

Fordeling av kapitalinntekter i Helse Sør-Øst



Rapport fra arbeidsgruppe 12. oktober 2010



Fordeling av kapitalinntekter i Helse Sør-Øst.....	1
1 Innledning.....	3
1.1 Mandat.....	3
1.2 Sammendrag.....	4
2 Modell for fordeling av kapitalinntekter	5
2.1 Sammenligningsgrunnlag / midler til fordeling	5
2.2 Investeringsrammer i historisk perspektiv	6
2.3 Fordeling på tjenesteområder	6
3 Somatikk.....	7
3.1 Fordeling av kapitalinntektene til pre-hospitale tjenester	7
3.2 Fordeling til øvrige funksjoner.....	8
3.3 Tilpasninger i inntektsmodell for somatikk	8
3.4 Resultat av modellen for somatikk.....	9
3.5 Modell med utgangspunkt i DRG-produksjon.....	9
4 Psykisk helsevern og TSB.....	10
4.1 Fordeling av kapitalinntektene til psykisk helsevern/TSB.....	10
5 Arealer og balanseverdier.....	11
5.1 Arealer.....	11
5.2 Balanseverdier.....	12
5.3 Effekter av store byggeprosjekter	13
6 Betydningen av inkludering av kapitalinntekter i kriteriebasert inntektssystem	14
7 Omfordelinger og anbefaling	16
7.1 Omfordelingseffekter	16
7.2 Innfasing.....	16

1 Innledning

Som del av inntektsmodellprosjektet som ble startet opp i november 2009 og leverte sluttrapport 11. mai 2010, ble det etablert en arbeidsgruppe som skulle jobbe med utvikling av en inntektsmodell for fordeling av kapitalinntekter. Arbeidsgruppen klarte ikke å fullføre arbeidet på den tiden som var til disposisjon, også i stor grad på grunn av at andre deler av inntektsmodellarbeidet tok mye tid og fokus for sekretariatet (RHF). Den arbeidsgruppen som nå leverer en komplett rapport om fordelingsmodell for kapitalinntekter har videreført det arbeidet som ble startet opp, men ikke konkludert. Arbeidsgruppen har lik sammensetning og også i hovedsak bestått av de samme personene som utgjorde arbeidsgruppen under det forrige inntektsmodellprosjektet.

1.1 Mandat

Gruppens mandat har ikke vært eksplisitt formulert, men arbeidet har vært bygget på mandatet fra inntektsmodellprosjektet, samt anbefalingen gitt i prosjektrapporten. Prosjektrapporten fra inntektsmodellprosjektet, levert 11. mai 2010, anbefalte følgende hva gjelder arbeidet med kapital-inntekter:

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

Denne anbefalingen er utgangspunktet for at Helse Sør-Øst RHF har bedt arbeidsgruppen fortsette sitt arbeid, og levere en anbefaling primo oktober 2010. Arbeidsgruppen har bestått av:

Fra RHF:

Øyvind Røed
Line Alfarrustad
Martin Sjuls

Økonomirepresentanter fra sykehusområdene:

Ståle Langvik-Christiansen, Telemark og Vestfold
Marianne Wiik, Østfold
Per Qvarnstrøm, Sørlandet
Ørjan Sandvik, Innlandet
Anders Frafjord, Oslo
Øyvind Wøllo, Oslo
Monica Haugen, Vestre Viken
Jørn Limi, Akershus

Arbeidsgruppen har bygget videre på det arbeidet som var del av inntektsmodellprosjektet vinteren og våren 2010, men som ikke konkluderte med noen anbefaling. Arbeidsgruppen har hatt 4 møter i løpet av august og september.

1.2 Sammendrag

Arbeidsgruppen har tatt som utgangspunkt at de midler det søkes å finnes en tilnærming til modellmessig fordeling av, er de inntekter som har vært knyttet til finansiering av investeringer. I 2009 utgjorde dette 3,030 milliarder kroner for foretaksgruppen, og 3,054 milliarder for foretaksgruppen eks RHF og Sunnaas sykehus HF, men inkl Lovisenberg diakonale sykehus (LDS) og Diakonhjemmet sykehus (DHS). Det er også vurdert at 270 millioner kroner av inntekter til Akershus Universitetssykehus HF i tilknytning til investeringen i Nye Ahus er inntekter som relaterer seg til kapitalkostnader. Disse er allikevel ikke inkludert i sammenligningsgrunnlaget og midler til fordeling, og således heller ikke i omfordelingseffektene som beregnes som følge av modellen.

Arbeidsgruppen har valgt en tilnærming der de definerte kapitalinntektene fordeles på tjenesteområdene somatikk og psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), slik at det benyttes ulike modeller innenfor de forskjellige tjenesteområdene. For psykisk helsevern/TSB er det benyttet andeler av inntekter til drift som fordelingsnøkkel også for kapitalinntekter. Innen somatikk er benyttet en tilnærming gjennom den kriteriebaserte inntektsmodellen. Innen somatikk er det skilt ut og gitt egen inntektsfordeling for pre-hospitale tjenester (PHT), samt funksjoner som holdes utenfor inntektsmodellen og øremerkede tilskudd til Oslo.

Tilnærmingen med inntektsmodell for somatikk er gjort slik at de ulike elementene i modellen beholder sitt innbyrdes "styrkeforhold". Det innebærer at kostnadskomponentene og gjestepasientoppkjøret fortsatt omfordeler en like stor andel av inntektene som er til fordeling, som de gjorde i den opprinnelige modellen. For å oppnå dette er gjestepasientoppkjørssatsen og satsen i abonnementet for spesialiserte tjenester lagt på med 6%, og satsene i kostnadskomponentene lagt på med ca 15%.

