

# Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF

Innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av  
administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

**Sluttrapport**

**Dato: 24. april 2009**

1	Innledning .....	3
1.1	Mandat .....	3
1.2	Organisering av arbeidet .....	4
2	Behovskomponenten .....	6
2.1	Kriteriesett fra Magnussenutvalget .....	6
2.2	Kriteriesett fra inntektsarbeidet i tidligere Helse Øst og Helse Nord. ....	7
2.3	Prosjektgruppens vurdering .....	8
2.4	Bruk av modellen på nivå under sykehusområde .....	10
3	Kostnadskomponenten .....	11
3.1	Delkomponent for forskning .....	11
3.2	Delkomponent for undervisning .....	12
3.3	Delkomponent for ikke-vestlige innvandrere .....	13
3.4	Delkomponent for struktur og reisetid .....	14
3.5	Oppsummering kostnadskomponenten .....	16
4	Mobilitetskomponenten .....	17
4.1	Dagens gjestepasientordning .....	17
4.2	Gjestepasientoppgjør knyttet til drg-aktivitet .....	18
4.3	Forbruk av spesialisert medisin .....	18
4.4	Pris på abonnementspasienter .....	21
4.5	Beregning av konsekvenser av endringer i gjestepasientoppjøret .....	22
4.6	Prosjektgruppens vurdering .....	24
4.6.1	Vurdering av forbruk knyttet til spesialisert medisin .....	24
4.6.2	Vurdering av pris på abonnementspasienter .....	26
4.6.3	Prosjektgruppens vurdering av pris på andre opphold enn spesialiserte ..	27
5	Kobling mot strategi .....	28
5.1	Faktisk forbruk konvergerer mot forventet behov .....	28
5.1.1	Prosjektgruppens vurdering .....	29
5.2	Institamenter til god kvalitet i pasientbehandlingen .....	31
6	Sammenligningsgrunnlag .....	32
7	Omfordelingsvirkninger og implementering .....	34
7.1	Omfordelingsvirkninger av modellen .....	34
7.2	Prosjektgruppens vurdering av implementering .....	34
8	Andre delområder som kan inkluderes i en inntektsmodell for Helse Sør-Øst .....	37
8.1	Rehabilitering/habilitering .....	37
8.2	Private avtalespesialister .....	38
8.3	Avtaler med private laboratorier og røntgeninstitusjoner i HSØ.....	38
8.4	Psykisk helsevern, spesialisert rusbehandling, prehosp tj og kapital.....	39
8.4.1	Prehospitale tjenester .....	39
8.4.2	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	39
8.4.3	Psykisk helsevern .....	39
8.4.4	Kapital .....	39
	Referanser .....	42
	Vedlegg 2 – Utvalg av drg'er.....	43
	Vedlegg 3 - Utdyping av mindretallsmerknader.....	44

# 1 Innledning

Prosjektgruppens forslag til inntektsmodell for somatiske helsetjenester består av følgende komponenter:

- ✓ Behovskomponent
- ✓ Kostnadskomponent
- ✓ Mobilitetskomponent

I tre neste kapitlene presenteres disse komponentene. Deretter følger en diskusjon av hvordan modellen kan tilpasses for å understøtte viktige målsetninger for Helse Sør-Øst. Kapittel 6 presenterer sammenligningsgrunnlaget som ligger til grunn for omfordelingsvirkningene modellen gir. Disse er vist i kapittel 7, som også diskuterer hvordan den foreslåtte modellen kan implementeres. Prosjektgruppen er også bedt om å vurdere andre områder som kan inkluderes i en inntektsmodell. Denne vurderingen er gjennomført i kapittel 8.

## 1.1 Mandat

Prosjektgruppen er gitt følgende mandat.

- ✓ Prosjektgruppen sin hovedoppgave vil være å finne frem til finansieringsprinsipper og kriteriebaserte fordelingsordninger for de deler av de somatiske helsetjenester som er finansiert gjennom isf-systemet. Prosjektgruppen skal vurdere forutsetningene for å utvide modellen til å gjelde andre delområder enn isf-finansiert somatikk og andre områder enn det somatiske, og komme med forslag til områder det eventuelt bør arbeides videre med å inkludere i en inntektsmodell for Helse Sør-Øst.
- ✓ Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte de vedtatte strategier og helsepolitiske mål som gjelder for Helse Sør-Øst. Spesielt skal modellen understøtte oppnåelse av målet om likeverdige helsetjenester og samtidig sikre at vedtatte funksjonsfordelinger følges opp. Samtidig skal modellen gi insitamenter til effektiv drift og bidra til at fordelingen av faktisk forbruk av spesialisthelsetjenester konvergerer mot fordelingen i forventet behov for spesialisthelsetjenester.
- ✓ Fordelingsmodellen skal ta utgangspunkt i de nylig vedtatte sykehussområdene.
- ✓ Indikatorene som velges i den kriteriebaserte fordelingsmodellen må i størst mulig grad være basert på offentlig tilgjengelig statistikk, slik at de beregningene som blir gjort, i størst mulig grad blir etterprøvbare. For å sikre en viss grad av forutsigbarhet over tid, bør de indikatorene som velges kunne benyttes over flere år, og kunne oppdateres årlig, med endringer bare i kriterieverdiene. Indikatorene må derfor være robuste for endringer i organisasjonsmessige forhold.
- ✓ Modellen skal bygge videre på det utviklingsarbeid som tidligere har skjedd i Helse Sør-Øst RHF. I denne fasen skal det særlig legges vekt på å avklare følgende forhold:
  - Hvordan settet med behovskriterier fra Magnussen-utvalget fanger oppvariasjon i behov innad i Helse Sør-Øst.

## 1. Innledning

- Hvilke kostnader som er knyttet til lands-, regions- og flerområdefunksjoner.
- Hvordan gjestepasientoppkjøret mellom helseforetakene/sykehusområdene kan utformes for å sikre likhet i tilgangen til helsetjenester. Det skal særlig legges vekt på kartlegging av pasientmobilitet innad i Oslo der det til nå har vært dårlig tilgang til data og det skal legges vekt på å skille mellom lands-/region- og flerområdefunksjoner og andre tjenester.

### 1.2 Organisering av arbeidet

- ✓ Prosjektet eies av viseadministrerende direktør Atle Brynestad.
- ✓ Innleid prosjektleder Oddvar Kaarbøe og innleid prosjektmedarbeider Terje Hagen skal lede utredningsarbeidet og bidra til at nødvendige analyser og vurderinger gjennomføres. Prosjekteier skal sørge for å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i utredningsarbeidet, blant annet gjennom opprettelsen av et sekretariat for arbeidet, bemannet av personal fra Helse Sør-Øst RHF. Sekretariatet støtter også prosjekteier i arbeidet med forankring av prosjektet.
- ✓ For å sikre at helseforetakene trekkes aktivt med i arbeidet med utvikling av inntektsmodellen organiseres en prosjektgruppe bestående av:
  - Prosjektledelse og sekretariat
  - Økonomidirektørene i sykehusområdene. Der et sykehusområde består av mer enn ett av dagens helseforetak, må det velges én representant.
  - Helsefagdirektører fra alle sykehusområdene.
  - Økonomidirektører fra de to private sykehusene med opptaksområde.
  - 2 representanter for de konserntillitsvalgte
  - 1 representant for brukerorganisasjonene.
- ✓ Prosjektdeltakerne fra helseforetakene får et særlig ansvar for å fremlegge kostnads- og aktivitetsdata fra sine helseforetak til bruk i analysene, og samtidig for å bringe helhetlig informasjon om arbeidet tilbake til egne helseforetak.
- ✓ Det vil under arbeidets gang trolig oppstå behov for en eller flere mindre og mer operative arbeidsgrupper. Disse opprettes ad hoc med deltagelse ut i fra kompetanse på den problemstillingen som skal utredes.

## 1. Innledning

Dette har gitt en prosjektgruppe bestående av:

<b><u>Prosjektledelse:</u></b> Oddvar Kaarbøe Terje Hagen	<b><u>Sekretariat:</u></b> Erik Hanssen Tom Erik Magnussen Maren Skaset Elisabeth Brudvik Øyvind Røed (leder)
<b><u>Økonomirepresentanter fra sykehusområdene:</u></b> Per Qvarnstrøm, Sørlandet Ståle Langvik-Christiansen, Vestfold-Telemark Monica Haugen og Kai-Erik Arstad, Vestre Viken Marta Hjelle og Anders Frafjord, Oslo Ørjan Sandvik, Innlandet Kjell Åge Vold, Akershus Marianne Wiik, Østfold Gaute Jørgensen, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Jorun Ur, Diakonhjemmet Sykehus AS	<b><u>Helsefag representanter fra sykehusområdene:</u></b> Inger Cathrine Bryne, Sørlandet Halfdan Aass, Vestfold-Telemark Ole Tjomsland, Vestre Viken Einar Hysing, Oslo Stein Vaaler, Akershus Øyvind Graadal, Innlandet Jan Henrik Lund, Østfold
<b><u>Brukerrepresentanter:</u></b> Bjørn Moen Eva Pavels Wilhelmsen	<b><u>Konserntillitsvalgte:</u></b> Svein Øverland Morten Falkenberg

Prosjektgruppen har hatt 6 møter. I tillegg har prosjektgruppen opprettet undergrupper som har arbeidet med følgende problemstillinger:

- ✓ Kapital
- ✓ Kostnadssammenligning
- ✓ Gjestepasientoppgjør

## 2 Behovskomponenten

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

I dette kapitlet presenteres ikke ulike analytiske tilnærminger og metodemessige utfordringer med å måle behov. Disse forholdene er grundig belyst i Magnussenutvalgets innstilling (NOU 2:2008; kap. 6 og 8). I stedet diskuteres tre alternative kriteriesett som utvalget har diskutert. Disse er:

- ✓ Kriteriesettet fra Magnussenutvalget eks. klimavariabler
- ✓ Kriteriesettet fra Magnussenutvalget eks. klima- og sykefraværsvARIABLER
- ✓ Kriteriesett fra inntektsarbeidet i tidligere Helse Øst og Helse Nord

### 2.1 Kriteriesett fra Magnussenutvalget.

De to første kriteriesettene kommer fra analysene som ble gjennomført av Magnussenutvalget. Datagrunnlaget i analysene er:

- ✓ ØH og elektiv behandling utenom rehabilitering (dag- og døgnbehandling) som omfattes av isf
- ✓ Poliklinisk behandling (ekskl. laboratorie- og røntgenvirksomhet) som ikke omfattes av isf
- ✓ Behandling hos private avtalespesialister innen somatikk
- ✓ Rehabilitering som omfattes av isf
- ✓ Behandling i opptreningsinstitusjoner

Data er fra perioden 2004-2006, og analyseenheten er celler som kombinerer kjønn, fødselsår og bostedskommune. For eksempel vil menn, født i 1957, bosatt i Elverum være en celle. Det er ikke mulig å koble informasjon om pasientbehandling med registerdata fra SSB på individnivå (som er nivået for mange av behovsvariablene), men dette er mulig på cellenivå siden pasientstatistikk har opplysninger om kjønn, fødselsår/alder og bostedskommune. Totalt inngår over 72.000 analyseenheter.

For å kontrollere for tilbudssidevariasjon inkluderes i) tilbudssidevariabler (reiseavstand til sykehus og til avtalespesialister), ii) det korrigeres for nivåforskjeller mellom helseforetaksområder, og iii) ved at analysenivået ikke sammenfaller med tilbudssiden (bruk av dummyvariabler for HF-områder).

Analyse på cellenivå innebærer for det første at analysenivået er nært individnivå. Dette reduserer mulig korrelasjon mellom behovsvariabler og tilbudssideforhold. For det andre innebærer det at datamaterialet omfatter svært mange observasjoner og således gir et rikt informasjonsgrunnlag for å avdekke sammenhenger mellom forbruk og behovsvariabler.

## 2. Behovskomponenten

### **2.2 Kriteriesett fra inntektsarbeidet i tidligere Helse Øst og Helse Nord.**

Det tredje kriteriesettet kommer fra analyser som ble gjennomført i tidligere Helse Øst RHF og i Helse Nord RHF. Datagrunnlaget i disse analysene er:

- ✓ Dag- og døgnbehandling som omfattes av isf-ordningen
- ✓ Poliklinisk behandling
- ✓ Behandling hos private avtalespesialister innen somatikk

Data er fra 2004, og analyseenheten er kommuner. Metoden for å kontrollere for tilbudssidevariasjon samsvarer med hva som er gjort i Magnussenutvalgets analysearbeid.

Tabellene under viser de ulike kriteriesettene. Tabell 1 viser kriteriesettene fra Magnussenutvalget hvor klimavariablene er utelatt i kolonne 2, mens både klima- og sykmeldtevariabler er utelatt i kolonne 3. Tabellen viser at de sosiale kriterier vektlegges mellom 35-40 %.

Magnussenkriterier – uten klima	Vekt	Vekt uten sykmeldte
0-5 år	0,03	0,04
6-12 år	0,01	0,01
13-17 år	0,01	0,01
18-29 år	0,04	0,05
30-39 år	0,06	0,06
40-49 år	0,06	0,06
50-59 år	0,08	0,09
60-69 år	0,10	0,11
70-79 år	0,11	0,11
80+	0,09	0,10
<b>Sum alder</b>	<b>0,60</b>	<b>0,65</b>
Dødelighet 20+	0,12	0,13
Andel sykmeldte	0,08	0,00
Andel uføretrygdete, 20-66	0,07	0,08
Andel med rehabiliteringsytelser 20-66	0,03	0,03
Ikke mer enn grunnskole 20-59	0,05	0,05
Levekårsindeks 0-19	0,01	0,01
Levekårsindeks 67+	0,04	0,05
<b>Sum sosioøkonomiske</b>	<b>0,40</b>	<b>0,35</b>
I alt	1,00	1,00

Tabell 1. Kriteriesett basert på Magnussenutvalgets analyser

## 2. Behovskomponenten

Tabell 2 viser kriteriesettet fra tidligere Helse Øst RHF og Helse Nord RHF. Tabellen viser at dette kriteriesettet fordeler en relativt mindre andel, 28 %, etter sosiale kriterier.

