per opptaksområde

De ovenfor nevnte signifikante forklaringsvariablene benyttes videre som kriterier i fordelingen av inntekter gjennom behovskomponenten. Basert på regresjonsanalysene er følgende kriteriesett med vekter lagt til grunn:

- Andel av befolkningen 70-89 år: vektet med 40%
- Andel uføre 18-49 år: vektet med 10%
- Andel kostnadspåslag for reisetid og avstand: vektet med 50%

Til sammenligning utgjør 67 år og over (42%), andel uføre (9%), avstand til 1000 innbyggere (24%), avstand til lokalsykehus (14%), avstand til områdesykehus (11%) behovskriteriene (med vekt i parentes) de signifikante variablene som er benyttet i dagens inntektsmodell.

Prosjektleder vurderer det som hensiktsmessig at andel av befolkningen 70-89 år og andel uføre 18-49 år oppdateres årlig i forbindelse med den ordinære oppdateringen av inntektsfordelingsmodellen. Det foreslås videre at andel kostnadspåslag for reisetid og avstand oppdateres med siste oppdaterte befolkningstall.

Tabell 9 viser behovsindekser som er estimert med kriteriesettet i revidert inntektsmodell beskrevet ovenfor, og sammenligner med behovsindekser i dagens inntektsmodell for 2024. Behovsindeksen sier hvor stort det estimerte behovet er per opptaksområde sammenlignet med gjennomsnittet (= 1). Behovskomponenten fordeles etter behovsandeler. Behovsandelen kan beregnes ved å multiplisere behovsindeksen med befolkningsandel.

Helseforetak	Behovsindeks i inntektsmodell 2024	Behovsindeks i revidert inntektsmodell	Differanse
Sykehuset Innlandet HF	1,795	1,873	0,078
Oslo universitetssykehus HF	0,671	0,648	-0,023
Sørlandet sykehus HF	1,211	1,276	0,065
Sykehuset Telemark HF	1,361	1,519	0,158
Sykehuset i Vestfold HF	0,995	0,814	-0,181
Vestre Viken HF	1,110	1,190	0,080
Sykehuset Østfold HF	1,090	1,009	-0,081

Tabell 9 Behovsindekser med dagens inntektsmodell (inntektsmodell 2024) sammenlignet med revidert inntektsmodell

Behovet for ressurser til prehospitale tjenester per innbygger er høyest i Sykehuset Innlandet HF sitt opptaksområde. Behovet ligger 87,3 % over Helse Sør-Øst-gjennomsnittet i revidert inntektsmodell og 79,5 % over gjennomsnittet i dagens inntektsmodell (inntektsmodell 2024).

Motsatt er behovet i Oslo universitetssykehus HF sitt opptaksområde 35,2 % lavere enn Helse Sør-Øst-gjennomsnittet i revidert inntektsmodell (behovsindeks 0,648). Det er særlig Sykehuset i Vestfold HF som får en reduksjon i behovsindeks, etterfulgt av Sykehuset i Østfold HF og Oslo universitetssykehus HF. Sykehuset i Telemark HF får den største økningen i behovsindeks.

4.3 Effekt av nye behovsanalyser

Tabell 10 viser endring i behovsandeler sammenlignet med dagens inntektsmodell for 2024. Behovsandelene viser hvor stor andel hvert opptaksområde får av behovskomponenten for prehospitale tjenester. Vedlegg 9.9 viser behovsandel og behovsindeks per kriterie og helseforetak.

Helseforetak	Behovsandel i inntektsmodell 2024	Behovsandel i revidert inntektsmodell	Differanse
Sykehuset Innlandet HF	19,5 %	20,4 %	0,9 %
Oslo universitetssykehus HF	30,2 %	29,2 %	-1,0 %
Sørlandet sykehus HF	12,3 %	13,0 %	0,7 %
Sykehuset Telemark HF	7,5 %	8,4 %	0,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	7,8 %	6,4 %	-1,4 %
Vestre Viken HF	11,3 %	12,2 %	0,9 %
Sykehuset Østfold HF	11,5 %	10,6 %	-0,9 %

Tabell 10 Behovsandeler med dagens inntektsmodell for 2024 sammenlignet med revidert inntektsmodell

Behovskomponenten i elementet for prehospitale tjenester i inntektsmodellen for 2024 er på om lag 4,1 milliarder kroner inkludert kapital- og pensjonsberegningene. Den foreslåtte kostnadskomponenten i kapittel 3er høyere enn dagens modell, og vil trekke ned behovskomponenten noe. Tabell 11 viser forskjellen på å fordele disse 4,1 milliardene etter nye behovsandeler sammenlignet med dagens behovsandeler. Siste tallkolonne viser effekten i prosent av beløpet som fordeles med behovsandeler fra inntektsmodellen fra 2024 (første tallkolonne).

Helseforetak	Fordelt etter behovsandel fra inntektsmodell 2024	Fordelt etter behovsandel fra revidert inntektsmodell	Omfordelings-effekt	I % av fordeling etter behov IM 2024
Sykehuset Innlandet HF	792 386	827 361	34 975	4,41 %
Oslo universitetssykehus HF	1 225 984	1 186 062	-39 922	-3,26 %
Sørlandet sykehus HF	499 436	526 653	27 217	5,45 %
Sykehuset Telemark HF	304 039	339 856	35 817	11,78 %
Sykehuset i Vestfold HF	315 320	258 119	-57 201	-18,14 %
Vestre Viken HF	460 466	493 864	33 398	7,25 %
Sykehuset Østfold HF	466 204	431 920	-34 284	-7,35 %
Sum	**4 063 836**	**4 063 836**	**0**	

Tabell 11 Behovskomponent i foreslått ny inntektsmodell fordelt etter nye behovsandeler sammenlignet med dagens behovsandeler i inntektsmodell 2024 (2023-kroner)

Vedlegg 9.10 viser effekten med størrelsen på behovskomponenten i dagens inntektsmodell.

4.4 Tilleggsanalyser av behov

I oppsummeringsmøtene som ble avholdt i januar 2023 ba prosjektgruppen sekretariatet om å kjøre alternative analyser for kostnadspåslag for tid og avstand, da de foreløpige resultatene ikke samsvarte helt med enkelte helseforetak sin forventning til kompensasjon per kommune. Det ble også bedt om å sammenligne dagens avstandskriterier med de nye analysene. Det har derfor i ettertid blitt gjort to nye behovsanalyser.

I den første analysen ble variabelen avstand til akuttsykehus byttet ut med tid til akuttsykehus. Resultatet av den alternative analysen viste i praksis ingen endringer sammenlignet med den ordinære analysen. Resultatene av den alternative analysen ble derfor ikke innarbeidet i modellen.

I den andre alternative analysen ble kommunene rangert innenfor de tre samme variablene som i den ordinære analysen, men i fire grupper i stedet for tre grupper. Kommunene ble dermed delt inn i 64 grupper mot tidligere 27 grupper. Alle de 64 gruppene er dog ikke mulige kombinasjoner. Effekten av alderskriteriet ble da ikke signifikant, som betyr at alderskriteriet utgår. Årsaken til dette er at deler av effektene fra disse variablene fanges opp av de 64 gruppene.

Problemet med denne metoden er at den fører til en statisk modell i forhold til endringer i demografi, som ikke er ønsket. Modellen vil fange opp endringer i det totale folketallet siden kostnadspåslag for tid og avstand i de enkelte gruppene multipliseres med en funksjon av folketallet, men modellen vil imidlertid ikke fange opp aldringen av befolkningen, siden variabelen som beskriver andel eldre er insignifikant og tatt ut.

Basert på resultatene av de alternative analysene vurderer prosjektleder at den ordinære analysen beholdes.

5 Mobilitetskomponenten

5.1 Om mobilitet

En kriterie-/innbyggerbasert modell fordrer at hvert opptaksområde kun bærer kostnader knyttet til egne innbyggere, og kompenseres for identifiserte merkostnader og tjenester utført for pasienter som ikke er bosatt i eget område. Dette kan gjøres på ulike måter, for eksempel gjennom løpende fakturering, etterskuddsvis avregning eller fast, årlig omfordeling. For at helseforetakene ikke lenger skulle ha løpende fakturering seg imellom for prehospitale tjenester ble det i 2015 implementert en mobilitetskomponent ved etablering av modellelementet for prehospitale tjenester. I mobilitetskomponenten er det etablert en fast omfordeling av kostnader det enkelte området har hatt for transport av andre opptaksområders pasienter.

Mobilitetskomponenten beregner en netto omfordeling av ramme basert på ambulanseoppdrag og pasientreiser utført på vegne av andre foretak. Metodikken for beregning av omfordelingen er noe ulik for ambulansetjenester og pasientreiser.

5.2 Om datagrunnlaget som inngår i mobilitetskomponenten

Mobilitetskomponenten i inntektsmodell 2023 baserte seg på et datagrunnlag for ambulanseoppdrag og pasientreiser som ikke var oppdatert siden modellelementet ble implementert (data fra 2012 og 2013), med unntak av justeringer for endringer i avtaler etter at kostnadsgrunnlaget ble innhentet. Beløpet som omfordeles har således vært fast og prisjustert i den årlige ordinære oppdateringen av inntektsmodellen. Prosjektleder har vurdert at datagrunnlaget bør oppdateres, og det har blitt innhentet 2019-data som ble innarbeidet allerede fra inntektsmodell 2024, jf. styresak 022-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024-2027-planforutsetninger*.

5.2.1 Ambulanse

Mobilitetskomponenten for ambulansetjenester inkluderer alle ambulanseoppdrag, både akutte og planlagte, med pasienter fra andre områder. Utgangspunktet for utvelgelse av type oppdrag var at alle er en form for akuttressurs eller transportressurs. Helseekspressen er ekskludert fordi denne er innleid på en dagspris, og medfører dermed ingen merkostnad ved å transportere en gjestepasient. Spesifikke inklusjons- og eksklusjonskriterier er listet i vedlegg 9.11, og avviker noe fra tidligere inntektsmodell. Den tidligere mobilitetskomponenten ekskluderte blant annet oppdrag for pasienter som blir akutt syke i et annet helseforetak. Oppdatert mobilitetskomponent inkluderer disse oppdragene, og tar dermed hensyn til pasientmobilitet innad i kommuner som har store hytteområder.

Omfordeling av inntekter mellom opptaksområdene er beregnet som netto ambulanseoppdrag multiplisert med en turkostnad. I prosjektet er det gjort en ny beregning av turkostnaden. Turkostnaden baseres på SAMDATA-kostnader for ambulansetjenester i 2019, hvor kostnader for AMK er trukket ut. Kostnad per tur beregnes deretter som ambulansekostnader delt på antall oppdrag totalt i AMIS (Sykehuspartner HF). Endring i antall oppdrag sammenlignet med tidligere benyttet datagrunnlag vises i vedlegg 9.12. Gjennomsnittlig kostnad per oppdrag tilsvarer om lag 5 900 kroner (2023-kroner). Dette er en økning i pris på om lag 400 kroner per oppdrag hvis beløpet sammenlignes med at gammelt beløp hadde blitt benyttet i inntektsmodell 2024 (5 500 kroner per oppdrag).

Sande, Røyken og Hurum inngår i Vestre Viken HF sitt opptaksområde for ambulansetjenester selv om ny kommunestruktur tilsier en annen helseforetakstilhørighet (utdypet i kapittel 2). I mobilitetskomponenten må det omfordeles midler fra Vestre Viken HF til Sykehuset i Vestfold HF og Oslo universitetssykehus HF for ambulanseoppdrag for pasienter tilhørende disse tidligere kommunene. Sekretariatet har i samarbeid med Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF og Oslo universitetssykehus HF hentet ut data på ambulanseoppdrag for pasienter tilhørende de tidligere kommunene, for å justere datagrunnlaget i mobilitetskomponenten slik at vedtatt organisering av ambulansetjenester som ikke samsvarer med dagens kommunestruktur ivaretas. Det påpekes at det ikke er gjort noen justering mellom Vestre Viken HF og Oslo

universitetssykehus HF i tallene i denne rapporten, fordi det gjenstår kvalitetssikring av ambulanseoppdrag for tidligere Røyken og Hurum kommuner. Det vil justeres for forholdet på et senere tidspunkt.

5.2.2 Pasientreiser

I mobilitetskomponenten for pasientreiser gis det kompensasjon for pasientreisekostnader et opptaksområde har hatt for andre opptaksområders pasienter. Grunnlaget som benyttes er kostnader per tur (basert på to måneders data), og kun drosjeturer med rekvisisjon er inkludert. Drosjeselskap fakturerer det helseforetaket de har avtale med uavhengig av pasientens bostedsadresse, og kostnaden må derfor belastes pasientens opptaksområde i mobilitetskomponenten.

Prosjektleder anbefaler at tilnærmingen for å håndtere de økonomiske konsekvensene av mobilitet for pasientreiser skal videreføres lik dagens modell. Prosjektgruppen har diskutert hva slags type reiser som bør inngå i mobilitetskomponenten. Drosjeselskapene fakturerer det helseforetaket de har avtale med, og her er det en god del mobilitet som må håndteres. For reiser med rekvisisjon inngår også Helseekspressen, hvor alle helseforetak kjører et antall ruter tilpasset reiser for pasienter som skal til behandling. Her er det praktisk talt ikke mobilitet, og uansett er bussen innleid på time/dagspris og gjestepasientene medfører ikke en merkostnad. Helseekspressen inkluderes derfor ikke i mobilitetskomponenten. Kostnader til rutefly og kostnader i forbindelse med reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør) faktureres til helseforetakene basert på pasientens bostedskommune, og trenger derfor ikke inkluderes i mobilitetskomponenten.

