

Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

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

Utkast til innstilling
Dato: 16. april 2010

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Innledning | 3 |
| 1.1 | Organisering av arbeidet | 3 |
| 1.2 | Inntektsmodellen for TSB | 5 |
| 2 | Behovskomponenten | 7 |
| 2.1 | Kriteriesett fra Magnussen-utvalget | 7 |
| 2.2 | Analysen av KOSTRA-data fra 2004 | 9 |
| 2.3 | Prosjektgruppens vurdering | 10 |
| 2.4 | Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) | 12 |
| 2.5 | Bruk av modellen på nivå under sykehusområde | 14 |
| 3 | Kostnadskomponenten | 15 |
| 3.1 | Delkomponent for forskning | 15 |
| 3.2 | Delkomponent for lange reiseavstander | 17 |
| 3.3 | Delkomponent for ikke-vestlige innvandrere | 19 |
| 3.4 | Oppsummering kostnadskomponenten | 20 |
| 4 | Mobilitetskomponenten | 21 |
| 4.1 | Dagens gjestepasientordning | 21 |
| 4.2 | Pasientstrømmer innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige | 21 |
| 4.3 | Enhetspriser knyttet til ulike behandlinger | 22 |
| 4.4 | Beregning av konsekvenser av endringer i gjestepasientoppjøret | 22 |
| 4.5 | Prosjektgruppens vurdering | 23 |
| 5 | Private institusjoner med avtale med Helse Sør-Øst RHF | 24 |
| 6 | Kobling mot strategi | 25 |
| 6.1 | Faktisk forbruk konvergerer mot forventet behov | 25 |
| 6.1.1 | Måling av forbruk innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige | 26 |
| 6.1.2 | Prosjektgruppens vurdering | 26 |
| 7 | Sammenligningsgrunnlag | 28 |
| 8 | Omfordelingsvirkninger og implementering | 30 |
| 8.1 | Omfordelingsvirkninger av modellen | 30 |
| 8.2 | Arbeidsgruppens vurdering av implementering | 31 |
| 8.3 | Arbeidsgruppens anbefalinger om videre arbeid | 31 |
| | Referanser | 33 |

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 tjenestoområdene er behandlet i separate rapporter. Modellene som forslås er i stort bygget opp etter mønster av modell for somatikk, med følgende hovedkomponenter:

- ✓ Behovskomponent
- ✓ Kostnadskomponent

1. Innledning

- ✓ Mobilitetskomponent

Disse presenteres i de to rapportene. Det diskuteres 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.

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>Prosjektledelse:</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, Vestfold-Telemark 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 4 møter.

1.2 Inntektsmodellen for TSB

Den modellen som er lagt til grunn til fordeling av inntekter til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige 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 kompensere sykehusområdene for definerte kostnadselementer, "ufrivillige kostnadsulempet". I tillegg krever modellen en mobilitetskomponent som kompensere økonomisk for behandling over sykehusområdegrensene.

De budsjettmidlene som modellen fordeler er helseregionens samlede basisramme til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, inklusive det som fordeles til private tilbud, slik dette fremkommer i 2010 – budsjettet, med unntak av definerte, regionale tilbud som fordeles på siden av modellen..

I alt fordeles 1,7 mrd kroner gjennom behovs- og kostnadskomponenten i modellen:

| | |
|--|------------------|
| Basisramme helseforetak | 1 144 000 |
| Privat tjenestekjøp | 579 000 |
| Til fordeling behov- og kostnadskomponent | 1 723 000 |

Fordeling av midler gjennom kostnadskomponenten bygges opp nedenfra, jfr. kapittel 3, slik at i alt 59 millioner kroner fordeles gjennom denne komponenten.

1. Innledning

| | Tusen kroner | Andel |
|----------------------|--------------|--------|
| Midler til fordeling | 1 723 000 | |
| Kostnadskomponent | 59 000 | 3,4 % |
| Behovskomponent | 1 664 000 | 96,6 % |

Til sammenligning er det i somatikkmodellen fordelt 92 % av samlet beløp gjennom behovskomponenten og 8 % gjennom kostnadskomponenten. For tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige er det altså ikke grunnlag for å fordele mer enn 3,4 % 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 tilnæringer og metodemessige utfordringer med å måle behov. Disse forholdene er grundig belyst i Magnussen-utvalgets 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 Magnussen-utvalget
- ✓ Kriteriesett tatt fram gjennom analyser av KOSTRA-data fra 2004.

2.1 Kriteriesett fra Magnussen-utvalget

Et alternativ kriteriesett for fordeling av ressurser er kriteriesettet utviklet av Magnussen-utvalget. Kriteriesettet er presentert i NOU 2008:2 og er basert på pasienttellingsdata fra 2006. Pasienttellingsdata er registreringer av pasientene som mottar behandling i rustiltak i en bestemt periode. Pasienttellingsdata er egnet til dette analyseformålet fordi de i tillegg til kjønn og alder omfatter opplysninger om sivilstatus, hovedinntektskilde og utdanning. Det foreligger per dato ikke nasjonale registerdata for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige slik en har det for somatiske helsetjenester. Datagrunnlag og analyseresultater er nærmere beskrevet i vedlegg 8 i NOU 2008:2.

Tabell 2.1 Kriteriesett rus

| Kriterium | Vekt fra NOU 2008:2 |
|--|---------------------|
| 13-17 år | 0,004 |
| 18-29 år | 0,154 |
| 30-39 år | 0,192 |
| 40-49 år | 0,096 |
| 50-59 år | 0,068 |
| 60-69 år | 0,027 |
| 70-79 år | 0,004 |
| 80+ | 0,002 |
| Sum alder | 0,547 |
| Andel ugifte 40 år + | 0,053 |
| Andel uføretryggede ph diagnose 18-39 år | 0,023 |
| Andel uføretryggede ph diagnose 40-69 år | 0,058 |
| Andel sosialhjelpsmottagere 18 - 49 år | 0,080 |
| Andel grunnskole 18-29 år | 0,122 |
| Andel grunnskole 30-59 år | 0,067 |
| Andel storby | 0,050 |
| Sum sosiale | 0,453 |
| I alt | 1,000 |

Analysene av pasienttellingsdata gir ikke gode mulighet for å undersøke ev. merforbruk av tjenester i storbyer. Diskusjonen i Magnussen-utvalget (NOU 2008:2, kapittel 8.3.3) viser at det er argumenter for at problemer med rusmiddelavhengighet og dermed

2. Behovskomponenten

behandlingsbehovene er større, spesielt i Oslo, enn ellers i landet. Utvalget fant derfor grunnlag for å gi Oslo en skjønnsmessig innvektning i behovsnøkkelen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det var, og er, lite empiri å basere seg på når det gjelder hvilken vekt kriteriet bør få. Statistikk for kommunenes kostnader til tilbud til personer med rusproblemer viser at Oslo har svært høye kostnader per innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet og andre større byer. Kostnadsvariasjoner for kommunale tjenester er imidlertid ikke direkte overførbare til spesialisthelsetjenesten. Magnussen-utvalget satte derfor vekten i Storbykriteriet skjønnsmessig til 5 pst. Dette innebærer en antagelse om at Oslo har nesten 50 pst. høyere behov enn landet for øvrig, etter at det er tatt hensyn til de øvrige kriteriene sitt bidrag til behovsvariasjoner.

