

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	21. desember 2023

Sak 156-2023

Revidert inntektsmodell for Helse Sør-Øst

Forslag til vedtak:

1. Målet med utvikling av kriteriebaserte inntektsmodeller for Helse Sør-Øst er å fordele inntekter til helseforetak og sykehus slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og helseforetak og sykehus' forskjellige kostnadmessige forutsetninger.
2. Styret godkjenner revidert modell for fordeling av inntekter i Helse Sør-Øst. Det presiseres at helseforetak og sykehus tildeles en samlet basisramme til investeringer og drift, og at det er helseforetak og sykehus som fordeler basisramme mellom tjenesteområdene.
3. Modellen innføres med virkning fra 1. januar 2025. Styret vil vurdere behov for eventuell midlertidig inntektsstøtte til helseforetak med vesentlige omfordelingseffekter.
4. Styret ber om at videreutviklingen av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern i regionen følges nøye, slik at målet om et likeverdig tilbud til pasientene ivaretas.

Hamar, 14. desember 2023

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1 Hva saken gjelder

I denne saken legges det fram et forslag til revidert inntektsmodell i Helse Sør-Øst. Forslaget er basert på et prosjektarbeid med å revidere den regionale inntektsmodellen, og på tilhørende vurderinger av ressursbruken innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Oslo.

2 Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Bakgrunn

Dagens inntektsmodell i Helse Sør-Øst er innført i perioden 2010-2015. Modellen oppdateres årlig i forbindelse med rullering av økonomisk langtidsplan. Den er videreutviklet sist i et eget arbeid i 2017-2018. Deler av resultatet fra dette arbeidet ble tatt i bruk i styresak 102-2018 *Budsjett 2019 – fordeling av midler til drift og investeringer* og styresak 016-2019 *Økonomisk langtidsplan 2020-2023. Planforutsetninger*. Det vises til styresak 056-2022 *Orientering om inntektsmodell og revidering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst* for nærmere omtale av dagens inntektsmodell.

Det er behov for å oppdatere dagens modell. Dagens modell er basert på et eldre tallgrunnlag som ikke nødvendigvis gjenspeiler nåsituasjonen. Dette gjelder både vurderinger av behov og av kostnadskompensasjon for uforskyldte merkostnader. Videre ble en ny nasjonal inntektsmodell tatt i bruk fra og med statsbudsjettet for 2021 (NOU 2019:24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*). I arbeidet med den nye nasjonale inntektsmodellen har det blitt gjort nye analyser og vurderinger som er nyttige i en videreutvikling av den regionale inntektsmodellen. Det har også skjedd endringer i ansvarsfordelingen mellom opptaksområdene/helseforetak i regionen, for eksempel vedrørende ansvaret for ambulansetjenester for enkelte kommuner, som ikke gjenspeiles på en god måte i inntektsmodellen. Til sist er dagens regionale inntektsmodell ikke tatt i bruk internt i Oslo sykehusområde innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Arbeidet med å revidere den regionale inntektsmodellen i Helse Sør-Øst startet i mars 2022, og prosjektet hadde sitt siste møte i november 2023. Styret i Helse Sør-Øst RHF har blitt informert om arbeidet i styresak 056-2022 *Orientering om inntektsmodell og revidering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst*, 119-2022 *Status for arbeidet med endringer i regional inntektsmodell*, og administrerende direktørs driftsorientering i styremøtet 26. oktober 2023 (styresak 127-2023).

2.2 Mandat og organisering av inntektsmodellprosjektet

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

Inntektsmodellen er i dag ikke splittet internt i Oslo sykehusområde¹ i forskningselementet og elementene for PHV og TSB. Dagens modell for disse områdene fordele inntekter til Oslo sykehusområde (Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus) samlet, før en fast nøkkel benyttes til å fordele inntektene mellom helseforetak og sykehus. Prosjektarbeidet skulle legge til rette for å kunne ta i bruk modellen for alle helseforetak/sykehus med opptaksområdeansvar.

Prosjektet har vært delt inn i fire delprosjekter:

- overordnet delprosjekt (delprosjekt 1)
- delprosjekt for somatikk (delprosjekt 2)
- delprosjekt for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (delprosjekt 3)
- delprosjekt for prehospitale tjenester (PHT) (delprosjekt 4)

Styringsgruppen for prosjektet har vært ledet av administrerende direktør og i tillegg bestått av representanter fra ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF, konserntillitsvalgte og brukerrepresentant (observatør). Innleid prosjektleder Terje P. Hagen ved Helseøkonomisk analyse AS 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 ivareta at helseforetakene deltar aktivt 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

¹ Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

Det er prosjektleder som har stått ansvarlig for anbefalingene og som har innstilt overfor styringsgruppen. Prosjektdeltakerne og helseforetak/sykehus som berøres av modellen, har blitt gitt anledning til å gi innspill på arbeidet og prosjektrapportene. Alle prosjektrapportene er vedlagt denne styresaken, og i prosjektrapportene er innspillene gjengitt i sin helhet.

Arbeidet i de fire delprosjektene omhandlet hovedsakelig revidering av behovskomponent, kostnadskomponent og mobilitetskomponent, avvikling av kapital- og pensjonsberegningene i dagens modell, samt innføring av inntektsmodellprinsipper internt i Oslo, både for PHV/TSB og forskning.

2.3 Generelt om inntektsmodellen

Inntektene til de regionale helseforetakene, som igjen fordeles ut til helseforetak og sykehus internt i regionene, kan overordnet inndeles i basisramme og aktivitetsbaserte inntekter. Med «den regionale inntektsmodellen» menes modellen som fordeler det meste² av basisrammen til Helse Sør-Øst. Midlene fordeles først mellom de ulike modell-elementene. I dagens inntektsmodell er dette noe forenklet tjenesteområdene somatikk, PHV, TSB og PHT. Den relative fordelingen av inntekter mellom tjenesteområdene i inntektsmodellen gjenspeiler hvordan kostnadene historisk har fordelt seg (relative andeler hentet fra SAMDATA).

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

- en kostnadskomponent som kompenserer for uforskyldte merkostnader i pasientbehandlingen
- en behovskomponent som fordeler inntekter ut fra befolkningens behov
- 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 beløp som er tilordnet et tjenesteområde 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

² Samlet tildelt basisramme fratrukket basisramme til Helse Sør-Øst RHF og midler som fordeles utenfor inntektsmodellen. Det siste omfatter bl.a. finansiering av regionale funksjoner innen PHV/TSB.

de samme tre elementene. Unntaket er modell-elementet for forskning som har en annen struktur.

I forslag til revidert modell i denne saken er både kostnadskomponenten og behovskomponenten i elementene for somatikk og PHV/TSB basert på samme typer analyser, og til dels på samme grunnlag. PHT skiller seg fra disse områdene særlig på kostnadskomponent, men også med hensyn til grunnlaget for behovsanalysene. I det følgende vil de overordnede vurderingene i delprosjekt 1 gjennomgås først, i tillegg til forskningselementet. Deretter vil somatikk og PHV/TSB gjennomgås, før forslag til elementet for PHT.

2.4 Overordnede vurderinger

I delprosjekt 1 ble det tidlig valgt å videreføre tilnærmingen til kostnadskompensasjon som er i bruk i Helse Sør-Øst i dag, heller enn å bruke tilnærmingen i den nye nasjonale inntektsmodellen, der det benyttes kostnadsindekser til å sette størrelsen på kostnadskomponenten og til å bestemme fordelingen av den³. Dette har blant annet å gjøre med at den nasjonale metoden i liten grad fanger opp oppgave- og funksjonsdeling mellom helseforetak og sykehus, og at metoden er lite transparent og intuitiv. Det betyr at delprosjektene for somatikk, PHV/TSB og PHT i arbeidet med kostnadskomponent skulle identifisere og sette en pris på spesifikke kostnadsulemper som det skulle kompenseres for.

