

# HELSE MIDT-NORGE RHF

## STYRET

### **Sak 70/11 Implementering av ny finansieringsmodell (Magnussen-modellen) for helseforetak i Helse Midt-Norge.**

**Saksbeh:** Kjell Solstad

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2011/16

---

#### **Forslag til vedtak:**

1. I tråd med tidligere vedtak fra styret for Helse Midt-Norge tas ny finansieringsmodell for Helseforetakene i Helse Midt-Norge (Magnussen-modellen) i bruk i inntektsfordelingen for 2012 med den utformingen som er beskrevet i helhetlig drøfting
2. Modellen tas i bruk for budsjettet for 2012, men gis en gradvis innføring over en periode på 4 år der 20 prosent av omstillingen effektueres for hvert av de to første årene, med påfølgende 30 prosent for hvert av de to neste årene.

Stjørdal 31.08.11

Gunnar Bovim  
Adm. dir

## **SAKSUTREDNING:** **Implementering av Magnussen-modellen**

### **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

#### **Nummererte vedlegg som følger saken**

1. Finansieringsmodell for Helse Midt-Norge – Oppsummeringsnotat
2. Behovsindekser for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge
3. Høringsbrev 23. mai 2011
4. Høringsnotat av 18. mai 2011
5. Utskrift av protokoll fra styret for Helse Sunnmøre HF
6. Utskrift av protokoll fra styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF
7. Utskrift av protokoll fra styret for St. Olavs Hospital HF
8. Utskrift av protokoll fra styret for Helse Nord-Trøndelag HF
9. Uttalelse fra Møre og Romsdal Fylkeskommune
10. Innstilling til styret for Rusbehandling Midt-Norge

#### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (Magnussen-utvalget)

### **SAMMENDRAG**

Saken er oppfølging av styresak 33/2011 ”Ny finansieringsmodell Helse Midt-Norge” der styret ba om at Magnussen-modellen skulle tas i bruk for budsjett 2012 og at alle kriterier i den nasjonale modellen skulle implementeres.

Avsnitt 1 i saken gir en kort drøfting omkring bakgrunnen for vedtaket i sak 33/2011.

I avsnitt 2 begrunnes hvorfor det er viktig med en ny finansieringsmodell. Hovedbegrunnelsen er at vi gjennom vår gamle modell ikke har klart å eliminere de skjevhetene som har vært i tilbudet av helsetjenestene internt i regionen. Den gamle modellen inneholder en betydelig høyere andel særfinansiering enn det vi ønsker. Videre har det vist seg å være vanskelig å få fastsatt mest mulig objektive kostnadsindekser i den gamle modellen. Modellens virkemåte har også vært krevende å formidle til sektoren. Den gamle modellen, som baseres på direkte aktivitetsbestilling til HF-ene, har heller ikke bidratt nok til en ønskelig utvikling med mest mulig likhet mellom forbruk og behov i bostedsområdene i regionen.

Avsnitt 3 gir en kort fremstilling av organiseringen av arbeidet.

I avsnitt 4 gis en diskusjon om hvordan omfordelingseffekter av ny finansieringsmodell skal tolkes. Det presiseres at omfordelingseffekter illustreres i forhold til budsjett 2011 og at det er viktig å være klar over at inntektsfordelingen i 2011 representerer skjevheter i tilbudet til befolkningen i Helse Midt-Norge. Fordeling av inntektene til HF-ene etter kriteriene i Magnussen-modellen gir alle bostedsområdene en finansiering som bedre enn tidligere gir HF-ene muligheter for å tilby likeverdige tjenester til befolkningen i Helse Midt-Norge. Omfordelingseffektene representerer på denne måten en forbedring av helsetjenestetilbudet i regionen samlet sett.

I avsnitt 5 diskuteres utformingen av modellen og de valg og skjønnsmessige vurderinger som vi har gjort. Her presenteres hovedprinsippene for modellen og hvilken løsning som er valgt å foreslå for styret for ulike deler av modellen. De viktigste punktene er:

- En stor del av den tidligere særfinansieringen er nå fordelt gjennom modellen. Det er i all hovedsak pasienttransport, ambulanse, delfinansiering av rentekostnader for langsiktige lån, basisramme til rusbehandling og kjøp av private tjenester som finansieres utenfor modellen.
- Det er fastsatt kostnadsindekser som skal reflektere de kostnadsulempene som HF-ene har i pasientbehandlingen. Her er det benyttet noen grad av skjønn i den endelige fastsettelsen av indekser. Fastsettelsen av indekser er basert på resultater fra analyser på nasjonale data i perioden 2005 til 2009. Målet for analysene har vært å identifisere kostnadsdrivere og bestemme hvilken effekt disse har på enhetskostnadene i somatisk sektor for HF i Norge. Analysene viser at det er fem kostnadsdrivere som har effekt på enhetskostnadene. Disse resultatene anvendes for å fastsette indekser for HF-ene i HMN. Det er imidlertid bare tre av de identifiserte driverne som igjen har betydning for kostnadsnivået for HF-ene i HMN. Helse Vest innførte for noen tid tilbake en tilsvarende modell for sine HF. Vi har benyttet samme metodiske tilnærming som Helse Vest gjorde, men vi har raffinert modellen noe på et område. Dette gjelder de identifiserte kostnadsdriverne som ikke skal ha full betydning i fastsettelsen av kostnadsindeks. Grunnen til at de ikke skal ha full betydning er at disse kostnadsdriverne overestimerer den effekten det er ønskelig å ta høyde for i fastsettelsen av indeks. I Helse Vest-modellen ble betydningen av kostnadsdrivere som ikke skulle telle 100 prosent satt til konsekvent å telle 50 prosent. I vårt forslag har vi benyttet samme metode, men vi har i første omgang vurdert om reduksjonen skal være større eller mindre enn 50 prosent og deretter valgt midtpunktet på intervallet som den prosenten vi velger. Dersom vi ikke kan sannsynliggjøre om reduksjonen skal være over eller under 50 prosent, benytter vi 50 prosent. I praksis betyr dette at vi foreslår at drivere som ikke skal telle 100 prosent enten teller 75 prosent, 50 prosent eller 25 prosent.
- I tillegg til kostnadsindeksene inneholder Magnussen- modellen også indekser for behov. Her er de samme behovskriteriene som i den nasjonale modellen benyttet. En analyse av forbruksmønsteret i HMN målt opp mot behovsindikatorerne, viser at det er relativt store skjevheter mellom behov og faktisk forbruk. Dette gjelder særlig somatisk sektor. Vi kan ikke si at vi har et likeverdig tilbud av helsetjenester for befolkningen i Midt-Norge før denne typen forskjeller er eliminert.
- Det er foreslått en måte for håndtering av internt gjestepasientoppgjør. Det foreslås at det gjøres en korleksjon i rammene til HF-ene som baseres på et forventet antall DRG-poeng til 100 prosent nasjonal ISF-refusjon. Dette representerer en utfordring for StOlav i forhold til dagens løsning og dermed en lettelse for de to andre HF-ene.

I avsnitt 6 beskrives hvordan forslaget til utforming av modell slår ut i HF-enes inntektsrammer i forhold til budsjettet i 2011. Modellen omfordeler 133 millioner fra HMR til de to andre helseforetakene med 98 millioner til StOlav og 35 millioner til HNT. Denne omfordelingen er et resultat av at det er forskjeller både i behovs- og kostnadsindekser mellom HF-områdene i regionen. Dersom alle kostnadsindekser settes lik 1, vil det likevel bli en omfordeling på i underkant av 100 millioner fra HMR til StOlav og HNT i forhold til budsjettet i 2011.

I avsnitt 7 presenteres resultatene fra høringen til HF-ene. HSM og HNR leverte identiske høringsuttalelser, mens StOlav og HNT leverte egne. Alle tre har styrebehandlet uttalelsene og utskrift fra protokoll er vedlagt saken. Styret for Rusbehandling Midt-Norge skal behandle innstilling til vedtak mandag 29. august. Det er derfor bare innstillingen fra rusforetaket som er vedlagt saken. Skulle det bli endringer i vedtaket, vil det bli orientert om dette i møtet.

Møre og Romsdal fylkeskommune har også levert en uttalelse. Uttalelsen er vedlagt saken.

Til slutt i avsnitt 8 gis korte oversikter over finansieringsmodellene i de andre RHF-ene. Når Helse Nord og Helse Sør-Øst har implementert de siste komponentene av sine modeller, har alle RHF-ene modeller som bygger på kriterietenkningen i Magnussen- modellen.

## INNKOMNE UTTALELSER

Det vises til helhetlig drøfting og vedlegg i saken

## HELHETLIG DRØFTING

### 1. Bakgrunn

Styret for Helse Midt-Norge RHF gjorde i sak 33/2011 ”Ny finansieringsmodell Helse Midt-Norge” følgende vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at Magnussen-modellen tas i bruk i inntektsfordelingen mellom HF-ene i HMN i budsjettet for 2012
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at alle kriteriene i behovs- og kostnadsindeksene i Magnussen-modellen implementeres i budsjettmodellen

Vedtaket var basert på en utredning omkring forskjellene på Magnussen-modellen og den modellen som er benyttet i HMN de siste årene. Forslaget til vedtak i sak 33/11 ble også sendt på høring til HF-ene med anmodning om lokal styrebehandling av høringen. 5 av HF-ene leverte høringssvar hvorav 4 HF støttet forslaget til vedtak (for detaljer omkring dette, se sak 33/2011).

