

Inntektsmodeller for Helse Sør-Øst RHF

Psykisk helsevern
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige
Kapital-inntekter
Somatikk

Innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av
administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Sluttrapport

Dato: 10. mai 2010

1	Innledning	3
1.1	Mandat	3
1.2	Organisering av prosjektet	4
2	Sammendrag	6
2.1	Psykisk helsevern.....	6
2.2	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB).....	6
2.3	Kapitalinntekter.....	7
2.4	Abonnement for spesialiserte tjenester	7
2.5	Regionale funksjoner utenfor Oslo sykehusområde	7
2.6	Spesialisert rehabilitering.....	7
2.7	Private aktører	8
2.8	Kobling mot strategi	8
3	Modell for psykisk helsevern.....	9
3.1	Arbeidsgruppens forslag til modell.....	9
3.2	Prosjektgruppens vurderinger	12
4	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.....	14
4.1	Arbeidsgruppens forslag til modell.....	14
4.2	Omfordelingsvirkninger av modellen	16
4.3	Arbeidsgruppens vurdering av implementering.....	17
4.4	Arbeidsgruppens anbefalinger om videre arbeid	17
4.5	Prosjektgruppens vurderinger	18
5	Kapital-inntekter	19
6	Utvikling av somatikk modellen.....	20
6.1	Abonnement for spesialiserte tjenester levert av Oslo sykehusområde.....	21
6.2	Regionale funksjoner utenfor Oslo sykehusområde og fler-område funksjoner 24	
6.3	Spesialisert rehabilitering.....	26
6.4	Inkludering av private avtaler	31
6.5	Vurdering av kobling mot strategi	33
	Vedlegg 1 – Modell for psykisk helsevern – anbefaling fra arbeidsgruppen	36
	Vedlegg 2 – Modell for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige – anbefaling fra arbeidsgruppen.....	37
	Vedlegg 3 – Merknader fra prosjektgruppens medlemmer	38

1. Innledning

1 Innledning

Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet nytt inntektssystem i sak 070-2009, og vedtok:

1. *Styret tar redegjørelsen om videre arbeid med inntektsmodell for Helse Sør-Øst til orientering.*
2. *Styret ber administrerende direktør iverksette prosjektarbeid for kriteriebaserte modeller for fordeling av inntekter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere, samt fordeling av kapitalinntekter. Styret ber om at resultater av disse prosjektene legges frem i en sak til styret i mai 2010. For de prehospitaltjenester konstaterer styret at manglende datagrunnlag gjør at utvikling av en kriteriebasert modell vil ta noe tid. Styret tar til orientering at Helse Sør-Øst må avvente et fungerende system for innhenting av datagrunnlag før man går videre med utvikling av en kriteriebasert modell på det prehospitalt område.*
3. *Styret deler administrerende direktørs oppfatning om at det vil ta tid å utvikle eventuelle finansieringsmekanismer som kan understøtte utvikling av god kvalitet i tjenestetilbudet. Styret tar til orientering at det nedsettes en prosjektgruppe som arbeider videre med denne utfordringen og at det legges frem en sak for styret i september 2010 som redegjør for muligheter, risiko og beskriver konkrete finansieringsmekanismer som kan understøtte god kvalitet og kvalitetsforbedring som oppfølging av styrets vedtak i mai.*

På bakgrunn av dette ble det etablert en prosjektgruppe som hadde oppstartsmøte i november 2009. Prosjektgruppens mandat ble også utvidet til å omfatte enkelte forhold i somatikkmodellen hvor det var behov for videreutvikling, blant annet abonnementsprisen for spesialiserte tjenester (ref vedtak sak 041-2009).

1.1 Mandat

Prosjektgruppen er gitt følgende mandat.

- Prosjektgruppen sin hovedoppgave vil være å komme frem til anbefalinger om kriteriebaserte fordelingsordninger for de virksomhetsområdene som ikke er del av inntektsmodellen for ISF-finansiert somatikk. Det skal i arbeidet jobbes med å komme frem til modeller for fordeling av inntekter til psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og av kapitalmidlene. Arbeid med modell for pre-hospitaltjenester skal avventes. Prosjektgruppen skal videre jobbe med utvikling av modellen for somatikk, og da særlig:
 - o løsningen for spesialisert rehabilitering
 - o abonnementsordningen for spesialiserte tjenester og en finansieringsordning for fler-område funksjoner og regionale funksjoner uten for OUS
 - o inkludering av privat behandlingsskapasitet
 - o koblingen mot strategisk viktige føringer
- Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte de vedtatte strategier og helsepolitiske mål som gjelder for Helse Sør-Øst. Spesielt skal modellen understøtte oppnåelse av målet om likeverdige helsetjenester og samtidig sikre at vedtatte funksjonsfordelinger følges opp.
- Fordelingsmodellen skal ta utgangspunkt i sykehusområdene.

1. Innledning

- Indikatorene som velges i den kriteriebaserte fordelingsmodellen må i størst mulig grad være basert på offentlig tilgjengelig statistikk, slik at de beregningene som blir gjort, i størst mulig grad blir etterprøvbare. For å sikre en viss grad av forutsigbarhet over tid, bør de indikatorene som velges kunne benyttes over flere år, og kunne oppdateres årlig, med endringer bare i kriterieverdiene. Indikatorene må derfor være robuste for endringer i organisasjonsmessige forhold.
- Modellen skal bygge videre på det utviklingsarbeid som tidligere har skjedd i Helse Sør-Øst RHF. I denne fasen skal det særlig legges vekt på å avklare følgende forhold:
 - o Gjennomføring av nye analyser av behovskriterier for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Analysene bør gjennomføres på et regionalt datagrunnlag og særskilt teste variabler som ikke kom med i utvalget av kriterier fra Magnussen-utvalget, blant annet innvandrere og en variasjon knyttet bystørrelse
 - o Hvilke kostnader som er knyttet til eventuelle lands-, regions- og flerområdefunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.
 - o Hvordan mobilitetskompensasjon mellom helseforetakene/sykehusområdene kan utformes for å sikre likhet i tilgangen til helsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

1.2 Organisering av prosjektet

- ✓ Prosjektet eies av viseadministrerende direktør Atle Brynestad.
- ✓ Innleid prosjektleder Terje P. Hagen skal lede utredningsarbeidet og bidra til at nødvendige analyser og vurderinger gjennomføres. Prosjekteier skal sørge for å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i utredningsarbeidet, blant annet gjennom opprettelsen av et sekretariat for arbeidet, bemannet av personal fra Helse Sør-Øst RHF. Sekretariatet støtter også prosjekteier i arbeidet med forankring av prosjektet.
- ✓ For å sikre at helseforetakene trekkes aktivt med i arbeidet med utvikling av inntektsmodellen organiseres en prosjektgruppe bestående av:
 - o Prosjektledelse og sekretariat
 - o Økonomidirektørene i sykehusområdene.
 - o Helsefagdirektører/tilsv fra sykehusområdene
 - o Sykehusområde Telemark og Vestfold kan representeres med totalt 3 representanter, under forutsetning at dette er én fra hvert av de tre HF'ene.
 - o Økonomidirektører fra de to private sykehusene med opptaksområde.
 - o 2 representanter for de konserntillitsvalgte
 - o 2 representanter for brukerorganisasjonene.
- ✓ Prosjektdeltakerne fra helseforetakene får et særlig ansvar for å fremlegge kostnads- og aktivitetsdata fra sine helseforetak til bruk i analysene, og samtidig for å bringe helhetlig informasjon om arbeidet tilbake til egne helseforetak.
- ✓ Det vil under arbeidets gang trolig oppstå behov for en eller flere mindre og mer operative arbeidsgrupper. Disse opprettes ad hoc med deltagelse ut i fra kompetanse på den problemstillingen som skal utredes, og deltakere til slike arbeidsgrupper kan også velges utenfor selve prosjektgruppen.

1. Innledning

Dette har gitt en prosjektgruppe bestående av:

<u>Prosjektledelse:</u> Terje P. Hagen	<u>Sekretariat:</u> Erik Hanssen Pål Christian Roland Folke Vidar Sundelin Øyvind Røed (leder)
<u>Økonomirepresentanter fra sykehusområdene:</u> Per Qvarnstrøm, Sørlandet Ståle Langvik-Christiansen, Vestfold-Telemark Kai-Erik Arstad, Vestre Viken Morten Reymert, Oslo Ørjan Sandvik, Innlandet Jørn Arthur Limi, Akershus Lars Åge Møgster, Akershus Marianne Wiik, Østfold Ekrem Ligonja, Sunnaas sykehus HF Gaute Jørgensen, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Anders Frafjord, Diakonhjemmet Sykehus AS	<u>Helsefag representanter fra sykehusområdene:</u> Anne Wenche Emblem, Sørlandet Halfdan Aass, Vestfold-Telemark Ole Tjomsland, Vestre Viken Einar Hysing, Oslo Hans Iver Børresen, Innlandet Jan Henrik Lund, Østfold
<u>Brukerrepresentanter:</u> Arne Solerød Arild Slettebakken	<u>Konserntillitsvalgte:</u> Svein Øverland Morten Falkenberg

Prosjektgruppen har hatt 4 møter i perioden november 2009 – april 2010.

2 Sammendrag

Prosjektgruppen anbefaler at Helse Sør-Øst RHF legger hovedpunktene i dette avsnittet til grunn i det videre arbeidet i arbeidet med inntektsmodeller frem mot styremøtet i det regionale helseforetaket 9. juni og den videre budsjettprosess for 2011.

Prosjektgruppen viser til vedlagte rapporter og notater og gjør følgende anbefalinger:

2.1 *Psykisk helsevern.*

Prosjektgruppa vil understreke viktigheten av at det etableres en inntektsfordelingsmodell også for psykisk helsevern. Modellen bør ta utgangspunkt i arbeidsgruppens rapport som kort er beskrevet i dette notatet. Modellen implementeres gradvis fra 2011.

Prosjektgruppa vil imidlertid understreke at det er betydelig usikkerhet knyttet til enkelte elementer i modellen. Dette gjelder særlig innvektingen av kriteriet ”innbyggertall kvadrert” og det gjelder prisen benyttet for voksenpsykiatrien i reisetids-/strukturkriteriet. I løpet av det kommende året må det derfor gjennomføres nærmere analyser av disse forholdene.

”Innbyggertall kvadrert” er tenkt å skulle kompensere for et antatt større behov i byer og storbyer. Prosjektgruppa finner det dokumentert at det er et merbehov i større byer, men det er vanskelig å fastsette vekten til kriteriet som skal fange opp dette. I løpet av det kommende året må det derfor gjennomføres litteratursøk og analyser for å søke og bestemme vekten til dette kriteriet nærmere. Herunder må det gjennomføres behovs- og kostnadsanalyser av Oslo sammenliknet med resten av landet, der en blant annet klargjør effekter av omstillingen fra institusjoner til DPSer og der en kontrollerer for ulikt grensesnitt mot kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i forskjellige deler av landet.

Prosjektgruppen anbefaler at HSØ vurderer innvektingen av ”Innbyggertall kvadrert” alt i samband med implementeringen av modellen fra 2011.

Prosjektgruppen foreslår at koblingen mot strategi, som skal legge til rette for et likt tilbud og forbruk av helsetjenester i regionen, endres i forhold til arbeidsgruppens forslag. .

Arbeidsgruppen har foreslått at all øking i inntekter som modellen utgangspunktet viser for sykehusområder med et forbruk signifikant over gjennomsnitt (2%), trekkes inn og omfordeles. Dette gir et kraftig incitament til å redusere aktivitet, som ikke synes ønskelig. Prosjektgruppens anbefaling er at en noe større økning i inntekter beholdes. Modellen for omfordeling gjennom inndragning av inntekter fra sykehusområder med høyt forbruk, legges også opp med flere trinn, med økende grad av reduksjon i økte inntekter med økende grad av forbruk over gjennomsnitt. Modellen legges opp tilsvarende som for somatikk (beskrevet i kap 6.3).

2.2 *Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB)*

Den nedsatte arbeidsgruppen som har jobbet med inntektsmodell for TSB har presentert en modell, men har ikke anbefalt å starte implementering av denne fra 2011. Hovedgrunnene til dette er at modellen gir relativt store omfordelingsvirkninger, og at det er svært store ulikheter i målt forbruksindeks pr 2009. Det er behov for å gå dypere inn i forbruksvariasjonene, og også kartlegge ressursforbruket knyttet til behandling ved private institusjoner bedre. Det er også en

2. Sammendrag

del uenighet i arbeidsgruppen rundt vektingen på kriteriene i behovskomponenten, samt fastsettelse av størrelsen på enkelte av kostnadskompensasjonene.

Prosjektgruppen følger arbeidsgruppens anbefalinger om ikke å implementere en inntektsfordelingsmodell innen TSB fra 2011. Arbeidsgruppen har anbefalt at det bør jobbes med å etablere et gjestepasientsystem og en bedre synliggjøring av de økonomiske sidene av sykehusområdenes bruk av private tjenester allerede fra 2011. Det anbefales også at det arbeides med å sikre et godt beslutningsgrunnlag for å utarbeide en kriteriebasert modell for TSB og at det allerede høsten 2010 nedsettes en egen arbeidsgruppe som kan fortsette dette arbeidet.

2.3 Kapitalinntekter

Prosjektgruppen har ikke fått anledning til å behandle modell for fordeling av kapitalinntekter, og kan derfor ikke anbefale en konkret for innføring. Det anbefales at arbeidsgruppen som ble nedsatt, og har jobbet uten å konkludere, fortsetter sitt arbeid og leverer en anbefaling til Helse Sør-Øst RHF direktes, ref kapittel 5.

2.4 Abonnement for spesialiserte tjenester

Prosjektgruppa viser til kapittel 6.1 og anbefaler at det arbeides videre med å avklare størrelsen på prisen som skal betales til Oslo universitetssykehus HF, frem mot styrets behandling i juni. Dersom det ikke foreligger omforent dokumentasjon som godtgjør at den etablerte prisen bør endres før styrebehandling 9. juni, legges etablert pris til grunn i budsjett 2011.

2.5 Regionale funksjoner utenfor Oslo sykehusområde

Prosjektgruppa viser til kapittel 6.2 anbefaler at det videre arbeidet baseres på en abonnementsordning som skissert. Det videre arbeidet vil være å definere konkrete løsninger for den enkelte funksjon som faller inn under begrepene regional funksjon og fler-område funksjon.