Prosjektleder oppfatter at prosjektgruppen er enig om at oppgjøret skal baseres på samlede kostnader for drosjereiser med rekvisisjon (direkteoppgjør) på februar 2019 og november 2019. For å beregne et samlet nettoppgjør som skal tilsvare en helårseffekt, er netto oppgjør per opptaksområde på to måneders data, multiplisert med en årsfaktor på 5,5. Faktoren er satt lavere enn 6 fordi februar og november begge er måneder med få helligdager og lavt uttak av ferie, og således høyere kostnader enn gjennomsnittlig. I dataene innhentet fra helseforetakene er hvert helseforetaks kostnader til direkteoppgjør fordelt på opptaksområder, og endringer fra inntektsmodell 2024 er vist i vedlegg 9.13.

Som for ambulanseoppdrag er det gjort en særlig håndtering av pasientreisekostnader for de tidligere kommunene Sande, Røyken og Hurum. I de innhentede dataene for pasientreiser var det benyttet ny kommunestruktur. For å få fordelt kostnadene mellom Sande og Holmestrand, samt Røyken, Hurum og Asker er det benyttet en fordelingsnøkkel lik fordelingen av kostnader slik den ligger mellom disse kommunene i inntektsmodell 2023.

Den reviderte mobilitetskomponenten for pasientreiser justerer for opptaksområdeansvar for Nissedal og Fyresdal. I behovskomponenten, som både tildeler midler til ambulansetjenester og pasientreiser med og uten rekvisisjon, er Sørlandet sykehus HF tildelt opptaksområdeansvaret. Det er imidlertid Sykehuset Telemark HF som har ansvaret for pasientreiser i Nissedal og Fyresdal. I mobilitetskomponenten får Sykehuset Telemark HF kompensert for reiser med rekvisisjon (drosjetransport) de utfører for pasientene i Nissedal og Fyresdal, men ikke for reiser uten rekvisisjon. Reiser uten rekvisisjon er ikke inkludert i mobilitetskomponenten, fordi

kostnadene henføres pasientens bostedskommune og faktureres dermed direkte til opptaksområdesykehuset til en pasient. I dette tilfellet blir ikke dette riktig fordi Sørlandet sykehus HF får midler til pasientreiser uten rekvisisjon for Nissedal og Fyresdal gjennom behovskomponenten, samtidig som Sykehuset Telemark HF blir fakturert for reiser uten rekvisisjon i de to kommunene. Det er derfor lagt inn en justering i mobilitetskomponenten som omfordeler om lag 2,3 millioner kroner fra Sørlandet sykehus HF til Sykehuset Telemark HF. Omfordelingen er i tråd med datagrunnlag for 2019 (prisjustert til 2023-kroner) mottatt fra Pasientreiser HF. Dagens mobilitetskomponent håndterer dette forholdet på tilsvarende måte.

Sykehuset Telemark HF har ansvar for en felles administrasjon av pasientreiser for Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF. De to områdene får allikevel tildelt inntekter hver for seg gjennom inntektsmodellen. Det har vært nødvendig å justere for dette samarbeidsforholdet i mobilitetskomponenten da data fra NISSY (Pasientreiser HF) kun registrerer Sykehuset Telemark HF som avtalekontor, og dermed at kostnadene kun påløper der.

5.3 Revidert mobilitetskomponent og omfordelingseffekter

Tabell 12 viser omfordeling av inntekter mellom helseforetakene ved oppdatert mobilitetskomponent, fordelt på ambulanseoppdrag og pasientreiser.

Helseforetak	Ambulanse	Pasientreiser	Samlet netto omfordeling i revidert mobilitets-komponent
Sykehuset Innlandet HF	8 021	2 196	10 216
Oslo universitetssykehus HF	-1 504	12 840	11 336
Sørlandet sykehus HF	-247	-9 001	-9 249
Sykehuset Telemark HF	912	4 352	5 265
Sykehuset i Vestfold HF	3 358	-378	2 980
Vestre Viken HF	-4 306	-4 527	-8 832
Sykehuset Østfold HF	-6 234	-5 482	-11 716
Sum	**0**	**0**	**0**

Tabell 12 Revidert mobilitetskomponent. Netto utveksling (2023-kroner)

Tabell 13 viser forskjellen mellom dagens mobilitetskomponent i inntektsmodell 2024 sammenlignet med revidert inntektsmodell.

Helseforetak	Samlet netto omfordeling mobilitets-komponent IM 2024	Samlet netto omfordeling revidert mobilitets-komponent	Endring
Sykehuset Innlandet HF	10 216	10 216	0
Oslo universitetssykehus HF	11 336	11 336	0
Sørlandet sykehus HF	-6 936	-9 249	-2 313
Sykehuset Telemark HF	2 952	5 265	2 313
Sykehuset i Vestfold HF	-1 314	2 980	4 294
Vestre Viken HF	-4 538	-8 832	-4 294
Sykehuset Østfold HF	-11 716	-11 716	0
Sum	**0**	**0**	**0**

Tabell 13 Omfordelingseffekt ved sammenligning av omfordeling av midler i inntektsmodell 2024 og revidert inntektsmodell (2023-kroner). Samlet for ambulansetjenester og pasientreiser

Detaljert omfordeling for ambulansetjenester og pasientreiser separat er vist i tabell 14. Årsaken til endringene er som tidligere nevnt håndtering av delt ansvar og endret oppdragsmengde mellom enkelte helseforetak.

Helseforetak	Ambulanse omfordeling IM 2024	Ambulanse omfordeling revidert IM	Endring ambulanse	Pasientreiser omfordeling IM 2024	Pasientreiser omfordeling revidert IM	Endring pasientreiser
Sykehuset Innlandet HF	8 021	8 021	0	2 196	2 196	0
Oslo universitetssykehus HF	-1 504	-1 504	0	12 840	12 840	0
Sørlandet sykehus HF	-247	-247	0	-6 689	-9 001	-2 313
Sykehuset Telemark HF	912	912	0	2 040	4 352	2 313
Sykehuset i Vestfold HF	-936	3 358	4 294	-378	-378	0
Vestre Viken HF	-12	-4 306	-4 294	-4 527	-4 527	0
Sykehuset Østfold HF	-6 234	-6 234	0	-5 482	-5 482	0
Sum	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Tabell 14 Omfordelingseffekt ved sammenligning av omfordeling av midler i inntektsmodell 2024 og revidert inntektsmodell for ambulansetjenester og pasientreiser (2023-kroner)

6 Effekt av endringer i modellelementet for prehospitale tjenester

De følgende tabellene viser resultatene fra inntektsmodell 2024 og den foreslåtte modellen. Tabell 15 viser dagens modellelement for prehospitale tjenester (2024), og Tabell 16 viser foreslått modellelement for prehospitale tjenester og estimert omfordelingseffekt. Det understrekes at de endelige effektene av eventuelt å ta i bruk modellen vil avvike fra effektene under. Behovskomponenten vil gi en noe forskjellig effekt når det etableres en egen beregningsmodell i Helse Sør-Øst som muliggjør oppdatering av behovskriteriene.

Helseforetak	Behovs-komponent (inkl. kapital/pensjon)	Kostnads-komponent (inkl. kapital/pensjon)	Mobilitets-komponent	Basisramme i inntektsmodell	Andre økonomiske oppgjør utenfor modell*	Samlet fordeling
Sykehuset Innlandet HF	808 904	34 395	10 216	853 515		853 515
Oslo universitetssykehus HF	1 251 541	109 850	11 336	1 372 728	9 000	1 381 728
Sørlandet sykehus HF	509 848	27 938	-6 936	530 850		530 850
Sykehuset Telemark HF	310 377	0	2 952	313 330		313 330
Sykehuset i Vestfold HF	321 893	33 368	-1 314	353 947	2 400	356 347
Vestre Viken HF	470 065	21 133	-4 538	486 660	-2 400	484 260
Sykehuset Østfold HF	475 922	0	-11 716	464 206		464 206
Sum	**4 148 552**	**226 684**	**0**	**4 375 236**	**9 000**	**4 384 236**

*Tabell 15 Dagens inntektsmodell for prehospitale tjenester (2024) og oversikt over andre økonomiske oppgjør utenfor modell i 2023-kroner. *Andre økonomiske oppgjør utenfor modell; Helse Sør-Øst RHF kompenserer Oslo universitetssykehus HF med 2,5 millioner kroner for å dekke merkostnaden ved forsterket ressursinnsats i nye Asker kommune, med 2,5 millioner kroner for endring i pasientstrøm i Eidsvoll og Ullensaker kommuner, samt 4 millioner kroner for pasientreisekostnader; Sykehuset i Vestfold HF kan fakturere Vestre Viken HF inntil 2,4 millioner kroner årlig for ambulansekjøring av Sande-pasienter*

Helseforetak	Behovs-komponent	Kostnads-komponent	Mobilitets-komponent	Basisramme i inntektsmodell	Omfordelings-effekt	Totalt effekt i %
Sykehuset Innlandet HF	827 361	36 609	10 216	874 186	20 672	2,4 %
Oslo universitetssykehus HF	1 186 062	168 754	11 336	1 366 153	-15 575	-1,1 %
Sørlandet sykehus HF	526 653	29 343	-9 249	546 747	15 897	3,0 %
Sykehuset Telemark HF	339 856	0	5 265	345 121	31 791	10,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	258 119	46 918	2 980	308 017	-48 330	-13,6 %
Vestre Viken HF	493 864	29 776	-8 832	514 808	30 548	6,3 %
Sykehuset Østfold HF	431 920	0	-11 716	420 204	-44 002	-9,5 %
Sum	**4 063 836**	**311 400**	**0**	**4 375 236**	**-9 000**	-0,2 %

Tabell 16 Fordeling med foreslått modellelement for prehospitale tjenester og estimert omfordelingseffekt i 2023-kroner

I alt er det om lag 4,4 milliarder kroner som vil fordeles etter modell for prehospitale tjenester. På samme måten som for øvrige tjenesteområder, er det det enkelte helseforetak selv som fordeler den samlede basisrammen som gis fra Helse Sør-Øst RHF ut fra regionale føringer og lokale forhold og prioriteringer.

Samlet sett gir forslaget til ny modell en økning i overføringene til distriktene og tilsvarende reduksjoner for helseforetak i sentrale områder. Forklaringen på endringen er i hovedsak endringer i behovskomponenten, og noe skyldes økt AMK-kompensasjon. Omfordelingseffektene har et visst omfang i forhold til det sammenligningsgrunnlaget som er lagt til grunn (inntektsmodell 2024). Omfordelingseffektene i relasjon til helseforetakenes samlede inntektsrammer er begrensede.

7 Oppsummering av anbefalinger og diskusjon

Delprosjektet har hatt diskusjoner om både kostnadskomponent, behovskomponent og mobilitetskomponent.

Først, kan det bemerkes at det har vært diskusjoner i prosjektet knyttet til at prehospitale tjenester har blitt tildelt lite midler over tid, som ikke er i samsvar med forbruket. I den forbindelse har det vært ønske om å dokumentere hvordan aktivitetsveksten har utviklet seg opp mot tildelt ramme innenfor tjenesteområdet. Prosjektleder viser til at fra og med økonomisk langtidsplan (ØLP) 2023–2026, ble nøkkelen som fordeler inntekter mellom tjenesteområde-elementene i den regionale inntektsmodellen endret, jf. styresak 030-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023–2026 – planforutsetninger* i Helse Sør-Øst RHF. Den tidligere nøkkelen var historisk betinget, mens den nye nøkkelen bruker kostnader pr. tjenesteområde rapportert til SAMDATA i 2019 som utgangspunkt. Endringen førte til en økning i midler innen prehospitale tjenester. Det er viktig å presisere at inntektsmodellen fordeler én, samlet basisramme til helseforetak og sykehus med opptaksområde. Det er opp til helseforetakene selv å prioritere midler mellom drift og investering, samt mellom de ulike tjenesteområdene.

Videre har det blitt stilt spørsmål om finansiering av prehospitale tjenester gjennom den nasjonale inntektsmodellen. Prosjektleder understreker at den nasjonale inntektsmodellen fordeler, som den regionale, én samlet basisramme.

7.1 Kostnadskomponent og kostnadskompensasjon

Prosjektleder har anbefalt at det kompenseres for følgende kostnadsulemper:

1. Helseforetakenes kostnader til akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK)
2. Helseforetakenes kostnader knyttet til medisinsk bemanning av luftambulanser, intensivambulanser og annen medisinsk beredskap
3. Kostnadsmessige forhold ved Oslo universitetssykehus HF forbundet med regionale/nasjonale/internasjonale funksjoner innen prehospitale tjenester

1. Helseforetakenes kostnader til akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK)

Revidert inntektsmodell fordeler 311,4 millioner kroner til AMK i kostnadskomponenten, basert på innrapporterte regnskapstall fra helseforetakene, HDO HF, og Sykehuspartner HF. Fordelingen av midler bestemmes av en ressursbehovsandel for AMK, som fastsettes med en kombinasjon av behovsindeks somatikk, indeks for ambulanseoppdrag per innbygger (oppdrag 2019), og indeks for AMK telefoner per innbygger (2021). Indeksene vektes med 1/3 hver. Det gjøres årlige oppdateringer i forbindelse med oppdatering av den regionale inntektsmodellen på andel innbyggere, og indeksene forsøkes oppdatert årlig, men er avhengig av tilgjengelighet. Nivå på kostnadskompensasjon prisjusteres.