Videre har delprosjekt 1 vurdert innretningen av kapital- og pensjonsberegningene i dagens modell. I dagens inntektsmodell fordeles det inntekter til kapital og pensjon i egne beregninger som er basert på fordelingsprinsippene i tjenesteområdeelementene. For kapital gjelder dette beløpsmessig historiske inntekter til avskrivninger (avskrivningstilskudd). For pensjon gjelder dette midler til kompensasjon for endrede pensjonskostnader som følge av nye beregningskriterier etter 2009. Disse egne beregningene ble tatt i bruk fra 2012 (jf. styresak 022-2011 *Inntektsmodell for Helse Sør-Øst*). Prosjektleder anbefaler at inntekter til håndtering av kapital- og pensjonskostnader innarbeides i hvert tjenesteområde-element, og at midlene i motsetning til tidligere ikke holdes på utsiden i egne beregninger. Den foreslåtte løsningen endrer ikke fordelingsprinsippene, men gjør håndteringen mindre kompleks og mer intuitiv.

Delprosjektet har blitt bedt om å vurdere om det bør etableres et eget tilskudd eller justering i inntektsmodellen for framtidig befolkningsvekst eller investeringer. Hovedutfordringen er at et slikt tilskudd flytter inntekter inn til opptaksområder som opplever vekst, gjerne fra opptaksområder som allerede har utfordringer som oppstår når

³ Se prosjektrapport for delprosjekt 1 samt NOU 2019:24 for en nærmere beskrivelse av tilnærmingen

befolkningen relativt sett reduseres. Opptaksområder med lav befolkningsvekst vil allerede relativt sett få lavere inntekter gjennom inntektsmodellens fordeling, og et tilskudd som forskutterer denne reduksjonen vil forsterke dette. Prosjektleder anbefaler derfor ikke et slikt tilskudd.

2.5 Forskningselementet

Modellelementet for forskning består av en fast og en variabel del. Den faste delen skal ifølge tidligere arbeid ivareta et behov for og ønske om større grad av forutsigbarhet i finansieringen knyttet til forskning, og da særlig i forhold til infrastruktur (bygg, IKT-systemer, utstyr med mer og administrasjon)⁴. Den variable delen fordeles ut fra andel forskningspoeng, og hensikten er at midlene skal variere med forskningsaktiviteten. Forskningselementet er i dagens modell ikke etablert internt i Oslo sykehusområde. Omfordelingseffektene i dette elementet beregnes i dag for Oslo sykehusområde samlet, og deretter fordeles denne effekten internt i Oslo sykehusområde etter en fast nøkkel.

For forskningselementet har prosjektleder etter diskusjoner i prosjektgruppen landet på følgende anbefalinger:

- Prosjektleder anbefaler at strukturen med en fast del og en variabel del ligger fast.
- Da forskningselementet ble etablert, ble fordelingen av den faste delen av forskningselementet i stor grad basert på skjønn. Prosjektleder anbefaler at det gjøres en oppdatering av den faste delen, hvor andel forskningskostnader og -poeng de siste årene brukes som utgangspunkt for fordeling. Det anbefales at det gjøres en skjønnsmessig oppjustering for Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF.
- Prosjektleder anbefaler at det gis 50 % uttelling for forskningspoeng som er eksternt finansierte i den variable delen, i motsetning til dagens modell hvor eksternt finansierte forskningspoeng ikke gir noen uttelling. Prosjektleder anbefaler at det fremdeles ikke gis uttelling for forskningspoeng finansiert av øremerkede midler (post 78).

I anbefalingene fordeles inntektene i forskningselementet også internt i Oslo sykehusområde. Samlet kommer Oslo sykehusområde negativt ut av endringene, og det er særlig Lovisenberg Diakonale Sykehus som taper inntekter. Den negative effekten for dette sykehuset skyldes i stor grad at sykehuset har fått en for stor andel av forskningselementet i dagens modell, når fordelingen sammenlignes med faktisk forskningsaktivitet.

⁴ Se styresak 012-2014 *Videreutvikling av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst* i Helse Sør-Øst RHF

2.6 PHV/TSB og somatikk

2.6.1 Kostnadskomponent

I kostnadskomponenten i dagens modell-element for somatikk og PHV/TSB kompenseres det for uforskyldte merkostnader som følge av forskningsaktivitet, undervisning, ikke-vestlige innvandrere og strukturelle/geografiske forhold.

Prosjektet har brukt regresjonsanalyser som finner sammenheng mellom mulige kostnadsulempere og kostnad per DRG (for somatikk) eller kostnad per vektet liggedøgn⁵ (for PHV/TSB) som hovedtilnærming til å bestemme kostnadskomponenten. Dette gjelder for å finne kostnadsulempere det skulle kompenseres for, og for å sette en pris på disse kostnadsulempene.

Alle kostnader til pasientbehandling fra SAMDATA er med i analysene, men data for aktivitet og kostnader for regionale behandlingstjenester for PHV/TSB ved Oslo universitetssykehus HF⁶ er ekskludert. Det er gjort analyser på nasjonalt nivå (alle helseforetak/sykehus i landet) og regionalt nivå (kun helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst). På regionalt nivå har det vært tilgjengelig data på vesentlig flere mulige kostnadsulempere enn på nasjonalt nivå. Det vises til prosjektrapportene for delprosjekt 2 og 3 for en fullstendig liste over variablene som er utprøvd.

De nasjonale og regionale analysene bruker helseforetak/sykehus som analyseenhet, og begge har den svakheten at det er få observerte enheter, noe det ikke fullt ut kan kompenseres for ved å inkludere flere årganger. Det er likevel funnet noen drivere av høyere kostnad per aktivitetsmål som konsekvent har vist effekt ved ulike spesifikasjoner av modellene. Driveren som har vist størst sammenheng med kostnadsnivået er forskningspoeng per aktivitetsmål, dette gjelder både med et regionalt og et nasjonalt grunnlag. Data for leger i spesialisering (LIS) har ikke vært tilgjengelig på nasjonalt nivå, men ved regionalt grunnlag er det også sett sammenheng mellom LIS og kostnad per aktivitetsmål. En sammenheng mellom LIS og kostnadsnivå ble også funnet i det nasjonale inntektsmodellarbeidet hvor data på LIS i hele landet var tilgjengelig. Med nasjonalt

⁵ «Vektet liggedøgn» betyr at liggedøgn, polikliniske opphold og dagopphold vektet sammen til ett samlet aktivitetsmål. Et liggedøgn teller 1, og polikliniske opphold og dagopphold sin vekt er bestemt av kostnaden relativt til et liggedøgn.

⁶ Regionale behandlingstjenester for PHV/TSB kompenseres fullt ut etter rapportert kostnad på utsiden av inntektsmodellen.

grunnlag er det funnet sammenheng mellom ulike mål for spredtbygdhet og kostnad per aktivitetsmål, disse målene inkluderer reisetid til akuttmottak og reiseavstand innen sone⁷.

Hvilke kostnadsulemper som gir utslag, varierer noe mellom analysene, og det er særlig usikkerhet knyttet til hvilke priser som skal settes på kostnadsulempene. Analyser gjort på et så lite grunnlag gir grunn til å være forsiktig med konklusjonene. Det er derfor til en viss grad blitt brukt skjønn både til å bestemme de ulempene det skal kompenseres for og for å sette prisen per ulempe.