Kriterium	Vekt
0-4 år	0,06
5-19 år	0,03
20-39 år	0,11
40-64 år	0,23
65-74 år	0,11
75-89 år	0,17
90 + år	0,02
<b>Sum alder</b>	<b>0,72</b>
Uføre	0,14
Sosialhjelp	0,03
Dødelighet	0,07
Vold	0,04
<b>Sum sosioøkonomiske</b>	<b>0,28</b>
<b>Sum</b>	<b>1,00</b>

Tabell 2. Kriteriesett basert på analyser i tidligere Helse Øst RHF- og Helse Nord RHF-modell

### 2.3 Prosjektgruppens vurdering

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

Det er godt dokumentert at behovet for somatiske spesialisthelsetjenester varierer både med alder og sosioøkonomiske forhold.<sup>1</sup> Det knytter seg imidlertid usikkerhet til hvilke mekanismer som ligger bak noen av de sosioøkonomiske variabler, og hvordan de påvirker behovet for somatiske spesialisthelsetjenester. Dette gjelder særlig variablene klima og til en viss grad sykmeldte. For en diskusjon av klima henvises det til mindretallsmerknaden i NOU 2008:2, s. 100-101. Når det gjelder sykmeldningsvariabelen er usikkerheten blant annet knyttet til at sykmeldningspraksis varierer over konjunktursyklusen<sup>2</sup>, mens behovet for somatiske spesialisthelsetjenester ikke følger et slikt mønster. I tillegg viser analysene at det er store forskjeller mellom kommuner som ikke enkelt lar seg forklare. Disse variasjonene er imidlertid mindre når en aggregerer data til HF- og sykehusområder.

En måte å rangere de tre kriteriesettene på er etter hvor strenge krav til dokumentert kunnskap de stiller for at et sosioøkonomisk kriterium skal inkluderes. Målt langs denne

<sup>1</sup> Se kapittel 8 i NOU 2008:2 for referanser.

<sup>2</sup> Dvs. at sykemeldningspraksisen varierer med nivået på arbeidsledigheten.



## 2. Behovskomponenten

dimensjonen stiller den gamle Helse Øst RHF og Helse Nord RHF-modellen strengest krav, mens Magnussenkriteriesettet som inkluderer sykmeldte stiller minst strenge krav.

En annen måte å skille kriteriene på er i forhold til avstanden mellom enhet (celle eller kommune) som ligger til grunn i analysene og den ideelle analyseenheten er som individnivå. Her skiller kriteriene fra Magnussenutvalget seg klart ut i positiv forstand. En annen fordel med disse analysene er at antall enheter som analyseres blir større (ca 72 000 celler versus ca 430 kommuner). Dette forbedrer de statistiske egenskapene til disse analysene. Fra et metodisk synspunkt er derfor kriteriesettene fra Magnussenutvalgets analyser klart å foretrekke.

På bakgrunn av dette velger prosjektgruppen å fokusere på de to kriteriesettene fra Magnussenutvalget. Den neste tabellen viser hvilke andeler av tildelingen de to kriteriesettene vil gi til de ulike sykehusområdene. Tabellen viser at det på sykehusnivå er liten forskjell mellom hvilket kriterisett som benyttes.

Kriteriesett	Med sykemeldning	Uten sykemeldning
Akershus	0,099	0,098
Innlandet	0,163	0,163
Oslo	0,212	0,213
Sørlandet	0,104	0,105
Vestfold-Telemark	0,159	0,160
Vestre Viken	0,154	0,153
Østfold	0,108	0,108
Sum	1	1

Tabell 3. Andeler kriteriesett med og uten sykemeldning.

Når det gjelder valg mellom disse to kriteriesettene anbefaler prosjektgruppen å bruke kriteriesettet uten sykemeldning. Argumentene for dette er for det første at sykemeldningspraksis varierer over konjunktursyklusen, mens behovet for somatiske spesialisthelsetjenester ikke følger et slikt mønster. For det andre viser analysene at det er store forskjeller mellom kommuner som ikke enkelt lar seg forklare. Prosjektgruppen vil videre påpeke at valget mellom kriteriesettene med og uten sykemeldning er små.

Til slutt vil prosjektgruppen påpeke at den ønsket å gjennomføre behovsanalyser kun på befolkningen i Helse Sør-Øst for å sjekke om forventet behov for spesialisthelsetjenester i dette området skiller seg fra resultatene som foreligger når hele landet legges til grunn. Eksempelvis vil en kunne tenke seg at ikke-vestligere innvandrere vil inngå som ett av kriteriene i en slik analyse, fordi andelen ikke-vestligere innvandrere er høyere i Helse Sør-Øst enn i landet. Prosjektgruppen har imidlertid ikke hatt tilgang til data som muliggjør en slik analyse. Prosjektgruppen vil anbefale at Helse Sør-Øst RHF søker å gjennomføre en slik analyse når data fra Norsk pasientregister blir personidentifiserbar, og konsesjonstillatelse foreligger.

## 2. Behovskomponenten

### **2.4 Bruk av modellen på nivå under sykehusområde**

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

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

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

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

Begrensingene for bruk på lavere nivå går i stor grad ut på at behovskriteriene er tatt frem på nasjonalt grunnlag, og vil være dårlig egnet til å få frem forskjeller innen små, ensartede populasjoner. Det kan tenkes at mange andre parametere ville gi signifikant utslag for variasjoner i behov når populasjonen bare består av mindre enn 10 % av den populasjonen som opprinnelig ble analysert. Prosjektgruppen har også anbefalt at man gjør egne analyser av behov for Helse Sør-Øst RHF, da man kan tenkes å få andre resultater her enn i nasjonale analyser. Bruk av en slik inntektsmodell på lavere nivå, der egendekningen i opptaksområdet blir lav, stiller også andre krav til oppbygging av mobilitetskomponenten enn hva som er tilfelle i en modell med mer homogene enheter med høy egendekning.

## 3 Kostnadskomponenten

Sykehusene har i utgangspunktet ikke like forutsetninger for å drive pasientbehandling selv etter korleksjon for variasjoner i pasienttyngde gjennom drg-systemet. Dette skyldes flere forhold som er holdt utenom isf-ordningen og som varierer mellom sykehus, og som påvirker kostnadene. Eksempler på slike forhold er variasjoner i undervisningsbelastning, forskningsaktivitet og ulike funksjoner. Det er en uttrykt målsetning å skape mest mulig like forutsetninger for å drive pasientbehandling. En må da kompensere sykehusene for kostnader utover rene behandlingkostnader.

I dette kapitlet presenterer prosjektgruppen forslag til kostnadskomponent. Den analytiske tilnærmingen bygger på arbeidet som ble gjennomført i forbindelse med innteksarbeidet 2008. Dette er analyser som er basert på få enheter siden Norge har få sykehus. Analyser på få enheter gir generelt stor grad av usikkerhet. Arbeidet indikerte at kostnadskrevende pasienter (målt ved langtidsliggedager), forskning, undervisning, andel ikke-vestlige innvandrere samt forhold ved sykehusstrukturen påvirket kostnadene ved sykehusene. Dette er forhold som er ment kompensert gjennom kostnadskomponenten. Kostnadskrevende pasienter kan imidlertid også kompenseres gjennom mobilitetskomponenten dersom en differensierer prisen på gjestepasienter. Prosjektgruppen har valgt å kompensere kostnadskrevende pasienter på denne måten.

For alle delkomponentene utenom undervisning legges kostnadsestimatet som analysene gir til grunn for størrelsen av kompensasjonen. Argumentet er at kostnadsestimatet er den beste indikasjonen analysene gir på hva kostnadsulempen er. Kostnadskompensasjonen knyttet til undervisningsbelastning vektet ned fordi enheten som utløser kompensasjon (turnusleger og leger i spesialisering) også genererer aktivitetsavhengige inntekter. Siden kostnadsanalysene er basert på data fra årene 2005-07, prisjusteres kostnadsestimatene.

### 3.1 Delkomponent for forskning

Forskningskomponenten er analysert som antall produserte forskningspoeng. Tallmaterialet er fra NIFU-Step, og tilsvarer det tallmaterialet som brukes til fordeling av (deler av) forskningsmidler mellom helseregionene.

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. Analysene er gjort på data fra alle norske sykehus og er dokumentert i Hagen (2007). Prisen på kr 470 000 per forskningspoeng er basert på estimer fra kostnadsanalyser gjennomført på 2005-data. Estimaten kan også fange opp kostnader forbundet med undervisning av medisiner siden sykehusenes innsats i medisinerundervisningen og sykehusenes forskningsaktivitet er sterkt korrelert.

### 3. Kostnadskomponenten

Tabell 4 gir en oversikt over forskningsproduksjonen i sykehusområdene for årene 2005-07.

SHO	2005	2006	2007
Akershus	50,30	47,87	72,31
Innlandet	14,60	48,13	18,15
Oslo	1 024,50	1 213,43	1 326,82
Sørlandet	14,70	14,95	40,54
Vestfold-Telemark	26,40	22,98	23,71
Vestre Viken	21,50	12,31	23,96
Østfold	11,50	17,00	14,97
Sum	1 163,50	1 376,67	1 520,46

Tabell 4. Forskningspoeng i sykehusområdene 2005-07. Kilde. NIFU-STEP

Fra tabellen ser vi at mesteparten av forskningspoengene utløses av Oslo sykehusområdet. Tabellen viser også at antall forskningspoeng har økt i perioden, samt at forskningsproduksjonen i noen sykehusområder varierer over år. Dette gjelder særlig for Sørlandet og Innlandet. Det er usikkerhet rundt i hvilken grad eksterne forskningsmidler kompensere for kostnadsulempene i behandlingsaktiviteten, og dermed hvor mye kostnadsestimatet er påvirket av eksterne forskningsmidler.

Delkomponenten pr sykehusområde kalkuleres som:

$$\text{Andel av forskningsaktiviteten i definert periode} * \text{antall forskningspoeng som totalt sett kompenseres} * \text{pris pr forskningspoeng}$$

### 3.2 Delkomponent for undervisning

Danielsen og Hollekim (2007) har gjennomført en mikrokostnadsanalyse av kostnader fra alle sykehusene i Helse Midt-Norge. Resultatet fra analysen er usikre, men gir en viss støtte til at sykehusenes kostnader øker med antall assistentleger. Analysen konkluderer med at merkostnadene primært er knyttet til de første to årene i spesialiseringen. Prosjektgruppen kjenner ikke til studier som har anslått ekstrakostnader knyttet til turnusleger, men er av den oppfatning at turnusleger er minst like kostnadskrevende som assistentleger

På grunnlag av diskusjoner prosjektgruppen har valgt å sette kostnadskompensasjonen for turnusleger til 200 000 kr per år. Siden en ikke kan skille mellom tidlige og sene år i spesialiseringen settes prisen her til kr. 100 000 per år. Argumentet for å sette kompensasjonen for leger i spesialisering lavere enn for turnusleger er at leger i spesialisering i høyere grad bidrar til å utløse aktivitetsbaserte inntekter.

### 3. Kostnadskomponenten

Tabell 5 viser antall leger i spesialisering og i turnus. For leger i spesialisering er tallene fra 2008, mens for turnusleger er tallet gjennomsnittet for 2008-09. Vi klarer ikke å skille mellom tidlige og sene år i spesialiseringen og benytter derfor årsverk. Data om leger i spesialisering (LIS) er utenom psykiatere.

	LIS 2008	Turnus Gj.snitt 08-09	Sum
Akershus	133	42	175
Innlandet	171	91	262
Oslo	697	30	727
Sørlandet	110	52	162
Vestfold-Telemark	169	63	232
Vestre Viken	181	72	252
Østfold	98	52	150
Sum	1558	401	1 959

Tabell 5. LIS og turnusleger

Kilde: Helsedirektoratet

Delkomponenten pr sykehusområde kalkuleres som:

$$\text{Antall leger i spesialisering} * \text{Pris pr LIS-årsverk} + \text{Antall turnusleger} * \text{Pris pr turnus-årsverk}$$

### 3.3 Delkomponent for ikke-vestlige innvandrere

Kostnadsanalysene som ble gjennomført i forbindelse med inntektsmodellarbeidet i 2008 viser at andel ikke-vestlige innvandrere øker sykehusenes kostnadsnivå. Estimert fra disse kostnadsanalysene indikerer at kostnaden per drg-poeng øker med 80 kr når prosentandel ikke-vestlige innvandrere i befolkningen øker med ett prosentpoeng. Ikke-vestlige innvandrere er definert som innvandrere fra Afrika, Asia inkl Tyrkia og Mellom- og Sør-Amerika, samt deres etterkommere.

Den neste tabellen viser andel ikke-vestlig befolkning i de ulike sykehusområdene. Tabellen viser også aktivitet (drg-poeng) på pasienter fra eget sykehusområde.

	Drg-poeng	Andel ikke-vestlig befolk
Akershus	39 044	11,2 %
Innlandet	73 416	2,2 %
Oslo	109 398	13,4 %
Sørlandet	55 710	3,7 %
Vestfold-Telemark	82 568	3,6 %
Vestre Viken	65 951	5,7 %
Østfold	42 587	4,6 %

Tabell 6. Andel ikke-vestlig befolkning

Kilde: SSB

### 3. Kostnadskomponenten

Delkomponenten pr sykehusområde kalkuleres som:

$$\begin{array}{ccc} \text{Andel ikke-vestlige} & & \text{Antall DRG-poeng} \\ \text{innvandrere i} & * & \text{utført for egen} \\ \text{opptaksområdet} & & \text{befolkning} \end{array} * \begin{array}{c} \text{Pris pr \% -poeng} \\ \text{økning i andelen} \\ \text{ikke-vestl. innv.} \end{array}$$

#### 3.4 Delkomponent for struktur og reisetid

Kostnadskomponenten som ble benyttet i inntektsmodellberegningene i 2008 kompenserte struktur basert på antall akutt sykehus pr innbygger i HF-område. Med omlegging til sykehusområder vil en slik innretning av strukturkomponenten gi en relativ stor andel av bevilgningen til Oslo sykehusområde. Innretningen av komponenten er videre kritisert for å sementere den allerede eksisterende sykehusstrukturen, noe som er i strid med målsettingene i omstillingsprogrammet.

