

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	14. april 2011

SAK NR 022-2011

INNTEKTSMODELL FOR HELSE SØR-ØST

Forslag til vedtak:

1. Målet med utvikling av kriteriebaserte inntektsbaserte inntektsmodeller for Helse Sør-Øst er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og sykehusområdenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger.
2. Styret slutter seg til forslag til modell for fordeling av inntekter knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB), til kapitalinntekter, og inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger.
3. Styret slutter seg til at avregning for bruk av private tjenester innen somatikken inkluderes i inntektsmodellen, og at elementet forbruksutjevning tas ut av modellene både for somatikk og psykisk helsevern.
4. Styret legger til grunn at innfasingen av somatikkmodellen fullføres i 2012 i tråd med tidligere vedtak, og at innfasingen av modell for psykisk helsevern fullføres i 2013.
5. Styret legger videre til grunn at den økonomiske omfordelingen av ny modell for TSB, kapitalinntekter og inntekter til dekning av økte pensjonskostnader gjennomføres over perioden 2012 – 2014.
6. Styret ber administrerende direktør igangsette et arbeid knyttet til utvikling av inntektsmodell for prehospitale tjenester.
7. Styret ber om at det foretas videre utvikling og verifisering av modellene for psykisk helsevern og TSB og finansieringsmodellen for lands- og regionfunksjoner. Styret ber også om at det gjennomføres et generelt utviklingsarbeid basert på erfaringene med modellene.
8. Styret ber administrerende direktør presentere resultatet av utviklings- og verifiseringsarbeidet for styret våren 2012.

Hamar, 8. april 2011

Bente Mikkelsen
administrerende direktør

1. Administrerende direktørs anbefalinger/konklusjon

Det er administrerende direktørs mål og intensjon at arbeidet med inntektsmodeller for fordeling av inntekter mellom sykehusområdene i Helse Sør-Øst skal legge til rette for en forutsigbar, transparent og rettferdig fordeling av inntekter. Målet med Helse Sør-Øst RHF sin kriteriebaserte inntektsmodell er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og sykehusområdenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger.

Styret har i tre tidligere saker behandlet bruk av modeller i inntektsfordelingen, sak 041-2009, sak 070-2009 og sak 041-2010.

- *Sak 041-2009 redegjorde for inntektsmodell for somatisk virksomhet. Styret vedtok å implementere denne med en gjennomføring av de økonomiske omfordelingene over perioden 2010 – 2012.*
- *Sak 070-2009 redegjorde for oppfølgingen av anbefalingene i prosjektrapporten om modell for somatisk virksomhet, og ba administrerende direktør legge frem en sak i mai 2010, med anbefalinger om implementering av inntektsmodeller for øvrige virksomhetsområder. Styret anerkjente at arbeidet med en kriteriebasert modell for prehospitaltjenester ville være tidkrevende på grunn av utfordringer knyttet til datagrunnlag for analysene.*
- *Sak 041-2010 svarer opp vedtaket i sak 070-2009 og redegjør for og anbefaler utvidelse av somatikkmodellen og en modell for psykisk helsevern. Det redegjøres for en modell for TSB, som ikke anbefales implementert. Styret vedtok å implementere modell for psykisk helsevern, og gjennomføre 10% av de økonomiske omfordelingene i 2011. Videre omfordeling med bakgrunn i modellen for psykisk helsevern skal vurderes i tilknytning til de årlige budsjettprosessene når alle omfordelingskonsekvenser er kjent. Styret vedtok også å inkludere private tjenester og rehabilitering i modellen for somatikk, med en innfasing i tråd med somatikkmodellen for øvrig og slik at om lag 50 % av omfordelingene gjennomføres i 2011. Styret ba om at arbeidet med fordeling av kapitalinntekter, inkludering av private tjenesteytere innen somatikk og inntekter til TSB fortsettes.*

Denne saken viderefører modellen og svarer på oppdrag gitt i tidligere styrevedtak, samt foreslår en tilnærming til videre innfasing av økonomiske omfordelinger.

Til å gjennomføre arbeidet ble det etablert et prosjekt for videre utvikling av ny inntektsmodell. Prosjektet hadde oppstartsmøte 9. desember 2010. Mandatet definerte at prosjektet skulle omfatte utvikling av finansieringsprinsipper og kriteriebaserte fordelingsordninger for basisfinansieringen av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB), samt kapitalinntekter. Mandatet ble senere utvidet til å omfatte inntekter til dekning av økte pensjonskostnader. Prosjektet skulle videre omfatte videreutvikling av modellen for de somatiske helsetjenestene, blant annet i forhold til finansiering av private ytelsesavtaler og abonnementspris for spesialiserte tjenester.

For å ivareta forankring og forståelse for modellene, ble det videreført en prosjektgruppe med bred deltagelse fra sykehusområdene, med representanter fra både økonomifaglig og helsefaglig ledelse, samt representanter for de konserntillitsvalgte (KTV) og Brukerutvalget. Prosjektet har, som i forrige prosjektarbeid, vært ledet av professor Terje P. Hagen fra Universitetet i Oslo. Fremdriften i prosjektet, og etter hvert også hovedtrekkene i forslagene fra prosjektgruppen, har vært presentert og diskutert i møter med helseforetaksdirektørene. Prosjektrapporten har vært distribuert til Brukerutvalget, konserntillitsvalgte, alle

helseforetakene og de private ideelle sykehusene. Helseforetakene og de private sykehusene har vært invitert til å levere skriftlige innspill, mens det er avholdt møter med BU og KTV for å presentere arbeidet, diskutere og høre deres innspill.

Ved fremleggelsen av denne saken er det nå utviklet inntektsmodeller for somatikk, psykisk helsevern, TSB, kapitalinntekter og inntekter til dekning av økte pensjonskostnader.

