

Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF

Evaluering og videreutvikling

Rapport basert på prosjektgruppens møter

Våren 2011

0. Sammenndrag	- 2 -
1. Innledning.....	- 3 -
2. Modell for TSB	- 5 -
2.1. Oppbygging av inntektsmodellen	- 6 -
2.2. Nærmere analyse av Østfold	- 7 -
2.3. Kostnadskomponenten	- 10 -
2.4. Bruk av private tjenester og pasientmobilitet mellom sykehusområder	- 11 -
2.5. Fordelingseffekter	- 13 -
3. Justering og oppdatering – modell for psykisk helsevern	- 16 -
4. Utvikling og oppdatering – modell for somatikk	- 19 -
4.1. Oppdateringer i inntektsmodellen.....	- 19 -
4.2. Inkludering av private avtaler innen somatikk.....	- 19 -
4.3. Tidligere ”fylkesandeler” – oppgjør for poliklinisk lab/rad.....	- 21 -
4.4. Kobling mot strategi – omfordeling av inntekter for å gi forbruksutjevning	- 22 -
4.5. Effekter av inntektsmodellen.....	- 22 -
5. Kapitalinntekter	- 23 -
5.1. Rapport fra arbeidsgruppe levert i oktober 2010.	- 23 -
5.2. Oppdatering	- 24 -
5.3. Effekter av inkludering av kapitalinntekter i inntektsmodellene.....	- 25 -
6. Videre implementering av inntektsmodellene	- 26 -
6.1. To alternative tilnærminger	- 26 -
6.2. Nærmere om alternativet ”full implementering”	- 26 -
7. Prosjektledelsens konklusjoner og anbefalinger.....	- 28 -
7.1. TSB	- 28 -
7.2. Psykisk helsevern og somatiske helsetjenester	- 29 -
7.3. Håndtering av kapital og pensjonsinntekter	- 30 -
7.4. Implementering av modellene	- 31 -
Vedlegg 1 – TSB.....	- 32 -
Vedlegg 2 – Avregning for private tjenester innen somatikk	- 38 -

0. SAMMENDRAG

I rapporten foretas en evaluering av enkelte elementer i inntektsfordelingsmodellene i Helse Sør-Øst og en vurdering av videre implementering av modellene.

Det anbefales ny modell for TSB. Modellen har samme grunnstruktur som modellene for somatiske helsetjenester og psykisk helsevern med en behovskomponent, kostnadskomponent, et gjestepasientoppgjør og avregning for bruk av privat tilbud. Enkelte regionale funksjoner holdes utenfor modellen.

Det er foretatt en gjennomgang av modellen for psykisk helsevern, men ikke gjort vesentlige endringer i modellen. Det anbefales videre implementering av modellen. Når de gjelder somatiske helsetjenester, har arbeidet i særlig grad vært konsentrert om etablering av avregningsordninger for bruk av private tjenester.

Både for somatiske helsetjenester og psykisk helsevern har det eksistert ordninger som har koplet inntektsmodellens fordeling med et mål for forbruket av helsetjenester. Målet med denne såkalte "forbruksutjevningen" har vært å hindre at inntektsfordelingsmodellen tilfører ressurser til helseforetak som i utgangspunktet har et høyt forbruk. Det anbefales nå at forbruksutjevningen fjernes.

En arbeidsgruppe bestående av økonomidirektører fra alle sykehusområdene leverte i oktober 2010 en anbefaling om fordeling av kapitalinntekter på bakgrunn av inntektsmodellen. Hovedstrategien i tilnærmingen som er valgt er å gjøre et påslag for kapital i inntektsmodellens elementer avhengig av elementenes innslag av kapital. Det anbefales å implementere modellen fra 2012.

Når det gjelder pensjonskostnader, er det kompensasjonen for økningen som følge av endringer i parameterberegningene fra 2009, som er omtalt i rapporten. Utfra den usikkerhet som eksisterer når det gjelder framtidige pensjonskostnader anbefales det ikke å inkludere inntektene til økte pensjonskostnader i fordelingen etter inntektsmodeller.

Rapporten beskriver to modeller for videre implementering – fortsatt gradvis implementering og full iverksetting av alle modeller fra 2012 kombinert med en skjevfordeling av deler av basisrammen, som vil kunne dempe omstillingseffektene av modellene på kort sikt. Det anbefales full iverksetting fra 2012 kombinert med en skjevfordeling på utsiden av modellen.

1. INNLEDNING

I rapporten foretas en evaluering av enkelte elementer i inntektsfordelingsmodellene i Helse Sør-Øst og en vurdering av videre implementering av modellene. Rapporten gir ikke en utførlig beskrivelse av helheten i inntektsfordelingsmodellene, men bygger på det tidligere arbeidet som er gjort på dette feltet. Oversikt over det tidligere arbeidet er nødvendig for å forstå de vurderinger som er gjort i denne rapporten.

Grunndata i modellene er befolkningstall pr 2011, og aktivitetsdata i hovedsak fra 2008 og 2009. Beregning av effekter er gjort med bakgrunn i basisramme for 2011. Befolkningen har over tid vokst mer i hovedstadsregionen enn i Helse Sør-Øst for øvrig, og det predikeres av SSB at utviklingen vil fortsette. Dette er det ikke tatt hensyn til i beregninger av effekter.

Av enkeltelementene som er vurdert, er TSB-modellen viet mest oppmerksomhet da denne ga så store omfordelingseffekter at den ikke ble implementert som planlagt fra 2011. Det var særlig omfordelingseffektene for Sykehuset Østfold som skapte usikkerhet og disse er nærmere evaluert i kapittel 2. I tillegg omfatter kapitlet om TSB en vurdering av enkeltelementer i kostnadskomponenten, gjestepasientoppkjøret og avregningen for bruk av private tjenester.

Rapporten har videre korte gjennomganger av elementer i somatikkmodellen (kapittel 3) og modellen for psykisk helsevern (kapittel 4). I modellen for somatiske helsetjenester er effektene av avregning for bruk av private leverandører beregnet. Modellen for psykisk helsevern er kvalitetssjekket. Alle modellene er oppdatert med befolkningstall for 2011.

Håndtering av kapital og ekstraordinære pensjonsinntakter er nærmere diskutert i kapittel 5. Finansieringen av kapital er håndtert ved et påslag på elementer i modellene, for eksempel i behovskomponenten og i delkomponenten for forskning. Påslaget varierer med kapitalintensiteten i de enkelte elementene.

Kapittel 6 omfatter en diskusjon av implementering av modellene. To alternativer diskuteres. Det første alternativet er basert på at en fortsetter den gradvise implementeringen av inntektsmodellene. I det andre alternativet forutsetter en full implementering av modellene fra 2012 samtidig med at omfordelingseffektene håndteres gjennom en skjevfordeling av deler av basisrammen, til fordel for hovedstadsområdet. I dette alternativet foreslås det videre at en slår sammen de tre enkeltmodellene til én samlet modell.

Arbeidet med inntektsmodellene har vært ledet av Terje P. Hagen og med Øyvind Røed som leder for sekretariatet. Arbeidet har skjedd i samarbeid med en egen gruppe for TSB og en prosjektgruppe som har vurdert de øvrige elementene. Anbefalingene i denne rapporten står kun for prosjektleders regning. Rapporten overleveres RHF samtidig som den sendes helseforetakene til uttalelse.

Prosjektgruppen har bestått av:

Ledelse og sekretariat	Fra helseforetak / sykehus
Terje P Hagen, prosjektleder	Halfdan Aass Vestre Viken HF
Øyvind Røed, Helse Sør-Øst RHF	Ørjan Sandvik Vestre Viken HF

Erik Hanssen, Helse Sør-Øst RHF Folke Sundelin, Helse Sør-Øst RHF Pål Christian Roland, Helse Sør-Øst RHF	Morten Reymert Oslo universitetssykehus HF Øyvind Wøllo Oslo universitetssykehus HF Einar Hysing Oslo universitetssykehus HF Per Qvarnstrøm Sørlandet sykehus HF Gaute Jørgensen Lovisenberg diakonale sykehus AS
Brukerutvalg og konserntillitsvalgte:	Jørn Limi Akershus universitetssykehus HF Lars Åge Møgster Akershus universitetssykehus HF Jan Henrik Lund Sykehuset Østfold HF Marianne Wik Sykehuset Østfold HF Mona Stensby Sykehuset Innlandet HF Øyvind Graadal Sykehuset Innlandet HF Roger Gjennestad Sykehuset i Vestfold HF Anders Frafjord Diakonhjemmet sykehus AS Ekrem Ligonja Sunnaas sykehus HF Ståle Langvik-Christiansen Sykehuset Telemark HF Jan Ole Backe Psykiatrien i Vestfold
Heidi Helene Stykket KTV Svein Øverland KTV Geir Bornkessel BU Arild Slettebakken BU	

2. MODELL FOR TSB

Modell for fordeling av inntekter til TSB ble utviklet og foreslått av en arbeidsgruppe som framla sin innstilling 16. april 2010. Gruppen anbefalte ikke implementering av modellen, primært fordi omfordelingsvirkningene ble betydelige, og at disse virkningene ikke uten videre kunne forklares på en tilfredsstillende måte. Særlig for sykehusområde Østfold ga modellen stor negativ omfordeling. Det ble derfor nedsatt en ny arbeidsgruppe i januar 2011 med formål å kvalitetssikre modellen, og å følge opp de tiltakene som ikke ble tilfredsstillende belyst i 2010-rapporten. I tillegg til analyse av effektene for Østfold omfattet dette blant annet:

- Hente inn og systematisere forbruksstatistikk for rusmidler som alkohol og medikamenter.
- Etablere en oversikt antall misbrukere av illegale stoffer
- Jobbe for en tydeligere tilordning av private institusjoner der bruken av disse legger til rette for det.
- Følge opp rapportering av aktivitetsdata til NPR, eventuelt sørge for en egen rapportering til Helse Sør-Øst RHF.
- Undersøke grunnlag, modell og satser for å kompensere reiseavstander innen sykehusområdene og merkostnader knyttet til ikke-vestlige innvandrere.
- Tydeligere definere funksjoner/plasser som skal fungere som regionale og undersøke kostnadene ved disse.

Det ble også understreket som ønskelig å gjennomføre nye analyser av forbruksdata på dette feltet for å komme fram til nye og forbedrede kostnadsvekter. Dette forutsetter imidlertid en nasjonal datainnsamling og analyse. Det bør skje i regi av Helsedirektoratet.

Ikke alle disse punktene har latt seg belyse. For eksempel finnes det ikke oppdaterte oversikter over forbruk av rusmidler på regionalt nivå (HF-nivå eller fylkesnivå). Tilgjengelig offentlig datamateriale og statistikk fra Helsedirektoratet/Norsk Pasientregister og SINTEF er dårligere utviklet innenfor denne sektoren enn på andre områder. Det er gjort et stort arbeid med å systematisere de data som finnes tilgjengelig. Alle data som er benyttet er basert på sist tilgjengelige statistikk. Befolkningstall er fra 2011.

Arbeidsgruppen har hatt 3 møter og har i prosessen i stor grad fungert som en diskusjons- og innspillsgruppe til prosjektledelsen. Det er i mindre grad lagt vekt på å oppnå enighet rundt de problemstillingene og temaer som er drøftet i møtene. Data, konklusjoner og anbefalinger er derfor utarbeidet av prosjektleder på bakgrunn av de drøftelsene som arbeidsgruppen har hatt. Det innebærer at de vurderinger og konklusjonene som fremgår i denne rapporten ikke nødvendigvis gir uttrykk for oppfatningene fra en samlet arbeidsgruppe.

Arbeidsgruppen har bestått av:

Ledelse og sekretariat:	Fra helseforetakene/ sykehusene:
Terje P Hagen, prosjektleder Øyvind Røed, Helse Sør-Øst RHF Erik Hanssen, Helse Sør-Øst RHF	Lennart Lomell Jensen, Akershus universitetssykehus HF Lars Åge Møgster, Akershus universitetssykehus HF Bernt Werner Pettersen, Sykehuset Østfold HF

Frøde Bie, Helse Sør-Øst RHF Anne Aasen, Helse Sør-Øst RHF	Anna Maria Nygård, Sykehuset Østfold HF Anne Wenche Emblem, Sørlandet Sykehus HF Arne Bie, Sørlandet Sykehus HF Hilde Harwiss, Oslo universitetssykehus HF Karen Dagny Johnsen, Oslo Universitetssykehus HF Marianne Lundgård, Sykehuset Innlandet HF Kolbjørn Skarbø, Sykehuset Innlandet HF Terje Revheim, Sykehuset Telemark HF Jan-Ole Backe, Psykiatrien i Vestfold HF Anders Frafjord, Diakonhjemmet sykehus AS
---	--

2.1. OPPBYGGING AV INNTEKTSMODELLEN

Når det gjelder hovedtrekkene i modellen vises det til rapporten fra april 2010. Diskusjonene i rapporten her bygger på rapporten fra i fjor og full forståelse forutsetter kjennskap til fjorårets rapport.