### 2. Hvorfor ny modell?

Bak styrets vedtak om å benytte Magnussen-modellen i inntektsfordelingen fra 2012 var målet om et likeverdig tilbud av helsetjenester for befolkningen i HMN. Magnussen-modellens behovs- og kostnadsindekser sikrer at hvert enkelt bostedsområde i regionen får basisrammer som er fordelt etter behovsindikatorer<sup>1</sup> og HF-enes kostnadsulempes. I modellen som benyttes nå har det vært vanskelig å få korrigeret godt nok for behovsforskjellene i aktivitetsbestillingen samtidig som det har vært nødvendig å fordele en stor andel av inntektsrammene gjennom en særfinansiering. De siste års inntektsfordelinger har derfor opprettholdt skjevfordeling i tilbudet av helsetjenester innen HMN som det er behov for å rette opp.

Det er lagt vekt på at Magnussen-modellen krever lite særfinansiering og at modellen har relativt lave vedlikeholdskostnader.

### 3. Organisering av arbeidet

Arbeidet med å utforme og å implementere Magnussen-modellen har blitt gjennomført vinteren og våren 2011. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe bestående av økonomidirektørene ved HF-ene, tillitsvalgte og representanter fra RHF-et. Arbeidsgruppen ble ledet av økonomidirektør ved RHF-et. Det har vært avholdt 3 møter i arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen har vært en viktig ressurs i arbeidet med å utforme modellen, og gruppen har vært omforent på viktige områder i utformingen av modell. Det har imidlertid vist seg vanskelig å få konsensus om en fullstendig utforming av modellen.

I forbindelse med utformingen av modellen ble SINTEF ved Jorid Kalseth og Jon Magnussen (NTNU) engasjert for å bistå i utformingen, og for å gjøre nødvendige analyser knyttet til forbruk og kostnader. Dette arbeidet er oppsummert i de to vedlagte notatene

---

<sup>1</sup> Behovsindikatorene er de samme behovsindikatorene som ble benyttet i den nasjonale modellen for fordeling av midler til regionene (NOU 2008:2 Magnussen-utvalget). Dette bidro til en relativt stor omfordeling mellom regionene i årene 2009 og 2010 i retning av mindre til Helse Sør-Øst og mer til de tre andre regionene.

”Finansieringsmodell for Helse Midt-Norge – Oppsummeringsnotat” (vedlegg 1) og ”Behovsindekser for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge” (vedlegg 2). Underveis i arbeidet ble det laget flere notater på spesielle tema som er sendt ut til HF-ene<sup>2</sup>.

#### 4. Tolking av omfordelingseffekter

En vanlig måte å beskrive effekter av innføring av nye finansieringsmodeller er å sammenligne hva den nye modellen gir av inntektsfordeling i forhold til et bestemt budsjettår. Her vil vi sammenligne fordelingen i ny modell i forhold til budsjett 2011. Det er da viktig å være klar over at fordelingen i 2011 ikke representerer en optimal fordeling i den forstand at den skal gi det beste helsetjenestetilbudet for befolkningen i HMN. I de to siste årene har det blitt gjennomført flere arbeider i samarbeid med HF-ene, som viste at de kostnadsindeksene som vi har benyttet i vår gamle modell, ikke nødvendigvis har en optimal utforming. Samtidig har det vært stor diskusjon omkring den store andelen av inntektene til HF-ene som særfinansieres i vår gamle modell. Store deler av denne særfinansieringen er fordelt etter historisk kostnad og ikke nødvendigvis etter kostnadsanalyser og behov. Til slutt er det også viktig å nevne at vi ikke har lyktes i å utjevne de påviste forskjellene i forbruket av tjenestene i HMN i forhold til behovet. I somatisk sektor har det vært et betydelig merforbruk i HMR og spesielt i HSM bostedsområde, mens det motsatte er tilfelle for StOlavs bostedsområde. I psykisk helsevern er ikke forskjellene like markante, men også her er det forskjeller i forhold til behov. Dette gjelder både for psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.

Når det gjelder rusbehandlingen er det vanskeligere å bedømme dette på grunn av manglende data over tilbudet. Vi har imidlertid innhentet data over behovet i bostedsområdene, slik at denne typen betraktninger blir mulige å gjennomføre når data over forbruket blir bedre.

En konsekvens av dette er at den inntektsfordelingen som er reflektert i budsjettet for 2011 ikke er den optimale for HMN. Dette betyr igjen at når vi får omfordeling i forhold til budsjett 2011, er det en omfordeling som retter opp mye av skjevhetene som har vært i inntektsfordelingen internt i regionen. Den omfordelingen som vi beskriver i denne saken er derfor en omstilling som gir en inntektsfordeling som bidrar til å bedre helsetjenestetilbudet for befolkningen i HMN samlet sett.

En oversikt over omstillingene er gitt i avsnitt 6 nedenfor. Her diskuteres også behovet for å bruke tid på omstillingene. Som kjent fra drøftingen av LTB-saken (sak 57/2011) er det relativt store utfordringer i HMN i tillegg til å rette opp skjevhetene i inntektsfordelingen mellom HF-ene.

### 5. Utforming av modell

#### 5.1 Hovedprinsipper

I Magnussen-modellen er det et mål at så mye som mulig av HF-enes rammer skal fordeles gjennom modellen. Hovedprinsippene er som følger:

- Inntektene fordeles etter HF-enes relative andel av samlet behov i HMN. Behovet er uttrykt gjennom behovsindeksene
- Det kompenseres for kostnadsulempere ved HF-ene gjennom en kostnadsindeks

---

<sup>2</sup> Følgende notater er tidligere sendt ut til helseforetakene: ”Finansieringsmodell for Helse Midt-Norge – en prinsipiell sammenlikning av dagens modell og en modell basert på NOU 2008:2 (Magnussen-modellen)”, ”Behovsindekser for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge (tidlig versjon)”, ”Ny inntektsfordelingsmodell Helse Midt-Norge. Analyser av kostnadsforskjeller”, ”Ny finansieringsmodell for Helse Midt-Norge – hvordan fastsette kostnadsindeksen”, ”Gjestepasientoppgjøret – punkter til diskusjon”, ”Prehospitale tjenester og pasienttransport i Helse Midt-Norge” og ”Om langtidsliggedager i kostnadsanalysene”. Tidlig-versjonen av notatet om behovsindekser erstattes av notatet om behovsindekser som er vedlagt saken.

- Det korrigeres for interne pasientstrømmer
- Gjestepasientoppgjør i forhold til andre RHF er som før (basert på 80 % ISF-refusjon)

I utgangspunktet skal altså mesteparten av rammene fordeles til HF-ene gjennom disse prinsippene. Det er imidlertid, som i de fleste finansieringsmodeller, behov for å utøve skjønn og foreta anslag også i Magnussen-modellen. I det følgende beskrives bruken av skjønn og anslag i Helse Midt-Norges implementering av modellen. Forslaget er også sendt ut på en høringsrunde til HF-ene. Resultatet fra høringen presenteres i avsnitt 7.

## 5.2 Særfinansiering

På noen områder har det vært behov for å videreføre særfinansiering fra vår gamle modell. De største komponentene er:

- Pasienttransport
- Ambulanse
- Delfinansiering av rentekostnader for langsiktige lån
- Basisramme til rusbehandling
- Kjøp av tjenester fra private tilbydere

I den foreslåtte løsningen er om lag 2 milliarder kroner flyttet fra særfinansiering til fordeling etter Magnussen-modellen.

Grunnen til at pasienttransport og ambulanse særfinansieres er at indeksen for prehospitaltjenester i Magnussen-modellen ikke nødvendigvis passer til fordelingen av disse kostnadene internt i HMN. Det var enighet i arbeidsgruppen om at dette burde videreføres som særfinansiering.

Grunnen til at inntektsfordelingen til rusbehandlingen beholdes som særfinansiering er Helse Midt-Norges spesielle organisering med rusbehandling i eget foretak. Alternativet til dette kunne vært at basisrammer til rusbehandling hadde blitt fordelt til de andre HF-ene etter behovsindeks for rusbehandling sammen med rammer for somatikk og psykisk helsevern, og at foretakene kjøpte tjenester fra rusforetaket. Dette anses som en lite hensiktsmessig ordning og særfinansiering ble foretrukket. Arbeidsgruppen var også omforent i dette spørsmålet.

## 5.3 Justering for pasientstrømmer

I modellen fordeles som tidligere nevnt alle inntektene etter behov og HF-enes kostnadsindekser. Dette betyr at midlene blir fordelt til bostedsområdet uavhengig av hvor pasientene bosatt i området blir behandlet. Det er derfor nødvendig å ha et oppgjør for pasientstrømmene i spesialisthelsetjenesten. Det er tre områder som det kreves ordninger for:

- Kjøp av tjenester fra private tilbydere
- Kjøp av tjenester mellom regionene
- Justering for interne pasientstrømmer i regionen

### Tjenester fra private

I dagens modell er det RHF-et som har ansvaret for kjøp av tjenester fra private tilbydere. Denne praksisen er det ønskelig å videreføre også etter overgang til Magnussen-modellen. Inntektsrammene til HF-enes bostedsområde blir korrigert for planlagt kjøp fra private tilbydere og kjøpet blir administrert fra RHF-et.