Det kan være interessant å vurdere forskjeller mellom kriteriesettene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige fra Magnussen-utvalget (fra NOU 2008:2 kap 8.3.4). Den største forskjellen mellom de to vektsettene når det gjelder fordeling på aldersgrupper, er at aldersgruppene mellom 30 og 50 år teller mer for rusbehandling, mens de eldre teller mer for psykisk helsevern for voksne. Vekten for «ugifte 40 år +» er relativ lik for de to tjenestene. For de øvrige sosiale kriteriene er det betydelige forskjeller. Merutgiftene knyttet til lav utdanning er relativt sett høyere for rusbehandling enn psykisk helsevern. Mens det ikke beregnes merforbruk knyttet til sosialhjelpsmottakere for psykisk helsevern, utgjør dette kriteriet over 8 pst. av beregnet kostnadsbehov for rusbehandling. På den annen side beregnes et større merforbruk relativt sett for uføretrygdete for psykisk helsevern for voksne enn for rusbehandling. Det er altså en ulik pasientprofil med hensyn til sosioøkonomisk status for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

2.2 Analyser av KOSTRA-data fra 2004

Prosjektgruppen er enig med Magnussen-utvalget i at det er grunn til å tro at utgiftene til rusbehandling er høyere i storbyer, og særlig i Oslo, enn i resten av landet. Et rent storbykriterium har imidlertid to svakheter:

- Økt befolkning i Oslo vil trolig også lede til flere med behov for rusbehandling. Storbykriteriet vil ikke fange opp dette forholdet siden det er et statisk element.
- Behovene for rusbehandling er trolig også høyere enn landsgjennomsnittet i andre byer enn Oslo. Dette vil ikke bli fanget opp av Storbykriteriet.

Prosjektgruppen har derfor valgt å supplere analysene fra Magnussen med analyser av KOSTRA-data fra perioden før statens overtakelse av spesialisert rusbehandling. I denne perioden betalte kommunene for bruk av fylkeskommunale institusjoner. Disse utgiftene er definert ved KOSTRA-funksjon 243, Kjøp fra fylkeskommunene. Oslo kommune hadde både kommunale og fylkeskommunale oppgaver. For Oslo ble det derfor benyttet data fra uttrekket som ble gjort i forbindelse med overføringen av rusinstitusjonene til staten.

Det har ikke vært mulig å skaffe data om alle variablene som er benyttet i analysen som ligger til grunn for arbeidet i Magnussen-utvalget, for eksempel er det restriksjoner på informasjon om antall personer som er uføretrygdete med psykiske diagnoser. Følgende forklaringsvariabler ble testet ut:

2. Behovskomponenten

- Andel arbeidsledige 16-24 år
- Andel Arbeidsledige 25-66 år
- Andel enslige forsørgere
- Andel skilte og separerte
- Andel som bor i tettsteder
- Andel uførepensjonister
- Andel fattige
- Andel sosialhjelpklienter
- Andel aldersgruppe 20-29
- Andel aldersgruppe 30-39
- Brutto driftsinntekter per innbyggere i 1000 kr
- Innbyggertall og innbyggertall kvadrert

Det er grunn til å påpeke svakheter ved datagrunnlaget. Dette gjelder særlig for små kommuner som i mange tilfeller ikke har skilt ut kjøp av helsetjenester ved rusinstitusjoner som en egen post. Det er også stor variasjon i kjøp av tjenester mellom antatt like storkommuner.

Det er kjørt flere analyser. Forklaringskraften i modellene varierer mellom 0,33-0,47. Følgende forklaringsvariabler gir signifikante effekter:

- Andel arbeidsledige 16-24 år
- Andel skilte og separerte
- Andel i aldersgruppa 20-29 år
- Andel i aldersgruppa 30-39 år (ustabile estimater)
- Innbyggertall
- Innbyggertall kvadrert

Modellen som gir best tilpassing av data gir støtte til en konklusjon om at innbyggertall kvadrert tas inn som fordelingskriterium. Basert på analysene skal dette kriteriet ha en vekt på mellom 1,3 - 2 % i en kostnadsnøkkel etablert med utgangspunkt i regresjonsanalysene.

2.3 Prosjektgruppens vurdering

Prosjektgruppen vil understreke at datagrunnlaget når det gjelder TSB fortsatt er under utvikling. Dette trekker i retning av forsiktighet når det gjelder endringer i ressursfordelingen mellom helseforetakene. Kriteriesettet fra Magnussen-utvalget representerer per i dag det beste grunnlaget for fordeling av ressurser. Prosjektgruppen vil derfor legge dette kriteriesettet til grunn for fordeling.

Det er imidlertid som påpekt over, en svakhet at storby-kriteriet verken fanger opp endringer i Oslos innbyggertall eller fanger opp merforbruket i større byer og tettsteder utenom Oslo. Prosjektgruppen har valgt å gjennomføre supplerende analyser basert på KOSTRA-data. Disse analysene gir grunnlag for å erstatte et generelt storbykriterium med en variabel som beskriver innbyggertall kvadrert. Prosjektgruppen foreslår at dette gjøres.

2. Behovskomponenten

Prosjektgruppen vil imidlertid være forsiktig med å benytte resultatene fra regresjonsanalysen til å bestemme vekten for dette kriteriet da resultatene er basert på en modell som ikke samsvar med de kriteriene som ligger i Magnussen-utvalgets forslag. Prosjektgruppen vil på grunnlag av den store usikkerheten som eksisterer i datagrunnlaget på rusfeltet legge skjønn til grunn for innvektingen av innbyggertall kvadrert. Tabell 2.2 viser behovsindeks ved ulike innvektinger av kriteriet.

| | Magn.-krit | Folketall kvadr. 1,7% | Folketall kvadr. 6,3% |
|----------------------|------------|-----------------------|-----------------------|
| Sykehusområde | Indeks | Indeks | Indeks |
| Akershus | 96,62 % | 96,42 % | 96,03 % |
| Innlandet | 93,59 % | 96,95 % | 92,87 % |
| Oslo | 119,32 % | 109,36 % | 119,25 % |
| Sørlandet | 95,56 % | 99,79 % | 96,17 % |
| Telemark og Vestfold | 95,50 % | 99,40 % | 95,59 % |
| Vestre Viken | 88,84 % | 92,01 % | 89,32 % |
| Østfold | 96,09 % | 99,88 % | 96,39 % |