Behovskomponenten i inntektsmodellen kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som alderssammensetningen og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet. Begrepet behov, slik det benyttes i inntektsmodellsammenheng, gir imidlertid ikke uten videre uttrykk for hvilket behov som faktisk er til stede for spesialisthelsetjenester innen TSB i befolkningen. Dette behovet vil være et beregnet (predikert) behov basert på statistiske sammenhenger mellom faktisk forbruk slik det registreres og demografiske og sosioøkonomiske variable i befolkningen. For en grundig gjennomgang av logikken bak dette vises til NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (Magnussen- utvalgets innstilling).

Deler av behovskomponenten i TSB – modellen for Helse Sør-Øst, slik den nå foreligger, er i noen grad basert på skjønn. Dette er omtalt i rapporten fra april 2010, og gjelder særlig innvekting av "storbyfaktoren" som beskrives ved kriteriet "folketall x folketall" (kvadratet av folketallet). Vekten til kriteriet er satt høyere enn det empiriske analyser gir grunnlag for.

Sykehusområdene har 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 behandlingskostnader. I denne rapporten er det gjort ytterligere vurderinger av kostnadskomponenten i forhold til 2010 – rapporten.

Kapittelet om TSB har følgende oppbygging: I kapittel 2.2 diskuteres mulige forklaringer på det relativt høye forbruket i Østfold sett i forhold til behovskomponenten i modellen. Kapittel 2.3 gir en nærmere diskusjon av elementene i kostnadskomponenten og kapittel 2.4 en beskrivelse av pasientmobilitet og bruk av private aktører. Modellens fordelings effekter diskuteres i kapittel 2.5. Prosjektleders anbefalinger kommer i kapittel 7.1.

2.2. NÆRMERE ANALYSE AV ØSTFOLD

Forventede inntekter per innbygger basert TSB-modellen som ble utviklet i 2010 er vist i tabell 1 og omfordelingseffektene av modellen er vist i tabell 2.

Tabell 1 Inntekter pr 1000-innbyggere

Kr pr 1000 innbyggere	Behov + kostnad	Betaling private	Basisramme
Akershus	632 688	168 264	464 424
Innlandet	604 235	209 078	395 157
Sørlandet	613 463	240 540	372 923
Telemark og Vestfold	601 543	212 186	389 357
Vestre Viken	565 611	141 040	424 571
Østfold	602 241	306 895	295 346

Tabell 2 Omfordelingseffekter av modell for TSB pr 2010

Sykehusområde	Øk. omford i % av basisramme 2010	Økonomisk omfordeling (1-2+3)
Akershus	32,5 %	31 295
Innlandet	20,2 %	27 970
Oslo	-4,0 %	(15 696)
Sørlandet	-5,2 %	(5 790)
Telemark og Vestfold	16,2 %	20 181
Vestre Viken	0,5 %	886
Østfold	-52,5 %	(58 846)
Sum	0	-

Forventede inntekter per innbygger ble med den nye modellen jevnere fordelt enn de ble i 2010. Sykehusområde Oslo vil fortsatt ha høyere inntekter enn de andre. Summen av inntekter gjennom behovs- og kostnadskomponenten ligger 19% prosent over Helse Sør-Øst-gjennomsnittet. Oslo har også høyere kostnad enn gjennomsnittet til kjøp av private tjenester pr 1000 innbyggere. Oslos basisramme vil ligge over gjennomsnittet også etter uttrekket av kostnader forbundet med kjøp fra private aktører.

Det ble særlig stilt spørsmål ved omfordelingseffekten for sykehusområde Østfold. Som vi ser er effekten for sykehusområdet Østfold et forventet inntektsbortfall på ca 59 millioner eller om lag 53% prosent av sammenlignbar basisramme i 2010. Østfold har særlig høye kostnader til kjøp av private tjenester. Østfolds befolkning bruker også i stor grad behandlingstilbud i andre helseforetak, slik at de beregnede gjestepasientkostnadene er høye sammenlignet med gjennomsnittet.

En har i denne fasen derfor analysert data som antas å kunne belyse det relativt høye kostnadsnivået i Østfold. Spørsmålene har vært om det er behovsmessige eller kostnadmessige forhold som kan forklare kostnadsnivået i Østfold og som dermed trekker i retning av at sykehusområde Østfold skal ha høyere inntekter enn det inntektsmodellen ga som resultat.

Det er vurdert data som det antas kan bidra til å klargjøre om forbruket av tjenester bør være høyere i Østfold enn det modellen tilsier. Følgende datakilder er nærmere analysert:

- Data om innleggelser av personer med rusrelaterte diagnoser i somatiske sykehus
- Data om dødelighet som følge av rusrelaterte årsaker

Diagrammer og illustrasjoner av de enkelte datasettene er vist i vedlegg 1.

Data om innleggelser av personer med rusrelaterte diagnoser i somatiske sykehus

Innleggelser for rus- og avhengighetsrelaterte diagnoser i somatiske sykehus er antatt å gi en god indikator på omfanget av rusproblemer i et samfunn, siden rusproblemer på et tidspunkt vil gi seg utslag i fysiske lidelser. Vi antar derfor at et stort antall rus- og avhengighetsrelaterte innleggelser er en indikasjon på stort behov også for tjenester fra TSB. En kan imidlertid også tenke seg at det er substitusjon mellom bruk av somatiske sykehus og rusinstitusjoner på en slik måte at mange innleggelser ved rusinstitusjoner reduserer antall innleggelser ved somatiske sykehus. Dette diskuteres nærmere i kapittel 7.1.

Fire forhold ved innleggelser ved somatiske sykehus er analysert:

- Innleggelser med rusrelaterte lidelser som hoveddiagnose basert på ICD-10-systemet
- Innleggelser med cirrhose & alkoholisk leversykdom klassifisert etter DRG-systemet
- Innleggelser med hepatitt som hoved- eller bidiagnose basert på ICD-10-systemet
- Innleggelser med HIV klassifisert etter DRG-systemet.

Følgende diagnoser er definert som rusrelaterte diagnoser (ICD-10-kode i parentes):

- Akutt intoksikasjon (F100)
- Psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse (F102, F104, F107)
- Alkoholinduserte leverskader (K700-K704)
- Alkoholisk kardiomyopati (I426)
- Alkoholisk gastritt (K292)

Data om dødelighet som følge av rusrelaterte årsaker

Også mange dødsfall som følge av alkohol, narkotika og medikamenter kan gi en indikasjon på større behov for helsetjenester fra TSB. Variasjon mellom fylkene er analysert med data fra Dødsårsaksregisteret (SSB, Statistikkbanken).

Oppsummering

De fire indikatorene på rus- og avhengighetsrelaterte sykdommer viser ingen entydige variasjoner mellom fylkene med unntak for narkotikarelaterte sykdommer der Oslo og Telemark har høyt nivå. Østfold ligger under gjennomsnittet for alkoholrelaterte diagnoser, under gjennomsnittet for innleggelser med leverskader, under gjennomsnittet for hepatittdiagnoser og under gjennomsnittet for HIV-DRG-er.

Når det gjelder dødsfall registrert som relatert til rusmidler, så viser denne at Østfold ligger noe over gjennomsnitt for Helse Sør-Øst. Oslo har flest rusrelatert dødsfall pr 100.000 innbyggere.

Data om innleggelser for rusrelaterte lidelser i somatiske sykehus og dødsfall knyttet til rusmidler, tyder ikke på større rusproblemer i Østfold enn hva som kan forventes utfra behovskomponenten som ble lagt frem i rapporten våren 2010. Analysene gir videre støtte til at det er et noe høyere forbruk av rusmidler i Oslo enn i regionen forøvrig. Disse forholdene diskuteres nærmere i kapittel 7.1.

2.3. KOSTNADSKOMPONENTEN

Kostnadskomponenten i TSB har samme struktur som i modellene for somatiske helsetjenester og psykisk helsevern. Komponenten for forskning og undervisning har det vært få kommentarer til. Den har derfor ikke vært vurdert i denne omgang. Det vises til rapporten fra 2010 for nærmere beskrivelse. Som en oppfølging av rapporten fra 2010 har arbeidsgruppen diskutert hvilken kompensasjon en skal legge på elementene ikke- vestlige innvandrere og reiseavstand.

I rapporten fra april 2010 var det lagt inn en skjønnmessig fastsatt kompensasjon til Akershus og Oslo for utfordringer knyttet til ikke-vestlige innvandrere. Innen somatikk og psykisk helsevern er denne kompensasjonen knyttet opp til en konkret beregning basert på andel ikke-vestlige innvandrere og en antatt merkostnad pr døgn og konsultasjon på grunn av lengre konsultasjoner og utgifter til tolk. Denne tilnærmingen vil ikke fungere så godt innen TSB av flere grunner. Aktiviteten er svært skjevfordelt innen regionen. En komponent basert på faktisk aktivitet vil derfor gi uforholdmessig høy kompensasjon til sykehusområder med høy aktivitet og relativt få ikke-vestlige innvandrere.

Av ca 258.000 ikke-vestlig innvandrere bor ca 66.000 (25,9%) i Akershus og ca 80.000 (31,2%) i Oslo, en andel av total befolkning i disse sykehusområdene på henholdsvis 14,2% og 16,9%. Innlandet har 3,7% ikke-vestlige innvandrere, mens øvrige sykehusområder har andeler av ikke-vestlig innvandrere fra 8,5% til 5,8%. Det synes derfor rimelig å legge til grunn at de merkostnader som knytter seg til en høy andel ikke-vestlige innvandrere er tilstede i betydelig større grad i Oslo og Akershus, enn i øvrige sykehusområder. Det opprettholdes derfor en skjønnsmessig fastsatt kostnadskompensasjon for disse to sykehusområdene.

Det er også slik at rusproblemene er betydelig mindre blant store grupper av innvandrere enn i den norske befolkningen. På grunn av mindre innslag av rusproblemer i disse gruppene settes derfor kompensasjonen lavt, til 10 millioner kroner for sykehusområde Oslo og 8 millioner kroner for sykehusområde Akershus.

Kompensasjon for lange reiseavstander ble i rapporten fra april 2010 begrunnet med og kalkulert ut i fra merkostnader relatert til ambulant, poliklinisk aktivitet. Det må påpekes at det er mange andre forhold som er kostnadskrevende i et sykehusområde som betjener et arealmessig stort opptaksområde med spredt bebyggelse. Dette vil være kostnader knyttet til at det opprettes langt flere lokasjoner pr 1000-innbyggere. I beregningsmodellen som ble lagt til grunn i forrige rapport ble det gitt kompensasjon for befolkning som bor mer enn 100 km fra nærmeste behandlingssted. Dette innebar kompensasjon til sykehusområdene Innlandet, Sørlandet, Telemark og Vestfold, og Vestre Viken. Kompensasjonen opprettholdes på samme nivå videre.

Ut fra en vurdering av de argumenter som er kommet frem i arbeidsgruppa, legger en til grunn følgende

- Elementene ikke- vestlige innvandrere og reiseavstand gis en lik kompensasjon på 18,0 mill. kroner hver. Dette innebærer en nedjustering av kompensasjonen for ikke-vestlige innvandrere i forhold til 2010-rapporten.
- Fordelingen er som i 2010- rapporten

2.4. BRUK AV PRIVATE TJENESTER OG PASIENTMOBILITET MELLOM SYKEHUSOMRÅDER

Til 2010-rapporten ble det hentet inn informasjon om fordeling av døgnopphold per kommune i den enkelte private institusjon og helseforetak fra 2009. Dette ble benyttet til å beregne innføring av gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene og fordeling av kostnader ved kjøp av private behandlingstjenester. Det var noen svakheter i den tilnærmingen som ble valgt, ved at det ikke ble hentet inn data om poliklinisk aktivitet. Det ble også forutsatt likt kostnadsnivå ved alle private institusjoner.

Det er nå hentet inn data om forbruk av tjenester pr kommune i 2010, også for poliklinikk. I kalkulasjoner og oversikt er det lagt til grunn aktiviteten i 2009 og 2010 med lik vekt for døgnopphold. For polikliniske konsultasjoner har vi kun data fra 2010. Det antas at sannsynligheten for at dette varierer betydelig, er vesentlig lavere enn for døgnoppholdene. I kalkuleringer og sammenstillinger er det lagt til grunn at kostnadene ved en poliklinisk konsultasjon er $\frac{1}{4}$ av kostnaden ved et oppholds-døgn. I avregning av kostnader for bruk av det private tjenestetilbudet er det, i motsetning til i forrige prosjektrapport, lagt til grunn kostnader for den enkelte institusjon.

Ved avregning av kostnader til kjøp av private tjenester anbefales det å legge 25% vekt på faktisk forbruk, slik at resterende 75% av kostnaden belastes sykehusområdene basert på behovskomponenten. Andel av kostnadene til private tjenester som med dette trekkes fra hvert sykehusområde, samt effekten av dette i forhold til om behovskomponenten var vektet 100% er vist i tabell 3 under:

Tabell 3 Effekt av avregning for bruk av private tjenester basert 25% på historisk forbruk

Bruk av private	Effekt av avregning	Andel av kostnad private
Akershus	387	16,7 %
Innlandet	4 585	12,3 %
Oslo	1 287	22,2 %
Sørlandet	(1 383)	10,2 %
Telemark og Vestfold	(1 568)	14,5 %
Vestre Viken	3 021	13,5 %
Østfold	(6 328)	10,7 %
Sum	(0)	100,0 %

Tabellen viser at det er særlig sykehusområde Østfold som forbruker en stor andel av tjenestene relativt til behovskomponenten, mens særlig sykehusområdene Innlandet og Vestre Viken forbruker en relativt mindre andel. En nærmere analyse viser at Østfolds forbruk primært skyldes lange opphold. En mindre del av "merforbruket" er knyttet til antall pasienter.

