

Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF

Psykisk helsevern

Innstilling fra arbeidsgruppe om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige til prosjektgruppe oppnevnt av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Sluttrapport

Dato: 16. april 2010

1	Innledning	3
1.1	Organisering av arbeidet	3
1.2	Inntektsmodellen for psykisk helsevern.....	5
2	Behovskomponenten.....	7
2.1	Kriteriesett fra Magnussenutvalget	7
2.2	Kriteriesett fra SINTEF Helse på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.....	8
2.2.1	Magnussen-utvalgets kriterier analysert med nytt datagrunnlag	9
2.2.2	Analyse av merforbruk blant innvandrere	10
2.2.3	Analyse av merforbruk i storbyer	11
2.2.4	Deskriptiv analyse av rus og alvorlige psykiske lidelser	11
2.2.5	Deskriptiv analyse av bosituasjon og inntekt	13
2.3	Prosjektgruppens vurdering	13
2.3.1	Variasjoner i andel pasienter med alvorlige lidelser.....	14
2.4	Bruk av modellen på nivå under sykehusområde	17
3	Kostnadskomponenten	19
3.1	Delkomponent for forskning.....	19
3.2	Delkomponent for undervisning	21
3.3	Delkomponent for ikke-vestlige innvandrere	21
3.4	Delkomponent for lange reiseavstander.....	23
3.4.1	Voksenpsykiatri, eks befolkning over 65 år	23
3.4.2	BUP.....	25
3.4.3	Alderspsykiatri.....	26
3.4.4	Sum	27
3.5	Oppsummering kostnadskomponenten	29
4	Mobilitetskomponenten	30
4.1	Dagens gjestepasientordning	30
4.2	Pasientstrømmer innen det psykiske helsevernet.....	30
4.3	Enhetspriser knyttet til ulike behandlinger	30
4.4	Prosjektgruppens vurdering	31
4.5	Beregning av konsekvenser av endringer i gjestepasientoppjøret	32
5	Private institusjoner og avtalespesialister med avtale med Helse Sør-Øst RHF	33
5.1	Private avtalespes. og inst. som kan identifiseres i NRP-data for 08	33
5.2	Institusjoner som ikke kan identifiseres i NRP-data for 2008	34
5.3	Arbeidsgruppens vurdering.....	35
6	Kobling mot strategi	37
6.1	Prosjektgruppens vurdering	38
7	Sammenligningsgrunnlag	40
7.1	Funksjoner som holdes utenfor modellen	41
8	Omfordelingsvirkninger og implementering	43
8.1	Omfordelingsvirkninger av modellen	43
8.2	Arbeidsgruppens vurdering av implementering.....	43
	Referanser	45
	Vedlegg 1 – Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer.....	46

1. Innledning

1 Innledning

Arbeidsgruppen er etablert som del av prosjekt ny inntektsmodell for Helse Sør-Øst. Arbeidsgruppen skal foreslå modeller for fordeling av inntekter til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Arbeidsgruppens forslag til inntektsmodeller for de to tjenesteområdene er behandlet to separate rapporter. Modellene som forslås er i prinsippet bygget opp etter mønster av modell for somatikk, med følgende komponenter:

- ✓ Behovskomponent
- ✓ Kostnadskomponent
- ✓ Mobilitetskomponent

Disse presenteres i de to rapportene. Det diskuteres videre hvordan modellen kan tilpasses for å understøtte viktige målsetninger for Helse Sør-Øst, et sammenligningsgrunnlag som gjør det mulig å vurdere de økonomiske omfordelingsvirkningene av modellen., samt arbeidsgruppas forslag til implementering av de omfordelingsvirkningene modellen gir.

1.1 Organisering av arbeidet

Hovedprosjektet, som har nedsatt arbeidsgruppen, er organisert som følger:

- ✓ Prosjektet eies av viseadministrerende direktør Atle Brynestad.
- ✓ Innleid prosjektleder Terje 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:
 - Prosjektledelse og sekretariat
 - Økonomidirektørene i sykehusområdene. Der et sykehusområde består av mer enn ett av dagens helseforetak, må det velges én representant.
 - Helsefagdirektører fra alle sykehusområdene.
 - Økonomidirektører fra de to private sykehusene med opptaksområde.
 - 2 representanter for de konserntillitsvalgte
 - 1 representant 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.

1. Innledning

Arbeidsgruppen har bestått av:

<u>Ledelse:</u> Terje Hagen	<u>Sekretariat:</u> Erik Hanssen Ulrik Sverdrup Anne Aasen Frode Bie Øyvind Røed (leder)
<u>Økonomirepresentanter fra sykehusområdene:</u> Sven-Erik Andersen, Telemark og Vestfold Karine Lølke, Østfold Anne-Wenche Emblem, Sørlandet Kolbjørn Skarbø, Innlandet Kjetil Måseide, Oslo	<u>Helsefag representanter fra sykehusområdene:</u> Roy Madsen, Sørlandet Halvor Kjølstad, Telemark og Vestfold Carsten Bjerke, Vestre Viken Frode Larsen, Oslo Hilde Harwiss, Oslo Per Arne Holman, Oslo Lennart L. Jensen, Akershus Jørgen Brabrand, Innlandet Bjørn Dønheim, Østfold

Arbeidsgruppen har hatt 5 møter.

1.2 *Inntektsmodellen for psykisk helsevern*

Den modellen som er lagt til grunn til fordeling av inntekter til psykisk helsevern mellom sykehusområdene er bygget opp på samme måte som inntektsmodellen for somatikk., dvs med en behovskomponent som fordeler inntekter ut fra befolkningens behov, slik dette defineres, og med en kostnadskomponent som kompenserer sykehusområdene for definerte kostnadselementer, ”ufrivillige kostnadsulempet”. I tillegg krever modellen en mobilitetskomponent som kompenserer økonomisk for behandling over sykehusområdegrensene.

De budsjettmidlene som modellen fordeler er helseregionens samlede basisramme til psykisk helsevern, inklusive det som fordeles til private avtalespesialister og private tilbud, slik dette fremkommer i 2010 – budsjettet, med unntak av definerte, regionale tilbud som fordeles på siden av modellen..

I alt fordeles 8,6 milliarder kroner gjennom behovs- og kostnadskomponenten i modellen:

Basisramme helseforetak	8 244 000
Privat tjenestekjøp	590 000
Uttrekk reg funksjoner	(246 000)
Til fordeling behov- og kostnadskomponent	8 588 000

1. Innledning

Fordeling av midler gjennom kostnadskomponenten bygges opp nedenfra, jfr kapittel 3, slik at i alt 475 mill. kroner fordeles gjennom denne komponenten.

Komponent	Tusen kroner	Andel
Sum midler til fordeling	8 587 000	
Kostnadskomponent	475 000	5,5 %
Behovskomponent	8 112 000	94,5 %

Til sammenligning er det i somatikkmodellen fordelt 91,1% av samlet beløp gjennom behovskomponenten og 8,9% gjennom kostnadskomponenten. For psykisk helsevern er det altså ikke grunnlag for å fordele mer enn 5,5% gjennom kostnadskomponenten.

2. Behovskomponenten

2 Behovskomponenten

Behovskomponenten kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som alderssammensetningen og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet.

I dette kapitlet presenteres ikke ulike analytiske tilnærminger og metodemessige utfordringer med å måle behov. Disse forholdene er grundig belyst i Magnussenutvalgets innstilling (NOU 2:2008; kap. 6 og 8). I stedet diskuteres i hvilken grad Magnussen-utvalgets foreslåtte kriteriesett passer for bruk på Helse Sør-Øst, og analyser som er gjort for å gi grunnlag for å vurdere og eventuelt justere dette kriteriesettet. Utgangspunkt for analyser og vurderinger er:

- ✓ Kriteriesettet fra Magnussenutvalget
- ✓ Kriteriesett tatt fram av SINTEF på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF

2.1 Kriteriesett fra Magnussenutvalget

Det ene alternative kriteriesettet er det som kommer fra analysene som ble gjennomført av Magnussen-utvalget. Kriteriesettet er presentert i NOU 2008:2.

Voksenpsykiatri (VOP)

Analysene er basert på pasienttellingsdata fra 2003 og 2004. Pasienttellingsdata er registreringer av pasientene som mottar behandling i psykisk helsevern på en gitt dato (døgnvirksomhet) eller i et gitt 14-dagers tidsrom (poliklinikk og dagpasienter). Registreringene omfatter offentlige institusjoner samt privatpraktiserende spesialister. Pasienttellingsdata er godt egnet til dette analyseformålet fordi de i tillegg til kjønn og alder omfatter opplysninger om sivilstatus, hovedinntektskilde og utdanning. Data fra Norsk Pasientregister for psykisk helsevern for voksne er beheftet med problemer knyttet til at datasettet ikke er komplett og mangelfullt registrert, og er vurdert som mindre egnet til formålet. Følgende inndeling i tjenestetyper er lagt til grunn:

- døgnbehandling sykehus,
- døgnbehandling DPS,
- døgnbehandling andre institusjoner,
- offentlige poliklinikker og
- privatpraktiserende avtalespesialister.

Datagrunnlag og analyseresultater er nærmere beskrevet i vedlegg 7 i NOU 2008:2.

Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)

For psykisk helsevern for barn og unge er det brukt regresjonsanalyser av forbruk (pasienter) per innbygger for fire aldersgrupper på kommunenivå, basert på data fra Norsk pasientregister. For å redusere betydningen av tilfeldige årsvariasjoner i forbruk, er gjennomsnitt for 2005 og 2006 lagt til grunn. Det er kontrollert for tilbudsideeffekter ved å ta høyde for nivåforskjeller i forbruk mellom helseforetaksområder. Forklaringsvariablene som er undersøkt, er alder og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen i kommunene. Datagrunnlag og analyseresultater er nærmere beskrevet i vedlegg 7 i NOU 2008:2.

Behovsnøkkel for psykisk helsevern totalt

2. Behovskomponenten

For å lage en felles nøkkel for psykisk helsevern må resultatene for de to delnøkklene for voksne samt barn og unge vektet sammen. Magnussenutvalget valgte å vekte inn kriterievektene for barn og unge med 20 pst. Dette er noe høyere enn kostnadsfordelingen i 2006, som var i underkant av 17 pst., men er i tråd med de politiske føringene som er gitt i Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Dette gir følgende samlede kriteriesett for psykisk helsevern:

Kriterium	Vekt fra NOU 2008:2
0-5 år	0,001
6-12 år	0,028
13-17 år	0,066
18-29 år	0,137
30-39 år	0,113
40-49 år	0,073
50-59 år	0,045
60-69 år	0,025
70-79 år	0,036
80+	0,025
Sum alder	0,549
Andel ugifte 40 år +	0,044
Andel uføretryggede ph diagnose 18-39 år	0,085
Andel uføretryggede ph diagnose 40-69 år	0,103
Andel grunnskole 18-29 år	0,055
Andel grunnskole 30-59 år	0,013
Andel barn som bor med en forelder 0-17	0,051
Andel barnevernstiltak	0,023
andel uføretryggede 18-67 år	0,011
Andel ikke-vestlige innvandrere	0,066
Sum sosiale	0,451
I alt	1,000

2.2 Kriteriesett fra SINTEF Helse på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF

Som et ledd i arbeidet med inntektsmodeller har Helse Sør-Øst RHF engasjert SINTEF Helse for å gjennomføre analyser av forbruksvariasjoner på et nyere datagrunnlag enn hva som var tilgjengelig for Magnussen-utvalgets analyser. Disse dataene er fra pasienttellingene gjennomført av SINTEF høsten 2007 og våren 2008. Dette datagrunnlaget er, i tillegg til å være nyere, mer detaljert enn det som forelå for Magnussen-utvalget. Blant annet foreligger det informasjon som muliggjør analyser av forbruksvariasjoner knyttet til blant annet fødeland, inntektsgrunnlag og bosituasjon.

Det er ikke gjort nye analyser av BUP, da det ikke foreligger nyere eller mer detaljert datagrunnlag enn hva som ble benyttet i analysene for Magnussen-utvalget.

2.2.1 Magnussen-utvalgets kriterier analysert med nytt datagrunnlag

Første del av analysene som ble gjort fokuserte på de opprinnelige kriteriene fra Magnussen-utvalget og en analyse av om nytt datagrunnlag og en avgrensning til data fra kun Helse Sør-Øst ville endre vektning av disse kriteriene. Tabellen under viser ulike kriteriesettet fra

2. Behovskomponenten

Magnussen-utvalget etter gjennomførte analyser med oppdaterte datasett og med kun HSØ data.