Tabell 2.2 behovsindeks ved ulike innvektinger av innbyggertall kvadrert

Analysene gir kriteriet innvekting 1,3 til 2 prosent. Imidlertid er det i regresjonsanalysene lagt vekt på til dels andre kriterier enn hva som ligger i Magnussen-utvalget. Foreløpig er det derfor lagt til grunn en innvekting på 6,3%, som gir en indeks pr sykehusområde tett opp til det som fremkommer av Magnussen-kriteriene med 5% vekt på Oslo alene som storby. Kriteriesettet med innvekting av folketall pr kommune kvadrert på 6,3% er benyttet i kalkulasjoner av modellens effekter og andre sammenligninger der behovskomponenten benyttes som referanse. Kriteriesettet er da som vist under:

| Kriteriesett | Vekt |
|---|--------------|
| 13-17 år | 0,004 |
| 18-29 år | 0,152 |
| 30-39 år | 0,189 |
| 40-49 år | 0,095 |
| 50-59 år | 0,048 |
| 60-69 år | 0,019 |
| 70-79 år | 0,004 |
| 80+ | 0,002 |
| Sum alder | 0,513 |
| Andel ugifte 40 år + | 0,057 |
| Andel uføretrygede ph diagnose 18-39 år | 0,023 |
| Andel uføretrygede ph diagnose 40-69 år | 0,079 |
| Andel sosialhjelpsmottagere 18 - 49 år | 0,079 |
| Andel grunnskole 18-29 år | 0,120 |
| Andel grunnskole 30-59 år | 0,066 |
| Andel storby | |
| Folketall kvadrert | 0,063 |
| Andel ikke-vestlige innvandrere | |
| Sum sosiale | 0,487 |
| I alt | 1,000 |

2. Behovskomponenten

Arbeidsgruppen har enighet om at det er tilstrekkelig argumenter og dokumentasjon for at bystørrelse skal hensyntas i behovskriteriene. Det er også enighet om at folketall pr kommune kvadrert gir et bedre uttrykk for dette, enn storby-definisjonen som er lagt til grunn av Magnussen-utvalget, der kun Oslo er definert som storby i Helse Sør-Øst. Det er imidlertid betydelig uenighet innad i arbeidsgruppen rundt hvilken innvekting storby-kriteriet bør gis. Ettersom det mot slutten av arbeidet ble klart at en ikke kom til å anbefale en fullstendig implementering av modellen, er diskusjonene ikke slutført.

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 grunnlag denne høye innvektingen av folketall pr kommune kvadrert. Den fullstendige merknaden er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

Representantene fra Oslo universitetssykehus HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS har bemerket at det ikke synes å være grunn for en lavere innvekting av kriteriet "folketall pr kommune kvadrert" i TSB enn i psykisk helsevern, og at denne altså bør være rundt 10%. De fullstendige merknadene er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

2.4 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert behandling (LAR) er en del av TSB som gir kronisk opiatavhengige rett til en livslang behandling hvor LAR medikamenter (metadon og buprenorfin) inngår som en del av behandlingen. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å finansiere LAR. Det har til dels vært ulik faglig forståelse av behandlingen. Det er pr 1.1.10 store relative forskjeller med hensyn til antall pasienter som er inkludert i LAR. Dette ses da opp mot hvor mange som ville vært inkludert innen det enkelte sykehusområde, dersom fordeling av totalt antall inkluderte pasienter fulgte behovskomponenten i inntektsmodellen. Se tabellen nedenfor:

| Antall pasienter i LAR-behandling | | | | | |
|-----------------------------------|--|------------|------------|------------|-------------|
| Sykehusområde | avvik fra behov pr 1.1.10 - antall pasienter | 01.01.2010 | 01.01.2009 | 01.01.2008 | andel behov |
| Akershus | (80) | 291 | 278 | 261 | 10,3 % |
| Innlandet | (163) | 319 | 292 | 260 | 13,4 % |
| Oslo | 137 | 1150 | 1079 | 1078 | 28,3 % |
| Sørlandet | 106 | 461 | 435 | 387 | 9,9 % |
| Telemark og Vestfold | 124 | 632 | 583 | 514 | 14,2 % |
| Vestre Viken | (72) | 436 | 390 | 363 | 14,2 % |
| Østfold | (51) | 295 | 278 | 260 | 9,7 % |
| Sum | 0 | 3584 | 3335 | 3123 | |

Til tabellen: Antall pasienter er fordelt på sykehusområder etter fylkesgrenser, med unntak av: Follo er lagt til Oslo, Asker og Bærum er lagt til Vestre Viken, og 10 % av pasientene fra Oslo kommune er tillagt Akershus sykehusområde (tilsvarende andel av innbyggerne i Oslo som bor i Grorud og Stovner bydeler).

I forhold til opptaksområder definert ved kommuner er da Jevnaker i Innlandet i stedet for Vestre Viken, Nes i Akershus i stedet for Innlandet og Rømskog i Østfold i stedet for Akershus.

2. Behovskomponenten

Avvik fra behov – antall pasienter: viser at Oslo (137), Telemark og Vestfold (124) og Sørlandet (106) har flere pasienter enn deres andel av behovskomponenten i inntektsmodellen skulle tilsi.

Det er nylig kommet nye nasjonale retningslinjer og forskrifter som regulerer LAR behandlingen. Dette vil kunne bidra til å sikre mer lik praktisering av denne retten til nødvendig helsehjelp. Terskelen for å få rett til TSB hvor LAR inngår er nå kun knyttet til diagnosen opioidavhengighet. Alle helseforetakene vil derfor måtte kunne ta i mot flere pasienter med rett til LAR samtidig som en må finansiere medikamentet og behandling forøvrig til de pasientene som i dag får LAR.

Kostnader til LAR-medikamentet er til relativt store. De store ulikheter i antall pasienter med LAR synes derfor å representere et behov for en overgangsordning dersom inntekter til dekning av LAR-kostnader skal inkluderes i inntektsmodellen. Overgangsordningen må legge til rette for at de pasienter som pr i dag har fått innvilget rett til behandling fortsatt har denne muligheten. Samtidig skal alle sykehusområder kunne fortsette å inkludere nye pasienter, og det må samtidig ligge til rette for en utjevning i relativt antall inkluderte pasienter. Dette forutsetter også at alle sykehusområdene selv har vedtaksmyndigheten i forhold til oppstart av LAR behandling.

2.5 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 grunnlag, og vil være dårlig egnet til å få frem forskjeller innen små, 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

2. Behovskomponenten

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 forhold som varierer mellom sykehus, og som påvirker kostnadene. Eksempler på slike forhold er variasjoner i forskningsaktivitet, ulike funksjoner og lange reiseavstander. Det er et uttrykt mål å skape mest mulig like forutsetninger for å drive pasientbehandling. En må da kompensere sykehusene for kostnader utover rene behandlingstkostnader.