Det er på sikt en intensjon om at det legges betydelig større vekt på faktisk forbruk i avregningen. En momentan innføring av eksempelvis 100% avregning basert på faktisk forbruk, ville kunne gitt store utfordringer for enkelte sykehusområders egne tjenestetilbud. Det må

derfor være tid til at en utjevning i bruk av disse tilbudene kan skje, for bedre å støtte målet om et likt tjenestetilbud til alle i regionen.

Flere tabeller om bruk av private tjenester er tatt inn i vedlegg 1.

Oversikt over bruk av tjenester i helseforetakene er basert på data rapportert av helseforetakene selv. Det er en kjent problemstilling at det kan være ulikheter i forhold til hvordan helseforetakene klassifiserer og behandler pasienter med samtidige rusavhengighets- og psykiske lidelser. Dette er ikke problematisert eller på noen måte tatt hensyn til her.

Det legges med ny, behovsbasert inntektsmodell til grunn at det skal være gjestepasientoppgjør mellom alle sykehusområder. Ved kalkulering av gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene er det brukt én døgnkostnad; kr 6.650, mens det ikke er gjort beregning av GP-oppgjør for poliklinikk på bakgrunn av det marginale omfanget av pasientmobilitet. Prisen som er benyttet er 80% av døgnkostnad.

Tabell 4 viser de økonomiske effektene av å etablere gjestepasientoppgjør innen de to tidligere regionene.

Tabell 4 Nytt GP basert på aktivitet 2010 - opptaksområder 2011

Sykehusområde	Netto endring i GP-oppgjør
Akershus	(41 517)
Innlandet	30 244
Oslo	50 641
Sørlandet	7 326
Telemark og Vestfold	(10 417)
Vestre Viken	(7 687)
Østfold	(28 590)
Sum	-

Konkret oversikt over oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner er tatt inn i vedlegg 1.

Aktivitetstallene viser totalt sett at særlig Østfold og til dels Sørlandet bruker en større andel av tjenestene enn behovskriteriene tilsier. Både Østfold og Sørlandet har en relativt større tjeneste organisert i helseforetaket enn andre sykehusområder. Østfold benytter samtidig også en relativt større andel av behandlingstjenestene hos private leverandører og er det sykehusområdet som har størst netto pasientmobilitet til andre sykehusområder.

På den andre siden er det særlig Innlandet og Oslo som bruker en lavere andel av tjenestene enn behovskriteriene skulle tilsi. Innlandet bruker særlig lite tjenester organisert i helseforetakene, med en relativt liten egen tjeneste og netto import av pasienter. Oslo benytter relativt lite av private tjenester i forhold andelen av behovskomponenten, og har også en netto import av pasienter.

2.5. FORDELINGSEFFEKTER

Det er beregnet et sammenligningsgrunnlag på bakgrunn av basisrammene for helseforetakene pr 2011. Driftsavtalene for helseforetakene har ikke vært splittet i tjenesteområder siden 2009, slik at dette ikke kan finnes igjen konkret i driftsavtalene for 2011. For å komme fram til beløpet er det tatt utgangspunkt i 2009-nivå, korrigert for konkrete endringer, lagt til lønns- og prisvekst, og gjort en forutsetning på hvor mye av økte inntekter til generell aktivitetsvekst som gjelder TSB.

Det er i tillegg gjort følgende forutsetninger:

- Avregning av aktivitet hos private aktører er gjort med 25 % vekt på historisk forbruk, og da med andre ord 75% vekt på behovskomponenten generelt. Det er fortsatt lagt til grunn faktiske kostnader per institusjon. Effektene er imidlertid lite sensitive for hvilke kostnader som legges til grunn, så lenge det er lav vekt på avregning etter historisk forbruk.
- Tilskudd til nasjonale kompetansesentra (Borgestadklinikken, Sykehuset Innlandet HF) er holdt utenfor modellen. Disse finansieres heller ikke over basisammen til Helse Sør-Øst RHF.
- Det er holdt utenfor en funksjon for analyse og rådgivning og en funksjon som kompetansesenter for LAR, begge i Oslo universitetssykehus HF.
- Behandling av pasienter etter § 6.2a (behandling av gravide med tvang) er holdt utenfor modellen. Det samme er en enhet for familiebehandling. Begge disse ligger i Sykehuset Innlandet HF.
- Når det gjelder behandling av pasienter etter §6.2 (bruk av tvang – utenom for gravide) så eksisterer det i dag, eller er i ferd med å bli etablert, tilbud i de fleste helseforetak. Disse plassene finansieres derfor ikke særskilt, men inngår i modellen som del av tilbudet.

At en funksjon er holdt utenfor modellen, innebærer at utgifter som går utover inntekter fra gjestepasientene og egne pasienter er kompensert av RHF.

LAR er behandlet på to alternative måter. I det første alternativet er midler til LAR ikke inkludert i modellen. Hvilke kriterier som i så fall skal legges til grunn må diskuteres, men siden det anbefales å legge inntekter til LAR inn i modellen, gjøres det ingen diskusjon av dette her. I det andre alternativet fordeles utgiftene til LAR gjennom modellen. Tabell 5 gir oversikt over antall pasienter som er inkludert i LAR etter helseforetak og tabellene 6 og 7 oversikt over fordelingsvirkningen ved de to alternative måtene å håndtere inntekter til LAR på.

Tabell 5 LAR-pasienter

Sykehusområde	Relativt avvik	avvik fra "behov" pr 1.1.11 - i antall pasienter	Andel av inkluderte	Inkluderte i LAR pr 01.01.2011		Inntekt (kr) pr inkludert i basis 2011
Akershus	-49,2 %	(143)	13,1 %	511		42 802
Innlandet	-46,7 %	(149)	9,1 %	354		46 304
Oslo	10,0 %	115	25,6 %	997		99 964
Sørlandet	28,3 %	131	13,3 %	516		50 066
Telemark og Vestfold	16,2 %	102	16,7 %	650		43 882
Vestre Viken	-17,6 %	(77)	12,0 %	466		48 778
Østfold	7,0 %	21	10,2 %	395		43 650
Sum/gj.snitt		0	100 %	3 889		59 722

I forhold til predikert behov er det særlig mange inkluderte LAR-pasienter i sykehusområde Sørlandet. Det er lavt antall inkluderte i sykehusområdene Akershus og Innlandet.

Tabell 6 Effekter av inntektsmodell uten inntekter til LAR inkludert i fordelingen

Sykehusområde	Øk. omford i % av basis 2011	Økonomisk omfordeling (1-2+3)	Netto nytt GP-oppgjør (3)	Basis 2011 (2)	Basisramme fra modellen (A-B) = (1)	Betaling private (B)	Behov + kostnad (A)
Akershus	16,6 %	17 179	(41 517)	103 337	162 033	(98 136)	260 170
Innlandet	33,1 %	40 358	30 244	121 998	132 112	(72 132)	204 244
Oslo	-0,2 %	(603)	50 641	273 603	222 359	(130 359)	352 718
Sørlandet	12,3 %	10 998	7 326	89 365	93 037	(59 607)	152 644
Telemark og Vestfold	10,1 %	10 844	(10 417)	107 524	128 784	(84 869)	213 652
Vestre Viken	-18,3 %	(28 366)	(7 687)	155 074	134 396	(79 011)	213 406
Østfold	-48,7 %	(50 409)	(28 590)	103 580	81 760	(63 059)	144 819
Sum	0	(0)	-	954 481	954 481	(587 172)	1 541 653

Tabell 17 viser fordelingsmodellen dersom LAR-inntekter holdes utenfor fordeling i inntektsmodellen. Pr 2011 totalt ca 232 millioner kroner fordelt til helseforetakene for å finansiere pasienter inkludert i LAR.

Det er fra budsjettåret 2011 fordelt inntekter fra Oslo universitetssykehus HF til øvrige helseforetak for å dekke alle knyttet til pasienter inkludert i LAR. Unntaket er Akershus universitetssykehus HF, og ved en inkludering av inntekter knyttet til LAR, må det tas hensyn til dette. Det er derfor i grunnlaget flyttet ca 22 millioner kroner fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF for å skape et reelt sammenligningsgrunnlag. Gitt denne tilpasningen, gir en inkludering av inntekter til LAR resultat som i tabell 18.

Tabell 7 Effekter av inntektsmodell når inntekter knyttet til LAR inkluderes i fordelingen

Sykehusområde	Øk. omford i % av basis 2011	Økonomisk omfordeling (1-2+3)	Netto nytt GP-oppgjør (3)	Basis 2011 (2)	Basisramme fra modellen (A-B) = (1)	Betaling private (B)	Behov + kostnad (A)
Akershus	26,8 %	33 534	(41 517)	125 209	200 260	(98 136)	298 396
Innlandet	38,5 %	53 349	30 244	138 390	161 495	(72 132)	233 627
Oslo	-11,9 %	(43 732)	50 641	368 267	273 894	(130 359)	404 253
Sørlandet	6,7 %	7 682	7 326	115 199	115 555	(59 607)	175 162
Telemark og Vestfold	10,5 %	14 317	(10 417)	136 047	160 781	(84 869)	245 650
Vestre Viken	-10,9 %	(19 371)	(7 687)	177 805	166 121	(79 011)	245 132
Østfold	-37,9 %	(45 779)	(28 590)	120 821	103 632	(63 059)	166 691
Sum	0	0	-	1 181 738	1 181 738	(587 172)	1 768 910

Fordelingseffektene mellom sykehusområdene Oslo og Akershus er usikre på grunn av at arbeidsdelingen her fortsatt ikke er fastlagt. Totalt sett er effekten for sykehusområdene Oslo og Akershus negativ med ca 10 millioner.

I forhold til modellen slik den ble beregnet i forrige rapport, er dette en ytterligere bedring av resultatet for Innlandet. Dette har tre hovedforklaringer. For det ene er det i aktivitetsdata for 2010 benyttet andelsmessig færre oppholdsdøgn hos private. For det andre er en vektet avregning basert på kostnader ved bruk av private en fordel for Innlandet. Den tredje faktoren er økning i andelen gjestepasienter.

For Oslo er situasjonen den motsatte. Oslo taper på at det er lagt faktiske kostnader til grunn for avregning av private tjenester, samtidig øker forbruket av private tjenester noe. Kompensasjon for ikke-vestlige innvandrere er også redusert i forhold til prosjektrapporten fra 2010.

3. JUSTERING OG OPPDATERING – MODELL FOR PSYKISK

HELSEVERN

Modell for fordeling av inntekter til psykisk helsevern ble utviklet en arbeidsgruppe som framla sin innstilling 16. april 2010, og som senere ble behandlet av hovedprosjektgruppen og implementert i inntektsfordelingen for 2011. Det ble gjort omfordeling av 10% av de beregnede effektene av denne inntektsmodellen i inntektsfordelingen for 2011, for å skape en anbefalt 3-årig innfasing. Modellens omfordelingseffekter ble vist som:

Tabell 8 Omfordelingseffekter og innfasing, modell for psykisk helsevern pr 2011

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

Det var en del uenigheter rundt flere av komponentene i den innfasede inntektsmodellen, særlig:

- Innvekting av et kriterium som gir økende behov for tjenester med økende bystørrelse
- Kostnadskompensasjon for lange reiseavstander innen sykehusområdet
- Modellen for omfordeling av effekter av inntektsmodellen for å støtte utjevning av tjenestetilbudet (målt i antall døgn og konsultasjoner) mellom sykehusområdene

Det var derfor intensjonen at en arbeidsgruppe nedsatt med representanter fra alle helseforetakene skulle jobbe med en evaluering av modellen for psykisk helsevern, og særlig se på behovskriteriene og den høye vekten disse legger til sykehusområde Oslo. Gruppen hadde ett møte, hvor det ble identifisert noen mulige tiltak for bedre å belyse behovskriteriene, og da særlig vurdere "storby-kriteriet":

- måling av produktivitet og effektivitet
- vurdere forholdet mellom tjeneste-nivåene DPS og sykehus
- vurdere grensesnittet mot primærhelsetjenesten

Alle helseforetakene var inviterte til å delta, men enkelte utpekte arbeidsgruppemedlemmer hadde meldt forfall. I dette ene arbeidsgruppemøtet møtte:

Ledelse og sekretariat:	Fra helseforetakene/ sykehusene:
Terje P Hagen, prosjektleder Øyvind Røed, Helse Sør-Øst RHF Erik Hanssen, Helse Sør-Øst RHF Anne Aasen, Helse Sør-Øst RHF	Lennart Lomell Jensen, Akershus universitetssykehus HF Lars Åge Møgster, Akershus universitetssykehus HF Karine Llølke, Sykehuset Østfold HF Anne Wenche Emblem, Sørlandet Sykehus HF Karen Dagny Johnsen, Oslo Universitetssykehus HF Jørgen Brabrand, Sykehuset Innlandet HF Kolbjørn Skarbø, Sykehuset Innlandet HF Jan-Ole Backe, Psykiatrien i Vestfold HF Gaute Jørgensen, Diakonhjemmet sykehus AS

Prosjektledelsen har vurdert om det er tilgjengelig statistikk som det kan jobbes med og analyseres for å gi svar på spørsmål som ble trukket opp. Det har vist seg vanskelig å finne materiale av god kvalitet som kan gi gode svar. Etter prosjektleders vurderinger vil det være nødvendig å skape konkrete grunndata til analysenes formål. Dette må gjøres sammen med helseforetakene, og vil kreve mer tid enn det rammene for dette arbeidet har lagt.