Kriterium	Vekt fra NOU 2008:2	Nye data HSØ	Nye nasj data
0-5 år	0,001	0,001	0,001
6-12 år	0,028	0,028	0,028
13-17 år	0,066	0,067	0,068
18-29 år	0,137	0,134	0,136
30-39 år	0,113	0,127	0,123
40-49 år	0,073	0,088	0,089
50-59 år	0,045	0,058	0,061
60-69 år	0,025	0,029	0,030
70-79 år	0,036	0,036	0,033
80+	0,025	0,030	0,026
Sum alder	0,549	0,598	0,596
Andel ugifte 40 år +	0,044	0,037	0,038
Andel uføretrygede ph diagnose 18-39 år	0,085	0,084	0,082
Andel uføretrygede ph diagnose 40-69 år	0,103	0,104	0,102
Andel grunnskole 18-29 år	0,055	0,027	0,031
Andel grunnskole 30-59 år	0,013	-	-
Andel barn som bor med en forelder 0-17	0,051	0,050	0,050
Andel barnevernstiltak	0,023	0,023	0,023
andel uføretrygede 18-67 år	0,011	0,011	0,011
Andel ikke-vestlige innvandrere	0,066	0,066	0,066
Sum sosiale	0,451	0,402	0,404
I alt	1,000	1,000	1,000

Endringene kan synes relativt store på enkelte kriterier, og det er en oppvekning av alderskriterier som forklaringsvariabel. Virkningen på indeks og andel av fordeling etter behovskomponenten endrer seg imidlertid svært lite, og er vist i tabellen under:

Sykehusområde	Indeks			Andeler		
	NOU 2008:2	Nye data nasjonalt	Nye data kun HSØ	NOU 2008:2	Nye data nasjonalt	Nye data kun HSØ
Akershus	99,44 %	99,66 %	99,46 %	10,72 %	10,74 %	10,72 %
Innlandet	95,69 %	95,38 %	95,46 %	13,84 %	13,80 %	13,81 %
Oslo	104,74 %	105,02 %	104,95 %	24,83 %	24,89 %	24,88 %
Sørlandet	104,24 %	104,09 %	104,22 %	10,75 %	10,73 %	10,75 %
Telemark og Vestfold	101,80 %	101,58 %	101,67 %	15,11 %	15,08 %	15,09 %
Vestre Viken	93,32 %	93,59 %	93,54 %	14,81 %	14,86 %	14,85 %
Østfold	99,18 %	98,78 %	98,82 %	9,94 %	9,90 %	9,90 %
Sum				100,00 %	100,00 %	100,00 %

Arbeidsgruppa anbefaler ut fra dette at en legger til grunn en behovskomponent basert på oppdaterte aktivitets- og befolkningsdata i Helse Sør-Øst, dvs SINTEF - analysen fra 2010.

2. Behovskomponenten

2.2.2 Analyse av merforbruk blant innvandrere ¹

Magnussen- utvalget fant det dokumentert at det er høyere forekomst av psykiske problemer og lidelser blant ikke - vestlige innvandrere enn i den øvrige befolkningen. Datamaterialet som ble lagt til grunn for utvalgets modell inneholdt imidlertid ikke opplysninger om pasientenes nasjonalitet, og et innvandrerkrITERIUM ble derfor vektet inn skjønnsmessig med en vekt på 6,6%. I pasientregistreringene fra 2007/2008 finnes informasjon om pasientens fødeland, og dette gir anledning til å definere en innvandrervariabel og beregne en vekt for innvandrere i modellen.

En innvandrervariabel kan defineres på ulike måter, og tre definisjoner ble testet ut:

1. Ikke – Vestlige innvandrere, inkludert innvandrere fra Øst – Europa
2. Ikke – Vestlige innvandrere, uten innvandrere fra Øst – Europa
3. Innvandrere fra land med krig og krise, definert som Somalia, Etiopia, Eritrea, Irak, Iran, Afghanistan, Serbia, Kroatia, Bosnia-Hercegovina, Montenegro og Makedonia.

De ulike definisjonene av innvandrerkrITERIET ble testet ved først å undersøke om de tre gruppene har et merforbruk av psykiatriske helsetjenester sammenlignet med resten av befolkningen. Deretter ble det undersøkt om merforbruket også gjelder når krITERIET tas inn i modellen og det korrigeres for at pasientene oppfyller mer enn ett sosialt krITERIUM.

Undersøkelsene viste at alle de 3 gruppene hadde et merforbruk av tjenester, og at dette merforbruket var størst blant innvandrere fra områder med krig og krise. Det ble derfor undersøkt om denne gruppen fortsatt viste merforbruk når det tas inn at variasjonene kan dekkes av at pasienten også oppfyller andre sosiale krITERIER. Dette viste at krITERIET gav et lite utslag for forbruk av offentlige polikliniske tjenester, men at dette var så lite at det falt ut når dette ble samvektet med øvrige tjenestetyper. Analysene viser således ikke støtte for å inkludere noen av de 3 definerte gruppene innvandrere som krITERIUM i behovsnøkkelen.

2.2.3 Analyse av merforbruk i storbyer ²

En eventuell storby-effekt kan ha to utslag:

- Høyere forbruksrater
- Mer ressurskrevende pasienter ved at pasientene har alvorligere lidelser og/eller flere diagnoser

Det siste punktet er det ikke datagrunnlag til å analysere med kvantitative metoder, men er behandlet som en deskriptiv analyse, ref neste punkt. Analyser av storbyeffekt er her altså fokusert rundt hypotesen om at det er høyere forbruksrater som følge av bystørrelse alene.

Analysene fant at merforbruk av tjenester øker med økende bystørrelse, men at dette ser ut til å fanges opp av de øvrige behovskrITERIENE. InnvandrerkrITERIET er da fortsatt med, selv om ratio-analysene ikke gav støtte til et slikt krITERIUM. Det er sterk korrelasjon mellom innvandrerkrITERIET og storbyindikatoren slik den er benyttet i analysene.

¹ SINTEF rapport "Behovsanalyser for det psykiske helsevernet, Helse Sør-Øst" – kap 4.

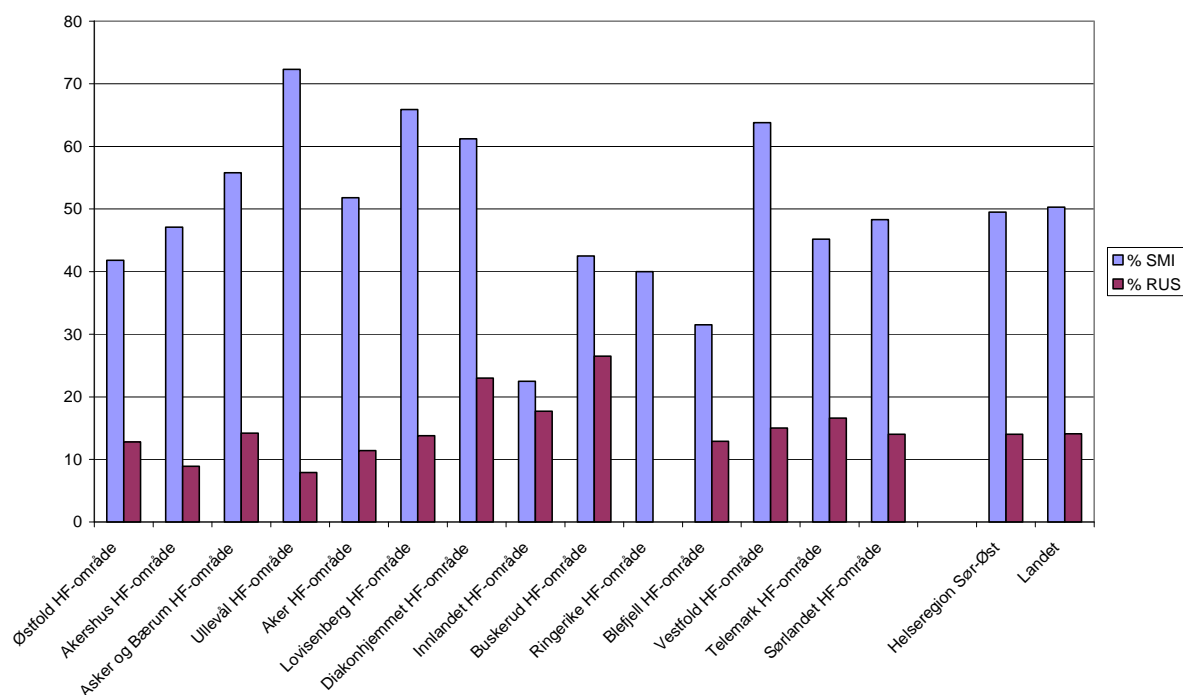
² SINTEF rapport "Behovsanalyser for det psykiske helsevernet, Helse Sør-Øst" – kap 5.

2. Behovskomponenten

2.2.4 Deskriptiv analyse av rus og alvorlige psykiske lidelser ³

En del av pasientene i psykisk helsevern har rusdiagnose som hoved- og/eller bidiagnose. Å inkludere rus som kriterium i modellen for kostnadsnøkler er vanskelig blant annet fordi man ikke kjenner omfanget i befolkningen. Rusmiddelproblematikk antas også å være underrapportert i materialet. Omfanget av ruslidelser i pasientpopulasjonen for det psykiske helsevernet vil til en viss grad være avhengig av tilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rusomsorgen i kommunene. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI) kan ha et større ressursbehov enn pasienter med psykiske lidelser. Dette er også vanskelig å ta hensyn til i modellen fordi det ikke foreligger analyser som beskriver eventuelle merkostnader.

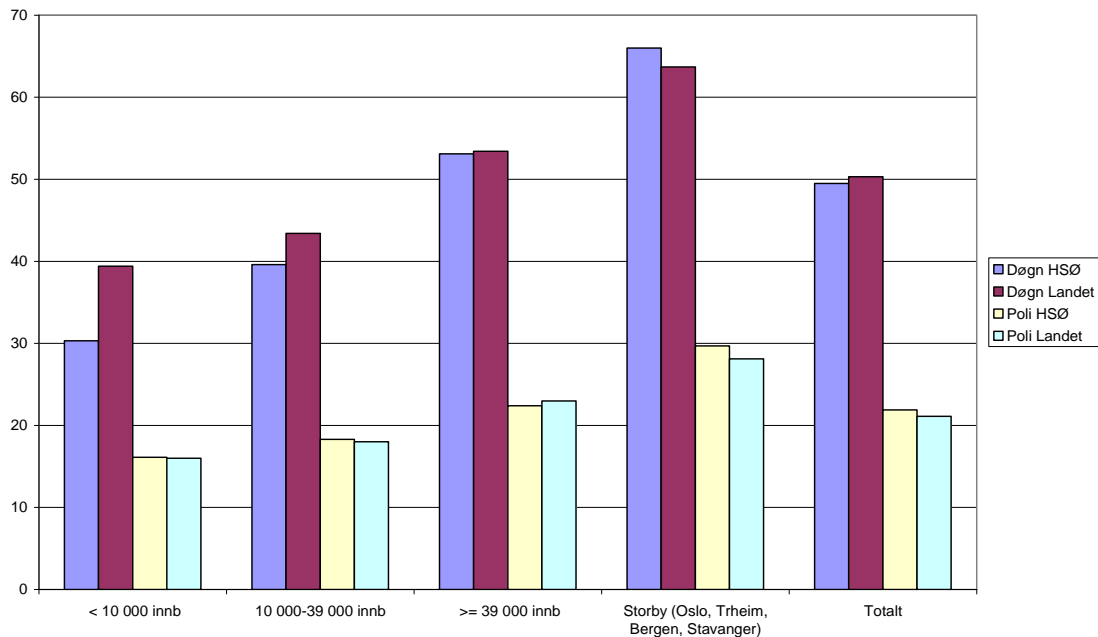
Det er gjort en deskriptiv gjennomgang av pasientpopulasjonen i Sør-Øst, der omfanget av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusdiagnose er belyst, og med fokus på forskjeller mellom storby og andre kommuner. Dette er en deskriptiv analyse som gir ytterligere informasjon om pasientsammensetningen utover det som gis gjennom ratio-modellen, men som ikke inngår i beregningene av vektorer i modellen.



Figuren viser døgnpasienter. Andel pasienter med alvorlig psykisk lidelse og andel med rusdiagnose. Helseforetaksområder i Helse Sør-Øst, andel HSØ og andel landet.