2.6 Spesialisert rehabilitering

Prosjektgruppa viser til kapittel 6.3 og anbefaler at rehabilitering som i dag ligger utenfor modellen, inkluderes i inntektsmodellen for somatikk. Det som i dag ligger utenfor modellen er særskilte tilskudd til tidl SSR for Sørlandet og Telemark og Vestfold sykehusområde, basisramme for kjøp fra private rehabiliteringsinstitusjoner og basisramme til Sunnaas sykehus HF.

Det er beskrevet 2 ulike modeller for hvordan basisramme til Sunnaas sykehus HF trekkes fra sykehusområdene, og det anbefales å legge modell 1 til grunn for det videre arbeid. Denne modellen tar utgangspunkt i at basisrammen til Sunnaas sykehus HF deles i finansiering av et områdetilbud og et spesialisert tilbud. Basisramme til de to funksjonene dekkes inn fra sykehusområdene ulikt. Basisramme for områdetilbudet dekkes inn fra sykehusområdene Østfold, Akershus og Oslo, som benytter ca 70% av DRG-poengene ved Sunnaas, mens det spesialiserte tilbudet finansieres av alle med andel av behovskomponenten i somatikkmodellen. Størrelsen på rammen for det spesialiserte tilbudet må undersøkes ytterligere. De 4 sykehusområdene som ikke finansierer basisrammen for grunntilbudet, betaler gjestepasientoppgjør for all bruk av Sunnaas. Dette fordeles på de 3 sykehusområdene som i utgangpunktet dekker basisrammen for områdetilbudet. for bruk av tilbudet

2. Sammendrag

2.7 Private aktører

Prosjektgruppa viser til kapittel 6.4 og anbefaler at det som prinsipp avregnes 100% av forbruk når det gjelder institusjoner og avtalespesialister psykisk helsevern, rehabilitering og avtalespesialister i somatikk og ideelle somatiske sykehus. Håndtering av øvrige private aktører innen somatisk sektor avventer resultatet av tilordningsprosjektet.

2.8 Kobling mot strategi

Prosjektgruppa viser til kapittel 6.5 og anbefaler at en ordning med ”trappetrinnseffekt” som skissert legges til grunn både i somatikkmodellen og i modellen for psykisk helsevern. En slik ordning trekker ut mindre av effekten av inntektsmodellen fra sykehusområder med samtidig signifikant overforbruk og positiv omfordelingseffekt, enn den tidligere modellen. Den har et lavere innslagspunkt for å starte trekket (1%) enn forrige modell og en gradvis økning i uttrekket i tre “trappetrinn”. Dette gir vesentlig reduserte incentiver for aktivitetsreduksjon og direkte tilpasning av aktivitetsnivå for å optimalisere basisinntekter fra inntektsmodellen.

3 Modell for psykisk helsevern

Det har vært etablert en arbeidsgruppe for å jobbe med inntektsmodeller for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Arbeidsgruppen har levert en sluttrapport som anbefaler implementering av en fullstendig modell for psykisk helsevern. Modellens oppbygging av økonomiske effekter presenteres kort her. Det vises til sluttrapporten fra arbeidsgruppen for ytterligere beskrivelse og detaljer.

3.1 Arbeidsgruppens forslag til modell

Modellen som arbeidsgruppen har foreslått inneholder de samme hovedelementene som modellen som er vedtatt og er under innføring for somatikk. Det vil at modellen har elementene:

- Behovskomponent
- Kostnadskomponent
- Mobilitetskomponent
- Bruk av private tjenester
- Kobling mot strategi

Behovskomponenten er basis for modellen og fordeler om lag 95% av inntektene. De øvrige 5 % fordeles på bakgrunn av definerte kostnadsulempes. Mobilitetsoppkjøret omfordeler om lag 1 prosent av de totale basisinntektene, og er således mindre betydningsfullt innen psykisk helsevern enn i somatikk. Bruk av private tjenester varierer sterkt mellom sykehusområdene og det gir relativt store omfordelinger å ta hensyn til dette fullt ut. Kobling mot strategi legger vekt på at det skal gis like forutsetninger for at det ytes et likeverdig tjenestetilbud til alle. Det er foreslått en omfordeling av midler fra sykehusområder der modellen uten en slik omfordeling viser en økning i inntekter for sykehusområdet og det samtidig er slik at dagens forbruksindeks er signifikant (mer enn 2%) høyere enn behovsindeksen.

3.1.1 Behovskomponenten

Behovskomponenten som er foreslått bygger på analyser gjort av SINTEF Helse for Helse Sør-Øst innen voksenpsykiatri, og på Magnussen-utvalgets kriterier (fra NOU 2008:2) for barne- og ungdomspsykiatrien. I analysene gjort av SINTEF Helse er det benyttet nyeste tilgjengelige datagrunnlaget i form av pasienttelling fra høsten 2007 og våren 2008, som ikke var tilgjengelig for Magnussen-utvalgets analyser. Metodikken som er benyttet er i stor grad lik den som ble benyttet for Magnussen-utvalgets analyser, og variablene som ble testet var i stor grad de samme. Det nye datagrunnlaget gav imidlertid bedre grunnlag for å analysere og vurdere forhold knyttet til fødeland, inntektsgrunnlag, bosituasjon, samtidig avhengighet av rusmidler? og psykisk lidelse, og sykdommens alvorlighetsgrad.

Analysene er gjort på både nasjonalt og regionalt datagrunnlag, noe som kun ga mindre variasjoner. Det er likevel etablert vekt på grunnlag av analysene gjort på datagrunnlag fra kun Helse Sør-Øst. Selv om analysene med oppdatert datagrunnlag ga store utslag på enkelte kriterier (særlig innvektingen av andel med kun grunnskole), så gav dette bare meget små endringer i behovsindeks for sykehusområdene. De kvantitative analysene ga ikke støtte for inkludering av et eget kriterium for andel ikke-vestlig innvandrere, da analysene viste at merforbruket innen denne gruppen beskrives av de øvrige sosioøkonomiske kriteriene. Analysene gav heller ikke

3. Modell for psykisk helsevern

støtte til å inkludere bosituasjon og inntektsgrunnlag som kriterier. Det er gjort deskriptive analyser av andelen pasienter med tilleggsdiagnose på avhengighet av rusmidler og andel av pasientene som faller inn under kategorien alvorlige psykiske lidelser. Dette er særlig undersøkt i forhold til bystørrelse som forklaringsvariabel, og det er funnet en tydelig sammenheng mellom bystørrelse og forekomst av alvorlige psykiske lidelser.

Forekomst av alvorlige psykiske lidelser er ikke fremkommet som kriterium gjennom kvantitative analyser, og SINTEF Helse har heller ikke gitt noen definisjon av et kriterium som kan inngå i kriteriesettet. Det har derfor vært opp til arbeidsgruppen å definere ett, eller flere, kriterium som tar hensyn til økende forekomst av alvorlige psykiske lidelser med økende bystørrelse og innvektingen av denne eller disse kriteriene. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at en økende andel av personer med alvorlige psykiske lidelser gir større behov for psykiske helsetjenester. Ettersom denne andel er økende med økende bystørrelse og det er denne sammenheng kriteriet skal beskrive, er det valgt å hensynta dette gjennom et kriterium som beregnes som andel av folketall pr kommune i andre potens (kvadrert).

Innvektingen av kriteriet, som skal beskrive mer-behov i større byer, er lagt på et slikt nivå at kriteriesettet totalt gir Oslo sykehusområde en behovsindeks som ligger nær forbruksindeksen. Dette har gitt en innvekting av kriteriet andel av folketall pr kommune kvadrert på 9,5%. De øvrige kriteriene i kriteriesettet er forholdsvis likt redusert for å "gi plass til" dette skjønsmessig innvektede kriteriet.

Det er uenighet i arbeidsgruppen knyttet til inkludering av et kriterium som beskriver økende behov med økende bystørrelse, og særlig på det nivå som innvektingen er gitt i forslaget til modell (9,5%). Representanter fra 5 av de 7 sykehusområdene som er representert i arbeidsgruppen står bak denne merknaden.

3.1.2 Kostnadskomponenten

Modellen som arbeidsgruppen har lagt fram inneholder 4 delkomponenter for kostnader. Disse er

- Forskning
- Undervisning
- Ikke-vestlige innvandrere
- Reiseavstand

Forskning er likt definert som i somatikken, men en har måttet benytte andel av kostnader for å fordele forskningspoengene mellom tjenesteområdene. Utdanning er også likt definert, og det er psykiatere under utdanning som det kompenseres for her. Turnus leger er ikke aktuelt da de har liten eller ingen tid under opplæring i psykisk helsevern. Det har vært vurdert om det også skal inkluderes psykologer under spesialisering. Det er ikke tatt med, delvis på grunn av vanskeligheter med finne grunddata, dels fordi det antas at lavere lønn enn for ferdig utdannede spesialister oppveier i stor grad for kostnadsulempen ved merforbruk av tid.

For ikke-vestlige innvandrere er det lagt opp en kompensasjonsmodell som tar utgangspunkt i andel ikke-vestlige innvandrere i sykehusområdet og forutsetter en tilsvarende andel blant pasientene. Det er skjønsmessig fastsatt at ressursforbruket øker med 30% pr konsultasjon og 20% pr oppholdsdøgn, og det beregnes kompensasjonen i forhold til sykehusområdenes egen aktivitet, målt i konsultasjoner og oppholdsdøgn, for egen befolkning.

3. Modell for psykisk helsevern

Reiseavstand skal kompensere for merkostnader ved at befolkningen bor spredt. Kostnader som oppstår i denne forbindelse kan være både strukturelle som følge av mange, små enheter, og som følge av at behandlerne må bruke mye tid på reise for å møte pasientene. Kompensasjonen er satt opp som et kronebeløp pr innbygger, som er skjønnsmessig fastsatt. Det er delt inn i VOP, BUP og alderspsykiatri, og det kompenseres ulikt innenfor disse tre.

Det er uenighet i arbeidsgruppen rundt kompensasjonen for reiseavstand relatert til døgnbehandling innen VOP, hvor det bemerkes at denne er altfor høy, og at det kan stilles spørsmål ved om en i det hele tatt bør kompensere for dette.

3.1.3 Mobilitetskomponenten

Det er i modellen kalkulert netto effekt av innføring av gjestepasientoppgjør innen psykisk helsevern. Dette er gjort med felles pris for alle oppholdsdøgn (kr 6.650), og felles pris for alle konsultasjoner (kr 1.650). NPR-data fra 2008 gir en netto inntekt på GP for Oslo på 84 millioner kroner, og 9 millioner kroner netto for Sørlandet. Størst netto kostnader gir det for Telemark og Vestfold (28 millioner kroner), Østfold (30 millioner kroner) og Akershus (24 millioner kroner).

Det er kommentert fra Lovisenberg diakonale sykehus at det burde være en høyere sats for konsultasjoner innen BUP i forhold til VOP.

3.1.4 Håndtering av private avtaleparter

Kostnader ved private avtaler er lagt over på helseforetakene ved at midlene som benyttes til kjøp av slike tjenester, først fordeles i modellen, for deretter å bli trukket inn igjen fra helseforetakene. For private avtalespesialister gjøres dette på bakgrunn av historisk forbruk, og det samme er lagt inn for tre institusjoner som det lot seg identifisere i aktivitetsdata for i NPR-dataene fra 2008. 6 av institusjonene med avtale med Helse Sør-Øst RHF var det ikke tilgjengelig aktivitetsdata for. Disse er tilordnet sykehusområdene på bakgrunn av de opptaksområder som det er angitt i avtalene at institusjonen primært skal dekke. Det er lagt 70% vekt på slik tilordning, og 30 % vekt på inndekning etter andel av behovskriteriet.

3.1.5 Sammenligningsgrunnlag og omfordelingskonsekvenser

De økonomiske omfordelingsvirkningene som fremkommer av denne modellen er vist i tabellen under:

Sykehusområde	Sum grunnmodell (basisramme) (1)	Betaling private	Behov + kostnad	Kostnads-komp	Behovs-komp
Akershus	776 596	(73 695)	850 291	27 345	822 946
Innlandet	1 148 493	(39 682)	1 188 174	114 720	1 073 455
Oslo	2 203 984	(252 683)	2 456 667	147 993	2 308 674
Sørlandet	844 950	(29 998)	874 948	41 476	833 472
Telemark og Vestfold	1 165 221	(55 657)	1 220 878	54 079	1 166 799
Vestre Viken	1 109 233	(105 838)	1 215 070	72 386	1 142 684
Østfold	748 952	(32 448)	781 400	17 035	764 365
Sum	7 997 430	(590 000)	8 587 430	475 034	8 112 396

3. Modell for psykisk helsevern

Sykehusområde	Øk. omford i % av sml.gr.lag	Økonomisk omfordeling (1-2+3+4)	Forbruks-utjevning (4)	Endring GP (3)	Sammenlignings grunnlag (2)	Sum grunnmodell (basisramme) (1)
Akershus	-0,7 %	(5 245)	16 201	(23 577)	774 465	776 596
Innlandet	-0,5 %	(6 060)	21 132	(1 471)	1 174 214	1 148 493
Oslo	-3,8 %	(93 235)	45 449	83 990	2 426 658	2 203 984
Sørlandet	2,3 %	16 408	(108 195)	8 822	729 169	844 950
Telemark og Vestfold	5,5 %	60 254	22 970	(27 592)	1 100 345	1 165 221
Vestre Viken	2,1 %	22 495	(12 605)	(10 437)	1 063 696	1 109 233
Østfold	0,7 %	5 382	15 047	(29 735)	728 883	748 952
Sum	0	(0)	(0)	-	7 997 430	7 997 430

Arbeidsgruppen har anbefalt å starte implementering av den foreslåtte modellen fra 2011, selv om det knytter seg usikkerhet til enkelte av beregningene som ligger til grunn for modellen. Til tross for usikkerhetene er det bred enighet om at modellen som nå foreslås uansett vil representere en forbedring i forhold til det inntektsfordelingssystemet Helse Sør-Øst RHF har pr i dag. Det er også viktig å påpeke at beregningene av omfordelingsvirkninger har mange forutsetninger, og vil endre seg når beregningene kan gjøres på oppdatert datasett for bl.a. aktivitet og når grunndata som befolkningstall og lignende oppdateres. Arbeidsgruppen anbefaler at gjestepasientoppkjøret etableres fullt ut fra 2011. Det må i den forbindelse gjøres omfordelinger i basisramme med utgangspunkt å skape en budsjettneutrytral omlegging. Dette må gjøres fordi de økonomiske effektene av inntektsmodellen foreslås implementert over 3-års periode. Det første året av innfasingen gjøres kun en liten andel (10%) de økonomiske omfordelingene, mens resterende omfordeling fordeles likt på år 2 og 3 av innfasingen. Dette gir følgende økonomiske omfordelinger for det enkelte år:

Årlig omfordeling av total omfordeling Sykehusområde	10 % 2011	45 % 2012	45 % 2013	100 % Totalt
Akershus	(524)	(2 360)	(2 360)	(5 245)
Innlandet	(606)	(2 727)	(2 727)	(6 060)
Oslo	(9 323)	(41 956)	(41 956)	(93 235)
Sørlandet	1 641	7 384	7 384	16 408
Telemark og Vestfold	6 025	27 114	27 114	60 254
Vestre Viken	2 250	10 123	10 123	22 495
Østfold	538	2 422	2 422	5 382
Sum	(0)	(0)	(0)	(0)

Det er bemerket fra Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg diakonale sykehus at implementeringstakten må tilpasses omstillingen fra sykehusfunksjoner til DPS, og at det ikke bør øke utfordringene i overføringen av funksjoner mellom Oslo og Akershus.