2. Helseforetakenes kostnader knyttet til medisinsk bemanning av luftambulanser, intensivambulanser og annen medisinsk beredskap

Kostnader kompenseres direkte basert på innrapporterte kostnader fra de aktuelle helseforetakene, og prisjusteres årlig. Kompensasjonen har blitt flyttet på utsiden av

inntektsmodellen fra og med modell 2024, jf. styresak 022-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024-2027-planforutsetninger*.

3. Kostnadsmessige forhold ved Oslo universitetssykehus HF forbundet med regionale/nasjonale/internasjonale funksjoner innen prehospitale tjenester

Kostnader kompenseres direkte basert på innrapporterte kostnader fra Oslo universitetssykehus HF, og prisjusteres årlig. Kompensasjonen har blitt flyttet på utsiden av inntektsmodellen fra og med modell 2024, jf. styresak 022-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024-2027-planforutsetninger*. Deler av kostnadene som er flyttet utenfor modellen kompenseres nå fra Helse Sør-Øst RHF, og trekkes derfor ikke fra midlene i behovskomponenten.

Med den foreslåtte kostnadskompensasjonen kompenseres det for de samme kostnadsulempene som det kompenseres for i dagens kostnadskompensasjon. Størrelsen på kompensasjonen har imidlertid endret seg, som hovedsakelig skyldes helseforetakenes kostnader til AMK.

Prosjektleder opplever det som mer utfordrende å få oppslutning om kostnadskomponenten enn om behovskomponenten i prosjektgruppen. Alle kostnadsulempene har vært diskutert, men det har særlig vært uenighet om størrelsesordenen på kompensasjonen til Oslo universitetssykehus HF for en del av funksjonene. Prosjektleder anbefaler å holde denne kompensasjonen på det nivået som er innrapportert av helseforetaket. Kostnadskartleggingen i prosjektet viser at kompensasjonen er på nivå med tidligere tildelt beløp i dagens modell. Prosjektleder mener også at innvendingene på kostnadskomponenten i all hovedsak er besvart ut i vedlegg 9.3.

7.2 Behovskomponent

Prosjektleder foreslår å fordele midler i behovskomponenten på bakgrunn av de nye behovsanalysene som beskrevet i kapittel 4. Det fordeles mindre midler gjennom behovskomponenten sammenlignet med inntektsmodell 2024 som følge av prosjektleders anbefaling om økt volum på kostnadskompensasjonen.

Prosjektleder har vurdert at det er hensiktsmessig med videreføring av en kriteriebasert modell, basert på felles behovsanalyser for ambulansetjenester og pasientreiser for fordeling av inntekter til prehospitale tjenester. Kriteriesettet skal representere prehospitale tjenester samlet uavhengig av hvordan helseforetakene har organisert tilbudet. En kriteriebasert modell for fordeling av inntekter skal så langt det er mulig være nøytral i forhold til tilfeldige lokale forskjeller, og den må være robust i forhold til endringer over tid.

Prosjektleder vurderer de nye behovsanalysene som gode, og en forbedring sammenlignet med dagens modell. De viktigste diskusjonene i prosjektgruppen har vært om:

1. innhenting av data,
2. endringen i metode for å slå sammen kriteriet for tid- og avstand, og
3. storbyproblematikk knyttet til blant annet varierte avstander til ulike bydeler og trafikale forhold.

Prosjektleder mener at punkt 1 og 2 er besvart i kapittel 4. Når det kommer til diskusjonen om storbyproblematikk vurderer prosjektleder at forholdet er tatt hensyn til så langt det lar seg gjøre. Behovsanalysene tar blant annet hensyn til at det er varierende avstander til ulike bydeler. Det er imidlertid ikke tatt hensyn til at de store byene har betydelige køproblemer fordi dette kompliserer analysene betraktelig.

7.3 Mobilitetskomponent

Prosjektleder anbefaler at mobilitetskomponenten settes opp med samme tilnærming som tidligere. Det videreføres altså et oppgjør for ambulansetjenester (alle ambulanseoppdrag) og pasientreiser med rekvisisjon (drosjetransport). Oppgjøret for ambulansetjenester baseres på netto ambulanseoppdrag et helseforetak utfører for pasienter utenfor sitt opptaksområde (AMIS-data fra Sykehuspartner HF). Oppgjør for pasientreiser baseres på netto kostnader for turer utført for pasienter utenfor sitt opptaksområde.

Prosjektleder oppfatter det som at det stort sett er oppslutning om den foreslåtte mobilitetskomponenten.

Prosjektleder understreker at prosjektgruppen er enig om at statistikken i mobilitetskomponenten oppdateres for sjelden til at det blir en dynamisk modell, som er viktig for at endringer skal bli synlig og gi et insitament til å ivareta egne pasienter. Det tas sikte på at ambulansekostnader fra SAMDATA og antall ambulanseoppdrag fra AMIS oppdateres årlig i forbindelse med ordinær oppdatering av inntektsmodellen. Det er viktig å bemerke at datagrunnlaget som ligger inne for pasientreiser ikke kan oppdateres uten datainnhenting fra helseforetakene. Det bør derfor vurderes om datagrunnlaget kun skal prisjusteres årlig, og hvor ofte det er formålstjenlig i form av blant annet økonomiske effekter å oppdatere datagrunnlaget. En mulighet er imidlertid å vurdere justering av datagrunnlag og oppbygging av komponenten ved de årlige ordinære oppdateringene av inntektsmodellen. Det finnes alternativer til oppbyggingen av mobilitetskomponenten som kan gjøre modellen mer dynamisk, hvor et alternativ kan være at mobilitet for pasientreiser settes opp på samme måte som for ambulansetjenester (mobilitetskomponenten baseres på netto turer kjørt for andre helseforetak sine pasienter multiplisert med en fast pris per tur). Et annet alternativ er at mobilitetskomponenten baseres på enten netto kilometer kjørt for andre helseforetak multiplisert med en fast pris per kilometer, eller netto minutter kjørt for andre helseforetaks pasienter multiplisert med en fast pris per minutt.

Det har vært diskusjon om hvordan tidligere Sande, Røyken og Hurum skal håndteres, og det har vært avholdt møter med Helse Sør-Øst RHF og aktuelle helseforetak for å sikre enighet om tallgrunnlaget for oppdragsdelingen i de tidligere kommunene. Mobilitetskomponenten tar hensyn til kommunesammenslåinger og delt ansvar for enkelte kommuner.

Videre har «turistkommuner», mer spesifikt økt beredskap og turer som følge av økt befolkning i turistsesong, vært oppe til diskusjon. Enkelte kommuner har store variasjoner i befolkning som følge av turisme. Oppdatert mobilitetskomponent tar i stor grad hensyn til dette, fordi datagrunnlaget fanger opp transport av gjestepasienter innad i en «turistkommune». Alle turer,

både akutte og planlagte, er lagt til grunn i beregningene. På grunn av omfattende datamengder og tidkrevende uttrekk av data for pasientreiser, er det kun data fra månedene februar og november er benyttet. Februar og november ble valgt som representative perioder for å unngå måneder med potensielt mange ferie/fri-dager.

8 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

9 Vedlegg

9.1 Datagrunnlag for beregning av AMK-ressursbehovsandel

9.1.1 Datagrunnlag benyttet i indeks for antall oppdrag for å beregne AMK-ressursbehovsandel

Helseforetak	Andel innbyggere	Antall oppdrag 2019	Indeks oppdrag/ innbygger	Ressursbehovs-andel (indeks oppdrag/innbygger x innbyggere)	Sum ressurs-behovsandel for AMK opptaksområder
Sykehuset Innlandet HF	11,0 %	65 673	120,4 %	13,2 %	13,2 %
Oslo universitetssykehus HF	45,0 %	205 844	92,0 %	41,4 %	55,3 %
Sørlandet sykehus HF	10,1 %	43 612	86,5 %	8,8 %	8,8 %
Sykehuset Telemark HF	5,5 %	27 761	101,5 %	5,6 %	
Sykehuset i Vestfold HF	7,6 %	35 977	95,4 %	7,2 %	12,8 %
Vestre Viken HF	10,3 %	49 264	96,0 %	9,9 %	9,9 %
Sykehuset Østfold HF	10,5 %	68 863	132,5 %	13,9 %	
Sum	**100 %**	**496 994**		**100,0 %**	**100,0 %**

9.1.2 Datagrunnlag benyttet i indeks for antall AMK-telefoner for å beregne AMK-ressursbehovsandel

Helseforetak	Andel innbyggere	Antall AMK-telefoner 2021	Indeks AMK tlf/innbygger	Ressursbehovsandel (indeks AMK tlf/innbygger x innbyggere)
Sykehuset Innlandet HF	11,0 %	156 784	90,0 %	9,9 %
Oslo universitetssykehus HF	56,5 %	848 105	94,5 %	53,5 %
Sørlandet sykehus HF	10,1 %	143 679	89,3 %	9,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	13,6 %	283 232	131,6 %	17,9 %
Vestre Viken HF	8,8 %	154 483	111,2 %	9,7 %
Sum	**100 %**	**1 586 283**		**100,0 %**

9.1.3 Datagrunnlag benyttet i behovsindeks somatikk for å beregne AMK-ressursbehovsandel

Helseforetak	Andel innbyggere	Behovsindeks somatikk	Ressursbehovs-andel (behovsindeks somatikk x innbyggere)	Normalisering
Sykehuset Innlandet HF	11,0 %	110,6 %	12,1 %	12,2 %
Oslo universitetssykehus HF	56,5 %	95,0 %	53,7 %	53,8 %
Sørlandet sykehus HF	10,1 %	102,7 %	10,4 %	10,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	13,6 %	106,8 %	14,5 %	14,5 %
Vestre Viken HF	8,8 %	103,0 %	9,0 %	9,0 %
Sum	**100,0 %**		**99,8 %**	**100,0 %**

9.2 Benchmarking AMK-oppdrag

Helseforetak	Andel innrapporterte kostnader fra helseforetak	Andel innrapporterte kostnader fra helseforetak og HDO HF	Andel innbyggere
Sykehuset Innlandet HF	14,0 %	14,4 %	11,0 %
Oslo universitetssykehus HF	50,4 %	49,7 %	56,5 %
Sørlandet sykehus HF	13,0 %	12,9 %	10,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	10,3 %	10,7 %	13,6 %
Vestre Viken HF	12,3 %	12,4 %	8,8 %
Sum	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**

9.3 Håndtering av brev fra helseforetak vedrørende kostnadskomponent

9.3.1 Brev fra helseforetak vedrørende kostnadskomponent

VESTRE VIKEN

Helse Sør-Øst
Inntektsmodellen delprosjekt 4
Prehospitale tjenester

Dato:	15.09.2022
Saksbehandler:	SBGRIN
Direkte telefon:	95 96 95 11
Vår referanse:	
Deres referanse:	
Klinikk/avdeling:	PHT/VV

Tilbakemeldinger vedrørende inntektsmodell PHT i HSØ

Bakgrunn for notatet.

Viser til møte i delprosjekt 4 den 15.9.2022, der helseforetak utenfor OUS kom med kommentarer til oppfølging av kostnadskomponenten og fordelinger av denne. I møte ble prosjektet informert om det ville bli sendt et felles notat til prosjektet etter møte.

Hensikten med notatet er å synliggjøre endringer siden siste inntektsmodell samt forhold i kostnadsfordelingen mellom OUS og de øvrige helseforetakene vi mener må endres i forbindelse med revisjon av inntektsmodellen.

Punkter som ble tatt opp i møte

Lege-/intensivambulanse.
Punktet vedrørende finansiering av lege-/intensivambulanse er ifølge prosjektet tatt ut av kostnadskomponenten og overført til behovskomponenten. Helseforetakene stiller seg bak denne beslutningen om forslaget er gjeldende for samtlige HF i HSØ. Det vil si inkludert legebil-/intensivambulanser i OUS.

Den tilfeldige tildelingen av midler som var foreslått ville ikke ha dekket kostnader til lege-/intensivambulanse i HF sammenliknet med drift og kapasitet i OUS.

Regionale oppdrag i OUS og andre HF i HSØ.
HF er innforstått med at OUS har landsfunksjoner og at kostnader knyttet til dette må dekkes av ekstra bevilgninger. Kostnader fordelt på intern drift av tjenester i OUS opp mot de regionale kostnadene er ikke fremlagt. HF ønsker å se denne fordelingen av kostnader, samt at vi etterspør dokumentasjon på pris pr regionale oppdrag i ambulansetjenesten opp mot interne oppdrag i OUS.

Regionale kostnader på transport i andre HF i HSØ er ikke medberegnet i kostnadskomponenten. Tallgrunnlaget for beregninger av kostnader/delta i kostnader mellom OUS og de øvrige HF knyttet til regionale oppdrag må legges frem og legges inn i kostnadskomponenten.

Vestre Viken

Intensivtransporter i HSØ
I siste inntektsmodell ble OUS tildelt midler for å ivareta intensivtransporte i HSØ. Etter hvert har HF sett at dette ikke har vært en hensiktsmessig løsning. Med bakgrunn i dette har OUS utarbeidet en rapport om intensivtransporter i HSØ (oversendt prosjektet) hvor OUS definerer ansvar for transporter i de ulike HF.