Det gjenstår å utvikle inntektsmodell for prehospitale tjenester. Det er etter administrerende direktørs vurdering nødvendig med videre utvikling og verifisering av modellene for psykisk helsevern og TSB, og finansieringsmodellen for lands- og regionfunksjoner. Det er etter administrerende direktørs vurdering også nødvendig å gjennomføre et generelt utviklingsarbeid basert på erfaringer med modellene. Administrerende direktør legger til grunn at dette arbeidet må være gjennomført innen våren 2012 for å kunne bli hensyntatt i arbeidet med budsjett og økonomisk langtidsplan for perioden 2013 – 2016. Det skal også legges vekt på å sikre tilstrekkelig med tid og ressurser til arbeidet, slik at hensynet til forankring og forståelse av modellene ivaretas på en god måte.

Administrerende direktør anbefaler å fortsette innfasingen av inntektsmodellene basert på samme tilnærming som i tidligere år, det vil si å implementere de økonomiske omfordelingene over en treårs periode med en relativt mindre andel det første året av implementeringen. Bakgrunnen for denne gradvise implementeringen er at det knytter seg usikkerhetsmomenter til modellene, og at det er nødvendig å gi foretakene noe tid til å tilpasse seg endringene. Allerede vedtatte planer for innfasing opprettholdes. De økonomiske effektene av denne innfasingen er vist i tabellen i kapittel 3, i avsnittet Implementering av inntektsmodellene.

Administrerende direktør vil også påpeke at Oslo sykehusområde står overfor særlig krevende omstillingsutfordringer, samtidig som inntektsmodellene viser at det skal skje en omfordeling av inntekter ut av Oslo sykehusområde. Det er administrerende direktørs vurdering at det samlede utfordringsbildet i Oslo sykehusområde må håndteres som en del av budsjettopplegget for 2012 og økonomisk langtidsplan, uavhengig av inntektsmodellene.

2. Inntektsmodellene– prosjektleders rapport

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB)

Modellen som anbefales for TSB er i all hovedsak lik den som ble utviklet i 2010, men ikke anbefalt implementert fra 2011 som følge av at omfordelingsvirkningene ble betydelige, særlig for Sykehuset Østfold. Arbeidet med modellen har i år vært konsentrert om kvalitetssikring. Det har vært lagt særlig vekt på å forklare hvorfor Sykehuset Østfold framstår med et betydelig høyere forbruk av tjenester enn det inntektsmodellen predikerer. Det har ikke vært gjort funn som tyder på at kriteriene som benyttes gir dårlig beskrivelse av behovsvariasjoner i regionen. Det store avviket mellom forventet behov og faktisk forbruk av tjenester som modellen gir for Østfold, har i stor grad sin forklaring i at pasienter fra Østfold sykehusområde i relativt større grad enn fra øvrige sykehusområder, benytter tilbud hos private tjenesteleverandører. Pasientmobiliteten til andre helseforetak er også større for pasienter fra Østfold sykehusområde enn fra øvrige sykehusområder. Modellen er derfor ikke endret. Det er på dette området og per 2011 ikke etablert avregninger for bruk av private tjenester anskaffet av Helse Sør-Øst RHF. Det er ikke gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene innad i de to tidligere regionene Sør og Øst.

Det er gjort noen endringer i kostnadskomponentene for TSB, da særlig kompensasjonen knyttet til høy andel ikke-vestlige innvandrere. Størrelsen på denne er fortsatt skjønnsmessig fastsatt, og er kun gitt til sykehusområdene Oslo og Akershus. Begrunnelsen for

komponenten er at det genereres ekstrakostnader som følge av språk og kulturforskjeller. Som følge av at rusproblemerne i dag er små i disse befolkningsgruppene, reduseres komponenten betydelig i forhold til modellen som ble beskrevet i 2010.

Som følge av de betydelige forskjellene i bruken av private tjenesteleverandører, er det videre lagt 25 % vekt på faktisk forbruk ved avregning for bruk av disse. Begrunnelsen er at sykehusområdene må gis tid til å tilpasse seg en ny situasjon for fordeling av disse kostnadene, og til utjevning av bruken av de private tjenestene. Det foreslås i rapporten at denne satsen heves relativt raskt.

Tabellen under viser den økonomiske fordelingseffekten av innføring av modellen i forhold til sykehusområdenes beregnede basisbevilgning innenfor TSB i 2011.

Sykehusområde	Øk. omford i % av basis 2011	Økonomisk omfordeling i forhold til basis 2011
Akershus	26,8 %	33 534
Innlandet	38,5 %	53 349
Oslo	-11,9 %	(43 732)
Sørlandet	6,7 %	7 682
Telemark og Vestfold	10,5 %	14 317
Vestre Viken	-10,9 %	(19 371)
Østfold	-37,9 %	(45 779)
Sum	0	0

Fordeling av kapitalinntekter etter inntektsmodellene

Totalt er det i inntektene til sykehusområdene fordelt ca 3,2 mrd kroner som kapitalinntekter for 2011. For 2011 er det flyttet 25 millioner kroner i kapitalinntekter fra Oslo til Akershus som følge av endringer i opptaksområder.

Kapitalinntekter er ikke inkludert i kostnadsvektarbeidet som ligger til grunn for DRG-systemet og dermed ikke i ISF, og de er heller ikke inkludert i de analysene som ligger til grunn for satsene i kostnadskomponentene i inntektsmodellene i Helse Sør-Øst. Det er derfor laget en tilpasning for fordeling av kapitalinntekter, på toppen av eksisterende inntektselementer. Tilpasningene består i:

- gjestepasient-oppgjør og abonnementet for spesialiserte tjenester i somatikken legges på med 6 % av ISF-prisen
- prisen for oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern og TSB legges på med 6 %
- satsene i kostnadskomponentene legges på med 15%.

Neste tabell viser fordelingseffektene av påslagene for kapital.