Et alternativ til å basere denne delkomponenten på antall sykehus per innbygger er å gi et kontanttilskudd til sykehusområder for sykehus med få innbyggere i sitt "opptaksområde". En slik tilnærming gir følgende rangering av de minste sykehusene.

Sykehus	Antall innbyggere
Rjukan	12067
Tynset	17940
Lister	34818
Notodden	35647
Lister2 <sup>3</sup>	41172

Tabell 7. Sykehus med få innbyggere i opptaksområdet

Opptaksområde for det enkelte sykehus er her definert i forhold til de opptaksområdene som eksisterte før sykehusreformen. Grensen er skjønnsmessig satt til om lag 42 000 innbyggere pr opptaksområde. Ulempen ved en slik tilnærming er igjen at komponenten vil sementere den allerede eksisterende sykehusstrukturen.

En måte å innrette strukturkomponenten slik at den ikke gir insitamenter til å sementere eksisterende sykehusstruktur er å knytte kompensasjonen til reisetid. Dette følger fordi reisetiden vil øke dersom et sykehus gir et redusert tilbud, eventuelt legges ned.

Det er gjennomført analyser for å undersøke om lange reiseavstander kan medføre høyere kostnader. Mekanismen bak et slik resultat kan være at lange reiseavstander fører til mindre bruk av dagopphold. Indikatorer på dette vil være at sykehus hvor en stor andel av pasientene har lange reiseavstander har

- ✓ en høy andel éndagsopphold
- ✓ gjennomsnittlig lengre liggetider enn andre

<sup>3</sup> Lister er basert kun på Agderkommunene mens Lister2 også inkluderer to Rogalandskommuner.

### 3. Kostnadskomponenten

Analysen utført på pasientdata fra 2007 indikerer en slik sammenheng. Analysene viser at sannsynligheten for lange liggetider/høyere andel døgnopphold øker med reisetid. Det er imidlertid kun for de aller lengste reiseavstandene dette har noen praktisk konsekvens. Spesielt viser analysene at sannsynligheten for lange liggetider/høy andel éndagsopphold øker dersom avstanden (fra kommunesentrum) til nærmeste sykehus er mer enn 107 km.

For å gjøre kompensasjonen uavhengig av sykehus med små opptaktsområder (se tabell 7) fjernes disse sykehusene når avstand til nærmeste sykehus beregnes. Det vil si at for kommuner som ligger nære sykehusene i tabell 7 beregnes reisetid til neste sykehus. På denne måten vil kompensasjonen være uavhengig av om sykehusområdet opprettholder disse sykehusene, eller om tilbudet som gis der reduseres.

Det er usikkerhet knyttet til hvor mye kostnadene øker. I det følgende er prisen per langtidsliggedag lagt til grunn. Denne prisen er i hovedsak valg fordi reisetid er vist å påvirke liggetid. Prosjektgruppen vil påpeke at strukturulempen i stor grad knytter seg til vaktberedskap. Prosjektgruppen har ikke gjennomført en beregning av hvor store vaktberedskapskostnadene er. Om en ønsker å gi en høyere kompensasjon for strukturulempen, må den gis på skjønnsmessig grunnlag.

Den neste tabellen viser kommuner hvor avstanden til nærmeste eller neste sykehus er mer enn 107 km. Tabellen viser også antall drg-poeng befolkningen i disse kommunene utløser på nærmeste eller neste sykehus.

Kommune	SHO	Drg-poeng	Kommune	SHO	Drg-poeng
Rendalen	Innlandet	555	Øystre Slidre	Innlandet	699
Engerdal	Innlandet	461	Vang	Innlandet	475
Tolga	Innlandet	358	Nes	Vestre Viken	984
Tynset	Innlandet	1199	Gol	Vestre Viken	1048
Alvdal	Innlandet	539	Hemsedal	Vestre Viken	287
Folldal	Innlandet	496	Ål	Vestre Viken	1214
Os	Innlandet	369	Hol	Vestre Viken	1130
Dovre	Innlandet	804	Nissedal	Vestf.-Telemark	393
Lesja	Innlandet	490	Fyresdal	Vestf.-Telemark	355
Skjåk	Innlandet	540	Tokke	Vestf.-Telemark	688
Lom	Innlandet	542	Vinje	Vestf.-Telemark	857
Vågå	Innlandet	916	Valle	Sørlandet	301
Sel	Innlandet	1431	Bykle	Sørlandet	300
Nord-Aurdal	Innlandet	1449	Flekkefjord	Sørlandet	2241
Vestre Slidre	Innlandet	663	Sirdal	Sørlandet	489

Tabell 8. Kommuner med mer enn 107 km reiseavstand til nærmeste eller neste sykehus.

Kilde: Avstandsmatrise over reisetid, NPR 2007.

Delkomponenten pr sykehusområde kalkuleres som:

$$\text{Antall DRG-poeng i kommuner lang reiseavstand} * \text{Kostnadsøkning pr DRG-poeng ved forlengede opphold}$$

### 3. Kostnadskomponenten

#### **3.5 Oppsummering kostnadskomponenten**

Tabellen under oppsummerer prosjektgruppas forslag til kostnadskomponent.

SHO	Total kompensasjon	Andel av total	Forskning	Undervisning	Ikke-vestlige innvandrere	Struktur og reisetid
Akershus	98 855	7,0 %	33 858	22 822	42 175	-
Innlandet	108 702	7,6 %	18 673	37 277	14 859	37 893
Oslo	929 226	65,4 %	715 666	79 939	133 621	-
Sørlandet	67 468	4,7 %	15 633	22 598	18 706	10 531
Vestfold-Telemark	78 887	5,5 %	13 154	31 099	27 385	7 249
Vestre Viken	90 629	6,4 %	10 218	31 838	33 831	14 742
Østfold	48 144	3,4 %	9 007	21 226	17 911	-
Sum	1 421 912	100 %	816 210	246 800	288 488	70 415

Tabell 9. Prosjektgruppens forslag til kostnadskomponent. Tall i 1000 kr.



## 4 Mobilitetskomponenten

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

### 4.1 Dagens gjestepasientordning

Betaling for intern mobilitet mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst er i 2009 en videreføring av de ordninger som gjaldt før sammenslåingen av tidligere Helse Sør og tidligere Helse Øst.

Pasienter fra tidligere Helse Sør som behandles i helseforetak/sykehus i tidligere Helse Øst:

- ✓ Behandlende helseforetak fakturerer pasientens bostedsforetak med 40 % av enhetspris. Midler til dette er innarbeidet i basisrammene til de tidligere Helse – Sør-foretakene, i og med at dette er en videreføring av tidligere ordning.
- ✓ De resterende 40 %, dvs. isf- refusjonen utbetales a konto til behandlende foretak fra Helse Sør-Øst RHF, slik at behandlende foretak får 80 %- finansiering.

Pasienter fra tidligere Helse Øst som behandles i helseforetak/sykehus i tidligere Helse Sør

- ✓ Behandlende helseforetak fakturerer pasientens bostedsforetak med 40 % av enhetspris. Midler til dette er innarbeidet i basisrammene til de tidligere Helse – Øst-foretakene. Unntaket gjelder pasienter bosatt i Oslo. Her faktureres det regionale helseforetaket pga problemer med å registrere pasientenes bydelstilknytning, og budsjettmidler er satt av sentralt til dette.
- ✓ De resterende 40 %, dvs. isf- refusjonen utbetales a konto til behandlende foretak fra Helse Sør-Øst RHF, slik at behandlende foretak får 80 %- finansiering.

Pasienter som behandles ved Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet (RH)

- ✓ RH fakturerer alle helseforetakene i regionen med 40 % av enhetspris drg, og mottar
- ✓ 40 % isf- refusjoner a konto fra Helse Sør-Øst RHF, til sammen 80 %

Pasientmobilitet internt i de to tidligere regionene utløser ikke gjestepasientoppgjør, med unntak av Sør-områder mot Rikshospitalet (beskrevet ovenfor).

På nasjonalt nivå er betalingsordningen for pasienter som behandles utenfor sitt eget regionale helseforetak i 2009 endret til en abonnementsmodell med en grunnpris på 106 % av isf-prisen. Bevilgningsmessig er dette håndtert ved at midler tilsvarende 26 % av isf-prisen på netto pasientstrømmer (målt i drg-poeng) i 2007 er omfordelt i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Dette gir ca. 126 millioner kroner i mer-inntekt til Helse Sør-Øst RHF i 2009. I tillegg betales løpende 80 % av isf-prisen for all pasientbehandling som skjer utenfor egen region, tilsvarende det tidligere gjeldende systemet.

#### 4. Mobilitetskomponenten

### 4.2 Gjestepasientoppgjør knyttet til drg-aktivitet

Pasientstrømmene består både av pasienter som får behandling ved lands- og regionsfunksjoner, flerområdefunksjoner og av pasienter som benytter seg av fritt sykehusvalg. En mulig hypotese er at pasienter som får behandling ved lands- og regionfunksjoner er mer kostnadskrevende enn en pris tilsvarende av 80 % drg-kostnad. Analysene som er gjennomført i kostnadssammenligningsprosjektet (se side 17) tyder på at så er tilfelle. Det betyr at et gjestepasientoppgjør basert på 80 % av drg-kostnad ikke gir sykehusene som utfører spesialisert medisin tilfredsstillende kompensasjon.

Ett alternativ er å etablere abonnementsavtaler mellom sykehusområdene om pris og antall behandlinger. En kan for eksempel tenke seg at det for lands- og regionfunksjoner betales mer enn 80 % av isf-pris, mens det for andre pasienter betales 80 % av isf-pris. Siden de totale pasientstrømmene er større enn mobilitet knyttet til spesialisert medisin vil denne tilnærmingen sikre at det er kostnadsnøytralitet på marginen mellom det interne og det eksterne (ut av regionen) gjestepasientoppjøret.

### 4.3 Forbruk av spesialisert medisin

En utfordring er å identifisere hvilke pasienter som får behandling knyttet til lands- og regionfunksjoner. Prosjektgruppa har utført to typer analyser for å svare på denne utfordringen. Den ene typen analyse benytter avstand til sykehusene som tilbyr spesialisert medisin som identifiserende faktor. Den andre typen analyse baserer seg på et utvalg drg som er ment å fange opp forbruk av spesialisert medisin.

I den første analysen benyttes avstand til sykehusene som tilbyr spesialisert medisin som identifiserende faktor. Disse sykehusene er definert som Rikshospitalet, Ullevål og Feiringklinikken. Ideen er at de pasientene som bor langt unna disse sykehusene, men får sin behandling der, fortrinnsvis mottar spesialisert medisin.

Tabellen nedenfor viser antall korrigerede drg-poeng pr 1000 innbyggere knyttet til Rikshospitalet, Ullevål og Feiringklinikken. Sørlandet Sykehus HF utfører noe spesialisert behandling innen hjerte-faget, og denne aktiviteten (PCI og hjertekateterisering) inkluderes derfor. Vi ser at forbruket varierer fra ca. 31 poeng (Sørlandet) til ca. 109 korrigerede drg-poeng (Oslo). Tabellen viser også at forbruket synker jo lengre unna Osloområdet pasientene bor.

	Korr-drg pr 1000 innb
Østfold	48,63
Ahus	52,18
Oslo	109,10
Innlandet	48,23
V-Viken	55,71
Vest/Tele	44,11
Sørlandet	30,74
Gj.snitt Helse Sør-Øst	62

Tabell 10. Forbruk målt som korrigerede drg-poeng på Ullevål, Rikshospitalet, Feiringklinikken samt PCI-behandling og hjertekateterisering i Arendal. Kilde: NPR 2007.

#### 4. Mobilitetskomponenten

For å undersøke nærmere betydning av avstand på forventet forbruk på RH, Ullevål og Feiring gjennomføres en analyse hvor korr-drg-forbruk er avhengig variabel og avstand i km fra kommunesentrum til Oslo er uavhengig variabel. Ligningen som estimeres er:

$$y = a + bx$$

$$y = \text{Korr drg - pr 1000 innbyggere}$$

$$x = \text{Avstand i km til Oslo}$$

Data er fra alle kommuner i Helse Sør-Øst utenom Oslo. Regresjonslinja blir:

$$y = 56,48 - 0,06x$$

Tolkningen er at når avstanden øker med 10 mil så reduseres forventet forbruk med 6 drg-poeng pr 1000 innbyggere. Konstantleddet er 56,48 drg-poeng. Koeffisientene er signifikante. Se tabell under for regresjonsstatistikk.<sup>4</sup>

	a	b
Koeffisient	56,48	-0,0616
Standardfeil	1,549	0,0077
R <sup>2</sup>		0,2755
F-verdi	Df=169	64,2382

Tabell 11. Regresjonsstatistikk.

Den neste tabellen viser faktisk og estimert forbruk for SHO. (For bydelene i Oslo som er med i Ahus antas avstand=0). Det estimerte forbruket er regnet ut som et veid gjennomsnitt av forventet forbruk i hver kommune, hvor befolkningsandel i sykehusområdet er brukt som vekt.

Tabellen viser at Sørlandet har et estimert forbruk på 36,78 drg-poeng. Deretter følger Innlandet og Vestfold/Telemark med et estimert forbruk på i overkant av 48 drg-poeng. Jo nærmere Oslo, jo høyere estimert forbruk.

	Drg pr 1000 innb	Est. drg (avstand)	Korrigert for behovsforskjeller
Østfold	48,63	51,86	48,51
Ahus	52,18	54,62	56,82
Oslo	116,35	Ikke estimert	Ikke estimert
Innlandet	48,23	48,11	44,73
V-Viken	55,71	53,48	55,65
Vest/Tele	44,11	48,59	45,52
Sørlandet	30,74	36,78	36,15

Tabell 12. Faktisk og estimert forbruk.