De fleste HF i HSØ hevder at de ivaretar intensivtransporter i egen regi. Enkelte HF nær OUS ivaretar også planlagte returtransporter fra OUS tilbake til eget HF.

Det bør legges frem dokumentasjon på andel intensivtransporter utført av OUS på vegne av HF i HSØ og regionen og andel intensivoppdrag HF utfører i egen regi og for regionen. Denne dokumentasjonen bør legges til grunn for fordelingen i kostnadskomponenten.

Pasientreiser (og ambulansetjenester) omfordeles i mobilitetskomponenten.

Helseforetakene rundt OUS ønsker en utdyping av dette punktet fordi;

1. HF i HSØ har flere returavganger tilbake til deres region hver dag. Retur taxi og helsebusser/-Ekspresser reduserer OUS sine kostnader, da det enkelte HF bærer kostnaden for Helseekspresser/-busser og returtaxi.
2. HF ene stiller spørsmål om OUS har god nok pasientflyt ut av sine sykehus, slik at helseekspresser/-busser og taxi blir godt nok utnyttet på returer
3. HF erfarer at det er lav samkjøringsgrad ut av OUS.
4. HF erfarer at det er ulik logisk for drift og samkjøring av pasienter i OUS sammenliknet med HF rundt. Dette kan skyldes korte avstander innad i Oslo. For HF rundt Oslo blir lav samkjøringsgrad en utfordring, fordi taxiselskapene får kapasitetsutfordringer.

Helseforetakene mener at disse forholdene må vurderes og tas hensyn til når kostnadskomponenten skal fordeles mellom HF i HSØ.

AMK Oslo – reservesentral
HF støtter ikke forslaget om at etablering av reserve AMK sentral skal dekkes i kostnadskomponenten.

Som beskrevet i prosjektet er de øvrige AMK sentralene reserve for hverandre. Det enkelte HF har dekket opprettelsen av reserveplassene, drift av areal og IKT på de etablerte reserveplassene.

HF ønsker opplysninger om beslutningen at sentralen skal fungere som en regional reserve AMK.

Risikovurderingen vedrørende fare for langvarig driftsavbrudd bør fremlegges. Det bør vurderes opp mot kostnadene knyttet til etableringen av den fullverdige reserve sentralen.

Vestre Viken

Prinsippet om at andre HF skal bekoste sentralen blir feil, da andre HF ikke har vært delaktig i etableringen av sentralen ifht behov for utstyr og størrelse osv. Den ubalanserte størrelsen på AMK sentralen i OUS er en ønsket løsning i OUS.

Vennlig hilsen

Inger Lise Hallgren
På vegne av helseforetakene
Innlandet
Østfold
Telemark
Vestfold
Sørlandet
Vestre Viken

9.3.2 Svar på brev fra helseforetak vedrørende kostnadskomponent gjennomgått i prosjektmøte 29. september 2022 (møte 5 i delprosjekt IV – Prehospitale tjenester). Referatført i møtereferat 05-2022.

- Legebiler; Det ble avklart med helseforetakene i prosjektmøte før brevet ble sendt at legebiler og intensivtransport for egne pasienter skal inngå i behovskomponenten.
- Intensivtransport; Det er avklart i prosjekt "lege- og spesialressurser" at hvert helseforetak (inkludert Oslo universitetssykehus HF) har ansvar for egne intensivtransporter, internt i helseforetaket, sekundærtransport til andre helseforetak og tilbakeføringsoppdrag fra andre helseforetak. Unntaket er at Oslo universitetssykehus HF skal stille med kompetent team der hvor de andre helseforetakene ikke har kompetanse til å utføre intensivtransporten, som for eksempel pasienter på ECMO, barn på NO-gass, pasienter med aorta ballongpumpe med mer. Dette er det rimelig at Oslo universitetssykehus HF får kompensert, fordi oppdragene er tidkrevende og krever ekstra ressurser til utstyr og bemanning.
- Oppdrag for pasienter fra andre regioner; Omfanget av dette ble kartlagt i 2021. Inntil 2019 var det praksis at ambulansetjenestene fakturerte gjestepasient for øvrige regioner. Ordningen ble avviklet da den i stort gikk ut på å bytte midler med hjelp av manuelle faktureringsrutiner. Unntaket er at Oslo universitetssykehus HF har et stort antall pasienter som ankommer Oslo lufthavn fra andre regioner, og skal til landsdekkende behandling i Oslo. Det er rimelig at Oslo universitetssykehus HF får dekket disse ekstrakostnadene. Magnussen II la deler av disse kostnadene inn i basis, og øvrige regioner vil etter dette ikke betale regninger fra Oslo universitetssykehus HF. Volumet og årlig beløp Oslo universitetssykehus HF har fakturert andre regioner er kjent.
- Mobilitet; Alle helseforetak har ansvar for pasienter bosatt i eget opptaksområde og skal i prinsippet hente disse hjem fra behandling i andre områder. Når det av ulike årsaker ikke er mulig eller hensiktsmessig kan de anmode om bistand, fortrinnsvis fra helseforetaket hvor pasienten har midlertidig oppholdssted. Dette er mobilitet.

- Reserve AMK; Det har vært et eget prosjekt med deltagelse fra alle helseforetak i 2016 (sluttrapport er oversendt prosjektgruppen). AMK sentralene, inkludert Oslo/Ullevål, skal i prinsippet ha ekstra kapasitet til å overta funksjonen en kort periode for nabosentralen dersom denne av ulike grunner faller ned. Ved langvarig driftsavbrudd må det etableres en mer robust løsning. AMK Oslo er av en slik størrelse (24 operatørplasser) at ingen av de andre sentralene kan overta. Det er derfor etablert en dedikert reservesentral (16 operatørplasser) ved LA-basen/Pasientreisekontoret på Lørenskog. Denne sentralen står stand-by til disposisjon også for andre sentraler i regionen, og kan også benyttes av andre regioner med sin nærhet til Gardermoen. Opplæringsformål er et tredje bruksområde. Reservesentralen er ikke bemannet, men det påløper lisenskostnader og driftskostnader fra leverandører, Sykehuspartner og HDO/DSB. Risikovurdering er gjennomført i prosjektet.

9.4 Opptaksområder for prehospitale tjenester og for AMK

Kommunenummer	Kommunenavn	Opptaksområder for prehospitale tjenester	Opptaksområder for AMK
3001	Halden	Østfold	Oslo
3002	Moss	Østfold	Oslo
3003	Sarpsborg	Østfold	Oslo
3004	Fredrikstad	Østfold	Oslo
3005	Drammen	Vestre Viken	Vestre Viken
3006	Kongsberg	Vestre Viken	Vestre Viken
3007	Ringerike	Vestre Viken	Vestre Viken
3011	Hvaler	Østfold	Oslo
3012	Aremark	Østfold	Oslo
3013	Marker	Østfold	Oslo
3014	Indre Østfold	Østfold	Oslo
3015	Skiptvet	Østfold	Oslo
3016	Rakkestad	Østfold	Oslo
3017	Råde	Østfold	Oslo
3018	Våler (Viken)	Østfold	Oslo
3019	Vestby	Østfold	Oslo
3020	Nordre Follo	Oslo	Oslo
3021	Ås	Oslo	Oslo
3022	Frogn	Oslo	Oslo
3023	Nesodden	Oslo	Oslo
3024	Bærum	Oslo	Oslo
3025	Asker	Oslo*	Oslo
3026	Aurskog-Høland	Oslo	Oslo
3027	Rælingen	Oslo	Oslo
3028	Enebakk	Oslo	Oslo
3029	Lørenskog	Oslo	Oslo
3030	Lillestrøm	Oslo	Oslo
3031	Nittedal	Oslo	Oslo
3032	Gjerdrum	Oslo	Oslo
3033	Ullensaker	Oslo	Oslo
3034	Nes	Oslo	Oslo
3035	Eidsvoll	Oslo	Oslo
3036	Nannestad	Oslo	Oslo
3037	Hurdal	Oslo	Oslo
3038	Hole	Vestre Viken	Vestre Viken
3039	Flå	Vestre Viken	Vestre Viken
3040	Nesbyen	Vestre Viken	Vestre Viken
3041	Gol	Vestre Viken	Vestre Viken
3042	Hemsedal	Vestre Viken	Vestre Viken
3043	Ål	Vestre Viken	Vestre Viken
3044	Hol	Vestre Viken	Vestre Viken
3045	Sigdal	Vestre Viken	Vestre Viken
3046	Krødsherad	Vestre Viken	Vestre Viken
3047	Modum	Vestre Viken	Vestre Viken
3048	Øvre Eiker	Vestre Viken	Vestre Viken

3049	Lier	Vestre Viken	Vestre Viken
3050	Flesberg	Vestre Viken	Vestre Viken
3051	Rollag	Vestre Viken	Vestre Viken
3052	Nore og Uvdal	Vestre Viken	Vestre Viken
3053	Jevnaker	Vestre Viken	Vestre Viken
3054	Lunner	Innlandet	Innlandet
3401	Kongsvinger	Oslo	Oslo
3403	Hamar	Innlandet	Innlandet
3405	Lillehammer	Innlandet	Innlandet
3407	Gjøvik	Innlandet	Innlandet
3411	Ringsaker	Innlandet	Innlandet
3412	Løten	Innlandet	Innlandet
3413	Stange	Innlandet	Innlandet
3414	Nord-Odal	Oslo	Oslo
3415	Sør-Odal	Oslo	Oslo
3416	Eidskog	Oslo	Oslo
3417	Grue	Oslo	Oslo
3418	Åsnes	Innlandet	Innlandet
3419	Våler (Innlandet)	Innlandet	Innlandet
3420	Elverum	Innlandet	Innlandet
3421	Trysil	Innlandet	Innlandet
3422	Åmot	Innlandet	Innlandet
3423	Stor-Elvdal	Innlandet	Innlandet
3424	Rendalen	Innlandet	Innlandet
3425	Engerdal	Innlandet	Innlandet
3426	Tolga	Innlandet	Innlandet
3427	Tynset	Innlandet	Innlandet
3428	Alvdal	Innlandet	Innlandet
3429	Folldal	Innlandet	Innlandet
3430	Os	Innlandet	Innlandet
3431	Dovre	Innlandet	Innlandet
3432	Lesja	Innlandet	Innlandet
3433	Skjåk	Innlandet	Innlandet
3434	Lom	Innlandet	Innlandet
3435	Vågå	Innlandet	Innlandet
3436	Nord-Fron	Innlandet	Innlandet
3437	Sel	Innlandet	Innlandet
3438	Sør-Fron	Innlandet	Innlandet
3439	Ringebu	Innlandet	Innlandet
3440	Øyer	Innlandet	Innlandet
3441	Gausdal	Innlandet	Innlandet
3442	Østre Toten	Innlandet	Innlandet
3443	Vestre Toten	Innlandet	Innlandet
3446	Gran	Innlandet	Innlandet
3447	Søndre Land	Innlandet	Innlandet
3448	Nordre Land	Innlandet	Innlandet
3449	Sør-Aurdal	Innlandet	Innlandet

3450	Etnedal	Innlandet	Innlandet
3451	Nord-Aurdal	Innlandet	Innlandet
3452	Vestre Slidre	Innlandet	Innlandet
3453	Øystre Slidre	Innlandet	Innlandet
3454	Vang	Innlandet	Innlandet
3801	Horten	Vestfold	Vestfold
3802	Holmestrand	Vestfold**	Vestfold
3803	Tønsberg	Vestfold	Vestfold
3804	Sandefjord	Vestfold	Vestfold
3805	Larvik	Vestfold	Vestfold
3806	Porsgrunn	Telemark	Vestfold
3807	Skien	Telemark	Vestfold
3808	Notodden	Telemark	Vestfold
3811	Færder	Vestfold	Vestfold
3812	Siljan	Telemark	Vestfold
3813	Bamble	Telemark	Vestfold
3814	Kragerø	Telemark	Vestfold
3815	Drangedal	Telemark	Vestfold
3816	Nome	Telemark	Vestfold
3817	Midt-Telemark	Telemark	Vestfold
3818	Tinn	Telemark	Vestfold
3819	Hjartdal	Telemark	Vestfold
3820	Seljord	Telemark	Vestfold
3821	Kviteseid	Telemark	Vestfold
3822	Nissedal	Sørlandet***	Sørlandet
3823	Fyresdal	Sørlandet***	Sørlandet
3824	Tokke	Telemark	Vestfold
3825	Vinje	Telemark	Vestfold
4201	Risør	Sørlandet	Sørlandet
4202	Grimstad	Sørlandet	Sørlandet
4203	Arendal	Sørlandet	Sørlandet
4204	Kristiansand	Sørlandet	Sørlandet
4205	Lindesnes	Sørlandet	Sørlandet
4206	Farsund	Sørlandet	Sørlandet
4207	Flekkefjord	Sørlandet	Sørlandet
4211	Gjerstad	Sørlandet	Sørlandet
4212	Vegårshei	Sørlandet	Sørlandet
4213	Tvedestrand	Sørlandet	Sørlandet
4214	Froland	Sørlandet	Sørlandet
4215	Lillesand	Sørlandet	Sørlandet
4216	Birkenes	Sørlandet	Sørlandet
4217	Åmli	Sørlandet	Sørlandet
4218	Iveland	Sørlandet	Sørlandet
4219	Evje og Hornnes	Sørlandet	Sørlandet
4220	Bygland	Sørlandet	Sørlandet
4221	Valle	Sørlandet	Sørlandet
4222	Bykle	Sørlandet	Sørlandet