Prosjektleder mener det bør kompenseres for følgende forhold for PHV og TSB og for somatikk:

- Forskningsaktivitet målt ved publikasjonspoeng (900 000 kroner per publikasjonspoeng)
- Utdanning målt ved antall LIS1-stillinger (485 000 kroner per LIS1-stilling)
- Spredtbygdhet målt ved reisetid til akuttmottak per kommune (111 kroner per DRG per minutt over gjennomsnittlig reisetid til akuttmottak)

De to største forskjellene fra dagens kostnadskomponent er at det ikke lenger kompenseres for ikke-vestlige innvandrere, og at kompensasjonen for forskningsaktivitet er høy:

- Begrunnelsen for at kompensasjonen for ikke-vestlige innvandrere anbefales fjernet er at det i analysene ikke er funnet sammenheng mellom ikke-vestlige innvandrere og kostnadsnivå, hverken i det nåværende inntektsmodellprosjektet eller i det nasjonale inntektsmodellarbeidet.
- Den høye prisen for forskning er i stor grad basert på utfallet av regresjonsanalysene. Forskning gir i seg selv økte kostnader til pasientbehandlingen, men enda viktigere er det at forskningsaktivitet fanger opp andre, underliggende forhold ved pasientbehandlingen, som seleksjon av kostnadskrevende pasienter og breddeulemper.

Prisen for forskningspoeng anbefales låst. Begrunnelsen for dette er todelt:

- Prisen på forskningspoeng er så høy at det vil gi et for stort insentiv til å produsere forskningspoeng. Uten en låsing vil kostnadskomponenten øke på bekostning av behovskomponenten.

⁷ En sone er et geografisk sammenhengende område som er satt sammen av grunnkretser. Reiseavstand innen sone er reiseavstand for alle innbyggerne i sone til sonesenteret, summert for alle innbyggerne i sonen.

- Den kausale effekten av forskningspoeng er liten. Det er det at forskningspoengene fanger opp effekten av andre forhold ved sykehusene som er viktig. Denne vil ikke endre seg like mye over tid som forskningsaktiviteten gjør.

Det vises til prosjektrapportene for en mer inngående diskusjon om de ulike kostnadsulempene.

For finansiering av høyspesialisert behandling innen somatikk ved Oslo universitetssykehus HF må kostnadskomponenten ses i sammenheng med endringer i pris for abonnementet. Grunnen til det er at prisen i abonnementet i den foreslåtte modellen tar hensyn til kompensasjonen som er allerede er gitt i kostnadskomponenten.

2.6.2 Behovskomponent

Behov i inntektsmodellsammenheng kan defineres som den relative forventede ressursbruken for helsetjenester i et opptaksområde, gitt befolkningssammensetningen opptaksområdet har. Behovskomponenten fordeler inntekter mellom opptaksområdene ut fra behovsandeler, som igjen bestemmes av størrelsen på befolkningen og forventet ressursbruk per innbygger. Forventet ressursbruk per innbygger bestemmes av et kriteriesett, hvor hvert kriterium angir de faktorene som forklarer forventet ressursbruk, og kriterievekten angir i hvilken grad.

I arbeidet som ligger til grunn for den nåværende nasjonale inntektsmodellen, ble det gjennomført behovsanalyser på individnivå, hvor alle bosatte i Norge ble inkludert. Behovsanalysene kobler aktivitetsdata fra Norsk pasientregister med forklaringsvariabler fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Aktivitetsmålet er DRG-poeng for somatikk og vektet liggedøgn for PHV/TSB. Vektete liggedøgn er polikliniske opphold, dagopphold og liggedøgn som er slått sammen til ett felles mål på aktivitet ved å bruke relativ kostnad som vekt. Den relative kostnaden er beregnet fra nasjonale gjennomsnittskostnader, og det skilles dermed ikke på kostnaden mellom ulike helseforetak/sykehus. Det ble testet et bredt utvalg forklaringsfaktorer som inkluderer alder, helse- og sosioøkonomiske forhold. For PHV voksne (PHV-V) og TSB var grunnlaget fra 2017, og for PHV-BUP og somatikk var grunnlaget fra 2016 og 2017. SINTEF gjennomførte behovsanalysene i det nasjonale inntektsmodellarbeidet.

Helse Sør-Øst RHF har bedt SINTEF om å gjøre analyser tilsvarende de nasjonale analysene på et regionalt datasett, det vil si at kun innbyggere i Helse Sør-Øst inkluderes. Begrunnelsen for å gjøre regionale analyser er at det bedre kan reflektere behovet internt i regionen. Ved å begrense analysegrunnlaget til én enkelt region blir det færre observasjoner. Helse Sør-Øst har om lag 56 % av befolkningen i landet, og antall observasjoner er derfor likevel høyt.

Analysen gjort på individer bosatt i Helse Sør-Øst sitt opptaksområde gir andre kriteriesett enn de som er basert på et nasjonalt grunnlag, og kriteriesettene skiller seg videre fra de som er i bruk i Helse Sør-Øst i dag. Dette gjelder både PHV/TSB og somatikk. Prosjektleder anbefaler å bruke kriteriesettene som er basert på et regionalt grunnlag heller enn et nasjonalt. Når datagrunnlaget er så stort som det er, med individnivådata for alle innbyggere i Helse Sør-Øst sitt opptaksområde, mener prosjektleder at fordelene med å ha et grunnlag som er basert på samme region som modellen skal fordele inntekter i, veier opp for ulempen ved å redusere grunnlaget. Det vises til prosjektrapportene for kriteriesettene.

Somatikk

Tabell 1 viser endring i behovsindeks fra dagens modell til foreslått modell for somatikk. Behovsindeksen angir forventet forbruk per innbygger sammenlignet med gjennomsnittet i Helse Sør-Øst. En behovsindeks på 1,1 betyr et forventet forbruk per innbygger som er 10 % over snittet. Behovsindeks multiplisert med befolkningsandel er lik behovsandel, som er den andelen av behovskomponenten hvert opptaksområde får tildelt gjennom inntektsmodellen. Det foreslåtte kriteriesettet for somatikk gir høyere forventet forbruk i mer sentrale strøk. Ved en eventuell implementering vil behovsindeksene endre seg fra år til år når alderssammensetning og data for helse/sosiale kriterier oppdateres. Behovsindeksen for de nye behovsanalysene er basert på grunnlaget som lå til grunn for behovsanalysene, det vil si 2016/2017-tall.

Endring behovsindeks somatikk	Inntektsmodell 2024	Nye behovs-analyser	Endring
Akershus universitetssykehus HF	0,962	0,985	0,023
Sykehuset Innlandet HF	1,136	1,107	-0,029
Oslo universitetssykehus HF	0,867	0,892	0,025
Diakonhjemmet Sykehus	0,892	0,885	-0,007
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0,760	0,779	0,019
Sørlandet sykehus HF	1,039	1,027	-0,012
Sykehuset Telemark HF	1,139	1,091	-0,048
Sykehuset i Vestfold HF	1,077	1,052	-0,025
Vestre Viken HF	0,976	0,983	0,007
Sykehuset Østfold HF	1,087	1,077	-0,011

Tabell 1. Estimert endring i behovsindeks for somatikk fra dagens modell til foreslått modell

PHV/TSB

Det må gjøres tilpasninger av behovsindeksene for å kunne sammenligne dagens modell og den foreslåtte tilnærmingen til behovskomponenten. I behovskomponenten i dagens modell er tjenesteområdene delt inn som PHV og TSB, mens de nye behovsanalysene er delt inn i PHV-V/TSB og PHV-BUP. Videre er ikke dagens modell-element for PHV og TSB delt internt i Oslo sykehusområde, mens det er foreslått å innføre inntektsmodellprinsipper internt i Oslo sykehusområde i den foreslåtte modellen.