Arbeidsgruppen har vurdert en tilnærming for somatikk gjennom fordeling etter aktivitet, og det er vurdert arealer og balanseverdier i sykehusområdene som kriterier for fordeling av kapitalinntekter. Ingen av disse tilnærmingene er benyttet, men arealer og balanseverdier er vist i kapittel 5 som en illustrasjon på utfordringene rundt fordeling av kapitalinntektene.

Rapporten konkluderer med at det er mulig og ønskelig å fordele kapitalinntekter etter de samme kriterier som driftstilskuddet for øvrig. Det anbefales imidlertid at det settes av en relativt liten del av inntekten for tildeling som tilleggsinntekter til helseforetak som har gjennomført betydelige investeringer (nye somatiske sykehusbygg) de siste 6 – 8 årene. Helse Sør-Øst bør kunne tildele slike tilleggsinntekter basert på pukkelkostnader på bakgrunn av 1 – 3 store investeringsprosjekter samtidig (innenfor samme budsjettår).

Omfordelingseffektene som følge av modellen er etter arbeidsgruppens oppfatning relativt små sett i forhold til den totale basisrammen for det enkelte sykehusområde. Det synes derfor lite hensiktsmessig å fordele en innfasing av modellen og dens økonomiske omfordelingseffekter over flere budsjettår. Omfordelingseffektene er i rapporten vist med opptaksområder pr 2010, altså før overføring av opptaksområdet Follo-kommunene og bydel Alna fra Oslo til Akershus.

2 Modell for fordeling av kapitalinntekter

Arbeidsgruppen har hatt en tilnærming gjennom å benytte eksisterende inntektsmodell(er) for tilpasning til også å kunne fordele kapitalinntekter gjennom modellen(e). Det er i rapporten kun for somatikk at det er laget en tilnærming ved bruk av kriteriebasert inntektsmodell for fordeling av kapitalinntekter. Modellen for psykisk helsevern har foreløpig kun 10 % innfasing, og innen TSB og pre-hospitale tjenester er det ikke etablert noen kriteriebasert inntektsmodell. For disse tjenesteområdene er fordeling av kapitalinntekter derfor gjort på bakgrunn av sykehusområdenes andeler av driftstilskuddene innen tjenesteområdene.

Arbeidsgruppen har vurdert fordeling gjennom modell for somatikk med utgangspunkt i målt aktivitet (i form av DRG-poeng), og på bakgrunn av arealer og balanseverdier. Hovedtrekk av disse vurderingene og bakgrunn for at tilnærmingen gjennom aktivitet innen somatikk ikke er valgt er gitt i kapittel 3.2. Oversikt over arealer og balanseverdier, vurderinger knyttet til en modell bygget på dette grunnlaget, og en vurdering av hvordan disse forholdene matcher resultatene av den kriteriebaserte modellen, er gitt i kapittel 5.

2.1 Sammenligningsgrunnlag / midler til fordeling

Kapitalinntekter fra 2002-2009 ser fordelt på sykehusområdenivå som følger:

Tusen kr	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Sum
Akershus	78 289	112 686	105 838	107 491	115 561	122 514	255 776	260 586	1 158 741
Innlandet	147 308	217 196	239 935	218 597	278 715	278 446	379 449	386 585	2 146 231
Oslo	246 155	522 916	613 479	737 153	840 283	881 685	1 177 738	1 227 570	6 246 979
Sørlandet	385 926	161 114	108 350	142 939	154 918	161 510	245 889	250 513	1 611 159
Telemark og Vestfold	292 442	221 658	282 090	235 334	227 901	237 427	380 657	387 816	2 265 324
Vestre Viken	189 457	196 902	159 314	220 782	242 962	250 918	335 339	341 646	1 937 319
Østfold	110 902	113 318	141 140	128 108	133 642	141 937	196 174	199 863	1 165 084
Sum SO	1 450 479	1 545 789	1 650 146	1 790 404	1 993 982	2 074 437	2 971 022	3 054 578	16 530 837

Det tas følgelig som utgangspunkt at det er 3.054.578 tusen kroner til fordeling, og at fordeling som angitt under 2009 er utgangspunkt for sammenligningene.

Relatert til investeringsramme 2009 for foretaksgruppen, ser dette ut som følger:

Avskrivningstilskudd HF og RHF	3 030 000
Avskrivningstilskudd Sunnaas og RHF	-47 370
Avskrivningstilskudd DHS og LDS	71 948
Til fordeling i inntektsmodeller	3 054 578

Inntektsmodellen for somatikk er også i hovedsak bygget på grunndata og sammenligningsgrunnlag fra 2009, og det gir derfor konsistens og lettere sammenlignbarhet å forholde seg til dette også i kapitalmodellen. Fordelingen av kapitalinntekter for 2010 har heller ikke nevneverdig endret den andelsmessige fordelingen mellom sykehusområdene. En oppdatering til et sammenligningsgrunnlag basert på 2010, ville derfor ikke gitt andre resultater i forhold til omfordelingene som resultat av modellen. Når modellen skal tas i bruk, vil det også bli med oppdaterte data på samme måte som inntektsmodellen for somatikk for øvrig.

Det er i 2009, og i 2010, gitt en tilleggsbevilgning til Akershus Universitetssykehus HF på 270 millioner kroner relatert til investeringene i Nye Ahus og de påfølgende

pukkelkostnadene på renter og avskrivninger. Arbeidsgruppene ser det som naturlig at disse inntektene inkluderes i vurderingene av modellen for kapitalinntekter.