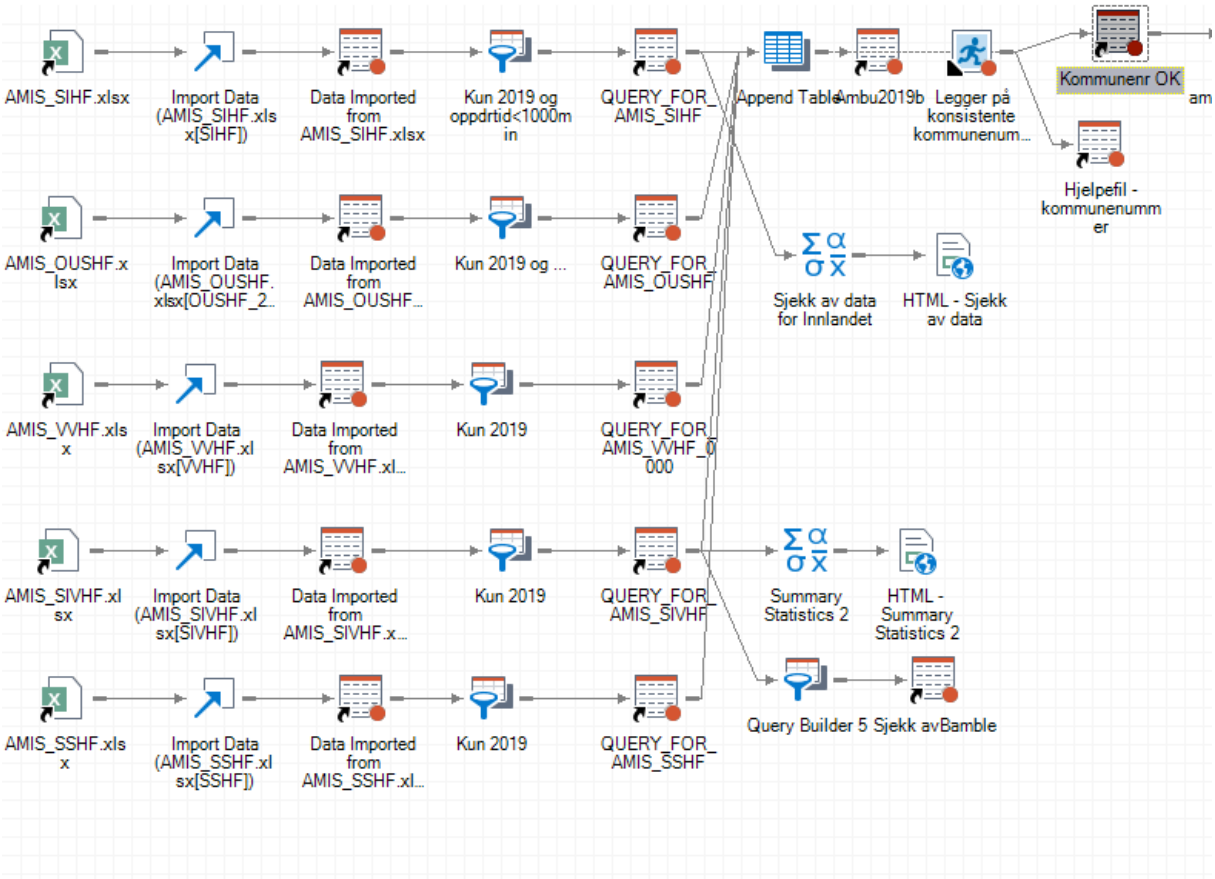
4223	Vennesla	Sørlandet	Sørlandet
4224	Åseral	Sørlandet	Sørlandet
4225	Lyngdal	Sørlandet	Sørlandet
4226	Hægebostad	Sørlandet	Sørlandet
4227	Kvinesdal	Sørlandet	Sørlandet
4228	Sirdal	Sørlandet	Sørlandet
30101	Gamle Oslo	Oslo	Oslo
30102	Grünerløkka	Oslo	Oslo
30103	Sagene	Oslo	Oslo
30104	St. Hanshaugen	Oslo	Oslo
30105	Frogner	Oslo	Oslo
30106	Ullern	Oslo	Oslo
30107	Vestre Aker	Oslo	Oslo
30108	Nordre Aker	Oslo	Oslo
30109	Bjerke	Oslo	Oslo
30110	Grorud	Oslo	Oslo
30111	Stovner	Oslo	Oslo
30112	Alna	Oslo	Oslo
30113	Østensjø	Oslo	Oslo
30114	Nordstrand	Oslo	Oslo
30115	Søndre Nordstrand	Oslo	Oslo
30116	Sentrum	Oslo	Oslo
30117	Marka	Oslo	Oslo
30199	Uoppgitt	Oslo	Oslo

**Vestre Viken HF har hovedansvar for tidligere Røyken og Hurum kommuner (nå i Asker). Oslo universitetssykehus HF etterfyller ressurser i tidligere Røyken og Hurum kommuner*
***Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF har delt ansvar for tidligere Sande kommune (nå i Holmestrand)*
****Sykehuset Telemark HF har ansvaret for pasientreiser i Nissedal og Fyresdal kommuner*

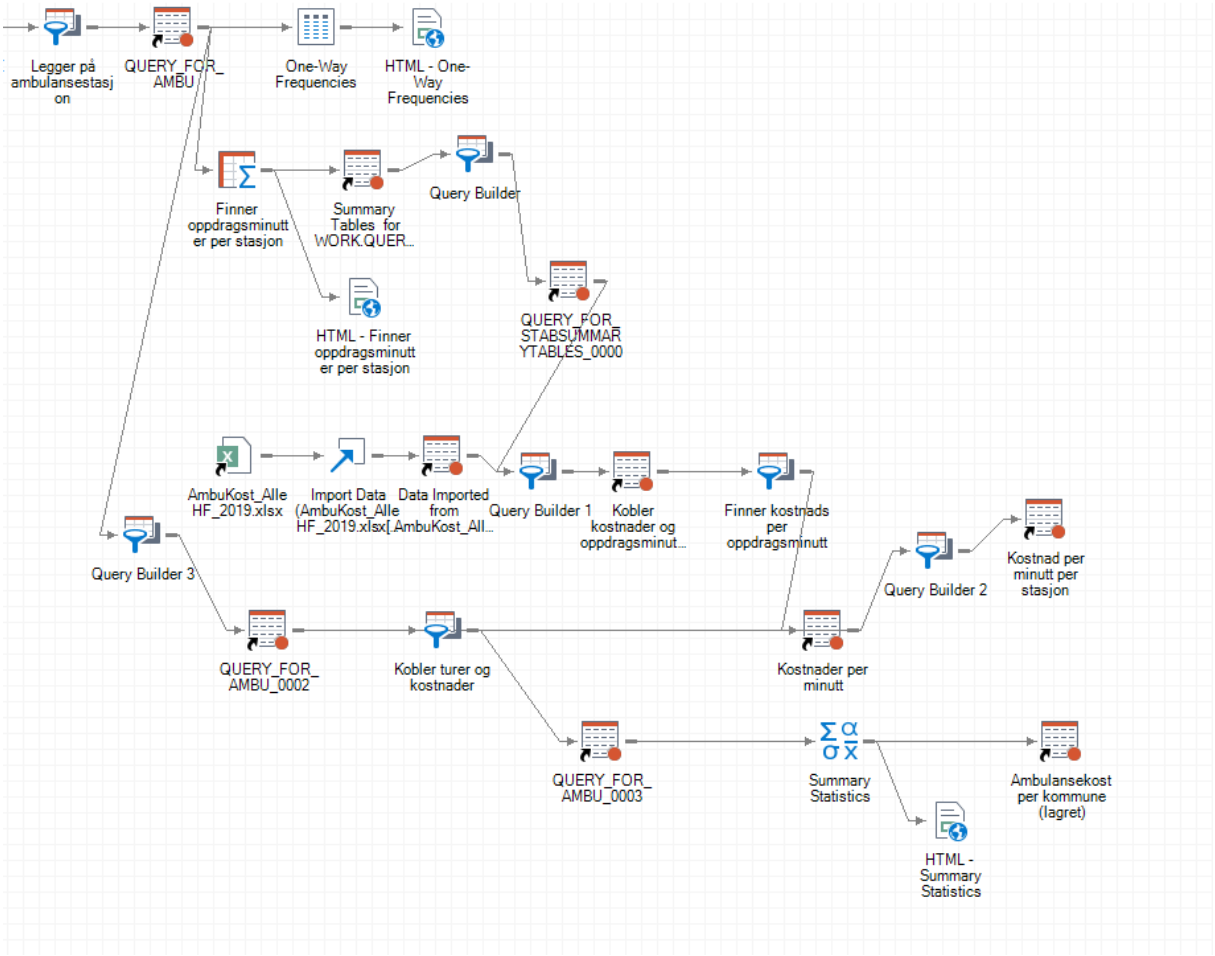
9.5 Etablering av datagrunnlaget for ambulanseoppdrag

Forklaring på tabeller i dette vedlegget: for hver stasjon beregnes et mål på antall kjørte minutter basert på oppdragsfilen. Dette defineres som ambulanseminutter. Kostnad per ambulanseminutt per stasjon defineres deretter som totale driftskostnader (ekskludert avskrivninger) dividert med totalt antall ambulanseminutter. På denne måten vil kostnader per ambulanseminutt per stasjon også reflektere beredskapskostnader, med mer. Kostnader per enkeltoppdrag kalkuleres deretter som produktet av ambulanseminutter per oppdrag og kostnader per minutt per stasjon. Vedlegg 9.5.3 viser eksempler på stasjoner med høye og lave kostnader per ambulanseminutt. Eksemplene viser at det er høye kostnader per ambulanseminutt ved stasjoner som ligger i distrikter med lange avstander og lavt befolkningsunderlag (øverste halvdel av tabellen). Motsatt viser tabellen at det er lave kostnader per ambulanseminutt ved stasjoner i byer og tettbygde strøk.

9.5.1 Etablering av datagrunnlaget for ambulanseoppdrag (a)



9.5.2 Etablering av datagrunnlaget for ambulanseoppdrag (b)



9.5.3 Eksempler på variasjoner i kostnader (2019) per ambulanseminutt per ambulansestasjon

Sykehusområde	Stasjons-nummer	Stasjonskom	Driftskostnader eks. avskr. (1000 kr)	Sum oppdragstid i minutter	Kostnad per minutt
Innlandet	42	Midt-Gudbr	19827	92839	213,56
Telemark	161	Tokke	9320	46432	200,72
Sørlandet	108	Åseral	6476	32351	200,16
Sørlandet	120	Nissedal	4667	23925	195,06
Sørlandet	103	Åmli	5724	33016	173,37
Telemark	152	Drangedal	8958	56507	158,53
Sørlandet	119	Fyresdal	4614	29578	155,98
Kongsberg sykehus	93	374021 - Ambulanse distr. III - R	8261	55721	148,25
Oslo	54	Eidsvoll	38439	267142	143,89
Kongsberg sykehus	87	376021 - Ambulanse distr. II - Ge	9182	203985	45,01
Østfold	14	459005 Moss	48349	1087237	44,47
Sørlandet	105	Kristiansand	27216	632929	43,00
Oslo	63	Smestad	26956	630220	42,77
Innlandet	40	Lillehammer	28520	673242	42,36
Innlandet	45	Nord-Gudbr	14641	362774	40,36
Innlandet	28	Hamar	28713	767291	37,42
Oslo	61	Sentrum	49204	1458728	33,73
Innlandet	30	Elverum	20234	606309	33,37
Oslo	65	Ullevål	27779	934512	29,73

9.6 Analysegrunnlag. Kostnader til prehospitale tjenester per innbygger i 2019.

Kommunenummer og -navn	Ambulanse-kostnader	Reiser uten rekvisisjon	Reiser med rekvisisjon	Sum
0101 Halden (-2019)	830,63	50,01	654,01	1534,65
0104 Moss (-2019)	358,10	18,44	356,39	732,94
0105 Sarpsborg (1992-2019)	552,87	26,86	343,68	923,41
0106 Fredrikstad (1994-2019)	661,95	28,11	369,62	1059,68
0111 Hvaler (-2019)	1049,50	48,55	697,50	1795,55
0118 Aremark (-2019)	818,83	93,06	1198,98	2110,87
0119 Marker (1964-2019)	1144,92	114,18	974,16	2233,27
0121 Rømskog (-2019)	586,51	79,40	528,62	1194,53
0122 Trøgstad (-2019)	648,68	38,25	72,00	758,93
0123 Spydeberg (-2019)	556,37	17,34	355,01	928,72
0124 Askim (-2019)	554,38	22,60	173,34	750,32
0125 Eidsberg (-2019)	655,93	32,85	72,22	761,00
0127 Skiptvet (-2019)	625,37	19,07	630,05	1274,49
0128 Rakkestad (-2019)	867,93	32,60	743,09	1643,62
0135 Råde (-2019)	551,75	22,49	559,77	1134,01
0136 Rygge (-2019)	810,26	18,49	356,39	1185,14