Sykehusområde	Omfordeling i andel av basisramme 2011	Økonomisk omfordeling i forhold til basis 2011
Akershus	16,7 %	50 547
Innlandet	3,6 %	14 765
Oslo	-10,6 %	(134 956)
Sørlandet	5,7 %	15 168
Telemark og Vestfold	-6,3 %	(25 807)
Vestre Viken	8,9 %	32 289
Østfold	22,7 %	47 994
Sum		(0)

Effektene for Oslo og Akershus må i noen grad ses i sammenheng, i og med overføringen av opptaksområde i 2011 og at det i påvente av denne inntektsmodellen for kapital ikke ble gjort en endelig korreksjon knyttet til kapitalinntekter

Endringer i opptaksområdetilhørighet

I forbindelse med ferdigstillingen av Nye Ahus er ansvaret for Follo-kommunene og bydel Alna i Oslo, overført fra Oslo sykehusområde til Akershus sykehusområde. Samlet utgjorde dette et innbyggertall på ca 160.000 pr 1.1.2011, og representerte en reduksjon av innbyggertallet i Oslo sykehusområde på ca 25 %, og en økning av Akershus sykehusområde på ca 60 %. Det er i inntektsmodellene og effektene som er beregnet av disse, lagt til grunn at Akershus universitetssykehus HF øker sin aktivitet i tilstrekkelig grad til å ivareta befolkningen i dette opptaksområde i tråd med de strategiske føringene som tilsier en egendekning på 80 – 90 %. Det vil imidlertid ta tid å nå dette målet innen alle tjenesteområder, og det er vanskelig å forutse pasientstrømmene, særlig de første årene etter denne endringen. Ved vesentlige avvik fra forutsetningene, må det gjøres en vurdering av om det må foretas inntektsmessige korreksjoner knyttet til dette, mellom Oslo og Akershus sykehusområde.

Til nå har kommunene Sande og Svelvik vært lagt til Telemark og Vestfold sykehusområde i alle modellene. I henhold til etablert praksis og vedtaket i sak 108/2008 i styret for Helse Sør-Øst RHF er disse endret til Vestre Viken sykehusområde for somatikkmodellen.

Kommunene Nes i Akershus og Jevnaker har vært lagt til henholdsvis Innlandet og Vestre Viken sykehusområder i alle modellene. I henhold til etablert praksis og vedtaket i sak 108/2008 i styret for Helse Sør-Øst RHF er disse endret til sykehusområde Akershus for Nes i Akershus og sykehusområde Innlandet for Jevnaker i modellene for psykisk helsevern og TSB.

Fjerning av elementet forbruksutjevning

Modellene for somatikk og psykisk helsevern har siden innføringen hatt et element som har omfordelt deler av økning i inntekter bort fra sykehusområder som samtidig også har hatt et forbruk vesentlig over gjennomsnittet for Helse Sør-Øst.

Innen somatikk har dette særlig vært relatert til Telemark og Vestfold sykehusområde. Etter justeringen av opptaksområde for Sande og Svelvik over til Vestre Viken, har ikke lenger Telemark og Vestfold sykehusområde så betydelig positiv effekt av innføringen av inntektsmodellen for somatikk som tidligere vist.

Etter at modellen for psykisk helsevern var besluttet innført fra 2011, er det klarlagt at deler av de aktivitetsdataene som er rapportert til NPR som psykisk helsevern, skulle være klassifisert som TSB. Dette gjaldt blant annet Sørlandet, Vestre Viken og Innlandet. Disse to sykehusområdene får begge en økt andel av basisrammen gjennom inntektsmodellen, og

ble samtidig vurdert å ha et forbruk av tjenester over gjennomsnittet for Helse Sør-Øst. Etter å ha justert for at aktiviteten innen psykisk helsevern er lavere enn det som var lagt til grunn basert på statistikk fra NPR, er det ikke lenger grunnlag for å si at disse sykehusområdene har aktivitet høyere enn gjennomsnittet.

Det anbefales å fjerne elementet som omfordeler inntektsøkning på bakgrunn av høy aktivitet målt mot gjennomsnitt for Helse Sør-Øst, da det ikke lenger har relevans.

Endringer i modellen for psykisk helsevern

Med oppdaterte befolkningsdata pr 1.1.2011, endringer i opptaksområder og fjerning av elementet for forbruksutjevning, er effekter av inntektsmodell for psykisk helsevern beregnet til:

Sykehusområde	Total effekt i % av basis 2011	Total effekt fra 2010	Økonomisk omfordeling i forhold til basis 2011
Akershus	2,9 %	35 874	36 837
Innlandet	-3,6 %	(42 539)	(40 633)
Oslo	-8,6 %	(165 702)	(155 815)
Sørlandet	14,2 %	106 248	93 969
Telemark og Vestfold	3,7 %	41 375	36 547
Vestre Viken	3,4 %	36 697	35 958
Østfold	-0,9 %	(6 954)	(6 864)
Sum			(0)

Kolonnen til høyre viser gjenstående omfordelingseffekt, mens kolonnen i midten (total effekt) også inkluderer omfordeling foretatt i basisrammen for 2011.

Endringer i somatikkmodellen

Avregning av private avtaler

Avtaler med private leverandører innen laboratorie, radiologi og kirurgi har per 2011 vært håndtert med dekning av avtalekostnader på utsiden av inntektsmodellen, ved at det regionale helseforetaket holder midler fra basisrammen tilbake. En slik håndtering utenfor modellen betyr i praksis at sykehusområdene har dekket disse kostnadene med sin andel av behovskomponenten i somatikkmodellen, som er den alternative fordelingen av midlene dersom de inkluderes i modellen uten noen avregning.

Full avregning (100 % avregning basert på historisk forbruk) gjør det mulig for de som benytter lite å tilby tilsvarende tjenester fra eget helseforetak.

Avregningen gjelder kun for basisinntekter, ikke aktivitetsbaserte inntekter og driftstilskudd fra andre tilskuddsytere (HELFO i hovedsak).

Som nevnt er flere ulike grupper av private leverandører av tjenester avregnet mot inntektsmodellens fordeling også for 2011. I tabellen nedenfor oppsummeres de tjenesteområder som ikke avregnes i 2011, men som anbefales inkludert fra 2012.