3.2 Prosjektgruppens vurderinger

Prosjektgruppa vil understreke viktigheten av at det etableres en inntektsfordelingsmodell også for psykisk helsevern. Modellen bør ta utgangspunkt i arbeidsgruppens rapport, som er kort beskrevet foran, og implementeres gradvis fra 2011.

Prosjektgruppa vil imidlertid understreke at det er betydelig usikkerhet knyttet til enkelte elementer i modellen. Dette gjelder særlig innvektingen av kriteriet "innbyggertall kvadrert" og det gjelder prisen benyttet for voksenpsykiatrien i reisetids-/strukturkriteriet. I løpet av det kommende året må det derfor gjennomføres nærmere analyser av disse forholdene.

3. Modell for psykisk helsevern

”Innbyggertall kvadrert” er tenkt å skulle kompensere for et antatt større behov i byer og storbyer. Prosjektgruppa finner det dokumentert at det er et merbehov i større byer, men det er vanskelig å fastsette vekten til kriteriet. I løpet av kommende år må det derfor gjennomføres litteratursøk og analyser for å søke å bestemme vekten til dette kriteriet nærmere. Herunder må det gjennomføres behovs- og kostnadsanalyser av Oslo sammenliknet med resten av landet, der en blant annet klargjør effekter av omstillingen fra institusjoner til DPSer og der en kontrollerer for ulikt grensesnittet mot kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i forskjellige deler av landet.

Prosjektgruppen vil anbefale at HSØ vurderer innvektingen av ”Innbyggertall kvadrert” alt i samband med implementeringen av modellen fra 2011.

Prosjektgruppen foreslår at koblingen mot strategi, som skal legge til rette for et likt tilbud og forbruk av helsetjenester i regionen, endres i forhold til arbeidsgruppens forslag. Arbeidsgruppen har foreslått at all øking i inntekter som modellen utgangspunktet viser for sykehusområder med et forbruk signifikant over gjennomsnitt (2%), trekkes inn og omfordeles. Dette gir et kraftig incitament til å redusere aktivitet, som ikke synes ønskelig. Prosjektgruppens anbefaling er at en noe større økning i inntekter beholdes. Modellen for omfordeling gjennom inndragning av inntekter fra sykehusområder med høyt forbruk, legges også opp med flere trinn, med økende grad av reduksjon i økte inntekter med økende grad av forbruk over gjennomsnitt. Modellen legges opp tilsvarende som for somatikk (beskrevet i kap 6.3), og gir følgende effekt for fordeling:

Sykehusområde	Arb.grp kobling mot forbruk	Endret kobling mot forbruk	Endring ift arb.grp forslag
Akershus	16 201	10 446	(5 755)
Innlandet	21 132	13 626	(7 507)
Oslo	45 449	29 304	(16 145)
Sørlandet	(108 195)	(50 285)	57 910
Telemark og Vestfold	22 970	14 810	(8 159)
Vestre Viken	(12 605)	(27 604)	(14 999)
Østfold	15 047	9 702	(5 345)
Sum	-	-	(0)

Effekter av modellen blir etter dette som vist under:

Sykehusområde	Øk. omford i % av sml.gr.lag	Økonomisk omfordeling (1-2+3+4)	Forbruks-utjevning (4)	Endring GP (3)	Sammenligningsgrunnlag (2)	Sum grunnmodell (basisramme) (1)
Akershus	-1,4 %	(11 000)	10 446	(23 577)	774 465	776 596
Innlandet	-1,2 %	(13 567)	13 626	(1 471)	1 174 214	1 148 493
Oslo	-4,5 %	(109 379)	29 304	83 990	2 426 658	2 203 984
Sørlandet	10,2 %	74 318	(50 285)	8 822	729 169	844 950
Telemark og Vestfold	4,7 %	52 095	14 810	(27 592)	1 100 345	1 165 221
Vestre Viken	0,7 %	7 496	(27 604)	(10 437)	1 063 696	1 109 233
Østfold	0,0 %	37	9 702	(29 735)	728 883	748 952
Sum		(0)	-	-	7 997 430	7 997 430

4 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Det har vært etablert en arbeidsgruppe for å jobbe med inntektsmodeller for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Arbeidsgruppen har levert en sluttrapport som beskriver en fullstendig modell for TSB, men som gruppen ikke anbefaler implementering av. Oppbyggingen den skisserte modellen, dens beregnede økonomiske effekter, samt arbeidsgruppens vurderinger rundt implementering og videre arbeid presenteres kort her. Det vises til sluttrapporten fra arbeidsgruppen for ytterligere beskrivelse og detaljer.

4.1 Arbeidsgruppens forslag til modell

Modellen som arbeidsgruppen har foreslått inneholder de samme hovedelementene som modellen som er vedtatt og er under innføring for somatikk. Det vil at modellen har elementene:

- Behovskomponent
- Kostnadskomponent
- Mobilitetskomponent
- Bruk av private tjenester
- Kobling mot strategi

Behovskomponenten som er basis for modellen fordeler om lag 97% inntekter, og er således det mest betydningsfulle elementet. De øvrige 3 % fordeles på bakgrunn av definerte kostnadsulemper. Mobilitetsoppkjøret omfordeler om lag 2 prosent av de totale basisinntektene, og er således mindre betydningsfullt innen TSB enn i somatikk. Bruk av private tjenester varierer sterkt mellom sykehusområdene og det gir relativt store omfordelinger å ta hensyn til dette fullt ut.

4.1.1 Behovskomponenten

Behovskomponenten som er foreslått bygger på Magnussen-utvalget kriterier (fra NOU 2008:2). Dette kriteriesettet inneholder en skjønnsmessig innvekting av et storby-kriterium, definert som Oslo alene. For undersøke sammenheng mellom bystørrelse av behov for helsetjenester innen TSB, har Terje Hagen har ledet et arbeid ved Universitet i Oslo som har analysert KOSTRA-data fra 2004. I analysene er det lagt vekt på en rekke variabler, deriblant også bystørrelse, og undersøkt disse i forhold til variasjon i kostnader pr innbygger til kjøp av rusbehandling fra fylkeskommunene. Funnene i analysen, gjennomført som regresjonsanalyser, gir god støtte til Magnussen-utvalgets kriterier, også med en vekt relatert til bystørrelse. Kriteriet som er valgt for å beskrive bystørrelse/urbanitet er folketall pr kommune kvadrert. I forhold til en definisjon av Oslo som storby alene, gir dette også et uttrykk for variasjon i behov for alle kommuner, basert på folketallet. Regresjonsanalysene gir innvekting av dette kriteriet på mellom 1,3 % og 2 %, som er lavere enn Magnussen-utvalgets 5 %. Rapporten fra arbeidsgruppen viser allikevel en innvekting av kriteriet med 6,6%, som gir behovsindeks for alle sykehusområder svært nær det som blir resultatet av å benytte behovskriteriene fra Magnussen-utvalget.

4. Modell for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Det er betydelig grad av uenighet i arbeidsgruppen til innvektingen er gitt i utkastet til modell (6,6 %). Det er avgitt merknader som spriker fra en lavere innvekting på nivå med resultatet av regresjonsanalysene (1,3% - 2%) til samme nivå som innen psykisk helsevern (9,5%).

4.1.2 Kostnadskomponenten

Modellen som arbeidsgruppen har lagt fram inneholder 3 delkomponenter for kostnader. Disse er

- Forskning
- Ikke-vestlige innvandrere
- Reiseavstand

Forskninger er likt definert som i somatikken, men en har måttet benytte andel av kostnader for å fordele forskningspoengene mellom tjenesteområdene.

For ikke-vestlige innvandrere vist en skjønnessig fastsatt kompensasjon for høy andel ikke-vestlige innvandrere til sykehusområdene Oslo og Akershus.

Reiseavstand skal kompensere for merkostnader ved at befolkningen bor spredt. Kostnader som oppstår i denne forbindelse kan være både strukturelle som følge av mange, små enheter, og som følge av at behandlerne må bruke mye tid på reise for å møte pasientene. Kompensasjonen er satt opp som et kronebeløp pr innbygger, som er skjønnessig fastsatt. Det er kun ansett at det skal beregnes kompensasjon knyttet til poliklinisk/lav-terskel tilbud.

Det er ikke inkludert undervisning. Det er delvis på grunn av vanskeligheter med å finne grunndata og fordi utdanning av alle psykiatere kompenseres innen psykisk helsevern, dels fordi det antas at lavere lønn under utdanning enn for ferdig utdannede psykologspesialister i stor grad oppveier for kostnadsulempen ved merforbruk av tid.

Arbeidsgruppens medlemmer har pekt på et behov for å:

- Undersøke betydningen av utdanningsaktivitet for kostnadsnivået.
- Definere grunnlaget for kostnadskompensasjon for ikke-vestlige innvandrere bedre.
- Undersøke betydningen av lange reiseavstander til den primære behandlingsenheten for akutte og sub-akutte opphold.

4.1.3 Mobilitetskomponenten

Det er i modellen kalkulert netto effekt av innføring av gjestepasientoppgjør innen TSB. Dette er gjort med felles pris for alle oppholdsdøgn (kr 6.650). Aktivitetsdata som rapportert fra helseforetakene for oppholdsdøgn i 2009 gir netto gjestepasientoppgjør som vist under:

Sykehusområde	Endring GP (3)
Akershus	(6 187)
Innlandet	13 523
Oslo	34 415
Sørlandet	2 298
Telemark og Vestfold	(9 517)
Vestre Viken	(8 719)
Østfold	(25 813)
Sum	-

4. Modell for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

4.1.4 Håndtering av private avtaleparter

Kostnader ved private avtaler er lagt over på helseforetakene ved at midlene som benyttes til kjøp av slike tjenester, først fordeles i modellen, for deretter å bli trukket inn igjen fra helseforetakene. Grunnlaget for å trekke inn igjen inntekter er i kalkulasjonen av modellen antall døgnopphold i 2009 pr kommune, og bydel i Oslo, som rapportert fra alle private institusjoner. Tabell under viser økonomisk omfordeling i forhold til om inntekter til å dekke kostnadene ved de private avtalene hadde vært trukket fra sykehusområdene etter deres andel av den foreslåtte behovskomponenten i modellen.

Sykehusområde	Øk.om- fordelings- effekt
Akershus	10 278
Innlandet	(4 229)
Oslo	7 557
Sørlandet	(6 793)
Telemark og Vestfold	(878)
Vestre Viken	21 722
Østfold	(27 657)
Sum	-

Oversikten viser at Østfold har en relativt meget stor andel av oppholdsdøgnene i private institusjoner, som i noen grad også gjelder Sørlandet og Innlandet. Relativt liten andel er det særlig i Vestre Viken, men også i Akershus og Oslo.

4.1.5 Sammenligningsgrunnlag og omfordelingskonsekvenser

I dette kapitlet presenteres omfordelingsvirkningen av den foreslåtte inntektsfordelingsmodellen og noen mulige strategier for implementering av modellen. Forutsetningen som modellen bygger på er presentert i de foregående kapitlene. I disse kapitlene er også datagrunnlaget analysene bygger på, samt usikkerhet rundt forutsetningene og analyser, presentert.

4.2 Omfordelingsvirkninger av modellen

Modellen, med de modellelementer som er beskrevet i rapporten, gir følgende omfordelingsvirkninger:

Sykehusområde	Sum grunnmodell (basisramme) (1)	Betaling private	Behov + kostnad	Kostnads- komp	Behovs- komp
Akershus	133 777	48 468	182 245	10 000	172 245
Innlandet	152 822	80 858	233 680	10 032	223 648
Oslo	341 020	157 248	498 268	27 758	470 510
Sørlandet	102 775	66 291	169 066	4 024	165 041
Telemark og Vestfold	154 451	84 170	238 621	2 498	236 123
Vestre Viken	180 163	59 849	240 012	3 992	236 020
Østfold	79 127	82 221	161 348	539	160 809
Sum	1 144 134	579 106	1 723 240	58 843	1 664 397

4. Modell for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Sykehusområde	Øk. omford i % av sml.gr.lag	Økonomisk omfordeling (1-2+3)	Endring GP (3)	Sammenlignings grunnlag (2)	Sum grunnmodell (basisramme) (1)
Akershus	36,6 %	34 179	(6 187)	93 410	133 777
Innlandet	19,2 %	26 843	13 523	139 503	152 822
Oslo	-4,0 %	(15 696)	34 415	391 132	341 020
Sørlandet	-5,2 %	(5 790)	2 298	110 863	102 775
Telemark og Vestfold	16,2 %	20 181	(9 517)	124 752	154 451
Vestre Viken	0,1 %	172	(8 719)	171 271	180 163
Østfold	-52,9 %	(59 889)	(25 813)	113 203	79 127
Sum	0	-	-	1 144 134	1 144 134

Omfordelingen er beregnet på bakgrunn av sammenligningsgrunnlag som beskrevet i kapittel 7. Det ligger inne i beregningen en kalkulering av hva endringer i gjestepasientoppgjør vil bety, dersom dette implementeres mellom alle helseforetakene.