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 på bakgrunn av forskningspoeng. Andel ikke-vestlige innvandrere hensyntas med et skjønnsmessig fastsatt beløp, mens reiseavstand skal baseres seg på antall innbyggere innenfor ulike kategorier av avstand 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 tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige 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 tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. 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 TSB | TSB i % av tot | Andel av TSB |
| Akershus | 71 421 | - | 0,0 % | 0,00 % |
| Innlandet | 23 587 | - | 0,0 % | 0,00 % |
| Oslo | 824 187 | 3 225 | 0,4 % | 42,36 % |
| Sørlandet | 27 135 | 2 558 | 9,4 % | 33,60 % |
| Telemark og Vestfold | 43 038 | 472 | 1,1 % | 6,20 % |
| Vestre Viken | 43 238 | 728 | 1,7 % | 9,56 % |
| Østfold | 14 441 | 630 | 4,4 % | 8,28 % |
| Sum | 1 047 046 | 7 613 | 0,7 % | 100,00 % |

Tabellen gir en oversikt over driftskostnader til total forskningsproduksjon og innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige i sykehusområdene for 2009.

Fra tabellen ser vi at forskning innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige utgjør 0,7 % av de totale driftskostnadene til forskning. Av kostnadene som brukes til forskning innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige benyttes 42 % av disse i Oslo sykehusområde og 34 % innen Sørlandet sykehusområde.

For beregning av kostnadskompensasjon for forskningsaktivitet innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige går vi i de videre beregninger ut fra at produksjon av ett forskningspoeng har samme kostnadsnivå innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige 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 0,7 % gir dette 12 forskningspoeng som grunnlag for å beregne kostnadskompensasjon for forskning innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og kostnadskompensasjon pr sykehusområde som følger:

| Sykehusområde | Kompensasjon |
|-------------------|--------------|
| Akershus | - |
| Innlandet | - |
| Oslo | 2 758 |
| Sørlandet | 2 187 |
| Vestfold-Telemark | 404 |
| Vestre Viken | 623 |
| Østfold | 539 |
| Sum | 6 510 |

Delkomponenten pr sykehusområde kalkuleres som:

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

3. Kostnadskomponenten

3.2 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 flere, små enheter
2. mye tid brukt på reise for å møte pasienten

oftest vil det gjerne være kombinasjoner av disse to forholdene

Prinsipielt tenker en seg en kompensasjonsmodell som kan skisseres som:

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

Poliklinisk behandling

Utgangspunktet for avstandsberegningene er her kommuner med større allsidige enheter innen TSB, altså med både poliklinisk- og døgntilbud, med akuttfunksjoner. Noen helseforetak har valg å plassere små enheter i mindre kommuner med store avstander nærmeste behandlingsavdeling. Det anses at dette gir merkostnader i samme størrelsesorden som å dekke behovet med ambulant virksomhet eller i større grad ta pasienter inn til døgnopphold, og de er derfor holdt utenfor når det er satt opp reiseavstander for befolkningen i sykehusområdet.

Befolkningen som det beregnes kompensasjon i forhold til er innbyggere i alderen 10 – 64 år. Barn under 10 år kommer særdeles sjelden inn til behandling i TSB. Behovskomponenten legger svært liten vekt på aldersklassene fra 70 år og oppover, og nokså liten vekt på aldersklassen 60 – 69 år, og innbyggere som faller inn under det som i psykisk helsevern går som alderspsykiatri tas derfor ikke hensyn til.

Antall innbyggere i alderen 10 – 64 år innenfor de ulike avstandsgruppene til nærmeste kommune som er definert med TSB behandlingstilbud:

| Antall innbyggere med reiseavstand x km | 100 + | 70 - 100 | 35 - 70 | -35 | Sum |
|---|---------------|---------------|----------------|------------------|------------------|
| Akershus | - | 442 | 63 274 | 107 721 | 171 437 |
| Innlandet | 50 160 | 36 425 | 85 770 | 101 863 | 274 218 |
| Oslo | - | - | 45 561 | 474 333 | 519 894 |
| Sørlandet | 9 185 | 18 826 | 32 543 | 139 783 | 200 337 |
| Vestfold-Telemark | 10 471 | 13 468 | 97 725 | 165 122 | 286 786 |
| Vestre Viken | 16 846 | 3 994 | 58 378 | 227 573 | 306 791 |
| Østfold | - | 2 415 | 72 071 | 118 881 | 193 367 |
| Sum | 86 662 | 75 570 | 455 322 | 1 335 276 | 1 952 830 |

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

3. Kostnadskomponenten

| Antall km | 100 + | 70 - 100 | 30 - 70 | - 30 |
|--------------------|-------|----------|---------|------|
| Kostn pr innbygger | 200 | - | - | - |

Døgnbehandling - innleggelser

Arbeidsgruppen har ikke funnet at det vil være grunner til å anta at det er systematisk lengre liggetider ved døgnavdelingen innen TSB for pasienter med lange reiseavstander til døgnavdelingene. Det er derfor ikke beregnet kompensasjon for reiseavstander knyttet til døgnbehandling.

Sum kostnadskompensasjon for lange reiseavstander.

Kostnadskompensasjon for lange reiseavstander til innen TSB:

| Sykehusområde | Sum | Polikl | Døgn |
|-------------------|---------------|---------------|------|
| Akershus | - | - | - |
| Innlandet | 10 032 | 10 032 | - |
| Oslo | - | - | - |
| Sørlandet | 1 837 | 1 837 | - |
| Vestfold-Telemark | 2 094 | 2 094 | - |
| Vestre Viken | 3 369 | 3 369 | - |
| Østfold | - | - | - |
| Sum | 17 332 | 17 332 | - |

3. Kostnadskomponenten

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 og 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.