Sykehusområde	Sum	Radiologi	Laboratorie	Kirurgi
Akershus	11 027	6 493	(4 749)	9 282
Innlandet	(2 683)	10 431	13 337	(26 452)
Oslo	(57 063)	(38 126)	(29 443)	10 506
Sørlandet	30 593	3 581	18 883	8 129
Telemark og Vestfold	25 402	13 095	(1 976)	14 284
Vestre Viken	501	8	(10 704)	11 197
Østfold	(7 777)	4 519	14 651	(26 946)
Total	0	0	-	-

Tabellen under gir en oversikt over effektene av å avregne alle de ulike tjenesteområdene hvor det kjøpes private tjenester basert på aktivitet og aktivitetsforutsetninger som beskrevet under foregående punkter. For alle områder forutsettes det at avregningen gjøres for hele kostnaden.

Sykehusområde	Sum (nye + etablerte)	Nye avregn	Radiologi	Laboratorie	Kirurgi	Etablerte avregn	Avt.spes	Rehab	Ideelle sykehus
Akershus	(17 575)	11 027	6 493	(4 749)	9 282	(28 601)	(4 799)	(6 165)	(17 637)
Innlandet	(14 233)	(2 683)	10 431	13 337	(26 452)	(11 550)	18 164	(33 708)	3 994
Oslo	(41 631)	(57 063)	(38 126)	(29 443)	10 506	15 432	(12 295)	6 707	21 020
Sørlandet	35 461	30 593	3 581	18 883	8 129	54 868	1 721	36 594	16 552
Telemark og Vestfold	34 010	12 316	8	(1 976)	14 284	21 694	11 169	27 676	(17 150)
Vestre Viken	(49 614)	13 588	13 095	(10 704)	11 197	(63 202)	(3 431)	(37 168)	(22 603)
Østfold	3 582	(7 777)	4 519	14 651	(26 946)	11 359	(10 529)	6 064	15 823
Total	(0)	0	0	-	-	(0)	-	(0)	-

Med inkludering av alle private avtaler, oppdaterte befolkningsdata pr 1.1.2011, endringer i opptaksområder og fjerning av elementet for forbruksutjevning er effekter av inntektsmodell for somatikk beregnet til:

Sykehusområde	Totalt effekt i % av basis 2011	Total effekt fra 2009	Økonomisk omfordeling i forhold til basis 2011
Akershus	-6,9 %	(171 499)	(93 337)
Innlandet	5,0 %	119 538	34 078
Oslo	-4,0 %	(200 239)	(109 973)
Sørlandet	12,4 %	195 966	112 217
Telemark og Vestfold	4,8 %	112 989	82 361
Vestre Viken	-0,4 %	(8 448)	6 334
Østfold	-3,0 %	(48 308)	(31 680)
Sum	0	(0)	(0)

Kolonnen til høyre viser gjenstående omfordelingseffekt, mens kolonnen i midten (total effekt) også inkluderer omfordelingene foretatt basisrammen for 2010 og 2011.

3. Inntektsmodellene – øvrige momenter og vurderinger

Fordeling av inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger

Totalt er det i inntektene til sykehusområdene i 2011 fordelt ca 2,1 mrd kroner som inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger i 2009. Det er lagt til grunn ordinær lønns- og prisvekst siden 2009, og det er for 2011 flyttet

ca 46 millioner kroner knyttet til disse økte pensjonskostnadene fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF som følge av endringer i opptaksområder.

Inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger er ikke inkludert i kostnadsvektarbeidet som ligger til grunn for DRG-systemet og dermed ikke i ISF. De er heller ikke inkludert i de analysene som ligger til grunn for satsene i kostnadskomponentene i inntektsmodellene i Helse Sør-Øst. På samme måte som for kapitalinntekter, har en derfor laget en tilpasning for fordeling av inntekter til økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger, på toppen av eksisterende elementer.

Det er etter Helse Sør-Øst RHF sin vurdering hensiktsmessig å inkludere dette inntektselementet i fordeling etter inntektsmodellene. En kompensasjon knyttet til endring av parametere ved beregning av pensjonskostnader etter regnskapsstandardene, bør budsjettmessig håndteres som øvrige inntekter. Kompensasjon gjennom en tildeling innenfor et budsjettår, bør overfor helseforetakene kompenseres relativt i forhold til de faktiske endringene i pensjonskostnader. For neste hele budsjettår, bør kompensasjonen inngå i de totale inntektene som fordeles etter inntektsmodellene. Effektene av inkludering av inntekter til økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger i inntektsmodellene, er beregnet å gi følgende effekter i forhold til basisrammen slik den er fordelt for 2011:

Sykehusområde	Omfordeling i andel av basisramme 2011	Økonomisk omfordeling i forhold til basis 2011
Akershus	20,9 %	40 237
Innlandet	10,6 %	26 251
Oslo	-9,0 %	(75 549)
Sørlandet	0,6 %	1 085
Telemark og Vestfold	-4,0 %	(10 538)
Vestre Viken	11,2 %	25 896
Østfold	-4,2 %	(7 381)
Sum		0

Retting av feil i datagrunnlaget for beregning av gjestepasientoppgjør innen psykisk helsevern

Sykehuset Innlandet HF har kommentert feil i datagrunnlaget, og en feil i beregnede effekter for psykisk helsevern/TSB. Feilen skriver seg fra TSB døgn som var inkludert i aktivitetsdataene for psykisk helsevern i NPR, og som igjen er talt og lagt til grunn når nytt gjestepasientoppgjør innen TSB er beregnet. Døgnene er således talt med til inntekt to ganger, og gir en mer positiv (mindre negativ) effekt for Innlandet enn hva som faktisk vil bli tilfelle. Tilsvarende gjelder også for Vestre Viken. Tilsvarende er allerede rettet opp for Sørlandet.