Tabell 2 viser endring i behovsindeks fra dagens modell til modellen som er foreslått i inntektsmodellprosjektet for PHV og TSB. I tabellen er behovsindeksene for PHV og TSB i dagens modell, og for PHV-V/TSB og PHV-BUP i foreslått modell, vektet sammen basert på kostnad per tjenesteområde fra SAMDATA.

Alle opptaksområder får et relativt sett økt behov sammenlignet med dagens modell, med unntak av Oslo sykehusområde som får en vesentlig reduksjon. Reduksjonen forklares i hovedsak av at kriteriet «folketall per kommune kvadrert» utgår fra modellen. Dette kriteriet har blitt skjønnsmessig vektet opp i dagens modell.

Endring i behovsindeks for PHV og TSB	Inntektsmodell HSØ 2024	Nye behovs-analyser	Endring
Akershus universitetssykehus HF	0,961	0,989	0,028
Sykehuset Innlandet HF	0,909	0,985	0,076
Oslo universitetssykehus HF		1,003	
Diakonhjemmet Sykehus		0,899	
Lovisenberg Diakonale Sykehus		1,120	
Sørlandet sykehus HF	0,994	1,040	0,046
Sykehuset Telemark HF	0,954	1,029	0,075
Sykehuset i Vestfold HF	0,951	1,009	0,058
Vestre Viken HF	0,876	0,936	0,060
Sykehuset Østfold HF	0,944	1,054	0,110
Oslo (OUS, LDS, DS)	1,263	1,009	-0,254

Tabell 2. Estimert endring i behovsindeks for PHV og TSB fra dagens modell til foreslått modell. OUS: Oslo universitetssykehus HF. LDS: Lovisenberg Diakonale Sykehus. DS: Diakonhjemmet Sykehus

Det har vært prosjektleder sin vurdering at de nye behovsanalysene er basert på et grunnlag som er av høyere kvalitet enn det som er i bruk i dagens inntektsmodell i Helse Sør-Øst. Det er testet et bredt utvalg variabler, med data på individnivå. Ikke minst er grunnlaget av nyere dato enn det som er lagt til grunn for dagens modell. Behovsanalysene gir imidlertid et forventet forbruk som er vesentlig lavere enn det faktiske forbruket i Oslo sykehusområde. I dagens modell er det estimert at Oslo sykehusområde har et behov (forventet forbruk) på 24,3 % av regionens forbruk av spesialisthelsetjenester innenfor PHV og TSB. De nye behovsanalysene gir et forventet forbruk for Oslo sykehusområde på 19,6 % av regionens forbruk. Med behovskomponenten i foreslått modell betyr dette om lag 840 millioner kroner i reduserte inntekter til Oslo sykehusområde gjennom behovskomponenten.

Det er generelt høyere usikkerhet i behovsanalysene for PHV og TSB, sammenlignet med somatikk. Det er flere årsaker til dette, blant annet:

- Et aktivitetsmål som ikke fanger opp pasienttyngde (bare i den grad tyngden gir seg uttrykk i flere opphold/lenger liggetid)
- Færre observasjoner i analysene, og lavere forklaringskraft i regresjonsmodellen
- En mulig storbyfaktor som eventuelt ikke fanges opp fordi det bare er én storby i Helse Sør-Øst

Det kan være at behovsanalysene ikke klarer å fange opp alt som kan forklare forskjeller i behov. I prosjektet er dette imidlertid det beste estimatet som har vært tilgjengelig. Det vises til arbeidet med ressurskartlegging av PHV og TSB i Oslo i kapittel 2.9 for en videre diskusjon av dette.

Mobilitetskomponenten

For gjestepasientoppjøret foreslås det justeringer i påslaget for kapital og pensjon for å ta hensyn til faktisk kapital- og pensjonskostnad og ivareta behovet for et påslag for kapital- og pensjonskostnader etter avviklingen av kapital- og pensjonsberegningene i dagens modell.

For somatikk anbefales det at dagens ordning for finansiering av flerområdefunksjoner og finansieringsordning av aktivitet utover ordinær gjestepasientaktivitet ved Oslo universitetssykehus HF videreføres.

Oslo universitetssykehus HF har funksjoner som utføres for hele regionen, samt nasjonale funksjoner. Abonnementsordningen i modellelementet for somatikk skal finansiere Oslo universitetssykehus HF for andre opptaksområders bruk av disse høyspesialiserte tjenestene. Prinsippene for dette oppgjøret anbefales videreført, men med følgende endringer:

- Det gjøres justeringer i måten abonnementsprisen og volumet beregnes på, og det gis fratrukk for det som allerede er kompensert i kostnadskomponenten.
- Det gis ikke abonnementspris for DRG-er der Oslo universitetssykehus HF alene definerer kostnadsvekten i ISF-systemet. Dette gjelder i hovedsak transplantasjoner.
- Abonnementet har vært for høyt for Sørlandet sykehus HF. Det foreslås å gi ekstra fratrukk (sammenlignet med dagens modell) for aktivitet Sørlandet sykehus HF utfører selv, eller som helseforetaket i større grad bruker andre regioner til å dekke.

Det anbefales videre at kompensasjonen for interregionale pasienter endres. Forslaget går ut på at hvert helseforetak får kompensert sin forventede kostnad per DRG-poeng for interregionale pasienter. For Oslo universitetssykehus HF benyttes det forventet kostnad for høyspesialisert behandling, samme pris som er foreslått i abonnementet. Samtidig trekkes det fra kjøp fra andre regioner. Endringen gir en vesentlig økning i kompensasjonen Oslo universitetssykehus HF får for interregionale pasienter sammenlignet med dagens kompensasjon. Dagens kompensasjon er basert på det interregionale oppgjøret slik det var beregnet før oppdatering av den nasjonale modellen i 2021. Prosjektet foreslår at 85 millioner kroner av denne økningen hentes fra utsiden av inntektsmodellen fra Helse Sør-Øst RHF.

For PHV/TSB anbefales det fra prosjektet at Helse Sør-Øst RHF vurderer å oppdatere prisene i det regionale gjestepasientoppgjøret innen PHV og TSB ved innføring av revidert inntektsmodell. Som følge av at det innføres inntektsmodellprinsipper ved fordeling av inntekter internt i Oslo sykehusområde innen PHV og TSB, anbefales det også at det etableres et gjestepasientoppgjør i Oslo sykehusområde. Oppgjøret må fastsettes i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Gjestepasientoppgjøret må ta hensyn til den avtalte oppgavedelingen internt i Oslo sykehusområde. I omfordelingseffektene som presenteres i denne saken, er det innarbeidet et foreløpig anslag på hva et slikt oppgjør kan utgjøre. Endelige prinsipper må fastsettes i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2025-2028.

Andre forhold

I dagens inntektsmodell for 2024 får Lovisenberg Diakonale Sykehus inntekter utenfor modellen for pasientbehandling som tidligere ble utført ved Oslo Hospital, ca. 71 millioner kroner. Dette må anses som inntekter til pasientbehandling på lik linje med øvrige inntekter. Ved innføring av inntektsmodellprinsipper innen PHV/TSB også for sykehusene i Oslo sykehusområde foreslås det derfor at midlene for Oslo Hospital legges inn til fordeling i modellen, og at de i praksis blir fordelt mellom alle opptaksområder ut fra behov.