Arbeidsgruppen anser at mange de samme merkostnadene også vil gjelde for pasientbehandling innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Imidlertid er det ikke slik at det har kan antas en direkte korrelasjon mellom andelen ikke-vestlig innvandrere i befolkning og andel av pasientene med slik bakgrunn. Det synes derfor riktigere å gi en mer skjønnessig fastsatt kompensasjon for høy andel innvandrere i opptaksområdet. Dette er også knyttet til en vurdering av at innsatsen mot å treffe et større antall misbrukere innen denne befolkningsgruppen, bør økes relativt mer enn blant andre deler av befolkningen.

| Sykehusområde | Andel ikke-vestl. innv. i befolkn | Antall ikke-vestl innv i opptaksomr |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Akershus | 14,1 % | 40 531 |
| Innlandet | 3,7 % | 14 353 |
| Oslo | 16,6 % | 105 046 |
| Sørlandet | 6,1 % | 16 793 |
| Telemark og Vestfold | 5,8 % | 23 102 |
| Vestre Viken | 8,5 % | 35 882 |
| Østfold | 7,7 % | 20 551 |
| Sum | | 256 258 |

Som det fremgår av tabellen over er det i sykehusområdene Oslo og Akershus at andelen ikke-vestlig innvandrere er spesielt høy. Kompensasjon for høye kostnader forbundet med høy andel ikke-vestlige innvandrere fastsettes derfor bare for disse to sykehusområdene. På bakgrunn av det høyere antallet, og noe høyere andel, innbyggere med ikke-vestlig bakgrunn, settes det høyere kompensasjon til Oslo sykehusområde. Kostnadskompensasjon knyttet til ikke-vestlige innvandrere settes til:

- Oslo sykehusområder – 25 millioner kroner
- Akershus sykehusområder – 10 millioner kroner

3. Kostnadskomponenten

3.4 Oppsummering kostnadskomponenten

Arbeidsgruppen har hatt betydelig diskusjoner rundt kostnadskomponentene, og flere av disse er heller ikke ført helt i mål, da det etter hvert ble klart at en ikke kom til å anbefale implementering av modellen i sin helhet. Særlig gjaldt dette diskusjonene rundt komponentene knyttet til merkostnader ved ikke-vestlig innvandrere og reiseavstander. Det er ikke gjort konkrete undersøkelser rundt disse merkostnadene og arbeidsgruppen anbefaler at det søkes å etablere et datagrunnlag for dette, før et eventuelt nytt arbeid med inntektsmodell for TSB.

Arbeidsgruppen påpeker at det også bør være en komponent knyttet til utdanning, tilsvarende som i modellene for psykisk helsevern og somatikk. Grunnlagsdata har imidlertid vært vanskelig tilgjengelig og blant annet er alle psykiatere talt inn under psykisk helsevern, selv om det kan hende at de retter spesialiseringen i stor grad mot TSB.

I kalkulasjonene av modellen som presenteres i rapporten er følgende lagt til grunn som kostnadskomponent:

| Sykehusområde | Sum | Andel | Forskning | Ikke-vestlige innvandrere | Reiseavstand |
|----------------------|--------|--------|-----------|---------------------------|--------------|
| Akershus | 10 000 | 17,0 % | - | 10 000 | - |
| Innlandet | 10 032 | 17,0 % | - | - | 10 032 |
| Oslo | 27 758 | 47,2 % | 2 758 | 25 000 | - |
| Sørlandet | 4 024 | 6,8 % | 2 187 | - | 1 837 |
| Telemark og Vestfold | 2 498 | 4,2 % | 404 | - | 2 094 |
| Vestre Viken | 3 992 | 6,8 % | 623 | - | 3 369 |
| Østfold | 539 | 0,9 % | 539 | - | - |
| Sum | 58 843 | 100 % | 6 510 | 35 000 | 17 332 |

Representantene fra Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset Innlandet HF har bemerket at kompensasjon for reiseavstand bør være tilsvarende den samme komponenten i modellen for psykisk helsevern. Den fullstendige merknaden er tatt inn under Vedlegg 1 "Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer".

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

- Ingen fakturering mellom helseforetak innen tidligere samme region.
- Pasient bosatt i Sør, behandlet i Øst: Behandlende helseforetak sender faktura til HSØRHF som betaler.
- Pasient bosatt i Øst, behandlet i Sør: Behandlende helseforetak sender fakturaunderlag til HSØRHF som fakturerer pasientens bosteds- HF i Sør. Inntekten beholdes i HSØRHF.
- Pasient behandlet i private institusjon med avtale med HSØRHF utløser ingen betalingsforpliktelse for helseforetaket.
- Pasientbosatt i Sør behandlet i annen region (priv. el off.): HSØRHF mottar faktura fra RHF i annen region og viderefakturerer pasientens bosteds- hf
- Pasientbosatt i Øst behandlet i annen region (priv. el off.): HSØRHF mottar faktura fra RHF i annen region, og betaler denne.

Det er ikke fastsatt 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.

4.2 Pasientstrømmer innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

På bakgrunn av at NPR ikke leverer ut pasientdata for TSB på grunn av manglende kvalitet, har Helse Sør-Øst RHF hentet inn rapportering fra alle institusjoner med avtale og helseforetak/sykehus i regionen. I rapporteringen er det bedt om antall oppholdsdøgn i 2009 ved institusjonen/helseforetaket, fordelt på pasientens bostedskommune, og bydel i Oslo. Alle institusjoner og helseforetak har levert, og rapporteringene er vurdert av arbeidsgruppen å være av brukbar kvalitet. Beregninger og vurderinger som presenteres i denne rapporten er bygget på data fra denne rapporteringen. Beregningene tar da utgangspunkt i at alle oppholdsdøgn har lik "vekt"/kostnad. Tabellen under viser bruk av oppholdsdøgn fordelt på sykehusområdene.

4. Mobilitetskomponenten

| Bruk av HF - døgn | Sum | Bruk av private - døgn | Sum |
|----------------------|----------------|------------------------|----------------|
| Akershus | 9 611 | Akershus | 16 786 |
| Innlandet | 12 798 | Innlandet | 28 003 |
| Oslo | 35 620 | Oslo | 54 458 |
| Sørlandet | 17 084 | Sørlandet | 22 958 |
| Telemark og Vestfold | 14 037 | Telemark og Vestfold | 29 150 |
| Vestre Viken | 20 475 | Vestre Viken | 20 727 |
| Østfold | 18 482 | Østfold | 28 475 |
| Sum | 128 107 | Sum | 200 557 |

Det kan på bakgrunn av dette beregnes en forbruksindeks for sykehusområdene ut fra antall innbyggere:

| Sykehusområde | Innbyggere | Oppholds- døgn | Opph.-døgn pr innb | Forbruks- indeks |
|----------------------|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|
| Akershus | 288 049 | 26 397 | 0,09 | 74,5 % |
| Innlandet | 386 737 | 40 801 | 0,11 | 85,8 % |
| Oslo | 633 637 | 90 078 | 0,14 | 115,6 % |
| Sørlandet | 275 592 | 40 042 | 0,15 | 118,2 % |
| Telemark og Vestfold | 396 682 | 43 187 | 0,11 | 88,5 % |
| Vestre Viken | 424 341 | 41 202 | 0,10 | 79,0 % |
| Østfold | 267 913 | 46 957 | 0,18 | 142,5 % |
| sum/gj.sn | 2 672 951 | 328 664 | 0,12 | |

4.3 Enhetspriser knyttet til ulike behandlinger

I forbindelse med kalkulering av gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene er det fastsatt kun en døgnpris på kr 6.650,-. Dette er lik døgnprisen som benyttes for kalkulasjon i modellen for psykisk helsevern.

