

**SAK NR 012-2014**

**VIDEREUTVIKLING AV INNTEKTSMODELLEN FOR HELSE SØR-ØST**

VEDLEGG

## 1. Bakgrunn

Målet med utvikling av en kriteriebasert inntektsmodell for Helse Sør-Øst er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og sykehusområdenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger. Modellen i Helse Sør-Øst bygger i stor grad på det arbeidet som ble gjort i tilknytning til det nasjonale arbeidet med inntektsmodell, det såkalte Magnussen-utvalget. Det er i perioden 2008-2014 gjort et betydelig videreutviklingsarbeid i Helse Sør-Øst.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst og de private ideelle sykehusene tildeles som en konsekvens av inntektsmodellen en basisramme. Denne er ikke fordelt mellom tjenesteområder, og heller ikke mellom drift og kapital. Det er opp til helseforetakene og sykehusene selv å prioritere midler mellom drift og investering, samt til de ulike tjenesteområdene. Dette må gjøres ut fra egne vurderinger av de lokale forhold, som organisering og produktivitet, faglige prioriteringer, aktivitetskrav og føringer som gis i Oppdrag- og bestillerdokumentene fra det regionale helseforetaket.

Arbeidet med inntektsmodellen ble startet i 2008, og det første prosjektet som ble gjennomført leverte rapport om inntektsmodell for somatikk våren 2009. Implementering av de økonomiske effektene av inntektsmodellen ble startet fra budsjett 2010. Modellen er siden utvidet med komponenter for psykisk helsevern i 2010 og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2011, samt at avregning for bruk av private tjenester anskaffet av Helse Sør-Øst RHF er fullt ut inkludert i somatikk fra 2011. I budsjett for 2014 er inntekter knyttet til somatikk, psykisk helsevern og TSB fordelt gjennom inntektsmodellen, samt at inntekter vedrørende kapital og endrede forutsetninger for pensjonskostnader følger fordelingsnøkler mellom tjenesteområdene. I perioden 2009 – 2012 er de beregnede økonomiske effektene innen somatikk gjennomført. For psykisk helsevern er de økonomiske effektene implementert i perioden 2010-2013, mens TSB, kapitalinntekter og inntekter vedrørende endrede forutsetninger for pensjonskostnader er implementert i perioden 2011- 2014.

En særlig utfordring i arbeidet med inntektsmodellen har vært, og er, den særstilling som Oslo sykehusområde har, særlig gjennom Oslo universitetssykehus HF. Oslo sykehusområde fordeler sin kapasitet innen somatisk pasientbehandling mellom lokal- og områdebaserte tjenester hovedsakelig for egen befolkning, regionfunksjoner for alle innbyggere i regionen og landsfunksjoner for alle innbyggere i landet. I tillegg utfører Oslo universitetssykehus HF en betydelig del av forskningen som gjøres i regionen. Riktig og tilstrekkelig finansiering av Oslo sykehusområde er således et viktig hensyn i inntektsfordelingen for å sikre at Helse Sør-Øst RHF ivaretar sitt ”sørge for”-ansvar, i tillegg til å oppnå sentrale strategiske mål som økt forskningsaktivitet og et fremragende behandlingstilbud.

Denne saken er en oppfølging av sak 024- 2012 og sak 022-2013. I sak 024-2012 om Inntektsmodell for Helse Sør-Øst, la styret la til grunn at innfasingen av inntektsmodellen fortsettes og fullføres. Vedtakene i samme sak ga også administrerende direktør føringer for det videre utviklingsarbeidet med den regionale inntektsmodellen, blant annet knyttet til prehospitaltjenester. I sak 022-2013 om økonomisk langtidsplan 2014-2017, planforutsetninger, ble administrerende direktør bedt om å igangsette «et arbeid med vurdering av kostnadskomponenten i inntektsmodellen med hensyn på hvordan forskning kompenseres».

Kort oppsummert består inntektsmodellen av følgende hovedkomponenter:

- **Behovskomponenten** kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som befolkningens alderssammensetning og innslag av sosio-økonomiske kjennetegn i opptaksområdet.
- **Kostnadskomponenten** kompenserer for variasjoner i kostnadmessige forhold knyttet til forskning, undervisning, andel ikke-vestlige innvandrere i befolkningen samt struktur og lange reiseavstander.
- **Mobilitetskomponenten** korrigerer helseforetakenes inntekter i forhold til hvor pasientene faktisk blir behandlet. Dette gjøres til dels variabelt gjennom løpende gjestepasientoppgjør, og til dels gjennom fast omfordeling som blant annet abonnementet for lands- og regionsfunksjoner innen somatikk.

Det er nå etablert komponenter i inntektsmodellen som gjør at basisinntekter knyttet til somatikk, psykisk helsevern og TSB kan fordeles gjennom modellen. I denne saken beskrives modell for prehospitaltjenester, som vil utgjøre de siste komponentene i en komplett inntektsmodell for Helse Sør-Øst. Alle komponentene er utarbeidet etter de prinsippene som er skissert over. Dette arbeidet har vært krevende og omfattende, slik at det ikke har vært mulig å ha en samlet modell klar til innføring fra samme år, som hadde vært ønskelig.

## 2. Inntektsmodell for prehospitaltjenester

Inntektsmodell for prehospitaltjenester er utviklet med en oppbygging tilsvarende den som er benyttet for de øvrige tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB. Det vil si at den består av tre hovedkomponenter:

### Behovskomponent

Beregner sykehusområdenes relative andeler av ressursbehovet basert på demografi og andre kjennetegn ved befolkningen. I tillegg vil ulike avstandsmål være viktige knyttet til prehospitaltjenester.

### Kostnadskomponent

Vil i hovedsak bestå av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og bemanning til Luftambulansen.

### Mobilitetskomponent

Kompensasjon for aktivitet som utføres for pasienter fra andre prehospitaltjenesteområder.