4.3 Arbeidsgruppens vurdering av implementering

På bakgrunn av de store relative omfordelingsvirkningene, de store forskjellene i forbruksindeks pr 2009 og usikkerhet rundt de økonomiske forutsetningene i opptrappingsplanen for rusfeltet, er det arbeidsgruppens vurdering at det er noe prematurt å starte et løp som skal gi en full innfasning av modellen som sådan fra 2011. Arbeidsgruppen mener allikevel at arbeidet med ny inntektsmodell representerer mye ny kunnskap som bør benyttes inn mot årlig, og flerårig, styring av aktivitet og fordeling av inntekter. Det anbefales også å etablere et gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene, og vurdere metoder for å synliggjøre det enkelte sykehusområdes bruk av private tjenester.

Det er uenighet om i hvor stor grad de konkrete effektene av behovs- og kostnadskomponentene kan benyttes i fordeling av inntekter og aktivitetsrammer, all den tid det er vesentlig uenighet rundt disse komponentene i modellen som er beskrevet.

4.4 Arbeidsgruppens anbefalinger om videre arbeid

Arbeidet så langt har avdekket behov for mer og bedre strukturerte grunndata om tjenestene. For at et nytt arbeid med inntektsmodell for TSB skal ha større muligheter for å komme frem til en modell som kan anbefales for implementering, må i hvert fall deler av dette komme på plass.

Arbeidsgruppen har i sin rapport pekt på en del tiltak:

- Følge opp rapportering av aktivitetsdata til NPR, eventuelt sørge for en egen rapportering til Helse Sør-Øst RHF.
- Ta initiativ overfor SINTEF til å gjennomføre en ny pasienttelling med utvidet informasjonsinnsamling. På denne måten vil man kunne få mer oppdaterte behovsanalyser. Det bør også kunne bedre til rette for å komme frem til variabler som bedre beskriver variasjoner i behov, som på bakgrunn av dagens forbruk av tjenester ikke synes å være tilstrekkelig godt beskrevet.
- Hente inn og systematisere forbruksstatistikk for rusmidler og analysere disse med tanke på sammenheng med behov for helsetjenester.
- Jobbe for en tydeligere tilordning av private institusjoner der bruken av disse legger til rette for det.
- Undersøke grunnlag, modell og satser for å kompensere merkostnader knyttet til reiseavstander innen sykehusområdene og andelen ikke-vestlige innvandrere.

4. Modell for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

- Tydeligere definere funksjoner/plasser som skal fungere som regionale og undersøke kostnadene ved disse.

Ved et nytt arbeid for å etablere en inntektsmodell for TSB, synes det også fornuftig å sette ned en egen arbeidsgruppe for formålet, med representasjon fra tjenesteområdet og samtidig alle helseforetakene som driver TSB.

4.5 Prosjektgruppens vurderinger

Prosjektgruppen er enig i arbeidsgruppens vurderinger, og anbefaler Helse Sør-Øst RHF å følge de anbefalinger som der er gjort.

5 Kapital-inntekter

Prosjektgruppen har nedsatt en arbeidsgruppe som har vurdert ulike tilnærminger til en modell, eller inkludering i eksisterende modeller, for fordeling av kapital-inntekter (inntekter til avskrivninger). Gruppen har hatt to møter, hvor tilnærmingen i hovedsak har vært å vurdere hvorvidt kapital-inntekter også vil kunne inkluderes i modellene for de ulike tjenesteområder, og hvilke tilpasninger som eventuelt ville være nødvendige. Gruppen har ikke hatt tid nok til å konkludere og levere en konkret anbefaling om hvordan tilpasning av eksisterende inntektsmodeller kan gjøres for å kunne ivareta og fordeling av kapital-inntekter.

Arbeidsgruppen har gjennom det som er gjort og diskutert gjort erfaringer om og beregninger som vil være verdifulle i arbeidet videre. Det er langt på vei konkludert med at en tilpasning av modeller for fordeling av basisramme til drift synes å være mulig. Tilpasninger kan gjøres både på satser og gjennom inkludering av nye elementer basert på den generelle oppbyggingen med behovs-, kostnads-, og mobilitetskomponenter.

Prosjektgruppen har på ikke fått anledning til å behandle temaet kapitalinntekter på en tilstrekkelig god måte til å trekke andre konklusjoner enn at arbeidet må videreføres. Det er særlig viktig å få avklaringer på hvordan aktivitet og pasientmobilitet kan og bør håndteres i forhold til en fordeling etter predikert behov for spesialisthelsetjenester i sykehusområdene, og hvorvidt en skal inkludere finansiering av de største investeringsprosjektene i modellen.

Prosjektgruppen påpeker at det synes riktig og viktig at dette arbeidet fortsetter løpende, og ikke avventer nytt inntektsmodellprosjekt med levering langt frem i tid. Arbeidsgruppen som har vært etablert, bør fortsette sitt arbeid med mål om levering av en konkret anbefaling til Helse Sør-Øst RHF innen 1. oktober 2010. Hvilken innfasning som skal gjøres gjeldende for en eventuell modell, vil måtte vurderes når det foreligger en anbefaling på en modell. Uansett må innfasningen, dersom det vedtas i innfase en modell, kun bevirke mindre økonomiske omfordelinger for 2011. Budsjettprosessene i helseforetakene vil være kommet langt på tidspunktet for en slik beslutning, og utfordringene ved å håndtere endringer i rammeforutsetninger er store sent i prosessen.

6. Utvikling av somatikk modellen

6 Utvikling av somatikk modellen

Helse Sør-Øst RHF presenterte i sak 070-2009 følgende som omfordelingseffekter av ny inntektsmodell for somatikk:

	Total omfordeling	Kobling mot forbruk	Oppdatert modell før forbruksutjevning	GP poliklinikk	Endringer som følge av oppdat	Prosjektrapport før forbruksutjevning
Akershus	(154 662)	17 092	(171 754)	(17 028)	(19 060)	(135 667)
Innlandet	190 202	28 309	161 893	7 725	(10 516)	164 683
Oslo	(259 560)	37 150	(296 709)	69 705	49 849	(416 264)
Sørlandet	128 832	18 284	110 547	(5 419)	(355)	116 322
Telemark og Vestfold	27 836	(116 516)	144 353	(13 346)	(12 765)	170 464
Vestre Viken	26 672	(3 057)	29 729	(34 527)	2 274	61 982
Østfold	9 554	18 738	(9 184)	(7 109)	(9 428)	7 353

Tabellen viser fra høyre hvilken omfordelingsvirkning som ble beregnet og lagt til grunn i prosjektrapporten fra april 2009 som konsekvens av ny inntektsmodell. Deretter viser kolonnene endringer som følge av oppdatering av grunndata, og beregnede konsekvenser av etablering av gjestepasientoppgjør for poliklinisk aktivitet. Dette er summert opp i kolonnen "oppdatert modell før forbruksutjevning", som viser modellens resultat uten at det tas hensyn til ulikheter i forbruk av helsetjenester. "Kobling mot forbruk" viser hvordan midler omfordeles dersom økte inntekter trekkes inn fra sykehusområder med høy forbruksindeks og deles ut igjen til alle. Siste kolonne, "Total omfordeling", viser konsekvenser av inntektsmodellen for somatisk, ISF-finansiert virksomhet, med de siste tilgjengelige grunndata.

Styret ba om at det ble jobbet videre med prisnivået for spesialiserte tjenester. I henhold til mandatet for prosjektet er det også jobbet med kobling mot strategi, inkludering av private avtaler, rehabilitering og håndtering av regionsfunksjoner som utøves utenfor Oslo og flerområde funksjoner.

Arbeidet med disse områdene er presentert i dette kapittelet. Oppsummert i effekter for inntektsfordelingen kan forslagene på de ulike områdene vises som (uten endringer i abonnementspris):

Sykehusområde	Omfordeling somatikk etter endringer	Sum endringer på somatikk	Rehabilitering	Abonnementspris	Kobling mot strategi	Sum endringer private avtaler	Avt.spes. somatikk	Priv ideelle
Akershus	(166 858)	(12 196)	13 230	-	(9 453)	(15 973)	(6 786)	(9 187)
Innlandet	217 505	27 303	14 177	-	(15 657)	28 783	25 200	3 583
Oslo	(288 668)	(29 108)	(10 446)	-	(20 546)	1 884	(11 444)	13 327
Sørlandet	133 760	4 928	(3 064)	-	(10 112)	18 104	1 559	16 545
Telemark og Vestfold	74 740	46 903	(6 219)	-	63 074	(9 952)	12 525	(22 477)
Vestre Viken	(13 861)	(40 532)	(14 198)	-	3 057	(29 392)	(11 753)	(17 638)
Østfold	12 256	2 702	6 519	-	(10 363)	6 546	(9 301)	15 846
Sum	(31 125)	0	0	-	(0)	(0)	-	-

Alt vist med utgangspunkt i 2009-tall. Oppdateringer kan endre bildet til dels vesentlig. Det er ikke gjort beregninger knyttet til en ny tilnærming for regionale funksjoner utenfor Oslo og flerområde funksjoner. Her gjenstår det fortsatt arbeid med hvilke funksjoner dette vil være snakk om, for deretter å tilpasse den generelle modellen til de konkrete funksjonene.

6. Utvikling av somatikk modellen

6.1 Abonnement for spesialiserte tjenester levert av Oslo sykehusområde

Prosjektet satte i utgangspunktet ned en arbeidsgruppe som skulle jobbe med alternativ tilnærming til og beregning av prisen som inngår for kalkulering av omfordeling som gjøres for å finansiere lands- og regionsfunksjonene som utføres i Oslo. Arbeidsgruppen har avholdt to møter. I første møte ble det presentert OUS/Rikshospitalets modell for beregning av kostnad pr pasient (KPP). Arbeidsgruppen anså dette for en brukbar alternativ tilnærming, og formulerte en del spørsmål og forutsetninger som måtte avklares for at arbeidet skulle kunne gå videre. Dette langt på vei svart opp av OUS/Rikshospitalet. Andre, og siste, møte i arbeidsgruppen diskuterte tilbakemeldingene i form av et notat fra OUS/Rikshospitalet. Arbeidsgruppen har ikke levert egen rapport, men arbeidet i gruppen er benyttet som grunnlag for prosjektgruppens diskusjoner, vurderinger og konklusjoner.

6.1.1 Kostnad per pasient – OUS/Rikshospitalets tilnærming

OUS/Rikshospitalets arbeid med en KPP-modell startet i 2004. Rikshospitalet har i likhet med Ullevål vært aktiv bidragsyter til den nasjonale standarden for KPP og OUS/Rikshospitalets modell slik den nå foreligger, er i samsvar med de regler den nasjonale standarden for KPP setter.

OUS/Rikshospitalets modell for KPP kobler regnskapsdata til aktivitetsdata hver måned. All pasientaktivitet ved kliniske og medisinske serviceenheter er inkludert, dvs at alle tjenester levert til både inneliggende og polikliniske pasienter kostnadsberegnes.

For å kunne gjennomføre beregningene har man for tjenestene anestesi, laboratorie, stråleterapi og radiologi utarbeidet undersøkelsesspesifikke vektorer. Disse reflekterer de relative forskjeller i ressursbruk mellom undersøkelsene pr behandlingseenhet. Dette arbeidet har blitt gjort i samarbeid med avdelingene. For beregning av øvrige tjenestekostnader brukes registrerte tider i grunnsystemene. Det differensieres etter når på døgnet en tjeneste utføres, for eksempel er en radiologisk undersøkelse tatt om natten dyrere enn om den blir tatt på dagtid.

Modellen beregner slik kostnadsstrukturen til alle tjenester utført ved sykehusets om lag 230 behandlingseenheter. På denne måten vil alle tjenester utført i et gitt pasientforløp være kostnadsberegnet og summert seg opp til en total kostnad for det aktuelle pasientforløpet. Modellen har så langt tatt inn data for regnskapsårene 2006 – 2009.

Hvilke kostnader som skal ekskluderes fra modellen følger retningslinjene i det nasjonale kostnadsvekstarbeidet (Nasjonal KPP). I prinsippet skal kostnader som ikke kan knyttes til pasientbehandling ekskluderes. Dette omfatter all aktivitet som har separat finansiering (eks. Behandlingsreiser, Kreftregisteret, øremerket finansiering til forskning mv.). Kostnader knyttet til parkeringsanlegg samt andel av felleskostnader til drift av utleiearealer (UiO) er også ekskludert. Avskrivninger er i utgangspunktet ekskludert i presentasjon av resultatene. Egne rapporter dokumenterer dette. I 2009 ble nær 1,6 mrd kr av OUS/Rikshospitalets totale kostnader ekskludert.

6. Utvikling av somatikk modellen

6.1.2 Tilnærming til abonnementspris via OUS/Rikshospitalets KPP-modell

Den alternative tilnærmingen tar utgangspunkt i OUS/Rikshospitalets modell for KPP.

Tilnærmingen skal da definere en gjennomsnittspris for spesialiserte tjenester som kan benyttes til beregning av omfordeling av basisramme mellom sykehusområdene. For å oppnå dette, må det trekkes ut en del elementer som også hensyntas i inntektsmodellen, og er med på å finansiere kostnadene på Rikshospitalet. Dette er i hovedsak:

- kostnadskomponentens bidrag til forskning
- kostnadskomponentens bidrag til leger i spesialisering
- pensjonstilordningen sykehusene har mottatt som følge av endrede pensjonsberegninger

Helse Sør-Øst RHF og OUS/Rikshospitalet har også hatt dialog rundt enkelte kostnadselementer som ikke synes å skulle inngå. Disse trekkes f.eks ut i forbindelse med beregninger av kostnad pr DRG-poeng, som er en analyse som lages for hele regionen hvert tertial. Det er derfor generelt trukket ut ca 0,3 mrd kroner mer av kostnadsgrunnlaget enn de ca 1,6 mrd kroner som OUS/Rikshospitalet trekker ut i sine egne, interne beregninger.

For beregning av gjennomsnittskostnader som kan sies å være spesialiserte tjenester er det valgt å ekskludere pasienter fra Oslo, Asker, Bærum og Follo-kommunene. Disse pasientene med stor grad av nærhet til Rikshospitalet benytter andre funksjoner enn pasienter for øvrig. Blant annet kan nevnes at et antall fødsler fra Oslo og pediatri på ”område-nivå” for Asker og Bærum gjennomføres på Rikshospitalet. Pasienter fra disse områdene har også en betydelig lavere kostnadsindeks enn pasienter fra øvrige opptaksområder.