2.2 Investeringsrammer i historisk perspektiv

Det beløpet som her legges inn i til fordeling etter de prinsipper som redegjøres for i denne rapporten, representerer de historiske inntektene til avskrivninger, eller investeringsrammene. Dette representerer etter arbeidsgruppens mening ikke behovet for investeringsmidler sett i forhold til reinvesteringsbehovet. Det er to hovedgrunner til dette. For det første gjenspeiler ikke avskrivningene i helseforetakene, og dermed i regionen, ikke kapitalslitet på en fullstendig måte. Dette har i hovedsak bakgrunn i at verdier som var del av åpningsbalansen pr 1. januar 2002 i mange tilfeller ikke er gitt sin reelle verdi og avskrives over for lang tid. Likviditeten som genereres fra avskrivningene, ville derfor i utgangspunktet ikke være tilstrekkelig til gjenanskaffelse av verdiene. For det andre er det etter arbeidsgruppens erfaringer også slik at en på reinvesteringstidspunktet generelt vil anskaffe anleggsmidler til en høyere verdi enn den investeringen som erstattes. Dette bidrar ytterligere til at avskrivninger på anleggsmidler alene ikke er tilstrekkelig til å finansiere de totale investeringene.

For å realisere investeringer er det derfor i dagens situasjon nødvendig med ekstern finansiering, i form av egenkapital eller lånekapital. I den grad deler finansieringen baseres på lån, vil dette stille ytterligere krav om effektiviseringer som følge av rentekostnader, utover de effektiviseringskrav som økningen i avskrivningskostnader medfører. Alternative løsninger for hvordan effektiviseringskrav som følge av investeringer i de største prosjektene (nye sykehusbygg o.l.) kan fordeles mellom helseforetakene i regionen diskuteres videre i kapittel 6.

2.3 Fordeling på tjenesteområder

Midlene til fordeling deles først mellom somatikk og psykisk helsevern/TSB. For foreløpige beregninger er det benyttet et forhold mellom somatikk og psykisk helsevern/TSB på 82,5% - 17,5%.

Grunnlaget for dette er i forholdet mellom avskrivningskostnadene i SiV og PiV, som for 2009 var 82,1% - 17,9%. Arbeidsgruppen har også innhentet opplysninger fra andre helseforetak om forholdet mellom avskrivningskostnader innen somatikk og psykisk helsevern. Andel av totale avskrivninger innen psykisk helsevern/TSB varierer så mye som fra 7,4% (Akershus universitetssykehus HF) til 21,2% (Sykehuset Østfold HF). Dette har bakgrunn i de to foretakenes spesielle forutsetninger for somatikkbyggene, hvor AHUS er nybygget, mens SØ er nær fullt avskrevet og skal erstattes av nytt bygg i løpet av få år. Andre foretak med mer "jevnbyrdig" bygningsmasse innen somatikk og psykisk helsevern/TSB, som Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF, har en andel av totale avskrivninger innen psykisk helsevern/TSB på 17 - 18%.

3 Somatikk

Arbeidsgruppen legger til grunn at inntektsfordeling av kapital best gjøres gjennom den etablerte inntektsmodellen. Modellen må tilpasses for å håndtere dette, i hovedsak gjennom å øke satsene i kostnadskomponentene og gjestepasientoppgjøret, slik at ikke alle midlene følger behovskomponenten. Det er særlig de netto gjestepasientstrømmene inn til Oslo og skjevfordelingen av forskningsaktivitet, som begge er krever betydelig kapital for oppbygging av kapasitet og infrastruktur, som nødvendiggjør at dette tas eksplisitt hensyn til. Det er også enkelte funksjoner som faller utenfor inntektsmodellen for somatikk som må hensyntas. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at dette vil måtte gjelde pre-hospitale tjenester (ambulanse) og en del ulike funksjoner lagt til Oslo.

I forhold til hvor mye som bør fordeles av kapitalinntektene for å hensynta pre-hospitale tjenester og de funksjoner som er lagt til Oslo, er det benyttet relativ andel av driftsinntektene til somatikk totalt sett. Tabellen under gir en oversikt over totale inntekter til somatiske tjenester:

Funksjon/oppagve	Driftsinntekter	Andeler
	Tusen kroner	
Inntektsmodell somatikk	18 666 000	49,6 %
Ulike funksjoner utenfor innt.mod.	778 000	2,1 %
Pensjon	1 461 000	3,9 %
Ambulanse/AMK	1 173 000	3,1 %
Pas.trsp	674 000	1,8 %
Beh.hj.midler	265 000	0,7 %
Kreftreg og beh.reiser (øremerk.midl)	200 000	0,5 %
Utenfor innt.mod	4 551 000	12,1 %
Nasj kompsentra/forskning (post 78)	400 000	1,1 %
Aktivitetsbaserte inntekter	14 000 000	37,2 %
Sum somatikk	37 617 000	

3.1 Fordeling av kapitalinntektene til pre-hospitale tjenester

På bakgrunn av dette er det benyttet en andel av somatikk knyttet til pre-hospitale tjenester (PHT) som omfatter ambulanse og AMK, ikke pasienttransport, og er satt til 3%. Dette tilsvarer kapitalinntekter til PHT på om lag 69 millioner kroner pr år. Disse er fordelt i tabellen under på bakgrunn av sykehusområdenes andeler av basisrammen til tjenesteområdet.