Det er også understreket som ønskelig å gjennomføre nye analyser av forbruksdata på dette feltet for å komme fram til nye og forbedrede kostnadsvekter. Dette forutsetter imidlertid en nasjonal datainnsamling og analyse. Det bør skje i regi av Helsedirektoratet.

Når det gjelder beskrivelse av modellen i sin helhet vises det til rapporten fra april 2010.

Modellen er oppdatert med nye befolkningsdata. Sammenligningsgrunnlaget justeres for omfordelingene som ble gjort i basisrammen for å innføre gjestepasientoppgjør innen VOP, og som 10% innføring av de økonomiske effektene. Det er her ikke tatt inn i sammenligningsgrunnlaget endringer knyttet til 2011, så som lønns- og prisvekst og tilskudd til økt aktivitet.

Det er også gjort en betydelig overføring av opptaksområder mellom sykehusområde Oslo og sykehusområde Akershus. I forrige rapport var videre kommunene Nes i Akerhus og Jevnaker lagt til henholdsvis Innlandet og Vestre Viken. I henhold til etablert praksis og vedtaket i sak 108/2008 i styret for Helse Sør-Øst RHF er disse endret til sykehusområde Akershus for Nes i Akershus og Innlandet for Jevnaker.

Etter at modellen var besluttet innført fra 2011, kom det frem at deler av de aktivitetsdataene som ligger i NPR som psykisk helsevern, skulle være klassifisert som TSB. Dette gjaldt blant annet Sørlandet og Vestre Viken. Disse to sykehusområdene får begge en økt andel av basisrammen gjennom inntektsmodell, og ble samtidig vurdert å ha et forbruk av tjenester over gjennomsnitt for Helse Sør-Øst. Etter å ha justert for at aktiviteten innen psykisk helsevern er lavere enn det som var lagt til grunn basert på statistikk fra NPR, er det ikke lenger grunnlag for å si at disse sykehusområdene har aktivitet høyere enn gjennomsnitt. Det anbefales derfor å ta bort elementet som omfordeler inntektsøkning på bakgrunn av høy aktivitet målt mot gjennomsnitt for Helse Sør-Øst.

Oppdatert resultat av modellen er da:

Tabell 9 Effekter av endret og oppdatert modell for psykisk helsevern

Sykehusområde	Total effekt i % av sml.gr.lag	Total effekt fra 2010	Økonomisk omfordeling foretatt i 2011	Økonomisk omfordeling (2+3-1)	Netto endringer GP-oppgjør (3)	Basisramme fra modellen (2)	Basisramme 2011 (1)
Akershus	2,9 %	35 874	(963)	36 837	(26 819)	1 285 593	1 221 936
Innlandet	-3,6 %	(42 539)	(1 906)	(40 633)	18 150	1 109 341	1 168 123
Oslo	-8,6 %	(165 702)	(9 887)	(155 815)	-	1 766 475	1 922 290
Sørlandet	14,2 %	106 248	12 279	93 969	-	844 188	750 219
Telemark og Vestfold	3,7 %	41 375	4 828	36 547	-	1 157 129	1 120 582
Vestre Viken	3,4 %	36 697	739	35 958	8 670	1 092 433	1 065 144
Østfold	-0,9 %	(6 954)	(90)	(6 864)	-	747 272	754 136
Sum				(0)	-	8 002 430	8 002 430

Til sammenligning var effektene av modellen som ble lagt til grunn etter prosjektet i 2010 som vist i tabell 12, dersom elementet for omfordeling basert på høy forbruksindeks ble fjernet:

Tabell 10 Resultat av modell for psykisk helsevern pr 2011, før "forbruksjustering"

Sykehusområde	Øk. omford i % av sml.gr.lag	Økonomisk omfordeling
Akershus	-2,6 %	(20 209)
Innlandet	-2,8 %	(32 768)
Oslo	-5,3 %	(128 645)
Sørlandet	17,0 %	124 236
Telemark og Vestfold	3,0 %	33 352
Vestre Viken	3,3 %	34 732
Østfold	-1,5 %	(10 698)
Sum		(0)

I inntektsfordelingen for 2011 er det gjort en overføring av inntekter mellom Oslo og Akershus på 470 millioner knyttet til psykisk helsevern. Modellen slik den nå ligger, viser at den modellmessige effekten av denne endringen i opptaksområder er på ca 505 millioner kroner. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til disse viste effektene. Det ligger som forutsetning her at sykehusområde Akershus er i stand å ivareta befolkningen i den nye opptaksområdet fullt ut. Det vil neppe være tilfelle, og sykehusområde Oslo vil sannsynligvis få en netto økning i inntekter på gjestepasienter, både 2011 og kanskje også noen år fremover.

Endringen for Nes i Akershus gir ca 45 millioner kroner i økte basisinntekter. Samtidig gir det en beregnet reduksjon i gjestepasientinntekter på ca 27 millioner kroner. Netto effekt av endringen av opptaksområde for Nes i Akershus i modellen er således positiv med ca 18 millioner kroner for sykehusområde Akershus, og tilsvarende negativ for sykehusområde Innlandet.

Endringen for Jevnaker gir ca 17 millioner kroner i økte basisinntekter. Samtidig gir det en beregnet reduksjon i gjestepasientinntekter på ca 9 millioner kroner. Netto effekt av endringen av opptaksområde for Jevnaker komme i modellen er således positiv med ca 8 millioner kroner for sykehusområde Innlandet, og tilsvarende negativ for sykehusområde Vestre Viken.

Utover dette er endringene i effekt av inntektsmodellen en sum av endringer i befolkning og som følge av endringer i sammenlikningsgrunnlaget, hovedsakelig knyttet til omfordeling for nytt gjestepasientoppgjør.

4. UTVIKLING OG OPPDATERING – MODELL FOR SOMATIKK

Modell for fordeling av inntekter til somatikk ble utarbeidet og avlevert prosjektrapport for våren 2009, og i inntektsfordelingen for 2010 ble 10% av de økonomiske effektene av denne tatt inn, sammen med en omfordeling av basisramme for å støtte fullt gjestepasientoppgjør mellom alle sykehusområder, med unntak av pasienter fra Oslo kommune. Med virkning fra 2011 ble det inkludert avregning for en del private tjenestetilbud, samt at finansieringen av Sunnaas sykehus HF og tidligere Spesialsykehuset for rehabilitering ble inkludert i modellen. For 2011 ble det innarbeidet økonomisk omfordeling som skulle gi en 55% innfasing av effektene av inntektsmodellen. Modellens omfordelingseffekter ble pr 2011 vist som:

Tabell 11 Effekter av modell for somatikk pr 2011

Sykehusområde	Innfasing i budsjett 2011	Innfasing pr 2011	Sum effekt inntektsmodell somatikk regnet fra 2009	Gjenstående innfasing 2012
Akershus	(76 216)	(76 216)	(138 575)	(62 359)
Innlandet	68 572	87 593	159 259	71 667
Oslo	(70 407)	(96 363)	(175 206)	(78 843)
Sørlandet	71 379	84 262	153 204	68 942
Telemark og Vestfold	28 407	31 190	56 710	25 519
Vestre Viken	(22 082)	(19 414)	(35 299)	(15 885)
Østfold	(12 007)	(11 051)	(20 093)	(9 042)
Sum	(12 354)	(0)	(0)	(0)

4.1. OPPDATERINGER I INNTEKTSMODELLEN

Modellen oppdateres med nye befolkningsdata. Sammenligningsgrunnlaget justeres for omfordelingene som totalt skal ha gitt 55% innføring av de økonomiske effektene pr 2011. Det er også gjort en betydelig overføring av opptaksområder mellom sykehusområde Oslo og sykehusområde Akershus. Til nå har kommunene Sande og Svelvik vært lagt til sykehusområde Telemark og Vestfold. I henhold til etablert praksis og vedtaket i sak 108/2008 i styret for Helse Sør-Øst RHF er disse endret til sykehusområde Vestre Viken.

4.2. INKLUDERING AV PRIVATE AVTALER INNEN SOMATIKK

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

Avtaler under somatikk:

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

I inntektsmodellen pr 2011 er avtalene med private rehabiliteringsinstitusjoner, avtalespesialister og de ideelle sykehusene hensyntatt. Det ble valgt å utsette inkluderingen av kommersielle sykehus (kirurgi) og private laboratorie- og radiologiavtaler. En av grunnene til dette var at en ville avvente et prosjekt som har vurdert en mer konkret tilordning av private avtaler til sykehusområdene. Dette har foreløpig ikke gitt konklusjoner i forhold til de enkelte avtalene, og det vurderes derfor her avregning basert på bruk av tjenestene også for disse siste tjenesteområdene.

Avtaler inn laboratorie, radiologi og kirurgi har pr 2011 vært håndtert med dekning av avtalekostnader på utsiden av inntektsmodellen, ved at RHF holder midler fra basisrammen tilbake. En slik håndtering utenfor modellen betyr i praksis at sykehusområdene har dekket disse kostnadene med sin andel av behovskomponenten i somatikkmodellen, som er den alternative fordelingen av midlene dersom de inkluderes i modellen uten noen avregning.

Full avregning (100 % avregning basert på historisk forbruk) gjør det mulig for de som benytter lite å tilby tilsvarende tjenester fra eget helseforetak.

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

Som nevnt er flere ulike grupper av private leverandører av tjenester avregnet mot inntektsmodellens fordeling også for 2011. I tabell 14 oppsummeres de tjenesteområder som ikke avregnes i 2011, men som anbefales inkludert fra 2012.

Tabell 12 Oversikt over grupper av private leverandører som ikke avregnes i 2011

Sykehusområde	Sum	Radiologi	Laboratorie	Kirurgi
Akershus	11 027	6 493	(4 749)	9 282
Innlandet	(2 683)	10 431	13 337	(26 452)
Oslo	(57 063)	(38 126)	(29 443)	10 506
Sørlandet	30 593	3 581	18 883	8 129
Telemark og Vestfold	25 402	13 095	(1 976)	14 284
Vestre Viken	501	8	(10 704)	11 197
Østfold	(7 777)	4 519	14 651	(26 946)
Total	0	0	-	-

Flere detaljer for det enkelte område er tatt inn i vedlegg 2

Tabellen under gir en oversikt over effektene av å avregne alle de ulike tjenesteområdene hvor det kjøpes private tjenester basert på aktivitet og aktivitetsforutsetninger som beskrevet under foregående punkter. For alle områder forutsettes det at avregningen gjøres for hele kostnaden. Alternativ fordeling av kostnaden er i alle tilfeller et trekk tilsvarende andel av behovskomponenten.

Tabell 13 Oversikt over alle typer av private tjenesteleverandører innen somatikk. "Etablerte avregn" er inkludert i modellen fra 2011

Sykehusområde	Sum (nye + etablerte)	Nye avregn	Radiologi	Laboratorie	Kirurgi	Etablerte avregn	Avt.spes	Rehab	Ideelle sykehus
Akershus	(17 575)	11 027	6 493	(4 749)	9 282	(28 601)	(4 799)	(6 165)	(17 637)
Innlandet	(14 233)	(2 683)	10 431	13 337	(26 452)	(11 550)	18 164	(33 708)	3 994
Oslo	(41 631)	(57 063)	(38 126)	(29 443)	10 506	15 432	(12 295)	6 707	21 020
Sørlandet	85 461	30 593	3 581	18 883	8 129	54 868	1 721	36 594	16 552
Telemark og Vestfold	34 010	12 316	8	(1 976)	14 284	21 694	11 169	27 676	(17 150)
Vestre Viken	(49 614)	13 588	13 095	(10 704)	11 197	(63 202)	(3 431)	(37 168)	(22 603)
Østfold	3 582	(7 777)	4 519	14 651	(26 946)	11 359	(10 529)	6 064	15 823
Total	(0)	0	0	-	-	(0)	-	(0)	-

Som oversikten viser varierer det fra tjenesteområde til tjenesteområde hvilke sykehusområde som bruker en større og mindre andel av de tjenestene som leveres enn hva andel av behovskomponenten skulle tilsi. Sørlandet er det eneste sykehusområde som ikke bruker mer av de private tjenestene enn deres andel av behovskomponenten innen noe område. Ingen sykehusområder benytter mer enn sin andel av behovskomponenten innen alle tjenesteområder.

Det er særlig i Hovedstadsområdet (Oslo, Vestre Viken og i noen grad Akershus) at forbruket av private tjenester er særlig høyt. Innlandet bruker også totalt sett mer tjenester enn behovskomponenten skulle tilsi, og dette gjelder særlig inne rehabilitering og private kirurgi, hovedsakelig knyttet til Feiringklinikken.

Selv om det er store forskjeller i andelen bruk av private tjenester, er det relativt til basisrammen totalt sett ikke så store omfordelinger. Det anses å være et viktig og riktig prinsipp å henføre slike kostnader til sykehusområdene basert på deres andeler av bruk av tjenestene. Dette gir incentiver til en mer aktiv deltagelse i utformingen av konkurransegrunnlag for anskaffelsene, optimalisering av samarbeidet med institusjonene og tilpasning av det totale tjenestetilbudet innen det enkelte sykehusområde.