Betydningen av denne feilen er beregnet ved å reversere gjestepasientoppgjørsomfordelingen for 2011, slik at sammenligningsgrunnlagene innen psykisk helsevern endrer seg. Effektene av inntektsmodell for psykisk helsevern vil netto endre seg som følger:

	effekt av korrigerings av feil	tidl vist effekt psykisk helsevern	oppdatert effekt psykisk helsevern
Akershus	5 670	36 837	42 507
Innlandet	-29 914	-40 633	-70 547
Oslo	9 583	-155 815	-146 232
Sørlandet	9 470	93 969	103 438
Telemark og Vestfold	11 289	36 547	47 836
Vestre Viken	-13 758	35 958	22 201
Østfold	7 661	-6 864	797
Sum	-	-0	-0

Effekter av inntektsmodellene

Basert på prosjektrapporten og det som er redegjort for her om fordeling av inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger og korrigerings av feil, vises samlede beregnede effekter av inntektsmodellene i tabellen under:

pr 2011	Sum	Somatikk	Psyk	TSB	Kapital	Pensjon
Akershus	75 000	-93 000	43 000	34 000	51 000	40 000
Innlandet	57 000	34 000	-71 000	53 000	15 000	26 000
Oslo	-510 000	-110 000	-146 000	-44 000	-135 000	-75 000
Sørlandet	239 000	112 000	103 000	8 000	15 000	1 000
Telemark og Vestfold	107 000	82 000	48 000	14 000	-26 000	-11 000
Vestre Viken	67 000	6 000	22 000	-19 000	32 000	26 000
Østfold	-36 000	-32 000	1 000	-46 000	48 000	-7 000
Sum	-1 000	-1 000	-	-	-	-

Vurdering av befolkningsutvikling

I prosjektleders rapport er det benyttet befolkningstall pr 1.1.2011 som grunnlag for beregning av omfordelingseffekter. Dersom innfasing av de økonomiske effektene av inntektsmodellene skal gjøres over flere år, må det vurderes å beregne de årlige effektene på grunnlag av fremskrevet befolkningstall og sammensetning. Helse Sør-Øst RHF har kalkulert effekter av modellen basert på SSB's alternativ MMMM¹ for årene 2012-2015. I perioden skal det ifølge prognosene skje en befolkningsvekst i Helse Sør-Øst på ca 4,3 % fra 2011 til 2015, fra 2,74 millioner innbyggere til 2,86 millioner innbyggere. Befolkningsveksten vil være størst i Akershus sykehusområde og Oslo sykehusområde, og minst i Innlandet sykehusområde og Telemark og Vestfold sykehusområde.

Det anbefales at det for implementeringen i 2012 og i etterfølgende år, benyttes prognostisert gjennomsnittlig befolkningstall² for det aktuelle året. Dette vil heretter gjøres også for modeller som er ferdig innfaset, både i endelig budsjett for det enkelte år og som forutsetninger i økonomisk langtidsplan. Oppdateringer vil gjøres årlig basert på siste prognose, i forkant av rullering av økonomisk langtidsplan.

¹ Alternativ MMMM er middelalternativet i SSB's befolkningsfremskrivninger, og det som anbefales brukt. Dette viser befolkningsutviklingen gitt en midlere utvikling på parametrene som inngår i fremskrivningene: fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og netto innvandring.

² Gjennomsnitt definert som sum av befolkning ved årets begynnelse og slutt, delt på 2.

Implementering av inntektsmodellene

Omfordelingseffektene er for noen av sykehusområdene vesentlige. Prosjektleder beskriver alternativene gradvis innfasing og full innfasing med en omfordeling for å lette omstillingsutfordringene de første årene.

I økonomisk langtidsplan for perioden 2011-2014 var det forutsatt at rest implementering av inntektsmodellen for somatikk skulle gjøres i 2012, mens det skulle gjenstå to år av implementeringen av inntektsmodellen for psykisk helsevern.

Helse Sør-Øst har gode erfaringer med forsiktig innfasing av effekter av nye inntektsmodeller, som gir tid til kvalitetssikring av modellene og tid til tilpasning hos helseforetakene.

Nedenfor vises en implementering av inntektsmodellene, hvor prognostisert gjennomsnittlig befolkning det enkelte år er benyttet som grunnlag, og med følgende fordeling på årene 2012-2014:

- Rest implementering vedrørende somatikk gjøres som planlagt, i 2012
- For psykisk helsevern, som ble implementert med 10% i 2011, implementeres resten fordelt likt på 2012 og 2013
- Implementeringen av de øvrige og nye inntektsmodellene, for TSB, kapital og pensjon, fordeles over tre år med henholdsvis 10,45 og 45 prosent

Sum av tj.omr gradvis impl. pr omr	2012	2013	2014
Akershus	-31 996	106 049	86 064
Innlandet	-16 156	-19 875	14 440
Oslo	-193 599	-167 893	-94 275
Sørlandet	165 967	61 697	10 421
Telemark og Vestfold	90 457	-1 295	-25 851
Vestre Viken	20 618	28 036	16 733
Østfold	-36 291	-6 720	-7 308
Sum	-1 000	0	225

Denne tilnærmingen til implementering gir best overensstemmelse med forutsetningene benyttet i økonomisk langtidsplan for 2011-2014, gir lik håndtering av de forskjellige modellene fra implementeringstidspunktet og gir muligheter for kvalitetssikring og tilpasning av de nye modellene ved at det første år gjøres en svært forsiktig innfasing.

Alt tallmaterialet i denne saken tar utgangspunkt i en fordeling og sammenlikning i forhold til basisramme til sykehusområdene for 2011. Det tas forbehold knyttet til at størrelsen på total basisramme i 2012 vil avvike fra dette.