Resultatet av beregningene i modellen vil representere en omfordeling av inntektene mellom sykehusområdene. Omfordelingen er differansen mellom beregningsresultatene og det som kalles sammenligningsgrunnlag. Sammenligningsgrunnlaget er den historiske basisrammen som er beregnet knyttet til prehospitaltjenester. På samme måten som for øvrige tjenesteområder, har det enkelte helseforetak selv fordelt samlet basisramme fra Helse Sør-Øst RHF ut fra regionale føringer, lokale forhold og prioriteringer. Faktisk ressursbruk på prehospitaltjenester i det enkelte sykehusområde kan derfor avvike fra dette sammenligningsgrunnlaget.

Tabellen nedenfor viser hvilke midler som inngår i sammenligningsgrunnlaget for modell prehospitaltjenester:

|                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| Basisramme for HF pr 2013        | 2 338 322        |
| Midler som holdes utenfor        | -45 000          |
| <b>Midler til fordeling 2013</b> | <b>2 293 322</b> |
|                                  |                  |
| Kostnadskomponent                | 270 526          |
| Behovskomponent                  | 2 022 796        |

Tabell 1 Midler til fordeling og hvilke midler som fordeles gjennom henholdsvis kostnads- og behovskomponenten

## 2.1 Behovskomponent

På grunnlag av statistiske analyser utvikles en delmodell for fordeling av ressurser til foretakene kalt behovskomponent. Modellen beregner ressursbehovet i det enkelte området basert på andel av befolkningen i de eldste aldersklassene, antall uføre i befolkningen, samt ulike mål for reiseavstander. Kriteriesettet som er valgt er vist i tabellen under:

| Kriterie                    | Vekt     |
|-----------------------------|----------|
| 67 - 79 år                  | 21,03 %  |
| over 80 år                  | 21,03 %  |
| uføre                       | 9,16 %   |
| avstand til 1000-innbyggere | 23,70 %  |
| avstand til lok.sh          | 14,31 %  |
| avstand til omr.sh          | 10,76 %  |
| Sum                         | 100,00 % |

Tabell 2 Kriteriesett for prehospitaltjenester

Med utgangspunkt i sammenligningsgrunnlaget er det som vist i tabell 1 om lag 2 milliarder kroner som fordeles gjennom behovskomponenten. Det anbefalte kriteriesettet gir følgende fordeling av disse:

| Pre-hospitalt område | Fordeling behovskomponent | Andeler pr 2013 | Behovsindeks |
|----------------------|---------------------------|-----------------|--------------|
| Innlandet            | 459 510                   | 22,72 %         | 171,43 %     |
| Oslo                 | 564 731                   | 27,92 %         | 66,02 %      |
| Sørlandet            | 247 802                   | 12,25 %         | 118,10 %     |
| Telemark og Vestfold | 281 852                   | 13,93 %         | 105,97 %     |
| Vestre Viken         | 254 498                   | 12,58 %         | 114,40 %     |
| Østfold              | 214 403                   | 10,60 %         | 106,59 %     |
| Sum                  | 2 022 796                 | 100 %           |              |

Tabell 3 Fordeling i kroner gjennom behovskomponenten, andeler av ressursbehov og behovsindeks for hvert område.

Andel av behovskomponenten angir den relative andelen av ressursbehovet til prehospitaltjenester i regionen for hvert av områdene. Kombinert med andel av innbyggerne i regionen, gir dette behovsindeks. Behovsindeks gir et uttrykk for relativt gjennomsnittlig ressursbehov

pr innbygger i hvert av områdene. Gjennomsnittsinnyggeren i Helse Sør-Øst har da indeks lik 100%. Behovet for ressurser til prehospitaltjenester forventes med dette å være 71% høyere enn gjennomsnittet i prehospitalt område Innlandet, og 34% lavere enn gjennomsnittet i område Oslo. De fire øvrige områdene har et gjennomsnittlig ressursbehov pr innbygger som er fra 6% til 18% høyere enn gjennomsnittet for Helse Sør-Øst.

## 2.2 Kostnadskomponent

Helseforetakene har noen spesielle kostnader utover det som fanges opp gjennom behovskomponenten. Det kompenseres derfor for kostnader beregnet til AMK og bemanning av luftambulansen med medisinsk personell gjennom en egen kostnadskomponent. I tillegg er det tatt hensyn til enkelte forhold ved Oslo-områdets regionale og nasjonale behandlingstjenester og de implikasjoner dette har på transportbehov og –kostnader for pasienter fra hele Helse Sør-Øst og andre helseregioner.

| Område               | Sum            | Andel        | AMK            | LA med.pers   | Diverse       |
|----------------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| Innlandet            | 38 346         | 14,2 %       | 28 846         | 9 500         | -             |
| Oslo                 | 136 205        | 50,3 %       | 54 393         | 56 812        | 25 000        |
| Sørlandet            | 29 353         | 10,9 %       | 19 853         | 9 500         | -             |
| Telemark og Vestfold | 22 465         | 8,3 %        | 22 465         | -             | -             |
| Vestre Viken         | 27 946         | 10,3 %       | 18 446         | 9 500         | -             |
| Østfold              | 16 211         | 6,0 %        | 16 211         | -             | -             |
| <b>Sum</b>           | <b>270 526</b> | <b>100 %</b> | <b>160 214</b> | <b>85 312</b> | <b>25 000</b> |

Tabell 4 Kostnadskompensasjon i modellen

## 2.3 Mobilitetskomponent

Gjennom datagrunnlaget i analysedatabasen er det beregnet kostnader som det enkelte område har hatt for transport av andre områders pasienter. Dette gjøres opp som en netto omfordeling i modellen, slik at det ikke lenger skal være noen løpende fakturering mellom områdene. Datagrunnlaget bør oppdateres hvert annet år, slik at det opprettholdes et incentiv og en balanse i forhold god arbeidsdeling, særlig i forhold til planlagte oppdrag. Gjennom arbeidet med inntektsmodell knyttet til prehospitaltjenester har det vært hentet inn data for årene 2009 – 2012. Det er lite variasjon mellom disse årene, slik at en årlig oppdatering ikke synes formålstjenlig.

| Område               | Ambulanse | Pasientreiser | Samlet omfordeling |
|----------------------|-----------|---------------|--------------------|
| Innlandet            | 2 871     | 594           | 3 465              |
| Oslo                 | -1 358    | 15 378        | 14 020             |
| Sørlandet            | -1 990    | -3 040        | -5 030             |
| Telemark og Vestfold | -130      | 7 038         | 6 907              |
| Vestre Viken         | 3 050     | -14 183       | -11 133            |
| Østfold              | -2 443    | -5 788        | -8 230             |
| <b>Sum</b>           | <b>0</b>  | <b>0</b>      | <b>0</b>           |

Tabell 5 Omfordeling av basisramme basert på ambulanseoppdrag og pasientreiser for innbyggere i andre områder.