Finansiering av nukleærmedisin ble endret fra 2016 slik at deler av midlene for finansiering av radioaktive legemidler ble flyttet til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Som

følge av dette ble det overført 33 millioner kroner fra folketrygden (HELFO) til basisrammen for Helse Sør-Øst RHF. Kostnaden ved radioaktive legemidler er knyttet til høyspesialiserte tjenester ved behandling av pasienter fra egen region og andre regioner. Denne kostnaden skal nå være dekket gjennom tilnærmingen i den nye nasjonale inntektsmodellen. Det er ikke lenger grunnlag for å fordele inntekter til disse legemidlene særskilt. Prosjektet foreslår at disse midlene, nå deflatorjustert til 40 millioner kroner, fordeles etter behov i inntektsmodellen.

2.7 Prehospitale tjenester

Kostnadskomponent

Kostnadskompensasjonen for prehospitale tjenester i dagens modell er basert på innrapporterte kostnader for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) samt pålagte nasjonale eller regionale oppgaver. Prosjektleder anbefaler at kostnadsulempene det kompenseres for i dag videreføres. I prosjektet er det hentet inn et oppdatert kostnadsgrunnlag. Det anbefales å kompensere for følgende kostnadsulemper:

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

Kompensasjonen det vises til i de to nederste punktene ble i løpet av prosjektet flyttet ut av inntektsmodellen, jf. styresak 022-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024-2027-planforutsetninger*. Det betyr at midlene vurderes og tildeles utenfor inntektsmodellen.

Alle delkomponentene i kostnadskomponenten har vært diskutert i prosjektet, 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. Den samlede kostnadskomponenten øker likevel fra dagens modell, og det skyldes i hovedsak oppdaterte beregninger for helseforetakenes kostnader til AMK.

Behovskomponent

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

Behovsanalysene gir andre resultater enn dagens modell. 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 akuttisyrkehus, avstand til nærmeste områdesyrkehus, 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.

Tabell 3 viser endring i behovsindeks fra dagens modell til foreslått modell. Den foreslåtte behovskomponenten gir et relativt sett økt behov for Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Telemark HF og Vestre Viken HF – altså helseforetak med spredtbygghet og lange avstander.

Behovsindeks prehospitaler tjenester	Inntektsmodell 2024	Nye behovsanalyser	Endring
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 3. Estimert endring i behovsindeks for prehospitaler tjenester fra dagens modell til foreslått modell.

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.

2.8 Estimert samlet effekt av endringene som foreslått i inntektsmodellprosjektet

Tabell 4 viser estimert effekt av endringene i alle modellelement. Foreslått modell er beregnet for 2024 og sammenlignet med dagens modell for 2024. Det er en negativ effekt for Oslo universitetssykehus HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Effekten for Lovisenberg

Diakonale Sykehus forklares av at særfinansieringen for Oslo hospital bortfaller samt reduserte inntekter gjennom forskningselementet. For Oslo universitetssykehus HF forklares effekten stort sett av reduksjonen i estimert behov innenfor PHV og TSB. De sterke positive effektene for Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF forklares av relativt sett økt behov innenfor PHV og TSB, samt for Akershus universitetssykehus HF også for somatikk. Det bemerkes at det i effekten for PHV og TSB er estimert et gjestepasientoppgjør internt i Oslo sykehusområde. Et slikt gjestepasientoppgjør finnes ikke i dag, men må etableres når inntektsmodellprinsipper benyttes i Oslo sykehusområde. Gjestepasientoppjøret er fremdeles under arbeid, og i effektene nedenfor er det foreløpig lagt til grunn et kostnadsdekkende oppgjør basert på aktivitet og kostnader i 2022.

Estimert effekt ny inntektsmodell fra prosjektet	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 4. Estimert omfordelingseffekt per modellelement og samlet estimert effekt.

Den samlede omfordelingseffekten summeres ikke til null grunnet to forhold:

- Den delen av det økte interregionale oppjøret innenfor somatikk som er foreslått finansiert med økte midler i inntektsmodellen, jf. informasjon om mobilitetskomponenten innenfor somatikk, PHV og TSB.

- Innenfor prehospitaltjenester er det i dag bevilget ekstra inntekter på utsiden av modellen for å håndtere forhold⁸ som inntektsmodellen med dette forslaget nå håndterer. Disse inntektene kan nå bli disponert til andre formål.

2.9 Psykisk helsevern og TSB i Oslo sykehusområde

2.9.1 Vurderinger i inntektsmodellprosjektet

For prosjektet har effekten for PHV og TSB i Oslo sykehusområde vært særlig utfordrende. En negativ effekt i samme størrelsesorden ble også sett da dagens inntektsmodell for PHV og TSB ble utredet i perioden 2009–2011. Utgangspunktet for arbeidet den gang var behovsanalyser fra den nasjonale inntektsmodellen. I det regionale arbeidet i 2009–2011 ble det gjort nye analyser på et oppdatert datasett, samt sett hen til internasjonal litteratur om en storbyeffekt, som ga argumenter for å inkludere en komponent i inntektsmodellen som beskrev urbaniseringsgrad. Dette ble operasjonalisert gjennom behovskriteriet «innbyggertall per kommune kvadrert». For å dempe de negative omfordelingseffektene for Oslo sykehusområde ble dette kriteriet dessuten vektet opp skjønnsmessig. Kriteriet er i dag vektet inn med 9,5 % i modellelement PHV og 6,3 % for TSB.

I 2017/2018 ble det gjort et arbeid med å vurdere kriteriesettet i PHV og TSB på nytt, og se på om det var grunnlag for et storbykriterium innen PHV og TSB. Det ble i dette arbeidet ikke funnet noen storbyfaktor utover den økte risiko for psykiske helseproblemer som fanges opp gjennom de demografiske og sosioøkonomiske variablene i behovsmodellen. De nye analysene i dette arbeidet, som ville medført at kriteriet «folketall per kommune kvadrert» gikk ut, indikerte en negativ effekt for Oslo sykehusområde på om lag 700 millioner 2017-kroner (834 millioner 2023-kroner). Denne modellen ble ikke tatt i bruk, jf. styresak 016-2019 *Økonomisk langtidsplan 2020–2023. Planforutsetninger*. Dette ble begrunnet med behovet for ytterligere arbeid med å framskaffe data og analysegrunnlag før en eventuell anbefaling om å endre inntektsmodellelementene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kunne legges fram for styret. Det ble også vist til det nasjonale inntektsmodellarbeidet, og at kunnskap og informasjon fra dette arbeidet ville være viktige innspill i vurderinger av den framtidige inntektsfordelingsmodellen i Helse Sør-Øst, herunder hvordan forekomst av sykdom i storbyer skulle håndteres.