PHT	Andel av midler PHT i 2010	Alt fordeling kapital til PHT
	%	Tusen kr
Akershus	0,0 %	-
Innlandet	21,8 %	15 092
Oslo	32,1 %	22 228
Sørlandet	12,5 %	8 652
Telemark og Vestfold	13,9 %	9 645
Vestre Viken	12,2 %	8 411
Østfold	7,4 %	5 123
Sum SO	100,0 %	69 151

3.2 Fordeling til øvrige funksjoner

Det er også trukket ut av somatikken en andel knyttet til funksjoner som ikke er del av inntektsmodell for somatikk, samt en del øremerkede midler. Det er kun valgt å ta hensyn til de funksjoner som inngår i Oslo sykehusområde, da dette for øvrige sykehusområder er snakk om et svært begrenset omfang, samtidig som slike funksjoner fordeler seg nokså jevnt utover sykehusområdene. Det er ikke tatt hensyn til kompensasjon for overgang til færre institusjonsnummer innen ISF. De oppdrag og funksjoner som er trukket ut fra inntektsmodellen for somatikk, er i liten grad preget av pasientbehandling av inneliggende pasienter, og er derfor på langt nær like kapitalkrevende som gjennomsnittet av den somatiske virksomheten. Kapitalgraden er skjønsmessig satt til 25% av gjennomsnitt for somatikk. Følgende beløp er definert som utenfor inntektsmodellen for somatikk:

Funksjon/oppgaver Oslo u/modellen	Kapitalintensitet ift 25 % gj.sn somatikk		
	Tusen kroner	Andel av somatikk	Vektet andel
Ulike funksjoner utenfor innt.mod.	612 000	1,6 %	0,4 %
Kreftreg og beh.reiser (øremerk.midl)	200 000	0,5 %	0,1 %
Nasj kompsentra/forskning (post 78)	400 000	1,1 %	0,3 %
Sum	1 212 000	3,2 %	0,8 %

Det er følgelig benyttet en andel på 0,8% som uttrykk for kapitalinntekt til slike funksjoner, noe som representerer ca 20 millioner kroner.

3.3 Tilpasninger i inntektsmodell for somatikk

Modellen benyttes slik den er tatt frem for fordeling av basisramme til somatikk, og 2009-tallene for midler til fordeling og sammenligning ligger til grunn. Dette gir da sammenlignbarhet i forhold til at det også legges inn 2009-fordeling av kapitalmidler i modellen og for sammenligning. Modellen for somatikk hadde i utgangspunktet 16,28 mrd til fordeling, mens den etter inkludering av 2,43 mrd i kapitalinntekter har 18,71 mrd til fordeling.

Ved denne tilnærmingen er det i de resultatene som her vises lagt opp slik at forholdet mellom behovs- og kostnadskomponentene holdes på samme nivå som i utgangspunktet, altså modellen uten hensyn til fordeling av kapitalinntekter. Det er videre justert slik at abonnementet for spesialiserte tjenester og endringer i gjestepasientoppgjør gir omfordelinger av samme relative størrelse til totalbeløpet som er til fordeling, som det som ligger i modellen uten hensyn til kapital. Dette vil si:

- Behovskomponenten teller 91,2% av grunnmodellen og holdes uforandret. Det vil si at midler som ikke fordeles på bakgrunn av kostnadskomponentene, fordels på bakgrunn av behovskomponenten.
- Kostnadskomponenten teller 8,8% av grunnmodellen. For å opprettholde denne andelen er satsene i kostnadskomponentene økt med ca 15%. Dette er gjort likt for alle de 4 komponentene.
- Abonnementet omfordeler midler inn til Oslo tilsvarende 6,9% av beløpet som fordeles gjennom behovs- og kostnadskomponentene. Normtallet på 40,5 DRG-poeng pr 1000-innbyggere på, ligger fast, mens satsen for abonnementer økes med 6% for å opprettholde den relative andelen av inntektene som omfordeles.
- Gjestepasientoppgjøret omfordeler inntekter tilsvarende 7,7% for inneliggende og 0,4% for poliklinikk, totalt 8,1% av beløpet som fordeles gjennom behovs- og kostnadskomponentene. Satsen for gjestepasientoppgjøret økes med 6% av ISF-satsen basert på pasientmobiliteten i 2008 for å opprettholde den relative andelen av inntektene som omfordeles.

3.4 Resultat av modellen for somatikk

Fordeling av kapitalinntekter basert på inntektsmodellen for somatikk slik det er redegjort for over, gir følgende resultat:

Sykehusområde	Samlet fordeling	Endring GP	Sum grunnmodell	Betaling høyspes	Behov + kostnad	Kostnads-komp	Behovs-komp
Akershus	184 349	(27 097)	211 446	(21 170)	232 615	15 203	217 412
Innlandet	304 242	(39 214)	343 456	(33 085)	376 541	16 454	360 087
Oslo	980 379	200 153	780 226	167 676	612 551	140 012	472 539
Sørlandet	200 933	(20 213)	221 146	(21 926)	243 072	10 497	232 575
Vestfold-Telemark	284 127	(46 710)	330 837	(35 472)	366 309	12 233	354 076
Vestre Viken	279 323	(39 909)	319 232	(34 474)	353 706	14 446	339 260
Østfold	197 224	(27 010)	224 235	(21 550)	245 784	7 436	238 348
Sum	2 430 577	-	2 430 577	-	2 430 577	216 280	2 214 297

Tall i tusen kroner

I inntektsmodellen for somatikk er det lagt til et element hvor det omfordeles inntekter på bakgrunn av sykehusområdenes forbruk av tjenester sett opp mot det beregnede behovet. Arbeidsgruppen har sett bort fra dette elementet når den har vurderer omfordelinger basert på inkludering av kapitalinntekter i inntektsmodellen.