## **Pasientstrømmer mellom regionene**

Dagens ordning med gjestepasientoppgjør mellom regionene videreføres i Magnussen-modellen. Dette betyr at hvert HF er selv ansvarlig for netto gjestepasientoppgjør mot andre RHF. Det blir dermed ikke korrigeret for disse strømmene i tildelingen til HF-enes bostedsområder.

## **Interne pasientstrømmer**

I Helse Midt-Norge er det på grunn av funksjonsdeling slik at det går netto strømmer fra HMR og HNT bostedsområder til StOlav. Dette er i den gamle modellen ivaretatt gjennom aktivitetsbestillingen til hvert HF og medfølgende basisramme. Dette betyr at det ikke har vært behov for å korrigere for interne pasientstrømmer i den gamle modellen. I Magnussen-modellen må det imidlertid korrigeres for interne pasientstrømmer da denne aktiviteten er inkludert i rammene som fordeles etter modellen. En mulig måte å håndtere dette på er å lage en intern oppgjørsordning for interne strømmer. I arbeidsgruppen var det enighet om å gjøre dette enklest mulig og det ble konsensus om å foreta et trekk i de fordelte rammene ved inntektsfordelingen for det enkelt budsjettår. På denne måten ble det unngått å lage ekstra administrasjon omkring de interne strømmene. Arbeidsgruppen klarte imidlertid ikke å oppnå konsensus om hvilken pris per DRG-poeng som skal benyttes i justeringen.

I budsjettet for 2011 fikk alle HF-ene basisramme og aktivitetsbasert inntekt per DRG-poeng i somatisk sektor som til sammen er høyere enn 100 prosent ISF-refusjon. I det foreliggende forslaget er det laget en korreksjon for interne strømmer som er basert på 100 prosent ISF-refusjon og korreksjonen er knyttet til somatisk sektor. Antall DRG-poeng som korrigeres er basert på tidligere års prosentvise pasientstrømmer internt i regionen. Denne prosentandelen benyttes så på det samlede antall DRG-poeng som HOD har gitt i bestilling gjennom statsbudsjettet. Det legges ikke opp til at det skal gjøres endringer i denne korrigeringen dersom de faktiske interne strømmene avviker mye fra det som er lagt inn i korreksjonen i utgangspunktet.

For St. Olav betyr dette at de får noe mindre inntekt per DRG-poeng for pasientene fra de andre bostedsområdene enn det de har i den gamle modellen. For de andre HF-ene blir det tilsvarende mindre justert for denne aktiviteten enn det har vært tidligere<sup>3</sup>. Et argument mot at korrigeringen baseres på 100 prosent ISF-refusjon har vært at det dermed ville være "lønnsomt" for HMR og HNT å få flere pasienter behandlet utenfor regionen da gjestepasientoppgjøret mellom regioner er basert på 80 prosent ISF refusjon. Når det i utgangspunktet er korrigeret for dette i rammene vil det faktisk bli en tilleggskostnad for HMR og HNT å stimulere til at pasienter behandles i andre regioner. Dette betyr at det ikke vil være lurt å stimulere til behandling utenfor regionen. Det blir uansett viktig å følge med på hvordan de interne strømmene utvikler seg over tid.

## **5.4 Kostnadsindekser**

### **Hvorfor kostnadsindekser?**

Kostnadsindeksene skal ivareta eventuelle forskjeller i HF-enes grad av kostnadsulemper i pasientbehandlingen. Dette betyr i praksis at kostnadsindeksene skal inneholde en kompensasjon for forskjeller i enhetskostnad som HF-ene ikke kan påvirke selv.

Det er i hovedsak tre forhold som skaper kostnadsforskjeller i HF-ene:

- Forskjeller i strukturelle forhold (størrelse, beredskap, pasientsammensetning etc)

---

<sup>3</sup> For HNT og HMR blir dette en ikke synlig korrigerende justering da denne justeringen ble gjort i antall DRG-poeng til hvert enkelt HF. I den gamle modellen var er dette derfor en indirekte justering, men betyr likevel reelt at HMR og HNT blir lavere belastet enn før for denne pasientstrømmen.

- Forskjeller i grad av andre aktiviteter enn pasientbehandling (forskning, undervisning, pasientopplæring etc)
- Forskjeller i effektivitet

De to første punktene er forhold som HF-ene i liten grad kan påvirke selv, så de er det ønskelig å kompensere for. Forskjeller i effektivitet er det imidlertid ikke ønskelig å kompensere for. Formålet med å anvende en kostnadsindeks i inntektsfordelingen er derfor å:

- Ta høyde for de forholdene som HF-ene ikke kan kontrollere selv (forhold som defineres som kostnadsulemper)
- Ikke ta høyde for effektivitetsforskjeller

Kostnadsindeksen skal altså ivareta forskjeller i graden av kostnadsulemper i forhold til enhetskostnadene og på denne måten representere de forventede enhetskostnadene (som legges til grunn i inntektsfordelingen) for HF-ene. Det er imidlertid en stor faglig utfordring å skille de to komponentene (beskrevet ved de to kulepunktene ovenfor) fra hverandre. For å bistå i dette arbeidet har SINTEF og Jon Magnussen blitt engasjert for å foreta analyser om kostnadsdrivere på et nasjonalt datamateriale over perioden 2005 til 2009.

### **Kostnadsanalysene**

I analysene undersøkes betydningen av ulike kostnadsdrivere på driftskostnader per DRG-poeng. Analysene er kun utført for somatisk sektor. Begrensningen av kostnadsanalysene til somatisk sektor skyldes at datagrunnlaget for psykisk helsevern ikke har tilstrekkelig kvalitet for å gjennomføre denne typen analyser. Analysene er samme type analyser som ble gjennomført i forbindelse med utarbeidelsen av NOU 2008:2 ”Magnussen-utvalget”. Magnussen-utvalget benyttet data over perioden fra 2003 til 2005 i sitt arbeid. Det er også utført tilsvarende analyser for Helse Vest i forbindelse med at de innførte Magnussen-modellen i fordeling av inntektsrammer til sine foretak. Analysene utført for Helse Vest var basert på et nasjonalt datamateriale over perioden 2004 til 2007. Analysene utført for HMN gir dermed de ferskeste resultatene fra denne typen analyser som er utført i Norge.

Detaljene fra analysene kan leses i vedlegg 1. Her gjengis kort de viktigste resultatene fra kostnadsanalysene.

Målet for kostnadsanalysene har vært å identifisere hvilken effekt ulike kostnadsdrivere har på HF-enes enhetskostnader (kostnad per DRG-poeng). Aktivitetsmålet har vært antall DRG-poeng og kostnadmålet har vært brutto driftsutgifter. Langtidsliggedøgnene<sup>4</sup> for pasienter med spesielt lang liggetid (langtidsliggere) er omregnet til DRG-poeng og inkludert i antall DRG-poeng ved HF-ene.

Ved å benytte regresjonsanalyse på nasjonale data over mulige kostnadsdrivere og brutto kostnader per DRG-poeng, kan det identifiseres hvilke kostnadsdrivere som har signifikant effekt på kostnader per DRG-poeng og hvor stor denne effekten er. De estimerte effektene fra de nasjonale analysene kan deretter benyttes for å beregne en forventet kostnad for HF-ene i Helse Midt-Norge. Forholdet mellom dette forventede nivået for et HF og det forventede nivået for hele datagrunnlaget samlet, betegnes som en kostnadsindeks, og indeksen fastsettes for hvert enkelt HF. Det bør samtidig understrekes at selv om noen av kostnadsdriverne får signifikante effekter på kostnader per DRG-poeng, behøver ikke dette bety at den gir forskjeller i forventet kostnad og

---

<sup>4</sup> Langtidsliggedøgn er summen av liggedager utover det såkalte trimpunktet i et sykehusopphold. Hvert sykehusopphold på et HF tilordnes en DRG og hver DRG har et trimpunkt for liggetid. Trimpunktet er statistisk beregnet, og kan betraktes som en øvre grense for hva som er normalliggetiden for sykehusoppholdet. Innvektingen er basert på at et langtidsliggedøgn tilsvarer 0,09 DRG-poeng.



dermed kostnadsindeks for HF-ene i HMN. Dersom en kostnadsdriver skal skape forskjeller i kostnadsindeksen må det i utgangspunktet være relative forskjeller i andelen kostnadsdriveren utgjør ved HF-ene.