³ SINTEF rapport "Behovsanalyser for det psykiske helsevernet, Helse Sør-Øst" – kap 6.

2. Behovskomponenten



Figuren viser andel pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Etter kommunestørrelse. Helse Sør-Øst og landet.

2.2.5 Deskriptiv analyse av bosituasjon og inntekt ⁴

Det er gjort en gjennomgang av datagrunnlaget for å se om det er tendenser som gir grunn til å gjøre ytterligere analyser basert på variasjoner i forbruk av tjenester basert på bosituasjon og inntektskilde. Det er ikke funnet at grunndatamaterialet gir grunn til å gå videre med slike analyser.

2.3 Prosjektgruppens vurdering

Utgangspunktet for å vurdere behov for helsetjenester på regionnivå, er behovet på individnivå. En vanlig forutsetning er at et individs behov avhenger av nåværende helsestatus som, sammen med dagens medisinske teknologi, bestemmer deres evne/mulighet til å nyttiggjøre seg av helsetjenester (Sutton mfl., 2002). Helsestatus og muligheten til å dra nytte av helsetjenester vil kunne variere med faktorer som alder og sosioøkonomiske forhold.

Det er godt dokumentert at behovet for spesialisthelsetjenester varierer både med alder og sosioøkonomiske forhold. Det knytter seg imidlertid usikkerhet til hvilke mekanismer som ligger bak noen av de sosioøkonomiske variabler, og hvordan de påvirker behovet for helsetjenester. Særlig gjelder dette for kriteriet ikke-vestlig innvandrere, som er skjønnsmessig vektet inn i Magnussen-utvalgets kriteriesett.

Analysene av kriteriesettet fra Magnussen-utvalget med nyere datasett, viste en del endringer i vektingen og et av kriteriene (andel med grunnskole i alderen 30 – 59 år) falt også ut. Vektingen av alderskriteriene økte som følge av dette. Virkningen av dette på indeksene pr

⁴ SINTEF rapport ”Behovsanalyser for det psykiske helsevernet, Helse Sør-Øst” – kap 7.

2. Behovskomponenten

sykehusområde er allikevel som vist svært små. På bakgrunn av dette er arbeidsgruppens valg å benytte oppdaterte og kun HSØ-data i vekting av et kriteriesett for Helse Sør-Øst.

Rapporten fra SINTEF Helse viser videre at det ikke er støtte for å inkludere ikke-vestlige innvandrere på bakgrunn av kvantitative ratio-analyser. Merforbruket av psykiske helsetjenester innen denne gruppen forklares i sin helhet av de øvrige sosioøkonomiske kriteriene. Arbeidsgruppen er derfor av den oppfatning at kriteriet ikke-vestlig innvandrere skal tas ut av kriteriesettet. Ved å fjerne kriteriet og fordele vekten (6,6%) på de øvrige kriteriene etter deres relative andeler, får en følgende kriteriesett og behovsindeks:

Kriterium	Nye data HSØ	Nye data - HSØ u/IVI
0-5 år	0,001	0,001
6-12 år	0,028	0,030
13-17 år	0,067	0,072
18-29 år	0,134	0,143
30-39 år	0,127	0,136
40-49 år	0,088	0,094
50-59 år	0,058	0,062
60-69 år	0,029	0,031
70-79 år	0,036	0,039
80+	0,030	0,032
Sum alder	0,598	0,640
Andel ugifte 40 år +	0,037	0,040
Andel uføretryggede ph diagnose 18-39 år	0,084	0,090
Andel uføretryggede ph diagnose 40-69 år	0,104	0,111
Andel grunnskole 18-29 år	0,027	0,029
Andel grunnskole 30-59 år	-	-
Andel barn som bor med en forelder 0-17	0,050	0,054
Andel barnevernstiltak	0,023	0,025
andel uføretryggede 18-67 år	0,011	0,012
Andel ikke-vestlige innvandrere	0,066	-
Sum sosiale	0,402	0,360
I alt	1,000	1,000

Sykehusområde	Indeks		Andeler	
	Nye data kun HSØ	Nye data HSØ uten IVI	Nye data kun HSØ	Nye data HSØ uten IVI
Akershus	99,46 %	94,73 %	10,72 %	10,21 %
Innlandet	95,46 %	100,19 %	13,81 %	14,50 %
Oslo	104,95 %	98,95 %	24,88 %	23,46 %
Sørlandet	104,22 %	107,68 %	10,75 %	11,10 %
Telemark og Vestfold	101,67 %	105,25 %	15,09 %	15,62 %
Vestre Viken	93,54 %	94,12 %	14,85 %	14,94 %
Østfold	98,82 %	101,52 %	9,90 %	10,18 %
Sum			100,00 %	100,00 %

2.3.1 Variasjoner i andel pasienter med alvorlige lidelser

Rapporten fra SINTEF Helse gir gjennom en deskriptiv analyse indikasjoner på at det er sammenheng mellom bystørrelse og forekomst av alvorlige psykiske lidelser. Dette er funn som støttes opp av nyere internasjonal faglitteratur. En studie fra Danmark viser for eksempel at risikoen for schizofreni, som er en lidelse der pasientene kan få karakteristikken ”alvorlig

2. Behovskomponenten

psykisk lidelse”, øker med urbaniseringsgrad. Risikoen for denne lidelsen er 1,5 ganger høyere i byer over 100.000 innbyggere enn i rurale områder og hele 2,5 ganger høyere i København enn i rurale områder etter kontroll for alder, kjønn, familiebelastning og andre bakgrunnsvariabler.⁵ Det er imidlertid ikke kontrollert for sosioøkonomiske variabler utover familiebelastning. En oppdatert (2010) og bred litteraturgjennomgang viser imidlertid at det er høyere risiko for alvorlige sinnslidelser i storbyer også etter kontroll for bakgrunnsfaktorer.⁶

Funnene fra SINTEF-analysen sammen med resultatene fra internasjonal litteratur gir argumenter for å inkludere en komponent i modellen som beskriver urbaniseringsgrad. Prosjektgruppens har kommet til at dette best kan gjøres ved en variabel som beskriver folketall kvadrert (folketall i andre potens). Resultatene gir imidlertid ikke klare indikasjoner på hvor høy vekten knyttet til denne variabelen bør være.

Effekten av å benytte folketall pr kommune kvadrert er meget sterk for Oslo sykehusområde, fordi Oslo kommune er så vidt mye større enn alle andre kommuner i Helse Sør-Øst. Oslo har 575.000, mens neste største kommune er Bærum med 110.000. Andelen for Oslo sykehusområde av kriteriet folketall pr kommune kvadrert er ca 75 %, mens andelen innbyggere er ca 25%. Vektingen av dette kriteriet får derfor meget stor betydning og har generelt som konsekvens at det gir økning i behovsindeks for Oslo og reduksjon for alle andre. For Akershus er effekten av endringer i kriteriet liten, som kommer av at de har 2 bydeler i Oslo kommune i sitt opptaksområde, og en andel av innbyggertall kvadrert på ca 9 %, mot ca 10% i gjennomsnitt på øvrige kriterier.

Ettersom betydningen av andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser ikke er kommet frem gjennom kvantitative analyser, foreligger det ikke noe utgangspunkt for hvilken innvekting kriteriet skal ha. Det har derfor vært opp til arbeidsgruppens vurdering å fastsette dette. Siden det er betydelig usikkerhet knyttet til dette forholdet har prosjektgruppen valgt å legge stor vekt på eksisterende forbruksnivå i Oslo. I utgangpunktet har en da undersøkt hvilken innvekting kriteriet må ha for at behovsindeksen for psykiske helsetjenester i Oslo skal sammenfalle med forbruksindeksen for tjenestene. For å finne en slik likevekt skal kriteriet vektet inn med 8,5%. En annen tilnærming kan være å anta et kostnadsnivå for pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ligger 50% høyere enn for øvrige pasienter, og hensynta dette ved kalkuleringsnivå av forbruksindeks. Dette gir en økning i forbruksindeks for Oslo på 4,8%, og folketallkriteriet må vektet inn med 10,7% for å oppnå en behovsindeks lik forbruksindeks. Prosjektgruppen forutsetter imidlertid at deler av behovet knyttes til disse pasientene er fanget opp gjennom andre kriterier i kostnadsnøkkelen. Gruppen foreslår derfor å sette vekten på folketallskriteriet til 9,5%.

Tabellen under viser kriterier fra Magnussen-utvalget (NOU 2008:2). Deretter vises kriterier oppdatert med nyere data fra kun Helse Sør-Øst, og med det skjønsmessig satte kriteriet for ikke-vestlige innvandrere fjernet. Til slutt kriterier der andel av folketall i kommunene kvadrert er vektet inn med 9,5%.

⁵ Mortensen, P.B., C. B. Pedersen et al (2009). Effects of family history and place and season of birth of the risk of schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, vol. 340 (8): 603-608.

⁶ Brendan, D. K., E. O’Callaghan et al (2010). Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis in Ireland. *Schizophrenia research*, 116:75-89.

2. Behovskomponenten

Kriterium	Vekt fra NOU 2008:2	Nye data - HSØ u/IVI	Nye data - HSØ m/innb.kv.
0-5 år	0,001	0,001	0,001
6-12 år	0,028	0,030	0,027
13-17 år	0,066	0,071	0,065
18-29 år	0,137	0,147	0,130
30-39 år	0,113	0,121	0,123
40-49 år	0,073	0,078	0,085
50-59 år	0,045	0,048	0,056
60-69 år	0,025	0,027	0,028
70-79 år	0,036	0,039	0,035
80+	0,025	0,027	0,029
Sum alder	0,549	0,588	0,579
Andel ugifte 40 år +	0,044	0,047	0,036
Andel uføretryggede ph diagnose 18-39 år	0,085	0,091	0,081
Andel uføretryggede ph diagnose 40-69 år	0,103	0,110	0,101
Andel grunnskole 18-29 år	0,055	0,059	0,026
Andel grunnskole 30-59 år	0,013	0,014	-
Andel barn som bor med en forelder 0-17	0,051	0,055	0,048
Andel barnevernstiltak	0,023	0,025	0,022
andel uføretryggede 18-67 år	0,011	0,012	0,011
Andel ikke-vestlige innvandrere	0,066	-	-
Folketall pr kommune kvadrert	-	-	0,095
Sum sosiale	0,451	0,412	0,421
I alt	1,000	1,000	1,000

Resultater av dette for indeks og andel av behovskomponenten er vist nedenfor.

Sykehusområde	Indeks			Andeler		
	NOU 2008:2	Nye data HSØ uten IVI	Nye data - HSØ m/innb.kv.	NOU 2008:2	Nye data HSØ uten IVI	Nye data - HSØ m/innb.kv.
Akershus	99,44 %	94,73 %	94,13 %	10,72 %	10,21 %	10,14 %
Innlandet	95,69 %	100,19 %	91,46 %	13,84 %	14,50 %	13,23 %
Oslo	104,74 %	98,95 %	120,05 %	24,83 %	23,46 %	28,46 %
Sørlandet	104,24 %	107,68 %	99,65 %	10,75 %	11,10 %	10,27 %
Telemark og Vestfold	101,80 %	105,25 %	96,92 %	15,11 %	15,62 %	14,38 %
Vestre Viken	93,32 %	94,12 %	88,73 %	14,81 %	14,94 %	14,09 %
Østfold	99,18 %	101,52 %	94,00 %	9,94 %	10,18 %	9,42 %
Sum				100,00 %	100,00 %	100,00 %

Representantene fra Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF og Psykiatrien i Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF har bemerket at det ikke er godtgjort et kunnskapsgrunnlag eller skjønnsmessig rasjonale for å bruke befolkningstall kvadrert som et kriterium, heller ikke for denne høye innvektningen av folketall pr kommune kvadrert. Den fullstendige merknaden er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

Representanten fra Lovisenberg Diakonale Sykehus AS har bemerket at det synes å være godt grunnlag for en innvektning av kriteriet "folketall pr kommune kvadrert" i den størrelsen orden som er gjort. Den fullstendige merknaden er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

2. Behovskomponenten

2.4 Bruk av modellen på nivå under sykehusområde

Som mandatet fastsetter har prosjektgruppen arbeidet med en inntektsmodell som har sykehusområde som tildelingsenhet. Helse Sør-Øst RHF består i det perspektiv av 7 enheter:

- Akershus
- Innlandet
- Oslo
- Sørlandet
- Vestre Viken
- Telemark og Vestfold
- Østfold

To av sykehusområdene består av mer enn én juridisk enhet. Det er med andre ord behov for å splitte tildelingen til sykehusområdet på flere juridisk selvstendige enheter. Også for sykehusområder som ikke bygges opp av flere selvstendige juridiske enheter kan det tenkes å være ønskelig med en inntektsmodell for fordeling på et lavere nivå.