Kolonne 2 og 3 i tabellen viser også at estimert forbruk for alle sykehusområder, unntatt Vestre Viken, ligger på eller over faktisk forbruk. Forbruket i Vestre Viken ligger over hva som estimeres. En mulig forklaring til dette er Asker- og Bærumsbefolkningens nærhet til Oslo og at Oslo har hatt noen lokalsykehusfunksjoner for denne befolkningen, herunder

<sup>4</sup> Korrelasjonskoeffisienten mellom drg-forbruk og avstand er -0,52.

#### 4. Mobilitetskomponenten

pediatri. En nærmere analyse (ikke vist her) viser at det er Vestfoldbefolkningen som har relativt lavt faktisk forbruk. For Telemarks del er faktisk og estimert forbruk tilnærmet identisk<sup>5</sup>.

Områdene Østfold, Innlandet og Vestfold/Telemark har et forbruk på i mellom 44-48 korrigerede drg-poeng pr 1000 innbyggere, mens Sørlandet ligger lavere. En forklaring på at Sørlandet ligger lavt, kan være at avstanden til Oslo; vi vet at bruk av lands- og flerregionale funksjoner avtar jo lengre vekk befolkningen bor fra stedet tilbudet gis (Sosial- og helsedirektoratet (2003) og Kaarbøe (2004)). En annen forklaring er at tilbudet på Sørlandet er såpass utbygd at pasientstrømmene til Oslo er begrenset, samt at deler av befolkningen mottar spesialisert behandling på Stavanger Universitetssykehus.<sup>6</sup> Dette indikerer at forbruket på Sørlandet er for lavt til at dette kan brukes som norm på forventet bruk av spesialisert medisin.

Dersom man legger estimert behovskorrigert forbruk til grunn (kolonne 4) er gjennomsnittlig forbruk for sykehusområdene som ligger lengst unna Oslo (Sørlandet og Innlandet) på 40,44 drg-poeng pr 1000 innbyggere.

Den andre typen analyse som prosjektgruppen har gjennomført er å identifisere bruk av spesialisert medisin basert på et utvalg av drg-er hvor en antar at innslaget av spesialisert medisin er høyt når disse drg'ene er registrert på regionsykehusene.<sup>7</sup> Den neste tabellen viser forbruket i disse utvalgte drg-ene (se listen over utvalget drg'er i vedlegg 1).

Område	Drg per 1000 innb.	Forbruk korrigeret for forventet behov
Østfold	44,5	41,6
Ahus	37,0	38,5
Oslo	35,0	38,3
Innlandet	47,1	43,8
Vestre Viken	40,1	41,8
Telemark og Vestfold	43,1	40,4
Sørlandet	42,1	41,4
Gj.snitt Helse Sør-Øst	40,6	40,6

Tabell 13. Forbruk av spesialisert medisin basert på utvalgte drg.

Tabellen viser at forbruket varierer fra om lag 35 (Oslo) til 47 poeng (Innlandet). Gjennomsnittet for Helse Sør-Øst befolkningen er 40,6 korrigerede drg-poeng. En mulig forklaring på forskjellene i forbruk er ulike behov hos befolkningen i de ulike sykehusområdene. Denne forklaringen støttes av en svært høy korrelasjon (Pearsons  $r=0,87$ ) mellom forbruk og behov (målt som antall eldre over 80 år).

Dersom en korrigerer for behovsforskjeller basert på vektene i behovsmodellen viser kolonne 3 at forbruket mellom sykehusområdene varierer mindre (mellom 38 og 44 poeng).

<sup>5</sup> Forventet forbruk er 2% over faktisk forbruk.

<sup>6</sup> Totalt om lag 3 drg-poeng pr 1000 innbyggere, NPR (2007). For hjertebehandling er bruken 0,35 korrigeret drg-poeng pr 1000 innbyggere.

<sup>7</sup> I forhold til den første analysen er dermed utvalget behandlinger mindre, men antall sykehus som behandlingen utføres på flere.

## 4. Mobilitetskomponenten

### 4.4 Pris på abonnementspasienter

Prosjektgruppen har gjennomført en analyse for å få en indikasjon på hvilken pris som bør settes på abonnementspasientene. Utgangspunktet for analysen er at kostnadene til spesialisert medisin ikke fullt ut er kompensert i drg-systemet. Dette følger fordi drg-systemet kompenserer kostnader knyttet til gjennomsnittspasienten i en drg, og fordi det ikke er egne drg-er for all spesialisert medisin.

Ideen i analysen er å sammenligne kostnader på universitetssykehus i Helse Sør-Øst med gjennomsnittskostnadene for alle sykehus i Helse Sør-Øst innen fagområdene: Hjerte/lunge og ortopedi. Disse fagområdene er valgt fordi det ene, ortopedi, ikke har særlig stort innslag av (kostnadskrevende) spesialisert medisin. Hjerte/lunge er derimot fagområder hvor innslaget av spesialisert medisin er relativt høyt.<sup>8</sup> Hvis en antar at graden av effektivitet er konstant mellom disse fagområdene vil de relative kostnadsforskjellene indikere hva merkostnadene knyttet til spesialisert medisin er.

I analysen brukes kostnadsdata fra kostnadsberegningene som ligger til grunn i kostnadsvekstarbeidet. Data er fra 2007. Siden en ønsker å sammenligne kostnader for pasienter som behandles både på lokal/sentral og på universitetssykehusene benyttet kostnadsdata fra drg som utløses på disse sykehusene. Dvs., drg-er som utelukkende utløses på universitetssykehus droppes. Hjerte- og lungetransplantasjoner er eksempler på slike drg.

Analysen viser at pasienter behandlet på universitetssykehusene er 34 % dyrene enn gjennomsnittspasienten i Helse Sør-Øst innen fagområdene hjerte/lunge, mens pasienter behandlet på universitetssykehusene innen ortopedi er 15 % dyrere. Den relative kostnadsforskjellen mellom hjerte/lunge og ortopedi er 19 %-poeng.

Dersom antakelsen om at graden av effektivitet er konstant mellom fagområdene er noenlunde korrekt, at innslaget av spesialisert medisin innen ortopedi er relativt lavt, samt at de utvalgte fagområdene er representative, indikerer analysen en abonnementspris på om lag 120 % av drg-kostnad.

En ulempe med analysen er at ikke alle fagområder er inkludert. De relative kostnadsforskjellene mellom sykehus dersom alle fagområder er inkluderte, finnes i kostnadsindeksen i Samdata. De siste publiserte tallene er fra 2007. Kostnadsindeksen til Rikshospitalet er 1,17. Det vil si at gjennomsnittspasienten på Rikshospitalet er 17 % dyrere enn gjennomsnittspasienten i Norge.<sup>9</sup> Gjennomsnittspasienten i SAMDATA 2007 er 18 % dyrere enn DRG-prisen for samme år. Dette gir at Rikshospitalet har en gjennomsnittskostnad for sine pasienter på ca 120 % i følge SAMDATA-analysene fra 2007. Siden ikke alle pasienter som behandles på Rikshospitalet mottar spesialisert medisin er dette en indikasjon på at kostnader knyttet til spesialisert medisin er høyere 120 % av drg-kostnad. På den annen side er ikke all spesialisert behandling lokalisert ved

---

<sup>8</sup> Resultatene i analysen var ment å bli sammenlignet med tilsvarende tall fra Sverige. Prosjektgruppen har mottatt noe data fra Sverige, men kostnadssammenligningen over landegrensen gav lite indikasjon på hva merkostnaden knyttet til spesialisert medisin er.

<sup>9</sup> Kostnadsindeksen på Ullevål er 1,05.

#### 4. Mobilitetskomponenten

Rikshospitalet, og Ullevål Universitetssykehus har en lavere kostnadsindeks, noe som kan trekke konklusjonen i motsatt retning.

#### **4.5 Beregning av konsekvenser av endringer i gjestepasientoppgjøret**

Beregning av konsekvenser av endringer i gjestepasientoppgjøret er gjort på grunndata fra NPR for pasientbehandling i 2007. Det er kun gjort beregninger knyttet til drg-aktiviteten. Det presiseres at dette er kalkulasjoner på et historisk grunnlag, og at gjestepasientoppgjøret knyttet til 80 % marginalbetaling vil følge den faktiske pasientaktiviteten. Selv om kalkulasjonene gjøres riktig på det tilgjengelige grunnlaget, vil det være skjedd store endringer, både i pasientstrømmer og aktivitetsomfang, innen det beskrevne systemet for gjestepasientoppgjør implementeres fra 2010. Beregningene knyttet til endringer i gjestepasientoppgjøret vil bli gjort når årsdata for 2008 er tilgjengelige fra NPR.

På bakgrunn av gjestepasientoppgjørsmodellen for 2009 er det simulert endringer i kostnader for sykehusområdene på følgende pasientbehandling:

- ✓ For sykehusområdene Akershus, Innlandet, Oslo (ex RH) og Østfold, samt for Vestre Vikens befolkning og sykehus i Asker og Bærum, er det simulert hvilke netto pengestrømmer innføring et internt gjestepasientoppgjør mellom disse vil generere.
- ✓ For sykehusområdene Sørlandet, Vestfold-Telemark og Vestre Viken eksklusive befolkningen og sykehuset i Asker og Bærum, er det simulert hvilke netto pengestrømmer innføring et internt gjestepasientoppgjør mellom disse vil generere.
- ✓ For sykehusområde Oslo og Akershus' bydeler i Oslo, er det simulert hvilke kostnader knyttet til gjestepasientbehandling av pasienter fra disse områdene som vil overføres fra Helse Sør-Øst RHF. Dette dreier seg om oppgjør for behandling i tidligere Helse Sør-foretak. Oslo sykehusområde får ingen økte kostnader som følge av pasientbehandling på Rikshospitalet, da det nå er innenfor eget sykehusområde.
- ✓ For sykehusområde Vestre Viken er det simulert hvilke kostnader/reduerte inntekter som vil følge av inkludering av Jevnaker i sykehusområdets opptaksområde. Det er en tilsvarende kostnadsreduksjon for Innlandet.

#### 4. Mobilitetskomponenten

Tabell 14 gir en oversikt over interne pasientstrømmer for drg-finansierte pasienter bosatt i Helse Sør-Øst i 2007.

drg-poeng	Tilhørighet pasient								
	Tilhørighet behandlende institusjon	Sum beh inst	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Vestfold-Telemark	Vestre Viken s	Vestre viken ø
Akershus	48 380	39 226	2 071	6 037	111	140	149	325	321
Innlandet	75 408	808	73 283	653	63	108	98	250	145
Oslo s	82 113	8 151	6 775	13 648	8 269	18 132	11 297	8 695	7 145
Oslo ø	134 185	8 979	10 841	100 863	1 277	2 355	1 994	2 958	4 918
Sørlandet	55 291	67	39	171	54 124	736	47	57	50
Vestfold-Telemark	81 502	113	93	358	544	79 441	520	103	329
Vestre Viken s	53 173	107	700	309	65	3 281	47 277	1 310	126
Vestre Viken ø	21 984	360	168	1 893	29	171	650	18 437	276
Østfold	43 563	58	40	774	12	43	25	24	42 587
Sunnaas	5 397	717	539	1 431	161	288	410	301	1 550
Andre regioner	6 755	442	1 807	1 128	1 656	563	474	259	428
Privat	31 904	3 948	5 891	6 062	1 190	5 429	2 179	3 052	4 153
Sum	639 656	6 976	102 245	133 327	67 502	110 686	65 120	35 771	62 029

Tabell 14 DRG-strømmer 2007. Kilde NPR. Pasienter fra Oslo uten bydelstilknytning er fordelt på bydeler etter bydelenes andel av befolkningen

I tabellen er Oslo s de institusjoner i sykehusområde Oslo som tilhørte Helse Sør, Oslo ø de institusjoner som tilhørte Helse Øst og tilsvarende for Vestre Viken. Under pasienttilhørighet er Vestre Viken s kommuner i tidligere Helse Sør og Vestre Viken ø kommuner i tidligere Sør.

#### 4. Mobilitetskomponenten

Tabell 15 viser de totale pasientstrømmene mellom sykehusområdene. Tabellen viser at Oslo har netto pasientinnstrømming, mens de andre sykehusområdene har netto pasientutstrømming.

Sykehusområde	Inn	Ut	netto
Akershus	9 155	18 644	(9 489)
Innlandet	2 125	20 726	(18 601)
Oslo	101 786	10 194	91 592
Sørlandet	1 166	10 370	(9 204)
Vestfold-Telemark	2 061	24 965	(22 905)
Vestre Viken	7 484	26 542	(19 057)
Østfold	976	13 311	(12 335)
Sum	124 753	124 753	-

Tabell 15. Pasientstrømmer (korrigerte drg-poeng) i Helse Sør-Øst 2007. Ikke inkludert Sunnaas, andre regioner og private uten opptaksområde.

Kilde. NPR-data 2007.

#### 4.6 Prosjektgruppens vurdering

Det er prosjektgruppens syn at når inntektsfordeling i hovedsak er basert på behovsvariabler ved en befolkning i et gitt område (sykehusområde), så følger det at all behandling ved sykehus utenfor det sykehusområdet pasienten tilhører utløser en økonomisk forpliktelse overfor det sykehusområdet hvor pasienten behandles. I praksis vil det ikke være formålstjenelig å innføre intern fakturering av alle tjenester som foregår mellom sykehusområdene, men at dette i størst mulig grad hensyntas ved at det foretas avregninger i basisrammene, evt. med årlige oppdateringer

Dette vil gjelde:

- ✓ Innlagte pasienter (isf)
- ✓ Polikliniske pasienter (refusjonspoeng)
- ✓ Utførelse, vurdering og analyse av laboratorieprøver og radiologiundersøkelser for pasienter som behandles ved andre foretak/sykehus
- ✓ Evt. annen behandling av pasienter innenfor tjenesteområder som ikke er omfattet av isf-systemet eller andre aktivitetsbaserte finansieringsordninger,

##### 4.6.1 Vurdering av forbruk knyttet til spesialisert medisin

Prosjektgruppen har gjennomført to typer analyser for å fastslå hvor stort forbruk som er knyttet til spesialisert medisin. Begge analysene indikerer et forbruk på om lag 40 korrigerte drg-poeng pr 1 000 innbyggere. Den første analysen bruker avstand til sykehus som tilbyr spesialisert medisin som identifiserende faktor. Disse sykehusene er definert som Rikshospitalet, Ullevål og, Feiringklinikken. Ideen er at de pasientene som bor langt unna disse sykehusene, men får sin behandling der, fortrinnsvis mottar spesialisert medisin. Analysen viser at jo lengre avstand fra disse sykehusene jo lavere forbruk. Analysen indikerer også at faktisk forbruket på Sørlandet er lavere enn hva avstand alene tilsier. En forklaring kan være at lang avstand til Oslosykehusene fører til underforbruk av spesialisert medisin. Denne mekanismen er også dokumentert i Sosial og Helsedirektoratet (2003). Andre forklaringer er at tilbudet på Sørlandet er såpass utbygd at pasientstrømmene til Oslo er



#### 4. Mobilitetskomponenten

begrenset, samt at deler av befolkningen mottar spesialisert behandling på Stavanger Universitetssykehus.