0137 Våler (Østfold) (-2019)	399,71	29,61	419,07	848,39
0138 Hobøl (-2019)	2705,23	19,63	4939,98	7664,84
0211 Vestby (-2019)	567,29	13,97	627,07	1208,33
0213 Ski (1931-2019)	481,28	9,06	262,59	752,93
0214 Ås (-2019)	747,89	8,74	180,47	937,10
0215 Frogn (-2019)	946,15	11,75	432,95	1390,84
0216 Nesodden (-2019)	1187,55	13,17	414,07	1614,79
0217 Oppegård (1915-2019)	999,11	8,74	262,59	1270,44
0219 Bærum (-2019)	313,59	5,36	66,28	385,23
0220 Asker (-2019)	226,37	5,94	159,45	391,76
0221 Aurskog-Høland (1966-2019)	1053,22	20,84	528,62	1602,69
0226 Sørum (-2019)	392,90	13,90	139,78	546,57
0227 Fet (-2019)	278,89	7,62	139,78	426,29
0228 Rælingen (1929-2019)	345,35	6,17	102,08	453,61
0229 Enebakk (-2019)	697,91	11,19	428,88	1137,98
0230 Lørenskog (1908-2019)	431,87	4,17	122,20	558,24
0231 Skedsmo (-2019)	572,49	4,79	139,78	717,05
0233 Nittedal (-2019)	541,91	9,08	165,45	716,44
0234 Gjerdrum (-2019)	631,23	8,71	184,99	824,94
0235 Ullensaker (-2019)	808,70	13,48	393,45	1215,63
0236 Nes (Akershus) (-2019)	1179,37	21,86	668,33	1869,56
0237 Eidsvoll (-2019)	1182,40	31,62	514,14	1728,16
0238 Nannestad (-2019)	892,08	15,29	383,99	1291,36
0239 Hurdal (-2019)	1433,15	44,48	969,09	2446,71
0301 Oslo kommune	308,12	3,81	72,74	384,67
0402 Kongsvinger (-2019)	1067,74	88,84	716,73	1873,30
0403 Hamar (1992-2019)	357,85	40,63	237,53	636,01
0412 Ringsaker (-2019)	481,92	46,69	494,11	1022,72
0415 Løten (-2019)	397,61	42,61	312,86	753,08
0417 Stange (-2019)	383,96	42,44	324,11	750,50
0418 Nord-Odal (-2019)	2001,17	91,24	1835,70	3928,11
0419 Sør-Odal (-2019)	1551,99	53,49	987,02	2592,50
0420 Eidskog (-2019)	1465,15	113,74	1196,39	2775,28
0423 Grue (-2019)	1460,91	96,43	2198,13	3755,46
0425 Åsnes (-2019)	533,42	91,67	1347,99	1973,08
0426 Våler (Hedmark) (-2019)	541,21	67,78	1064,27	1673,26
0427 Elverum (-2019)	322,04	53,48	292,20	667,72
0428 Trysil (-2019)	1174,88	230,18	1796,71	3201,77
0429 Åmot (-2019)	536,10	92,81	614,51	1243,41
0430 Stor-Elvdal (-2019)	1109,70	342,89	4342,15	5794,74
0432 Rendalen (1965-2019)	1285,71	290,09	2681,41	4257,21
0434 Engerdal (1911-2019)	1782,42	580,81	5269,54	7632,77

0436 Tolga (-2019)	664,75	283,69	865,12	1813,57
0437 Tynset (-2019)	540,05	283,58	420,60	1244,23
0438 Alvdal (-2019)	644,19	325,76	367,89	1337,85
0439 Folldal (1914-2019)	1135,74	322,48	1592,69	3050,92
0441 Os (Hedmark) (1976-2019)	421,68	307,34	287,81	1016,84
0501 Lillehammer (-2019)	405,28	53,57	72,91	531,75
0502 Gjøvik (-2019)	539,70	42,91	393,64	976,25
0511 Dovre (-2019)	1312,98	492,48	1088,69	2894,15
0512 Lesja (-2019)	999,62	681,09	2170,96	3851,67
0513 Skjåk (-2019)	3343,54	1054,20	2095,10	6492,84
0514 Lom (-2019)	2285,04	705,22	1233,70	4223,96
0515 Vågå (-2019)	2213,20	495,54	1513,19	4221,93
0516 Nord-Fron (1977-2019)	2186,90	270,76	1102,03	3559,69
0517 Sel (1908-2019)	1717,19	453,10	893,29	3063,58
0519 Sør-Fron (-2019)	1558,85	192,88	1173,23	2924,96
0520 Ringebu (-2019)	843,39	150,69	1284,91	2278,99
0521 Øyer (-2019)	541,31	70,90	228,04	840,25
0522 Gausdal (1962-2019)	496,27	46,30	553,48	1096,05
0528 Østre Toten (-2019)	603,92	39,75	419,55	1063,22
0529 Vestre Toten (-2019)	571,06	36,01	320,09	927,16
0532 Jevnaker (-2019)	599,00	44,15	640,19	1283,34
0533 Lunner (-2019)	770,81	64,81	420,31	1255,92
0534 Gran (-2019)	891,81	62,96	1209,99	2164,76
0536 Søndre Land (-2019)	958,91	57,58	1258,08	2274,57
0538 Nordre Land (-2019)	901,50	72,39	1643,65	2617,55
0540 Sør-Aurdal (-2019)	1634,64	197,94	2440,71	4273,28
0541 Etnedal (-2019)	1033,68	172,90	1483,32	2689,90
0542 Nord-Aurdal (-2019)	1225,94	270,82	1509,75	3006,52
0543 Vestre Slidre (-2019)	1383,48	359,79	1030,77	2774,05
0544 Øystre Slidre (-2019)	1304,77	358,32	2101,55	3764,64
0545 Vang (-2019)	1423,36	565,51	2896,69	4885,57
0602 Drammen (-2019)	215,15	5,94	93,97	315,06
0604 Kongsberg (-2019)	467,99	23,24	69,90	561,14
0605 Ringerike (1977-2019)	665,44	24,24	251,36	941,03
0612 Hole (1977-2019)	437,83	9,05	107,41	554,29
0615 Flå (-2019)	1708,79	143,66	1096,09	2948,54
0616 Nes (Buskerud) (-2019)	1823,84	233,23	650,73	2707,80
0617 Gol (-2019)	1656,83	223,93	491,75	2372,51
0618 Hemsedal (-2019)	1614,40	299,76	343,88	2258,05
0619 Ål (-2019)	1489,74	266,90	265,65	2022,28
0620 Hol (-2019)	1476,05	336,88	421,65	2234,58
0621 Sigdal (-2019)	1554,22	75,20	2332,65	3962,07

0622 Krødsherad (-2019)	1293,21	83,19	733,97	2110,37
0623 Modum (-2019)	780,62	27,87	366,30	1174,79
0624 Øvre Eiker (-2019)	621,32	10,85	123,85	756,03
0625 Nedre Eiker (-2019)	241,79	6,11	93,97	341,87
0626 Lier (-2019)	358,03	5,52	95,23	458,78
0627 Røyken (-2019)	366,84	4,74	159,45	531,03
0628 Hurum (-2019)	1661,52	29,20	159,45	1850,18
0631 Flesberg (-2019)	945,13	43,24	417,69	1406,06
0632 Rollag (-2019)	2057,97	105,81	630,89	2794,66
0633 Nore og Uvdal (1962-2019)	2636,90	248,06	1140,89	4025,86
0701 Horten (2002-2019)	625,70	20,46	185,79	831,95
0704 Tønsberg (1988-2019)	222,51	19,34	124,48	366,33
0710 Sandefjord (2017-2019)	586,38	29,27	285,37	901,02
0711 Svelvik (1964-2019)	3328,35	14,94	1319,93	4663,22
0712 Larvik (2018-2019)	730,64	38,61	406,94	1176,19
0713 Sande (Vestfold) (-2019)	269,46	9,61	290,34	569,41
0715 Holmestrand (2018-2019)	903,28	25,63	290,34	1219,25
0716 Re (2002-2019)	1624,02	16,58	124,48	1765,08
0729 Færder (2018-2019)	517,68	27,42	157,31	702,41
0805 Porsgrunn (-2019)	700,34	37,01	225,99	963,34
0806 Skien (-2019)	481,97	31,99	91,55	605,51
0807 Notodden (1913-2019)	1146,88	75,38	518,43	1740,69
0811 Siljan (-2019)	415,74	27,69	100,81	544,24
0814 Bamble (-2019)	676,94	41,42	457,77	1176,14
0815 Kragerø (1960-2019)	1097,33	104,85	757,10	1959,28
0817 Drangedal (-2019)	1602,95	112,13	1051,86	2766,95
0819 Nome (1964-2019)	1160,06	66,37	796,16	2022,59
0821 Bø (Telemark) (-2019)	546,25	72,76	617,85	1236,87
0822 Sauherad (-2019)	2014,15	77,32	617,86	2709,33
0826 Tinn (-2019)	1970,51	294,54	1151,00	3416,05
0827 Hjartdal (-2019)	1358,51	152,75	1535,19	3046,45
0828 Seljord (-2019)	2676,02	156,11	1180,83	4012,97
0829 Kviteseid (-2019)	2739,88	265,50	1281,83	4287,20
0830 Nissedal (-2019)	2033,90	301,36	2781,62	5116,87
0831 Fyresdal (-2019)	3170,04	593,35	1852,98	5616,37
0833 Tokke (1964-2019)	3486,23	305,30	2593,54	6385,07
0834 Vinje (-2019)	2702,93	420,54	1704,96	4828,43
0901 Risør (-2019)	1110,94	125,98	1141,93	2378,86
0904 Grimstad (-2019)	493,78	62,76	471,00	1027,53
0906 Arendal (1992-2019)	436,25	57,80	385,27	879,32
0911 Gjerstad (-2019)	1128,62	142,76	1335,32	2606,71
0912 Vegårshei (-2019)	998,20	152,64	1086,97	2237,81

0914 Tvedestrand (-2019)	744,19	78,70	923,70	1746,59
0919 Froland (-2019)	559,48	76,00	526,91	1162,39
0926 Lillesand (1962-2019)	573,44	74,66	442,87	1090,96
0928 Birkenes (-2019)	696,48	73,76	467,14	1237,37
0929 Åmli (-2019)	1779,45	163,29	729,96	2672,70
0935 Iveland (-2019)	624,19	106,74	715,58	1446,51
0937 Evje og Hornnes 1960-2019)	1127,96	127,91	1577,13	2833,01
0938 Bygland (-2019)	2519,23	250,16	1205,81	3975,20
0940 Valle (-2019)	2817,10	718,72	2483,04	6018,86
0941 Bykle (-2019)	2086,64	850,73	1747,90	4685,27
1001 Kristiansand (-2019)	186,91	52,87	169,02	408,80
1002 Mandal (-2019)	457,71	99,58	870,64	1427,92
1003 Farsund (-2019)	1303,86	236,31	1744,77	3284,94
1004 Flekkefjord (-2019)	763,73	241,23	866,37	1871,33
1014 Vennesla (-2019)	630,07	73,36	265,76	969,19
1017 Songdalen (1964-2019)	169,65	72,35	169,02	411,02
1018 Søgne (-2019)	1949,62	77,04	169,02	2195,68
1021 Marnardal (1964-2019)	734,68	112,03	870,64	1717,35
1026 Åseral (-2019)	1777,47	229,16	1172,65	3179,28
1027 Audnedal (1964-2019)	942,87	136,47	926,97	2006,31
1029 Lindesnes (1964-2019)	2853,14	131,90	870,64	3855,68
1032 Lyngdal (-2019)	1229,63	157,68	1611,05	2998,37
1034 Hægebostad (-2019)	1519,26	306,68	1727,13	3553,07
1037 Kvinesdal (-2019)	1069,42	265,83	1300,04	2635,28
1046 Sirdal (1960-2019)	1430,00	197,51	1750,26	3377,77

9.7 Håndtering av datagrunnlag for reiser med rekvisisjon innen pasientreiser

For reiser med rekvisisjon måtte det innhentes data fra to ulike kilder, og dataene måtte derfor kobles sammen. For å koble de to datasettene er tur-ID benyttet, som var inkludert i begge datasettene. Etter kostnadsdata ble koblet til pasientens bostedskommune er kostnadene per tur aggregert til per kommune, og normert med innbyggertallet. Virksomhetsdata/statistikk (inkludert pasientens bostedskommune) for reisene er hentet fra Pasientreiser HF gjennom NISSY-databasen og inkluderer data fra 2017-2021.

Det har blitt spilt inn i prosjektgruppen at kostnader for pasientreiser bør inkludere for eksempel kostnader for ansatte, overhead, drift, og turvogner. Disse kostnadene kan det være vanskelig å fordele ned på kommunenivå, og det er det relative behovet prosjektet ser på. Det har derfor blitt antatt at kostnader utover reisekostnadene fordeler seg likt som samlet størrelse på reisekostnadene.