Prosjektgruppen er av den oppfatning at modellen bør brukes med forsiktighet og kun etter nøye overveielse på områder som er mindre enn sykehusområdene. Det vil også være slik at jo mindre homogene de lavere enhetene er, jo mindre egnet vil inntektsmodellen, slik den er tatt frem for sykehusområdenivået, være.

Begrensingene for bruk på lavere nivå går i stor grad ut på at behovskriteriene er tatt frem på nasjonalt og regionalt grunnlag, og vil være dårlig egnet til å få frem forskjeller innen små, mer ensartede populasjoner. Det kan tenkes at mange andre parametere ville gi signifikant utslag for variasjoner i behov når populasjonen bare består av mindre enn 10 % av den populasjonen som opprinnelig ble analysert.

Bruk av en slik inntektsmodell på lavere nivå, der egendekningen i opptaksområdet blir lav, stiller også andre krav til oppbygging av mobilitetskomponenten enn hva som er tilfelle i en modell med mer homogene enheter med høy egendekning.

3. Kostnadskomponenten

3 Kostnadskomponenten

Sykehusområdene har i utgangspunktet ikke like forutsetninger for å drive pasientbehandling selv om en tar hensyn til variasjoner i befolkningens behov for helsetjenester. Dette skyldes flere forhold som varierer mellom sykehus, og som påvirker kostnadene. Eksempler på slike forhold er variasjoner i undervisningsbelastning, forskningsaktivitet og ulike funksjoner. Det er et uttrykt mål å skape mest mulig like forutsetninger for å drive pasientbehandling. En må da kompensere sykehusene for kostnader utover rene behandlingstilbud.

I dette kapitlet presenteres prosjektgruppens forslag til kostnadskomponent. Utgangspunktet for kostnadskomponentene som er valgt, er i hovedsak de kostnadskomponenter som benyttes i modellen for somatikk Allikevel er innholdet og fremgangsmåten for å beregne kompensasjonene noe annerledes. Det er valgt å kompensere for kostnader til forskningsaktivitet og utdanning av psykiatere. Andel ikke-vestlige innvandrere hensyntas i forhold til en merkostnad pr døgn og konsultasjon, mens reiseavstand baserer seg på antall innbyggere med kort, middels og lang reiseavstand til nærmeste behandlingstilbud.

3.1 Delkomponent for forskning

Hypotesen som ligger til grunn for denne kostnadskomponenten er at de sykehusene som har stor produksjon av forskningspoeng også har høyere kostnader i behandlingsaktiviteten enn sykehus med lavere forskningsaktivitet. Analyser gjort innenfor somatikk bekrefter en slik sammenheng. Delkomponenten for forskning skal kompensere for denne høyere kostnaden. Analysene innenfor somatikk er gjort på data fra alle norske sykehus og er dokumentert i Hagen (2007). Prisen på kr 470.000 per forskningspoeng er basert på estimater fra kostnadsanalyser gjennomført på 2005-data. Estimaten kan også fange opp kostnader forbundet med undervisning av medisin-studenter, siden sykehusenes innsats i medisinerundervisningen og sykehusenes forskningsaktivitet er sterkt korrelert.

En har ikke hatt datagrunnlag på kostnader pr aktivitetseenhet (oppholdsdøgn og konsultasjoner) som har gjort det mulig å beregne en kostnad pr forskningspoeng basert på variasjoner i kostnader til behandlingsaktivitet. Kostnadskompensasjonen for forskning innen psykisk helsevern er derfor beregnet med samme sats som den som er funnet innen somatikken.

Det har pt ikke latt seg fremskaffe konkrete tall for forskningspoeng som er produsert innen psykisk helsevern. Det er derfor benyttet tall fra rapportering av kostnader til forskning som rapportert til Helse Sør-Øst RHF pr 31.12.09. Fra denne rapporteringen finner vi:

3. Kostnadskomponenten

Direkte driftskostnader til forskning				
Sykehusområde	Totalt	herav PH	PH i % av totalt	Andel av PH
Akershus	71 421	5 894	8,3 %	4,75 %
Innlandet	23 587	7 191	30,5 %	5,80 %
Oslo	824 187	71 048	8,6 %	57,28 %
Sørlandet	27 135	8 136	30,0 %	6,56 %
Telemark og Vestfold	43 038	14 393	33,4 %	11,60 %
Vestre Viken	43 238	13 978	32,3 %	11,27 %
Østfold	14 441	3 395	23,5 %	2,74 %
Sum	1 047 046	124 035	11,8 %	100,00 %

Tabellen gir en oversikt over driftskostnader til total forskningsproduksjon og innenfor psykisk helsevern i sykehusområdene for 2009.

Fra tabellen ser vi at forskning innen psykisk helsevern utgjør 11,8% av de totale driftskostnadene til forskning. Av kostnadene som brukes til forskning innen psykisk helsevern benyttes ca 57 % av disse i Oslo sykehusområde. Vestre Viken og Telemark og Vestfold har en andel av kostnadene til forskning omtrent svarende til deres andel av behovskomponenten.

For beregning av kostnadskompensasjon for forskningsaktivitet innen psykisk helsevern går vi i de videre beregninger ut fra at produksjon av ett forskningspoeng har samme kostnadsnivå innen psykisk helsevern som innen somatikk, og at kostnad pr forskningspoeng er lik i alle sykehusområder. For 2008 var total forskningsaktivitet i sykehusområdene Helse Sør-Øst 1668 poeng, uttrykt som poeng hos NIFU-STEP. Med en andel på 11,8 % gir dette 198 forskningspoeng som grunnlag for å beregne kostnadskompensasjon for forskning innen psykisk helsevern, og kostnadskompensasjon pr sykehusområde som følger:

Sykehusområde	Kompensasjon
Akershus	5 446
Innlandet	6 644
Oslo	65 646
Sørlandet	7 517
Telemark og Vestfold	13 299
Vestre Viken	12 915
Østfold	3 137
Sum	114 605

Delkomponenten pr sykehusområde kalkuleres som:

$$\text{Andel av forskningsaktiviteten i definert periode (her 2009)} * \text{Antall forskningspoeng som totalt sett kompenseres} * \text{Pris pr forskningspoeng (kr 579.000 pr 2010)}$$

3.2 Delkomponent for undervisning

Danielsen og Hollekim (2007) har gjennomført en mikrokostnadsanalyse av kostnader innen somatikk fra alle sykehusene i Helse Midt-Norge. Resultatet fra analysen er usikre, men gir

3. Kostnadskomponenten

en viss støtte til at sykehusenes kostnader øker med antall assistentleger. Analysen konkluderer med at merkostnadene primært er knyttet til de første to årene i spesialiseringen, men merkostnaden som er satt er et gjennom snitt over hele spesialiseringsperioden. Merkostnaden var satt til kr 100.000 i 2007, og prisjustert til 2010 gir det en kompensasjon pr årsverk på kr 114.000. Tabellen under viser antall årsverk psykiatere under spesialisering (LIS).

Sykehusområde	Kompensasjon	LIS 2009
Akershus	2 967	26
Innlandet	3 994	35
Oslo	12 494	110
Sørlandet	3 537	31
Vestfold-Telemark	3 651	32
Vestre Viken	5 021	44
Østfold	3 149	28
Sum	34 813	305

Tabell viser antall leger i spesialisering (fra Hdir)

Delkomponenten pr sykehusområde kalkuleres som:

$$\frac{\text{Antall leger i spesialisering og psykologspesialister under utdanning}}{\text{Pris pr "utdannings-årsverk"}}$$

3.3 Delkomponent for ikke-vestlige innvandrere

Kostnadsanalysene som ble gjennomført i forbindelse med inntektsmodellarbeidet i 2008 viser at økende andel ikke-vestlige innvandrere øker sykehusenes kostnadsnivå innenfor somatikken. Arbeidsgruppen er omforent om at dette vil være tilfelle også innen psykisk helsevern. Økte kostnader til behandling av ikke-vestlig innvandrere knytter til mange forhold, hvor en hovedutfordring er kommunikasjon som følge av at disse ikke snakker norsk eller engelsk. Blant forhold som er vektlagt er:

- kostnader til tolk
- økt bruk av behandler-ressurser som følge av språkvansker
- høyere andel ikke-møtt til time
- større behov for å møte pasienten utenfor poliklinikk/institusjon.

En har ikke hatt konkrete data tilgjengelig for å kunne beregne estimert økning i kostnader pr konsultasjon og oppholdsdøgn som følge av at pasienten er ikke-vestlig innvandrer. Arbeidsgruppen har skjønnsmessig satt merkostnadene knyttet til slike pasienter som følger:

- 30% for polikliniske/ambulante konsultasjoner
- 20% for døgnopphold.

Ikke-vestlige innvandrere er definert som innvandrere med fødeland i Øst-Europa, Afrika, Asia inkl Tyrkia og Mellom- og Sør-Amerika, i 1. generasjon, altså der hvor en forventer at pasientene ikke vil beherske verken norsk eller engelsk. En antar at språk- og

3. Kostnadskomponenten

kulturutfordringene, som dette i stor grad er knyttet til, er små for 2. generasjons innvandrere og senere.

Den neste tabellen viser andel ikke-vestlig befolkning i de ulike sykehusområdene. Tabellen viser også aktivitet (døgn og konsultasjoner) på pasienter fra eget sykehusområdet.

Sykehusområde	Andel ikke-vestl. innv. i befolkn	Konsultasjoner 08	Døgn 08
Akershus	14,1 %	116 524	56 908
Innlandet	3,7 %	150 242	113 317
Oslo	16,6 %	330 322	193 111
Sørlandet	6,1 %	154 352	80 588
Telemark og Vestfold	5,8 %	201 866	95 608
Vestre Viken	8,5 %	167 918	112 153
Østfold	7,7 %	86 915	66 944
Sum		1 208 138	718 629

Tabellen viser andel ikke-vestlig befolkning, og antall konsultasjoner og døgn for egen befolkning.

Basert på en døgnpris på kr 6.650,- og en konsultasjonspris på kr 1.660,- gir dette følgende kostnadskompensasjon knyttet til ikke-vestlige innvandrere:

Sykehusområde	Kompensasjon
Akershus	18 815
Innlandet	8 370
Oslo	69 850
Sørlandet	11 215
Telemark og Vestfold	13 260
Vestre Viken	19 684
Østfold	10 150
Sum	151 345

Delkomponenten pr sykehusområde kalkuleres som:

$$\begin{array}{ccccc} \text{Andel ikke-vestlige} & & \text{Antall døgn og} & & \text{Merkostnad pr} \\ \text{innvandrere i} & * & \text{konsultasjoner for egen} & * & \text{døgn og} \\ \text{opptaksområdet} & & \text{befolkning} & & \text{konsultasjon} \end{array}$$

3.4 Delkomponent for lange reiseavstander

Geografi og bosettingsmønster varierer i stor grad mellom sykehusområdene i Helse Sør-Øst. Dette gir flere av sykehusområdene kostnadmessig utfordringer ved det å skulle yte likeverdig tjenestetilbud til hele befolkningen. Utfordringene ved spredt bosetting viser gjennom

1. etablering av mange, små enheter
2. mye tid brukt på reise for å møte pasienten

oftest vil det gjerne være kombinasjoner av disse to forholdene, hvor 1 er mest gjeldende for VOP generelt, og 2 for BUP og alderspsykiatri (pasienter over 65 år).