I sum leder dette til en gjennomsnittlig kostnadsindeks mot ISF-prisen for pasienter fra hvert enkelt av de definerte opptaksområdene. Kostnadsindeksen er økende gjennom perioden 2006 – 2009, og høyest da i 2009.

For å definere pris for abonnementet for spesialiserte tjenester må det også tas hensyn til DRG-indeks for de pasienter som defineres inn i beregningsgrunnlaget. Denne har for perioden 2007 – 2009 ligget mellom 1,24 – 1,31.

6.1.3 Prosjektgruppens vurdering og anbefaling

Prosjektgruppen er av en oppfatning av den valgte tilnærmingen gjennom KPP-modellen fra OUS/Rikshospitalet gir en god dokumentasjon for kostnadsnivået ved Rikshospitalet.

Ekskludering av pasienter som bor nærmest OUS/Rikshospitalet synes også rimelig i forhold til beregning av kostnader knyttet til spesialiserte tjenester, og er lik den tilnærmingen som ble benyttet for å fastsette norm-tallet for bruk av spesialiserte tjenester, uttrykt i DRG-poeng (40,5 DRG-poeng pr 1000 innbyggere).

Prosjektgruppen anser på bakgrunn av det arbeidet som er gjort av OUS/Rikshospitalet og arbeidsgruppen at det er sannsynliggjort at kostnadene ved spesialiserte tjenester OUS/Rikshospitalet ikke vil få full dekning gjennom et samlet prisnivå for disse på 120 % av ISF-prisen. Med bakgrunn i kommentarene over, vil en imidlertid ikke konkretisere en ny pris på nåværende tidspunkt. Det påpekes i denne sammenheng at en endring i prisnivå på 1 % endrer

6. Utvikling av somatikk modellen

overføringen til Oslo med ca 27 millioner kroner. Det er med andre ord betydelige beløp som endres på en tilsynelatende liten endring i prisnivå.

For å kunne foreslå en konkret, ny pris bør det gjøres ytterligere undersøkelser og dokumentasjoner av blant annet:

- Dokumentasjon/revisjon av uttrekk av kostnader fra beregningsgrunnlaget – særlig forskning.
- Produktivitet og effektivitet ved OUS/RH.
- Forsøke en tilsvarende tilnærming på data fra Ullevål, hvis mulig.
- Forsøke en tilnærming mot mer konkret definerte DRG'er som skal representere regionfunksjonene når brukt ved OUS/RH.

Prosjektgruppen vil anbefale at Helse Sør-Øst RHF vurderer omfanget av økonomiske omfordelinger som gjøres med utgangspunkt i inntektsmodellen for somatikk i forbindelse med budsjett og inntektsfordeling for 2011. Dette gjelder da særlig omfordeling med reduserende virkning på basisinntekter for Oslo sykehusområde.

Arbeidet med nevnte undersøkelser og dokumentasjoner bør fortsette uten opphold. Dette vil legge til rette for at ny pris kan konkretiseres, slik abonnementsordningen for spesialiserte tjenester bidrar til at full implementering av inntektsmodellen for somatikk kan gjøres fra 2012, som tidligere forutsatt.

6. Utvikling av somatikk modellen

6.2 Regionale funksjoner utenfor Oslo sykehusområde og fler-område funksjoner

Gjennom den etablerte inntektsmodellen for somatikk er spesialiserte tjenester som leveres fra Oslo sykehusområde håndtert med en abonnementsordning. Denne er basert på et normativt behov for spesialiserte tjenester og en gjennomsnittlig merkostnad (utover standard gjestepasientoppgjør på 80% av ISF) pr DRG-poeng for de spesialiserte tjenestene. Ordningen er lagt opp som en årlig omfordeling av inntekter til Oslo fra de øvrige sykehusområdene. Alle DRG-poeng, også de som er spesialiserte tjenester inngår i det løpende gjestepasientoppjøret basert på 80% av ISF-prisen.

Regionale funksjoner som er lagt utenfor Oslo sykehusområde og fler-område funksjoner har pr 2010 ingen modell-løsning. Finansiering av disse er derfor kun basisramme fra eget sykehusområde, samt standard gjestepasientoppgjør på 80% av ISF. I enkelte tilfeller er det også gitt et tilskudd i basisrammen utenfor modellen. Dette synes å være en noe mangelfull finansieringsordning, og det bør søkes å finne en modellmessig tilnærming til finansiering av slike funksjoner.

6.2.1 Definerings av funksjonene

For å kunne etablere en modell som avviker fra ”normalen”, må de funksjoner som skal inkluderes være tydelig definerte. Definisjonen må ta utgangspunkt i DRG-systemet. Dersom det ikke kan gjøres ved å definere én eller et fåtall DRG'er som entydig beskriver funksjonen, og bare denne, må definisjon gjøres på diagnose- eller prosedyrekode-nivå. Dette er nødvendig for å kunne skille ut den aktiviteten som faktisk utgjør den regionale eller fler-område funksjonen, for derigjennom å unngå ”forhandlinger” om omfanget av aktiviteten. Slike ”forhandlinger” vil en uansett få ved etablering av funksjonene hvor det ikke kan finnes et historisk grunnlag for å vurdere aktiviteten.

Eksempler på regionale og fler-område funksjoner:

- PCI ved Sørlandet sykehus HF, utføres som fler-område funksjon i hovedsak for Telemark og Vestfold sykehusområde.
- ”Post-bariatrisk kirurgi for overvekts-pasienter” ved Sykehuset Telemark er en regional funksjon.

6.2.2 Mulige tilnærminger

6.2.2.1 Økt sats for gjestepasientoppgjør.

Satsen for fakturering av DRG-poengene knyttet til de aktuelle funksjonene kan settes høyere enn den satsen som benyttes i det ordinære gjestepasientoppjøret. Et utgangspunkt kan være å sette satsen lik den som benyttes for abonnementsordningen med Oslo for spesialiserte tjenester. Denne er for 2010 satt til 120% av ISF. En slik løsning fordrer at behandlingene som hører inn under den regionale-/fler-område funksjonen lar seg entydig definere i kodeverket, slik at det finnes kvantitativt grunnlag for faktureringen.

Dersom funksjonen det er snakk om er en fler-område funksjon og således utføres på flere steder i regionen, og særlig dersom et av alternativene er Oslo, vil dette gi en skjev inntaktsstruktur.

6. Utvikling av somatikk modellen

Det vil marginalt sett være billigere å sende pasienten til Oslo, som fakturerer 80%, enn til sykehuset med fler-område funksjonen.

For regionale funksjoner, som da kun utføres på ett sted, får en ikke en slik insitamentvridning.

6.2.2.2 Abonnementsordning

En abonnementsordning må da tas utgangspunkt i en vurdering av det enkelte sykehusområdes behov for tjenesten, samt en vurdering av kostnadsnivå, normalt uttrykt ved en %-andel av ISF-prisen. Det kan her benyttes samme pris som for abonnementet mot Oslo. Øvrige sykehusområder betaler da standard 80% gjestepasientoppgjør for den faktiske aktiviteten, og en får ikke utfordringen med vridning for ulike insitamenter ved den enkelte beslutning.

6.2.2.3 Tilskudd i basisramme

Et tilskudd i basisrammen vil være en årlig tildeling basert på en vurdering av kostnadsulempen ved utføres den/de aktuelle tjenestene, og må tas utgangspunkt i en vurdering av det totale volumet av prosedyrer som skal utføres. Dette kobles imidlertid ikke direkte mot øvrige sykehusområder, og disse vil da "betale" med sin andel av behovskomponenten i inntektsmodellen, som er alternativfordelingen av de midlene som gis som tilskudd. Løsningen vil kunne fungere greit for regionale funksjoner, mens det for fler-område funksjoner må være tydelig hvilke sykehusområder som betaler og hvilke som ikke betaler.

6.2.2.4 Bi-/multi-laterale avtaler

Denne løsning kan fungere for fler-område funksjoner, der det gjøres en avtale om oppgjør for funksjonen mellom de sykehusområdene som deler på den. Slike avtaler må avstemmes med abonnementsordningen mot Oslo, slik at det ikke gir skjev insentivstruktur i forhold til økonomiske insitamenter på den enkelte beslutning.

6.2.3 Prosjektgruppens vurdering og anbefaling

Det synes å være en fordel å legge løsningen tett opp til den som er valgt for spesialiserte tjenester fra Oslo, altså en abonnementsordning. Dette gir imidlertid at det må "forhandles" omfang av tjenesten og hvor mye det enkelte sykehusområde skal forvente å benytte. Etter hvert som funksjonen har vært i virke over tid, vil det foreligge historiske data til å understøtte disse forhandlingene. Funksjonene som dette gjelder må tydelig defineres, men ettersom det ikke vil være nødvendig som grunnlag for fakturering, er det ikke samme krav til at den er 100% entydig. Det vil imidlertid være nødvendig for å kunne etablere en historikk gjennom aktivitetsregistreringen.

For fler-område funksjoner kan også bi-laterale avtaler, gjerne bygget opp som en abonnementsavtale, være en brukbar løsning. Dette vil særlig kunne gjelde der hvor det tydelig er sykehusområdene selv som definerer ønsket om å dele på definerte funksjoner.

6. Utvikling av somatikk modellen

6.3 Spesialisert rehabilitering

Spesialisert rehabilitering er i utgangspunktet all rehabilitering som utføres i spesialisthelsetjenesten, altså rehabiliteringsaktivitet som foregår:

- i helseforetakenes ordinære avdelinger
- ved spesialinstitusjoner som Sunnaas HF og SSR
- ved private rehabiliteringsinstitusjoner som Helse Sør-Øst RHF har avtale med.

I inntektsmodellen som har startet implementering fra 2010 er det kun pkt 1 som er inkludert, og da uten løsninger eller komponenter som skiller seg fra øvrige deler av somatikken som inngår i modellen. Det betyr det gjenstår tre hoveddeler av den spesialiserte rehabiliteringen som må behandles og løses:

1. Tidligere SSR, nå del av SiVHF og SSHF og Nordagutu rehabsenter, nå del av STHF
2. Sunnaas HF
3. Private rehabiliteringsinstitusjoner

6.3.1 "Modell" 2010

I fordelingen av basisramme for 2010 er de tre hoveddelene behandlet noe ulikt og som følger:

1. SSR har basistilskudd utenfor modellen, GP på grunnlag av pasienter fra kommuner i tidligere Øst
2. Sunnaas HF sin basisramme utenfor modellen, GP på grunnlag av pasienter fra kommuner i tidligere Sør.
3. RHF trekker basismidler utenfor modellen - ingen forbruksrelatert avregning mot helseforetakene.

6.3.2 Modell fra 2011

Ved inkludering i inntektsmodellen er intensjonen at dette legger bedre til rette for å støtte målet om et likeverdig tilbud, gjennom at hvert sykehusområde i større grad blir ansvarlig for de kostnader som behandlingen av området pasienter medfører.

6.3.2.1 Tidligere SSR og Nordagutu rehabiliteringssenter

SSR og Nordagutu rehabiliteringssenter ble fra 1. juli 2009 skilt ut fra OUS/Rikshospitalet, delt og overført til Sørlandet Sykehus HF (Kongsgård sykehus, del av tidl SSR), Sykehuset Telemark (Nordagutu rehabiliteringssenter) og Sykehuset i Vestfold HF (Kysthospitalet, del av tidl SSR).

De tre overtagende helseforetakene har i 2010 hatt særskilte basistilskudd knyttet til disse overdragelsene. SSHF har hatt 75 millioner kroner, STHF 17 millioner kroner og SiVHF 81 millioner kroner i slike basistilskudd. Ved en inkludering av all rehabilitering i inntektsmodellen fra 2011, fjernes disse tilskuddene i sin helhet, og institusjonene inngår i gjestepasientoppgjøret mellom helseforetakene på ordinær måte.

6. Utvikling av somatikk modellen

Gjestepasientoppgjør og eventuelt andre forhold innen Telemark og Vestfold sykehusområde som dreier seg om bruk og finansiering av Kysthospitalet og Nordagutu rehabiliteringssenter, behandles i samarbeid med de berørte helseforetakene.

Utenfor Telemark og Vestfold sykehusområde benyttes en større andel av kapasiteten (ca 19 %) ved Kysthospitalet av Vestre Viken. Dette synes allikevel ikke å være så omfattende at det skal ha dekning utover ordinært gjestepasientoppgjør på 80% av ISF.

6.3.2.2 Sunnaas sykehus HF

For modellberegningene og modellvurderingene er det lagt til grunn at Sunnaas er et eget helseforetak. Vi forutsetter videre at tjenestene som leveres fra Sunnaas grovt sett kan deles i to hovedkategorier, ref også Hovedstadsprosessen og vedtak i sak 108/2008. Disse vil da være:

1. "Område-rehabilitering" som utføres for sykehusområdene Østfold, Akershus og Oslo.
2. Spesialisert tjenestetilbud som utføres for hele regionen og andre RHF.

Det synes ikke mulig å skille ut spesialiserte tjenestene gjennom ulike DRG'er, da over 97% av aktiviteten målt med DRG-poeng er i DRG 462A – rehabilitering kompleks. Det mest spesialiserte og ressurskrevende tilbudet (pr pasient) slik det vurderes her, er det stor grad av enighet om at gir andelsmessig svært lav kostnadsdekning i ISF. Det ses derfor bort fra at enkelte DRG-poeng skriver seg fra det som her kalles spesialisert tilbud når det skisseres en løsning knyttet til deling av basisrammen for Sunnaas sykehus HF.

Basisramme til Sunnaas sykehus HF er for 2010 ca 251 millioner kroner. Av dette er ca 36 millioner kroner relatert til økte pensjonskostnader, engangsbevilgning og likviditet for 2010. Dette fordeles ikke gjennom modellen, og det gjenstår da 215 millioner kroner som legges inn til fordeling gjennom inntektsmodellen for somatikk.