De sykehusområdene som har lavt forbruk av private tjenester, har også i større grad utbygde tjenester i helseforetakenes regi. Innen rehabilitering er eksempelvis Kongsgård sykehus i Sørlandet sykehus HF og Kysthospitalet i Sykehuset i Vestfold del av helseforetaket, finansiert over ordinær basisramme, og dekker mye av behovet i egne sykehusområder. Basisramme til Sunnaas sykehus HF, som brukes mest av Østfold, Akershus og Oslo, primært avregnes mot disse sykehusområdene. Det er derfor viktig å også vurdere hvilken sammenheng de private tjenestene står i, og at helseforetakene på mange av områdene har tilpasset, eller kan tilpasse, eget tilbud og kostnader.

4.3. TIDLIGERE "FYLKESANDELER" – OPPGJØR FOR POLIKLINISK LAB/RAD

Det er i inntektsfordelingen inkludert en fast omfordeling av basisramme som følge av at oppgjøret tidligere kalt "fylkesandeler" innen laboratorie og radiologi er tatt bort. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 153 millioner kroner i kompensasjon for dette bortfallet av

aktivitetsbaserte inntekter. Disse er tatt dels gjennom trekke fra helseforetakene i tidligere Helse Sør og dels fra Helse Sør-Øst RHF. I inntektsmodellen er dette nå inkludert i sammenligningsgrunnlaget og midler til fordeling. Det er derfor lagt inn at det må komme på plass et nytt eller en omfordeling i samme størrelsesorden når inntektsmodellen skal innføres. Det er lagt til grunn at dette vil gi Oslo netto inntekter på 153 millioner, tilsvarende kompensasjonen som er gitt i basis for 2011. Dette trekkes fra øvrige sykehusområder. Se tabell under.

4.4. KOBLING MOT STRATEGI – OMFORDELING AV INNTEKTER FOR Å GI FORBRUKSUTJEVNING

Modellen har siden innføringen hatt et element som har omfordelt økning i inntekter fra sykehusområder som samtidig også har hatt et forbruk vesentlig over gjennomsnittet for Helse Sør-Øst, målt mot behovsindeks. Dette har særlig i særlig vært relatert til sykehusområde Telemark og Vestfold. Etter justeringen av opptaksområde for Sande og Svelvik, har ikke lenger sykehusområde en betydelig positiv effekt av innføringen av inntektsmodellen. På samme måte som innen psykisk helsevern anbefales det derfor å ta dette elementet ut.

4.5. EFFEKTER AV INNTEKTSMODELLEN

På bakgrunn av de endringer og oppdateringer som er beskrevet her, er oppdatert resultat av modellen da:

Tabell 14 Oppdatert effekt av inntektsmodell somatikk, inkl nye avregninger og endrede opptaksområder

Sykehusområde	Totalt effekt i % av basis 2011	Total effekt fra 2009	Økonomisk omfordeling (2+3-1)	Netto endring GP-oppgjør	Nytt oppgjør lab/rad (3)	Basisramme fra modellen (2)	Basisramme 2011 (1)
Akershus	-6,9 %	(171 499)	(93 337)	-	(30 000)	2 407 024	2 470 361
Innlandet	5,0 %	119 538	34 078	-	(30 000)	2 478 121	2 414 042
Oslo	-4,0 %	(200 239)	(109 973)	-	153 000	4 718 514	4 981 487
Sørlandet	12,4 %	195 966	112 217	-	(21 000)	1 712 359	1 579 142
Telemark og Vestfold	4,8 %	112 989	82 361	64 418	(27 000)	2 376 943	2 332 000
Vestre Viken	-0,4 %	(8 448)	6 334	(64 418)	(24 000)	2 355 655	2 260 904
Østfold	-3,0 %	(48 308)	(31 680)	-	(21 000)	1 614 108	1 624 789
Sum	0	(0)	(0)	-	-	17 662 725	17 662 725

5. KAPITALINNTEKTER

5.1. RAPPORT FRA ARBEIDSGRUPPE LEVERT I OKTOBER 2010.

En arbeidsgruppe bestående av økonomidirektører fra alle sykehusområdene leverte i oktober 2010 en anbefaling om fordeling av kapitalinntekter på bakgrunn av inntektsmodellen.

Denne tok utgangspunkt i at modellen laget for fordeling av driftsinntekter kunne tilpasse for også å kunne fordele de historiske kapitalinntektene. Utfordringen med å tilpasse til modellen kommer i utgangpunktet fra at kapital ikke er dekket i ISF, slik at elementer basert på ISF, som gjestepasientoppgjør, ikke tar hensyn til dette. Satsene i kostnadskomponentene også er analysert med tanke på merkostnader pr DRG-poeng, og tar således heller ikke inn kapitalkostnader som del av disse.

Resultatene av modellen som arbeidsgruppen behandlet var bygget på tilpasninger av somatikkmodellen, mens en andel av kapitalinntektene knyttet til pre-hospitale tjenester, psykisk helsevern og TSB ble fordelt med bakgrunn av andel av driftstilskuddene på disse tjenesteområdene.

Modellen og resultatene som det ble tatt utgangspunkt i, gjaldt for opptaksområder pr 2010, altså før endringen i opptaksområder mellom sykehusområdene Oslo og Akershus.

Fordelingen av kapitalinntekter ble i denne rapporten og modellen forutsatt å ikke inkludere de inntekter som i 2010, og 2011, er fordelt til Akershus som ekstraordinære inntekter knyttet til Nye Ahus. Arbeidsgruppen anbefalte at andel inntektene ble holdt tilbake for å dekke de ekstraordinært høye avskrivnings- og rentekostnadene som oppstår etter ferdigstilling av at byggeprosjekt i denne størrelsesordenen.

Til grunn for arbeidsgruppens anbefalinger lå at tilpasning av inntektsmodellen for somatikk, samt fordeling av kapitalinntekter knyttet til pre-hospitale tjenester, psykisk helsevern og TSB etter andel av driftstilskuddene, ville bli som vist i tabell 17:

Tabell 15 Omfordelingseffekter av å inkludere kapitalinntekter i inntektsmodellen

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

5.2. OPPDATERING

Totalt er det i inntektene til sykehusområdene fordelt ca 3,2 mrd kroner som kapitalinntekter for 2011. Denne inntektsposten vises ikke i vederlagstabellene for det enkelte helseforetak, men fremkommer gjennom en fremskrivning av disse inntektene slik de sist var spesifisert i inntektsfordelingen for 2009. Det er lagt til grunn ordinær lønns- og prisvekst, og det er for 2011 flyttet 25 millioner kroner knyttet til kapitalinntekter fra Oslo til Akershus som følge av endringer i opptakstområder. Dette gir følgende sammenligningsgrunnlag på bakgrunn av basisrammen for 2011:

Tabell 16 Basisramme kapitalinntekter for 2011 og andeler av denne

Sykehusområde	000-kr	andel
Akershus	301 887	9,3 %
Innlandet	409 729	12,7 %
Oslo	1 275 362	39,4 %
Sørlandet	265 511	8,2 %
Telemark og Vestfold	411 034	12,7 %
Vestre Viken	362 100	11,2 %
Østfold	211 828	6,5 %
Sum	3 237 451	100 %

Modellen er bygget opp med opptaksområder for 2011, dvs at Follo-kommunene og Alna bydel er lagt til sykehusområde Akershus. I kalkulering en av merbetaling for gjestepasienter er det benyttet aktiviteten fra 2008, og forutsatt at sykehusområde Akershus vil ha en aktivitet på 20.000 DRG-poeng for befolkningen i Follo og Alna. Det er også forutsatt at sykehusområde Vestre Viken vil øke aktivitet for egen befolkning med 3.000 DRG-poeng.

Aktiviteten i sykehusområde Oslo er redusert tilsvarende i beregningene. Kommunene Sande og Svelvik er også endret opptaksområdedefinisjon fra sykehusområde Telemark og Vestfold til sykehusområde Vestre Viken. Det er ikke lagt inn endringer i aktivitet som følge av denne endringen.

Det er utviklet modeller for inntektsfordeling innen psykisk helsevern og TSB, som anbefales for implementering fra 2012, og det er derfor nå lagt til grunn at kapitalinntekter som fordeles med hensyn på disse tjenesteområdene også følger modellene. Det er lagt til grunn en tilsvarende tilnærming som i modellen for somatikk, og det er lagt på 15% på satsene i kostnadskomponentene, og satsene for gjestepasientoppgjør er lagt på med 6%.

Modellene for psykisk helsevern og TSB har ingen abonnementsordning for regionale tjenester som i modellen for somatikk. I stedet er 3 behandlingsavdelinger definert som regionale og holdt utenfor modellen. Dette er hensyntatt ved tilpasning av fordeling av kapitalinntekter på bakgrunn av modellen for psykisk helsevern.

5.3. EFFEKTER AV INKLUDERING AV KAPITALINNTEKTER I INNTEKTSMODELLENE

Det er beregnet effekt av inkludering av inntekter til kapital. Denne er vist i tabell 19 under:

Tabell 17 Omfordelingseffekt av inkludering av kapital i inntektsmodellene. Basisramme fra modellen + endring GP - basisramme 2011 gir beregnet effekt

Sykehusområde	Omfordeling i andel av basisramme 2011	Beregnet omfordelings-effekt	Endring GP	Basisramme fra modellen	Basisramme 2011
Akershus	16,7 %	50 547	(73 103)	425 538	301 887
Innlandet	3,6 %	14 765	(38 331)	462 825	409 729
Oslo	-10,6 %	(134 956)	252 016	888 390	1 275 362
Sørlandet	5,7 %	15 168	(19 907)	300 586	265 511
Telemark og Vestfold	-6,3 %	(25 807)	(42 971)	428 198	411 034
Vestre Viken	8,9 %	32 289	(45 219)	439 608	362 100
Østfold	22,7 %	47 994	(32 485)	292 306	211 828
Sum		(0)	0	3 237 451	3 237 451

6. VIDERE IMPLEMENTERING AV INNTEKTSMODELLENE

6.1. TO ALTERNATIVE TILNÆRMINGER

Fra 2012 vil inntektsmodellen for somatikk etter være planen være fullt implementert. Implementering av modell for psykisk helsevern er gjort i 2011, og 10% av de beregnede økonomiske omfordelingseffektene innarbeidet. En kan tenke seg en liknende gradvis implementering av modellen for TSB. Modell for pre-hospitale tjenester vil ikke være klar til prosjektavslutning våren 2011 og antakelig ikke være klar for implementering før 2013. En slik gradvis implementering gjør at en kan vurdere elementer i modellene, særlig fordelingseffektene, løpende. Men det har også den effekt at det for helseforetakene er vanskelig å overskue de samlede effektene av modellene, særlig når det gjelder gjestepasientoppkjøret og omfordelingseffektene av modellen.

På grunn av disse problemene bør også vurdere en alternativ tilnærming til implementeringen. Hovedelementene i dette alternativet er:

- Full iverksetting av alle modeller fra 2012
- Håndtering av omstillingseffektene ved at ikke alle basisinntekter gjøres til gjenstand for fordelingen etter modellen, men skjevfordeler på utsiden av modellen

Dette betyr at en beregner en implementeringsperiode for økonomiske omfordelingseffekter, holder tilbake et beløp fra fordeling i modellen, og skjevfordeler dette. Fordeling her vil kunne baseres dels på konkrete beregninger, dels på skjønn og forhandlinger. I første omgang vil det i hovedsak være hovedstadsområdet, Oslo og Akershus, som tilgodeses slike implementeringsmidler. Midlene som holdes tilbake vil ha sin helt tydelige alternative fordeling i modellen, slik at det er egnet til å fjerne usikkerhet og mistenksomhet. Den faktiske fordelingen av midlene som holdes utenfor, vil kunne tydeliggjøres og begrunnes. Det vil neppe gjøre slutt på uenigheter og polemikk, og det kan trolig heller ikke forventes, men vil gi en tydelighet rundt beslutninger som RHF har fattet. Helse Sør-Øst bør ved en slik tilnærming være tydelige på omfanget av skjevfordeling og hvordan en tenker denne trappet ned over tid.

6.2. NÆRMERE OM ALTERNATIVET "FULL IMPLEMENTERING"

Dersom en, med unntak for modellen for prehospitale tjenester, velger full implementering av modellene fra 2012 kan en videre forenkle modellene vesentlig og i praksis komme ned til en modell. En slik fullstendig modell vil fortsatt være bygget opp rundt kostnadskomponenter og behovskomponenter, samt en avregning/abonnement for bruk private tjenester og regions- og landsfunksjoner. Dette vil være tilsvarende til dagens modell. Kostnadskomponentene vil være til dels løsrevet fra fagområder, hva gjelder forskning og utdanning, hvor vi pr i dag bruker samme målemetode og kompensasjonssatser. Dels vil de være mer spesifikt knyttet tjenesteområdene hva gjelder logikk og beregningsmetode for de kostnadsmessige utfordringene knyttet til høy andel ikke-vestlig innvandrere og store reiseavstander.