3. Kostnadskomponenten

Prinsipielt tenker en seg likevel at kompensasjonsmodellen er lik for de 3 ulike gruppene og kan skisseres som:

$$\begin{array}{l} \text{Antall innbyggere i} \\ \text{kommuner med lang} \\ \text{reiseavstand} \end{array} * \begin{array}{l} \text{Kompensasjon pr innbygger i} \\ \text{disse kommunene} \end{array}$$

3.4.1 Voksenpsykiatri, eks befolkning over 65 år

DPS

Utgangspunktet for avstandsberegningene er her DPS-enheter som er lokalisert i kommuner med mer enn 7.000 innbyggere. Noen helseforetak har valg å plassere små enheter i mindre kommuner med store avstander til neste nærmeste DPS. Det anses at dette gir merkostnader ved spredt bebyggelse i samme størrelsesorden som å dekke behovet med ambulant virksomhet eller i større grad ta pasienter inn til døgnopphold. Følgende kommuner er utgangspunkt for avstandsberegningene av avstand til nærmeste DPS:

Sykehusområde	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Kommune med DPS	Eidsberg	Kongsvinger	Ski	Grimstad	Holmestrand	Bærum	Moss
	Skedsmo	Hamar	Oslo	Arendal	Borre	Asker	Fredrikstad
	Ullensaker	Elverum		Tvedestrand	Tønsberg	Drammen	Sarpsborg
		Tynset		Kristiansand	Larvik	Kongsberg	
		Lillehammer		Mandal	Sandefjord	Ringerike	
		Gjøvik		Flekkefjord	Porsgrunn		
		Gran		Farsund	Skien		
		Vestre Toten			Notodden		

Antall innbyggere i alderen 18 – 64 år innenfor de ulike avstandsgruppene til nærmeste DPS:

Antall innbyggere med reiseavstand x km	100 +	70 - 100	35 - 70	-35	Sum
Akershus	-	-	1 944	144 062	146 006
Innlandet	15 583	15 079	24 410	178 976	234 048
Oslo	-	-	-	462 797	462 797
Sørlandet	1 403	2 301	7 317	157 958	168 979
Vestfold-Telemark	4 438	5 992	14 238	219 608	244 276
Vestre Viken	11 513	1 998	10 309	237 226	261 046
Østfold	-	-	823	164 259	165 082
Sum	32 937	25 370	59 041	1 564 886	1 682 234

Økte kostnader i gjennomsnitt pr innbygger i kommuner som kommer inn under de ulike avstandsgruppene. Beløpene er skjønsmessig fastsatt og gjenspeiler merkostnader i forhold til om reiseavstand var under 35 kilometer:

Antall km	100 +	70 - 100	35 - 70	- 35
Kostn pr innbygger	1 000	500	-	-

Sykehus psykiatri

Utgangspunktet for avstandsberegningene er her sykehusavdelinger i de enkelte sykehusområdene. Sykehusområdene er definert med lokasjon av sykehusavdelinger i 1 til 2

3. Kostnadskomponenten

kommuner. Oslo og Akershus er definert med kun en kommune med sykehusavdeling.
Kommuner definert som utgangspunkt for avstandsberegning til nærmeste sykehusavdeling:

Sykehusområde	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Kommune med sykehusavdeling	Skedsmo	Vestre Toten Hamar	Oslo	Kristiansand Arendal	Tønsberg Skien	Drammen Asker	Fredrikstad

Antall innbyggere i alderen 18 – 64 år innenfor de ulike avstandsgruppene til nærmeste sykehusavdeling:

Antall innbyggere med reiseavstand x km	100 +	70 - 100	35 - 70	- 35	Sum
Akershus	-	380	53 992	91 634	146 006
Innlandet	42 657	30 998	73 177	87 216	234 048
Oslo	-	-	38 200	424 597	462 797
Sørlandet	7 759	15 649	27 298	118 273	168 979
Vestfold-Telemark	8 910	11 652	83 134	140 580	244 276
Vestre Viken	14 331	3 430	50 340	192 945	261 046
Østfold	-	2 045	61 256	101 781	165 082
Sum	73 657	64 154	387 397	1 157 026	1 682 234

Økte kostnader i gjennomsnitt pr innbygger i kommuner som kommer inn under de ulike avstandsgruppene. Beløpene er skjønsmessig fastsatt og gjenspeiler merkostnader i forhold til om reiseavstand var under 35 kilometer:

Antall km	100 +	70 - 100	35 - 70	- 35
Kostn pr innbygger	1 000	-	-	-

Kostnadskompensasjon for lange reiseavstander innen VOP totalt:

Sykehusområde	VOP
Akershus	-
Innlandet	65 780
Oslo	-
Sørlandet	10 313
Vestfold-Telemark	16 344
Vestre Viken	26 843
Østfold	-
Sum	119 279

3.4.2 BUP

Utgangspunktet for avstandsberegningene er her sentralsykehusenhetene i helseforetakene/sykehusene.

Sykehusområde	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Kommune med BUP-avdeling	Skedsmo	Vestre Toten Hamar	Oslo	Kristiansand Arendal	Tønsberg Skien	Drammen Asker	Fredrikstad

3. Kostnadskomponenten

Antall innbyggere i alderen 0 – 17 år innenfor de ulike avstandsgruppene:

Antall innbyggere med reiseavstand x km	100 +	70 - 100	35 - 70	- 35	Sum
Akershus	-	132	21 124	35 825	57 081
Innlandet	15 271	10 655	26 150	30 503	82 579
Oslo	-	-	15 594	128 018	143 612
Sørlandet	2 966	6 727	10 939	45 839	66 471
Vestfold-Telemark	3 162	3 916	29 965	51 151	88 194
Vestre Viken	5 188	1 166	17 220	76 414	99 988
Østfold	-	723	22 844	36 464	60 031
Sum	26 587	23 319	143 836	404 214	597 956

Økte kostnader i gjennomsnitt pr innbygger i kommuner som kommer inn under de ulike avstandsgruppene. Beløpene er skjønsmessig fastsatt og gjenspeiler merkostnader i forhold til om reiseavstand var under 35 kilometer:

Antall km	100 +	70 - 100	35 - 70	- 35
Kostn pr innbygger	1 000	600	-	-

Kostnadskompensasjon for lange reiseavstander innen BUP:

Sykehusområde	BUP
Akershus	79
Innlandet	21 664
Oslo	-
Sørlandet	7 002
Vestfold-Telemark	5 512
Vestre Viken	5 888
Østfold	434
Sum	40 578

3.4.3 Alderspsykiatri

Utgangspunktet for avstandsberegningene er her sentralsykehusenhetene i helseforetakene/sykehusene.

Sykehusområde	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Kommune med alderspsyk-avdeling	Skedsmo	Vestre Toten Hamar	Oslo	Kristiansand Arendal	Tønsberg Skien	Drammen Asker	Fredrikstad

Antall innbyggere i alderen 65 år og eldre innenfor de ulike avstandsgruppene:

3. Kostnadskomponenten

Antall innbyggere med reiseavstand x km	100 +	70 - 100	35 - 70	- 35	Sum
Akershus	-	159	11 075	18 057	29 291
Innlandet	14 460	10 349	20 381	24 920	70 110
Oslo	-	-	7 728	75 171	82 899
Sørlandet	2 246	4 136	7 140	26 620	40 142
Vestfold-Telemark	2 735	3 829	22 320	35 328	64 212
Vestre Viken	4 455	1 052	12 994	44 806	63 307
Østfold	-	687	15 499	26 614	42 800
Sum	23 896	20 212	97 137	251 516	392 761

Økte kostnader i gjennomsnitt pr innbygger i kommuner som kommer inn under de ulike avstandsgruppene. Beløpene er skjønsmessig fastsatt og gjenspeiler merkostnader i forhold til om reiseavstand var under 35 kilometer

Antall km	100 +	70 - 100	35 - 70	- 35
Kostn pr innbygger	400	240	-	-

Kostnadskompensasjon for lange reiseavstander innen alderspsykiatri:

Sykehusområde	Alder
Akershus	38
Innlandet	8 268
Oslo	-
Sørlandet	1 891
Vestfold-Telemark	2 013
Vestre Viken	2 034
Østfold	165
Sum	14 409

3.4.4 Sum

Basert på gitte forutsetninger og vurderinger blir sum kompensasjon for lange reiseavstander innen sykehusområdet som vist under:

Sykehusområde	Sum	VOP	BUP	Alder
Akershus	117	-	79	38
Innlandet	95 711	65 780	21 664	8 268
Oslo	-	-	-	-
Sørlandet	19 206	10 313	7 002	1 891
Vestfold-Telemark	23 869	16 344	5 512	2 013
Vestre Viken	34 765	26 843	5 888	2 034
Østfold	599	-	434	165
Sum	174 267	119 279	40 578	14 409

Representantene fra Oslo Universitetssykehus HF og Lovisenberg diakonale sykehus AS har bemerket at det ikke synes å være grunnlag for å kompensere for reiseavstander til døgnbehandling. De fullstendige merknadene er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

3. Kostnadskomponenten

3.5 Oppsummering kostnadskomponenten

Tabellen under oppsummerer prosjektgruppas forslag til kostnadskomponent.

Sykehusområde	Total kompensasjon	Andel av total	Forskning	Under-visning	Ikke-vestlig innvandrere	Avstand
Akershus	27 345	5,8 %	5 446	2 967	18 815	117
Innlandet	114 720	24,1 %	6 645	3 994	8 370	95 711
Oslo	147 993	31,2 %	65 649	12 494	69 850	-
Sørlandet	41 476	8,7 %	7 518	3 537	11 215	19 206
Telemark og Vestfold	54 079	11,4 %	13 299	3 651	13 260	23 869
Vestre Viken	72 386	15,2 %	12 916	5 021	19 684	34 765
Østfold	17 035	3,6 %	3 137	3 149	10 150	599
Sum	475 034	100 %	114 609	34 813	151 345	174 267

Tabellen oppsummerer prosjektgruppens forslag til kostnadskomponent. Tall i 1000 kr.

4 Mobilitetskomponenten

Dersom en pasient mottar sin spesialisthelsetjenestebehandling på et sykehus utenfor pasientens opptaksområde utløses en betalingsforpliktelse fra helseforetaket som pasienten tilhører til den institusjonen som behandler pasienten. I dette kapitlet diskuterer prosjektgruppen hvordan denne betalingsforpliktelsen bør utformes. Før diskusjonen om hvordan mobilitetskomponenten bør utformes for framtiden, presenteres den ordning som gjelder for 2009.

4.1 Dagens gjestepasientordning

Betaling for intern mobilitet mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst er i 2009 i hovedsak en videreføring av de ordninger som gjaldt før sammenslåingen av tidligere Helse Sør og tidligere Helse Øst. Ordningen innebærer at døgnopphold i ett sykehus/helseforetak kan faktureres pasientens hjemstedsforetak dersom dette ligger i den andre tidligere regionen, altså at helseforetak/sykehus i tidl Helse Øst faktureres for pasienter bosatt i tidl Helse Sør og omvendt. Det er ikke fast noen standard pris som grunnlag for faktureringen, og heller ikke andre felles regler for oppgjørsordningen, som faktureringsfrister, varslingsplikt til hjemstedsforetaket, definisjon av bosted mv. Det er ikke oppgjør knyttet til polikliniske konsultasjoner og dagopphold, eller ved bruk av private institusjoner.

På nasjonalt nivå er det også anledning til å fakturere mellom regionene for døgnopphold, men det er heller ikke her definert priser eller andre regler knyttet til oppgjørsordningen. Helse- og omsorgsdepartementet har i enkelte tilfeller bestemt at bosted kan defineres som der pasienten har sitt faktiske oppholdssted, og ikke på folkeregistrert adresse.

4.2 Pasientstrømmer innen det psykiske helsevernet

Pasientstrømmene består både av pasienter som får behandling ved regionsfunksjoner, flerområdefunksjoner og av pasienter som benytter seg av fritt sykehusvalg. Omfanget av regions- og flerområdefunksjoner er relativt lite målet i antall oppholdsdøgn og konsultasjoner. De regionsfunksjoner som er definert gis en særskilt basisramme, og er også en del av det ordinære gjestepasientoppjøret for øvrig.

4.3 Enhetspriser knyttet til ulike behandlinger

Det defineres 4 ulike aktivitetstyper med en tilhørende gjennomsnittskostnad pr type:

- Døgnopphold VOP kr 6.650
- Polikliniske konsultasjoner VOP kr 1.660
- Døgnopphold BUP kr 6.650
- Polikliniske konsultasjoner BUP kr 1.660

Disse prisene danner utgangspunkt for gjestepasientoppjøret, som defineres med en marginalpris uttrykt i % av gjennomsnittskostnad for den enkelte oppholdstype.

Prisene er skjønsmessig fastsatt, men på bakgrunn av en enkel sammenheng der total basisramme til psykisk helsevern er delt ut på totalt antall døgn og konsultasjoner, både hos private og offentlig institusjoner og avtalespesialister.