9.8 Kostnadspåslag for tid- og avstandskriteriene

9.8.1 Kostnadspåslag per kommune

Kommunenummer og - navn	Nivå på kostnadspåslag	Kostnadspåslag utover gruppe A
3001 Halden	D	516
3002 Moss	Vektet gjennomsnitt*	0
3003 Sarpsborg	A	0
3004 Fredrikstad	A	0
3011 Hvaler	M	957
3012 Aremark	Z	2 054
3013 Marker	Z	2 054
3014 Indre Østfold	Vektet gjennomsnitt*	646
3015 Skiptvet	M	957
3016 Rakkestad	M	957
3017 Råde	A	0
3018 Våler (Viken)	M	957
3019 Vestby	E	481
3020 Nordre Follo	Vektet gjennomsnitt*	516
3021 Ås	E	481
3022 Frogn	E	481
3023 Nesodden	H	1 082
3024 Bærum	B	0
3025 Asker	A	0
3026 Aurskog-Høland	Vektet gjennomsnitt*	1 288
3030 Lillestrøm	Vektet gjennomsnitt*	114
3027 Rælingen	A	0
3028 Enebakk	N	1 257
3029 Lørenskog	A	0
3031 Nittedal	A	0
3032 Gjerdrum	A	0
3033 Ullensaker	D	516
3034 Nes	N	1 257
3035 Eidsvoll	E	481
3036 Nannestad	E	481
3037 Hurdal	Z	2 054
3401 Kongsvinger	L	519
3403 Hamar	A	0
3411 Ringsaker	K	313
3412 Løten	J	139
3413 Stange	J	139
3414 Nord-Odal	O	1 396
3415 Sør-Odal	K	313
3416 Eidskog	O	1 396
3417 Grue	O	1 396

3418 Åsnes	N	1 257
3419 Våler (Innlandet)	N	1 257
3420 Elverum	A	0
3421 Trysil	Z	2 054
3422 Åmot	W	902
3423 Stor-Elvdal	Æ	3 124
3424 Rendalen	Æ	3 124
3425 Engerdal	Æ	3 124
3426 Tolga	U	896
3427 Tynset	L	519
3428 Alvdal	U	896
3429 Folldal	Æ	3 124
3430 Os	X	1 231
3405 Lillehammer	A	0
3407 Gjøvik	B	0
3431 Dovre	Æ	3 124
3432 Lesja	Æ	3 124
3433 Skjåk	Æ	3 124
3434 Lom	Æ	3 124
3435 Vågå	Æ	3 124
3436 Nord-Fron	R	2 218
3437 Sel	Æ	3 124
3438 Sør-Fron	Q	987
3439 Ringebu	Q	987
3440 Øyer	J	139
3441 Gausdal	N	1 257
3442 Østre Toten	O	1 396
3443 Vestre Toten	B	0
3053 Jevnaker	J	139
3054 Lunner	O	1 396
3446 Gran	O	1 396
3447 Søndre Land	W	902
3448 Nordre Land	N	1 257
3449 Sør-Aurdal	Æ	3 124
3450 Etnedal	Æ	3 124
3451 Nord-Aurdal	R	2 218
3452 Vestre Slidre	Æ	3 124
3453 Øystre Slidre	Æ	3 124
3454 Vang	Æ	3 124
3005 Drammen	Vektet gjennomsnitt*	64
3006 Kongsberg	A	0
3007 Ringerike	L	519

3038 Hole	K	313
3039 Flå	Æ	3 124
3040 Nesbyen	Æ	3 124
3041 Gol	R	2 218
3042 Hemsedal	Æ	3 124
3043 Ål	R	2 218
3044 Hol	Æ	3 124
3045 Sigdal	Z	2 054
3046 Krødsherad	X	1 231
3047 Modum	N	1 257
3048 Øvre Eiker	A	0
3049 Lier	A	0
3050 Flesberg	W	902
3051 Rollag	Æ	3 124
3052 Nore og Uvdal	Æ	3 124
3801 Horten	A	0
3803 Tønsberg	Vektet gjennomsnitt*	25
3804 Sandefjord	A	0
3805 Larvik	E	481
3802 Holmestrand	D	516
3811 Færder	A	0
3806 Porsgrunn	A	0
3807 Skien	A	0
3808 Notodden	B	0
3812 Siljan	J	139
3813 Bamble	M	957
3814 Kragerø	Q	987
3815 Drangedal	Z	2 054
3816 Nome	N	1 257
3817 Midt-Telemark	Vektet gjennomsnitt*	779
3818 Tinn	Æ	3 124
3819 Hjartdal	X	1 231
3820 Seljord	Z	2 054
3821 Kviteseid	Æ	3 124
3822 Nissedal	Æ	3 124
3823 Fyresdal	Æ	3 124
3824 Tokke	Æ	3 124
3825 Vinje	Æ	3 124
4201 Risør	N	1 257
4202 Grimstad	A	0
4203 Arendal	A	0
4211 Gjerstad	Z	2 054

4212 Vegårshei	W	902
4213 Tvedestrand	M	957
4214 Froland	J	139
4215 Lillesand	D	516
4216 Birkenes	N	1 257
4217 Åmli	Æ	3 124
4218 Iveland	W	902
4219 Evje og Hornnes	Z	2 054
4220 Bygland	Æ	3 124
4221 Valle	Æ	3 124
4222 Bykle	Æ	3 124
4204 Kristiansand	Vektet gjennomsnitt*	19
4206 Farsund	O	1 396
4207 Flekkefjord	L	519
4223 Vennesla	J	139
4224 Åseral	Æ	3 124
4205 Lindesnes	Vektet gjennomsnitt*	898
4225 Lyngdal	Vektet gjennomsnitt*	1 396
4226 Hægebostad	Æ	3 124
4227 Kvinesdal	O	1 396
4228 Sirdal	Æ	3 124

*U*tregning av vektet gjennomsnitt er beskrevet detaljert i vedlegg 9.5.2*

9.8.2 Håndtering av kostnadspåslag for sammenslåtte kommuner

Gammel kommune	Nivå på kostnadspåslag i gammel kommune	Kostnadspåslag utover gruppe A i gammel kommune	Antall innbyggere	Andel innbyggere	Ny kommune	Kostnadspåslag utover gruppe A vektet gjennomsnitt, ny kommune
Moss	A	0	34 300	66,79 %	Moss	0
Rygge	A	0	17 051	33,21 %	Moss	
Rømskog	Z	2054	696	3,83 %	Aurskog-Høland	1 288
Aurskog-Høland	N	1257	17 476	96,17 %	Aurskog-Høland	
Trøgstad	Q	987	5 500	11,90 %	Indre Østfold	646
Spydeberg	E	481	6 221	13,46 %	Indre Østfold	
Askim	E	481	16 478	35,66 %	Indre Østfold	
Eidsberg	E	481	11 798	25,53 %	Indre Østfold	
Hobøl	N	1257	6 215	13,45 %	Indre Østfold	
Ski	D	516	32 254	53,35 %	Nordre Follo	516
Oppegård	D	516	28 205	46,65 %	Nordre Follo	
Sørum	D	516	19 932	22,02 %	Lillestrøm	114
Fet	A	0	12 566	13,88 %	Lillestrøm	
Skedsmo	A	0	58 028	64,10 %	Lillestrøm	
Drammen	A	0	72 383	68,56 %	Drammen	64
Nedre Eiker	A	0	26 194	24,81 %	Drammen	
Svelvik	M	957	7 007	6,64 %	Drammen	
Tønsberg	A	0	47 650	82,37 %	Tønsberg	25
Re	J	139	10 200	17,63 %	Tønsberg	
Bø	E	481	7 033	61,58 %	Midt-Telemark	779
Sauherad	N	1257	4 388	38,42 %	Midt-Telemark	
Kristiansand	A	0	98 014	83,63 %	Kristiansand	19
Songdalen	K	313	7 190	6,13 %	Kristiansand	
Søgne	A	0	11 999	10,24 %	Kristiansand	
Mandal	E	481	16 071	68,32 %	Lindesnes	898
Marnardal	W	902	2 382	10,13 %	Lindesnes	
Lindesnes	R	2218	5 070	21,55 %	Lindesnes	
Audnedal	Z	2054	1 863	17,42 %	Lyngdal	1 396
Lyngdal	N	1257	8 834	82,58 %	Lyngdal	

9.9 Foreslåtte behovskriterier med tilhørende behovsandeler og behovsindekser per helseforetak

Helseforetak	Behovs-andeler revidert modell 2024	Befolkning 2024	Behovs-andeler revidert modell	Behovs-indekser	70-89 år vektet	Uføre 18-49 år vektet	Kostnads-påslag for tid og avstand vektet	Andel 70-89 år	Andel uføre 18-49 år	Andel tid og avstand per innbygger
Sykehuset Innlandet HF	20,36 %	10,86 %	20,56 %	1,873	5,63 %	1,32 %	13,61 %	14,07 %	13,17 %	27,23 %
Oslo universitetssykehus HF	29,19 %	44,97 %	29,18 %	0,648	14,76 %	2,96 %	11,46 %	36,91 %	29,56 %	22,91 %
Sørlandet sykehus HF	12,96 %	10,14 %	12,95 %	1,276	4,19 %	1,48 %	7,28 %	10,47 %	14,75 %	14,56 %
Sykehuset Telemark HF	8,36 %	5,50 %	8,36 %	1,519	2,71 %	0,72 %	4,92 %	6,79 %	7,23 %	9,85 %
Sykehuset i Vestfold HF	6,35 %	7,80 %	6,30 %	0,814	3,55 %	1,16 %	1,58 %	8,88 %	11,62 %	3,16 %
Vestre Viken HF	12,15 %	10,20 %	12,11 %	1,190	4,44 %	0,88 %	6,79 %	11,09 %	8,80 %	13,58 %
Sykehuset Østfold HF	10,63 %	10,52 %	10,55 %	1,009	4,71 %	1,49 %	4,35 %	11,79 %	14,86 %	8,70 %
Sum	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**		**40,00 %**	**10,00 %**	**50,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**

Behovsandelene kan beregnes ved å summere de vektede andelene av behovskriteriene (tallkolonne 5 + tallkolonne 6 + tallkolonne 7 i tabellen ovenfor). Andelene av behovskriteriene er vektet med befolkning.

9.10 Fordeling av behovskomponent i modellelementet for prehospitale tjenester i dagens inntektsmodell (IM 2023), dagens behovsandeler sammenlignet med nye behovsandeler

Helseforetak	Fordelt etter behovsandel fra inntektsmodell 2024	Fordelt etter behovsandel fra revidert inntektsmodell	Omfordelings-effekt	I % av fordeling etter behov IM 2024
Sykehuset Innlandet HF	764 675	798 427	33 752	4,41 %
Oslo universitetssykehus HF	1 183 110	1 144 584	-38 526	-3,26 %
Sørlandet sykehus HF	481 971	508 235	26 265	5,45 %
Sykehuset Telemark HF	293 407	327 971	34 564	11,78 %
Sykehuset i Vestfold HF	304 293	249 093	-55 200	-18,14 %
Vestre Viken HF	444 363	476 593	32 230	7,25 %
Sykehuset Østfold HF	449 900	416 815	-33 085	-7,35 %
Sum	**3 921 718**	**3 921 718**	**0**	

9.11 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for ambulanseoppdrag i mobilitetskomponenten

Type tiltak	
Inkludert	Ekskludert
Ambulanse	Anestesilege
Ambulanse/Syketransport	Anestesisykepleier
Akuttbil	LGV-alarm
Akuttbil en-redder	LVS-alarm
Ambulanse en-redder	Operasjonsleder
Ambulanse strippet	Operativleder
Båre-amb	Akutthjelper
Intensivambulanse	Amb-akuttlegebil
Langtransport	Beredskap
Redningsskøyte	Brannvesen nettbrett
Røde kors båt	Helseekspressen
Syketransportbil	Legebil
Sykkelambulanse	Legevaktbil
Transport	Lege/LV nettbrett
Taxibåt	NLA-Ål legebil

9.12 Ambulanseoppdrag i mobilitetskomponenten

9.12.1 Antall ambulanseoppdrag benyttet i revidert mobilitetskomponent

	Antall oppdrag		Pasienttilhørighet						
	SO		Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark	Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Ambulanse-tilhørighet	Innlandet	52 987	49 919	2 161	124	56	95	390	242
	Oslo	152 438	1 200	145 404	520	413	609	1 724	2 568
	Sørlandet	40 340	57	527	39 252	193	121	124	66
	Telemark	24 988	34	404	207	23 566	476	231	70
	Vestfold	30 243	67	642	99	352	28 615	356	112
	Vestre Viken	41 857	269	1 860	116	174	381	38 882	175
	Østfold	49 287	79	1 695	64	79	105	152	47 113
	Sum	**392 140**	51 625	152 693	40 382	24 833	30 402	41 859	50 346

9.12.2 Differanse i antall oppdrag som brukes i den reviderte inntektsmodellen sammenlignet med tidligere

	Antall oppdrag		Pasienttilhørighet						
	Område		Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark	Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Ambulanse-tilhørighet	Innlandet	2 406	1 413	645	88	19	45	175	21
	Oslo	46 247	132	44 071	151	165	154	789	785
	Sørlandet	13 221	52	427	12 352	130	92	111	57
	Telemark	3 569	(5)	77	24	3 605	(64)	(100)	32
	Vestfold	4 356	14	190	46	(77)	4 052	86	45
	Vestre Viken	8 812	104	536	77	(150)	56	8 121	68
	Østfold	14 263	38	1 423	37	69	61	120	12 515
	Sum	92 874	1 748	47 369	12 775	3 761	4 396	9 302	13 523

9.13 Datagrunnlag for pasientreiser med rekvisisjon i mobilitetskomponenten

9.13.1 Samlede kostnader for pasientreiser med rekvisisjon (november 2019 og februar 2019) som benyttes i revidert mobilitetskomponent