Behovskomponenten vil bestå av ulike kriteriesett for de 3 tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB som i dag, mens et fjerde kriteriesett vil bli inkludert for pre-hospitale tjenester når det foreligger. Disse kriteriesettene vektes sammen på samme måte som staten vekter sammen ulike behovskriterier i modellen for fordeling mellom helseregionene.

Kapital og ekstra pensjonsinntekter vil inkluderes i de øvrige elementene, gjennom justering av satsene i kostnadskomponentene og gjestepasientoppgjøret, og for øvrig få sin fordeling gjennom behovskomponentene.

Litt på siden av modellen kommer det da en avregning / avkortning som skal dekkes RHF's kostnader til kjøp av private tjenester, samt abonnementet for spesialiserte tjenester som omfordeler midler til Oslo sykehusområde. Særskilte funksjoner som enkelte sykehusområder driver på vegne av fellesskapet, og som er særlig overrepresentert i OUSHF, vil også fordeles utenom.

I et slikt system vil en kunne jobbe med utvikling og oppdatering av de ulike elementene hver for seg, og vise relative omfordelingseffekter, uten å måtte jobbe med og endre hele modellen hver gang.

7. PROSJEKTLEDELSENS KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

7.1. TSB

Prosjektledelsen vil understreke at TSB fortsatt er et fagfelt som er under oppbygging. Dette gjør at det en del av variasjonene vi observerer både i forbruk og kostnadsnivå skyldes variasjoner i behandlingsrutiner og variasjoner i rutiner for klassifisering av pasienter. Slike forhold vil naturligvis komplisere arbeidet med å utvikle en inntektsfordelingsmodell.

Rapporten fra 2010 viste betydelige omfordelingsvirkninger, der særlig Østfold kom negativt ut. I arbeidet som er utført i år har en gått gjennom data som kaster ytterligere lys over disse effektene. Dette er i særlig grad gjort ved å analysere data om forbruk i somatiske sykehus og dødelighet for rusrelaterte lidelser. Disse analysene har ikke gitt støtte til et syn som sier at Østfold har høyere behov innen TSB enn det modellen predikerer. Gjennomgang av data om forbruket av tjenester i private institusjoner og i andre helseforetak, viser videre at pasientene fra Østfold utpreger seg med særlig lange liggetider. Dette forklarer en betydelig del av de forskjellene det er mellom forventet og faktisk forbruksnivå i Østfold. Vi kan imidlertid ikke helt avvise at det kan være substitusjon mellom forbruk av somatiske tjenester og forbruk av tjenester innen TSB på en slik måte at høyt forbruk innen TSB for Østfold-pasientene gir lavt forbruk av somatiske tjenester. Hvis dette er tilfelle, vil imidlertid den kompensasjon Østfold får i inntektsmodellen for somatikk dekke opp for den reduksjonen som ligger i inntektsmodellen for TSB. Anbefalingen er derfor at behovskriteriene slik de er redegjort for i rapporten fra våren 2010 legges til grunn for inntektsfordelingsmodellen for TSB i Helse Sør-Øst. Tabellene under viser behovskriteriene, samt behovsindeks og andeler av behovskomponenten gitt at disse kriteriene benyttes.

Tabell 18 Behovskriterier TSB for Helse Sør-Øst

Kriteriesett	HSØ kriteriesett
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
Folketall kvadrert	0,063
Sum sosiale	0,487
I alt	1,000

Tabell 19 Behovsindeks og andel av behovskomponenten når det legges til grunn kriteriesett for Helse Sør-Øst

Sykehusområde	Indeks	Andel
Akershus	96,13 %	16,78 %
Innlandet	93,29 %	13,07 %
Oslo	126,49 %	22,42 %
Sørlandet	96,17 %	9,92 %
Telemark og Vestfold	95,59 %	14,19 %
Vestre Viken	89,32 %	13,97 %
Østfold	96,39 %	9,66 %
Sum		100,00 %

Folketall kvadrert er gitt en vekt på 6,3 %. Vekten er skjønnsmessig satt. For hver prosent denne vekten endres, endres inntektene til Oslo sykehusområde med om lag 8,5 millioner kroner.

Når det gjelder kostnadskomponenten er det ikke gjort større endringer fra i fjor. I hovedsak innebærer endringen at kompensasjonen for ikke-vestlige innvandrere reduseres noe. Dette begrunnes med at rusproblemene i disse gruppene er små.

Prosjektledelsen anbefaler at det innføres gjestepasientoppgjør mellom foretakene for inneliggende pasienter. De utfordringer som er knyttet til overføringer mellom Oslo og Akershus må løses i samarbeid med de to helseforetakene direkte. Fordelingen mellom de to helseforetakene vil ikke være mulig å gi et godt bilde av før det er klart hvilke oppgaver som vil bli overtatt av Akershus.

Prosjektledelsen anbefaler videre at bruk av private tjenester avregnes på grunnlag av 25% av kostnadene. Om denne prosentandelen skal trappes opp må vurderes ut fra endringer i forbruket og de kontrakter Helse Sør-Øst inngår.

7.2. PSYKISK HELSEVERN OG SOMATISKE HELSETJENESTER

Det var intensjonen å gjennomføre en nærmere evaluering av modellen for psykisk helsevern, og særlig se på behovskriteriene og den høye vekten som ble lagt på variabelen folketall kvadrert. Gruppen hadde ett møte, hvor det ble identifisert noen mulige tiltak for bedre å belyse behovskriteriene, og da særlig vurdere "storby-kriteriet":

- måling av produktivitet og effektivitet
- vurdere forholdet mellom tjeneste-nivåene DPS og sykehus
- vurdere grensesnittet mot primær helsetjenesten

Det har imidlertid vist seg vanskelig å finne materiale av god kvalitet som kan bidra til å belyse problemet. Etter gjennomgang av det som finnes av data er konklusjonen at det må skapes bedre grunnlagsdata før slike analyser kan gjennomføres. Et slikt arbeid må gjøres sammen med helseforetakene, og vil kreve mer tid enn det som er mulig gjennom dette prosjektet. Prosjektledelsen anbefaler at det arbeides videre med disse spørsmålene og at psykiatrimodellen slik den ligger implementeres videre.

Når de gjelder somatiske helsetjenester, har arbeidet i særlig grad vært konsentrert om etablering av avregningsordninger for bruk av private tjenester. I inntektsmodellen som gjelder for 2011 er avtalene med private rehabiliteringsinstitusjoner, avtalespesialister og de ideelle sykehusene hensyntatt, dvs. at det skjer avregning av bruken av disse institusjonene i helseforetakenes rammer. Det ble valgt å utsette inkluderingen av kommersielle sykehus (kirurgi) og private laboratorie- og radiologiavtaler fordi en avventet resultatene fra et prosjekt som vurderte en nærmere tilordning av private avtaler til sykehusområdene. Dette har foreløpig ikke gitt konklusjoner i forhold til de enkelte avtalene. Det anbefales nå at det innføres avregning for all bruk av private tjenester i modellen. Avregningen baseres på 100% av de forhandlede prisene.

Både for somatiske helsetjenester og psykisk helsevern har det eksistert ordninger som har koplet inntektsmodellens fordeling med det reelle forbruket av helsetjenester. Målet med denne såkalte "forbruksutjevningen" har vært å hindre at inntektsfordelingsmodellen tilfører ressurser til helseforetak som i utgangspunktet har et høyt forbruk. Det anbefales nå at forbruksutjevningen fjernes. Dette har flere årsaker. Blant annet har det vist seg at det høye forbruket som i noen grad er registrert har hatt sine bakgrunn i varierende registreringspraksis og ikke i reelle forbruksvariasjoner.

7.3. HÅNDTERING AV KAPITAL OG PENSJONSINNTEKTER

En arbeidsgruppe bestående av økonomidirektører fra alle sykehusområdene leverte i oktober 2010 en anbefaling om fordeling av kapitalinntekter på bakgrunn av inntektsmodellen. Denne tok utgangspunkt i at modellen kunne tilpasse for å fordele de historiske kapitalinntektene. Utfordringen med å tilpasse til modellen kommer i utgangspunktet fra at kapital ikke er dekket i ISF, slik at elementer basert på ISF, som gjestepasientoppgjør, ikke tar hensyn til dette. Satsene i kostnadskomponentene inkluderer heller ikke kapitalkostnader.

I løpet av vinteren er modellen kvalitetssikret og utvidet til å omfatte psykisk helsevern og TSB. Hovedstrategien i tilnærmingen som er valgt er å gjøre et påslag for kapital i inntektsmodellens elementer avhengig av elementenes innslag av kapital. Det anbefales å implementere modellen fra 2012. Det må imidlertid understrekes at det må gjøres en nærmere gjennomgang og kvalitetssikring knyttet til forhold rundt beregning av kapitalelementet ved overføring av opptaksområder mellom Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF.

Når det gjelder pensjonskostnader, er det kompensasjonen for økningen som følge av endringer i parameterberegningene fra 2009, som er omtalt i denne rapporten, og ikke de samlede pensjonskostnadene for foretaksgruppen. Det skjer stadig endringer i rammebetingelsene knyttet til beregning av pensjonskostnader, sist i omgrupperingsproposisjonen for 2010, som innebar at det ble trukket inn basisramme på 2.400 mill kroner fra Helse Sør-Øst som følge av lavere pensjonskostnader i 2010. Det er videre sagt fra departementet at det er stor usikkerhet knyttet til pensjonskostnadene i 2011. Uti fra denne usikkerheten er det vanskelig å se hensiktsmessigheten ved å fordele den kompensasjonen som pr. i dag er innarbeidet i inntektsrammene ut fra en objektiv modell. Det anbefales derfor ikke å inkludere inntektene til økte pensjonskostnader i fordelingen etter inntektsmodeller.

7.4. IMPLEMENTERING AV MODELLENE

Rapporten har beskrevet to modeller for videre implementering

1. fortsatt gradvis implementering og oversikt over implementeringstakt pr tjenesteområde
2. full iverksetting av alle modeller fra 2012 kombinert med en skjevfordeling på utsiden av modellen for deler av basisrammen.

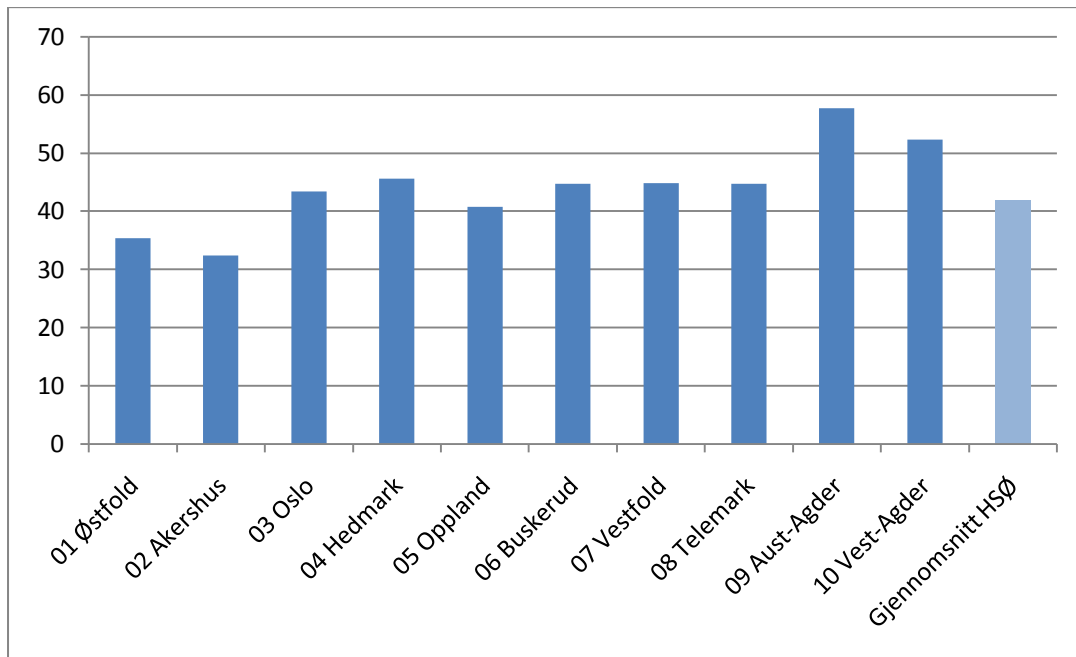
Alternativet der en i utgangpunktet iverksetter full implementering fra 2012, men skjevfordeler deler av basisrammen, vil være den tilnærmingen som totalt sett kan håndteres med minst usikkerhet og tydeligst beslutninger. Det er i hovedsak tre argumenter for denne løsningen. For det første vil det forenkle inntektsfordelingsmodellene da en i praksis vil kunne etablere én modell. For det andre vil det bli full klarhet i strukturen i modellen for eksempel når det gjelder avregning av private og gjestepasientoppgjøret. For det tredje vil det være klart hvor stort elementet av skjønnstildeling/implementeringstilskudd som gis er. Fordelingen av dette tilskuddet vil kunne baseres dels på konkrete beregninger (for eksempel i forbindelse med store byggeprosjekter eller befolkningsfremskrivninger), dels på skjønn og forhandlinger.