3.5 Modell med utgangspunkt i DRG-produksjon

Som del av arbeidsgruppens arbeid vinteren/våren 2010, ble det sett på en tilnærming til fordeling av kapitalinntekter med bakgrunn i aktivitet, hovedsakelig DRG-poeng. Gjennom dette arbeidet ble det tydelig at mange av inntektsmodellens elementer, eller annen form for hensyn til de forhold som kompenseres, ville måtte komme inn. Særlig sentralt ble kompensasjon for forskningsaktivitet og merkostnader pr DRG-poeng for spesialiserte tjenester. En modell med utgangspunkt i aktivitet er derfor lagt bort som alternativ til fordel for å jobbe med utvikling og tilpasning av den kriteriebaserte modellen basert på opptaksområder.

4 Psykisk helsevern og TSB

Som redegjort for under kapittel 2.2 er det gjort undersøkelser av hvilken vektning psykisk helsevern og TSB har i forhold til kapitalkostnader, i denne sammenheng uttrykt ved avskrivninger. Det er på bakgrunn av de dataene som er samlet inn, lagt en vekt på 17,5% for psykisk helsevern og TSB samlet. Dette gir at det fordeles 535 millioner kroner for dette tjenesteområdet.

På bakgrunn av at det kun er innfaset 10% av inntektsmodellen for psykisk helsevern, og at det ikke tatt i bruk en modell for TSB, er fordeling gjort på bakgrunn av hvert sykehusområdes relative andel av inntektene relatert til tjenesteområdet. For 2010 er inntektene til helseforetakene ikke spesifisert pr tjenesteområde. Andelene som her benyttes er derfor basert på de beregninger av sammenligningsgrunnlag og midler til fordeling som er gjort i inntektsmodellprosjektets arbeidsgruppe for psykisk helsevern og TSB.

4.1 Fordeling av kapitalinntektene til psykisk helsevern/TSB

Andelen av kapital inntektene, her 17,5%, til psykisk helsevern og TSB fordeles i tabellen under etter sykehusområdenes andeler av basisrammen til disse tjenesteområdene:

Psyk og TSB	Andel av inntekter psyk/TSB i 2010	Alt. fordeling kapital til psyk/TSB
		Tusen kr
Akershus	9,1 %	48 673
Innlandet	13,9 %	74 438
Oslo	33,0 %	176 304
Sørlandet	9,0 %	48 161
Telemark og Vestfold	13,1 %	69 985
Vestre Viken	13,1 %	69 799
Østfold	8,8 %	47 190
Sum SO	100,0 %	534 551

5 Arealer og balanseverdier

For å danne et bilde av rimeligheten av modellens effekter, har arbeidsgruppen vurdert arealer og balanseverdier i sykehusområdene. Utgangspunktet har vært at de inntektene, som her kalles kapitalinntekter, i all hovedsak har skullet finansiere de kalkulatoriske kostnadene knyttet til bygg og anlegg. Arbeidsgruppen hadde også ønsket å vurdere MTU konkret på tilsvarende måte, men det har vist seg vanskelig å finne en komplett og omforent oversikt over MTU for alle sykehusområder.

5.1 Arealer

Alle helseforetak med unntak av Sykehuset Innlandet HF og Psykiatrien i Vestfold HF er kartlagt av SINTEF i henhold til standarden ”klassifikasjonssystem for sykehusbygg”. Sykehuset Innlandet HF og Psykiatrien i Vestfold HF skal også kartlegges i løpet av høsten og vinteren. SINTEFs klassifisering er de beste dataene for arealer i Helse Sør-Øst.

Da ikke alle helseforetak per i dag er kartlagt av SINTEF har vi også sett på kartlagte arealer oppgitt i Multiconsults tilstandsanalyse. Rapporten er en tilstandsanalyse gjennomført i 2006 og 2007 av bygg i Helse Sør-Øst, eksklusive LDS og DHS. Arealene fra SINTEFs klassifisering er derfor lagt til grunn når disse to er inkludert i Oslo sykehusområde. Det er grunn til å tro at det har vært vesentlige arealendringer i enkelte sykehusområder etter kartleggingen ble gjort. Særlig gjelder dette Akershus og Oslo, og til dels Telemark og Vestfold, Vestre Viken og Sørlandet. Multiconsult opererer gjennomgående med større totalarealer per sykehusområde enn SINTEF. Arealforholdet mellom sykehusområdene er imidlertid relativt likt i de to kartleggingene.

Fordeling basert på Multiconsults tilstandsanalyse

	Akershus	Innlandet	Oslo inkl. LDS og DS*	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold	Totalt
Totalt BA (m2) kartlagt	217 777	330 206	985 985	229 428	313 023	306 003	183 563	2 565 985
Ikke kartlagt	54 231	3 093	52 065	0	7 500	22 867	18 848	158 604
Sum	272 008	333 299	1 038 050	229 428	320 523	328 870	202 411	2 724 589
Andel kartlagt	8 %	13 %	38 %	9 %	12 %	12 %	7 %	100 %
Alt. Fordeling	259 244	393 081	1 173 728	273 114	372 626	364 270	218 516	3 054 578
Sml.grunnlag	260 586	386 585	1 227 570	250 513	387 816	341 646	199 863	3 054 579
Differanse	-1 342	6 496	-53 842	22 601	-15 190	22 624	18 653	-1

*LDS og DS er lagt inn med SINTEF-korrigerede arealer på grunnlag av en arealvektet beregning av forholdet mellom arealer i samme foretak i de to rapportene

Fordeling basert på SINTEF-klassifisering

	Akershus	Innlandet *	Oslo inkl. LDS og DS	Sørlandet	Telemark og Vestfold*	Vestre Viken	Østfold	Totalt
NTA	186 510	289 654	903 846	196 776	267 823	260 036	147 278	2 251 924
Andel av totalt areal	8 %	13 %	40 %	9 %	12 %	12 %	7 %	100 %
Alt. Fordeling	252 988	392 896	1 226 004	266 913	363 283	352 721	199 773	3 054 578
Sml.grunnlag	260 586	386 585	1 227 570	250 513	387 816	341 646	199 863	3 054 579
Differanse	-7 598	6 311	-1 566	16 400	-24 533	11 075	-90	-1

*Innlandet og Psykiatrien i Vestfold er lagt inn med Multiconsult-korrigerede arealer på grunnlag av en arealvektet beregning av forholdet mellom arealer i samme foretak i de to rapportene.