Det ble gjort ulike spesifikasjoner av analysesammenhengene for om lag et titals potensielle kostnadsdrivere. Resultatene viste signifikante effekter på kostnader per DRG-poeng for følgende kostnadsdrivere:

- Gjennomsnittlig reisetid fra kommunesentrum til sykehus. En økning i reisetid fører til økning i driftskostnader per DRG-poeng
- Forskning målt som antall forskningspoeng. En økning i forskningspoeng gir en økning i driftskostnader per DRG-poeng
- Andel langtidsliggedager målt som andel DRG-poeng langtidsliggedager i forhold til DRG-poeng samlet. Har en positiv effekt på driftskostnader per DRG-poeng.
- Andel kapitalkostnader av totale kostnader. En økning i andel kapital har en positiv effekt på driftskostnader per DRG-poeng
- Utdanning målt som summen av andelen assistent- og turnusleger av alle leger. En økning i andelen fører til en økning i kostnader per DRG-poeng

Av disse kostnadsdriverne er det reisetid, forskningspoeng og andel langtidsliggedager som har fordelingsmessige effekter av betydning for HF-ene i HMN. Det betyr at det er hovedsakelig nivået på disse tre kostnadsdriverne som har betydning for nivået på forventet kostnad per DRG-poeng og dermed også kostnadsindeksene som skal benyttes i modellen.

### **Tolkning av resultater fra kostnadsanalysene**

Det er altså tre av kostnadsdriverne som har fordelingsmessig effekt på HF-ene i HMN. Dersom de identifiserte driverne i stor grad og med stor nøyaktighet fanger opp de ulempene som det er ment å kompensere for, bør den estimerte effekten på forventede kostnader telle 100 prosent i fastsettelse av kostnadsindeksen. Dersom det kan antas at kostnadsdriveren fanger opp flere forhold samtidig, eller på annen måte gir upresise estimater, bør den identifiserte effekten av driveren ikke telle 100 prosent i fastsettelsen av kostnadsindeks. I det følgende gis en tolkning av resultatene for de tre viktigste driverne. Analysene og indeksene i Helse Vest modellen er de som ligger nærmest vår tilnærming. Vi benytter samme metodiske tilnærming som metoden benyttet i Helse Vest, men vi har forbedret metoden noe. Dette er spesielt knyttet til fastsettelsen av hvor mye kostnadsdrivere som ikke skal telle 100 prosent skal telle i fastsettelsen av kostnadsindekser. I Helse Vest- modellen er det benyttet et prinsipp der alle kostnadsdrivere, som av ulike grunner, ikke skal telle 100 prosent teller 50 prosent. En konsekvens av dette er at enten teller kostnadsdriverne 100 prosent eller 50 prosent i fastsettelsen av indeks. I vår tilnærming har vi valgt først å undersøke om vi kan sannsynliggjøre at driveren bør telle over eller under 50 prosent, for deretter å velge den prosenten som deler intervallet i 2, nemlig 75 prosent eller 25 prosent. Dersom det ikke kan sannsynliggjøres at den påviste driveren ligger over eller under 50 prosent, vil driveren inngå med 50 prosent vekt. Den praktiske konsekvensen av dette er at de driverne som ikke skal telle 100 prosent i indeksen, vil inngå med enten 75 prosent, 50 prosent eller 25 prosent.

I avsnitt 8 gis en kortfattet oversikt over modellene i de andre RHF-ene.

### **Reisetid**

Reisetidsvariabelen er i analysene gjennomsnittlig reisetid fra kommunesenter til sykehuset og ikke reiseavstand. Dette betyr at det er kompensert for ventetider ved bruk av ferje, rushtider etc i beregningen av gjennomsnittlig reisetid. Analysene gir en signifikant estimert effekt av reisetid på 0,74. Den praktiske tolkningen av dette er at for hvert minutt gjennomsnittlig reisetid til sykehus i

bostedsområdet, vil kostnader per DRG-poeng øke med 74 kroner. Gjennomsnittlig reisetid varierer noe mellom områdene i HMN. Tabell 5.1 viser hvordan gjennomsnittlig reisetid<sup>5</sup> er i bostedsområdene til de 3 HF-ene i HMN.

**Tabell 5.1 Gjennomsnittlig reisetid i bostedsområdene til HF i HMN og effekt på kroner per DRG-poeng når det beregnes 100 prosent og 50 prosent effekt av kostnadsdriveren.**

|                       | Gj. reisetid i minutter | Kroner per DRG-poeng med 100 % effekt | Kroner per DRG-poeng med 50 % effekt |
|-----------------------|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Helse Møre og Romsdal | 33,58                   | 2 485                                 | 1 243                                |
| St.Olavs Hospital     | 28,20                   | 2 087                                 | 1 043                                |
| Helse Nord-Trøndelag  | 46,11                   | 3 412                                 | 1 706                                |
| Helse Midt-Norge      | 32,10                   | 2 375                                 | 1 188                                |

Lavest gjennomsnittlig reisetid er det i StOlavs bostedsområde og StOlav får dermed lavest effekt av denne variabelen. HNT har lengst gjennomsnittlig reisetid og får dermed størst effekt av denne variabelen. Dette betyr også at konsekvensen av å redusere effekten av denne variabelen i beregningen av kostnadsindeks er størst for HNT. HMR ligger nesten på gjennomsnittet for HMN, noe som betyr at kostnadsdriveren ikke har mye effekt på kostnadsindeksen for HF-et.

Kostnadsdriveren reisetid kan tenkes å fange opp flere kostnadsulemper i HF. Eksempel på dette kan være kostnadsulemper knyttet til akuttberedskap i spredt bygde bostedsområder kontra områder med større sentraliseringsgrad i bosettingen, ulemper i forhold til lang reisetid både med tanke på gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling. I utvalgsarbeidet ble det argumentert for at reisetid fanget opp denne typen kostnadsulemper mellom regionene på en god måte. Når det gjelder bruk av reisetid internt i en region, kan det likevel argumenteres for at variabelen må tolkes med en større grad av forsiktighet. Reisetiden i kommuner med sykehus inngår med null. Målet blir derfor følsomt for tilfeldige forskjeller i kommunegrenser innen bostedsområdene. En beregning av andelen befolkning i sykehuskommuner (som får null i reisetid) i bostedsområdene viser at i HMR bostedsområde er det 40,0 prosent av befolkningen som bor i sykehuskommuner, mens tilsvarende tall for StOlav og HNT er på henholdsvis 58,8 prosent og 23,5 prosent. Dette betyr at en betydelig større andel av befolkningen i StOlav bostedsområde får null i reisetid enn hva som er tilfelle for HNT. I tillegg til dette er det noe usikkerhet om forskjeller i infrastruktur mellom bostedsområdene fanges opp godt nok. Det kan derfor argumenteres for at estimert effekt av kostnadsdriveren reisetid ikke bør telle 100 prosent i beregningen av forventet kostnadsnivå. Det er vanskelig å argumentere for om andelen driveren skal telle skal ligge i den øvre eller nedre halvdel. Vi foreslår derfor at reisetiden skal telle 50 prosent.

I Helse Vest besluttet man at reisetid skulle telle 100 prosent. I henhold til rapporten, som beskriver utformingen av modellen i Helse Vest, er imidlertid problemet med at reisetiden for befolkningen i sykehuskommuner teller ulikt, ikke diskutert. Det er derfor vanskelig å si om dette har vært en del av beslutningsgrunnlaget når de har fastsatt hvor mye driveren skal telle i beregningen av indeks.

Tabell 5.2 viser isolert effekt på den samlede forventede kostnaden i bostedsområdene ved henholdsvis 100 %, 75 % og 50 % effekt av kostnadsdriveren.

<sup>5</sup> Gjennomsnittlig reisetid er den samme i bostedsområdene i alle de fem årene i perioden fra 2005 til 2009.

**Tabell 5.2** *Isolert effekt av reisetid på forventet kostnad når estimatene teller 100 %, 75 % og 50 %. Tall i 1000 kroner*

| Foretak               | Reisetid 100% | Reisetid 75% | Reisetid 50% | Differanse 100% og 75% | Differanse 100% og 50% |
|-----------------------|---------------|--------------|--------------|------------------------|------------------------|
| Helse Møre og Romsdal | 0             | 0            | 0            | 0                      | 0                      |
| St. Olavs Hospital    | -50 000       | -37 500      | -25 000      | 12 500                 | 25 000                 |
| Helse Nord-Trøndelag  | 50 000        | 37 500       | 25 000       | -12 500                | -25 000                |

Kilde: SINTEF

Analysene viser at det er relativt små variasjoner mellom foretaksområdene i HMN. Det er derfor mindre omfordelingseffekter av denne kostnadsdriveren. HMR blir ikke påvirket av endring i betydning av denne variabelen, men det skjer en omfordeling fra StOlav til HNT. Ved 100 prosent effekt omfordeles isolert sett 50 millioner fra StOlav til HNT. Når effekten av driveren reduseres til å ha 50 prosent effekt omfordeles isolert sett 25 millioner fra StOlav til HNT.