4.4 Beregning av konsekvenser av endringer i gjestepasientoppgjøret

Gjestepasientoppgjøret innen TSB har som redegjort for ikke felles struktur i hele regionen. For å beregne hva nytt gjestepasientoppgjør vil bety, har det vært nødvendig å be om rapportering på regnskapsførte gjestepasientinntekter i 2008 og 2009.

På bakgrunn av data om oppholdsdøgn i 2009 er det beregnet hva nytt felles gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene vil utgjøre. Totalt kan det da beregnes økonomisk virkning av nytt, felles gjestepasientoppgjør, basert på 2009-data. Beregningen tar utgangspunkt i priser og dekningsnivå som diskutert over.

4. Mobilitetskomponenten

| Netto internt GP for alle pasienter | |
|-------------------------------------|----------|
| Sykehusområde | Beløp |
| Akershus | (6 187) |
| Innlandet | 13 523 |
| Oslo | 34 415 |
| Sørlandet | 2 298 |
| Vestfold-Telemark | (9 517) |
| Vestre Viken | (8 719) |
| Østfold | (25 813) |
| Sum | - |

4.5 Prosjektgruppens vurdering

Kompensasjon for pasientmobilitet er en viktig faktor i inntektssystem der ”pengene følger pasienten” gjennom en behovskomponent som primær fordelingsmekanisme. Det bør derfor innføres et gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene for all pasientbehandling innen TSB, både døgn opphold og polikliniske konsultasjoner. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at det ville være meningsfylt med en inndeling i flere typer opphold med ulik kostnad, men også at dette ville gi store rom for fortolkning og krevende prosess for etablering av grensene mellom de ulike oppholdstypene. Selv om virkninger av modellen her er kalkulert med bare med én pris, og kun for oppholdsdøgn, anbefaler arbeidsgruppen at et gjestepasientoppgjør etableres med to døgnpriser (avrusning/avgiftning og annen døgnbehandling) for å reflektere ulikheter i ressursbruk, og én sats for polikliniske konsultasjoner.

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

5 Private institusjoner 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 21 private institusjoner om leveranser av tjenester innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Økonomisk ramme for avtalene er 579 millioner kroner. Rapportering av oppholdsdøgn fra alle institusjoner har gitt følgende oversikt over bruk:

| Aktivitet | Sum | Akershus | Innlandet | Oslo | Sørlandet | Telemark og Vestfold | Vestre Viken | Østfold |
|-------------------------------------|---------|----------|-----------|--------|-----------|----------------------|--------------|---------|
| Antall oppholdsdøgn v/institusjoner | 200 557 | 16 786 | 28 003 | 54 458 | 22 958 | 29 150 | 20 727 | 28 475 |
| Andeler | | | | | | | | |
| Oppholdsdøgn v/institusjoner | 100,0 % | 8,4 % | 14,0 % | 27,2 % | 11,4 % | 14,5 % | 10,3 % | 14,2 % |

Tabellen under viser økonomiske virkninger av å hensynta aktiviteten ved de private institusjonene 100 % basert på historisk forbruk:

| Sykehusområde | Øk.om- fordelings- effekt | "Betaling" private etter behovsind | Andel behovskrit | "Betaling" private etter aktivitet | Andel aktivitet private |
|----------------------|---------------------------------|--|---------------------|--|-------------------------------|
| Akershus | 10 278 | 58 746 | 10,1 % | 48 468 | 8,4 % |
| Innlandet | (4 229) | 76 629 | 13,2 % | 80 858 | 14,0 % |
| Oslo | 7 557 | 164 805 | 28,5 % | 157 248 | 27,2 % |
| Sørlandet | (6 793) | 59 498 | 10,3 % | 66 291 | 11,4 % |
| Telemark og Vestfold | (878) | 83 292 | 14,4 % | 84 170 | 14,5 % |
| Vestre Viken | 21 722 | 81 571 | 14,1 % | 59 849 | 10,3 % |
| Østfold | (27 657) | 54 564 | 9,4 % | 82 221 | 14,2 % |
| Sum | - | 579 106 | 100 % | 579 106 | 100 % |

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 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.”

I dette kapitlet diskuterer prosjektgruppen hvordan den foreslåtte inntektsmodellen for TSB understøtter de vedtatte strategier og helsepolitiske målsom gjelder for Helse Sør-Øst RHF.

Prosjektgruppen har valgt å fokusere på følgende forhold:

1. At faktisk forbruk skal konvergerer mot forventet behov
2. Insitammenter til kvalitet i behandlingen

6.1 Faktisk forbruk konvergerer mot 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, og er en tilpasning av de kriterier som benyttes av staten til fordeling mellom helseregionene. 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.

6.1.1 Måling av forbruk innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Måling av totalforbruk av spesialisthelsetjenester innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige har mange uløste utfordringer ved seg. Det har ikke lyktes å etablere system for vektning av ressursforbruk basert på diagnoser eller behandlingstype. Mulighetene for en viss sammenligning i ressursforbruk ligger derfor i å benytte de aktivitetsdata som foreligger, i form av antall døgn og antall konsultasjoner og vekte disse mot hverandre, som gjennomsnitt. En annen mulighet er å benytte antall årsverk som mål for ressursforbruk.

Det leveres imidlertid ikke ut aktivitetsdata fra NPR, slik at Helse Sør-Øst RHF har fått en særskilt rapportering på antall oppholdsdøgn fordelt pr kommune etter pasientens bosted. Det er ikke hentet inn rapportering for poliklinisk aktivitet. Forbruksmålingen er derfor noe mangelfull og må baseres

6. Kobling mot strategi

på at data om poliklinisk aktivitet ikke ville endre vurderingene betydelig i forhold til de trekkene som kan ses fra bruk av oppholdsdøgn.