Det spesialiserte, regionalt fokuserte tilbudet har driftskostnader på om lag xx millioner kroner i året, inklusive felleskostnader. Område-rehabiliteringen som gjøres for de 3 nevnte sykehusområdene har da en basisramme i 2010 på om lag (215 – xx) millioner kroner. Denne økes med 15 millioner kroner for å ta høyde for de inntekter som ikke vil komme som gjestepasientinntekter fra helseforetak i tidl Sør fra 2011. Kostnadsdelingsmodellen som velges skal således "dekke inn" en basisramme til Sunnaas på ca 230 millioner kroner, gitt at aktivitetsfinansieringen holdes på 40% av ISF for all aktivitet. Basisrammen fastsettes gjennom den årlige driftsavtale-prosessen mellom Helse Sør-Øst RHF og Sunnaas sykehus HF, og skal i prinsippet være upåvirket av valgt modell for kostnadsdeling mellom sykehusområdene.

Det skisseres tre ulike modeller:

1. Tilbudet ved Sunnaas består i stor grad av to ulike tilbud, et tilbud som kan karakteriseres som rehabiliteringstjeneste som faller inn under område-oppgaver, og et spesialisert tilbud til de hardest rammede med behov for omfattende rehabilitering som de er alene om i regionen. På bakgrunn av dette, som også er beskrevet i styresak 108/2008, kan basisramme til Sunnaas sykehus HF tenkes delt i to og dekket inn ulikt:
 - Grunntilbudet (volumet) ved Sunnaas benyttes 67% av 3 sykehusområder – Oslo (30%), Akershus (12%) og Østfold (25%). Alle benytter da en større andel av

6. Utvikling av somatikk modellen

produksjonen ved Sunnaas enn hva deres andel av behovskomponenten skulle tilsi. Det er også tilfelle etter endring av opptaksområder mellom Oslo og Akershus. Basisramme til denne funksjonen (180 millioner kroner, gitt 50 millioner kroner for spesialisert tilbud) trekkes fra de tre etter at fordeling av basisramme er gjort etter inntektsmodellen. Øvrige HF betaler GP, som tilbakeføres andelsvis til de tre som dekker basisrammen. Grunnlaget for dette gjestepasientoppgjøret, vil være all ISF-aktivitet som gir DRG-poeng, som redegjort for over.

- Spesialisert tilbud (for regneeksemplene har satt til 50 millioner kroner) dekkes av alle, og håndteres på utsiden av modellen, altså slik at alle i prinsippet bidrar med sin andel av behovskomponenten.

I forhold til bruk av Sunnaas kan forbruket fra sykehusområdene i 2008 indikere at også Innlandet og Vestre Viken (skyldes i stor grad Asker og Bærum) benytter Sunnaas for det som kan falle inn under område-funksjoner, da deres andel av aktiviteten ved Sunnaas er nær deres andel av behovskomponenten. At de ikke foreslås å være del av finansieringen av område-funksjonene (grunntilbudet) har da sammenheng med to forhold hovedsakelig. Det ene er at styresak 108/2008 ikke definerer disse to sykehusområdene inn i forhold til overdragelse av områdefunksjoner fra Sunnaas. Det andre er at bruken av Sunnaas for behandlinger som mer naturlig ligger til eget helseforetak har hatt få eller ingen økonomiske incentiver, da bruk av Sunnaas for helseforetak i tidligere Helse Øst har vært "gratis". Det synes nærliggende å anta at en innføring av gjestepasientoppgjør vil stimulere til å ta hånd om flere pasienter i eget helseforetak.

2. Basisramme til Sunnaas dekkes inn ved at alle trekkes for sin andel av bruk.
3. En tilnærming lik den som er laget for Oslo, med 80% ISF på gjestepasienter og en abonnementsordning for de spesialiserte tjenestene kan også være en mulighet. En slik tilnærming vil gi ca 160 millioner kroner i aktivitetsbaserte inntekter, ca 80 millioner kroner mer enn pr 2009. En abonnementsordning for de meste spesialiserte tjenestene (med norm fra forbruksnivået i Sørlandet og Telemark og Vestfold) basert på 40% av ISF-prisen vil videre gi ca 33 millioner kroner. Det "mangler" da ca 125 millioner kroner for å nå finansieringsnivået for 2010. Ca 40 millioner av dette representerer 20% for å nå "full" finansiering (100%) gjennom ISF. Dette er trolig et bilde på at rehabilitering, og særlig de mest spesialiserte og ressurskrevende tjenestene, har en mangelfull finansiering i ISF. Abonnementsløsningen for Oslo forutsetter også at en større del av helseforetaket i utgangspunktet har finansiering gjennom et opptaksområde og tilhørende behovskomponent, noe Sunnaas sykehus HF ikke har.

Andre mulige alternativer, som blant annet 1) Lav andel basisramme og GP 80% av ISF fra alle HF og 2) Kurdøgn-prinsipp, med betaling fra andre HF med døgnseter er vurdert som mindre gode.

Alternativ 3 forutsetter en abonnementspris på mellom 210 og 230%. Dette avviker betydelig fra abonnementsprisen i somatikkmodellen. Spørsmålet er om DRG-systemet er egnet til å fange opp de høye kostnadene ved spesialisert rehabilitering. Det er det neppe, og denne modellen følges derfor ikke.

6. Utvikling av somatikk modellen

Valgene mellom 1 og 2 er i hovedsak et valg mellom ulike insentivstrukturer for bruk av Sunnaas. Alternativ 1 legger en struktur for finansieringen av pasientbehandling ved Sunnaas som er tilnærmet lik den de har for egne pasienter behandlet i egne sykehus, mens de andre HF-ene vil betale for bruken av Sunnaas etter en gjestepasientmodell. I alternativ 2 får alle HF-ene like insentiver i f t bruk av Sunnaas. De vil da vurdere bruk av Sunnaas opp mot eget tilbud på grunnlag av relative priser. Rammen til Sunnaas vil imidlertid være gitt, slik at det kun er relative endringer i bruken av Sunnaas som vil gi utslag i kostnadsbelastningen.

6.3.2.3 Private rehabiliteringsinstitusjoner

Rammen for kjøp av rehabiliteringsinstitusjoner legges inn til fordeling i modellen. Midler trekkes inn fra sykehusområdene for å dekke RHF's kostnader ved kjøpsavtalene basert på historisk forbruk av døgnopphold i institusjonene.

Det kan diskuteres om det skal legges inn fulle kostnader på bakgrunn av aktivitetsbasert trekk, eller om deler skal dekkes av alle etter behovskomponenten. Uansett bør dette følge et generelt prinsipp om hvordan kostnader ved private avtaler fordeles på sykehusområdene.

6.3.3 Prosjektgruppens vurderinger

Det er i hovedsak kun skissert én modell for håndtering av tidligere SSR, og inkludering i helseforetakene på ordinær måte synes å være den naturlige løsningen. For private rehabiliteringsinstitusjoner er det diskutert om trekk basert på forbruk burde baseres på historikk 100%, eller en mindre andel, slik at deler av dette dekkes utenfor modellen. Det er valgt å basere avregning for bruk av private på historikk 100%, i og med at inkludering i modellen da gir liten omfordelingseffekt for rehabiliteringsområdet totalt sett.

For Sunnaas er det presentert to mulige modeller. Valg av modell skal ikke påvirke størrelsen på basisrammen til Sunnaas, og vurderingen må derfor være at modellen skal gjenspeile den faktiske bruken av Sunnaas. Det er prosjektgruppens vurdering at dette på en best måte gjøres i modell 1, der tre sykehusområder tillegges finansieringen av områdefunksjonene ved Sunnaas. Gjestepasientoppgjør for de andre 4 sykehusområdene ved bruk av Sunnaas fordeles da på de tre sykehusområdene, ikke på Sunnaas. Det defineres i tillegg et spesialisert tilbud ved Sunnaas, som finansieres utenfor selve modellen, og pengene tas således fra sykehusområdene etter deres andel av behovskomponenten for somatikk.

SO	Endring ved inkludering i inntektsmod	Spes SUN	Område SUN	GP SUN	Avregning priv rehab	GP oppgjør SØR SSR	Sum konsekvens
Akershus	113 229	(4 909)	(30 189)	4 419	(69 319)	-	13 230
Innlandet	187 534	(8 131)	-	(7 807)	(157 419)	-	14 177
Oslo	246 100	(10 670)	(82 823)	12 123	(175 175)	-	(10 446)
Sørlandet	46 363	(5 252)	-	(2 367)	(40 645)	(1 164)	(3 064)
Telemark og Vestfold	85 955	(7 995)	-	(4 942)	(90 938)	11 702	(6 219)
Vestre Viken	176 687	(7 661)	-	(11 231)	(161 456)	(10 538)	(14 198)
Østfold	124 132	(5 382)	(66 988)	9 805	(55 049)	-	6 519
RHF	(750 000)				750 000	-	(0)
Sunnaas Sykehus HF	(230 000)	50 000	180 000		-	-	-
Sum	-	-	-	-	-	-	(0)

Tabell : med Sunnaas håndtert etter modell 1

6. Utvikling av somatikk modellen

- *Første tall-kolonne: viser endringer på inntekter for sykehusområdene ved å inkludere basisramme til Sunnaas, tidl SSR og private rehab inst i inntektsmodellen.*
- *Spes SUN: viser "betalingen" fra hvert sykehusområde dersom 50 millioner kroner fordeles til Sunnaas utenfor modellen, som basisramme for det spesialiserte tilbudet. Beløpet for denne funksjonen må undersøkes, 50 millioner kroner er kun satt inn for å illustrere effekt av denne modellen.*
- *Område SUN: viser hva de tre sykehusområdene som primært benytter område-funksjonene på Sunnaas trekkes for å dekke denne basisrammen.*
- *GP SUN: viser netto konsekvens av at øvrige 4 sykehusområder betaler GP 80% av ISF for bruken av Sunnaas til de 3 som dekker basisramme for område-funksjonen.*
- *Avregning priv rehab: viser trekk for det enkelte sykehusområde basert på andel av oppholdsøgn som er benyttet (data fra 2007). Avregningen dekker 100% av kostnaden.*
- *GP oppgjør Sør SSR: netto konsekvens av at det blir GP-oppgjør 80% av ISF mellom sykehusområdene i tidl Sør for avdelingene som tidl utgjorde SSR.*
- *Sum konsekvens: viser økonomisk omfordelingseffekter i forhold til en videre føring av modellen for 2010.*

6. Utvikling av somatikk modellen

6.4 Inkludering av private avtaler

Helse Sør-Øst RHF inngår en rekke avtaler med private tjenesteytere av ulike kategorier. Grovt sett kan disse deles inn i:

Avtaler under somatikk:

- Private rehab.inst
- Private avtalespesialister
- Private ideelle sykehus
- Kommersielle sykehus
- Lab / rad – avtaler

Avtaler under andre tjenesteområder:

- Private institusjoner innen TSB
- Private institusjoner og avtalespesialister innen psykisk helsevern

I dette kapittelet behandles hvordan avtalene som kommer inn under somatikk kan inkluderes i inntektsmodellen, med unntak av private rehabiliteringsinstitusjoner, som behandles som del av løsningen for rehabilitering. Løsningen pr 2010 har vært å håndtere dekning av avtalekostnader på utsiden av inntektsmodellen, ved at RHF 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.

Helse Sør-Øst RHF har etablert et prosjekt som vurderer tilordning av de private avtalene til ett eller et fåtall sykehusområder. Prosjektet skal vurdere alle kategorier av private avtaler, og håndtering i inntektsmodellen kan påvirkes av konklusjonene og oppfølgingen av en eventuell direkte tilordning. Det foreslås også at inkludering av avtalekostnadene knyttet til private kommersielle sykehus og laboratorie- og radiologitjenester avventes til tilordningsprosjektet har levert sin innstilling.

6.4.1 Generelle betraktninger rundt inkludering av kostnader til private tjenester i inntektsmodellen

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 driftsavtalen, ikke aktivitetsbaserte inntekter og driftstilskudd fra andre tilskuddsytere (HELFO i hovedsak). Særlig for avtalespesialister gir dette at det tilbudet som ytes har langt større økonomisk verdi enn det beløpet som avregnes.

6.4.2 Avtalespesialister

På bakgrunn av at det bare er en del av kostnaden ved private avtalespesialister som dekkes over basisrammen for Helse Sør-Øst RHF, anser prosjektgruppen at kostnaden for avtalene bør trekkes fra sykehusområdene fullt ut basert på historisk forbruk. Selv om tabellen som her illustrerer omfordelingsvirkningene av dette er basert på aktivitetsdata fra 2007, bør dette gjøres som et gjennomsnitt basert på data for 3 år, og oppdateres årlig.

6. Utvikling av somatikk modellen

SO	Avregnings-beløp	Differanse behov vs forbruk	Andel av behovkomp	Andel av DRG-poengene	Antall DRG-poeng	Antall DRG poeng eks Oslo	Oslo-poengene	Andel Oslo-befolkni
Akershus	(6 786)	-2 %	10 %	12 %	6 593	5 441	1 152	10 %
Innlandet	25 200	6 %	16 %	10 %	5 243	5 243		
Oslo	(11 444)	-3 %	21 %	24 %	13 110	2 480	10 630	90 %
Sørlandet	1 559	0 %	11 %	10 %	5 496	5 496		
Telemark og Vestfold	12 525	3 %	16 %	13 %	7 007	7 007		
Vestre Viken	(11 753)	-3 %	15 %	18 %	9 773	9 773		
Østfold	(9 301)	-2 %	11 %	13 %	7 119	7 119		
Sum	-	0 %	100 %	100 %	54 342	42 560	11 783	100 %

6.4.3 Private ideelle uten opptaksområde

På bakgrunn av at det bare en del av inntektene til de private ideelle sykehusene som dekkes over basisrammen for Helse Sør-Øst RHF, anser prosjektgruppen at kostnaden for avtalene bør trekkes fra sykehusområdene fullt ut basert på historisk forbruk. Selv om tabellen som her illustrerer omfordelingsvirkningene av dette er basert på aktivitetsdata fra 2008, bør dette gjøres som et gjennomsnitt basert på data for 3 år, og oppdateres årlig.

Kostnad og aktivitet er her vurdert for de 3 sykehusene samlet. Beregning basert på hvert sykehus for seg kan gi annet resultat. Helse Sør-Øst RHF har også etablert et prosjekt som vurderer sterkere knytninger mellom private institusjoner og et mindre antall sykehusområder. Avhengig av hvordan dette prosjektet konkluderer vil det også kunne påvirke valg av modell for kostnadsfordeling.