Kostnad direkteoppgjør taxi for nov '19 og feb '19	Opptaksområde/pasienttilhørighet								
Helseforetak som får regning på pasientreiser	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark	Vestfold	Vestre Viken	Østfold	*Sum foretak*	Netto direkte-oppgjør
Innlandet	42 074	1 108	90	66	30	116	145	*43 629*	354
OUS	1 094	38 061	305	291	416	794	1 400	*42 360*	2 070
Sørlandet	0	63	30 154	61	59	1	7	*30 344*	-1 078
Telemark	-	24	834	12 975	265	43	1	*14 141*	329
Vestfold	1	35	20	372	8 939	330	9	*9 706*	-61
Vestre Viken	78	363	17	38	47	10 673	14	*11 230*	-730
Østfold	28	636	2	10	13	4	24 561	*25 254*	-884
Sum kostnad	*43 275*	*40 290*	*31 423*	*13 813*	*9 767*	*11 960*	*26 138*	*176 665*	0

9.13.2 Endringer i samlede kostnader for reiser med rekvisisjon innen pasientreiser (november 2019 og februar 2019) som benyttes i revidert inntektsmodell sammenlignet med (november 2012 og februar 2013) tidligere

	Opptaksområde/Pasienttilhørighet								
Foretak	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark	Vestfold	Vestre Viken	Østfold	*Sum foretak*	Netto direkte-oppgjør
Innlandet	11 509	612	63	60	27	55	82	12 408	274
OUS	567	4 266	(7)	(39)	5	82	154	5 028	-504
Sørlandet	(12)	36	16 063	(32)	31	(1)	(5)	16 081	-684
Telemark	(1)	(7)	626	8 463	(4 410)	(289)	(60)	4 321	432
Vestfold	1	35	20	372	8 939	330	9	9 706	425
Vestre Viken	49	175	(3)	26	12	4 329	(10)	4 578	-211
Østfold	21	414	2	(2)	3	0	10 059	10 498	269
Sum kostnad	12 134	5 532	16 765	8 847	4 606	4 506	10 229	176 665	0

10 Innspill til prosjektrapporten

10.1 Oslo universitetssykehus HF

Vår generelle betraktning er at behovskomponenten innenfor prehospitale tjenester (PHT) har store endringer i fordeling fra forrige modell. Med så store endringer fra en modell til en annen opplever OUS en stor usikkerhet til modellens resultater.

I det følgende gjennomgås innspill til hver av områdene i inntektsmodellen for PHT:

Kostnadskomponenten
OUS støtter tilnærming til kostnadskomponenten, men ønsker i tillegg å presisere diskusjonene knyttet til å legge opp til effektiviseringskrav i modellen. Dette er en generell betraktning som gjelder modellen som helhet. En inntektsmodell søker å fordele midler etter

objektive kriterier. Det å tillegge en slik modell effekter for å understøtte effektivisering, politiske føringer eller lokale tilpasninger kan føre til en forringelse av kvaliteten til modellen.

Behovskomponent
Behovskomponenten oppfattes å være den mest krevende komponenten i modellen. OUS har spilt inn flere momenter i tilknytning til denne:

- Storbyfaktor
- Færre parametere

Storbyfaktor
I inntektsmodellarbeidet for PHV/TSB har det vært mange diskusjoner knyttet til storbyfaktor. OUS mener at tilsvarende betraktninger bør gjøres for Prehospitalt tjenesteområde. Denne diskusjonen slår inn på særlig to av tre utplukkete kriterier som er valgt:

- «Andel av befolkning mellom 70 – 89 år»

  Oslo har en ung befolkning og når kriteriet vektes med 40 % vil det ha stor effekt på fordelingen.
- «Andel kostnadspåslag for reisetid og avstand»

  Oslo er en storby med korte avstander, men ikke nødvendigvis i reisetid. Reisetid er, slik OUS forstår det, basert på data fra Sintef og basert på kartdata.
    - OUS er usikre på i hvilken grad tidsbegrepet fanger opp faktisk reisetid for et ambulanseoppdrag i tett trafikk, parkeringsutfordringer, høyhus m.m.
    - Kriteriet er også brukt på hele Oslo og det har ikke vært mulig å foreta en analyse på bydelsnivå. Oslo er en sammensatt storby hvor det er store ulikheter i avstand og faktisk reisetid fra område til område.
- Andel flerkulturelle, bosetningsmønster, rus og psykiatri er momenter som har stor innvirkning på bruksmønster.

Færre kriterier
Tidligere modell besto av seks kriterier og den nye modellen består av tre. OUS mener det er en risiko for at få parametere fører til en mindre balansert modell i og med at få kriterier vektes høyt. I tillegg savnes en bedre analytisk redegjørelses og innsikt for å forstå modellen resultater.

Mobilitetskomponent
OUS støtter tilnærming til mobilitetskomponent, dvs. at tjenestene bærer kostnader for egne innbyggere. Det er viktig at den faktiske bruken legges til grunn i en årlig revidering. Modellen har imidlertid noen utfordringer.

Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) må ved akutte oppdrag sende den nærmeste ressurs. AMK OUS dekker et større geografisk område enn AMB OUS. I en geografisk og resursmessig sammenheng innebærer det et forhøyet trykk på OUS sine ambulanser. Mobilitetskomponenten har i hovedsak mest fokus på fordeling av kostnader basert på at man hjelper hverandre. Der hvor forbruket er av mer permanent karakter er ikke kostnadsinndekningen tilstrekkelig. Den faktiske bruken av ressursene innebærer en ressursoppbygging som må ta hensyn til randsoner utenfor vårt dekningsområde uten tilsvarende faktisk godgjøring.

10.2 Sykehuset Innlandet HF

Vi viser til prosjektrapport for delprosjekt 4 Prehospitale tjenester i arbeidet med ny inntektsmodell for Helse Sør Øst.

Sykehuset Innlandet slutter seg til metodikken og beregningene som er brukt i delprosjektet. 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 (f.eks. i AMIS og AMK systemer). Dette er et viktig oppfølgingspunkt framover. Sykehuset Innlandet har imidlertid kommentarer knyttet til noen områder.

For det første vil en oppfordre til at opptaksområdene for helseforetakene og ansvarsområdene for ambulansetjenesten og AMK blir samordnet (jfr. for eksempel gjelder dette kommunene Asker og Bærum og OUS HF og VV HF). Dette vil blant annet gjøre arbeidet med inntektsfordelingsmodellen mye mindre komplisert.

For det andre vil en 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.

10.3 Sykehuset i Vestfold HF

Det vises til prosjektrapport sendt ut 13. oktober 2023.

Sykehuset i Vestfold støtter i hovedsak forslaget til ny inntektsmodell for det prehospitale området – selv om det innebærer en radering av foretakets inntekter knyttet til denne delen av den samlede inntektsmodellen. Foretaket er overrasket over og også uenig i hvordan de ulike delene av modellen er vektet da det gir store utslag for enkelte av foretakene.

I motsetning til modellene for PHV/TSB (se argumentasjon i innspill til den modellen) er endringene i den prehospitale modellen fra en objektiv inntektsmodell til en annen. Da er det utfordrende at det velges en modell som gir så store utslag.

10.4 Sørlandet sykehus HF

SSHF 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.

<u>Kostnadsulemper</u>
Alle kostnader som eventuelt kompenseres utenfor modell må være transparente for alle HF.

Det kan oppfattes som kostnadsnivået ved OUS er urimelig høyt, og vi stiller spørsmål ved om organiseringen av oppgavene er gjort optimalt for å dra nytte av synergier mellom de ulike funksjonene. SSHF mener derfor at størrelsen på disse kompensasjonene må gjennomgås på nytt.

I rapporten fremkommer det at AMK Oslo skal motta 2,8 MNOK for dekning av applikasjonsleverandører og lisenser og drift av IKT. SSHF mener fortsatt at kostnader til drift av reserve AMK må dekkes av foretaket selv, slik de andre AMK-sentralene i HSØ gjør.

I punktet «kostnadskompensasjon for øvrige kostnadsmessige forhold ved Oslo universitetssykehus HF forbundet med regionale/nasjonale/internasjonale funksjoner innen prehospitale tjenester». Det er ønskelig med en nærmere vurdering og drøfting av oppgaveløsning, kostnadsnivå og eventuell tilhørende kostnadskompensasjon på dette punktet, hvor hensikten er å unngå dobbeltfinansiering og å vurdere om disse midlene bør trekkes ut.

Mobilitetskomponenten
SSHF oppfatter at modellen ikke er tydelig på hvordan en spredt ambulanseberedskap i mange små-kommuner blir ivaretatt i fordelingene. Det pågår 'politiske diskusjoner om responstid', hvor SSHF mener at alle typer utfall av disse diskusjonene må til enhver tid oppdateres i modellen når de foreligger.

10.5 Sykehuset Telemark HF

Vi viser til utsendt prosjektrapport fra delprosjekt 4, med frist for innspill 27.10.2023.

Vi mener det er gjort et grundig og viktig arbeid med å fremskaffe nye data og å gjøre analyser som tidligere ikke har vært gjort. Dette har gitt en modell som etter vårt skjønn klart bedre fanger opp det faktiske kostnadsbildet, blant annet knyttet til å opprettholde beredskap i områder med lav befolkning og store avstander.

10.6 Vestre Viken HF

Kommentarer til utkast til rapport delprosjekt IV 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 er at HSØ nå endelig tar en avgjørelse som sikrer at dette blir den fremtidige løsning.

Vi støtter prosjektleders anbefaling om at den særskilte kompensasjonen til OUS på 2,5 MNOK årlig avvikles. VVHF betjener ambulanse i Røyken og Hurum og foretakets biler i området kan omdisponeres av AMK OUS til andre områder som inngår i OUS sitt ansvarsområde uten av VVHF noen gang er blitt kompensert for dette. Likeledes støttes forslaget om at det særskilte tilskuddet til SIV avvikles og at forholdet håndteres i

mobilitetskomponenten. Det stilles her spørsmål til om ikke Sande bør inngå i behovskomponenten for SiV for dette tjenesteområdet og at mobilitet kompenseres for VVHF.

Kostnadsulemper
Alle kostnader som eventuelt kompenseres utenfor modell må være transparente for alle HF.

VVHF har tidligere stilt spørsmål ved kostnadsnivået og organiseringen av de tilleggsfunksjoner som OUS kompenseres særskilt for. Vår oppfatning er at kostnadsnivået synes urimelig høyt, og vi stiller spørsmål ved om organiseringen av oppgavene er gjort optimalt for å dra nytte av synergier mellom de ulike funksjonene. Dette omfatter AMK-LA og K-AMK. Til sammenlikning utgjør kostnadene til disse områdene ved OUS mer enn 50 % av kostnadene for drift av AMK i Vestre Viken.
VVHF mener derfor at størrelsen på disse kompensasjonene må gjennomgås på nytt.

I rapporten fremkommer det at AMK Oslo skal motta 2,8 MNOK for dekning av applikasjonsleverandører og lisenser og drift av IKT. VVHF mener fortsatt at kostnader til drift av reserve AMK må dekkes av foretaket selv, slik de andre AMK-sentralene i HSØ gjør.

Mobilitetskomponenten
I rapportens side 30 siste avsnitt står det at «Sande, Røyken og Hurum inngår i Vestre Viken HF sitt opptaksområde for ambulansetjenester selv om ny kommunestruktur tilsier en annen helseforetakstilhørighet. Det presiseres at Røyken og Hurum inngår i VVHFs sitt opptaksområde og dermed helseforetakstilhørighet. Hele nye Asker er en del av VVHFs opptaksområde. Likeledes er fortsatt Sande en del av opptaksområdet for VVHF mens gamle Holmestrand er del av Sykehuset i Vestfold; nye Holmestrand er delt mellom de to foretakene som også ønsket av kommunen.

Det står videre at det ikke er gjort justeringer mellom VVHF og OUS i tallene i rapporten da det gjenstår kvalitetssikring av ambulanseoppdrag for tidligere Røyken og Hurum kommuner. Dette forholdet skal justeres på et senere tidspunkt. VVHF imøteser videre samarbeid om eventuelle justeringer hva angår Røyken og Hurum. Det vises til kommentar overfor mht håndtering av Sande for AMK og ambulanse som er overført til SiV. VVHF vil foreslå at dette håndteres slik at SiV får Sande inkludert i behov for dette tjenesteområdet og VVHF får mobilitetskomponenten.

10.7 Sykehuset Østfold HF

En omfordeling fra behov til kostnad vil treffe SØ i særlig grad da AMK-tjenesten for vårt opptaksområde er i regi av OUS mens ambulansetjenesten er i eget foretak. Når det ene elementet i modellen kompenseres fullt, dvs. rapporterte kostnader for AMK, mener SØ at dette vil ha en utilsiktet omfordelende effekt i modellen. Det presiseres i rapporten i forbindelse med diskusjoner om nivået på kostnadskomponenten er riktig eller om helseforetakene som driver effektiv AMK vil få en gevinst av den foreslåtte kostnadskomponenten. Dette vil ikke gjelde SØ da vi ikke har egen AMK. En vridning fra høyere andel midler i kostnadskomponenten fra behovskomponenten medfører redusert ramme til SØ uten mulighet til å hente ut eventuelle gevinster ved effektiv drift av AMK.