Den samlede fordelingen av midlene blir med disse komponentene:

| Pre-hospitalt område | Kostnads-komponent | Behovs-komponent | Mobilitets-komponent | Basisramme fra modellen (2) |
|----------------------|--------------------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Innlandet            | 38 346             | 459 510          | 3 465                | 501 321                     |
| Oslo                 | 136 205            | 564 731          | 14 020               | 714 956                     |
| Sørlandet            | 29 353             | 247 802          | -5 030               | 272 126                     |
| Telemark             | 22 465             | 281 852          | 6 907                | 311 225                     |
| Vestre Viken         | 27 946             | 254 498          | -11 133              | 271 311                     |
| Østfold              | 16 211             | 214 403          | -8 230               | 222 384                     |
| <b>Sum</b>           | <b>270 526</b>     | <b>2 022 796</b> | <b>0</b>             | <b>2 293 322</b>            |

Tabell 6 Oppsummering av fordeling gjennom de ulike komponentene

I forhold til sammenligningsgrunnlaget gir modellen således følgende omfordelingseffekter:

| Pre-hospitalt område | Basisramme fra modellen (2) | Basisramme 2013 - sammenligningsgrunnlag(1) | Økonomisk omfordeling i forhold til basis 2013 | Totalt effekt i % av sammenligningsgrunnlag 2013 |
|----------------------|-----------------------------|---|--|--|
| Innlandet            | 501 321                     | 501 859                                     | -538   | -0,1 %   |
| Oslo                 | 714 956                     | 722 987                                     | -8 031   | -1,1 %   |
| Sørlandet            | 272 126                     | 279 636                                     | -7 510   | -2,7 %   |
| Telemark             | 311 225                     | 311 937                                     | -713   | -0,2 %   |
| Vestre Viken         | 271 311                     | 278 026                                     | -6 715   | -2,4 %   |
| Østfold              | 222 384                     | 198 876                                     | 23 508   | 11,8 %   |
| <b>Sum</b>           | <b>2 293 322</b>            | <b>2 293 322</b>                            | <b>0</b>                                       |  |

Tabell 7 Samlet fordeling av grunnlaget gjennom modellen sett i forhold til basisramme i sammenligningsgrunnlaget pr 2013 gir den økonomiske omfordelingen. Omfordelingsvirkningene er i relasjon til sykehusområdenes samlede inntektsrammer begrensede. %-andelen i tabellen her er relativ til sammenligningsgrunnlaget for denne modellen

Omfordelingseffektene er små relativt til helseforetakenes samlede inntektsrammer. Inntektsmodell for prehospitaltjenester vil komplettere den samlede inntektsmodellen for Helse Sør-Øst med begrensede omfordelingseffekter og det anbefales derfor at de økonomiske omfordelingene som følge av modellen implementeres på ett år.

I oppdatering og videre bruk av modellen vil det være nødvendig å være oppmerksom på et forhold som særlig gjelder ambulansetjenesten. Tendensen i befolkningsutviklingen har over tid vært at mens byer, og særlig Oslo og de omkringliggende områdene, har vekst i antall innbyggere, så går folketallet i distriktene ned. Nedgangen gjelder særlig i de minste kommunene, der det også ofte er lange avstander til sykehus. .

Kostnadene til prehospitaltjenester, særlig til ambulansetjenester, vil ikke direkte kunne reflektere utviklingen i befolkningsmønster. Kostnader til ambulansetjeneste er i stor grad knyttet til ambulansestasjonene og beredskapen der.

Det anbefales derfor at avstandskriteriene i modellen legges fast på det nivået de har i 2013 og ikke oppdateres før man eventuelt har gjort nye analyser og vurderinger av kriterievektene. Det anbefales at en slik oppdatering gjøres innen 5 år. Kriteriene for aldersgruppen over 80 år og antall uføretrygdete oppdateres på samme måte som for de øvrige behovskriteriene i den samlede inntektsmodellen for Helse Sør-Øst.

I arbeidet med modellen for prehospitaltjenester er det basisrammene pr 2013 som er benyttet som utgangspunkt for beregninger av økonomiske omfordelinger. Dette vil således oppdateres med tall fra basisrammen for 2014, i tillegg til at det blant annet gjøres endringer i ansvarsområdene for prehospitaltjenester mellom Vestre Viken og Telemark. Ved implementering av modellen pr 2015, vil det derfor være endringer i faktiske tildelinger i forhold til det som vises her og i rapporten om inntektsmodell for prehospitaltjenester.

### 3. Kostnadskompensasjon for forskning

I vedtak i styresak 022-2013 er Helse Sør-Øst RHF bedt om å igangsette «et arbeid med vurdering av kostnadskomponenten i inntektsmodellen med hensyn på hvordan forskning kompenseres».

#### Dagens modell i Helse Sør-Øst

Dagens kostnadskompensasjon vedrørende forskning gis til sykehusområdene basert på deres andel av forskningsaktiviteten i regionen. Beløpet som tildeles som kostnadskompensasjon for forskning beregnes som totalt antall forskningspoeng multiplisert med en sats, som skal reflektere kostnaden per forskningspoeng. Satsen var per 2013 ca 950.000 kroner. Kostnadskompensasjonen går til fradrag i beløpet som tildeles på grunnlag av behovskomponenten av inntektsmodellen.