### Forskning

Denne kostnadsdriveren skal fange opp generelle kostnadsulempere knyttet til det å drive forskning og ikke den direkte kostnaden knyttet til forskning. Samtidig samvarierer denne forskningsaktiviteten sterkt med sykehusenes størrelse og er betydelig høyere i universitetssykehusene. Det er derfor grunn til å tro at variabelen også kan fange opp eventuelle kostnadsulempere ved å være et (stort) universitetssykehus og ikke bare merkostnader knyttet til forskning. Den direkte kostnaden knyttet til forskning har egen finansiering og HF-et skal derfor ikke kompenseres for den gjennom en høyere forventet enhetskostnad. Den estimerte effekten av forskningspoeng fanger imidlertid opp både de generelle kostnadsulempene knyttet til forskning og de direkte kostnadene til forskningen. I finansieringsmodellen skal det kun kompenseres for de generelle ulempene knyttet til forskningsaktivitet og ikke de direkte kostnadene knyttet til forskning. Det blir derfor viktig å finne hvilken andel de to effektene utgjør på den samlede effekten av forskning. En ideell måte å håndtere dette på ville være å trekke ut den andelen av sykehusenes kostnader som var knyttet til forskningen direkte, og så gjennomført analysene på nytt. Den sammenhengen man da ville fått mellom forventet kostnad og forskningspoeng, ville gitt effekt av det vi ønsket å kompensere for. Denne informasjonen var imidlertid ikke tilgjengelig fra de 25 HF-ene som inngikk i analysene i perioden 2005 til 2009. Anbefalingen ut fra analyseresultatene er derfor at effekten av forskning ikke skal telle 100 prosent, men det gis ingen anbefaling om en bestemt prosentandel. Det er derfor nødvendig å skjønnsmessig fastsette hvor mye driveren skal telle.

Kostnadsdriveren forskning er operasjonalisert som antall forskningspoeng per 1 000 DRG-poeng ved HF-ene. Analysene viser en signifikant effekt på 2,53 av driveren. Dette kan tolkes som at for hvert forskningspoeng per 1 000 DRG-poeng øker kostnader per DRG-poeng med 2 530 kroner. Tabell 5.3 gir en oversikt over kostnadsdriveren for HF-ene i HMN

**Tabell 5.3 Gjennomsnittlig antall forskningspoeng per 1000 DRG-poeng og effekt på kroner per DRG-poeng når det beregnes med 100 % og 75 % effekt av kostnadsdriveren på gjennomsnittstall. HF i HMN.**

|                       | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Gj. Sn. Forskningspoeng per 1000 DRG-poeng | Kroner per DRG-poeng med 100 % effekt | Kroner per DRG-poeng med 75 % effekt |
|-----------------------|------|------|------|------|------|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Helse Møre og Romsdal | 0,15 | 0,11 | 0,17 | 0,20 | 0,13 | 0,15                                       | 385                                   | 289                                  |
| St.Olavs Hospital     | 1,63 | 2,47 | 2,92 | 2,72 | 2,56 | 2,46                                       | 6 224                                 | 4 668                                |
| Helse Nord-Trøndelag  | 0,22 | 0,53 | 0,39 | 0,73 | 0,54 | 0,48                                       | 1 219                                 | 915                                  |

Denne kostnadsdriveren har stor betydning for StOlav. Det betyr at dersom betydningen av kostnadsdriveren reduseres mye i fastsettelsen av kostnadsindeks, betyr dette en stor reduksjon i kostnadsindeks for HF-et.

Forskning er et område som er ulikt fordelt mellom HF-ene i HMN der StOlav er det HF-et som har størst relativt omfang på dette. Dette betyr at det er viktig å få kompensert de kostnadsulempene som analysene har identifisert. Vurderingen blir imidlertid å fastsette hvor mye kostnadsdriveren skal telle for ikke å fange opp de direkte kostnadene til forskning i forventet kostnad.

I vår gamle modell er kostnadsulempen av forskning ivaretatt gjennom særfinansieringen i kraft av et regionsykehustilskudd til StOlav. Dette tilskuddet skal dekke mer enn kostnadsulempen til forskning, men en stor andel av tilskuddet kan sies å være tiltenkt dette. I budsjett 2011 utgjorde dette regionsykehustilskuddet om lag 340 millioner. Tabell 5.4 viser at 100 prosent uttelling på forskning omfordeler mer enn dette, og som tidligere nevnt, anbefales det ikke at driveren teller 100 prosent. Dersom forskningspoeng reduseres til å telle 50 prosent omfordeles isolert sett 185 millioner til StOlav som en kompensasjon for kostnadsulempen for denne aktiviteten. Dette er betydelig lavere enn det gamle regionsykehustilskuddet. Ut fra at betingelsen for StOlav ikke skal bli betydelig forverret i henhold til tidligere, kan det argumenteres for at HF-et kompenseres for et sted mellom 100 prosent og 50 prosent av estimert effekt.

Helse Vest reduserte i sin modell betydningen av forskning til 50 %. Jon Magnussen skriver<sup>6</sup>:

”Hvor stor andel av forskningskomponenten som skal inkluderes i beregning av kostnadsindeksen er ikke umiddelbart gitt. I Helse Vest valgte man en pragmatisk løsning gjennom en innvektning av halve forskningskomponenten. Til en viss grad var den begrunnet i at effekten av forskningskomponenten ble dratt kraftig opp av Rikshospitalet. Analysene som nå er gjort viser en redusert betydning av Rikshospitalet i forhold til analysene for Helse Vest. Det må dermed diskuteres hvor mye denne skal reduseres i forhold til estimatet fra modellen.”

Ut fra betraktningen om at forskningskomponenten bør ligge et sted mellom 100 og 50 prosent og det at Rikshospitalets betydning er mindre i estimatet, velger vi den andelen som ligger midt i intervallet, dvs 75 prosent.

I tabell 5.4 presenteres hvordan forskningspoengene isolert sett omfordeler mellom HF-ene ved henholdsvis 100 prosent, 75 prosent og 50 prosent på estimert effekt av forskning.

<sup>6</sup> Sitatet er hentet fra side 10 i notatet ”Ny inntektsfordelingsmodell Helse Midt-Norge. Analyser av kostnadsforskjeller”

**Tabell 5.4** *Isolert effekt av forskning på forventet kostnad når estimatene teller 100 %, 75 % og 50 %. Tall i 1000 kroner.*

| Foretak               | Forskning<br>100% | Forskning<br>75% | Forskning<br>50% | Differanse<br>100% og 75% | Differanse<br>100% og 50% |
|-----------------------|-------------------|------------------|------------------|---------------------------|---------------------------|
| Helse Møre og Romsdal | -270 000          | -202 500         | -135 000         | 67 500                    | 135 000                   |
| St. Olavs Hospital    | 370 000           | 277 500          | 185 000          | -92 500                   | -185 000                  |
| Helse Nord-Trøndelag  | -100 000          | -75 000          | -50 000          | 25 000                    | 50 000                    |

Kilde: SINTEF

Tabellen viser at når forskning innvektes med 75 prosent i fastsettelse av indeks, omfordes 277,5 millioner fra de andre to til StOlav isolert sett. Dette er et betydelig lavere beløp enn det StOlav har fått gjennom fremskriving av regiontilskuddet som en del av særfinansieringen i vår gamle modell. Dette betyr at i forhold til vår gamle modell representerer dette en utfordring for StOlav.

### Langtidsliggedager

Pasienter med særlig lang liggetid er mer kostnadskrevenne enn pasienter med normal liggetid. Dersom det er systematiske forskjeller mellom HF-ene i andelen langtidspasienter bør det kompenseres for dette. De gjennomførte analysene viser en tydelig sammenheng mellom andel langtidspasienter og kostnadsnivå. Dette *kan* imidlertid skyldes at langtidspasientene er regnet inn med et for lavt antall DRG-poeng (0,09 DRG-poeng per langtidsliggedøgn), og at den observerte sammenhengen fra analysene skyldes målefeil og ikke reelle kostnadsforskjeller. Samtidig er det en uttalt målsetting å redusere omfanget av langtidsliggedager. Begge disse to forholdene taler dermed for at man ikke skal kompensere fullt ut i forhold til resultatene fra analysene.

Kostnadsdriveren andel langtidsliggedager er i analysene operasjonalisert som den andelen DRG-poeng langtidsliggedøgnene utgjør (vektet inn med 0,09 DRG-poeng per døgn) av de samlede DRG-poengene for HF-ene. Analysene viser at andel langtidsliggedager får en signifikant effekt på 1,705 på kostnader per DRG-poeng. I praksis betyr dette at for hver prosentandel langtidsliggedager øker kostnader per DRG-poeng med 1 705 kroner. Tabell 5.5 viser hvordan dette slår ut for HF-ene i HMN.

**Tabell 5.5** *Gjennomsnittlig andel langtidsliggedager i prosent og effekt på kroner per DRG-poeng når det beregnes med 100 % og 75 % effekt av kostnadsdriveren på gjennomsnittstall. HF i HMN.*

|                       | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Gj.sn. andel<br>langtids-<br>liggedager | Kroner per<br>DRG-poeng<br>med 100%<br>effekt | Kroner per<br>DRG-poeng<br>med 75%<br>effekt |
|-----------------------|------|------|------|------|------|---|---|--|
| Helse Møre og Romsdal | 3,66 | 2,59 | 2,25 | 2,46 | 1,83 | 2,56                                    | 4 362   | 3 272  |
| St. Olavs Hospital    | 5,87 | 4,84 | 3,22 | 2,96 | 2,22 | 3,82                                    | 6 517   | 4 887  |
| Helse Nord-Trøndelag  | 3,03 | 2,64 | 2,30 | 2,30 | 1,54 | 2,36                                    | 4 027   | 3 020  |

Tabellen viser at denne kostnadsdriveren betyr mest for StOlav og noenlunde likt på de to andre HF-ene. Det er derfor ikke uvesentlig hvor mye denne driveren vektet inn i kostnadsindeksen.