4. Administrerende direktørs vurderinger

4.1 Risikovurderinger: etisk, faglige, økonomiske, omdømmemessige, juridiske m. v

Omstillingsutfordringene i Oslo sykehusområde

Oslo sykehusområde står overfor særlig krevende omstillingsutfordringer, samtidig som inntektsmodellene viser at det skal skje en omfordeling av inntekter ut av Oslo sykehusområde. Det samlede utfordringsbildet i Oslo sykehusområde må håndteres som en del av budsjettoplegget for 2012 og økonomisk langtidsplan, uavhengig av inntektsmodellene. Det må særlig legges fokus på gjennomførbarhet for hele regionen.

Behovskomponentene i psykisk helsevern og TSB

Det er til dels betydelig innslag av skjønn med i fastsettelsen av behovskriteriene for psykisk helsevern og TSB. Kriteriene er vektet tyngre enn hva de konkrete analysene har vist, og slik at behovsindeks for Oslo langt på vei blir lik det faktiske forbruket av tjenester. Dette gjør at det synes rimelig å inkludere dette i første del av en gradvis innfasing av effekter av inntektsmodellene. Arbeid med å konkretisere hvorfor effektene innenfor disse to tjenesteområdene oppstår for Oslo vil også forhåpentlig gi mer underlag til å fastsette kriterievektene i behovskomponentene for psykisk helsevern og TSB. Herunder må det arbeides med å utnytte nyere data for aktivitet og kostnader, for å analysere variasjoner som kan forklare ulikt forbruk av tjenester. Det må fortsatt gjøres vurderinger basert på struktur og måloppnåelse i forhold til opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Det er i Norge pr i dag ikke utviklet noe vekstsystem for kostnader innen psykisk helsevern og TSB basert på diagnoser, eller andre indikatorer som kan predikere gjennomsnittskostnader for grupper av pasienter. Dette gir betydelig svakheter når aktivitet skal analyseres med hensyn på kostnadsvariasjoner, særlig dersom en må anta at det er ulik pasientsammensetning mellom sykehusområdene. Pasientellingsdata fra SINTEF har vist at det registreres en betydelig høyere andel pasienter med svært alvorlige lidelser i større byer, og særlig i Oslo.

Finansieringen av Oslo sykehusområde / Oslo universitetssykehus HF – lands- og regionfunksjoner

Innenfor somatikken har Oslo sykehusområde, og da gjennom Oslo universitetssykehus HF, en betydelig andel av sin aktivitet knyttet til spesialiserte tjenester (lands- og regionfunksjoner). For 2011 legges det til grunn at Oslo universitetssykehus HF skal produsere om lag 105.000 DRG-poeng til spesialiserte tjenester. Dette er om lag halvparten av aktiviteten i de 3 sykehusene i sykehusområde Oslo, og 60% av aktiviteten i Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF står også for den overveiende andelen av forskningspoengene i Helse Sør-Øst, i 2009 er 87% av forskningspoengene, som definert av NIFU-STEP, generert av Oslo universitetssykehus HF. Dette gjør at Oslo universitetssykehus HF er betydelig mer eksponert for kompensasjonene for de spesialiserte tjenestene og forskningsaktivitet enn de øvrige sykehusområdene og helseforetakene.

4.2 Dialog/forankring av saken (ansatte / brukerne)

Brukerutvalg og konserntillitsvalgte er representert i prosjektgruppen. Det er avholdt egne møter med disse for å presentere og drøfte inntektsmodellene og effektene av disse.

4.3 Tilbakemeldinger fra helseforetakene, Lovisenberg diakonale sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus AS

Det har vært åpnet for at helseforetakene, Brukerutvalget og konserntillitsvalgte kan komme med innspill på den framlagte rapporten fra prosjektleder. Det er administrerende direktørs vurdering at innspillene er godt gjennomarbeidede og konstruktive. Innspillene gir nyttig veiledning i forhold til behovet for verifisering og videre utvikling av inntektsmodellene. Administrerende direktør har registrert at det generelt er gitt uttrykk for at prosessen har gått fort, og at man ikke fullt ut har imøtekommet alle ønsker om møter og dialog.

Et sammendrag av de skriftlige innspillene fra helseforetakene og innspillene i sin helhet er vedlagt saken.

Det er i tillegg kommet et innspill fra Fagrådet for TSB. Dette innspillet er også vedlagt saken.

4.4 Drøfting pro et contra

Inntektsfordeling på bakgrunn av modeller er et viktig virkemiddel på veien mot å oppnå det strategiske målet om likeverdige tjenester til alle innbyggere i Helse Sør-Øst. Dette prinsippet benyttes også av Helse- og omsorgsdepartementet når inntekter skal fordeles mellom de regionale helseforetakene. Modellen for Helse Sør-Øst er bygget med mye av den samme logikken som den nasjonale modellen. Kriteriesettene som er tatt frem og benyttes i den nasjonale modellen, og metodikken som ligger til grunn for disse, er også brukt som utgangspunkt for modellen for Helse Sør-Øst. Det er gjennom arbeidet, som har gått siden 2009, heller ikke vært kommentert fra helseforetakene at dette er en prinsipielt feil vei å gå.

En vesentlig utfordring med en slik modell i Helse Sør-Øst er at ett helseforetak, Oslo universitetssykehus HF, innen somatikk har en netto tilstrømming av pasienter fra hele regionen, ved at ca 15 % av regionens DRG-poengene utføres her som lands- og regionfunksjoner. For Oslo universitetssykehus HF representerer denne aktiviteten knyttet til lands- og regionfunksjoner nær 50 % av egen tjenesteproduksjon. Helse Sør-Øst RHF anser derfor at videre arbeid med grunnlaget for å definere finansieringen av lands- og regionfunksjonene vil være sentralt det kommende året, slik også mange av helseforetakene påpeker i sine kommentarer.

Innenfor psykisk helsevern og TSB er det en betydelig utfordring at det ikke foreligger noe system for beskrivelse/prediksjon av kostnader for pasienter eller pasientgrupper basert på diagnoser eller andre indikatorer som kunne si noe om kostnadene. Nasjonale aktivitetsdata fra Norsk Pasientregister har også vært ansett å ha en del svakheter og mangler ved seg. Grunndata for analyser for å definere kriteriesettene for behovskomponentene innen disse to fagområdene har derfor vært pasienttellingsdata fra begrensede perioder. Nasjonalt har disse to kriteriesettene skjønnsmessig inkludert og innvektet to kriterier. Disse er andel ikke-vestlige innvandrere innen somatikk og storby (kun Oslo) innen TSB.