Begrunnelsen for kostnadskomponenten er beskrevet i den første prosjektrapporten som: «hypotesen er at de sykehusene som har stor produksjon av forskningspoeng også har høyere kostnader i behandlingsaktiviteten enn sykehus med lavere forskningsaktivitet. Analysene bekrefter en slik sammenheng. Delkomponenten for forskning skal kompensere for denne høyere kostnaden».

I inntektsmodellprosjektet som avsluttet våren 2012, ble også inntektsmodellens håndtering av forskning og utdanning behandlet. Det ble konkludert med at et beløp knyttet til undervisning av medisinstudenter skulle trekkes ut fra forskningskomponenten. Med bakgrunn i regnskapstall om kostnader og inntekter knyttet til forskningsaktivitet i helseforetakene, ble også følgende omtalt i prosjektrapporten:

«Oversiktene over kostnader og inntekter knyttet til forskning viser at kostnadskomponenten i inntektsmodellene både dekker direkte og indirekte kostnader forbundet med forskning, og samtidig gir noe kompensasjon for merkostnader i behandlingsaktiviteten som følge av forskningen. Det er ikke beregnet hvor stor denne merkostnaden faktisk er. I praksis vil disse merkostnadene være tett knyttet sammen med kostnadene ved spesialisert medisin som kompenseres gjennom abonnementet for disse tjenestene.»

Gjennom bruk av inntektsmodellen for Helse Sør-Øst i 4 år, er det etter hvert erfart at økningen i kostnadskompensasjon knyttet til forskning er høyere enn den generelle veksten i de økonomiske rammene. Dette har vært kommentert av flere av helseforetakene de siste årene.

Tabell 4 under viser blant annet at andelen av midler som fordeles som kostnadskompensasjon knyttet til forskningsaktivitet har økt fra 3,7% i modellen for 2012 til

4,8% i modellen for 2014. Forskningspoeng for 2012, som etter gjeldende prosedyre ville blitt lagt til grunn for modellen for 2015, viser ytterligere 11% vekst fra 2011.

| Kostnadskomponenten forskning           | 2 010   | 2 011     | 2 012     | 2 013     | 2 014     |
|---|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Sum i inntektsmodellen                  | 923 334 | 1 187 106 | 1 405 702 | 1 534 951 | 1 787 392 |
| Økning fra året før                     |         | 28,6 %    | 18,4 %    | 9,2 %     | 16,4 %    |
| Relativ økning fram til 2014            | 93,6 %  | 50,6 %    | 27,2 %    | 16,4 %    |           |
| Andel av basismidler fordelt i modellen | 5,0 %   | 4,0 %     | 3,7 %     | 4,4 %     | 4,8 %     |
| Andel Oslo sykehusområde                | 87,5 %  | 84,1 %    | 83,9 %    | 85,9 %    | 85,2 %    |

**Tabell 8 Kroner fordelt i inntektsmodellens kostnadskomponenter for forskning, alle tall nivellert til 2014-kr. Før 2012 er ikke inntektsmodellen komplett og tallene for 2010 og 2011 er derfor ikke egnet for direkte sammenligning. Fra 2012 til 2014 har kostnadskomponenten økt med 382 millioner, tilsvarende 27,2%. Dette har gitt en økning i andelen av midlene som fordeles i inntektsmodellen fra 3,7% til 4,8%**

## Vurdering

Forskningsaktiviteten i regionen er svært ulikt fordelt, og Oslo sykehusområde er en betydelig større aktør enn øvrige sykehusområder. Oslo sykehusområde står for rundt 85% av regionens totale forskningspoeng. Når forskningsaktiviteten øker, i tråd med strategien for Helse Sør-Øst, betyr dette årlig betydelig vekst i basisrammen for Oslo sykehusområde som en følge av hvordan inntektsmodellens kostnadskomponent for forskningsaktivitet er konstruert.

Helse Sør-Øst har et tydelig strategisk mål om økt forskningsaktivitet. Det er ingen tvil om at en slik økning som er målsatt vil kreve betydelige ressurser, og at den isolert sett vil komme på bekostning av andelen av ressursene som går til behandlingsaktivitet. Det vil trolig være slik at mesteparten av forskningsaktiviteten vil genereres av Oslo universitetssykehus HF, og dermed Oslo sykehusområde, også i fremtiden. Det synes derfor å være rimelig og naturlig at basisrammen for Oslo sykehusområde av denne grunn øker på bekostning av andre sykehusområder i regionen. Alternativt må veksten i forskningsaktivitet finansieres fra eksterne kilder, eller med nye, øremerkede midler fra staten.

Et viktig spørsmål blir dermed om det er inntektsmodellen som, gjennom en «automatikk» i fordelingen knyttet til forskningsaktivitet, skal fasilitere den ønskede veksten, eller om beløpsmessig vekst skal gjøres til eksplisitt vurdering og beslutning. Slik vurdering og beslutning kan enten skje årlig gjennom budsjettprosessen, eller i lengre perspektiver, som for eksempel gjennom 4-årig økonomisk langtidsplan (ØLP). En slik vurdering kan også omfatte hvordan midlene fordeles.

Målingen av forskningspoeng i NIFU-step er i utgangspunktet ikke designet for å reflektere ressursbruk. For eksempel vil artikler som kommer i forlengelsen av, eller som produkt av, en doktorgrad, gi samme uttelling som artikler som følger av et rent forskningsprosjekt. Ulike forskningsprosjekter med samme kostnad, kan få artikler inntatt i ulike, og ulikt antall, publikasjoner. Dette kan gi betydelige forskjeller i antall forskningspoeng generert av samme ressursinnsats. Dette kan tale for et lavere fokus på forskningspoeng som mål for aktivitet og fordeling av ressurser.