I første omgang vil det i hovedsak være hovedstadsområdet, Oslo og Akershus, som forfordeles gjennom en slik skjevfordeling. Helse Sør-Øst bør ved en slik tilnærming være tydelige på omfanget av skjevfordeling og hvordan en tenker denne trappet ned over tid

VEDLEGG 1 – TSB

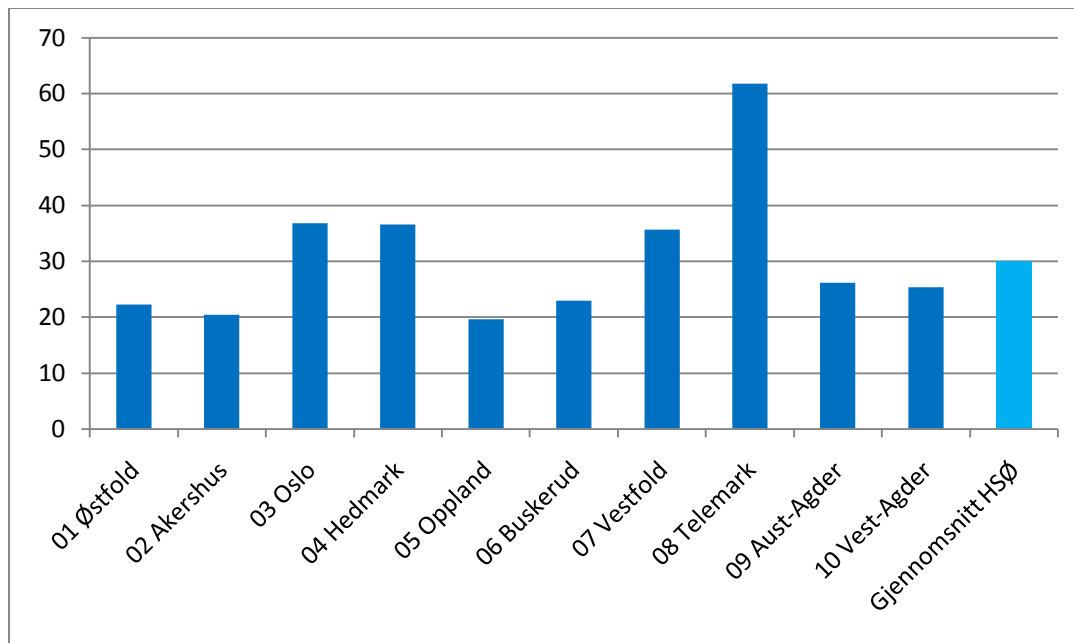
Vedlegget inneholder data om innleggelser i somatiske sykehus som antas å være sterkt korrelert med høyt forbruk av rusmidler, og dermed høyt behov for behandling for rusmisbruk og avhengighet. Data er hentet fra perioden 2005–2007. Antall innleggelser er standardisert per 100 000 innbyggere. Det er også oversikt over private avtaleparter, og ulike tabeller som viser fordeling av aktiviteten hos private institusjoner og offentlige helseforetak.

Tabell 20 Antall innleggelser med rusrelaterte diagnoser etter fylke (innleggelser per 100000 innbyggere, gjennomsnitt for perioden 2005-2007)



Innleggelser med alkoholskader omfatter DRG 202 Cirrhose & alkoholisk leversykdom er beskrevet i tabell 23.

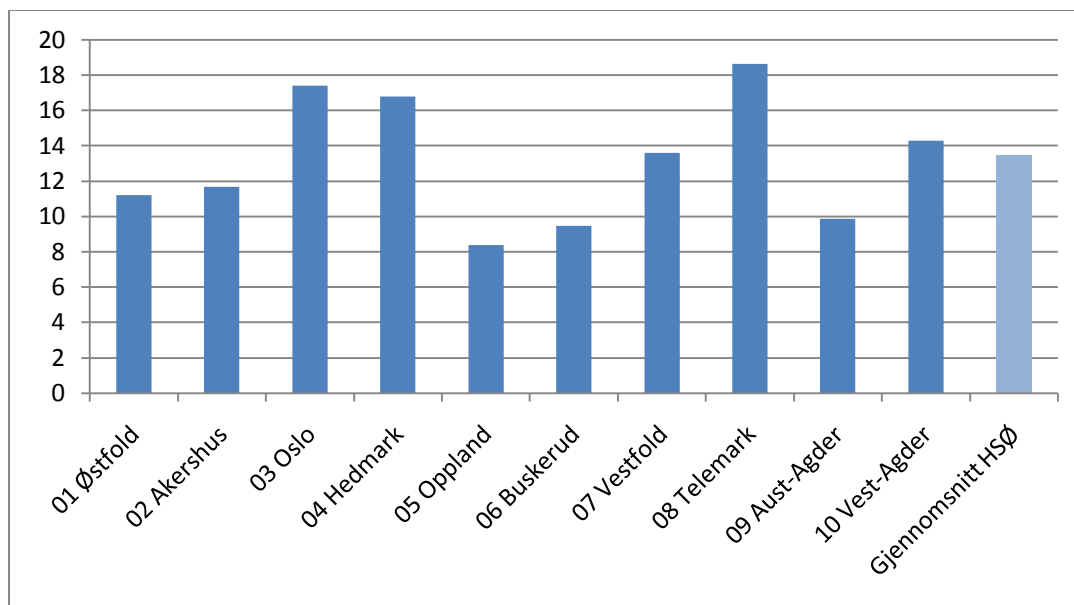
Tabell 21 Innleggelser for DRG 202 Cirrhose & alkoholisk leversykdom
Innleggelser per 100000 innb (gjennomsnitt 2005-2007)



Innleggelser for rus- og avhengighetsrelaterte diagnoser er definert ved innleggelser med hepatitt. Følgende hoved- og bidiagnoser (kun første bidiagnose) inngikk:

- Toksisk leversykdom med akutt hepatitt (K712)
- Toksisk leversykdom med kronisk persisterende hepatitt (K713)
- Toksisk leversykdom med kronisk lobær hepatitt (K714)
- Toksisk leversykdom med kronisk aktiv hepatitt (K715)
- Toksisk leversykdom med hepatitt, ikke klassifisert annet sted (K716)
- Akutt og subakutt leversvikt (K720)
- Kronisk leversvikt (K721)
- Uspesifisert leversvikt (K729)
- Kronisk persistent hepatitt, ikke klassifisert annet sted (K723)
- Kronisk lobær hepatitt, ikke klassifisert annet sted (K731)
- Kronisk aktiv hepatitt, ikke klassifisert annet sted (K732)
- Annen spesifisert kronisk hepatitt, ikke klassifisert annet sted (K738)
- Uspesifisert kronisk hepatitt (K739)

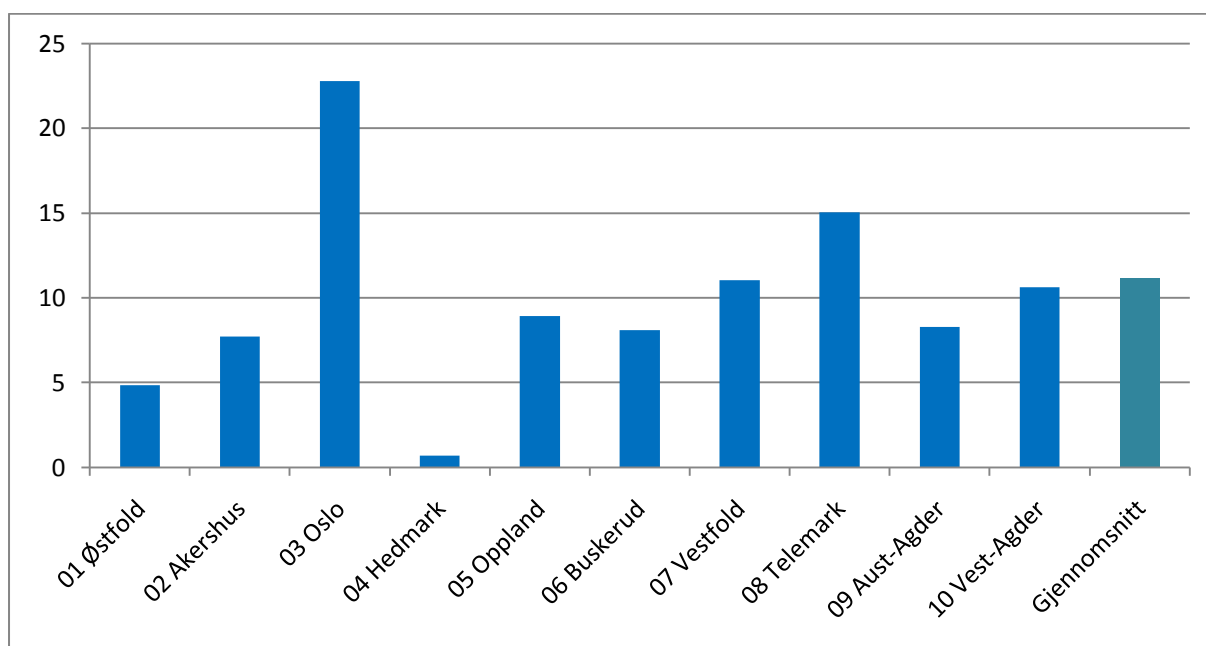
Tabell 22 Antall innleggelser med hepatitt-diagnoser etter fylke (innleggelser per 100000 innbyggere, gjennomsnitt for perioden 2005-2007)



Den fjerde indikatoren beskriver innleggelser for HIV ved hjelp av DRG-systemet. Følgende DRG-er inngår:

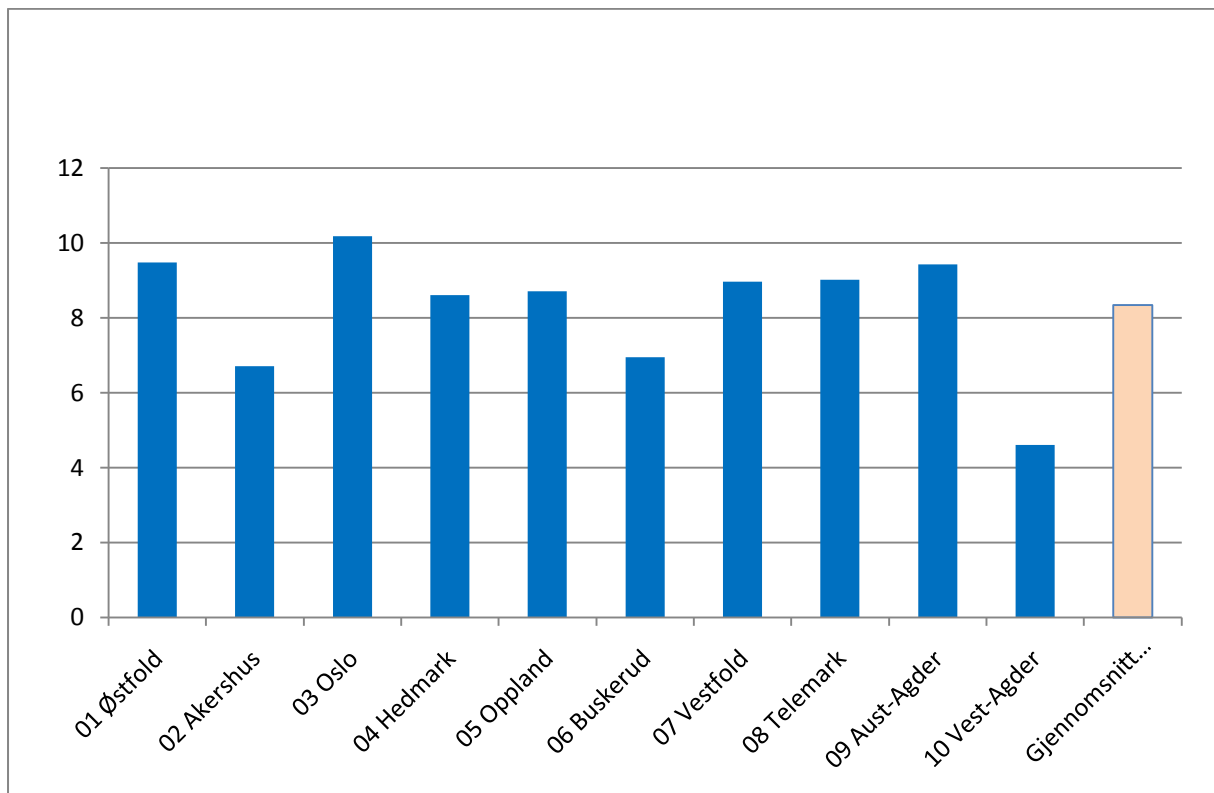
- 489 HIV m/ betydelig HIV relatert sykdom
- 490 HIV med eller uten bidiagnose

Tabell 23 Antall innleggelser med HIV-diagnoser etter fylke (innleggelser per 100000 innbyggere, gjennomsnitt for perioden 2005-2007)



Det er også lagt til grunn statistikk fra dødsårsaksregisteret til SSB. Dette vises i tabell 26.

Tabell 24 Dødsfall som skyldes bruk av alkohol, narkotika og medikamenter, etter fylke



Vi ser at Østfold ligger svakt over Helse Sør-Øst-gjennomsnittet.