Gjennom analyser gjort av SINTEF Helse i 2010 ble det ikke funnet noen signifikant sammenheng som tilsa at ikke-vestlige innvandrere ville ha et større behov for tjenester innen psykisk helsevern. Kriteriet andel ikke-vestlig innvandrere ble derfor tatt ut av behovskriteriene i modellen for Helse Sør-Øst.

I analysene som SINTEF Helse gjorde for Helse Sør-Øst, ble det avdekket at det var en tydelig sammenheng mellom størrelsen på byen som pasientene kom fra, og andelen av pasientene som ble klassifisert til å ha alvorlige psykiske lidelser (severe mental illness (SMI)). På bakgrunn av antagelse om at kostnadene til behandling av alvorlig syke i gjennomsnitt vil være høyere enn for gjennomsnittet av pasienter totalt sett, ble det lagt til grunn at et kriterium som gav inntekter knyttet til bystørrelse ville være riktig. Materialet gav imidlertid ikke noen indikasjon på hvilken vektning et slikt kriterium skulle ha. Det ble valgt en tilnærming der forbruket av tjenester i Oslo tjente som rettsnor for fastsetting av denne vekten, slik at behovsindeks for Oslo ville bli på samme nivå som forbruksindeks. Vektingen ble da satt til 9,5 %. Stort sett alle helseforetakene har kommentert at det ble sagt å være intensjonen å jobbe med konkretisering av vektingen av denne komponenten, uten at en har lyktes med dette arbeidet. Flere påpeker allikevel at det synes viktig å fortsette med en implementering av inntektsmodellen på tross av dette, samtidig som det må arbeides med å bedre grunnlaget og dokumentasjonen for sammensetning og vektning av behovskriteriene.

Helse Sør-Øst RHF deler denne oppfatningen og vil prioritere arbeidet med behovskriteriene for psykisk helsevern det kommende året.

Modellen for TSB benytter i stor grad de nasjonale behovskriteriene. Det er gjort supplerende analyser av KOSTRA-data for å bekrefte disse variablene. Det ble lagt noe ekstra vekt på å undersøke sammenhengen mellom bystørrelse og behov for spesialisthelsetjeneste innen TSB, da dette er et skjønnessmessig innvektet kriterium i den nasjonale modellen. Analysene bekreftet en sammenheng og gir legitimitet til inkludering av et kriterium for bystørrelse. Det er i den foreslåtte modellen lagt inn en vektning på 6,3 %, men hensyntatt alle kommuner som gir omtrent samme indeks for Oslo som om det var benyttet den nasjonale modellen, som gir 5 % vekt til Oslo alene. Stort sett alle helseforetakene har kommentert at det må jobbes med analyser og konkretisering av vektningen av storby-komponenten også innen TSB. Helse Sør-Øst deler dette synet, og vil arbeide videre med dette.

Avregning for private tjenester har fra 2011 vært tatt inn i modellene for somatikk og psykisk helsevern. Fra 2012 er det tatt inn ytterligere tjenestetyper innen somatikk, slik at alle områder er dekket. Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus har kommentert at det ikke synes å kunne antas at aktivitet innen laboratorie og radiologi kan antas å ha tilsvarende reduserende effekt på tjenesteproduksjonen i helseforetaket/sykehusene, og at kostnader derfor ikke skal avregnes kun på bakgrunn av faktisk forbruk. Mange av de øvrige helseforetakene har uttrykt at en slik avregning er nødvendig for at de som ikke forbruker private tjenester skal ha finansiering for å drifte tilbudene i egen regi. Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at det er de helseforetakene som er der befolkningen faktisk bruker de private tjenestene, som er de som best kan tilpasse sin egen virksomhet til dette. Akershus universitetssykehus HF har kommentert at helseforetakene må kunne påvirke bestillingene i større grad dersom de også skal belastes med kostnadene. Helse Sør-Øst RHF har de siste årene jobbet med å konkretisere hvordan slik påvirkning og samarbeid med private tjenesteytere kan tilrettelegges. Helseforetakene har også vært invitert til å delta i prosessene rundt alle anskaffelser, særlig under utarbeidelse av konkurransegrunnlagene der spesifikasjoner av kvalitet og kvantitet er sentralt.

Innen TSB er det også lagt til grunn at kostnader til private tjenester skal avregnes mot faktisk forbruk, i første omgang med 25 prosent på forbruk, og 75 prosent etter andeler av behovskomponenten. Flere helseforetak har kommentert at det bør følges et likt prinsipp for alle avregninger, og at det må avregnes 100 prosent mot faktisk forbruk. Helse Sør-Øst RHF deler dette synet prinsipielt. Innen TSB ser det imidlertid ut til at det over tid har etablert seg en skjevfordeling i bruken av private tjenester. Det vil kreve noe tid for å endre på disse forbruksmønstrene, blant annet fordi at pasientene innen dette tjenestefeltet har svært lange opphold i mange av de private institusjonene. Helse Sør-Øst RHF er derfor bekymret for konsekvensene for tjenestene innen helseforetakene av å endre incitamentene for bruk av private tjenester så kraftig fra ett år til et annet.

Kostnadskomponentenes andel av den totale inntektsmodellen kan endre seg ved oppdatering av grunndata. Dette vil ha omfordelingsvirkning når forskningsaktiviteten endrer seg. Det har vært diskutert om det heller burde legges til grunn at kostnadskompensasjon skal være en fast andel av de inntekter som fordeles. Prosjektrapporten har ikke omtalt dette, men enkelte helseforetak har kommentert at en kobling mot en andel av totale inntekter som fordeles synes riktigere. Helse Sør-Øst RHF vil arbeide videre med denne problemstillingen. Elementet som skulle stimulere til utjevning av forbruk mellom sykehusområdene har ikke lenger vesentlig betydning, verken i somatikkmodellen eller modellen for psykisk helsevern. Elementet fjernes derfor fra modellene.