4. Mobilitetskomponenten

Representanten fra Lovisenberg diakonale sykehus AS har bemerket det bør være en høyere satts for polikliniske konsultasjoner innen BUP. Den fullstendige merknaden er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

4.4 Prosjektgruppens vurdering

Gjestepasientoppgjøret skal i hovedsak dekke de direkte kostnader knyttet til behandling av én pasient ekstra (marginalkostnad). Tilbudet i helseforetakene skal være tilpasset befolkningen det skal ytes tjenester for, og kostnadselementer som overhead/felleskostnader, vedlikehold, renhold, strøm og lignende. De skal derfor ikke dekke fullt ut gjennomsnittskostnader. Det er heller ikke ønskelig at gjestepasientoppgjøret gir incitamentet til å bygge opp tilbud med tanke på å tiltrekke seg pasienter fra andre sykehusområder.

Aktiviteten ved de regionale avdelingene vil også inngå i gjestepasientoppgjøret med samme satser. Dette tas det hensyn til ved beregning av tilskudd til disse funksjonene utenfor modellen. Det vil også bli gjort en omfordeling for å skape budsjettøytralitet i forhold til det nye gjestepasientoppgjøret. Bakgrunnen for dette er gjestepasientoppgjøret etableres i sin helhet fra første år av innfasningen av modellen, mens de økonomiske omfordelingene gjøres over en lengre periode. Budsjettprosessen og beregning av inntektsrammer for 2011 vil håndtere dette.

Kostnadsdekningen på gjestepasientoppgjøret foreslås derfor satt til 80% av definert gjennomsnittskostnad.

4.5 Beregning av konsekvenser av endringer i gjestepasientoppgjøret

Netto internt GP for alle pasienter	
Sykehusområde	Beløp
Akershus	(23 577)
Innlandet	(1 471)
Oslo	83 990
Sørlandet	8 822
Vestfold-Telemark	(27 592)
Vestre Viken	(10 437)
Østfold	(29 735)
Sum	-

5. Private institusjoner og avtalespesialister med avtale med Helse Sør-Øst RHF

5 Private institusjoner og avtalespesialister med avtale med Helse Sør-Øst RHF

Kriteriebasert inntektsfordeling etter behovsmodell fordrer at det tas hensyn til de økonomiske aspekter av befolkningens bruk av helsetjenester som ikke finansieres av sykehusområdene. Dersom dette ikke gjøres vil inntektsfordelingen skape grunnlag for et mer omfattende tjenestetilbud til befolkningen i de sykehusområder som benytter relativt mye av de typer tjenester som finansieres av andre (i denne sammenheng: RHF).

Helse Sør-Øst RHF har for 2010 inngått avtaler med 9 private institusjoner og om lag xxx private spesialister om leveranser av tjenester innen psykisk helsevern. Økonomisk ramme for avtalene er ca 370 millioner kroner for de private institusjonene og ca 220 millioner kroner for de private avtalespesialistene.

5.1 Private avtalespes. og inst. som kan identifiseres i NRP-data for 08

Gjennom NPR er det for 2008 kun tilgjengelig aktivitetsdata fra 3 av de 9 institusjonene. Disse 3 er Bergfløtt behandlingssenter, Modum Bad og Oslo Hospital, med en total avtalekostnad på ca 200 millioner kroner. Bruken av de tjenestene som kjøpes varierer i stor grad mellom de ulike sykehusområdene, Tabellen under viser oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner ved de 3 institusjonene som har levert data til NPR på eget institusjonsnummer, samt private avtalespesialister:

Aktivitet	Sum	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Antall oppholdsdøgn v/institusjoner	44 352	2 272	2 661	19 312	2 412	5 299	10 027	2 369
Antall konsultasjoner v/institusjoner	13 049	688	338	1 363	307	460	9 660	233
Antall konsultasjoner v/avt.spes.	365 007	34 471	35 447	143 849	23 661	42 208	56 500	28 871
Andeler								
Oppholdsdøgn v/institusjoner	100,0 %	5,1 %	6,0 %	43,5 %	5,4 %	11,9 %	22,6 %	5,3 %
Konsultasjoner v/institusjoner	100,0 %	5,3 %	2,6 %	10,4 %	2,4 %	3,5 %	74,0 %	1,8 %
Konsultasjoner v/avt.spes.	100,0 %	9,4 %	9,7 %	39,4 %	6,5 %	11,6 %	15,5 %	7,9 %

Kilde: NPRdata for 2008

Etttersom avtalene med de private institusjonene ikke skiller på betaling for polikliniske tjenester og døgn tjenester, må disse vektet mot hverandre for å finne andeler av bruk av det totale avtalevolumet. I tabellen under er dette gjort med vektning døgn:konsultasjon 1:4.

Aktivitet	Sum	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Bruk av private institusjoner	47 614	2 444	2 746	19 652	2 489	5 414	12 442	2 427
Andeler								
Bruk av private institusjoner	100,0 %	5,1 %	5,8 %	41,3 %	5,2 %	11,4 %	26,1 %	5,1 %

Tabellen synliggjør at det er sykehusområdene Oslo og Vestre Viken som benytter større andeler av de private tjenestene enn hva behovet etter behovskomponenten skulle tilsi.

5. Private institusjoner og avtalespesialister med avtale med Helse Sør-Øst RHF

Sykehusområde	Differanse i kr mot inndekning etter behovskomp	Betaling private institusjoner	Andel private institusjoner	Differanse i kr mot inndekning etter behovskomp	Betaling avt.spes	Andel priv. avt.spes
Akershus	10 122	10 370	5,1 %	1 541	20 777	9,4 %
Innlandet	15 082	11 648	5,8 %	7 746	21 365	9,7 %
Oslo	(25 888)	83 374	41,3 %	(24 093)	86 702	39,4 %
Sørlandet	10 195	10 558	5,2 %	8 342	14 261	6,5 %
Telemark og Vestfold	6 085	22 969	11,4 %	6 202	25 440	11,6 %
Vestre Viken	(24 331)	52 784	26,1 %	(3 066)	34 054	15,5 %
Østfold	8 735	10 297	5,1 %	3 327	17 401	7,9 %
Sum	(0)	202 000	100 %	(0)	220 000	100 %

5.2 Institusjoner som ikke kan identifiseres i NRP-data for 2008

De 6 institusjonene som ikke har levert aktivitetsdata til NPR på eget institusjonsnummer, og som derfor ikke er identifiserbare, representerer en total avtalekostnad på ca 170 millioner kroner.

Tabellen under viser hvilke institusjoner dette er snakk om, kostnaden, antall plasser og oppholdsdøgn som fremgår av avtalen for 2010. Den viser også hvilke opptaksområder som primært betjenes gjennom avtalen (dette er konkret angitt i enkelte av avtalene):

Institusjon	kroner	senger / døgnplasser	døgn	opptaksomr
Furukollen	20 000	20	7 300	Oslo/Follo
Grefsenlia	32 000	23		Ahus
Larkollen	26 000	14	4 645	Oslo
Manifestsenteret	28 000	12	4 380	Oslo/Follo
Skjelfoss	28 000	25	9 125	Oslo 21 pl, Ahus 4 pl
Østbytunet	34 000	18	4 120	Ahus&VV
Sum	168 000	112	29 570	

Inndekning kan i hovedsak gjøres på to ulike prinsipper. Det ene er at helseforetakene finansierer dette tilbudet basert på hvem som er "tilordnet" kapasiteten. Den andre er å trekke inn midlene utenfor modellen, som strengt tatt betyr at alle betaler med sin andre av behovskomponenten. De fordelingsmessige konsekvensene av de to alternativene er vist i tabellen under. Fordi det ikke er aktivitetsdata tilgjengelig, kan det være ønskelig å ta hensyn til at tjenestene er tilgjengelig for alle i regionen. Dette kan gjøres gjennom en miks av de to prinsippene. Arbeidsgruppen finner det rimelig å anta et visst belegg fra de sykehusområdene som ikke er tilordnet institusjonen, og det legges inn en inndekning gjennom behovskomponenten på 30% av avtalekostnaden. Konsekvens av dette er også vist i tabellen under.

5. Private institusjoner og avtalespesialister med avtale med Helse Sør-Øst RHF

Sykehusområde	Inndekning gjennom behovskomp	Inndekning gjennom "tilordning"	Differanse	Miks 70/30	Differanse mot 100% behov
Akershus	17 042	53 480	(36 438)	42 549	(25 506)
Innlandet	22 230		22 230	6 669	15 561
Oslo	47 810	97 520	(49 710)	82 607	(34 797)
Sørlandet	17 260		17 260	5 178	12 082
Telemark og Vestfold	24 163		24 163	7 249	16 914
Vestre Viken	23 664	17 000	6 664	18 999	4 665
Østfold	15 829		15 829	4 749	11 080
Sum	168 000	168 000	(0)	168 000	-

5.3 Arbeidsgruppens vurdering

Arbeidsgruppen foreslår at inndekning av RHF's kostnader til private avtaler gjøres etter følgende prinsipper:

- Avtalekostnader for private avtalespesialister trekkes fra helseforetakene etter deres andel av bruk av spesialister. Bruk av spesialister defineres her som antall konsultasjoner.
- Avtalekostnader for private institusjoner der aktivitetsdata er tilgjengelig gjennom NPR-data for 2008 trekkes fra helseforetakene etter deres andel av bruk av disse. Bruk defineres her som antall oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner, hvor konsultasjoner vektet ¼ av oppholdsdøgn
- Avtalekostnader for private institusjoner der aktivitetsdata ikke er tilgjengelig gjennom NPR-data for 2008 trekkes fra helseforetakene basert på en kombinasjon av tilordning av kostnad og behovskomponenten. Tilordning av avtalekostnader vektlegges 70% og behovskomponenten 30%.

Tabellen under viser økonomiske virkninger av å hensynta aktiviteten ved de private institusjonene og avtalespesialistene som beskrevet, og sett opp mot en inndekning av denne avtalekostnaden 100% fra behovskomponenten.:

Sykehusområde	Øk.om-fordelings-effekt	Andel behovskrit	Andel betaling private	Sum betaling private	Betaling private institusjoner	Betaling avt.spes	Betaling tilordnede priv inst
Akershus	(13 844)	10,1 %	12,5 %	73 695	10 370	20 777	42 549
Innlandet	38 389	13,2 %	6,7 %	39 682	11 648	21 365	6 669
Oslo	(84 777)	28,5 %	42,8 %	252 683	83 374	86 702	82 607
Sørlandet	30 619	10,3 %	5,1 %	29 998	10 558	14 261	5 178
Telemark og Vestfold	29 202	14,4 %	9,4 %	55 657	22 969	25 440	7 249
Vestre Viken	(22 732)	14,1 %	17,9 %	105 838	52 784	34 054	18 999
Østfold	23 143	9,4 %	5,5 %	32 448	10 297	17 401	4 749
Sum	-	100 %	100 %	590 000	202 000	220 000	168 000

Gruppen har diskutert hvorvidt det er grunnlag for å legge så stor vekt på faktisk forbruk ved institusjonene. Bakgrunn for diskusjonen har vært at sykehusområdene som har stor bruk av private selv har liten kontroll med hvilke pasienter som gis hvilken behandling. Dette er imidlertid en diskusjon som også tas i hovedprosjektgruppen, og hvor konklusjonen må se alle tjenestetyper som kjøpes inn fra private i sammenheng. Gruppen har derfor ikke ført diskusjonen

5. Private institusjoner og avtalespesialister med avtale med Helse Sør-Øst RHF

til bunns og har latt eventuelle uenighetsmerknader basert på valgt tilnærming for alle private tjenester ligge til hovedprosjektgruppen.

Representantene fra Oslo Universitetssykehus HF har bemerket at inndekning for kostnader ved private avtaler ikke bør gjøres fullt ut basert på forbruk. Den fullstendige merknaden er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

Representanten fra Lovisenberg diakonale sykehus AS har bemerket at det er viktig å ha et bevisst forhold til private tjenesteleverandørers betydning for tjenestetilbudet som leveres til det enkelte opptaksområde. Den fullstendige merknaden er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

6. Kobling mot strategi

6 Kobling mot strategi

I mandatet til prosjektgruppen står det at:

”Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte de vedtatte strategier og helsepolitiske målsom gjelder for Helse Sør-Øst. Spesielt skal modellen understøtte målet om likeverdige helsetjenester og vedtatt funksjonsfordeling.”

I dette kapitlet diskuterer prosjektgruppen hvordan den foreslåtte inntektsmodellen understøtter de vedtatte strategier og helsepolitiske mål som gjelder for Helse Sør-Øst RHF og har valgt å fokusere på at faktisk forbruk skal konvergerer mod forventet behov.