Basert på de data som er rapportert fra helseforetak og private institusjoner om døgnaktivitet i 2009, kan det settes opp følgende oversikt over forbruk av spesialisthelsetjenester innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige:

| Sykehusområde | Innbyggere | Oppholds- døgn | Opph.-døgn pr innb | Forbruks- indeks | Behovs- indeks | Forbruk vs behov |
|----------------------|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| Akershus | 288 049 | 26 397 | 0,09 | 74,5 % | 96,03 % | -21,50 % |
| Innlandet | 386 737 | 40 801 | 0,11 | 85,8 % | 92,87 % | -7,07 % |
| Oslo | 633 637 | 90 078 | 0,14 | 115,6 % | 119,25 % | -3,63 % |
| Sørlandet | 275 592 | 40 042 | 0,15 | 118,2 % | 96,17 % | 21,99 % |
| Telemark og Vestfold | 396 682 | 43 187 | 0,11 | 88,5 % | 95,59 % | -7,05 % |
| Vestre Viken | 424 341 | 41 202 | 0,10 | 79,0 % | 89,32 % | -10,36 % |
| Østfold | 267 913 | 46 957 | 0,18 | 142,5 % | 96,39 % | 46,15 % |
| sum/gj.sn | 2 672 951 | 328 664 | 0,12 | | | |

6.1.2 Prosjektgruppens vurdering

Oversikten over forbruk viser store regionale forskjeller i forbruk, også målt mot predikert behov som følger av behovskriteriene. Det er imidlertid gjort mange forutsetninger i forhold til tallgrunnlaget om aktivitet, det mangler tall for poliklinisk aktivitet, og antall LAR-pasienter er ikke vektet inn. Det er også gjort en forutsetning om at alle døgn representerer lik kostnad/ressursforbruk. Allikevel er en del hovedtrekk så vidt tydelige at arbeidsgruppen mener at de vil bli stående også med et mer komplett datagrunnlag og en mer nyansert tilnærming. Arbeidsgruppen vil trekke frem følgende forhold:

- Forbruket i Østfold sykehusområde er vesentlig høyere (37 %) enn gjennomsnittet for befolkningen, og avviket øker når en tar hensyn til behovsindeksen (41 %). Det høye forbruket skriver seg både fra en større tjeneste fra helseforetaket og større bruk av privat tjenestetilbud enn hva behovsindeksen skulle tilsi.
- Forbruket i Sørlandet sykehusområde er vesentlig høyere (20 %) enn gjennomsnittet av befolkningen og avviket øker når en tar hensyn til behovsindeksen (23 %). Det høye forbruket skriver seg i størst grad fra en større fra helseforetaket, men også i noen grad større bruk av privat tjenestetilbud enn hva behovsindeksen skulle tilsi.
- Forbruket i Akershus sykehusområde er vesentlig lavere (27 %) enn gjennomsnittet av befolkningen selv om avviket reduseres noen når en tar hensyn til behovsindeksen (23 %). Det lave forbruket skriver seg både fra en lav bruk av antall døgn levert fra helseforetakene, lavere bruk av privat tjenestetilbud enn hva behovsindeksen skulle tilsi.

Oslo sykehusområde har et forbruk både av tjenestetilbud i helseforetak og fra private i tråd med behovsindeksen. Telemark og Vestfold og Innlandet har et forbruk noe under predikert behov, med et høyere forbruk fra private og noe lavere forbruk av tjenestetilbud i helseforetakene. For Vestre Viken, som har et forbruk noe under predikert behov, er forholdet omvendt.

7. Sammenligningsgrunnlag

7 Sammenligningsgrunnlag

De midler som fordeles gjennom modellen er i prinsippet de midler som regionen har fordelt til TSB 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 4,0 % som for 2009 tilsier at basisrammene til TSB for 2010 øker med i alt 11,4 mill. kroner. I beregningen av sammenligningsgrunnlaget er disse midlene fordelt på helseforetak som i 2009. Det er i tillegg lagt til økte bevilgninger for 2010 til opptrappingsplan rus i statsbudsjettet for 2010. Disse midlene er også fordelt i driftsavtalene for 2010.

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.

Sammenligningsgrunnlaget for inntektsmodellen innen TSB fremkommer etter dette slik, tall i 1000 kroner:

| | |
|--|------------------|
| Basisramme 2009 psykisk helsevern | 1 149 361 |
| Øk basis pensjoner 2009 | (69 696) |
| Uttrekk av engangsbevilgninger og budsjettjusteringer 2009 | (1 215) |
| Justert basisramme psykisk helsevern 2009 | 1 078 450 |
| Lønns- og prisvekst 3,1% for 2010 | 33 432 |
| Økt ramme TSB | 17 900 |
| Økt ramme LAR | 2 899 |
| Bevilgning til økt aktivitet 2010, fordelt som økt ramme i 2009. | 11 453 |
| Sum HF/sykehus basisramme 2010 - til fordeling i modellen | 1 144 134 |

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

7. Sammenligningsgrunnlag

| Sykehusområde | Korrigert basisramme TSB 2010 (sml.grl.) | |
|----------------------|---|--------------|
| | 000-kr | andel |
| Akershus | 93 410 | 8,2 % |
| Innlandet | 139 503 | 12,2 % |
| Oslo | 391 132 | 34,2 % |
| Sørlandet | 110 863 | 9,7 % |
| Telemark og Vestfold | 124 752 | 10,9 % |
| Vestre Viken | 171 271 | 15,0 % |
| Østfold | 113 203 | 9,9 % |
| Sum | 1 144 134 | 100 % |

Det er i sammenligningsgrunnlaget her forutsatt at medikamentkostnader innen LAR fordeles på sykehusområdene etter pasientens hjemsted. Praktisk er sammenligningsgrunnlag for Oslo redusert med 50 millioner kroner, som er fordelt på Østfold, Akershus, Innlandet og Vestre Viken, basert på deres relative andeler av pasienter i LAR innen tidligere Helse Øst. Det forutsettes da at medikamentkostnader pr LAR-pasient er lik i alle sykehusområder.

I tillegg til disse 1,14 milliarder kroner fordeles også 579 millioner kroner som RHF kjøper tjenester fra private for. Det er beskrevet i kapittel 5 hvordan dette gjøres og den økonomiske omfordelingen som følge av dette i forhold å holde disse midlene utenfor modellen.

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

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 |

| 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.

8.2 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

8. Omfordelingsvirkninger og implementering

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 legger også til rette for å etablere et gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene fra 2011.

Arbeidsgruppen vil anbefale at følgende tas hensyn til fra 2011:

- Fordeling av (eventuelle) økte inntekter og aktivitetsrammer og –krav bør ta hensyn til de viste hovedtrekkene av forbruksindeks og behovsindeks. Særlig er det pekt forholdet mellom forbruks- og behovsindeks ved Akershus, Østfold og Sørlandet.
- Det bør etableres et gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene, hvor det foretas en omfordeling i basisrammen for å skape en mest mulig budsjettneøytral overgang.
- Fordeling av (eventuelle) nye LAR-midler bør inngå i inntektene til TSB generelt.
- Utdeling og tilbaketrekking av midler til tjenestekjøp fra private bør synliggjøres fra og med inntektsfordelingen for 2011.

Representantene fra Sørlandet Sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF har bemerket at det er for stor uenighet om behovs- og kostnadskomponentene til at de kan benyttes i forhold til ressurs- og aktivitetsfordeling i 2011. Den fullstendige merknaden er tatt inn under Vedlegg 1 ”Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer”.

8.3 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 vil peke 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.
- 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.

Referanser

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

NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.