Det anbefales i prosjektrapporten å inkludere kapitalinntekter til fordeling gjennom inntektsmodellene. Dette gjøres ved å justere satsene i modellen, og for øvrig la

behovskomponentene fordele mesteparten av også denne inntekten. Ved en slik tilnærming vil de svakheter som er kommentert i forhold til behovskriteriene i psykisk helsevern og TSB, finansieringen av spesialiserte tjenester i somatikk og forskningsaktivitet være gjeldende også knyttet til kapitalinntekter. Flere helseforetak er allikevel positive til en slik tilnærming. Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at en slik tilnærming vil være god. Samtidig er en også oppmerksom på at dette i ennå større grad stiller krav til at modellen for finansiering av spesialiserte tjenester er god og riktig, da det legger ytterligere vekt på abonnementet som er etablert og satsen for gjestepasientoppgjør.

Fordeling av inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger er ikke vist som et alternativ i prosjektrapporten, og prosjektledere har ikke anbefalt at dette tas inn til fordeling i modellene. Helse Sør-Øst RHF mener at den tilnærmingen som er laget for kapitalinntekter vil være god også for inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger. Det som kan tale i mot en inkludering i modellsystemet er at denne inntekten foreløpig ikke ser ut til å være særlig stabil. Den ble bevilget første gang for 2009, og som følge av den siste pensjonsreformen ble den, og litt til, trukket tilbake fra inntektene til Helse Sør-Øst RHF mot slutten av regnskapsåret 2010. for 2011 er inntekten fortsatt tildelt og inntektsføres for Helse Sør-Øst RHF, men det er uklart om det vil komme justeringer på denne. Helse Sør-Øst RHF av den oppfatning at slike inntekter bør ha en fordeling basert på de kostnader den er forutsatt å dekke det året den bevilges første gang. Dersom bevillingen videreføres utover dette første året, bør den inkluderes i inntektsfordelingen gjennom modellene. Pensjonskostnader håndteres på denne måten på lik linje med andre kostnader for helseforetaket.

I tillegg til selve modellene, er implementering av disse, og da særlig gjennomføring av de økonomiske omfordelingene en viktig faktor. Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus har uttrykt en klar bekymring knyttet til omfanget av økonomisk omfordeling ut av Oslo sykehusområde, samtidig med en større omstilling hvor opptaksområdet er redusert, og aktivitet med det skal reduseres. Disse peker på manglende utredninger av mulige konsekvenser av økonomiske omfordelinger av det omfanget som inntektsmodellene viser. De ber om at økonomiske omfordelinger venter til modellene er mer utviklet og bekreftet, og at de prioriterte omstillingene er klarlagt og finansierte. Sørlandet sykehus HF uttrykker på sin side at det er viktig at implementeringen fortsetter, og at fokuseres på en utjevning blant de øvrige sykehusområdene. De fleste helseforetakene har kommentarer rundt implementering, og alle ber om at det videreføres en innfasing. Det presiseres fra flere av helseforetakene at det er forståelse for at tilpasninger må ta noe tid, men at innfasingen må konkretiseres og følges opp.

Helse Sør-Øst RHF har for modellene for somatikk og psykisk helsevern fulgt en gradvis innfasing av de økonomiske effektene av modellene. Det er også skapt forventninger om at den skisserte innfasingen skal følges opp og gi 100 prosent innfasing av somatikk i 2012, mens psykisk helsevern forsetter med totalt 55prosent pr 2012, og 100 prosent av omfordelinger gjennomført pr 2013. For de modellene som det foreslås å starte innfasing av fra 2012, vil det legges opp til at de på samme måte som for somatikk og psykisk helsevern gjennomføres over tre år, med 10, 45 og 45 prosent av økonomiske effekter de respektive årene. Helse Sør-Øst RHF anser at dette på best mulig måte ivaretar ønsket om forutsigbarhet, og at det samtidig gir tid til å gjennomføre mye av det utviklingsarbeidet som etterspørres gjennom helseforetakenes kommentarer.

4.5 Konklusjon

Etter Helse Sør-Øst RHF sin vurdering legger kriteriebaserte inntektsmodeller godt til rette for å skape en situasjon der sykehusområdene har økonomiske forutsetninger for å kunne tilby et likeverdig tilbud til befolkningen. Det er pr i dag utviklet inntektsmodeller for størstedelen av basisrammen til Helse Sør-Øst. Det gjenstår å utvikle en inntektsmodell for prehospitale tjenester, samt arbeide videre med verifisering og utvikling av modellene. Inntektsmodellene gir omfordelingseffekter, og det er påpekt at det er knyttet usikkerhet til noen av komponentene. Dette gjør at Helse Sør-Øst RHF ønsker å gjennomføre de økonomiske omfordelingene over tre år. Denne perioden vil gi helseforetak tid til nødvendig omstilling og tilpasning, samtidig som det skal arbeide med bedre dokumentasjon og grunnlag for å fastsette flere av de komponentene som usikkerheten knytter seg til. I første omgang vil det være prioritert å jobbe fram finansieringen av lands- og regionfunksjoner og behovskomponenten for psykisk helsevern, og samtidig jobbe med utvikling av en modell for pre-hospitale tjenester.

Den treårige innfasingen vil bli lagt til grunn for tjenesteområdene hver for seg, og følge opp tidligere forutsatt implementeringstakt innen somatikk og psykisk helsevern, og med en innfasing av økonomiske effekter av øvrige modeller med 10 prosent første året, og deretter 45 prosent av beregnede effekter hvert av de to siste årene.

Trykte vedlegg:

- Prosjektleders rapport med vedlegg
- Tilbakemeldinger fra helseforetakene