Det er i hovedsak behovsanalysene som forklarer den negative omfordelingseffekten også i det nye prosjektet igangsatt i 2022. Behovsanalysene er et godt grunnlag for estimering av

⁸ 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, og med 4 millioner kroner til pasientreiser.

behov, men det er stor differanse mellom faktisk forbruk og estimert behov i foreslått modell for Oslo sykehusområde (hhv. 23,2 % og 19,6 % av forbruket/behovet i Helse Sør-Øst), og mellom estimert behov med foreslått modell og i dagens modell (hhv. 19,6 % og 24,3 % av behovet i Helse Sør-Øst). Det er generelt høyere usikkerhet i behovsanalysene for PHV og TSB, sammenlignet med somatikk. Det er flere årsaker til dette, blant annet:

- Et aktivitetsmål som ikke fanger opp pasienttyngde (bare i den grad pasienttyngden gir seg uttrykk i flere opphold/lenger liggetid)
- Færre observasjoner i analysene, og lavere forklaringskraft i regresjonsmodellen
- En mulig storbyfaktor som eventuelt ikke fanges opp fordi det bare er én storby i Helse Sør-Øst

Forklaringskraften til modellen for PHV og TSB er lavere enn for somatikk, og forklaringskraften går ned fordi det brukes individnivådata. Dette skyldes at det er stor grad av stokastikk i hvem som får behandling, og hvor stort omfanget er av for eksempel psykiske problemer. Trolig spiller genetiske forhold en viktig rolle som forklaringsvariabler. Siden forklaringskraften er lav, bør det i tillegg til individnivåanalyser gjennomføres analyser på gruppenivå. Dette er gjort i inntektsmodellarbeidet både på nasjonalt nivå (NOU 2019:24) og i Helse Sør-Øst i arbeidet som ble gjennomført i 2017/2018. Analysene på gruppenivå har gitt tilsvarende resultater som de individbaserte analysene.

Til tross for lavere forklaringskraft er individnivådata å foretrekke:

- Ved analyser på kommune- eller bydelsnivå vil det være stor variasjon i hvor mange og hvor mye helsetjenester som benyttes blant individene i gruppen. Dette gjør det vanskelig å estimere effektene av forklaringsvariablene presist.
- Cellenivåanalyser (gruppenivå) gjør det vanskelig å kontrollere for bakenforliggende forhold (confounding): I de gjennomførte individnivåanalysene er det kontrollert for tilbudssideeffekter ved å benytte faste effekter ('fixed effects') for helseforetak. Ved å gjøre analysene på kommune- eller bydelsnivå vil variasjonen innen det enkelte foretak blir mindre. Dette vil gjøre det vanskelig å få presise estimater av forklaringsvariablene.
- Kolinearitet: Forklaringsvariablene vil være sterkere korrelert på gruppe- enn på individnivå.

De nye regionale analysene som er benyttet i den foreslåtte behovsmodellen, skal fange opp noe av at det kan være tyngre pasientene i Oslo. Det kan likevel være slik at blant annet pasienter med alvorlige psykiske lidelser ikke fanges opp fullt ut, og at det kan være at Oslo kommune har et noe mindre tilgjengelig botilbud enn øvrige kommuner som påvirker ressursbruken til spesialisthelsetjenesten i Oslo.

Den negative effekten for Oslo universitetssykehus HF er både en effekt av at behovet i Oslo sykehusområde blir estimert lavere i revidert modell enn det det er i dagens modell, men også at fordelingen av basisramme internt i Oslo blir annerledes når modellen nå fordeler inntekter spesifikt til Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. I dagens modell fordeles inntektene først til Oslo sykehusområde samlet, deretter internt i Oslo etter faste nøkler.

Det er gjort forsøk på å gruppere aktivitet til amerikanske DRG for i større grad å ta hensyn til pasienttyngde. Analysene ga lavere estimert behov for Oslo sykehusområde enn det de

anbefalte analysene gjør. Det amerikanske DRG-systemet er relativt grovmasket, og er basert på et annet helsesystem, så det er ikke mulig å trekke sikre konklusjoner fra dette.

Det har vært stor uenighet i prosjektgruppen om i hvilken grad de nye behovsanalysene kan brukes, ved at helseforetakene utenfor Oslo i stor grad mener at de nye behovsanalysene bør tas i bruk, og at implementeringen eventuelt kan foregå med midlertidig inntektsstøtte heller enn et permanent tilskudd for å imøtekomme de negative omfordelingseffektene som den reviderte modellen indikerer for Oslo. Internt i Oslo har det blitt lagt vekt på usikkerheten i analysene, og at det bør gjøres nærmere vurderinger før modellen eventuelt tas i bruk.

Prosjektleder understreker i prosjektrapporten at behovskriteriene som er anbefalt gjennom inntektsmodellprosjektet, er basert på et grunnlag som er av høyere kvalitet enn det som er i bruk i dagens inntektsmodell i Helse Sør-Øst. Det er testet et bredt utvalg variabler, med data på individnivå. Ikke minst er grunnlaget av nyere dato enn det som er lagt til grunn for dagens modell.

For å kompensere for at analysene eventuelt ikke fanger opp alle relevante forhold, anbefaler prosjektleder eventuelt at gis et tilskudd på siden av modellen, heller enn at behovskriteriene endres.

2.9.2 Ressursbehov og -bruk innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Oslo sykehusområde

Den foreløpige modellen for PHV og TSB, slik den forelå i begynnelsen av november 2022, viste en sterk negativ omfordelingseffekt for Oslo universitetssykehus HF og til dels Lovisenberg Diakonale Sykehus. Prosjektarbeidet ble satt på vent i påvente av et eget arbeid som skulle vurdere ressursbruk innen PHV og TSB i Oslo, heretter kalt «ressurskartleggingsarbeidet». Rapporten for dette arbeidet inneholder en faglig vurdering av innretningen av dagens tilbud, forbruket av helsetjenester og kostnadsnivået på tilbudet innen PHV og TSB ved Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Den faglige vurderingen er basert på analyser og dialog mellom fag- og lederressurser fra to andre helseforetak og sykehusene i Oslo. I tillegg har forskningsmiljø ved Folkehelseinstituttet (FHI) med kompetanse innen området gitt innspill på urbanisitet (storbyproblematikk). Det er også utført en kostnadssammenligning (benchmarking) av lokale PHV/TSB funksjoner ved Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF, i tillegg til andre kvantitative analyser. Rapporten er vedlagt denne styresaken (vedlegg 5), og utdrag fra vurderingene i rapporten er gjengitt under:

FHI viser til flere forskningsartikler der storbyer har en økt risiko og større forekomst av psykisk uhelse. Nye studier fra juni 2023 styrker sammenhengen mellom urbanisitet og mental helse, men det er fortsatt utfordrende å definere årsaksmekanismene (Evans et al., 2023). Urbanisitet fanges trolig ikke godt nok opp i behovsvurderingene i inntektsmodellen, men erfares i forekomst og bruk av behandlingstilbudene i Oslo-området. Det er sannsynlig at urbanisitet fører til at Oslo-sykehusene har større kostnadspådrag enn øvrige helseforetak i regionen. FHI skal i tiden fremover gjøre ytterligere analyser på et mer detaljert nivå som kan bidra til å gi en bedre innsikt innad i Oslo (mellom bydelene).

[...] Resultater og erfaringer fra det gjennomførte arbeidet underbygger at det er en høyere ressursbruk i Oslo universitetssykehus HF enn i andre helseforetak. Noen faktorer kan Oslo universitetssykehus HF relativt raskt gjøre noe med, som for eksempel å arbeide for å bedre

samarbeidet med bydelene samt å etablere FACT-team for sykehusfunksjonene. Endringer på disse områdene kan medføre kortere liggetid, og dermed redusert ressursbruk på sykehus. Andre forhold kan Oslo universitetssykehus HF gjøre noe med, men det vil ta tid å gjennomføre endringer. Dette er for eksempel knyttet til lønnsnivå samt sammensetning av og nivå på fagkompetanse. Oslo universitetssykehus HF har utfordringer med en eldre, spredt og uhensiktsmessig bygningsmasse. Det er først ved ibrukttagelse av nye Aker det vil ligge til rette for moderne drift i tilpassede lokaler. Helseforetaket bør på et tidlig tidspunkt begynne å tilpasse arbeidsprosessene til drift i nye bygg.