Ser enn vekk fra Sørlandet ligger faktisk forbruk i sykehusområdene på 44-55 korrigerede drg-poeng pr 1 000 innbyggere (Rikshospitalet, Ullevål og Feiringklinikken). Bortsett fra befolkningen i Vestfold fylke er det stor grad av samsvar på faktisk og predikert forbruk.<sup>10</sup>

Dersom en tar utgangspunkt i gjennomsnittlig predikert behovskorrigeret forbruk for sykehusområdene som ligger lengst borte fra Oslo (Sørlandet, Innlandet) indikeres en forbruksnorm for gjennomsnittsinbyggeren i Helse Sør-Øst på 40,44 korrigerede drg-poeng.

Den andre analysen som prosjektgruppen har gjennomført er basert på et utvalg drg hvor innslaget av høytspesialisert medisin er høyt. Det er usikkerhet knyttet til om utvalget av drg eksakt fanger opp forbruk av spesialisert medisin, da en del av disse drg-ene også utløses for behandling på sykehus hvor innslaget av spesialisert medisin er lavt.<sup>11</sup> Dersom en antar at utvalget fanger opp forbruk av spesialisert medisin indikeres en forbruksnorm for gjennomsnittsinbyggeren i Helse Sør-Øst på 40,6 korrigerede drg-poeng pr 1000 innbyggere. Listen over utvalgte DRG'er er vedlegg 1.

Basert på disse analysene anbefaler prosjektgruppen at en forbruksnorm for bruk av spesialisert medisin på 40,5 korrigerede drg-poeng legges til grunn for gjennomsnittsbeboeren i Helse Sør-Øst. Prosjektgruppen vil påpeke at et forbruk for gjennomsnittsbeboeren i Helse Sør-Øst på 40,5 korrigerede drg-poeng pr 1 000 innbyggere er konsistent med en egenproduksjon i sykehusområdene på mellom 80-90 %, jf. tabellen under.

	Forbruk dersom kun normforbruk produserer utenfor egen sykehusområde
Østfold	82%
Ahus	84%
Innlandet	83%
V-Viken	84%
Vest/Tele	85%
Sørlandet	84%

Tabell 16. %-andel egenproduksjon av DRG-poeng i sykehusområdene når kun normforbruk produseres utenfor egen sykehusområde

Kilde: NPR-data 2007

Dette normforbruket er ment å dekke alt forbruk av spesialisert medisin. Mesteparten av dette forbruket utløses i Oslo sykehusområde, men noe utløses på Feiringklinikken, på Sørlandet Sykehus HF, på Stavanger Universitetssykehus HF, og på St. Olav Hospital. Den neste tabellen viser hvor stor del av normforbruket som er knyttet til Oslo sykehusområde.

<sup>10</sup> For Vestfold sin del er predikert forbruk høyere enn faktisk forbruk (51 vs 44 poeng).

<sup>11</sup> Dette impliserer at denne analysen vil vise et høyere forbruk enn hva som er knyttet til spesialisert medisin, særlig i sykehusområder med en høy grad av egenproduksjon.

#### 4. Mobilitetskomponenten

	Behovsjuster forbruksnorm	Hjerte Feiring	Hjerte Arendal	Hjerte Stavanger	Hjerte St. Olav	Til Oslo sykehusområde
Østfold	43,41	5,33				38,08
Ahus	36,95	2,03				34,92
Oslo	36,73	0,30				36,42
Innlandet	45,24	4,68			0,25	40,31
V-Viken	39,02	0,54				38,48
Vest/Tele	43,48	1,21				42,27
Sørlandet	41,18	1,71	1,45	0,35		37,67

Tabell 17. Fordeling av forbruksnorm spesialisert medisin  
Kilde. NPR 2007

Dersom sykehusområder er tildelt eller tildeles spesialiserte funksjoner anbefaler prosjektgruppa å etablere tilsvarende abonnementsordninger. Helse Sør-Øst RHF bør gjøre en gjennomgang hvilke funksjoner som p.t. bør trekkes fra sykehusområdenes bruk spesialisert behandling i Oslo.

Mindretallsmerknad fra Oslo Universitetssykehus og Sykehuset i Vestfold: Det bør gjøres et kvalitetssikringsarbeid av fagdirektørene der de tar for seg forbruket av spesialiserte tjenester opp mot vedtakene i Hovedstadsprosessen og arbeidet i dialogkonferansene.

#### 4.6.2 Vurdering av pris på abonnementspasienter

Siden spesialisert tjenester er kostnadskrevenne, anbefaler prosjektgruppen at forbruket knyttet til spesialisert medisin (abonnementspasienter) betales med en høy gjestepasientpris.

Prosjektgruppen har gjort en vurdering av hvilken pris som skal settes på abonnementspasientene. Denne vurderingen er basert både på kostnadsanalysen prosjektgruppen har fått gjennomført og på kostnadsindeksen fra Samdata. Begge disse analysene indikerer at spesialisert medisin koster om lag 120 % av drg-kostnaden. Prosjektgruppen vil påpeke at kostnadsanalysen er gjennomført på et lite utvalg, slik at prosjektgruppen støtter seg i hovedsak til kostnadsindeksen fra Samdata.

Et flertall i prosjektgruppen vil påpeke at ingen av analysene kan dekomponere hvorfor spesialisert medisin koster mer. Prosjektgruppen vet dermed ikke hvor stor del av de høyere kostnadene som følger av at spesialisert behandling koster mer, eller om universitetssykehusene tilbyr en annen kvalitet og/eller har en annen effektivitet sammenlignet med andre sykehus. Når det er sagt har prosjektgruppen liten grunn til å tro at effektivitetsforskjeller er systematisk forskjellig mellom avdelinger på ulike typer sykehus. På denne bakgrunn velger flertallet i prosjektgruppen å anbefale en pris på abonnementspasienter på 120 % av drg-kostnad.

Den del av kostnadene knyttet til dette forbruket som overstiger den alminnelige satsen for gjestepasientoppgjør på 80 % av drg-kostnad, foreslås gjort som en fast korrigering i det enkelte sykehusområdes basisramme, med årlig justering.

Et mindretall av prosjektgruppens medlemmer (representanter fra Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus AS og Diakonhjemmet Sykehus AS) mener at det store spennet mellom foreslått sats på 120 pst av DRG og de foreløpige resultatene i beregninger gjennomført

#### 4. Mobilitetskomponenten

av OUS tilsier at det er behov for å gjøre en ny vurdering av satsen i den forutsatte abonnementsordningen for spesialiserte tjenester. Det henvises til vedlegg 2 for en nærmere presisering av mindretallets merknad.

##### **4.6.3 Prosjektgruppens vurdering av pris på andre opphold enn spesialiserte**

Prosjektgruppen har også vurdert hvilken pris som skal betales mellom sykehusområder for pasienter som ikke mottar spesialisert behandling. I dag blir disse pasientene i hovedsak finansiert med 80 % av isf-pris. Dette er også prisen som for tiden er gjeldene for pasienter som mottar sin behandling i en annen helseregion enn der de bor.

Prosjektgruppen vil påpeke at valg av pris på denne delen av gjestepasientoppgjøret må avveie følgende forhold. På den ene side vil en høy pris kunne stimulere til oppbygging av kapasitet på noen fagområder (eksempelvis enklere ortopedi). Siden pasienter har mulighet til fritt sykehusvalg vil pasienter fra andre sykehusområder/helseforetak ønske å benytte seg av denne ekstra kapasiteten. Dette vil kunne gi en ekstra utfordring i forhold til aktivitetsstyring. På den andre side vil en lav pris redusere insentivet til å utnytte ledig kapasitet og gir dermed økt risiko for lengre ventetider/ventelister. Innen funksjoner der det legges til grunn at et sykehusområde skal dekke mer enn eget opptaksområde (flerområde-funksjoner) vil dette forutsette pasientmobilitet. Det er viktig å avveie hvordan man sikrer tilstrekkelig finansiering i slike tilfeller, hvor det kan være aktuelt å tenke at finansieringen også bør dekke deler av de faste kostnadene.

Ideelt sett kan gjestepasientoppgjøret håndteres med et sett av priser, hvor prisene er justert opp i forhold til marginal- eller gjennomsnittskostnadene der hvor en ønsker å stimulere til pasientmobilitet. Tilsvarende kan prisene justeres ned (relativt til marginal- eller gjennomsnittskostnader) der hvor en ikke ønsker å stimulere til pasientmobilitet. Man kan for eksempel ha ulike priser på ø-hjelpsbehandling og elektiv behandling, man kan skille pris mellom rettighetspasienter/prioriterte pasienter og pasienter med rett til annen helsehjelp, eller man kan sette ulike priser på ulike fagområder. Det bør også tas med i vurderingen at en del behandlinger foregår etter avtale med private aktører til priser som ligger under 80% av isf-pris.

Det er prosjektgruppens syn at et finmasket system av priser er et godt virkemiddelsystem til å håndtere det faktum at gjestepasienter er en heterogen gruppe, med både ønsket og mindre ønskede pasientmobilitet. På den annen side vil prosjektgruppen påpeke at det å lage et finmasket gjestepasientoppgjør er utfordrende og vil medføre administrasjonskostnader. Prosjektgruppen vil derfor ikke anbefale at man utvikler et mer finmasket prissystem.

Prosjektgruppen ber heller Helse Sør-Øst velge pris ut fra en strategisk vurdering som inkluderer de avveininger som prosjektgruppen har påpekt.

Prosjektgruppen vil til slutt påpeke at flyttingen av poliklinikk til isf-ordningen vil påvirke gjestepasientbetalingene mellom sykehusområdene. Siden denne overflytting ble gjennomført i 2008-09 foreligger det ikke data som indikerer hvordan gjestepasientbetalingene vil endres. Prosjektgruppen foreslår at Helse Sør-Øst gjennomfører simuleringer av hvordan gjestepasientoppgjøret påvirkes når data fra de to første kvartalene i 2009 foreligger.

## 5 Kobling mot strategi

I mandatet til prosjektgruppen står det at

*”Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte de vedtatte strategier og helsepolitiske målsom gjelder for Helse Sør-Øst. Spesielt skal modellen understøtte målet om likeverdige helsetjenester og vedtatt funksjonsfordeling. Samtidig skal modellen gi insitamenter til effektiv drift og bidra til at faktisk forbruk konvergerer mot forventet behov.”*

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

Prosjektgruppen har valgt å fokusere på følgende forhold:

1. At faktisk forbruk skal konvergerer mod forventet behov
2. RNB 2008 og vedtak i styresak 108-08 ”Lokale forhold skal vektlegges ved utforming av akutt med. beh. kjeder”
3. Insitamenter til effektiv drift
4. Andel egenproduksjon mellom 80 % og 90 %
5. Insitamenter til kvalitet i behandlingen

Forhold nr 2, 3, 4 er utdypet under respektive kapitler tidligere i rapporten og omtales derfor ikke videre i dette kapitlet.

### **5.1 Faktisk forbruk konvergerer mot forventet behov**

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

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

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

Tabellen under viser forholdet mellom faktisk forbruk og forventet behov i sykehusområdene. Fra tabellen ser vi at særlig Vestfold-Telemark og Vestre Viken, og i mindre grad Akershus har et faktisk forbruk som overstiger forventet behov, mens sykehusområdene Østfold og Innlandet har et forbruk som ligger betydelig under forventet behov. Sørlandet og Oslo har et forbruk marginalt under forventet behov.

## 5. Kobling mot strategi

SO	Sum drg-poeng	Drg pr 1000 innb	Forbruksindeks	Behovsindeks	Forbruk vs behov
Akershus	71 831	250	0,94	0,91	0,03
Innlandet	111 217	290	1,07	1,12	-0,05
Oslo	150 964	240	0,90	0,91	0,00
Sørlandet	74 046	270	1,00	1,02	-0,01
Vestf.-Telemark	120 038	310	1,13	1,07	0,05
Vestre Viken	114 675	270	1,01	0,96	0,05
Østfold	70 568	270	0,98	1,07	-0,09
Sum/gj.sn	713 339	270			

Tabell 18. Totale drg-poeng (NPR, avtalespesialister og privat rehab.). Data fra 2007.

Kilde: NPR, SSB og NAV

### 5.1.1 Prosjektgruppens vurdering

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

Nå er det ikke helt uproblematisk å fastslå hva som er faktisk forbruk, blant annet fordi ulik kodepraksis på sykehusnivå vil påvirke hva som beregnes som faktisk forbruk/aktivitet. Eksempelvis vil sykehus som er mer nøye med å kode bidiagnoser framstå med høyere aktivitet/forbruk enn sykehus som ikke koder bidiagnoser på tilsvarende pasienter.

Prosjektgruppen er kjent med at det eksisterer ulik kodepraksis mellom sykehus, og at dette vil påvirke forbruksmålene. Sykehusområdenes forbruk av helsetjenester kan med andre ord framstå som ulikt i datagrunnlaget, selv om faktisk forbruk er det samme. Prosjektgruppen har imidlertid ikke grunnlag for å vurdere i hvilken grad forbruksvariasjoner mellom sykehusområder skyldes ulik kodepraksis og faktiske forbruksforskjeller, og legger derfor til grunn at den aktivitet som er godkjent av Avregningsutvalget for isf-ordningen representerer reell aktivitet. Prosjektgruppen vil også påpeke at selv om sykehus kan ha ulik kodepraksis, så vil beregning av forbruk/aktivitet på såpass store enheter som sykehusområder bidra til å redusere effekten av eventuelle avvikende kodepraksis ved enkelte sykehus.