SO	Avregnings-beløp	Differanse behov vs forbruk	Andel av behovkomp	Andel av DRG-poengene	Antall DRG-poeng	Antall DRG poeng eks Oslo	Oslo-poengene	Andel Oslo-befolkning
Akershus	(9 187)	-5 %	10 %	16 %	2 057	2 002	55	10 %
Innlandet	3 583	2 %	16 %	14 %	1 798	1 798		
Oslo	13 327	8 %	21 %	13 %	1 744	1 237	506	90 %
Sørlandet	16 545	10 %	11 %	1 %	100	100		
Telemark og Vestfold	(22 477)	-13 %	16 %	29 %	3 799	3 799		
Vestre Viken	(17 638)	-10 %	15 %	25 %	3 302	3 302		
Østfold	15 846	9 %	11 %	1 %	189	189		
Sum	-	0 %	100 %	100 %	12 987	12 426	561	100 %

6.4.4 Avtaler med kommersielle sykehus

Avventer tilordningsprosjektet, som er omtalt i innledningen til kapittel 6.4

6.4.5 Private laboratorier og røntgeninstitutter

Avventer tilordningsprosjektet, som er omtalt i innledningen til kapittel 6.4

6. Utvikling av somatikk modellen

6.5 Vurdering av kobling mot strategi

Det eksemplifiseres, og foreslås samtidig, en alternativ modell for utjevning av økonomiske omfordelingsvirkninger av inntektsmodellen, som følge av ulikheter i forbruksindeks.

Modellen følger en mer trinnvis avkorting av inntektsøkningene til de som kommer ut med økte inntekter og som samtidig har en forbruksindeks som er høyere enn behovsindeksen.

Avkorting starter tidligere enn i den foreliggende modellen, men med en mindre andel avkorting (40%) fra 1,0% "overforbruk" og til 100% avkorting for "overforbruk" utover 3,5%.

Modellen er tenkt slik at de midler som modellen viser i økning fordeles lineært utover det "overforbruket" som modellen viser. I praktisk tilnærming er det tenkt slik at hvert tiendels %-poeng tilordnes en "verdi". Summen av de tiendels %-poengene av forbruk som er målt utover behovsindeks, får en "verdi" lik den omfordelingseffekten modellen i utgangpunktet viser før omfordeling for forbruksutjevning.

I tilfellet av modellen slik den vil beregne effekter av inntektsmodellen eter øvrige endringer som foreslås i denne rapporten, vil det for Telemark og Vestfold bety at hvert 0,1%-poeng har en "verdi" på 3,8 millioner kroner (omfordeling 128 millioner kroner, overforbruk 3,4%). . En andel av denne "verdien" beholdes av foretaket, avhengig av hvor stor grad av overforbruk som representeres:

Fra 0 til 1,0% beholdes 100%

Fra 1,1% til 2,2% beholdes 60%

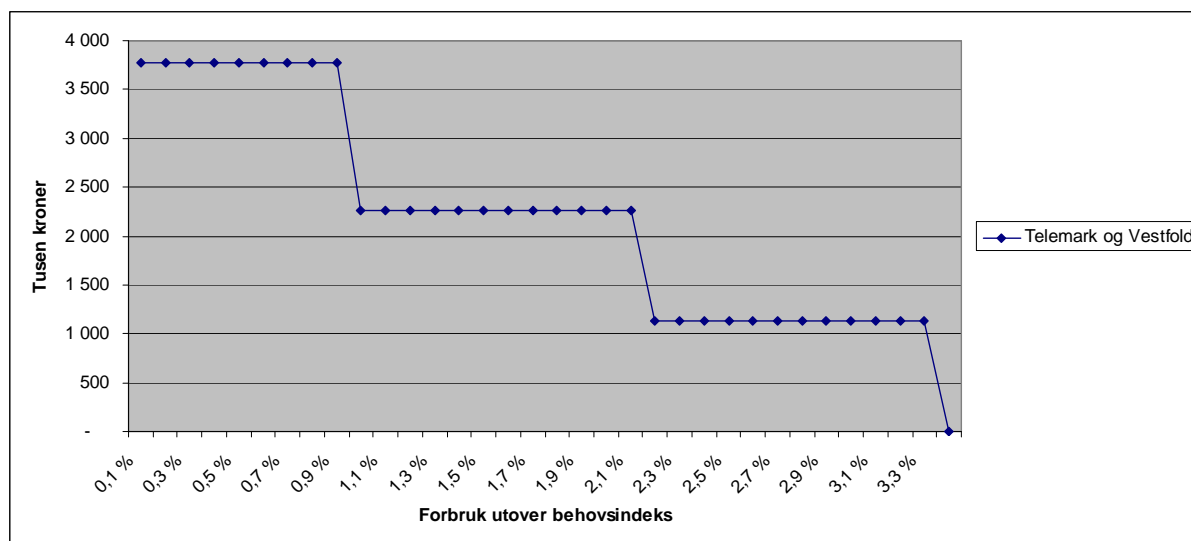
Fra 2,3% til 3,4% beholdes 30%

Over 3,5% trekkes alt inn.

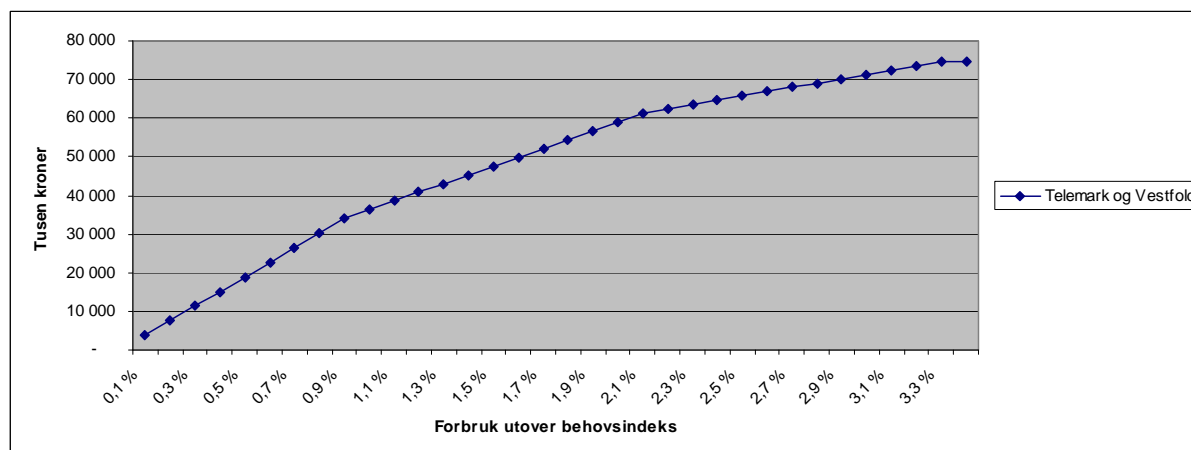
Vestre Viken vil etter de nye elementene som anbefales tatt inn i inntektsfordelingen for somatikk, ikke lenger ha en positiv omfordelingseffekt, ref oversiktstabell under inneldningen til kap 6.

For de Telemark og Vestfold sykehusområde kan dette illustreres som under:

6. Utvikling av somatikk modellen



Akkumulert vil dette da gi at sykehusområdene beholder økonomisk omfordeling som illustrert under:



Grafene slutter ved det nivå som representerer det målte overforbruket.

I sum ville dette gi at sykehusområde Telemark og Vestfold ville få beholde 52% (75 av 128 millioner kroner) av den opprinnelig omfordelingen. Midlene som trekkes inn fordeles da på øvrige sykehusområder etter andel av behovskomponenten ved de sykehusområder som ikke kommer inn under utjevningssmodellen. Vestre Viken, som har forbruksindeks som er høyere enn behovsindeksen, inkluderes ikke i utjevningen.

Andre eksempler på hva et sykehusområde ville fått beholde av opprinnelig positiv omfordelingseffekt ved ulike nivåer av "overforbruk":

6. Utvikling av somatikk modellen

Nivå forbruk vs behov	% som beholdes
0,40 %	100 %
1,10 %	93 %
1,90 %	79 %
2,70 %	66 %
5,20 %	34 %

Effekter i etablert modell

Med utgangspunkt i omfordelingene slik de ble startet 10% implementering av fra 2010, og de nye elementene som foreslås i denne rapporten for øvrig, viser tabellen under endring som følge av ny modell for hensyn til strategi og opptaksområdenes forbruk av helsetjenester:

Sykehusområde	Total konsekvens modell m/ nye elementer	Kobling mot forbruk	Før kobling for forbruks-utjevning	Diff ny modell forbruksutj
Akershus	(166 858)	7 639	(174 497)	(9 453)
Innlandet	217 505	12 652	204 853	(15 657)
Oslo	(288 668)	16 604	(305 271)	(20 546)
Sørlandet	133 760	8 172	125 588	(10 112)
Telemark og Vestfold	74 740	(53 442)	128 182	63 074
Vestre Viken	(13 861)	-	(13 861)	3 057
Østfold	12 256	8 375	3 881	(10 363)

Benyttet på inntektsmodellen slik den foreligger for inntektsfordelingen for 2010 gir den nye modellen er en stor fordel for sykehusområde Telemark og Vestfold i forhold til den modellen som har ligget til grunn. Dette fordi det trekkes inn betydelig mindre inntekter herfra til fordeling på øvrige.

Den etablerte modellen er ikke rekalkulert med nye grunndata for befolkning og aktivitet. En slik rekalkulering, som vil bli gjort i løpet av mai måned, kan endre bildet vesentlig i forhold til økonomiske konsekvenser for det enkelte sykehusområde.

I de beregninger av forbruk som er gjort er det ikke likhet i forhold til antall institusjonsnumre i de enkelte helseforetak. Sykehuset Telemark HF, Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF har alle beregnet antall DRG-poeng ut i fra flere institusjonsnummer, noe som gir et høyere antall DRG-poeng for samme aktivitet i forhold til en beregning der helseforetaket kun har ett institusjonsnummer. Det er en viktig utvikling i modellen å sørge for at beregningene av forbruk av spesialisthelsetjenester i sykehusområdene gir et mest mulig sammenlignbart grunnlag. For å få til dette må det gjøres beregninger av effektene av overgang til ett institusjonsnummer for alle helseforetak der dette ikke allerede er tatt inn i ISF-systemet. En annen utfordring i å skape likt grunnlag for sammenligning er at det etter sammenslåingen i til Oslo Universitetssykehus HF vil bli kun ett institusjonsnummer for det som tidligere var tre helseforetak i Oslo. Det vil gi lavere antall DRG-poeng for pasienter fra Oslo, som får ett institusjonsopphold ved behandling ved regionsykehuset, mens tilsvarende forløp for de fleste pasienter fra de øvrige sykehusområdene vanligvis vil få 3 institusjonsopphold.

Vedlegg 1

Vedlegg 1 – Modell for psykisk helsevern – anbefaling fra arbeidsgruppen

Eget filvedlegg ”Inntektsmodell 2011 – Vedlegg 1 Psykisk helsevern – sluttrapport 10 04 16”.

Vedlegg 2

Vedlegg 2 – Modell for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige – anbefaling fra arbeidsgruppen

Eget filvedlegg ”Inntektsmodell 2011 – Vedlegg 1 TSB – sluttrapport 10 04 16”.

Vedlegg 3 – Merknader fra prosjektgruppens medlemmer

Merknad fra Sykehuset i Vestfold

Til ”Kobling mot strategi” – kap 6.5

Den foreslåtte endring i modell for kobling mot strategi er en klar forbedring i forhold til den som nå brukes innen somatikken. Imidlertid mener undertegnende at modellen fortsatt ikke vil bidra til å nå det strategiske mål om forbruksutjevning. Det er også fare for at modellen ikke gir incitament til kostnadseffektiv drift. Erfaringen med modellen så langt tilsier etter min mening også dette. For somatisk virksomhet viser de oppdaterte DRG-poengtall som ble brukt i budsjett for 2010 et avvik i forbruk vs. behov i forhold til gjennomsnittet på fra 9 % under til 4 % over gjennomsnittet. Det sykehusområdet som gir det laveste tilbudet til pasientene i opptaksområdet, får i modellen pga. forbruksutjevningen tilført mer basisramme enn behovet skulle tilsi selv ved full gjennomføring av modellen. Selv om man leverer tjenester langt under gjennomsnittet, tilføres sykehusområdet således ytterligere midler som er trukket inn fra sykehusområder som leverer tjenester over gjennomsnittet. Det gir intet incitament til kostnadseffektiv drift. Skal man bruke en slik modell, må det i det minste medføre at sykehusområder ikke får tilført midler utover det modellen tilsier ut fra behov/kostnadskomponent før området leverer tjenester som ligger innenfor det forbruksmål som er satt. En betydelig svakhet ved modellen er således at det å ligge selv langt under gjennomsnittlig forbruk, medfører økt basisramme utover det behov/kostnadskomponent tilsier.

For sykehusområder som ligger over gjennomsnittlig forbruk, vil modellen være et incitament til å redusere sin aktivitet. Dette er ønsket ut fra en forbruksutjevningsstrategi, men det vil ikke være noe incitament til kostnadseffektiv drift. Redusert aktivitet vil også øke ventelister. Den foreslåtte endringen i modellen vil gjøre problemet noe mindre, men det vil fortsatt være til stede. Det er i justert modell foreslått at avkortning i basisramme skal starte allerede ved et forbruk på 1% over gjennomsnittet. Det mener undertegnede at er satt for lavt. Det er vanskelig å se for seg at man skal styre aktiviteten så stramt at foretakene skal ligge innenfor 1% av gjennomsnittlig forbruk i hele regionen. Til det er unøyaktighetene i DRG-systemet for store. Hvis det skal være en avkortning, støtter undertegnede den reviderte modell, men mener at innslagspunktet burde heves til i hvert fall 2%.

Konklusjon: Undertegnades prinsipale standpunkt er at forbruksutjevning burde gjennomføres i styringsdialog mellom RHF og HF, og ikke via dette elementet i inntektsmodellen. Dersom elementet beholdes, støttes justeringen i modellen, men innslagspunktet for avkortning i basisramme bør heves til minst 2%.