Oslo universitetssykehus HF ansvar for lokalfunksjoner, områdefunksjoner samt regionale- og nasjonale funksjoner. Dette kan gjøre pasientforløp og samhandling utfordrende, og i tillegg medføre lavere effektivitet og produktivitet sammenlignet med sykehus som utelukkende har lokale funksjoner. Dette vil påvirke den generelle driften og også ressursbruken.

Det er i tillegg kjennetegn ved Oslo som by, som de helseforetak/sykehus som har bydelene i sitt opptaksområde ikke får gjort noe med. Dette er spesielt knyttet til urbanisitet samt tilgang på kommunale tjenester og kommunale boliger. Tilgang på kommunale boliger framstår som svært ulikt i Oslo sammenlignet med andre opptaksområder i regionen, og det må antas at dette påvirker liggetiden og ressursbruken på sykehus.

Det foreligger ikke grunnlag for å kvantifisere forholdene som sykehusene med bydeler fra Oslo kommune i sitt opptaksområde ikke rår over. På samme måte er ikke gjennomførte analyser og de kvalitative intervjuene tilstrekkelig detaljerte til å si noe om hvilket potensiale Oslo universitetssykehus HF selv har til å redusere ressursbruken. En intern gjennomgang i egenregi av Oslo universitetssykehus HF vil være en naturlig videreføring av dette arbeidet.

2.9.3 Håndtering av usikkerhet og omfordelingseffekt i analysene av PHV og TSB

Vekte inn faktisk forbruk

Det er høy usikkerhet forbundet med behovsanalysene innen PHV og TSB, jf. avsnitt 2.9.1 og 2.9.2. En måte å redusere usikkerheten i analysene på er å gi faktisk forbruk en vekt i behovskomponenten for PHV og TSB, hvor faktisk forbruk av vektede liggedøgn er målet på forbruk. Det foreslås å bruke en slik tilnærming. Tilnærmingen vil redusere usikkerheten i analysene uten å endre kriteriene i behovsanalysene. En lignende tilnærming er brukt i den nasjonale inntektsmodellen, men da for kostnadskomponenten. Hvor stor vekt det faktiske forbruket skal ha må nødvendigvis være satt skjønnsmessig, og det vurderes som rimelig at faktisk forbruk vektet inn med 50 %. Tabell 5 viser behovsindeks fra inntektsmodellprosjektet, forbruksindeks for 2022 og en ny behovsindeks hvor faktisk forbruk er vektet inn med 50 % for PHV-V/TSB og PHV-BUP. Det understrekes at forbruk målt som vektede liggedøgn ikke fanger opp kostnadsforskjell per aktivitetsmål. Det foreslås at det gjøres en ny vurdering av hvilke(t) år som skal danne grunnlag for faktisk forbruk, inkludert hvorvidt indeksene bør låses, inn mot økonomisk langtidsplan 2026–2029 når det er tilgjengelig aktivitetsgrunnlag for flere år etter koronapandemien.

	Behovsindeks PHV-V/TSB	Forbruksindeks PHV-V/TSB 2022	Behovsindeks PHV-V/TSB vektet	Behovsindeks PHV-BUP	Forbruk vektet liggedøgn PHV-BUP 2022	Behovsindeks PHV-BUP vektet
Akershus universitetssykehus HF	0,986	0,873	0,930	1,006	1,128	1,067
Sykehuset Innlandet HF	0,969	0,977	0,973	1,073	0,865	0,969
Oslo universitetssykehus HF	1,020	1,173	1,097	0,909	1,322	1,115
Diakonhjemmet Sykehus	0,919	0,987	0,953	0,785	1,114	0,949
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1,163	1,429	1,296	0,881	0,820	0,850
Sørlandet sykehus HF	1,040	1,066	1,053	1,040	0,672	0,856
Sykehuset Telemark HF	1,016	1,179	1,097	1,101	1,043	1,072
Sykehuset i Vestfold HF	1,002	1,022	1,012	1,047	1,025	1,036
Vestre Viken HF	0,934	0,824	0,879	0,950	0,927	0,938
Sykehuset Østfold HF	1,049	0,966	1,007	1,082	1,017	1,049

Tabell 5. Behovsindeks fra inntektsmodellprosjektet, forbruksindeks for 2022 og vektet behovsindeks (50/50) for PHV-V/TSB og PHV-BUP

Storbytilskudd og særskilt tilskudd til Oslo universitetssykehus HF

I rapporten fra ressurskartleggingsarbeidet er det anbefalt et storbytilskudd, begrunnet med at Oslo kan synes å ha et økt kostnadspådrag som følge av en storbyfaktor, og at dette ikke fanges godt nok opp i modellen. Vekting av faktisk forbruk som foreslått over vil redusere usikkerheten i behovsanalysene. I den grad storbyfaktoren påvirker liggetider og antall opphold vil vekting av faktisk forbruk også gjøre at analysene i større grad fanger opp storbyfaktoren. En eventuell økt ressursinnsats for disse liggedøgnene eller oppholdene vil imidlertid fremdeles ikke bli fanget opp, fordi det ikke er fullt ut etablert et DRG-system innenfor PHV og TSB. For eksempel kan økte kostnader gjøre seg gjeldende innenfor tyngre psykiske lidelser, som schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser. Innenfor disse lidelsene har Oslo sykehusområde høyere insidens, antall i behandling og flere liggedøgn enn snittet i regionen.

Når faktisk forbruk tillegges vekt, vil det fremdeles være en differanse mellom forbruk og estimert behov også etter vekting, og for bydeler med svært høyt forbruk vil denne differansen være større, uten at differansen nødvendigvis skyldes overforbruk.

Gitt faktorene som er diskutert over foreslås det et storbytilskudd. Størrelsen på storbytilskuddet foreslås skjønnsmessig fastsatt til 100 millioner kroner. Det antas at merkostnader og meraktivitet som følge av storbyeffekten i stor grad vil følge hvordan aktivitet og kostnader fordeler seg. Det er flere ulike måter å fordele et slikt tilskudd på. Det foreslås at dette fordeles etter kostnader for liggedøgn for opptaksområdets egne pasienter bosatt i bydeler i Oslo, behandlet i eget helseforetak. Det legges til grunn at storbyeffekten i størst grad gjør seg gjeldende innenfor PHV-V og TSB. Diakonhjemmet Sykehus har bydeler som har både et relativt lavt estimert behov og er relativt lavt forbruk. Det antas derfor at Diakonhjemmet Sykehus ikke treffes av storbyeffekten, og det foreslås ikke å tildele sykehuset et tilskudd.

Den negative effekten for Oslo universitetssykehus HF er svært stor selv etter innvekting av faktisk forbruk med 50% og etablering av et storbytilskudd. Analysene i ressurskartleggingsarbeidet indikerer at potensialet for effektivisering ikke er så stort som effektene av inntektsmodellen i utgangspunktet tilsier. Sett i sammenheng med den

usikkerheten som er både i kostnads- og behovsanalysene, og funksjonen som Oslo universitetssykehus HF har i regionen og i Oslo, bør det i tillegg til justeringene over gis et særskilt tilskudd til Oslo universitetssykehus HF. Tilskuddet foreslås skjønnsmessig fastsatt til 250 millioner kroner.