Et flertall av prosjektgruppen foreslår at det legges et slingringsmonn på  $\pm 2\%$ . Dvs. at et for høyt (lavt) forbruk oppstår dersom faktisk produksjon er på minst 102 % (høyst 98 %) av gjennomsnittsforbruket i Helse Sør-Øst.

Representantene fra Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken mener at det foreslås et ”slingringsmonn” som er for lavt gitt dagens kunnskap. Nivået bør ligge på  $\pm 3-4\%$  fordi selv de best tilgjengelige data og beregningsmetoder både for aktivitet og behov er beheftet med varierende grader av usikkerhet. Det henvises til vedlegg 2 for en nærmere presisering av mindretallets merknad.

## 5. Kobling mot strategi

Prosjektgruppen har også diskutert om avkortning i inntekter til sykehusområder med for høyt forbruk skal knyttes til de aktivitetsavhengige inntektene og/eller til basisrammen. Dersom avkortningen knyttet til de aktivitetsavhengige inntektene vil det i praksis innebære at sykehusområder får et aktivitetskrav (målt i antall drg-poeng), og at aktivitet utover dette nivået ikke utløser isf-inntekter. Ulempen med å knytte avkortningen til de aktivitetsavhengige inntektene er at det påfører Helse Sør-Øst en økonomisk risiko. Dette følger fordi insitamentet til å øke aktiviteten blir redusert, samt at det i praksis ikke er lett å styre aktiviteten helt eksakt mot det tildelte aktivitetsnivået. En avkortning i aktivitetsavhengig inntekter vil også kunne redusere insitamentene til å produsere helsetjenester til en lavest mulig kostnad (for gitt kvalitet), jf diskusjonen under.

Prosjektgruppen foreslår derfor at avkortning av inntekter ikke knyttet til de aktivitetsavhengige inntektene. Prosjektgruppen vil påpeke at dette impliserer at sykehusområder som har for høyt forbruk mottar kompensasjon tilsvarende isf-inntektene.

Prosjektgruppen har også diskutert om avkortning i inntektene for sykehusområder med for høyt forbruk vil kunne bryte med prinsippet om å gi insitamenter til effektiv drift. Prosjektgruppen vil påpeke at den med effektiv drift mener at modellen bidrar til både en høy grad av måloppnåelse, samt at modellen bidrar til at helsetjenester produseres til lavest mulig kostnad (for en gitt kvalitet).

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

Prosjektgruppen har også diskutert om avkortningen vil bidra til at helsetjenester produseres til lavest mulig kostnad (for en gitt kvalitet). Prosjektgruppen vil påpeke at den avkortningen som gjøres ikke er knyttet til de aktivitetsavhengige inntektene, men til basisrammen. Det betyr at på marginen vil sykehusområdene få den samme betalingen både med og uten avkortningen som foreslås. Dette impliserer at insitamentet til å drive effektivt, for å utløse mer aktivitetsavhengig midler, er uforandret. Den foreslåtte avkortningen skal dermed ikke påvirke insitamentet til å produsere helsetjenester til lavest mulig kostnad (for en gitt kvalitet).

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

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

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

Den neste tabellen viser effekten av prosjektgruppens forslag

## 5. Kobling mot strategi

Sykehusområde	Forbruk vs. behov	Kobling faktisk forbruk vs. forventet behov
Akershus	0,03	22 747
Innlandet	-0,05	37 974
Oslo	0,00	49 429
Sørlandet	-0,01	24 415
Vestfold-Telemark	0,05	(133 213)
Vestre Viken	0,05	(26 399)
Østfold	-0,09	25 048
Sum		-

Tabell 19. Effekt av avkortning for sykehusområder med faktisk forbruk større enn forventet behov

Prosjektgruppen vil presisere at forbrukstallene er basert på det sist tilgjengelige datagrunnlaget fra Norsk Pasientregister (2007-data). Pasientdata fra 2008 vil bli tilgjengelig i løpet av mai 2008. Prosjektgruppen vil påpeke at forbrukstallene må oppdateres med 2008-tall, og at eventuelle endringer i forholdet mellom forbruk og behov inkorporeres i modellen.

### **5.2 Insitamenter til god kvalitet i pasientbehandlingen**

Det er en økende interesse for, men generelt liten erfaring med bruk av finansieringsordninger som belønner god kvalitet. I USA er det en stor aktivitet på måling av kvalitet og det har ført til utviklingen av flere sett med kvalitetsmål (HEDIS, CAPS, CONQUEST, AHRQI, m.m.) som er i bruk i dag. For eksempel gir Medicare (USA) en bonus til sykehus som skårer bedre enn gjennomsnittet på målbare kvalitetsindikatorer<sup>12</sup> Rosenthal med flere (2004) gir en oversikt over hvordan sykehuseiere bruker økonomiske insitamenter for å belønne kvalitet.

Det er prosjektgruppens syn at også økonomiske insitamenter bør kunne brukes som et virkemiddel til å forsterke fokus på kvalitet og for å oppveie at finansieringssystemet kan dra i retning av mindre fokus på god kvalitet. Prosjektgruppen foreslår imidlertid ikke konkrete mekanismer for dette. En grunn til dette er at det er gjennomført få studier som kan påvise en positiv kvalitetsgevinst. Dersom en ønsker å bruke økonomiske insitamenter for å belønne god kvalitet anbefaler prosjektgruppen at Helse Sør-Øst prøve slike mekanismer på en avgrenset del virksomheten for at en kan evaluere om virkemiddelet hadde ønsket effekt.

<sup>12</sup> To av kvalitetsindikatorene som brukes er screeningrater livmorhalskreft, hemoglobintester av diabetespasienter.

## 6 Sammenligningsgrunnlag

Sammenligningsgrunnlaget tar utgangspunkt i basisramme til somatikk (isf-virksomhet og annen somatikk) slik de framstår i driftsavtalene i 2009 pr helseforetak og privat sykehus. Fra dette trekkes ut inntekter knyttet til:

- ✓ Økning i pensjonskostnader som bevilget i 2009
- ✓ Prehospitale tjenester (pasienttransport, ambulanse- og AMK-drift)
- ✓ Behandlingshjelpemidler
- ✓ Ulike engangsbevilgninger for 2009 (totalt ca 50 mill)
- ✓ En del diverse inntektsposter for helseforetakene. Disse diversepostene kjennetegnes hovedsakelig ved at de ikke inngår i isf, og at helseforetakene som yter tjenestene gjør dette for en større del av regionen enn eget opptaksområde
- ✓ Kompensasjon gitt for overgang til ett institusjonsnummer

Midler trukket i rammen til helseforetakene i tidligere Helse Sør og overført til basisramme for Sykehuspartner, legges inn i modellen.

Sammenligningsgrunnlag konstrueres deretter for sykehusområdene gjennom summering av grunnlag pr helseforetak og private sykehus der dette er aktuelt. For Blefjell Sykehus HF deles dette mellom Vestre Viken og Vestfold-Telemark med 50 % til hvert sykehusområde. Til formålet sammenligning og beregning av konsekvenser av modellen er sykehusområdene dermed satt sammen som følger:

Sykehusområde	Helseforetak/private sykehus
Akershus	Akershus Universitetssykehus HF
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF
Oslo	Rikshospitalet HF, Ullevål Universitetssykehus HF, Aker Universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, Diakonhjemmet Sykehus AS
Sørlandet	Sørlandet Sykehus HF
Vestfold-Telemark	Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Blefjell Sykehus HF (50%)
Vestre Viken	Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset Asker og Bærum HF, Ringerike Sykehus HF, Blefjell Sykehus HF (50%)
Østfold	Sykehuset Østfold HF

Tabell 20. Sykehusområder

Det er for sammenligningene i prosjektet ikke tatt inn hvordan omorganiseringen av Spesial-sykehuset for Rehabilitering og Sunnaas Sykehus HF vil slå ut for sykehusområdene.

- ✓ Det legges inn 180 millioner kroner til gjestepasientkostnader for Oslo-pasienter som i 2009 er håndtert sentralt hos Helse Sør-Øst RHF. For sammenligning fordeles denne inntekten med 90 % til Oslo og 10 % til Akershus, etter deres andel av totalbefolkningen i Oslo.



## 6. Sammenligningsgrunnlag

I alt er sammenligningsgrunnlaget bygget opp vist i de to nedenstående tabellene.

Helseforetak/Sykehus	Korrigert basisramme somatikk	Opprinnelig basisramme somatikk i DA 2009	Sum korrigeringer
Akershus universitetssykehus HF	1 490 640	1 624 538	133 898
Bleifjell Sykehus HF	404 766	432 452	27 686
Oslo universitetssykehus HF	4 933 074	6 906 651	1 973 577
Ringerike Sykehus HF	280 903	311 386	30 483
Sykehuset Asker og Bærum HF	785 649	837 383	51 734
Sykehuset Buskerud HF	817 396	1 141 467	324 071
Sykehuset i Vestfold HF	1 079 506	1 235 219	155 713
Sykehuset Innlandet HF	2 012 443	2 674 874	662 431
Sykehuset Telemark HF	732 710	1 099 625	366 915
Sykehuset Østfold HF	1 433 238	1 738 394	305 156
Sørlandet Sykehus HF	1 370 210	1 745 418	375 208
Diakonhjemmet Sykehus AS	458 975	496 948	37 973
Lovisenberg diakonale sykehus AS	300 668	336 558	35 890
Sum	16 100 178	20 580 914	4 480 735

Tabell 21. Sammenligningsgrunnlag pr HF/sykehus. I 1000 kr.

Summert til sykehusområder blir sammenligningsgrunnlaget som vist under:

Sykehusområde	Korrigert basisramme somatikk 2009 (sml.grl.)	GP Oslo som håndteres sentralt i 2009
Akershus	1 508 491	17 851
Innlandet	2 012 443	
Oslo	5 854 866	162 149
Sørlandet	1 370 210	
Vestfold-Telemark	2 014 600	
Vestre Viken	2 086 331	
Østfold	1 433 238	
Sum	16 280 178	180 000

Tabell 22. Sammenligningsgrunnlaget på sykehusområdenivå. 1000 kr.

Tabell 22 viser at beløpet som fordeles til basisramme somatikk er i underkant av 16,3 mrd. kroner. Dette skal i prinsippet tilsvare basisfinansieringen av den somatiske pasientbehandlingen i de helseforetakene og sykehusene som omfattes av modellen, dvs hovedsakelig 60% ISF- finansiering og refusjoner fra NAV. Disse 60 % - ene utgjør ca. 16,3 mrd kroner. I tillegg skal basisramme til somatisk virksomhet slik det ligger i driftsavtalene også omfatte:

- ✓ Rehabilitering, LMS, mv
- ✓ Basisfinansiering av laboratorie- og radiologivirksomhet
- ✓ Kompensasjon for økte pensjonskostnader fra 2007
- ✓ Videreføring av tidligere Regionsykehusstilskudd.
- ✓ Diverse tilskudd til ”struktur” som ble gitt i begge de to tidligere helseregionene

# 7 Omfordelingsvirkninger og implementering

I dette kapitlet presenteres omfordelingsvirkningen av den foreslåtte inntektsfordelingsmodellen og noen mulige strategier for implementering av modellen. Forutsetningen som modellen bygger på er presentert i de foregående kapitlene. I disse kapitlene er også datagrunnlaget analysene bygger på, samt usikkerhet rundt forutsetningene og analyser, presentert.

Prosjektgruppen vil anbefale å starte implementering av den foreslåtte modellen fra 2010, selv om det knytter seg usikkerhet til enkelte av beregningene som ligger til grunn for modellen. Til tross for usikkerhetene er det bred enighet om at modellen som nå foreslås uansett vil representere en forbedring i forhold til det inntektsfordelingssystemet Helse Sør-Øst RHF har pr i dag. Usikkerhetene rundt modellelementene er behandlet under de ulike kapitlene tidligere i rapporten. Det er også viktig å påpeke at beregningene av omfordelingsvirkninger har mange forutsetninger, og vil endre seg når beregningene kan gjøres på oppdatert datasett bl.a. aktivitet og når grunndata som befolkningstall og lignende oppdateres.

## 7.1 Omfordelingsvirkninger av modellen

Omfordelingsvirkningene presenteres i den neste tabellen. Fra tabellen ser vi at Akershus og Oslo er de to sykehusområdene som får reduserte bevilgninger i modellen. I prosent av dagens bevilgning utgjør omfordelingsvirkningene om lag 7,5 % (6,3 %) for Akershus (Oslo). Tabellen viser også at Innlandet og Sørlandet er de sykehusområdene som får den største inntektsøkningen. For begge sykehusområdene er økningen om lag 10 %.

Sykehusområde	Total konsekvens modell	Kobling mot forbruk	Før kobling for forbruks-utjevning	Endring GP	Sml gr.lag
Akershus	(112 920)	22 747	(135 667)	(41 411)	1 508 491
Innlandet	202 657	37 974	164 683	(140 726)	2 012 443
Oslo	(366 835)	49 429	(416 264)	247 575	5 854 866
Sørlandet	140 737	24 415	116 322	2 449	1 370 210
Vestfold-Telemark	37 252	(133 213)	170 464	(41 488)	2 014 600
Vestre Viken	35 583	(26 399)	61 982	9 426	2 086 331
Østfold	32 401	25 048	7 353	(66 951)	1 433 238

Tabell 23. Omfordelingsvirkninger. Tall i 1000 kr.