## Alternativer for 2015 og fremover

En løsning kan være å videreføre inntektsmodellens kostnadskomponent, eventuelt med en eksplisitt beslutning om hvilket beløp som skal fordeles heller enn en beregning av dette som «poeng x sats». En annen løsning kan være å skille ut finansiering av forskning som en egen



modell, og beholde en mindre andel som kostnadskompensasjon knyttet opp mot behandlingsaktiviteten.

### Videreføring av dagens løsning i inntektsmodellen

Inntektsmodellens kostnadskomponent kan videreføres som den har vært benyttet. Det er også mulig å moderere veksten i forhold hvor mye midler som legges inn som kostnadskompensasjon. Det vil kunne gjøres uten å gjøre andre prinsipielle eller beregningstekniske endringer.

Vekst i forskningspoeng fra 2011 til 2012 ville tilsi en realøkning på ca 200 millioner kroner i kostnadskomponenten, på bekostning av behovskomponenten. I ØLP 2014-2018 la Helse Sør-Øst RHF til grunn at veksten fra 2011 til 2012 ville representere halvparten av gjennomsnittlig vekst i 2010 og 2011, og utgjøre om lag 65 millioner kroner. Tabellene under viser fordeling av kostnadskompensasjon med disse to alternativene for vekst, og med oppdaterte andeler av forskningspoeng ved gjennomsnitt av perioden 2010 -2012.

| Sykehusområde | Inntektsmodell andeler 2014 basert på 2009-2011 | Inntektsmodell andeler 2015 basert på 2010-2012 | Oppdatering andeler | Fordelings-effekt kr | Fordeling vekst | 2015 vs 2014 |
|---------------|---|---|---------------------|----------------------|-----------------|--------------|
| Akershus      | 5,6 %   | 6,5 %   | 0,9 %               | 16 889               | 13 069          | 29 958       |
| Innlandet     | 1,6 %   | 2,3 %   | 0,6 %               | 11 058               | 4 529           | 15 586       |
| Oslo          | 84,6 %  | 82,3 %  | -2,3 %              | -41 221              | 164 697         | 123 476      |
| Sørlandet     | 2,7 %   | 2,8 %   | 0,1 %               | 2 634                | 5 679           | 8 313        |
| Telemark      | 0,9 %   | 1,0 %   | 0,1 %               | 1 280                | 1 970           | 3 250        |
| Vestfold      | 2,0 %   | 2,2 %   | 0,3 %               | 5 037                | 4 471           | 9 509        |
| Vestre Viken  | 1,6 %   | 1,8 %   | 0,3 %               | 4 589                | 3 683           | 8 272        |
| Østfold       | 1,0 %   | 1,0 %   | 0,0 %               | -266                 | 1 901           | 1 635        |
| Sum           | 100 %   | 100 %   | 0,0 %               | -0                   | 200 000         | 200 000      |

Tabell 9 Tabellen viser andel av forskningspoengene 09-11 og 10-12, samt differansen mellom de to og den fordelingsmessige konsekvensen, gitt samme beløp til fordeling. Fordeling vekst viser fordeling av 200 mill kr og helt til høyre samlet omfordeling.

| Sykehusområde | Inntektsmodell andeler 2014 basert på 2009-2011 | Inntektsmodell andeler 2015 basert på 2010-2012 | Oppdatering andeler | Fordelings-effekt kr | Fordeling vekst | 2015 vs 2014 |
|---------------|---|---|---------------------|----------------------|-----------------|--------------|
| Akershus      | 5,6 %   | 6,5 %   | 0,9 %               | 16 889               | 4 248           | 21 136       |
| Innlandet     | 1,6 %   | 2,3 %   | 0,6 %               | 11 058               | 1 472           | 12 530       |
| Oslo          | 84,6 %  | 82,3 %  | -2,3 %              | -41 221              | 53 527          | 12 305       |
| Sørlandet     | 2,7 %   | 2,8 %   | 0,1 %               | 2 634                | 1 846           | 4 480        |
| Telemark      | 0,9 %   | 1,0 %   | 0,1 %               | 1 280                | 640             | 1 920        |
| Vestfold      | 2,0 %   | 2,2 %   | 0,3 %               | 5 037                | 1 453           | 6 491        |
| Vestre Viken  | 1,6 %   | 1,8 %   | 0,3 %               | 4 589                | 1 197           | 5 786        |
| Østfold       | 1,0 %   | 1,0 %   | 0,0 %               | -266                 | 618             | 352          |
| Sum           | 100 %   | 100 %   | 0,0 %               | -0                   | 65 000          | 65 000       |

Tabell 10 Tabellen viser andel av forskningspoengene 09-11 og 10-12, samt differansen mellom de to og den fordelingsmessige konsekvensen, gitt samme beløp til fordeling. Fordeling vekst viser fordeling av 65mill kr og helt til høyre samlet omfordeling.

En slik videreføring vil fortsatt møte argumentet om at opprinnelig intensjon, å kompensere for kostnadsulempen, er fraveket ved at størrelsen på totalbeløpet har blitt så høyt. Det er også en svakhet at bruken av totale forskningspoeng ikke tar hensyn til at en vesentlig andel av forskningspoengene allerede er finansiert av eksterne midler.

## Ny og egen modell for forskning

Inntekter knyttet til forskning og merkostnader i Helse Sør-Øst er i tildelingene for 2014 som vist i tabellen under:

| Forskning - inntekter pr 2014  | Tusen kr         | Andel          | Andel av basisfin. |
|--------------------------------|------------------|----------------|--------------------|
| Inntektsmodell                 | 1 795 873        | 69,6 %         | 89,4 %             |
| Strategiske midler             | 213 934          | 8,3 %          | 10,6 %             |
| <b>Sum basisfinansiering</b>   | <b>2 009 807</b> | <b>77,9 %</b>  | <b>100,0 %</b>     |
| Øremerkede midler              | 305 662          | 11,9 %         |                    |
| Eksterne midler (anslag)       | 263 258          | 10,2 %         |                    |
| <b>Sum inntekter forskning</b> | <b>2 578 726</b> | <b>100,0 %</b> |                    |

I alternativet for en ny tilnærming er det ikke aktuelt, eller mulig, å endre på mekanismene knyttet til øremerkede midler i statsbudsjettet, og eksterne midler er helseforetakene og sykehusenes egne midler. Strategiske midler som tildeles direkte fra det regionale helseforetaket, benyttes pr i dag både til å øke midler i den søknadsbaserte tildelingen utover øremerkede midler i statsbudsjettet, samt til regionalt definerte satsinger. Fordeling av de strategiske midlene lar seg i liten grad modellere og er derfor holdt utenfor videre i dette notatet.