En viktig målsetning med inntektsmodellen er at den skal understøtte målet om likeverdige helsetjenester. For å oppnå denne målsettingen har prosjektgruppen lagt til grunn at inntektsmodellen skal bidra til å sikre at alle sykehusområdene får like muligheter til å gi sin befolkning et godt tilbud av spesialisthelsetjenester av god kvalitet.

Det kan være ulike oppfatninger rundt hva som menes med like muligheter, men prosjektgruppen legger til grunn at det med like muligheter menes at alle sykehusområdene skal kunne være i stand til å gi sin befolkning et forbruk av spesialisthelsetjenester som tilsvarer forventet behov. Denne tolkningen er i samsvar med hva som er presisert i mandatet.

Gode behovspredikasjoner er et viktig element i å sørge for best mulig forutsetninger til å levere likeverdige helsetjenester. De behovskriterier som foreslås benyttet i modellen bygger på de siste og mest omfattende analyser som er gjort i Norge. Prosjektgruppen anser derfor at bruk av disse kriteriene på best mulig måte legger til rette for en inntektsfordeling som støtter målet om å skape likeverdige helsetjenester til hele befolkningen.

Tabellen under viser faktisk forbruk av ulike ”tjenestetyper” og en samvekting (”aktivitetspoeng”) av disse. I samvektingen er oppholdsdøgn VOP og BUP gitt samme vekt, og konsultasjoner VOP, BUP og avtalespesialister gitt samme vekt, lik 25% av døgn-vekten.

Sykehusområde	Antall døgn NPR 08 VOP	Antall døgn NPR 08 BUP	Antall kons NPR 08 VOP	Antall kons NPR 08 BUP	Antall kons NPR 08 avt.spes	Sum "aktivitets poeng"
Akershus	68 209	3 622	85 665	53 968	34 471	115 291
Innlandet	117 290	7 136	96 595	65 451	35 447	173 725
Oslo	211 210	10 687	222 885	118 707	143 849	343 075
Sørlandet	83 018	2 219	96 144	60 693	23 661	130 294
Telemark og Vestfld	101 571	5 462	134 830	72 068	42 208	169 216
Vestre Viken	124 786	5 301	111 353	75 913	56 500	190 937
Østfold	69 550	5 275	38 630	52 405	28 871	104 756
Sum/gj.sn	775 634	39 702	786 102	499 205	365 007	1 227 294

I tabellen under er det vist ”aktivitetspoeng” pr innbygger i hvert sykehusområde, og en forbruksindeks basert på gjennomsnittlig aktivitets pr innbygger i regionen totalt. Tabellen viser også

6. Kobling mot strategi

behovsindeksen og hvorvidt sykehusområdet har et under- eller overforbruk av spesialisthelsetjenester (forbruk vs behov, hvor underforbruk har negativt fortegn)

Sykehusområde	Innbyggere	Sum "aktivitets poeng"	AKT-poeng pr innb	Forbruksindeks	Behovsindeks	Forbruk vs behov
Akershus	288 049	115 291	0,40	87,2 %	94,13 %	-6,96 %
Innlandet	386 737	173 725	0,45	97,8 %	91,46 %	6,38 %
Oslo	633 637	343 075	0,54	117,9 %	120,05 %	-2,13 %
Sørlandet	275 592	130 294	0,47	103,0 %	99,65 %	3,32 %
Telemark og Vestfld	396 682	169 216	0,43	92,9 %	96,92 %	-4,01 %
Vestre Viken	424 341	190 937	0,45	98,0 %	88,73 %	9,27 %
Østfold	267 913	104 756	0,39	85,2 %	94,00 %	-8,85 %
Sum/gj.sn	2 672 951	1 227 294	0,46			

6.1 Prosjektgruppens vurdering

For å bidra til å nå målsettingen om at faktisk forbruk skal konvergere mot forventet behov foreslår prosjektgruppen at inntektsmodellen ikke skal gi økte inntekter til sykehusområder som har et faktisk forbruk som ligger signifikant over forventet behov. Tilsvarende skal inntektsmodellen ikke gi reduserte inntekter til sykehusområder som har et forbruk som ligger signifikant under forventet behov. Argumentet bak forslaget er at dersom et sykehusområde som ikke skal øke sitt forbruk får mer inntekter er det en risiko for at driften blir mer ineffektiv. Tilsvarende vil sykehusområder som skal øke sitt forbruk ikke få redusert bevilgning fordi forbruksøkningen vil medføre øke kostnader.

Prosjektgruppen foreslår at det legges et slingringsmonn på $\pm 2\%$ i vurderingen av forbruk vs behov. Dvs. at et for høyt (lavt) forbruk oppstår dersom faktisk produksjon er på minst 102 % (høyst 98 %) av behovet i det enkelte SO.

Det er prosjektgruppens syn at avkortning i inntekter som følge av for høyt forbruksnivå bidrar til at målet, å sette sykehusområdene i stand til å gi sin befolkning det samme gode tilbudet av spesialisthelsetjenester, nås. Dette følger fordi de avkortede midlene vil tilfalle sykehusområder som skal øke sitt forbruk, og fordi avkortningen vil kunne bidra til å redusere forbruket der det er for høyt.

Til slutt vil prosjektgruppen påpeke at den foreslåtte avkortningen bør følges opp med aktivitetskrav i de årlige driftsavtalene. Det bør med andre ord stilles ulike krav til aktivitetsutvikling for de sykehusområdene som per i dag har et faktisk forbruk som ligger over eller under forventet behov.

Prosjektgruppen vil også påpeke at aktivitets- og forbruksutviklingen må følges opp over tid, og at eventuell avkortning av inntekter fjernes når faktisk forbruk er på nivå med forventet forbruk.

Prosjektgruppen foreslår at de avkortede midlene fordeles ut til sykehusområdene etter hvor stor andel av behovsmodellen de ulike sykehusområdene har. Dette betyr i praksis at sykehusområder som har for høyt forbruk mottar en økt bevilgning tilsvarende sin andel av behovskriteriet på de midler som omfordeles.

Den neste tabellen viser effekten av prosjektgruppens forslag

6. Kobling mot strategi

Sykehusområde	Kobling mot forbruk
Akershus	16 201
Innlandet	21 132
Oslo	45 449
Sørlandet	(108 195)
Telemark og Vestfold	22 970
Vestre Viken	(12 605)
Østfold	15 047
Sum	(0)

Prosjektgruppen vil presisere at forbrukstallene er basert på det sist tilgjengelige datagrunnlaget fra Norsk Pasientregister (2008-data). Pasientdata fra 2009 vil bli tilgjengelig i løpet av mai 2010. Prosjektgruppen vil påpeke at forbrukstallene må oppdateres med 2009-tall, og at eventuelle endringer i forholdet mellom forbruk og behov inkorporeres i modellen.

7. Sammenligningsgrunnlag

7 Sammenligningsgrunnlag

De midler som fordeles gjennom modellen er i prinsippet de midler som regionen har fordelt til psykisk helsevern i 2010 i driftsavtalene til helseforetakene og de private, ideelle sykehusene

Til og med 2009 var inntektsrammene i driftsavtalene spesifisert på tjenesteområder, dvs somatikk, psykisk helsevern og TSB. For 2010 er det ingen slik fordeling. Det er imidlertid gitt økt bevilgning til pasientbehandling over statsbudsjettet for 2010. Midlene er fordelt på helseforetak/ sykehus, men er ikke fordelt på tjenesteområder.

Begrunnelsen for ikke å splitte bevilgningen på tjenesteområder er å gi helseforetakene muligheten til mer fleksibel bruk av midlene for å utnytte samlet kapasitet i foretaket best mulig. Dette gjelder spesifikt mellom psykisk helsevern og TSB, men det er heller ikke spesifisert hvor mye som skal gå til somatikken.

I beregningen av et relevant sammenligningsgrunnlag til bruk i modellsammenheng, er det derfor her lagt til grunn en beregning som tar som utgangspunkt fordelingen av den tilsvarende økte bevilgningen i statsbudsjettet 2009. Samlet er det fordelt 286,3 mill kroner til generell økt aktivitet i driftsavtalene for 2010. En fordelingsandel på 30,0% som for 2009 tilsier at basisrammene til psykisk helsevern for 2010 øker med i alt 85,9 mill. kroner. I beregningen av sammenligningsgrunnlaget er disse midlene fordelt på helseforetak som i 2009.

Tilsvarende som for somatikkmodellen, er økt bevilgning til pensjoner i 2009 holdt utenom inntektsmodellen, og fordeles på siden av modellen. Det samme gjelder enkelte andre spesifikke tildelinger i budsjett for 2009 og 2010.

Det er også holdt utenfor modellen tilbud som er definert som regionale, jfr omtale i pkt 7.1. Sammenligningsgrunnlaget for inntektsmodellen innen psykisk helsevern fremkommer etter dette slik, tall i 1000 kroner:

Basisramme 2009 psykisk helsevern	8 455 798
Øk basis pensjoner 2009	(473 580)
Uttrekk av engangsbevilgninger og budsjettjusteringer 2009	(66 834)
Justert basisramme psykisk helsevern 2009	7 915 384
Lønns- og prisvekst 3,1% for 2010	245 377
Bevilgning til økt aktivitet 2010, fordelt som økt ramme i 2009.	83 022
Uttrekk fra modellen	(246 353)
Sum HF/sykehus basisramme 2010 - til fordeling i modellen	7 997 430

Sammenligningsgrunnlaget fordelt på sykehusområde fremkommer slik, tall i 1000 kroner:

7. Sammenligningsgrunnlag

Sykehusområde	Korrigert basisramme psykisk helsevern 2010 (sml.grl.)	
	000-kr	Andel
Akershus	774 465	9,7 %
Innlandet	1 174 214	14,7 %
Oslo	2 426 658	30,3 %
Sørlandet	729 169	9,1 %
Telemark og Vestfold	1 100 345	13,8 %
Vestre Viken	1 063 696	13,3 %
Østfold	728 883	9,1 %
Sum	7 997 430	100 %

I tillegg til disse 7,98 milliarder kroner fordeles også 590 millioner kroner som RHF kjøper tjenester fra private for. Det er beskrevet i kapittel 5 hvordan dette gjøres og den økonomiske omfordelingen som følger av dette i forhold å holde disse midlene utenfor modellen.

7.1 Funksjoner som holdes utenfor modellen

Det er i modellen lagt opp til at regionale funksjoner og særskilte funksjoner holdes utenfor fordeling i modellen. Det er identifisert 3 regionale behandlingsavdelinger: Regional Sikkerhetsavdeling, Regional Avdeling for spiseforstyrrelser og Regionalt senter for utviklingshemmede. Aktiviteten ved disse avdelingene inkluderes i det ordinære gjestepasientoppjøret, slik at deler av kostnadsdelingen mellom helseforetakene gjøres ved faktisk bruk. Skal i denne sammenheng også tas hensyn til at det sykehusområdet som har funksjonen(e) og selv skal "betale" sin egen bruk. Imidlertid vil kostnadene ved disse avdelingene overstige de variable inntektene som aktiviteten gir. Denne overskytende del av kostnadene kompenseres ved et tilskudd som ikke fordeles gjennom modellen.

Det er også lagt inn kompensasjon for drift av 11 regionale kompetansesentra (i størrelsesorden 1,5 – 9 millioner kroner pr stk) og for IKST og studenthelsetjeneste ved Oslo Universitetssykehus HF.

I alt holdes 246 millioner kroner utenfor fordeling i modellen for finansiering av slike funksjoner.

Arbeidsgruppen påpeker at det er viktig å følge med på at de funksjoner som defineres og finansieres som regionale og faktisk er det. Særlig gjelder dette for behandlingsavdelingene. Arbeidsgruppen ber om at Helse Sør-Øst RHF følger dette opp regelmessig og på bakgrunn av aktivitetsdata og pasientfordeling gjør vurderinger av om det er grunnlag for å opprettholde tjenestene som regionale, både faglig og økonomisk sett.

Representantene fra Oslo Universitetssykehus HF har bemerket oppfølging av de regionale funksjonene bør ligge til fagrådet for psykisk helsevern. Den fullstendige merknaden er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

8. Omfordelingsvirkninger og implementering

8 Omfordelingsvirkninger og implementering

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.

8.1 Omfordelingsvirkninger av modellen

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

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

8.2 Arbeidsgruppens vurdering av implementering

Arbeidsgruppen vil anbefale 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. Usikkerhetene rundt modellelementene er behandlet under de ulike kapitlene tidligere i rapporten. 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.