## 7.2 Prosjektgruppens vurdering av implementering

Prosjektgruppens har diskutert ulike måter å implementere inntektsmodellen. I diskusjonen har prosjektgruppen valgt å skille mellom det at modellen innføres, og de økonomiske effektene av modellen. Med *å innføre modellen* mener prosjektgruppen at alle delene av modellen (behovs-, kostnads- og mobilitetskomponent, samt mekanismer som sikrer at modellen understøtter viktige målsetninger for Helse Sør-Øst RHF) innføres fullt ut. Med *de økonomiske effektene* av modellen mener prosjektgruppen omfordelingsvirkningene modellen gir. Disse kan påvirkes gjennom å trekke ut et beløp fra modellfordelingen og i stedet fordele dette skjønnsmessig, eller etter andre kriterier.

## 7. Omfordelingsvirkninger og implementering

Det er prosjektgruppens syn at modellen fullt ut bør innføres i løpet av 2010. Prosjektgruppens mener at dette vil bidra til forutsigbarhet, det gir gode og ønskede insentivvirkninger fra første dag, samt at metoden er enkel å gjennomføre i praksis. Prosjektgruppen mener videre at de økonomiske effektene av modellen skal innføres i løpet av tre år. Dette er knyttet til at omfordelingsvirkningene er relativt store slik at sykehusområdene (Oslo og Akershus) vil trenge tid til å tilpasse seg de bevilgninger som modellen foreskriver. I praksis betyr dette av deler av rammen til basis somatikk fordeles utenfor modellen for å dempe omfordelingseffektene modellen gir i perioden 2010-12.

Et flertall av prosjektgruppen mener videre at de økonomiske effektene inntektsmodellen gir ikke skal fordeles jevnt over disse tre årene. Dette er knyttet til flere forhold. For det første viser modellen at Oslo og Akershus sykehusområde skal få redusert sin bevilgning. For disse to sykehusområdene vil det bli gjennomført endringer i opptaksområdene i og med at om lag 1/4-del av Oslobefolkningen flyttes til Akershus sykehusområde fra 2011. Denne flyttingen vil medføre at Akershus får økte bevilgninger (og kostnader), uavhengig av inntektsmodellen. Det virker lite hensiktsmessig å redusere Akershus sin bevilgning i 2010 for å så øke den igjen i 2011. I tillegg vanskeliggjøres endringen i opptaksområdet omstillingen Oslo må gjennomføre. Dette følger fordi muligheten til å tilpasse seg det nye opptaksområde forsinkes så lenge Oslo er ansvarlig for befolkningen som skal overflyttes.

For det andre har prosjektgruppen uttrykt usikkerhet rundt om behovskriteriene fra Magnussen-utvalget fanger opp behov for spesialisthelsetjenester i Oslo på en god måte. Prosjektgruppen har anbefalt at det gjennomføres nye behovsanalyser på befolkningsgrunnlaget i Helse Sør-Øst når data fra norsk pasientregister blir personidentifiserbare. Prosjektgruppen har antydnet at slike analyser vil kunne foreligge i løpet av 2010. En forsiktig implementering av de økonomiske effektene av modellen reduserer risikoen for at omfordelingseffektene må reverseres.

For det tredje er Oslo sykehusområde nå midt opp i Hovedstadsprosessen. Et av målene med denne prosessen er å oppnå en bedre samordning av helsetjenestene i Oslo. Hovedstadsprosessen er en stor og krevende prosess som inkluderer både fusjon av helseforetak og samordning med private (ideelle) aktører med egne opptaksområder. Det at man må forvente at alle effektene av Hovedstadsprosessen ikke materialiseres med en gang er et selvstendig argument for en gradvis implementering av modellen.

Flertallet av prosjektgruppen mener videre at dersom omfordelingsvirkninger ikke fordeles (prosentvis) likt mellom sykehusområder, skal det sykehusområdet som har det største negative forbruksavviket fra forventet behov være det sykehusområdet som skal få størst positiv omfordelingseffekt i 2010. Dette er i samsvar med målsetningen om likeverdighet.

Et flertall av prosjektgruppen velger å illustrere en måte å implementere omfordelingseffektene på. I eksempelet er det lagt til grunn av 20 % av omfordelingen tas i 2010, og 40 % i 2011 og 2012, men at for Akershus sin del holdes bevilgning i 2010 på 2009-nivå. I praksis betyr dette at omfordelingen i 2010 er mindre enn 20 %. Den neste tabellen illustrerer omfordelingsvirkningene av denne måten å implementere modellen.

## 7. Omfordelingsvirkninger og implementering

Sykehusområde	2010	2011	2012	Sum
Akershus	-	(56)	(56)	(113)
Innlandet	19	92	92	203
Oslo	(73)	(147)	(147)	(367)
Sørlandet	13	64	64	141
Vestfold-Telemark	4	17	17	37
Vestre Viken	3	16	16	36
Østfold	3	15	15	32

Tabell 25. Omfordelingsvirkninger. Eksempel på implementering av modell. Mill kr.

Et mindretall (representantene fra Sørlandet sykehus) mener primært at omfordelingene finansielt bør skje i sin helhet alt i 2010, dog slik at enkelte HF får krav til å levere positive resultater i budsjett, mens andre kan få godkjent negative budsjetter.

Sekundert mener disse representantene at implementering av ny inntektsmodell må skje over maksimum 3 år, hvor minimum 1/3, helst en større andel, blir implementert allerede i 2010. Dette sett i lys av at retningen en ny modell ville få allerede var tydelig høsten 2008, og blir klar såpass tidlig i 2009 at implementering for budsjettet 2010 kan startes allerede nå, og dermed gi betydelig effekt allerede i 2010.

## 8 Andre delområder som kan inkluderes i en inntektsmodell for Helse Sør-Øst

I prosjektgruppens mandat står følgende:

*”Prosjektgruppen skal vurdere forutsetningene for å utvide modellen til å gjelde andre delområder enn isf-finansiert somatikk og andre områder enn det somatiske, og komme med forslag til områder det eventuelt bør arbeides videre med å inkludere i en inntektsmodell for Helse Sør-Øst.”*

I dette kapitlet diskuterer prosjektgruppen andre områder som kan implementeres. Først diskuterer områder som er knyttet til somatikk. Deretter diskuterer områdene kapital, psykisk helsevern prehospitaltjenester og tverrfaglig spesialisert behandling.

### 8.1 Rehabilitering/habilitering

Rehabilitering drives på alle nivåer i helseforetakene, ved spesialiserte sykehus eiet av helseforetakene (særlig Sunnaas og SSR) og ved private institusjoner med avtale med helseregionen. Finansieringen på ulike nivåer er svært forskjellig, men kan deles i 3 hoveddeler:

1. isf-finansiert virksomhet i helseforetakene, enten som isf-opphold eller konsultasjon som gir refusjonspoeng.
2. Ren rammefinansiert aktivitet i helseforetakene.
3. Rammefinansiering av private institusjoner gjennom avtaler med sterke føringer fra Staten.

Basisramme til den rehabiliteringsaktiviteten som foregår i helseforetakene vil være naturlig med i fordelingen gjennom inntektsmodellen. Det er en følge av at foreslås å ta utgangspunkt i helseforetakenes driftsavtaler, og at ingen deler av finansiering av rehabilitering trekkes ut. Midler som benyttes til avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner er lett identifiserbare, og kan også inkluderes i modellen, men det er ikke gjort som en del av dette prosjektet. Dersom en velger å inkludere privat rehabilitering vil man påføre sykehusområdet en økonomisk risiko knyttet til henvisninger fra primærhelsetjenesten.

Habiliteringstjeneste er spesialiserte tjenester med formål å gjøre personer med spesielle handikap i stand til å fungere mest mulig selvstendig og leve et mest mulig fullverdig og ”normalt” liv. Tjenesten drives i stor grad adskilt fra øvrig somatisk aktivitet og er i svært liten grad finansiert gjennom isf. I den tidligere HF-strukturen har det heller ikke vært drevet habiliteringstjeneste i alle HF, men i den nye sykehusområdestrukturen skal habiliteringstjenester i all vesentlig grad være tilgjengelig i alle sykehusområder.

Det synes å være liten grunn til å anta at behovet for habiliteringstjenester vil avvike sterkt fra annet beregnet behov for somatiske spesialisthelsetjenester. Finansiering av habiliteringstjeneste burde således kunne gjøres gjennom denne inntektsmodellen. Habiliteringstjeneste er også en relativt liten del av de totale midler som fordeles (ca 2,5 %), som betyr at et avvik i behov innenfor dette området i forhold til behovskomponenten vil gi lite utslag på totale fordelte midler.

## **8.2 Private avtalespesialister**

Private avtalespesialister har sin avtale med det regionale helseforetaket og får sin betaling derfra. Imidlertid vil sammensetning og antall private spesialister variere mellom sykehusområder og særlig Oslo-område har mange spesialister som også brukes i vesentlig grad av pasienter fra andre sykehusområder.

Private avtalespesialisten tilbyr et sammensatt spekter av somatiske spesialisthelsetjenester og behov for slike tjenester skal ikke avvike fra det generelt beregnede behov for somatiske spesialisthelsetjenester. De midler som benyttes til avtaler med private spesialister bør derfor kunne fordeles i sin helhet etter inntektsmodellens kriterier, for deretter å trekkes inn fra helseforetakene til Helse Sør-Øst RHF basert på siste års forbruk av tjenestene.

## **8.3 Avtaler med private laboratorier og røntgeninstitusjoner i HSØ.**

Helse Sør-Øst RHF har i 2009 avtaler med private laboratorier og røntgeninstitusjoner innenfor et økonomisk volum på 368 mill. kroner per år. Av dette er 165,6 mill. kroner relatert til private laboratorier og 202,4 mill. kroner til private røntgeninstitusjoner. Nåværende avtaler innenfor laboratorie og radiologi er inndelt mot de tidligere sør og øst regionene. For øst regionen er avtalene forlenget frem til og med 31.12.2010, mens for sør regionen er det våren 2009 utlyst ny anbudskonkurranse. Sistnevnte skal bl.a. synkronisere avtaleperioden med tidligere øst regionen. Helse Sør-Øst RHF vil deretter lyse ut ny konkurranse for hele regionen, både innen laboratorie og radiologi, med virkning fra om med 1.1.2011.

### *Registrering av data – kobling mot forbruk.*

Analysér/undersøkelser som er utført av private institusjoner innenfor avtale med Helse Sør-Øst RHF er koblet mot felles nasjonalt kode- og takstsystem for pol.kl. lab.- og røntgenvirksomhet (NORAKO/POLK). Registreringer av data innenfor nevnte systemer gir private institusjoner grunnlag for refusjonsutbetalinger fra NAV, og RHFet grunnlag for å gjøre utbetaling innenfor avtale. Uttrekk av data registrert i NAV(NPR) gir dermed informasjon om utførte analyser/undersøkelser samt refusjonsutbetaling fra NAV. Ettersom prisbetingelser fastsatt i øst regionens avtaler ikke er tilknyttet refusjonsutbetalinger fra NAV medfører dette at uttrekk av data gir et svakt grunnlag for å koble forbruk i avtaler mot bostedstilhørighet (sykehusområde).

I avtaler med RHF rapporterer private institusjoner sine tjenesteleveranser (volum - pris) i fht. pasientenes bostedstilhørighet (kommune). Rapportering ivaretas gjennom fakturavedlegg i øst regionen og gjennom oppgjørsordning for avtaler i sør regionen (GOPP). Fom 1.9.2009 søker RHFet å innhente rapporter om pasientenes bostedstilhørighet spesifisert per bydelsnivå for Oslo fra alle private lab./røntg.institusjoner som har avtale med RHF.

Innenfor nåværende avtaler med Helse Sør-Øst RHF medfører dette at forbruket av private lab.-/røntg.tjenester kan spesifiseres med hensyn til pasientenes bostedskommune. For Oslo må det inntil det foreligger data om bydelstilhørighet gjøres en skjønnsmessig fordeling av forbruk per bydel

#### **8.4 Psykisk helsevern, spesialisert rusbehandling, prehosp tj og kapital**

Helse Sør-Øst RHF har som målsetting å utvikle en inntektsfordelingsmodell som omfatter alle tjenester, dvs. også for psykisk helsevern, spesialisert rusbehandling, prehospitale tjenester og kapital. Et hovedproblem for flere av disse tjenestene er at datagrunnlaget er dårlig utviklet. Prosjektgruppen foreslår derfor at det gjennomføres fire forprosjekter for å avklare om det kan etableres data med tilstrekkelig kvalitet til danne grunnlag for inntektsfordelingsmodeller.

Følgende forprosjekter gjennomføres innen utgangen av september:

##### **8.4.1 Prehospitale tjenester**

Variasjoner i forbruket av prehospitale tjenester vil antakelig forklares av reiseavstander, antall innbyggere i ulike deler av et sykehus opptaksområde og innbyggerens behov for helsetjenester. Det må i forprosjektet klargjøres hvilke data som finnes om prehospitale tjenester og om data er tilstrekkelige til å gjennomføre nødvendige analyser av variasjoner i forbruk. Ved mangelfulle data må det tenkes gjennom hvilke data som er nødvendige, hvor lang tid det tar å etablere et tilstrekkelig datagrunnlag og kostnadene ved å etablere et slikt datagrunnlag.

##### **8.4.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Det finnes fordelingsmodeller for spesialisert rusbehandling som i dag benyttes mellom staten og RHF-ene. Det er imidlertid uklart i hvilken grad disse modellene fanger opp de spesielle problemer som er knyttet til storbyene. I forprosjektet bør det gjøres en gjennomgang av datagrunnlaget for spesialisert rusbehandling og det diskuteres om det kan gjennomføres supplerende analyser av variasjon i forbruk, for eksempel basert på KOSTRA-data.

##### **8.4.3 Psykisk helsevern**

Psykisk helsevern står overfor noen av de samme problemene som spesialisert rusbehandling. I tillegg til storbyproblemer er det uklart i hvilken grad nye brukere av psykiatriske tjenester som for eksempel flyktninger fra krigsområder er tilstrekkelig hensyntatt i modellene. I forprosjektet bør det blant annet gjøres en gjennomgang av datagrunnlaget og diskuteres når og hvordan datagrunnlaget kan forbedres.