Når langtidsliggedagene vektet inn i aktivitetsmålet (antall DRG-poeng) med 0,09 DRG-poeng for hver langtidsliggedag, betyr dette at de vektet inn med en pris eller kroneverdi tilsvarende 3 330 kr i 2011<sup>7</sup>. Dersom denne innvektingen er lik den reelle kostnaden for langtidsliggedøgn, skal driveren telle 100 prosent i beregningen av indeks. Dersom 0,09 representerer en lavere verdi enn den reelle

<sup>7</sup> Verdien fremkommer ved å multiplisere 0,09 med enhetsrefusjonen for 100 % DRG – refusjon i ISF-ordningen for 2011 (enhetsrefusjonen for 2011 er fastsatt til 36 968 kroner).

kostnaden for langtidsliggedøgn, skal driveren telle mindre enn 100 prosent. Jo større avstand det er mellom den reelle verdien og den innvektede verdien, desto mindre skal driveren telle i fastsettelsen av kostnadsindeks.

Det er vanskelig å si noe eksakt om hva den reelle kostnaden for denne typen langtidsliggedager er, og kostnaden vil blant annet være avhengig av når i behandlingsforløpet målingen skjer. Mange av disse pasientene kan ha en liggetid som er langt utover trimpunktet, mens mange kan ha en kort liggetid utover trimpunktet. Trimpunktet varierer også mye fra DRG til DRG. Det kan argumenteres for at en andel av pasientene blir langtidspasienter på grunn av en relativt intensiv behandling i starten av oppholdet og at de krever lengre tid i sykehuset før de blir utskrivningsklare. Dette betyr ikke nødvendigvis at liggedøgnene utover trimpunktene i seg selv er mer ressurskrevende enn liggedøgnene for de utskrivningsklare. Det kan derfor argumenteres for at den reelle døgnkostnaden for disse langtidsoppholdene ikke er veldig ulik døgnkostnaden for utskrivningsklare pasienter. I samhandlingsreformen benytter helse og omsorgsdepartementet kr 4 000 per liggedøgn som pris for utskrivningsklare pasienter. Dette betyr at forskjellen på de innvektede poengene i analysene og den reelle kostnaden ikke behøver å være veldig stor. Effekten av kostnadsdriveren bør derfor ikke reduseres veldig mye, og det riktige nivået ligger antakelig et sted mellom 50 prosent og 100 prosent. Vi foreslår at effekten av kostnadsdriveren andel langtidsliggedager reduseres til å telle 75 prosent, dvs midt i det forventede intervallet.

Helse Vest har redusert denne driveren til å telle 50 prosent i tråd med hvordan de har håndtert alle drivere som ikke skal telle 100 prosent. Når vi i vår modell sier at denne driveren skal innvektes med 75 prosent, er dette basert på samme tankegang som i Helse Vest, men vi argumenterer for at den ligger i intervallet mellom 50 og 100 prosent. Dette betyr at vi også for denne driveren har brukt samme metode som Helse Vest; at driveren teller den andelen som ligger midt i intervallet, dvs 75 prosent.

Tabell 5.6 viser isolert effekt av denne kostnadsdriveren når den teller henholdsvis 100 prosent, 75 prosent og 50 prosent.

**Tabell 5.6** *Isolert effekt av andel langtidsliggedager på forventet kostnad når estimatene teller 100 %, 75 % og 50 %*

| Foretak               | Langtids-<br>liggedager<br>100% | Langtids-<br>liggedager<br>75% | Langtids-<br>liggedager<br>50% | Differanse<br>100% og 75% | Differanse<br>100% og 50% |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Helse Møre og Romsdal | -76 000                         | -57 000                        | -38 000                        | 19 000                    | 38 000                    |
| St. Olavs Hospital    | 140 000                         | 105 000                        | 70 000                         | -35 000                   | -70 000                   |
| Helse Nord-Trøndelag  | -64 000                         | -48 000                        | -32 000                        | 16 000                    | 32 000                    |

Kilde: SINTEF

Tabellen viser at det blir isolert sett en omfordeling i forventet kostnad på 105 millioner til StOlav fra de to andre når effekten av andel langtidsliggedager reduseres til å ha en effekt på 75 prosent.

### **Andel kapitalkostnader, utdanning og enhetskostnader når alle drivere har null i verdi**

Resultatene fra analysene viste som tidligere nevnt signifikante effekter av både andel kapital og andel utdanningsstillinger. Begge disse skal telle 100 prosent i fastsettelse av indeks, men har som tidligere nevnt små fordelingsmessige effekter, dvs de påvirker kostnadsindeksene lite.

Effekten av andel kapitalkostnader ble estimert til 0,458. Dette betyr i praksis at dersom andelen kapital økes med en prosent øker kostnader per DRG-poeng med 458 kroner. Effekten av andel leger i utdanning ble estimert til 0,111. I praksis betyr dette at for hver prosent økning i andel leger i utdanning øker kostnader per DRG-poeng med 111 kroner. Som tidligere nevnt er det ikke store

relative forskjeller på disse kostnadsdriverne for HF-ene i Midt-Norge slik at disse driverne endrer ikke indeksene nevneverdig.

Til slutt gjenstår å estimere verdien på de kostnadene som er uavhengig av kostnadsdriverne, dvs hva kostnad per DRG-poeng er når verdien på alle kostnadsdriverne er null. I regresjonsanalysene fremkommer dette som verdien på estimert koeffisient fra konstantleddet i regresjonsligningen. Analysene viser at konstantleddet er estimert til 21,617. Tolkningen av dette er at når verdien av de andre kostnadsdriverne er null vil kostnad per DRG-poeng (inkludert poliklinikk- aktivitet og langtidsliggedager) være 21 617 kroner.

### Kostnadsindekser

Tallene som er presentert ovenfor utnyttes i beregningen av forventede kostnader uttrykt gjennom kostnadsindekser for HF-ene i HMN. I tabell 5.7 presenteres tre indekser for HF-ene i HMN. I kolonnen til venstre er den faktiske indeksen ved HF-ene beregnet som gjennomsnitt over de fem årene 2005 til 2009. Indeksene er skalert slik at indeksen for HMN er lik 1,0. I kolonnen i midten presenteres hva indeksen ville vært dersom kostnadsdriverne forskning, andel langtidsliggedager og reisetid hadde telt 100 prosent. I kolonnen til høyre presenteres indeksene som vil bli benyttet i vår finansieringsmodell. Her teller forskning og andel langtidsliggedager 75 prosent og reisetid 50 prosent mens utdanning og andel kapital teller 100 prosent.

**Tabell 5.7 Gjennomsnittlige faktiske kostnadsindekser 2005-2009 og to alternative kostnadsindekser for HF i HMN**

| Foretak               | Faktiske indekser skalert | Indekser med full uttelling* | Indekser i vår modell** |
|-----------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Helse Møre og Romsdal | 0,884                     | 0,903                        | 0,924                   |
| St. Olavs Hospital    | 1,099                     | 1,086                        | 1,069                   |
| Helse Nord-Trøndelag  | 0,933                     | 0,934                        | 0,943                   |
| HMN                   | 1,000                     | 1,000                        | 1,000                   |

\* Full uttelling betyr 100 prosent effekt av alle kostnadsdriverne

\*\* I vårt forslag til modell teller forskning og andel langtidsliggedager 75 prosent og reisetid 50 prosent

Vi foreslår at kostnadsindeksene holdes konstant over en periode på 3 – 4 år før det er nødvendig å oppdatere analysene for å fastsette nye kostnadsindekser. Dette er under forutsetning av at det ikke skjer store strukturelle endringer som betinger at indeksene bør endres tidligere.

### 5.5 Behovsindekser

Behovsindeksene er basert på analyser for kommuner i de tre bostedsområdene i HMN (Møre og Romsdal bostedsområde, St. Olavs bostedsområde og Nord-Trøndelag bostedsområde).

Behovsindeksene er sammensatt av alderskriterier og helse- og sosialkriterier i bostedsområdene. Det er egne indekser for hver enkelt sektor. Behovsindeksene har de samme kriteriene som behovsindeksene som ble benyttet i NOU 2008:2 (Magnussen – utvalget). Behovsforskjellene mellom bostedsområdene i HMN uttrykkes gjennom disse behovsindeksene<sup>8</sup>. Indeksene er gjengitt i tabell 5.8 både med og uten rusforetaket.

<sup>8</sup> Det vises til notatet "Behovsindekser for helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge" utarbeidet av Jorid Kalseth for detaljerte beskrivelser av behovsindeksene (vedlegg 2).