I og med at disse arealoversiktene er fra 2006-2008, viser de viser Akershus med arealer tilsvarende opptaksområder pr 2010, altså eksklusive Alna bydel i Oslo og de 6 Follo-kommunene. Dette er sammenlignbart med det sammenligningsgrunnlag og de opptaksområder som er benyttet i beregningene med en tilpasset kriteriemodell for somatikk.

Trendene i fordelingen fra den kriteriebaserte modellen er forholdsvis like de som kommer frem ved å benytte rene arealer til en tilsvarende beregning for fordeling av inntekter. Selv om resultatene av de to tilnærmingene, arealer og inntektsmodell, er forholdsvis like, er det lite aktuelt å benytte arealer som kriterium for fordeling inntekten. Dette vil en altfor direkte kobling mellom kostnad og finansiering. Det vil være motvirkende i forhold til det strategiske målet om arealreduksjon og arealeffektivisering, og er således heller ikke formålstjenlig av den grunn. At fordelingen av arealer gir resultater med stor grad av gjenkjennelse for resultatene av den kriteriebaserte modellen, synes å støtte bruken av disse kriteriene for fordeling av kapitalinntekter.

I tillegg til rene arealtall vil også faktorer som blant annet tilstandsgrad, egnethet og tilpansningsdyktighet til de respektive arealene være aktuelle å vektlegge i forhold til en fordelingsmodell. Det vil da gi en ennå mer direkte finansiering av kostnadene knyttet til arealer, og ligge tettere opp mot bruk av balanseverdier. Balanseverdier er sett på i neste kapittel.

5.2 Balanseverdier

Med utgangspunkt i balansen til helseforetakene 31.12.2009 får vi følgende alternative fordeling av kapitalinntekter:

	Akershus	Innlandet	Oslo inkl LDS og DS	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold	Totalt
Sum Balanseverdier	8 095 942	4 097 539	13 999 730	3 117 579	4 408 431	3 505 018	1 818 172	39 042 412
Andel av sum	21 %	10 %	36 %	8 %	11 %	9 %	5 %	100 %
Alt. Fordeling 2009 midler	633 406	320 581	1 095 303	243 911	344 904	274 224	142 249	3 054 578
Sml.grunnlag	260 586	386 585	1 227 570	250 513	387 816	341 646	199 863	3 054 579
Differanse	372 820	-66 004	-132 267	-6 602	-42 912	-67 422	-57 614	-1

Her gjenspeiler fordelingen de høye avskrivningene/kapitalkostnadene sykehusområder med nye bygg har. I så måte tar en slik fordeling opp i seg, i stor grad, tilstanden til bygget. Vi ser at AHUS sykehusområdet med et nytt sykehus har høye balanseverdier og i så måte blir tilskrevet høye kapitalinntekter i en slik alternativ fordeling. I motsatt tilfelle har SØ, som har gammel bygningsmasse og står på trappene til å bygge nytt, lave balanseverdier.

Bygg har den største andelen av balanseverdiene i Helse Sør-Øst.

	Akershus	Innlandet	Oslo inkl LDS og DS	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold	Totalt
Bygg & anlegg	89 %	81 %	78 %	84 %	85 %	79 %	74 %	82 %
Tomt & Bolig & Kunst	1 %	4 %	4 %	3 %	5 %	9 %	9 %	4 %
IKT & EDB	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
MTU	6 %	6 %	8 %	7 %	7 %	8 %	9 %	7 %
Andre	2 %	2 %	3 %	2 %	2 %	4 %	2 %	2 %
Immaterielle eiendeler	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
AUU	0 %	7 %	7 %	4 %	1 %	1 %	6 %	4 %
sum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Alternativ fordeling kun hensyntatt balanseverdier bygg

	Akershus	Innlandet	Oslo inkl LDS og DS	Sørlandet	Telemark og vestfold	Vestre Viken	Østfold	Totalt
Bygg & anlegg	7 202 169	3 318 301	10 876 106	2 606 223	3 726 226	2 765 675	1 354 047	31 848 745
Andel	23 %	10 %	34 %	8 %	12 %	9 %	4 %	100 %
Alt. Fordeling	690 752	318 255	1 043 115	249 960	357 378	265 253	129 865	3 054 578
Sml.grunnlag	260 586	386 585	1 227 570	250 513	387 816	341 646	199 863	3 054 579
Differanse	430 166	-68 330	-184 455	-553	-30 438	-76 393	-69 998	-1

Oversikten over balanseverdier illustrerer den enorme effekten av nylig gjennomførte omfattende investeringer, som hos AHUS. Den viser også en betydelig effekt av at bygningsmassen går mot slutten av levetiden, som særlig er tilfelle hos SØ. Oversikten over balanseverdier, som også gir et bilde av fordelingen av avskrivningskostnader, vises for å synliggjøre hvilke utfordringer variasjonen i balanseverdier mellom sykehusområder gir på kapitalkostnadssida. Arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger rundt betydningen av høye avskrivningskostnader som følge av større investeringer, er omtalt i kapittel 5.3.

Gruppen mener det ikke er hensiktsmessig å legge variasjonen i balanseverdiene til grunn for fordeling av kapitalinntekter og vurderer den kriteriebaserte modellen som bedret egnet.