Helse Sør-Øst RHF har pr 2011 inngått avtaler med følgende leverandører:

Tabell 25 Private institusjoner med avtale med Helse Sør-Øst RHF

Blå Kors Øst AS, Blå Kors Behandlingssenter Eina	Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, A-senteret
Blå Kors Øst AS, Blå Kors Senter Oslo	Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Nybøle
Blå Kors Sør	Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Origosenteret
Fossumkollektivet	Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Veslelien
Incognito Klinik	Stiftelsen Kvinnekollektivet Arken
Phoenix Haga	Stiftelsen Solliakollektivet
Renåvangen	Trasoppklinikken
Risby behandlingssenter	Tyrili stiftelsen
Sauherad Samtun AS	Valdresklinikken
Stiftelsen Fredheim	

Plassene ved disse institusjonene er "regionale" i den forstand at de ikke er forbeholdt bestemte helseforetak. Totalkostnad for avtalene er i 2011 587 millioner kroner. Kostnadene er i knyttet til en fast ytelse, slik at den ikke fanger opp mindre svingninger i totalaktivitet ved institusjonene.

Sum kostnader for bruk av private tjenesteytere er vist etter sykehusområde i tabell 28.

Tabell 26 Kostnader for private tjenester – kroner og andel av regionens kostnader. 100% basert på faktisk forbruk av tjenester

Bruk av private	Sum kostnad	Andel av kostnad
Akershus	96 976 524	16,5 %
Innlandet	58 376 808	9,9 %
Oslo	126 498 142	21,5 %
Sørlandet	63 755 703	10,9 %
Telemark og Vestfold	89 574 033	15,3 %
Vestre Viken	69 948 954	11,9 %
Østfold	82 041 846	14,0 %
Sum	587 172 011	100 %

Neste tabell viser forskjellene mellom forbruk av private tjenester (kostnader) og forventet forbruk ut fra behovskomponenten

Tabell 27 Andel av behovskomponenten og andel av bruk av private tjenester

Bruk av private	Andel av behovskomponenten	Andel av kostnad private
Akershus	16,8 %	16,5 %
Innlandet	13,1 %	9,9 %
Oslo	22,4 %	21,5 %
Sørlandet	9,9 %	10,9 %
Telemark og Vestfold	14,2 %	15,3 %
Vestre Viken	14,0 %	11,9 %
Østfold	9,7 %	14,0 %
Sum	100,0 %	100,0 %

Tabell 30 viser oppholdsdøgn, tabell 31 polikliniske konsultasjoner. Tabellene viser behandlende sykehusområde vertikalt og pasientenes sykehusområde tilhørighet horisontalt.

Tabell 28 Bruk av oppholdsdøgn i helseforetakene

2009 + 2010		Institusjon						
Bruk av HF - døgn	Sum	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Akershus	33 986	12 115	1 591	18 161	197	346	1 414	162
Innlandet	23 801	307	19 381	3 233	13	241	470	156
Oslo	55 120	2 445	3 963	46 089	294	110	1 674	545
Sørlandet	33 651	18	1 323	665	30 244	600	798	3
Telemark og Vestfold	29 147	16	243	324	3 367	21 857	2 972	368
Vestre Viken	38 834	1 600	892	3 798	1 059	1 765	29 604	116
Østfold	37 207	613	4 874	5 020	141	500	740	25 319
Sum	251 746	17 114	32 267	77 290	35 315	25 419	37 672	26 669

		Institusjon						
Bruk av HF - andeler	Sum	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Akershus	13,5 %	70,8 %	4,9 %	23,5 %	0,6 %	1,4 %	3,8 %	0,6 %
Innlandet	9,5 %	1,8 %	60,1 %	4,2 %	0,0 %	0,9 %	1,2 %	0,6 %
Oslo	21,9 %	14,3 %	12,3 %	59,6 %	0,8 %	0,4 %	4,4 %	2,0 %
Sørlandet	13,4 %	0,1 %	4,1 %	0,9 %	85,6 %	2,4 %	2,1 %	0,0 %
Telemark og Vestfold	11,6 %	0,1 %	0,8 %	0,4 %	9,5 %	86,0 %	7,9 %	1,4 %
Vestre Viken	15,4 %	9,3 %	2,8 %	4,9 %	3,0 %	6,9 %	78,6 %	0,4 %
Østfold	14,8 %	3,6 %	15,1 %	6,5 %	0,4 %	2,0 %	2,0 %	94,9 %
Sum	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabell 29 Bruk av polikliniske konsultasjoner i helseforetakene

		Institusjon						
Bruk av HF - polkl	Sum	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Akershus	20 541	15 610	87	4 657	8	42	106	31
Innlandet	18 274	143	17 991	13	10	-	81	36
Oslo	5 865	1 163	126	4 113	48	13	297	105
Sørlandet	26 201	4	2	3	26 107	28	35	22
Telemark og Vestfold	17 056	7	16	57	178	16 475	290	33
Vestre Viken	15 608	27	98	151	52	135	15 096	49
Østfold	16 183	95	16	89	7	11	65	15 900
Sum	119 728	17 049	18 336	9 083	26 410	16 704	15 970	16 176

		Institusjon						
Bruk av HF - andeler polkl	Sum	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark og Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Akershus	17,2 %	91,6 %	0,5 %	51,3 %	0,0 %	0,3 %	0,7 %	0,2 %
Innlandet	15,3 %	0,8 %	98,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %
Oslo	4,9 %	6,8 %	0,7 %	45,3 %	0,2 %	0,1 %	1,9 %	0,6 %
Sørlandet	21,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	98,9 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %
Telemark og Vestfold	14,2 %	0,0 %	0,1 %	0,6 %	0,7 %	98,6 %	1,8 %	0,2 %
Vestre Viken	13,0 %	0,2 %	0,5 %	1,7 %	0,2 %	0,8 %	94,5 %	0,3 %
Østfold	13,5 %	0,6 %	0,1 %	1,0 %	0,0 %	0,1 %	0,4 %	98,3 %
Sum	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Som det fremgår av tabell 30 er det særlig Østfold og Akershus som benytter tjenester i andre helseforetak, og da særlig i Oslo og Innlandet. Tabell 31 viser at det er svært lite pasientmobilitet knyttet til poliklinisk behandling, men unntak av mellom Akershus og Oslo. Det er fra 1.1.2011 overført opptaksområder innen psykisk helsevern og somatikk fra Oslo og Akershus. De nye opptaksområdene er lagt til grunn for pasienttilhørighet, men i aktiviteten som rapportert fra 2010 er 3 poliklinikker og en døgnpost nå virksomhetsoverdratt fra Oslo til Akershus. Det vil endre bildet av pasientmobiliteten mellom disse to foretakene betydelig.

VEDLEGG 2 – AVREGNING FOR PRIVATE TJENESTER INNEN SOMATIKK

Vedlegget viser grunndata og detaljer som ligger til grunn for avregningene som er vist i kapittel 4 – om inntektsmodell for somatikk.

Privat kirurgi

Avtaler med institusjoner som leverer kirurgiske tjenester inngås med en ramme for total økonomisk ytelse fra Helse Sør-Øst RHF. Ytelsene beregnes oftest basert på de prosedyrer det inngås avtale om at skal gjennomføres og priser for disse. Aktiviteten gir imidlertid DRG-poeng gjennom rapportering til NPR, og det er fordeling av DRG-poengene mellom sykehusområdene som ligger til grunn for avregningen. Det er til dels store variasjoner i kostnad pr DRG-poeng, og avregningen er derfor gjort for hver avtale for seg. Grunnlaget er aktivitetsdata fra 2008 og 2009, men for Sørlandet specialistsenter er dette basert på særskilt rapporterte data fra 2010, da de ikke tidligere har hatt avtale med Helse Sør-Øst. I den grad avtaler forlenges eller inngås med tilsvarende innhold som tidligere, bør 2 års historikk ligge til grunn for avregningen. Tabellen under viser kostnad pr avtale fordelt på sykehusområdene basert på andel av DRG-poengene.

Tabell 30Kostnader for private avtaler fordelt på sykehusområder basert på fordeling av DRG-poengene

	Aleris Helse AS	Drammen Private sykehus AS	Ringvoll Klinikken AS	Feiring- klinikken	Sørlandet spesialist- senter	Sum
Akershus	18 566	1 245	494	20 635	117	41 058
Innlandet	6 519	994	67	71 434	130	79 144
Oslo	31 291	1 243	377	8 675	81	41 668
Sørlandet	4 152	3 047	19	9 565	9 451	26 235
Telemark og Vestfold	4 370	9 009	35	22 250	307	35 972
Vestre Viken	13 004	14 577	67	12 866	273	40 786
Østfold	7 042	2 053	4 583	48 313	113	62 104
Sum	84 946	32 169	5 641	193 738	10 474	326 967

Tabell 33 illustrerer omfordelingsvirkningene basert en slik fordeling av kostnadene ved avtalene med private, somatiske sykehus.

Tabell 31 Effekt avregning av kostnader til private sykehus basert 100% på andeler av DRG-poeng

	Effekt av avregning	Andel av kostnader	Andel behovskomp somatikk
Akershus	9 282	12,6 %	15,4 %
Innlandet	(26 452)	24,2 %	16,1 %
Oslo	10 506	12,7 %	16,0 %
Sørlandet	8 129	8,0 %	10,5 %
Telemark og Vestfold	14 284	11,0 %	15,4 %
Vestre Viken	11 197	12,5 %	15,9 %
Østfold	(26 946)	19,0 %	10,8 %
Sum	-	100 %	100 %

Privat radiologi

Avtaler med private radiologiinstitusjoner spesifiseres med et øvre tak for hvor mange takster som kan utføres for hvert sykehusområde (basert på pasientens bosted). Tabellen som her viser omfordelingsvirkningene av dette, er basert på rammene i hver enkelt avtale for aktivitet pr sykehusområde, og at disse fylles fullt ut. Det er ikke gitt at avtalenes aktivitetsvolumer fylles 100%, men det er såpass store endringer i avtaleporteføljen at det ikke synes riktig å legge historisk aktivitetsnivå til grunn inn mot 2012.

Fordeling av kostnader basert på andel av aktivitetsvolumet i avtalene er vist i tabell 34

Tabell 32 Antall vekter radiologi pr sykehusområde, og fordeling av kostnader tilsvarende.

Sykehusområde	Fordeling kostnader	Andel vekter/ kostnader	Antall vekter
Akershus	34 122	13 %	55 458
Innlandet	32 472	12 %	52 776
Oslo	80 336	30 %	130 568
Sørlandet	24 264	9 %	39 436
Telemark og Vestfold	40 626	15 %	66 029
Vestre Viken	29 178	11 %	47 422
Østfold	24 001	9 %	39 008
Total	265 000	100 %	430 697

Tabell 33 Effekt avregning av kostnader til private leverandører av radiologitjenester basert 100% på andeler av vekter

Sykehusområde	Effekt av avregning	Andel kostnader	Andel behovskomp somatikk
Akershus	6 493	13 %	15 %
Innlandet	10 431	12 %	16 %
Oslo	(38 126)	30 %	16 %
Sørlandet	3 581	9 %	11 %
Telemark og Vestfold	8	15 %	15 %
Vestre Viken	13 095	11 %	16 %
Østfold	4 519	9 %	11 %
Total	0	100 %	100 %

Private laboratorier

Grunnlag for avregning er her aktivitetsdata fra perioden 2007 – 2009. Aktiviteten er vektet basert på antall takster og verdien av hver takst. Endringene i avtaleporteføljen for 2011 er ikke av samme omfang som innen radiologi, og det er vurdert slik at historisk aktivitet vil kunne legges grunn for avregningen.

Tabell 34 Andel av ulike prøvetyper, og fordeling av kostnader basert på andelene.

	Andel volum			Avregnet kostnad pr område			Sum kostnad
	Medisinsk biokjemi	Mikrobiologi	Patologi	Medisinsk biokjemi	Mikrobiologi	Patologi	
Akershus	19,0 %	11,6 %	19,2 %	27 455	4 051	4 423	35 928
Innlandet	9,2 %	2,4 %	22,1 %	13 360	843	5 097	19 300
Oslo	30,8 %	27,7 %	33,1 %	44 484	9 648	7 627	61 759
Sørlandet	1,1 %	2,1 %	0,4 %	1 586	729	86	2 401
Telemark og Vest	11,4 %	46,9 %	0,9 %	16 557	16 345	201	33 103
Vestre Viken	25,0 %	7,9 %	17,3 %	36 158	2 766	3 979	42 903
Østfold	3,5 %	1,3 %	7,1 %	5 045	449	1 631	7 125
Sum	100,0 %	100,0 %	100,0 %	144 645	34 830	23 044	202 519

Grunndata har ikke informasjon om bydeler i Oslo. Det er derfor lagt til grunn at 18% av den aktivitet som er registrert for Oslo kommune er for befolkningen i Akershus' bydeler. Dette er tilsvarende som andelen av befolkningen i disse bydelene.

Effektene av å legge til grunn avregning for private laboratorietjenester 100% basert på disse forbruksdataene er vist i tabellen under:

Tabell 35 Effekt avregning av kostnader til private laboratorietjenester basert 100% på andeler av utførte analyser

	Effekt av avregning	Andel kostnad	Andel behovskom p somatikk
Akershus	-4 749	18 %	15 %
Innlandet	13 337	10 %	16 %
Oslo	-29 443	30 %	16 %
Sørlandet	18 883	1 %	11 %
Telemark og Vest	-1 976	16 %	15 %
Vestre Viken	-10 704	21 %	16 %
Østfold	14 651	4 %	11 %
Sum	-	100 %	100 %