##### **8.4.4 Kapital**

Kapital, dvs. inntekter til helseforetakene for å finansiere avskrivningskostnader, er i drifts-avtalene for 2009 skilt ut som et eget inntektselement. Tidligere Helse Øst RHF fordelte dette i stor grad på grunnlag av faktiske eller estimerte avskrivningskostnader, med justeringer i forhold til større investeringsprosjekter. I tidligere Helse Sør RHF var kapitalmidler lagt inn som en del

## 8. Andre delområder som kan inkluderes i en inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF

av den generell inntektsmodellen med fordelingskriterier basert på behov og aktivitet, med unntak for Rikshospitalet HF og Psykiatrien i Vestfold HF, som ikke var del av denne modellen.

Helse Sør-Øst RHF har videreført nivået på kapitalelementet i inntektsfordelingen, og også i hovedsak fordelingen mellom helseforetakene. Det er i 2009 gjort noe omfordeling til fordel for Akershus universitetssykehus HF.

Gjennom et arbeidsmøte med en mindre gruppe av prosjektdeltagerne og i prosjektmøtene har kapital blitt diskutert. Prosjektgruppen er av den oppfatning at kapitalmidler prinsipielt bør kunne inkluderes i en kriteriebasert modell, hvis kriterier ikke knytter seg konkret opp til de kostnader dette elementet logisk er ment å finansiere – i hovedsak avskrivningskostnader. I hovedsak kan det tenkes at fordelingen av kapital kan knyttes opp mot to ulike kriteriesett:

- ✓ Behovskriterier
- ✓ Aktivitetskriterier

Ved valg av behovskriterier vil fordeling av kapital til sykehusområdene da følge prinsippene for modellen for øvrig hvor det vil være nødvendig å inkludere kapital i mobilitetskomponenten/-gjestepasientoppgjøret. I tillegg kan det vurderes en kostnadskomponent knyttet til kapital. Dersom en velger en fordeling basert på aktivitetskriterier kan denne gjøres mer spesifikk ved at det er et mer direkte mål for kostnader, hvor det kan antas en mer direkte sammenheng mellom aktivitetsnivå og kostnader til kapital. Kapital vil i en slik tilnærming ikke bli en faktor i mobilitetskomponenten. Imidlertid vil dette avvike fra hovedmodellen og diskusjonene kan bli mer krevende i forhold til vekting av de ulike aktivitetselementene, blant annet om det er typer av aktivitet som er mer kapitalkrevende enn andre.

Ved valg av en kriteriebasert modell vil det også være behov for å diskutere de forskjellige sykehusområdene utgangspunkt i forhold til tilstanden på den eksisterende realkapitalen, og hvordan denne er finansiert. Det vil kunne være til dels store forskjeller på tilstanden på bygningsmassen og sykehusområdenes kostnader i forhold til nyere bygningsmasse vil ikke alltid reflekteres i kapitalkostnadene (renter m.m.). En relativt lav kostnad hos sykehusområder med ny bygningsmasse kan i denne sammenheng ses på som finansiert av andre sykehusområder, som i kommende prosjekter skulle hatt ”billig” finansiering gjennom den tidligere finansieringsmodellen. En tilnærming til dette kan være å lage en to-delt modell. En del settes av til finansiering av økte avskrivningskostnader som følge av aktivering av større prosjekter. Den andre delen til finansiering av mer løpende investeringer gjøres til gjenstand for en kriteriebasert modellfordeling, blant annet mindre bygg, oppgraderinger og MTU.

En annen avveining er om denne fordeling skal inkludere alle kapitalmidler, eller om kapital til funksjonsområder som ikke omfattes av denne inntektsmodellen skal holdes utenom. Dette vil i hovedsak være finansiering av kapital innen psykisk helsevern, TSB og pre-hospitale tjenester.

Prosjektet ser ikke at det vil være tid til å utrede dette tilstrekkelig innenfor tidsrammen, og ser heller ikke at kapital faller under hovedområdet for prosjektet i henhold til mandat. Denne oppsummeringen peker på noen utfordringer og muligheter i forhold til fordeling av kapitalmidler, som i 2009 utgjør ca 3 mrd kroner totalt for Helse Sør-Øst RHF.



## 8. Andre delområder som kan inkluderes i en inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF

Det anbefales at Helse Sør-Øst RHF så snart som mulig setter opp et prosjekt som har til formål å utrede en ny fordelingsmodell for kapitalmidler i inntektsfordelingen. Prosjektet bør også vurdere tidsaspektet for når dette kan implementeres.

Etter prosjektgruppens oppfatning vil det i tillegg være viktig å etablere et system som håndterer likviditet ulikt fra inntekter. Bl.a. ved at sykehusområdene/helseforetakene ”sparer” og ”låner” hos RHF fordi investeringsrammene/-behovene ikke nødvendigvis fordeler seg mellom HF/Sykehusområder i henhold til en kriteriemodell fra år til år. På denne måten kan RHF også bygge en likviditetsreserve for finansiering av prosjekter i fremtiden.

## Referanser

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

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

NOU 2008:2 *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*.

Kaarbø O. M. (2004): *Finansiering av høyspesialiserte tjenester*. Notatserie i Helseøkonomi 6/04. Program for Helseøkonomi. Universitetet i Bergen.

Rosenthal, M.B, R. Fernandopulle, HS.R. Song, and B. Landon (2004). *Paying For Quality: Providers' Incentives For Quality Improvement*. Health Affairs 23, 127-141.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Nasjonalt organisering av høyspesialiserte medisinske tjenester*

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

## Vedlegg 2 – Utvalg av drg'er

**drg-grupper som ved bruk på regionsykehus sannsynligvis representerer regionsoppgaver:**

1A	147
1B	148
1C	149
1D	191A
1E	191B
2A	192
2B	480
49B	272
52	286
75	302
76	334
77	335
82	353
495	386N
103	400
104A	401
104B	402
107A	403
107B	404
107C	473
108	405
109N	410A
110	410B
111	410C
112A	410D
112B	481A
112C	441B
112D	472
112E	457
112F	483
115C	484
124	485
125	486
146	487

Det er heterogene pasientgrupper innen flere av disse DRG'ene. Brukt på "hjempsykehuset" vil disse DRG'ene være knyttet til enklere pasienter uten behov for spesialisert behandling.

## Vedlegg 3 - Utdyping av mindretallsmerknader

### **Merknad fra Representantene fra Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken vedrørende avvik fra forbruksnormen:**

Det legges til grunn et avvik på + 2% fra gjennomsnitt i sykehusområder i vurdering av faktisk forbruk versus forventet behov, målt ut fra DRG-poeng. Forbruk utover det har konsekvenser for basisrammetildeling. Etter min mening er dette for lavt ”slingringsmonn” gitt dagens kunnskap. Jeg mener den bør ligge på + 3-4%. Dette fordi at selv de best tilgjengelige data og beregningsmetoder både for aktivitet og behov, er beheftet med varierende grader av usikkerhet.

Forbruk målt som DRG-poeng beskriver den reelle pasientbehandlingen. Men antall DRG-poeng avhenger også bl.a. av kodekvalitet. Det er en erfaring fra flere sykehus at økt fokus på korrekt koding, kan ha betydelige effekter på DRG-poengene. Statsbudsjettene har i flere år lagt inn en forutsetning om økning i antall DRG-poeng på grunn av endringer i registreringspraksis, siste to år på henholdsvis 1,0% og 0,5%. Den årlige justering i DRG-logikken (endring i DRG-vektorer og prisregler) medfører ofte endringer på prosentnivå. Selv om slike endringer skal være budsjettneutrale på nasjonalt nivå, kan de slå høyst ulikt ut på HF-nivå. Endelig kan sentrale myndigheter endring i tolkning av regelverk og retningslinjer medføre endringer i DRG-aktivitet, til dels med tilbakevirkende kraft, slik som i dagrehabiliteringsvurderingen. Behovsindeksen er den beste beskrivelse av behov, men inneholder også noe usikkerhet.

Tallmaterialet for 2007 viser en indeks for forbruk versus behov som spenner fra -0,09 til +0,05 for de ulike sykehusområder. Selv om det er forskjeller i tjenestetilbud mellom sykehusområdene, oppfattes ikke tjenestetilbudet i dag så vidt jeg kan forstå som så forskjellig som tallene skulle tilsi. Vi har ikke tall for mer enn ett år, så vi vet ikke om dette er representativt, men vil få mer kunnskap når 2008-tall legges inn i modellen.

Selv om det styres stramt på aktivitet, vil sykehusområdene ha noe ulike forutsetninger for pasientbehandling gitt de samme økonomiske ressurser. Et for smalt vindu vil kunne hindre ønsket effektivisering. Vinduet for aktivitet bør derfor økes. Det er mulig at det med økt kunnskap kan gjøres smalere igjen.

### **Merknad fra representantene fra Oslo Universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Diakonhjemmet Sykehus AS:**

Hensikten med mobilitetskomponenten er å dekke et normert forbruk av spesialiserte tjenester. Inntektsmodellen slik den nå foreligger, foreslår 120 pst av DRG som finansiering på et normert forbruk tilsvarende 40,5 DRG-poeng pr 1000 innbyggere. I Helse Sør-Øst legger man til grunn at det alt vesentligste av spesialiserte tjenester skal utføres av Oslo sykehusområde.

Utgangspunktet for at nivået legges til 120 pst er tall for Rikshospitalet i SAMDATA for 2007. Der framstår Rikshospitalet med et relativt kostnadsnivå på 117 pst av beregnet nasjonal gjennomsnittlig DRG kostnad. Det kommenteres i denne rapporten at anslått nivå på 120 pst er forbundet med usikkerhet. I det videre diskuteres valget av finansieringsnivå på 120 pst av DRG-kostnad:

### *Vurdering av kostnadsnivået i SAMDATA*

Det er en rekke svakheter knyttet til bruken av et teoretisk beregnet relativt kostnadsnivå som grunnlag for finansiering av sykehusene. De viktigste er som følger:

- SAMDATAs kostnadsindekser uttrykker beregnet relativt kostnadsnivå mellom DRG givende del av helseforetakenes aktivitet. Det vil si at kostnader til ekstern virksomhet, forskning og kompetansesentra samt poliklinisk aktivitet ekskluderes. Det brukes ulike metoder for å identifisere disse kostnadene. Disse uttrekkene gir ulike konsekvenser. Som et estimat for disse forventede kostnadene trekkes polikliniske inntekter ut to ganger. Dette innebærer at RH finansieres med 485 mill kr knyttet til poliklinikk men kostnadsgrunnlaget i SAMDATA reduseres med 970 mill kr. Dersom kostnadsgrunnlaget fra SAMDATA skal brukes som grunnlag for fastsettelse av satsen for abonnementsordningen vil dette innebære at kostnadene tilsvarende størrelsen på polikliniske inntekter ikke vil finansieres av modellen.
- SAMDATAs modell gir for 2007 en nasjonal gjennomsnittlig kostnad på 38 250 kr per DRG poeng. Dette beløpet inkluderer kostnaden knyttet til økning i pensjon. Refusjonen per DRG poeng som ble lagt til grunn i St prp 1 var på 32 490 kr pr DRG poeng. Dersom kostnadsindeksen fra SAMDATA brukes sammen med DRG refusjonen vil det gi en underfinansiering i modellen selv om man korrigerer for økning i pensjon.
- SAMDATAs kostnadsindeks viser at Rikshospitalet har en kostnad per DRG poeng på 44 764 kr. Dette tallet inkluderer kostnader til Spesialsykehuset for rehabilitering (som skal overføres til andre sykehusområder) og diverse aktivitet som gir kurdøgnsinntekter. Tilsvarende er det på aktivitetssiden satt opp DRG-estimer for aktiviteten som gir kurdøgnsinntekter.
- SAMDATA inkluderer all aktivitet uavhengig av om det er egen og annen region. Dersom SAMDATAs kostnadsindeks skal brukes som et grunnlag for beregning av fremtidige inntekter bør det korrigeres for forskjellen mellom aktivitet i egen og annen region. Dette blir spesielt viktig dersom aktiviteten i annen region kun skal finansieres med 80 pst av DRG satsen.

### *Egen beregning av kostnadsnivået ved spesialisert tjenester*

I tillegg til å vurdere beregningen som ligger til grunn for SAMDATA-tallene i 2007, har OUS gjort en simulering av kostnads- og mobilitetskomponentens effekt i regnskapsåret 2007. I dette arbeidet har vi forutsatt at behovskomponenten dekker alt av aktivitet som ligger innenfor områdets ansvar for eget opptaksområde utenom spesialiserte tjenester. Tildelte oppgaver innen spesialiserte tjenester for hele regionen med videre forutsettes utelukkende finansiert ved kostnads- og mobilitetskomponenten.

For å kunne isolere effekten av kostnads- og mobilitetskomponenten har vi gjort en beregning der vi har estimert finansieringsbehovet til et tenkt spesialisert sykehus basert på Rikshospitalets kostnadsstruktur.

## Referanser og vedlegg

Beregningen tar utgangspunkt i regnskapsførte kostnader ved Rikshospitalet for 2007. Avskrivninger, finans, økt pensjon som følge av endrede beregningsparametere, øremerkede midler til forskning og annen særskilt finansiert aktivitet holdes utenfor.

Simuleringen viser foreløpig at med den finansiering inntektsmodellen nå har lagt inn i kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten, ville dette spesialsykehuset ha et restfinansieringsbehov på 949 mill kroner med 80 pst DRG for pasienter fra Helse Sør-Øst og andre regioner samt et tillegg på 40 pst for det normerte forbruket i Helse Sør-Øst. Foreløpige beregninger viser at skulle dette tenkte spesialiserte sykehuset få dekket sine kostnader i 2007, ville abonnementsatsen måtte økes fra 40 til 78,5 pst. Det vil si et totalt nivå på 158,5 pst mot 120 pst som lagt i modellen pt. Det understrekes imidlertid at det er usikkerhet knyttet til beregningene, herunder valg av forutsetninger.

Konklusjon: Det store spennet mellom foreslått sats på 120 pst av DRG og de foreløpige resultatene i vår beregning tilsier at det er behov for å gjøre en ny vurdering av satsen i den forutsatte abonnementsordningen for spesialiserte tjenester.