**Tabell 5.8 Behovsindekser for Helse Midt-Norge**

|                         | Behovsindeks somatikk | Behovsindeks psykisk helsevern | Behovsindeks tverrfaglig spesialisert rusbehandling | Samlet behovsindeks behandling | Samlet behovsindeks behandling, eks rusbehandling |
|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|---|
| <i>Andel: inkl rus</i>  | 0.7675                | 0.1977                         | 0.0348  | 1,000                          |   |
| <i>Andel: ekskl rus</i> | 0.7952                | 0.2048                         |   |                                | 1,000   |
| Helse Møre og Romsdal   | 101,6                 | 95,9                           | 96,1  | 100,3                          | 100,5   |
| St Olavs Hospital       | 96,5                  | 104,2                          | 104,4   | 98,3                           | 98,0  |
| Helse Nord-Trøndelag    | 104,6                 | 98,7                           | 97,9  | 103,2                          | 103,4   |
| Helse Midt-Norge        | 100,0                 | 100,0                          | 100,0   | 100,0                          | 100,0   |

Kilde: SINTEF

Tabell 5.8 viser hvordan andelen for somatikk og psykisk helsevern er vektet sammen både med og uten rusbehandling, og tilsvarende indekser med og uten rusbehandling. Kolonnen helt til høyre i tabell 5.8 viser hvordan den samlede behovsindeksen ser ut for de tre bostedsområdene i HMN når indeksen for rusbehandling ikke inkluderes. Den samlede indeksen viser at behovet for spesialisthelsetjenester er lavest i StOlavs bostedsområde og høyest i HNT bostedsområde. Det samlede forbruket av tjenestene i HMN sammenlignet med disse behovsindeksene, avgjør om det er et merforbruk eller ikke i noen av bostedsområdene.

Analysene viser at det i HMR bostedsområde er et merforbruk i somatisk sektor, og et tilsvarende mindreforbruk i StOlav bostedsområde. HNT bostedsområde har et forbruk i somatisk sektor som er om lag det samme som behovet skulle tilsi. Psykisk helsevern er vanskeligere å vurdere da aktivitetsmålene ikke er like standardiserte som for somatisk sektor. Et sammenvektet mål for psykisk helsevern for voksne (50 % vekt på utskrivninger og 50 % vekt på oppholdsdoğn samt at polikliniske konsultasjoner er vektet inn med 18 %) viser at HMR bostedsområde har et høyere forbruk enn behovet skulle tilsi, mens det motsatte er tilfelle for HNT bostedsområde. StOlavs bostedsområde har et forbruk som ligger omtrentlig på behovsnivået. Dersom målet er antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge, er det et forbruk høyere enn behovet i HMR bostedsområde, mens det i StOlavs og HNT bostedsområder er noe lavere enn behovet skulle tilsi.

I tabell 5.9 presenteres en oversikt over forskjellen på det faktiske forbruket per innbygger i bostedsområdene og forbruket per innbygger justert for behov. I denne beregningen inngår psykisk helsevern for voksne slik som beskrevet ovenfor. Psykisk helsevern for barn og unge er ikke med i beregningen. Dette gir en indikasjon på hvor mye forbruksforskjellene i forhold til behovet i bostedsområdene betyr.

**Tabell 5.9 Omfordeling mellom HF- områdene basert på ulikheter i forbruk i forhold til behov. Data fra 2009**

| Foretak               | Omfordeling mellom HF-områdene basert på ulikheter i forbruk i forhold til behov<br>Millioner kroner |
|-----------------------|--|
| Helse Møre og Romsdal | -100   |
| St Olavs Hospital     | 65   |
| Helse Nord-Trøndelag  | 35   |
| Helse Midt-Norge      | 0  |



Omfordelingen her er følsom i forhold til hvordan aktiviteten måles i psykisk helsevern, og må tolkes i lys av det.

## 6. Inntektsfordeling i Magnussen- modellen og omfordelingseffekter

Inntektsfordelingen i HMN skal baseres på Magnussen-modellen og kriteriene i modellen (styresak 33/2011). Rent praktisk betyr dette at behovsindeksene for somatikk og psykisk helsevern, eksklusive rusbehandling, (se tabell 5.8) vektet sammen med kostnadsindeksene (se tabell 5.7) til en ressurs- behovsindeks<sup>9</sup>. Dette er samme fremgangsmåte som i den nasjonale modellen (NOU 2008:2). Andel ressurs- behov fremkommer ved at ressurs- behovsindeks multipliseres med folketallet. Denne andelen benyttes som fordeling av ressurser til bostedsområdene. Tabell 6.1 viser sammenhengene i denne relasjonen.

**Tabell 6.1 Beregning av ressurs- behovsindeks og andel ressurs- behov**

|                                   | Behovsindekser |               |              | Kostnads-<br>indeks | Ressurs-<br>behovsindeks | Andel ressurs-<br>behov |
|-----------------------------------|----------------|---------------|--------------|---------------------|--------------------------|-------------------------|
|                                   | Somatikk       | Ps. helsevern | samlet       |                     |                          |                         |
| <i>Sektorandel i behovsindeks</i> | <i>0,795</i>   | <i>0,205</i>  | <i>1,000</i> |                     |                          |                         |
| Helse Møre og Romsdal             | 1,016          | 0,959         | 1,005        | 0,924               | 0,939                    | 0,348                   |
| St. Olavs Hospital                | 0,965          | 1,042         | 0,980        | 1,069               | 1,059                    | 0,456                   |
| Helse Nord-Trøndelag              | 1,046          | 0,987         | 1,034        | 0,943               | 0,986                    | 0,196                   |
| Sum Helse Midt-Norge              | 1,000          | 1,000         | 1,000        | 1,000               | 1,000                    | 1,000                   |

Kilde: SINTEF

For å få til endelig fordeling av inntekter til HF-ene må det justeres for interne pasientstrømmer, kjøp fra private og netto gjestepasienter til andre RHF.

Dette gir altså en omfordeling i forhold til budsjett 2011. I tabell 6.2 presenteres hvilke omfordelingseffekter dette gir i forhold til budsjett 2011 dersom faktisk kostnadsindeks, kostnadsindeks med 100 prosent uttelling på alle drivere og vårt forslag legges til grunn.

**Tabell 6.2 Omfordeling i forhold til budsjett 2011 når empiriske indekser benyttes og når estimerte indekser benyttes med 100 % uttelling på alle kostnadsdrivere og når forskning, andel langtidsliggedager og reisetid innvektes med hhv 75 %, 75 % og 50 %**

|                              | Omfordeling i forhold til budsjett 2011 med faktiske indekser. Mill kroner | Omfordeling ved 100 prosent uttelling på kostnadsdrivere. Mill kroner | Omfordeling ved 75%, 75%, og 50% uttelling på h.h.v. forskn., and. langt. og reisetid Mill kroner |
|------------------------------|--|---|---|
| <b>Helse Møre og Romsdal</b> | -297,0   | -221,4  | -133,3  |
| <b>St Olavs Hospital</b>     | 276,1  | 201,8   | 98,0  |
| <b>Helse Nord-Trøndelag</b>  | 20,9   | 19,6  | 35,3  |
| <b>Helse Midt-Norge</b>      | 0,0  | 0,0   | 0,0   |

Kolonnen helt til høyre representerer omfordeling i forhold til budsjett 2011 når det er lagt inn kostnadsindekser tilsvarende de som er beskrevet i avsnitt 5 over. Tabellen viser også at i forhold til å benytte en modell med full effekt (100 prosent uttelling) på de tre betydningsfulle

<sup>9</sup> For detaljer i dette vises til vedlagte rapport "finansieringsmodell for Helse Midt-Norge – Oppsummeringsnotat" (vedlegg 1).

kostnadsdriverne eller en modell basert på de faktiske indeksene, blir omfordelingene betydelig redusert i den foreslåtte modellen (kolonnen helt til høyre i tabellen).

Modellen skal tas i bruk for budsjettet for 2012. Den endelige fordelingen blir ikke klar før statsbudsjettet er presentert i oktober i år. Vi kan allerede nå likevel fastslå at det vil være vanskelig å ta hele denne omfordelingen på ett år. Når Helse Vest innførte modellen var omfordelingseffektene så begrensede at det var mulig å rette opp skjevhetene gjennom vekst. I praksis ville en slik ordning bety at HMR fikk null i vekst i budsjettet for 2012 i forhold til 2011, mens de to andre fikk betydelige økninger. Samme tankegang ble benyttet når modellen ble innført mellom regionene også. For HMR utgjør omstillingen om lag 3,2 prosent av de samlede inntektene til HF-et. Så stor vekst er det antakelig ikke rimelig å forvente i statsbudsjettet for 2012, noe som betyr at HMR samlet sett må noe ned i volum allerede i 2012. Omstillingene for å rette opp skjevheter er imidlertid så store at det vil være behov for å få en tilpasning av modellen over flere år.

Vi foreslår at modellen implementeres over en periode på 4 år. I årene 2012 og 2013 tas årlig 20 prosent av omstillingen presentert i tabell 6.2, mens det for de to påfølgende årene tas 30 prosent hvert år. I praksis betyr dette at den reelle omfordelingen i 2012 i forhold til budsjett 2011 blir 26,5 millioner fra HMR til de to andre, og ikke 133,3 millioner som vist i tabell 6.2. Vi foreslår at omstillingen gis i form av en omstillingsstøtte i særfinansieringen i 4 årsperioden. I praksis betyr dette at basisrammene fordeles gjennom modellen til HF-ene og at omstillingsstøtten synliggjøres i særfinansieringen.