Vedlegg 1 – Dissenser og merknader fra arbeidsgruppens medlemmer

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

I behovskomponenten er kriteriet ”befolkningstall kvadrert” tillagt en vekt på 6,3 % i en av modellene.

Dette kriteriet skal kompensere for merutgifter knyttet til økt forekomst av rusrelaterte lidelser som følge av økende urbaniseringsgrad og som ikke fanges opp av øvrige kriterier i behovskomponenten. En kan ikke se at det er godtgjort verken et kunnskapsgrunnlag eller et skjønnsmessig grunnlag som skulle tilsi en så høy innvektning. Det argumenteres med at en skal tilpasse behovskomponenten til historiske forbruksrater. Denne tilnærmingen kan en ikke se seg enig i. Regresjonsanalyser viste at en vekting på 1,5 -2% ga et mer korrekt anslag. Undertegnede mener derfor at kriteriet i den endelige modellen bør vektes inn med en slik prosentandel.

Undertegnede mener også at det bør iverksettes et videre utviklingsarbeid knyttet til å skape et bedre kunnskapsgrunnlag for innvektingen av dette kriteriet.

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
Sven-Erik Hansen Psykiatrien i Vestfold
Kolbjørn Skarbø Sykehuset Innlandet HF
Jørgen Brabrand Sykehuset Innlandet HF

Dissensmerknad fra Sørlandet Sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF

Vi siterer fra side 28 i rapporten om TSB:

”Arbeidsgruppen vil anbefale at følgende tas hensyn til fra 2011:

- Fordeling av (eventuelle) økte inntekter og aktivitetsrammer og –krav bør ta hensyn til de viste hovedtrekkene av forbruksindeks og behovsindeks.”

Undertegnede er uenig i at modellens resultater bør benyttes i forhold til ressurs- og aktivitetsfordeling i 2011. Undertegnede støtter at det opprettes et gjestepasientoppgjør innen TSB i 2011, men de øvrige komponentene i behovs- og kostnadskriteriene må det arbeides videre med før en kan legge modellen til grunn for inntektsfordeling. Det vises for øvrig til dissensmerknad knyttet til innføring og innvektning av kriteriet ”befolkningstall kvadrert” i behovskomponenten.

Undertegnede kan heller ikke støtte at reiseavstand kompenseres ulikt i psykisk helsevern og rus.

Referanser og vedlegg

Anne Wenche Emblem, Sørlandet sykehus HF
Roy Madsen, Sørlandet sykehus HF
Jørgen Brabrand, Sykehuset Innlandet HF
Kolbjørn Skarbø, Sykehuset Innlandet HF

Merknader fra representanter fra Oslo universitetssykehus

1. Tverrfaglig spesialisert behandling

TSB er et nytt tjenesteområde innenfor spesialisthelsetjenesten hvor pasientene har til dels ulike karakteristika i forhold til utbredelse av hhv somatiske og psykiatriske lidelser. Tverrfaglig spesialisert behandling er under utvikling og har en egen opptrappingsplan. Det er derfor positivt at arbeidsgruppen har anbefalt at det innføres en egen inntektsmodell for TSB med etablering av et gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene. Døgnprisen i gjestepasientoppgjøret mellom helseforetakene bør differensieres mellom avgiftning og døgnbehandling. Avgiftningsplassene er et vesentlig dyrere behandling enn øvrig tilbud.

Utdeling og tilbaketrekking av midler ut fra forbruk fra private tjenesteleverandører med virkning allerede fra 2011 er også positivt. Dette underbygger vedtatte strategier i utvikling av tverrfaglig spesialisert behandling.

Arbeidet med inntektsmodellen må fortsette med mer utredning for å sikre et bedre tallgrunnlag før modellen implementeres i sin helhet. Det må vurderes å inkludere flere variabler evt høyere innvektning av storbykomponenten. Sammenhengen mellom alkoholforbruk og behandlingsbehov, samt utbredelse av kronisk opiodavhengige pasienter med behov for LAR er eksempelvis ikke hensyntatt tilstrekkelig. Innvandrerbefolkningens behov er heller ikke beskrevet. Ulikhet i sykeligheten (dødelighet, infeksjonsstatus m.v.) til pasienter med behov for rusbehandling må utredes nøyere.

Det er verd å merke seg at storbykomponenten er vesentlig lavere innvektet i TSB(6,3%) enn i psykisk helsevern (9,5%). Vi mener at det ikke er faglig grunnlag for å vekte storbykomponenten i TSB så lavt, men forutsetter at dette vil bli et sentralt tema i det videre arbeidet med inntektsmodellen.

Fagrådet innenfor TSB bør få i oppgave å konkretisere hva som til enhver tid bør være av regionale funksjoner.

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

Merknader fra representant fra Lovisenberg diakonale sykehus HF

Referanser og vedlegg

Det er positivt at arbeidsgruppen har anbefalt at det innføres en egen inntektsmodell for TSB med etablering av et gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene. Det store innslaget av private tjenesteyter, og hvordan denne kapasiteten forvaltes, gjør det ennå vanskeligere å lage en objektiv modell for behov og særskilte kostnader innen TSB enn i PHV. Tidspunktet for implementering av deler av modellen bør utsettes.

Døgnprisen i gjestepasientoppgjøret mellom helseforetakene bør differensieres mellom akutt avgiftning og planlagt døgnbehandling. Avgiftningsplassene er et vesentlig dyrere behandling enn øvrig tilbud.

Mangelen på solid, statistisk kunnskap om de særlige utfordringer vi opplever med misbruk, sykелighet, dødelighet i storbyer, taler for, inntil videre å benytte storbykomponenten "folketallet kvadrert". Det er ikke noe som taler i mot at denne bør vektas likt i PHV og TSR (9,5 %). Rusmisbruk og psykisk lidelse er meget gjensidig avhengige fenomen og sterkt korrelert.

På kostnadssiden bør utgifter til forskning innen TSB vektas likt som i PHV.

Andre forhold som krever nærmere analyser

Vi vil peke på enkelte forhold som ikke er omtalt i rapporten, men som har betydning for dimensjonering og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten, og som bør analyseres og vurderes nærmere.

Forskjeller i arbeidsmarkedet som kostnadsfaktor

Flere yrkesgrupper innenfor HF/sykehus, har sannsynligvis et naturlig høyere lønnsnivå ved Oslo-sykehusene enn i de andre sykehusområdene. Dette er ikke omtalt i rapporten, men er etter vår vurdering noe som bør analyseres nærmere og eventuelt vurderes i hvilken grad det skal kompenseres for.

Kapasitet i primær- og spesialisthelsetjenesten

Det vil etter vår vurdering være riktig å analysere kapasiteten i hele behandlings- og omsorgskjeden i sammenheng i kommune- og spesialisthelsetjenesten før det kan tas stilling til omfordeling av midler mellom sykehusområder.