I det videre beskrives derfor kun endringer knyttet til det som i 2014 er den samlede kostnadskompensasjonen til forskning i inntektsmodellen for Helse Sør-Øst.

En ny modell for fordeling av det som pr 2014 er kostnadskompensasjon i inntektsmodellen, foreslås fordelt på tre elementer:

1. Kostnadskompensasjonen i inntektsmodellen knyttet til tjenestoområder.
2. Fast fordeling.
3. Poengbasert fordeling.

| Elementer i forskningsmodellen | Tusen kr         | Andel  |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Inntektsmodell                 | 300 000          | 16,7 % |
| Fast del                       | 800 000          | 44,5 % |
| Poengbasert del                | 695 873          | 38,7 % |
| <b>Sum</b>                     | <b>1 795 873</b> |        |

### Kostnadskompensasjon i inntektsmodellen

Det vil bety at man legger den opprinnelige intensjonen med kostnadskomponenten til grunn - at denne skal kompensere for merkostnader i behandlingen, og hensyntar dermed kommentarer fra flere av helseforetakene. Oversikter over kostnader og inntekter knyttet til forskning i Helse Sør-Øst, viser at sum tildelinger i inntektsmodell, øremerkede og strategiske midler, utgjør i underkant av 300 millioner kroner mer enn registrerte kostnader til forskning. Merkostnader i pasientbehandlingen er da ikke innregnet. Det foreslås derfor at samlet kostnadskompensasjon for forskningsaktivitet pr inntektsmodellen for 2014 skjønsmessig fastsettes til 300 millioner kroner. Dette tilsvarer ca 180.000 kroner pr forskningspoeng (fra 2011, som er grunnlaget i siste inntektsmodell). Det foreslås å beholde samme beregningsmodell som tidligere. Det vil si at fordelingen av midlene gjøres med andel av gjennomsnittlig antall forskningspoeng for de 3 siste årene, alle forskningspoeng inkludert.

### Fast fordeling

I hovedsak skal denne delen ivareta et behov og ønske om større grad av forutsigbarhet i finansieringen knyttet til forskning, og da særlig i forhold til infrastruktur (bygg, IKT-systemer, utstyr med mer og administrasjon). Det legges til grunn at det også fremover vil være Oslo universitetssykehus HF som gjennomfører hovedtyngden av forskningsaktiviteten i regionen. Foretaket skal også ha en «nav-funksjon» i forhold til veiledning overfor forskningsmiljøene ved andre helseforetak i regionen.

Akershus universitetssykehus HF forutsettes også å skulle opprettholde en større forskningsaktivitet enn øvrige helseforetak og sykehus. Deres andel av den faste finansieringen er derfor satt noe høyere enn for de øvrige. Lik uttelling for alle sykehusområder utenfor Oslo og Akershus legger til grunn at faste kostnader pådras i stor grad uavhengig av både sykehusområdets størrelse og størrelsen på forskningsaktiviteten.

| Sykehusområde        | Fordeling tusen kr |
|----------------------|--------------------|
| Akershus             | 15 000             |
| Innlandet            | 7 000              |
| Oslo (inkl DHS/LDS)  | 750 000            |
| Sørlandet            | 7 000              |
| Telemark og Vestfold | 7 000              |
| Vestre Viken         | 7 000              |
| Østfold              | 7 000              |
| Sum                  | 800 000            |

Denne faste fordeling forutsettes kun prisjustert, noe som betyr at eventuell realvekst i midler fordelt til forskning, fordeles gjennom poengbasert del, eller eventuelt som økning i regionale, strategiske midler.

### Poengbasert fordeling

Som siste element i modellen foreslås et beløp som fordeles etter antall forskningspoeng. Det vil da tas hensyn til at helseforetakene også har andre kilder til finansiering av forskning. Dette vil være blant annet øremerkede midler, midler fra nasjonale og EU-midler, gaver og tildelinger fra fond og stiftelser. Modellen skal fordele inntekter knyttet til de forskningspoeng som ikke allerede forutsettes eksternt finansiert.

| Sykehusområde        | Poeng 2012 fordelt med andel 2010-2012 | Finansiert utenfor basis | Poeng i poengbasert fordeling av basis | Andel av poengbasert modell | Fordeling av midler (tusen kr) |
|----------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Akershus             | 137                                    | 26                       | 111                                    | 9,8 %                       | 67 957                         |
| Innlandet            | 48                                     | 10                       | 38                                     | 3,3 %                       | 23 143                         |
| Oslo                 | 1 728                                  | 882                      | 845                                    | 74,1 %                      | 515 539                        |
| Sørlandet            | 60                                     | 9                        | 51                                     | 4,4 %                       | 30 871                         |
| Telemark og Vestfold | 68                                     | 14                       | 53                                     | 4,7 %                       | 32 471                         |
| Vestre Viken         | 39                                     | 9                        | 30                                     | 2,6 %                       | 18 099                         |
| Østfold              | 20                                     | 7                        | 13                                     | 1,1 %                       | 7 793                          |
| Sum forskningspoeng  | 2 098                                  | 957                      | 1 141                                  |                             | 695 873                        |

Beløpet som fordeles i denne delen av forskningsmodellen, kan besluttes av styret i Helse Sør-Øst i den årlige budsjettbehandlingen.