5.3 Effekter av store byggeprosjekter

Arbeidsgruppen satt opp en enkel oppstilling over effekter på kostnader knyttet til avskrivninger og renter, som følge av en større investering. På bakgrunn av dette er det gjort vurderinger av hvordan inntekter bør fordeles for å hensynta de implikasjoner en slik investering gir på kostnader og driften i helseforetaket. Oppstillingen som er laget tar utgangspunkt i en investeringskostnad på 6 milliarder kroner i en virksomhet med årlige driftsinntekter på 3 milliarder kroner. Det er videre forutsatt at 3 milliarder dekkes med egenkapital fra RHF/eier, og at oppspart overskudd i eget foretak bidrar med 0,5 milliarder kroner. Nødvendig låneopptak blir da 2,5 milliarder kroner. Rentesatsen er forutsatt på 5%, og en årlig prisvekst på 3%, og det forutsettes betjening av lånet som et serielån over 20 år.

Et slikt scenario gir en kostnadsøkning i form av avskrivninger og renter knyttet til investeringen på 367 millioner kroner i år 1, tilsvarende om lag 12% av årlige driftsinntekter. 10 år etter gjennomført investering vil denne være nede i ca 150 millioner kroner, og er ca 4% av årlig driftsinntekter. Dette kan illustreres i følgende enkle tabell:

Ar etter investering	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Årlige inntekter	3 000	3 090	3 183	3 278	3 377	3 478	3 582	3 690	3 800	3 914	4 032
Avskrivninger	245	245	245	245	245	191	191	191	191	191	96
Rentekostnader	122	116	109	103	97	91	84	78	72	66	59
Sum kapitalkostnader	367	360	354	348	342	282	276	269	263	257	156
Kap.kost % av inntekter	12 %	12 %	11 %	11 %	10 %	8 %	8 %	7 %	7 %	7 %	4 %

Avskrivningskostnader relaterer seg her kun til de anleggsmidler som var del av den opprinnelige investeringen. Den tar således ikke hensyn til at deler av disse anleggsmidlene vil være erstattet i løpet av 10-årsperioden, og generere avskrivningskostnader i tillegg til det som legges til grunn her.

På bakgrunn av dette mener arbeidsgruppen at store byggeprosjekter bør behandles som et særskilt, men fast definert element i inntektsmodellene. Dette vil bidra til at det gis en forutsigbarhet både for eier og foretak ved planlegging og realisering av slike investeringer.

6 Betydningen av inkludering av kapitalinntekter i kriteriebasert inntektssystem

Arbeidsgruppen har utførlig diskutert hvordan en inntektsmodell for kapital-inntekter også vil påvirke hvordan resultatkrav stilles til helseforetakene, og hvorvidt alle kapital-inntekter bør fordeles etter modellen.

Prinsipielt er det enighet i gruppen om at det vil være ønskelig å benytte modeller til fordeling av alle inntekter, også de midler som pr 2010 ikke er inkludert i verken kapitalinntektene eller andre tjenesteområder. Dette vil imidlertid legge begrensninger på muligheten til å stille likt resultatkrav, pt balanse, til alle helseforetakene. Fordeling av inntekter basert på indirekte kriterier, gir at helseforetakene vil ha ulike forutsetninger i forhold til det regnskapsmessige resultatet. Med høye balanseverdier (nylig gjennomført betydelige investeringer) og dertil hørende høye avskrivninger, og ofte også høye rentekostnader, vil det være vanskeligere å oppnå de samme regnskapsmessige resultatene som helseforetak i motsatt situasjon. Ideelt sett vil det da være ønskelig å differensiere resultatkravene til helseforetakene på bakgrunn av dette, for å jevne ut effektiviseringskravet. Dette vil fungere likt uavhengig av om regionen totalt sett har anledning til å gå med underskudd, eller har krav om balanse eller økonomisk overskudd. En slik løsning med store ulikheter i resultatkravene som stilles til helseforetakene, anses imidlertid å bære med seg betydelige utfordringer i forhold kommunikasjon i helseforetakene og mot media, politikere og andre utenforstående interessenter. Resultatet av en slik tilnærming vil fort kunne bli underskudd i tråd med kravene der dette er rammen, men manglende overskudd i helseforetak der dette er krevet. Arbeidsgruppen vurderer det på bakgrunn av dette slik at det totalt sett vil være mer formålstjenlig med en annen tilnærming.

Et alternativ til en slik differensiering av resultatkrav, er å holde unna deler av inntekten fra fordeling gjennom inntektsmodellsystemet. Dette beløpet kan da benyttes for å jevne ut de resultatmessige utfordringer som høye avskrivninger og rentekostnader på nye sykehusbygg gir etter ferdigstillelse (ofte kalt pukkelkostnader). I fall en slik tilnærming skulle velges, vil det være formålstjenlig å holde dette beløpet lavt og kun benytte dette til jevne ut forskjeller som følge av de største investeringsprosjektene, dvs 1 til 3 prosjekter som hensyntas på samme tid (budsjettår). I kapittel 5.3 er det vist en svært enkel oppstilling over de utfordringer en må forvente som konsekvens av gjennomføring av større investeringer. Det eksempelet viser at de effekter som en betydelig investering har på kostnadene i stor grad er jevnet ut etter 10 år. Samtidig skal det forventes effekter i form av effektivisering og produktivitetsforbedring gjennom de investeringene som gjøres. Etter arbeidsgruppens vurdering gir det at tilleggsfinansiering bør kunne gis i 6 til 8 år etter gjennomført investering, med en gradvis nedtrapping. I forhold til det viste regneeksempelet vil de 270 millioner kroner som er fordelt utenom de ordinære kapitalinntektene til Akershus i 2010, langt på vei representere den størrelsesorden slik tilleggsfinansiering årlig bør kunne ligge på totalt for regionen.