Både storbytilskuddet og det særskilte tilskuddet til Oslo universitetssykehus HF foreslås å finansieres med inntekter i inntektsmodellen, og at de trekkes fra behovskomponenten for PHV voksne og TSB.

Samlet effekt av forslag til inntektsmodell

Tabell 6 viser estimert samlet effekt av forslag til inntektsmodell for Helse Sør-Øst. Sammenlignet med modellen som er foreslått i inntektsmodellprosjektet er den negative effekten for Oslo universitetssykehus HF redusert vesentlig, men øvrige helseforetak/sykehus er fremdeles estimert å ha en positiv/tilnærmet nøytral effekt av endringene.

Estimert effekt ny inntektsmodell etter vektning av faktisk forbruk og tilskudd	PHV/TSB	Somatikk	PHT	Forskning	Sum
Akershus universitetssykehus HF	-83 691	98 017	0	52 527	66 853
Sykehuset Innlandet HF	58 997	-99 384	20 672	14 961	-4 755
Oslo universitetssykehus HF	-308 104	184 843	-15 575	-18 842	-157 678
Diakonhjemmet Sykehus	-23 109	95 397	0	-26 994	45 294
Lovisenberg Diakonale Sykehus	38 558	75 289	0	-61 861	51 985
Sørlandet sykehus HF	27 090	-44 570	15 897	10 143	8 560
Sykehuset Telemark HF	109 551	-95 962	31 791	4 831	50 211
Sykehuset i Vestfold HF	108 583	-59 761	-48 330	11 798	12 290
Vestre Viken HF	-33 658	-18 887	30 548	8 603	-13 394
Sykehuset Østfold HF	105 784	-49 708	-44 002	4 832	16 906
Sum	0	85 274	-9 000	0	76 274

Tabell 6. Estimert effekt av forslag til inntektsmodell for Helse Sør-Øst

Innføring

Det foreslås at modellen innføres slik den er presentert med virkning fra 1. januar 2025, og at midlertidig inntektsstøtte vurderes i henhold til etablert praksis for helseforetak med vesentlig krav til omstilling som følge av omfordelingseffektene i modellen.

3 Administrerende direktørs anbefaling

Den regionale inntektsmodellen fordeler det meste av basisrammen som Helse Sør-Øst RHF får bevilget, til helseforetak og sykehus i regionen. Målet med utvikling av kriteriebaserte inntektsmodeller for Helse Sør-Øst er å fordele inntekter til helseforetak og sykehus slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og helseforetak og sykehus' forskjellige kostnadsmessige forutsetninger. Administrerende direktør understreker viktigheten av at fordelingen av disse midlene skjer etter transparente, forutsigbare og så langt det lar seg gjøre objektive kriterier.

Dagens inntektsmodell er basert på et eldre datagrunnlag, og administrerende direktør mener det er viktig at dette grunnlaget nå blir oppdatert. Det er administrerende direktørs vurdering at arbeidet med å revidere den regionale inntektsmodellen har vært omfattende og grundig.

Prosjektarbeidet har blitt gjennomført med bred forankring i foretaksgruppen gjennom deltagelse i prosjektarbeidet med ressurser fra økonomi og helsefag ved helseforetakene, de private ideelle sykehusene, konserntillitsvalgte og det regionale helseforetaket. Styringsgruppen har bestått av representanter fra det regionale helseforetaket, konserntillitsvalgte og en observatør fra brukerutvalget. Arbeidet har vært tema på flere direktørmøter, økonomidirektørmøter og fagdirektørmøter. Arbeidet har også vært forankret i møter med brukerutvalget og konserntillitsvalgte.

Det var forventninger om at kunnskap og informasjon fra det nasjonale inntektsmodellarbeidet ville være viktige innspill i vurderinger av den framtidige inntektsmodellen i Helse Sør-Øst, herunder hvordan forekomst av sykdom i storbyer skulle håndteres. Overgangen til bruk av individdata og nye analyser har til en viss grad gitt ny innsikt f.eks. ved at noen bydeler i Oslo får et høyt forventet forbruk. Når den negative effekten for Oslo sykehusområde i utkast til ny inntektsmodell likevel ble svært stor for PHV og TSB, ble det ansett som nødvendig å sette i gang et eget arbeid for å se på ressursbruken innenfor PHV og TSB i Oslo. Dette arbeidet konkluderer med at en storbyfaktor er relevant. Det er lite trolig at storbyfaktoren fullt ut blir fanget opp av behovsanalysene. Administrerende direktør mener derfor at modellen framstår mer rimelig når faktisk forbruk er vektet inn med 50 prosent, og det er lagt inn et storbytilskudd. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF en særskilt rolle i regional spesialisthelsetjeneste også innen PHV og TSB som ikke fullt ut fanges opp av etablerte finansieringsordninger. Et eget tilskudd til Oslo universitetssykehus vurderes derfor også som hensiktsmessig. Det vurderes likevel rimelig, gitt de funnene som er gjort i det nåværende og tidligere inntektsmodellprosjekt og i ressurskartleggingsarbeidet, at Oslo universitetssykehus HF sine inntekter gjennom elementet for PHV og TSB reduseres noe.

Administrerende direktør legger derfor fram en modell hvor faktisk forbruk vektet inn i behovsanalysene for PHV og TSB, hvor det innarbeides et storbytilskudd og hvor Oslo universitetssykehus HF tildeles et inntektstilskudd i kraft av sin særskilte rolle. Justeringene som er innarbeidet i PHV og TSB er vurdert som nødvendige for å sørge for at inntektsmodellen gir like muligheter for alle helseforetak og sykehus i regionen til å levere gode og likeverdige helsetjenester, også innen PHV og TSB.

Administrerende direktør understreker at inntektsmodellens fordeling mellom tjenesteområder ikke legger føringer for hvordan helseforetak/sykehus skal prioritere mellom tjenesteområder. Inntektene gjennom hvert tjenesteområde-element indikerer heller ikke hvor mye av inntektene sine helseforetak/sykehus skal bruke på tjenesteområdet. Helseforetak og sykehus tildeles en samlet basisramme til investeringer og drift, og det er helseforetak og sykehus som fordeler egen basisramme mellom tjenesteområdene. Den anbefalte modellen innebærer samlet sett at Oslo universitetssykehus HF må gjennomføre et omstillingsarbeid for å tilpasse driften til en lavere inntektsramme.

Modellelementene for PHV og TSB har vært spesielt utfordrende bl.a. som følge av manglende mål på pasienttyngde og svakere forklaringskraft i modellen. Videreutviklingen av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern i regionen må følges nøye slik at målet om et likeverdig tilbud til pasientene ivaretas.

Administrerende direktør anbefaler at styret godkjenner revidert modell for fordeling av inntekter i Helse Sør-Øst.

Neste gang inntektsmodellen oppdateres er i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2025-2028. Administrerende direktør anbefaler at modellen innføres med virkning fra 1. januar 2025, og at behov for eventuell midlertidig inntektsstøtte til helseforetak med vesentlige omfordelingseffekter vurderes i tråd med etablert praksis.

Trykte vedlegg:

1. Prosjektrapport delprosjekt 1 overordnet delprosjekt
2. Prosjektrapport delprosjekt 2 somatikk
3. Prosjektrapport delprosjekt 3 PHV TSB
4. Prosjektrapport delprosjekt 4 prehospitale tjenester
5. Rapport: «Ressursbehov- og bruk innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Oslo»

Utrykte vedlegg:

- Ingen