#### Oppsummering av forslag til ny modell for forskning

| Ny fordeling forskning fra inntektsmodellen | Inntektsmodell kostn.komp | Fast fordeling | Poeng-basert fordeling | Sum       | Differanse fra 2014-rammer |
|---|---------------------------|----------------|------------------------|-----------|----------------------------|
| Akershus                                    | 19 604                    | 15 000         | 67 957                 | 102 561   | 1 660                      |
| Innlandet                                   | 6 793                     | 7 000          | 23 143                 | 36 936    | 6 939                      |
| Oslo  | 247 046                   | 750 000        | 515 539                | 1 512 584 | -10 964                    |
| Sørlandet                                   | 8 519                     | 7 000          | 30 871                 | 46 390    | -2 760                     |
| Telemark og Vestfold                        | 9 662                     | 7 000          | 32 471                 | 49 133    | 3 158                      |
| Vestre Viken                                | 5 524                     | 7 000          | 18 099                 | 30 623    | 1 765                      |
| Østfold                                     | 2 852                     | 7 000          | 7 793                  | 17 645    | 201                        |
| Sum   | 300 000                   | 800 000        | 695 873                | 1 795 873 | 0                          |

#### Anbefaling

Det anbefales at ny modell for forskning innføres fra og med 2015. Dette innebærer en mindre og fast del som kostnadskompensasjon, en større fast del i inntektsmodellen vedrørende forskning, og at styret hvert år vedtar beløpet som inngår i den variable delen som fordeles på grunnlag av forskningspoeng.

#### 4. Avregning av basisrammen til Sunnaas sykehus HF

Det gjøres avregninger i inntektsmodellen for kostnadene ved ulike tjenester som finansieres fra Helse Sør-Øst RHF. Med avregning menes at sum kostnader for de aktuelle tjenestene fordeles på sykehusområdene etter beregnet bruk av tjenestene. Dette gjelder da ulike private tjenester som kjøpes med kjøpsavtaler etter anbud, driftsavtalene med de private ideelle sykehusene Martina Hansens Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer og Stiftelsen

Betaniens, samt basisrammen til Sunnaas sykehus HF. Kostnadene til disse tjenestene fordeles for det meste basert på historiske data om sykehusområdenes bruk av de ulike tjenestene. Avregningen knyttet til Sunnaas følger til dels andre prinsipper.

### Avregning av basisrammen til Sunnaas sykehus i inntektsmodellen pr 2014.

I avregningen for basisrammen til Sunnaas sykehus HF er det lagt til grunn at en andel av tjenestene ved Sunnaas sykehus HF er å betrakte som regionale funksjoner. Finansieringen av denne andelen gjøres gjennom andel av behovskomponenten, ettersom det da anses å være tjenester alle skal ha relativt like stor nytte og bruk av. I inntektsmodellen er denne andelen satt til 21% av basisrammen til Sunnaas. Dette er basert på antall DRG-poeng pr 1000-innbyggere for det sykehusområdet som har lavest bruk av Sunnaas sykehus HF, som er Sørlandet.

Den resterende delen av basisrammen avregnes mot sykehusområdene Østfold, Akershus og Oslo, med bakgrunn i at disse 3 benytter om lag 70% av DRG-poengene som gjøres av Sunnaas sykehus HF for pasienter fra Helse Sør-Øst. Tjenestene fra Sunnaas overfor Akershus, Oslo og Østfold er vurdert som å være områdetjenester i tillegg til de regionale. De øvrige helseforetakene betaler imidlertid ordinært gjestepasientoppgjør, tilsvarende 30% av ISF, for de DRG-poeng som pasienter fra deres opptaksområder benytter på Sunnaas sykehus HF. Denne inntekten går ikke til Sunnaas sykehus HF, men fordeles mellom Oslo, Akershus og Østfold etter samme andeler som avregningen for områdetjenestene ved Sunnaas sykehus HF. Pr 2014 er avregningen som vist i tabellen under:

| Avregning Sunnaas sykehus HF i modell 2014 | Avregningsbeløp i 2014 | Antatt Gopp i 2014 med 30 % pris | Netto øk. effekt i 2014 Sunnaas | Med behovsandeler | Effekt avregning Sunnaas vs behov |
|--|------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Akershus                                   | -65 298                | 6 755                            | -58 543                         | -38 601           | -19 942                           |
| Innlandet                                  | -8 066                 | -6 377                           | -14 442                         | -38 237           | 23 794                            |
| Oslo                                       | -74 520                | 7 829                            | -66 691                         | -39 224           | -27 467                           |
| Sørlandet                                  | -5 420                 | -1 652                           | -7 072                          | -25 696           | 18 624                            |
| Telemark                                   | -3 464                 | -2 101                           | -5 566                          | -16 423           | 10 858                            |
| Vestfold                                   | -4 321                 | -2 560                           | -6 881                          | -20 483           | 13 602                            |
| Vestre Viken                               | -8 133                 | -10 024                          | -18 157                         | -38 557           | 20 399                            |
| Østfold                                    | -74 353                | 8 130                            | -66 223                         | -26 354           | -39 868                           |
| Sum  | -243 575               | 0                                | -243 575                        | -243 575          | 0                                 |

Tabell 11 Avregningsbeløp for basisrammen til Sunnaas sykehus HF for det enkelte sykehusområde. Deretter vises hvordan gjestepasientoppgjør fordeler inntekter og kostnader, som igjen gir netto beregnet økonomisk effekt av avregningen.

I tabellen vises først det faktiske avregningsbeløpet i inntektsmodellen for basisrammen til Sunnaas sykehus HF for det enkelte sykehusområde. Deretter vises hvordan gjestepasientoppgjør omfordeler inntekter og kostnader, som videre gir netto beregnet økonomisk effekt av avregningen. Uten å legge inn en slik avregning, vil basisrammen til Sunnaas sykehus HF kunne belastes de øvrige helseforetakene som en andel av behovskomponenten. Faktisk effekt av avregningen vist helt til høyre er differansen mellom belastning gjennom behovskomponenten og avregningsmodellen.