Uavhengig av hvordan man håndterer inntektsfordeling og resultatkrav vil fordeling av likviditet måtte følge andre prinsipper. Arbeidsgruppen er kjent med at det jobbes med å etablere tydeligere prinsipper for fordeling av likviditet, knyttet opp mot hvordan det enkelte helseforetak skal være med på finansiering av regionale prosjekter og oppbygging og

vedlikehold av gjeld/fordring-modellen. Det må i en slik sammenheng forstås og hensyntas at behovet for likviditet til en viss grad ofte vil være motsatt av behovet for regnskapsførbare inntekter. Dette er fordi at foretakene som har høye avskrivningskostnader i utgangpunktet vil ha mye tilgjengelig likviditet ved økonomisk resultat i balanse, selv om dette vil påvirkes noe av lånebelastning og avdragsprofil på de lån som skal betjenes.

7 Omfordelinger og anbefaling

Det presiseres at omfordelingseffektene som her vises tar utgangspunkt i de etablerte kapitalinntektene på 3,054 milliarder kroner. De inkluderer med andre ord ikke de inntekter som er fordelt til Akershus Universitetssykehus HF på bakgrunn av byggingen av Nye Ahus.

Det presiseres at denne summen ikke på noen måte representerer, eller satt opp på bakgrunn av analyser av, et tilstrekkelig eller nødvendig investeringsnivå for Helse Sør-Øst som region, ref kapittel 2.2. Arbeidsgruppen har ikke gjort vurderinger av hva som vil kunne sies å være tilstrekkelig investeringsnivå.

7.1 Omfordelingseffekter

Totalbildet av omfordeling som følge av de tilpasninger som er gjort i inntektsmodellene vises i tabellen under:

Alle tjenesteområder	% av	Omfordeling	sum	fordeling	fordeling	fordeling	fordeling	
Tusen kr	sml.gr.lag		fordeling	annen som.	somatikk	psyk/tsb	PHT	sml.gr.lag
Akershus	-10,6 %	(27 564)	233 022		184 349	48 673	-	260 586
Innlandet	1,9 %	7 188	393 773		304 242	74 438	15 092	386 585
Oslo	-2,3 %	(28 360)	1 199 210	20 298	980 379	176 304	22 228	1 227 570
Sørlandet	2,9 %	7 233	257 746		200 933	48 161	8 652	250 513
Telemark og Vestfold	-6,2 %	(24 059)	363 756		284 127	69 985	9 645	387 816
Vestre Viken	4,7 %	15 887	357 533		279 323	69 799	8 411	341 646
Østfold	24,9 %	49 675	249 538		197 224	47 190	5 123	199 863
Sum SO		(0)	3 054 578	20 298	2 430 577	534 551	69 151	3 054 578

Det bemerkes at denne oppsummering tar utgangspunkt i dagens (2010) opptaksområder. Effekten av flytting av ansvaret for pasienter i kommunene i Follo og Alna bydel fra OUS til Ahus fra 1. januar 2011 er ikke tatt inn. Beregninger basert på tilnærmingen som er lagt opp til i rapporten setter en "verdi" på det opptaksområdet og tilhørende aktivitet som flyttes, på om lag 110 millioner kroner. Kalkulasjonen er da gjort med flytting av opptaksområdet Follo/Alna innen somatikk og overføring av om lag 25% av basisrammen knyttet til psykisk helsevern og TSB. Det gir ingen endring for PHT og øvrige funksjoner innen somatikk.

Ved innføring av denne tilnærmingen til fordeling av kapitalinntekter, forutsetter arbeidsgruppen at også tilleggbevilgninger knyttet til investeringer følges opp. I relasjon til Follo/Alna overføringen og investeringen i nye Ahus, er det ikke AHUS alene som håndterer de økonomiske utfordringene. Den del av den økonomiske utfordringen som ligger til utfasing og avhending av bygg og anlegg, faller i det prosjektet på OUS og det synes naturlig at deler av den tilleggsinntekten som skal støtte nye Ahus tildeles OUS.

7.2 Innfasing

De omfordelingene som den valgte tilnærmingen gir er relativt begrensede, særlig sett i relasjon til sykehusområdenes totale inntektsrammer. Arbeidsgruppen foreslår derfor at tilpasning til fordeling av inntekter etter modellen gjøres på ett år (momentant), ved inntektsfordelingen for 2012. Erfaringene med innfasing av inntektsmodell for somatikk, og nå også i noen grad med modell for psykisk helsevern, synes å peke på at en momentan tilpasning skaper minst misforståelser og kommunikasjonsutfordringer. Ved å velge å sette implementering til 2012, kan dette allerede tas hensyn til i planleggingen av investeringer fra 2011, samtidig som det gir noe mer tid til å vurdere helheten i inntektsfordelingssystemet, resultatkrav og likviditetsfordeling.

Arbeidsgruppen anbefaler at Helse Sør-Øst RHF tydeliggjør hvilken tilnærming som vil bli lagt til grunn i forbindelse med gjennomføring og ibruktagelse av betydelige nyinvesteringer. Det anbefales at en mindre andel av inntektene holdes tilbake fra fordeling gjennom inntektsmodellene, og fordeles skjønnsmessig for å utjevne effektiviseringskravet som slike investeringer medfører mellom alle helseforetakene i foretaksgruppen. Den viktigste modellmessige betydningen er ikke selve beløpet, men å etablere en tydelighet rundt hvordan dette skal benyttes, både med generelle prinsipper og konkrete forutsetninger inn i det enkelte investeringsprosjekt.