8. Omfordelingsvirkninger og implementering

Arbeidsgruppen anbefaler at gjestepasientoppkjøret etableres fullt ut. Det må i den forbindelse gjøres omfordelinger i basisramme med utgangspunkt å skape en budsjettøytral 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.

Grunnene til å utvise en forsiktighet i de økonomiske omfordelingene det første året er i hovedsak:

- Usikkerhet rundt enkelte elementer i modellen som det vil jobbes videre med å undersøke.
- Endringer i pasientstrømmer som vil komme som følge av blant annet nytt gjestepasientoppkjør vil endre utslagene.
- Befolkningsutviklingen har over tid gått i favør av Oslo, og det er antas at denne vil fortsette, slik at omfordelingene vil være mindre 2013 enn vha som er vist her.
- Aktivitetsvekst og inntektsøkning vil kunne bidra at omfordelingene blir implementert gjennom lavere vekst for Oslo, og således kun lavere relativ andel av inntektene, ikke reelt sett lavere inntekter.
- Overføringen av opptaksområder mellom Oslo og Akershus, som også vil medføre store endringer i inntektsnivå mellom de to sykehusområdene.

Årlig omfordeling av total omfordeling	10 %	45 %	45 %	100 %
Sykehusområde	2011	2012	2013	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)

Representanten fra Lovisenberg diakonale sykehus AS har bemerket at implementeringstakten må tilpasses omstillingen fra sykehusfunksjoner til DPS, og at det ikke bør øke utfordringene i overføringen av funksjoner mellom Oslo og Akershus. Den fullstendige merknaden er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

Referanser

NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.

Hagen, T. P. (2007): Budsjettmodell for Helse Nord RHF. HORN Skriftserie 2007:3. Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo

Danielsen og Hollekim (2007): Utdanning av legespesialister i Helse Midt-Norge: Kostnader og kvalitet. Masteroppgave. Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Sutton, M., H. Gravelle, S. Morris, A. Leyland, F. Windmeijer, C. Dibben og M. Muirhead (2002): *Allocation of Resources to English Areas. Individual and small area determinants of morbidity and use of healthcare resources*. Report. ISD Consultancy Service

J. Kalseth, R. Bremnes, S. Lilleeng, S. O. Ose (2010): *Behovsanalyse for det psykiske helsevernet, Helse Sør-Øst*. SINTEF - SINTEF Rapport.

Mortensen, P.B., C. B. Pedersen et al (2009). Effects of family history and place and season of birth of the risk of schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, vol. 340 (8): 603-608.

Brendan, D. K., E. O'Callaghan et al (2010). Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis in Ireland. *Schizophrenia research*, 116:75-89.

Vedlegg 1 – Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer

Fra representantene fra Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark og Psykiatrien i Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF:

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.

I forslaget er dette kriteriet ”befolkningstall kvadrert” skjønnsmessig tildelt en vekt på hele 9,5 prosent. Dette innebærer at vekten skjønnsmessig er satt til et nivå som er så høyt at den nye beregnede behovskomponenten for Oslo faktisk ligger høyere enn det som tilsvarer det historiske forbruket i Oslo.⁷ Leder av gruppen har argumentert for at behovskomponenten på denne måten bør tilpasses det historiske forbruket. Denne tilnærmingen er undertegnede uenig i og mener den bryter med de generelle prinsippene for oppbyggingen av en behovskomponent i en kriteriebasert modell.

Det er, slik vi ser det, ikke 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.

En vekting på 9,5% betyr at om lag 775 millioner legges inn i kriteriet. Undertegnede mener dette beløpet er betydelig høyere enn de faktiske merkostnader som skyldes urbaniseringsgrad alene og som ikke fanges opp av de øvrige kriteriene i modellen. Undertegnede mener at en vekting i størrelsesorden 1,5 – 2% er mer korrekt.

Undertegnede vil be om at det iverksettes et utviklingsarbeid i regi av Helse Sør-Øst for å skape et bedre kunnskapsgrunnlag for de faktiske kostnader som er forbundet med urbaniseringsgrad og som ikke fanges opp av de øvrige kriterier i behovskomponenten.

Som et av flere mulige eksempler vil undertegnede peke på at en innvekting på 9,5% f.eks innebærer at beregnet behovsindeks for Sørlandet Sykehus HF blir redusert fra 107,68 til 99,65. Ettersom behovsindeksen for SSHF blir nedjustert til fordel for Oslo innebærer dette at SSHF må avgi mer enn 110 mill.kr som ledd i en såkalt forbruksutjevning.

Totalt sett innebærer denne vektingen derfor omfordelingseffekter som undertegnede ikke kan akseptere.

Utgangspunktet for en ny modell må være å sikre alle HF lik mulighet til å yte likeverdige tjenester, ikke å videreføre ulikheter.

⁷ Kalibrering av modellen viser at en vekt på 8,5% vil sikre at behovsindeks for Oslo skal sammenfalle med forbruksindeksen, jfr. s. 13 i rapport.

Vedlegg 1

Carsten Bjerke Vestre Viken HF
Roy Madsen Sørlandet Sykehus HF
Anne Wenche Emblem Sørlandet Sykehus HF
Karine Løllke Sykehuset Østfold HF
Bjørn Dønheim Sykehuset Østfold HF
Halvor Kjølstad Sykehuset Telemark HF
Sven-Erik Hansen Psykiatrien i Vestfold HF
Kolbjørn Skarbø Sykehuset Innlandet HF
Jørgen Brabrand Sykehuset Innlandet HF

Fra representantene fra Oslo Universitetssykehus.

Kostnadskomponent – reiseavstand

Det synes ikke å være faglig grunnlag for å kompensere for lange avstander til sykehusavdelingene. Sykehusavdelingene foretar i minimal grad reiser til pasientens bosted. Det er i rapporten lagt til grunn en kompensasjon på anslagsvis 330 000 pr pasient pr år for pasienter som bor mer enn 10 mil unna en sykehusavdeling, mens det er lagt til grunn en kompensasjon på anslagsvis 22 000 kroner pr år pr pasient som bor mer enn 10 mil fra et DPS. Modellen bør ikke inkludere kompensasjon for reiseavstand til sykehusavdeling

Private institusjoner og avtalespesialister

Sykehusområdene bør ikke trekkes fullt ut for bruk av private tjenester (private institusjoner og avtalespesialister) siden foretakene ikke har styring med ressursbruken, og ikke kan prioritere hvilke plasser og avtaler man har behov for. Nivået på private tjenesteleverandører er historisk begrunnet, særlig knyttet til private avtalespesialister.

Vurdering av regionale funksjoner

Det er viktig å sikre en dynamisk utvikling av det fremtidige psykisk helsevernet. Det er derfor viktig at det er en kontinuerlig vurdering av hva som til enhver tid bør være regionale funksjoner som finansieres utenfor modellen. Fagrådet innenfor psykisk helsevern bør tillegges denne oppgaven.

Frode Larsen, Oslo Universitetssykehus HF
Hilde Harwiss, Oslo Universitetssykehus HF
Kjetil Måseide, Oslo Universitetssykehus HF

Fra representanten fra Lovisenberg diakonale sykehus AS.

Innledning

Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) tar til etterretning grunnprinsippene i at finansiering av HF/sykehus bør skje ved bruk av en finansieringsmodell. Modellen bør bygge på

Vedlegg 1

beregnet behov for- og kostnader med spesialisthelsetjenester. En modell som bygger på objektive kriterier og som ikke kan påvirkes av tilbudssiden har mange fordeler. Dette prinsippet er samtidig denne modellens svakhet. Det mangler objektive data som kan forklare antatt behov, data som årlig kan observeres. Det mangler også objektive data for å beskrive variasjon i kostnader på flere områder. Mangelen på sikre data bør få den konsekvens at man avventer med å innføre modellene.

Rapporten preges av hvor komplekst og vanskelig arbeidet med modellutvikling er. Det er et pedagogisk, kanskje også et demokratisk problem, at de resonnementer som modellen bygger på er svært vanskelig å forstå. I forhold til dagens situasjon blir konsekvensene store omfordelinger. Det bør være enkelt å forstå hvorfor man foreslår å flytte i størrelsesorden 100 mill kroner ut av Oslo. Rapporten, slik den er i dag, vanskeliggjør en slik forståelse. Vi foreslår at man, kanskje i en sammenfatning, gjentar og forklarer de viktigste sammenhengene i modellen, som gir omfordelingseffekter.

Overordnet om behovskriteriene i den foreslåtte inntektsmodellen (side 13-14)

Ca. 90 % av beregnet behov er forklart med objektive og lett tilgjengelige data. I mangel av bedre objektive data, mener vi det er riktig å benytte en "storby-komponent" for de resterende 10 %. Det er flere faktorer som er typisk for store byer, og som er lett å observere selv om det ikke foreligger statistikk; rusmisbruk, svake sosiale nettverk og ensomhet, marginal fungering boligmarkedet og arbeidsmarkedet. Slike forhold er sterkt assosiert med psykisk lidelse.. I tillegg viser forskning at det er de relative forskjeller i levekår, særlig sosial kapital, som forsterker psykisk lidelse (Scandinavian Journal of Public Health, 2008; 35: 589-597). Oslo har landets største relative forskjeller i helserelaterte levekår.

Merknader til reiseavstand i kostnadskomponentene (pkt. 3.4 side 19-23)

Dette elementet "seiler under falskt flagg" og fremstår som et distriktpolitisk strukturiltak. Det synes ikke å være faglig grunnlag for å kompensere for lange avstander til sykehusavdelingene. Det er pasientene som reiser. Ansatte ved sykehusavdelingene foretar i minimal grad reiser til pasientens bosted. Modellen bygger på at det er ekstra kostnader pr. innbygger som bor mer enn 7-10 mil fra institusjonen. Det er et urimelig argument. I den grad det er forbundet ekstra kostnader ved behandlingen må det være knyttet til antall pasienter som beviselig er behandlet ambulant. Dette er prinsippet som brukes for andre behandlingkostnader i modellen.

Det fines data for ambulant behandling. Vi anbefaler at slike kostnader håndteres i en oppgjørsmoell med egne takster for ambulant behandling av lang varighet, ikke i en finansieringsmodell. Vi har kontrollert SINTEF Samdata, som viser at det ikke er lengre liggetid i sykehusavdelinger med lang reisevei til hjemkommunene. Snarere tvert imot.

Den foreslåtte kostnadsdekningen pr innbygger tilsvarer ca. 330 000 kroner pr pasient pr år for pasienter som bor mer enn 10 mil unna en sykehusavdeling, og ca. 22 000 kroner pr år pr pasient som bor mer enn 10 mil fra et DPS. Beløpene tilsvarer 50 døgn ekstra liggetid pr. pasient behandlet eller ca. 13 konsultasjoner ekstra pr. behandlet poliklinisk konsultasjon. Subsidiært til en løsning med nye takster foreslår vi at merkostnadene reduseres til 25 % av det foreslåtte i modellen.

Gjestepasientoppgjør og priser (Kap 4, s. 25)

Enhetsprisene på BUP poliklinikkontakt er for lave. Vi foreslår at beløpet endres fra kr. 1.600 til kr. 2.500. Det er vanlig å være to behandlere i slike konsultasjoner, mot en hos voksne.

Private institusjoner og avtalespesialister – merknad til fremtidig forvaltning av modellen (pkt. 5 s. 27)

Når eventuelle omfordelingseffekter skal gjennomføres er dette viktig for å sikre en helhetlig vurdering av hvilket volum på private leverandører som er nødvendig for å sikre likeverdige helsetjenester i et geografisk område, eller et subspecialisert fagområde. Dette kan best skje dersom private institusjoner og avtalespesialister fortsatt administreres av HSØ.

Merknader til gjennomføringen (kap. 8 s. 36-38)

HSØ bør først arbeide videre med sin strategi med omstrukturering fra dyre sykehusfunksjoner til rimeligere DPS funksjoner, fra voksne til barn etc. Det må finnes planer for strukturendring av kapitalintensiv virksomhet, fordeling av legehjemler mv. før man iverksetter virkningene av en ny inntektsmodell. Eventuell ledig, mobil kapasitet bør omfordeles før bundet kapasitet. Et eksempel på det er de nylig besatte 23 årsverkene for avtalespesialister, som kunne vært omfordelt til distriktene. Et annet er tilordning av andre private institusjoner med en rimelig geografisk nærhet til andre HF enn Oslo. Tidspunktet for innføringen av en ny inntektsmodell bør ikke øke utfordringene med omstrukturingsutfordringene som allerede er kjent i Oslo og Akershus.