Etter innspill fra helseforetak knyttet til at avregningen synes å gi en urimelig fordeling av kostnadene ved Sunnaas, har Helse Sør-Øst RHF gjort en vurdering av dette. Utgangspunktet for vurderingen har vært en beregning av hvilken kostnad pr DRG-poeng den etablerte avregningsmodellen gir for det enkelte sykehusområde. Tabellen under viser hvordan kostnad pr DRG-poeng fordeler seg mellom sykehusområdene:

| Avregning Sunnaas sykehus HF i modell 2014 | Netto øk. effekt i 2014 Sunnaas (000-kr) | Pris per DRG poeng i 2014 (kr) |
|--|--|--------------------------------|
| Akershus                                   | -58 543                                  | 53 633                         |
| Innlandet                                  | -14 442                                  | 27 482                         |
| Oslo                                       | -66 691                                  | 52 972                         |
| Sørlandet                                  | -7 072                                   | 51 950                         |
| Telemark                                   | -5 566                                   | 32 139                         |
| Vestfold                                   | -6 881                                   | 32 614                         |
| Vestre Viken                               | -18 157                                  | 21 979                         |
| Østfold                                    | -66 223                                  | 50 397                         |
| Sum  | -243 575                                 | 43 994                         |

Tabell 12 Netto avregning av basisrammen til Sunnaas deles på antall DRG-poeng for hvert område, og gir en pris pr DRG-poeng for hvert område

Som tabell 12 viser, blir en beregnet pris pr DRG-poeng for de tre sykehusområdene som er definert med områdefunksjoner på Sunnaas, jevnt over høyere enn for de øvrige. Bare Sørlandet, som har en vesentlig lavere bruk av Sunnaas enn øvrige sykehusområder, får pris pr DRG-poeng på nivå med de tre som har områdefunksjoner v/Sunnaas.

Sunnaas sykehus HF har i likhet med flere av de andre helseforetakene, ikke etablert systemer for konkret beregning av kostnad pr pasient. Dette gjør det vanskelig å vurdere hva som kan sies å være en rimelig fordeling av kostnaden, og kostnad pr DRG-poeng for det enkelte område som følge av dette. Østfold sykehusområde har et bredere spekter av tjenester fra Sunnaas, og da særlig mindre komplekse pasienter, som ved rehabilitering etter slag. Dette taler for en gjennomsnittlig eller relativt lav kostnad pr DRG-poeng i forhold til andre sykehusområder. Som tabell 12 viser, gir den etablerte avregningsmodellen imidlertid en relativt høy kostnad til sykehusområde Østfold.

Helse Sør-Øst RHF finner det riktig å foreslå endringer i avregningen av basisrammen til Sunnaas sykehus HF.

DRG og ISF-systemet fanger i noen grad opp ulik pasienttyngde gjennom økende uttelling for lengre opphold enn for korte. Antall DRG-poeng anses derfor, i mangel av kostnadsberegning per pasient, som beste grunnlag for estimat på kostnaden ved behandlingen. Videre kriterier for en endring i avregningsmodell er at den gir en balanse mellom forutsigbarhet og variabilitet. Det vil være ønskelig med en, forholdsvis, lik marginalbetaling for DRG-poeng ved Sunnaas som for gjestepasienter ved andre foretak.

Dette taler for en todelt modell for fordeling av kostnaden ved basisrammen til Sunnaas sykehus HF, og at prinsippet om at tre av sykehusområdene i utgangspunktet dekker størstedelen av basisrammen som uttrykk for områdefunksjoner avvikles.

Utgangspunktet er at Helse Sør-Øst RHF tildeler Sunnaas sykehus HF hele den faste basisfinansieringen i det enkelte års budsjett. Dette beløpet dekkes gjennom løpende gjestepasientoppgjør og budsjettmessig avregning av helseforetakene som bruker tjenestene fra Sunnaas.

Den ene delen vil være et standard løpende gjestepasientoppgjør på 30% av ISF-prisen, likt øvrige gjestepasientoppgjør knyttet til DRG-poeng. Gjestepasientoppjøret betales for alle pasienter fra alle sykehusområder, til Helse Sør-Øst RHF.

Den andre og største delen avregnes sykehusområdene etter andel av DRG-poengene basert på et historisk grunnlag. Størrelsen på denne delen fastsettes på bakgrunn av beregning av hvor mye som kan forutsettes betalt gjennom gjestepasientoppjøret i del en av modellen.

Med en slik todelt modell som beskrevet her, vil den beregnede avregningen av basisrammen for 2014 bli som vist i tabellen under. Aktivitetsdata fra 2010 – 2012 benyttes som grunnlag for avregning og kalkulering av gjestepasientinntekt for Helse Sør-Øst RHF.

| Avregning Sunnaas sykehus HF i modell 2014 | Avregning Sunnaas etter DRG-poeng | GP-oppgjør til RHF | Kostnad Sunnaas ny modell | Netto avregning i 2014 | Diff    |
|--|-----------------------------------|--------------------|---------------------------|------------------------|---------|
| Akershus                                   | -34 777                           | -13 245            | -48 022                   | -58 543                | 10 521  |
| Innlandet                                  | -16 743                           | -6 377             | -23 120                   | -14 442                | -8 678  |
| Oslo                                       | -40 112                           | -15 277            | -55 388                   | -66 691                | 11 302  |
| Sørlandet                                  | -4 337                            | -1 652             | -5 989                    | -7 072                 | 1 083   |
| Telemark                                   | -5 517                            | -2 101             | -7 619                    | -5 566                 | -2 053  |
| Vestfold                                   | -6 722                            | -2 560             | -9 282                    | -6 881                 | -2 401  |
| Vestre Viken                               | -26 321                           | -10 024            | -36 345                   | -18 157                | -18 188 |
| Østfold                                    | -41 865                           | -15 945            | -57 810                   | -66 223                | 8 413   |
| Sum  | -176 395                          | -67 180            | -243 575                  | -243 575               | 0       |

Utgangspunktet for endring til ny modell for avregning er at alle sykehusområdene skal ha en lik pris for DRG-poeng ved bruk av Sunnaas.