Forbruk målt i DRG-aktivitet må beregnes likt i sykehusområdene (det er ikke gjort til nå). Det er ikke anført i rapporten, men undertegnede oppfatter at det er enighet om at dette skal gjøres ved at hvert sykehusområde beregnes som om de var én institusjon, selv om det i dag rapporterer til Norsk Pasientregister som flere institusjoner.

Innenfor psykisk helsevern gjør de samme vurderingene seg gjeldende. Hertil kommer at det fortsatt må arbeides med å definere behovskomponenten. Innen psykisk helsevern anbefales ikke dette elementet i hvert fall ikke innført før behovskomponenten er nærmere avklart.

Til Abonnementspris spesialiserte tjenester – kap 6.1

Vedlegg 3 – Merknader for prosjektgruppens medlemmer

Prosjektgruppen har påpekt at det er nødvendig med ytterligere undersøkelser og dokumentasjoner av flere forhold knyttet til forholdet rundt abonnementspris for spesialiserte tjenester levert av Oslo sykehusområde. Undertegnede mener at det er for tidlig å konkludere med om dagens pris er riktig eller ikke. Tallmaterialet kom så sent at prosjektgruppen i svært liten grad har fått diskutert tallgrunnlaget. Det anbefales derfor at prosjektgruppen gis anledning til å følge opp med videre arbeid. Det bør også vurderes å trekke inn eksternt miljø for vurdering av abonnementsprisen.

Merknader fra Sykehuset Telemark HF

1. Faktisk forbruk mot forventet behov.
2. Kostnadskomponenten og drift av lokalsykehus. (Les: finansiering av Rjukan og Notodden.)
3. Incentiver og koblinger mot strategi.
4. Finansiering av områdefunksjoner.
5. Modell for psykisk helsevern.

Ad. 1. Faktisk forbruk mot forventet behov.

Forbruket i den foreliggende modellen måles med historiske data. Det er skjedd betydelige reduksjoner i aktivitetsnivået i Telemark, og oppdatert datasett over forbruk må legges til grunn i den endelige inntektsfordelingen.

Endringene skyldes følgende forhold:

- Institusjonsnummer Kragerø, Rjukan og Notodden..

I Telemark har flere av sykehusene eget institusjonsnummer, og dette medfører at aktiviteten blir høyere enn det virkelige forbruket. Det er stor forskjell i de ulike sykehusområdene når det gjelder struktur og institusjonsnummer. Enkelte foretak kompenseres direkte i basisrammen, mens andre har flere institusjonsnummer og finansieres med ISF. Det må legges opp til harmonisering i regionen.

- Sterk og målretta aktivitetsstyring de siste to årene.

De siste tre årene har det vært en sterk aktivitetsstyring ved sykehuset, og vårt aktivitetsnivå har vært styrt nedover og innenfor de rammer som har vært definert av HSØ. Dette fortsetter også i 2010.

Ad. 2. Kostnadskomponenten og drift av lokalsykehus.

Det er store strukturutfordringer for drift av lokalsykehus med små opptaksområder. Dette gjelder spesielt for sykehusene på Lister, Tynset, Rjukan og Notodden. Utkastet som foreligger til inntektsmodell er ikke relevant for å håndtere dette. Drift av små lokalsykehus må derfor hensyntas spesielt i modellen. Konkret foreslås det at dette gjøres ved å videreføre dagens ordning for finansiering av Rjukan og Notodden.

Ad. 3. Incentiver og koblinger mot strategi.

Koblingen som er lagt inn i modellen med måling av overforbruk av helsetjenester kan ha uheldige effekter når det gjelder effektivitet og produktivitet i Helse Sør Øst. Store deler av

Vedlegg 3 – Merknader for prosjektgruppens medlemmer

kostnadene i spesialisthelsetjenesten er faste, og det bør være positivt å benytte eksisterende kapasitet for å øke tilgjengelighet til helsetjenester samt forbedre produktiviteten. Slik det foreligger nå er det ingen insentiver for økt effektivitet og korte ventetider. Dette er uheldig på lengre sikt.

Ad. 4. Finansiering av områdefunksjoner.

Sykehuset Telemark HF har tre funksjoner som krever spesiell finansiering. Dette gjelder yrkesmedisin, fertilitetsbehandling og plastisk kirurgi. Korrigeringer for nevnte fagområder foreslås løst gjennom å gjøre uttrekk fra den totale basisrammen til somatikk og dermed fordeles utenfor den objektive modellen. Dette må gjøres i dialog.

Ad. 5. Modell for psykisk helsevern.

I behovskomponenten er det foreslått et kriterium med betegnelsen ”befolkningstall kvadrert” og som innebærer at befolkningstall opphøyd i andre potens tillegges vekt. Dette kriteriet skal kompensere for merforbruk knyttet til økt forekomst av alvorlige psykiske lidelser som følge av økende urbaniseringsgrad og som ikke fanges opp av øvrige kriterier i behovskomponenten. Effekten av å bruke befolkningstall kvadrert har svært stor effekt for Oslo. Vi anmoder det regionale helseforetaket om en grundig vurdering av dette. Utgangspunktet for den nye modellen må være å sikre alle HF lik mulighet til å yte likeverdige tjenester, ikke å videreføre ulikheter.

Fra Sørlandet Sykehus HF:

Ad. Pkt 3.1.1. Behovskomponenten (Psykisk helsevern)

Siste avsnitt lyder:

”Det er uenighet i arbeidsgruppen knyttet til inkludering av et kriterium som beskriver økende behov med økende bystørrelse, og særlig på det nivå som innvektingen er gitt i forslaget til modell (9,5%). ”

Det bes om det klarere framkommer at representantene fra 5 av de 7 HF som satt i arbeidsgruppen er uenig i denne komponenten, dvs. flertallet av arbeidsgruppens medlemmer. Jeg ber om at teksten endres til følgende:

”Et flertall av arbeidsgruppens medlemmer er uenig i inkludering av dette kriteriet. De anfører at det ikke er godt gjort et kunnskapsgrunnlag eller et skjønnsmessig rasjonale verken for denne måte å beregne urbanitet på (dvs. befolkning kvadrert) eller for den svært høye innvektingen av dette kriteriet. Den foreslåtte innvektingen på 9,5% betyr at om lag 775 millioner kroner legges inn i kriteriet under antakelse om at dette er merkostnader som ikke fanges opp av de øvrige behovskriteriene i modellen og som skyldes urbaniseringsgrad alene. ”

For øvrig ser jeg at det i teksten nå ikke lenger framkommer at innvektingen av storbykriteriet med vekt 9,5 prosent mer enn forklarer dagens observerte forbruk i Oslo. Teksten som står nå sier:

”Innvektingen av kriteriet, som skal beskrive mer-behov i større byer, er lagt på et slikt nivå at kriterisettet totalt gir Oslo sykehusområde en behovsindeks som ligger nær forbruksindeksen. ”

Vedlegg 3 – Merknader for prosjektgruppens medlemmer

Jeg mener at dette er å underslå faktum, og ber om at det i teksten klart framkommer at komponenten er innvektet slik at behovsindeksen for Oslo overstiger forbruksindeksen. Jeg ber om at teksten endres til følgende:

”Innvektingen av kriteriet, som skal beskrive mer-behov i større byer, er lagt på et nivå slik at kriterisettet totalt gir Oslo sykehusområde en behovsindeks som ligger over forbruksindeksen.”

Merknad fra Sunnaas sykehus HF

I forhold til geografisk nærhet av Vestre Viken (særlig Asker og Bærum) og pasientbruk av Sunnaas sykehus HF i 2009, 2008 og tidligere år, bør det vurderes at også Vestre Viken HF blir en del av finansieringen av område-funksjonene ved Sunnaas sykehus HF.

Merknader fra Vestre Viken HF

Kap 3 – Behovskomponenten i modell for psykisk helsevern

Som de fleste andre HF anmoder vi det regionale helseforetaket om en grundig vurdering av ”befolkningstall kvadrert”. Utgangspunktet for den nye modellen må være å sikre alle HF lik mulighet til å yte likeverdige tjenester.

Kap 3 kobling mot strategi - PH

Det bør ikke implementere en forbruksutjevning etter samme prinsipp som forslaget for somatikk i 2011 før vi er tryggere på datagrunnlaget i behovskomponenten. Dersom dette allikevel skjer mener undertegnede at innslagspunktet for avkortning minimum må økes til 3 %.

Kap 6 Rehabilitering

Slik jeg leser tabellen på side 20 implementeres hele effekten ved endret finansieringsordning knyttet til rehabilitering over ett år. Dette er ikke i tråd med det som ble diskutert i sist møte og helt urimelig. Også endringer på dette området bør følge prinsippet 10-45-45, men en løsning der den tas over to år slik at hele modellen er implementert fra 2012 er også mulig/realistisk.

Avregning privat rehab bør ikke dette legges ut til HF'ene før man også har rutiner for medvirkning på kontraktsinngåelse og bruk.

6.5 Kobling mot strategi

Her er det tre forhold som spesielt må kommenteres fra oss:

- 1) Modellen må oppdateres med nye demografiske data

Vedlegg 3 – Merknader for prosjektgruppens medlemmer

- 2) Modellen må korrigeres for problematikken ett eller flere institusjonsnummer
- 3) Nytt prinsipp for forbruksutjevning

Først punkt er for så vidt omtalt i rapporten, men jeg mener vi må være tydeligere på at konsekvensen skal implementeres.

Når det gjelder punkt to så mener jeg at vi i siste møte ble enig om at dette skulle inn, men jeg kan ikke finne det. Dette må korrigeres – om ikke er ikke forbruket korrekt.

I forhold til punkt 3 mener vi at innslagspunktet for avkortning minimum må økes til 2 %, i tråd med innspill fra Halvdan Aass, Sykehuset i Vestfold HF.

Merknader fra Brukerutvalgets representanter

Fra brukernes ståsted er det viktig at det fattes vedtak om at det skal innarbeides ny inntektsmodell for alle virksomheter i helseregionen hvor det er mulig.

Jeg har lest gjennom rapporten og alle bemerkninger som har kommet fra de ulike miljøer, og finner at alle er innstilt på at det skal utarbeides ny modell.

Det som i hovedtrekk jeg finner uenigheter ved de innkomne kommentarer er fordeling og konstruksjon av modellen, utover en del redaksjonelle kommentarer.

Det er jo en konstruksjon som er tuftet på kun delvis kjente faktorer, og jeg tror at modell oppbyggingen bør være så dynamisk som mulig nå i startfasen at de erfaringer som høstes blir inkorporert i den framtidige modellen.

Eventuelle skjevheter som fremkommer bør kompenseres gjennom dokumentasjon av mangelfull inndekning av kostnader på samme måte som en eventuell overfinansiering fordeles tilsvarende.

Det som er viktigst er at alt blir registrert og dokumentert slik at materiellet kan brukes til en fullstendig gjennomgang av de valgte parametre.

Det gir godt grunnlag til å konstruere en optimal fordeling av midlene vår helseregion får til disposisjon.

Jeg håper at de ulike fagmiljøer kan understøtte dette, og at tiden kan brukes til beste for dem som vil berøres av vedtakene: Pasientene og deres pårørende.

Merknad fra Sykehuset Østfold HF

tillegg har vi følgende kommentar 6.3.2.2 Sunnas sykehus HF.

Sykehuset Østfold HF mener at valg av modell 1 virker mot vedtaket i HSØ i november 2008 om at de alminnelige rehabiliteringstjenestene skal desentraliseres og inngå som en del av den ordinære behandlingen for den enkelte pasient i sykehusområdene. Valg av modell 1 vil medføre at Sykehuset Østfold ikke kan frigjøre midler til å etablere eget tilbud til våre pasienter.

Merknader fra Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg Diakonale sykehus AS.

Generell merknad:

De økonomiske utfordringene i Oslo-området (inkl Akershus) er svært store selv før innføring av konsekvensene av ny inntektsmodell, både som følge av underliggende driftssituasjon og som følge av overføringer av opptaksområder mellom sykehusområdene. Vedtatt inntektsmodell for somatikk (behovs- og kostnadskomponent) og forslag til ny inntektsmodell for psykiatri vil forsterke innsparingskravet for sykehusene i disse områdene. Dette tilsier at eventuelle omfordelinger i disfavør av disse må være godt faglig begrunnet. Representantene fra Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus AS kan ikke se at forslagene er tilstrekkelig faglig begrunnet til å kunne gjennomføres med store utslag allerede i 2011.

Utover de forhold som det skal arbeides videre med mener disse representantene at en også må se på lønnsnivå i Oslo-området sammenliknet med at andre områder. En hypotese som bør testes er om arbeidsmarkedssituasjonen i hovedstadsregionen fører til at lønnsnivået for viktige yrkesgrupper er høyere i Oslo-området noe som vil tilsi en kompensasjon for dette for å kunne tilby likeverdige helsetjenester.

Psykiatri:

Arbeidsgruppens rapport og merknadene fra de andre sykehusområdene viser at det er stor usikkerhet knyttet til forslaget om en behovsdrivet finansiering av psykiatri slik beregning nå foreligger. Dette, sammen med de store omstillingsutfordringene i Oslo-området, tilsier isolert sett at det må arbeides mer med modellen før den innføres. Dersom de nye inntektsmodellen innføres fra 2011 må det være en klar forutsetning at utslagene første året blir små og at større omfordelinger ikke gjennomføres før en har kommet lenger i arbeidet med storbykomponent og reiseavstand som forklaring på behov og forbruk. I psykisk helsevern er det en nærmere tilknytning mellom 1. og 2. linjenivået enn i somatikk, og en bør også se nærmere på den samlede kapasiteten før omfordelinger gjøres.

Rehabilitering:

Prosjektgruppen anbefaler at spesialisert rehabilitering inkluderes i inntektsmodellen for somatikk. Finansieringen av Sunnaas er et sentralt punkt. Det er knyttet stor usikkerhet til hva som er spesialiserte tjenester da så godt som all behandling kommer i samme DRG. Det er samtidig vel kjent at finansieringen av rehabiliteringstjenester gjennom DRG er mangelfull. Når det legges opp til et stort ansvar for tre sykehusområder å forplikte videre finansiering av Sunnaas, samt at man ikke vet hva den spesialiserte rehabiliteringen koster, mener disse representantene at det er for mange uklare momenter i foreslått valg av løsning til å kunne konkludere. I påvente av bedre dokumentasjon og vedtak om framtidig organisering, mener vi Sunnaas fortsatt bør bli finansiert gjennom basis.