Grunnen til at vi foreslår en omstillingsperiode på fire år er at det er store utfordringer knyttet til flere omstillingsprosesser i HMN. Dersom veksten i spesialisthelsetjenesten blir noe lavere enn den har vært i de senere årene, betyr dette at HMR i alle fall for somatisk sektor må redusere nivået i forhold til i dag. Samtidig vet vi at det er behov for effektivisering for å klare målene i LTB-perioden. Det er vanskeligere å få til effektivisering i en situasjon med reduksjon av aktivitet enn i en vekstperiode. Derfor tror vi det er behov for en periode på fire år før målet om justering av forskjeller er nådd. Samtidig vil dette være en løsning midt mellom innspillene fra HMR, som foreslår en periode på 5 år, og STOlav, HNT og RMN som alle foreslår 3 år (se avsnitt 7).

## **7. Forslag til utforming av modell ut på høring**

Forslaget til utforming av finansieringsmodellen ble i slutten av mai 2011 sendt ut til HF-ene for å innhente synspunkter til utformingen. Det ble også bedt om at høringsuttalelsene ble underlagt lokal styrebehandling. I utsendelsen ble det spesielt bedt om tilbakemelding på følgende:

- De områdene i modellutformingen som delvis er basert på bruk av skjønn (fastsettelse av kostnadsindekser)
- Implementeringshastighet

Høringsbrevet og et vedlegg til brevet som er et notat som gir en oppsummering av arbeidet med utforming av modellen er vedlagt saken (vedlegg nr 3 og 4). I tillegg til dette hadde HF-ene tilgang til alle notater og rapporter som er omtalt i denne saken. Frist for hørings svar ble satt til 15.juli 2011.

HSM og HNR leverte et likelydende svar som er vedlagt saken (vedlegg 5 og 6). StOlav og HNT leverte egne svar som også er vedlagt (vedlegg 7 og 8). Rusbehandling Midt-Norge har styrebehandling av sin innstilling til uttalelse mandag 22.august 2011. Det er derfor kun innstillingen som er vedlagt saken (vedlegg 10). Dersom styrebehandlingen fører til et annet vedtak enn innstillingen blir det orientert om dette i møtet. For detaljer og diskusjon i hørings svarene

vises det til vedleggene. Her drøftes bare hovedpunktene i vedtakene fra HF-ene. Alle vedtak var identiske med innstilling fra administrasjonen ved HF-ene (med unntak av rusforetaket som ikke har styrebehandlet innstilling i skrivende stund).

I tillegg til de forespurte HF-ene har Møre og Romsdal Fylkeskommune sendt inn en egen uttalelse. Uttalelsen kommenteres ikke her, men er vedlagt saken (Vedlegg 9).

Alle HF-ene støtter at modellen tas i bruk i 2012, men med noe ulike forutsetninger. HMR presiserer at modellen ikke bør få effekt i 2012 og at kostnadsindeksene må utredes på nytt. StOlav ønsker at innvekting av kostnadsdriverne vurderes på nytt i løpet av 2012 og at eventuelle endringer implementeres i 2013. HNT ønsker at alle de tre kostnadsdriverne med betydning for fordelingen vektet inn med 75 prosent. RMN støtter at modellen tas i bruk fra 2012 med den innvektingen som er foreslått.

Som diskutert i avsnitt 5 over velger vi å opprettholde innvektingen av de tre kostnadsdriverne i tråd med forslaget som ble sendt ut. Vi mener at det er viktig å opprettholde stabile driftsforhold for HF-ene. Dette er spesielt viktig i en situasjon som krever store omstillinger utover denne tilpasningen. Vi har derfor konkludert med at det er fornuftig å opprettholde disse indeksene i en periode på 3-4 år. Vi vil selvfølgelig følge utviklingen nøye og gjøre justeringer dersom det skulle være behov for det. Ved eventuelle endringer i funksjoner etc, som vil påvirke de interne pasientstrømmene, er det nødvendig å justere trekket for interne strømmer i tråd med endringene.

HMR ønsker en innføringsperiode på 5 år, mens HNT, StOlav og RMN ønsker en periode på maks 3 år. Vi registrerer at HF-ene ikke er enige på dette området og har lagt oss noenlunde midt mellom. Vi foreslår at dette gjøres til en omstillingsstøtte gjennom særfinansieringen.

StOlav sier ingenting om hvilken pris de vil benytte på interne pasientstrømmer, men ønsker også at det gjøres tilsvarende for psykisk helsevern. De tre andre HF-ene har begge et forslag til at somatiske regionpasienter beregnes med 100 prosent nasjonal ISF- refusjon, mens lokalpasienter beregnes med 80 prosent nasjonal ISF- refusjon. Vi har vurdert dette og kommet fram til at dette er en lite praktisk løsning da det ikke er enkelt å vurdere hvem som er "ekte" regionpasienter og hvem som ikke er det. I henhold til strategi 2020 er det ønskelig at det er et godt kvalitetsmessig behandlingstilbud for pasienter i regionen som har behov for denne typen behandling. Samtidig sier strategi 2020 at de tilbudene som kan desentraliseres, skal desentraliseres. Vi tror det er fornuftig å ha felles refusjon på alle pasienter som utgjør interne strømmer. Dette sikrer en medisinsk vurdering på hvem som skal hvor internt i regionen, og ikke en økonomisk vurdering. Når det gjøres et trekk i rammen i utgangspunktet vil det heller ikke være lønnsomt å stimulere til at pasienter sendes ut av regionen. StOlav har en stor netto tilgang i regionen, noe som er i tråd med funksjonsdelingen. Det er derfor viktig å gi en god nok finansiering på disse pasientene også. I dagens modell finansieres disse med mer enn 100 prosent ISF-refusjon. Dette betyr at forslaget vårt på 100 prosent nasjonal ISF-refusjon isolert sett krever at StOlav må redusere kostnader sammenliknet med dagens løsning dersom denne aktiviteten skal gå i balanse. Samtidig stimulerer modellen til at de andre HF-ene gir behandling til sine lokalsykehuspasienter lokalt.

Det finnes per i dag ikke gode oversikter over interne strømmer innen psykisk helsevern. Dette kan det være interessant å følge opp uavhengig av finansieringsmodell også, så dette vil bli fulgt opp i det videre arbeidet.

## **8. Finansieringsmodeller i andre RHF**

Alle RHF-ene har finansieringsmodeller som har de samme elementene i seg som Magnussen-modellen. Helse Vest har en modell som ligger svært nær vår modell, mens de to andre RHF-ene har litt andre tilnærminger. Helse Nord har hatt en modell for somatisk sektor i noen år, mens de

er i gang med å implementere en modell for psykisk helsevern nå. Helse Sør-Øst har vært i en utviklingsfase i en tid, men har startet implementering nå. Som nevnt tidligere i saken har vi drøftet vår utforming av modell mot Helse Vest- modellen, da denne modellen bygger på samme tenkning og samme analysemetode som vi har valgt.

Nedenfor gis en kortfattet oppsummering av hovedinnhold i de andre regionenes finansieringsmodeller.

### **Helse Vest**

Helse Vest- modellen er svært lik vår nye. Modellen bygger på de samme prinsippene som er beskrevet her:

- Rammene fordeles i henhold til HF-enes andel av behov
- Rammene justeres i henhold til en forventet kostnad uttrykt gjennom en kostnadsindeks
- Det gjøres trekk for interne strømmer i regionen
- Det gjøres korreksjoner for kjøp fra private og netto gjestepasientoppgjør
- Særfinansiering (liten andel som har vokst noe siden innføring av modell)

Trekket for interne strømmer i Helse Vest er også basert på 100 % ISF- refusjon. Dette er i henhold til et utgangsnivå (2007). Dersom aktiviteten overstiger utgangsnivået gjøres det en avregning i etterkant basert på 80 % ISF-refusjon.

I vurderingen av kostnadsdrivere som skal telle mindre enn 100 % har de konsekvent satt 50 %. Bruken av skjønn er foretatt på de samme områdene som i vårt forslag til modell. I forhold til kostnadsindeksen er vår skjønnsbruk litt mer differensiert enn i Helse Vest – modellen.

### **Helse Nord**

Helse Nord innførte en modell for somatisk sektor i 2008 som de reviderer fortsatt, og er i ferd med å implementere en tilsvarende modell for psykisk helsevern nå.

Hovedprinsippene i denne modellen er som følger:

- Behovskomponent (basert på alderssammensetning og noen sosioøkonomiske forhold)
- Kostnadskomponent (kompenserer for variasjoner i kostnadmessige forhold knyttet til høykostnadsmedisin, forskning, undervisning og strukturkostnader)
- Aktivitetskomponent (ISF)
- Mobilitetskomponent (interne strømmer)
- Særskilt finansiering (kompensasjon for diverse regionale oppgaver som ikke er DRG-finansiert)

Det understrekes at det også i denne modellen er nødvendig å benytte skjønn for å fastsette ulike parametre i modellen. Modellen ble også her sendt på høring til HF-ene.

### **Helse Sør-Øst**

Helse Sør-Øst har drevet utvikling av finansieringsmodell over en periode fra 2009 til 2011. Utviklingen av modellen er skissert i flere styresaker i perioden, og siste styrebehandling av modellen var i sak nr 022/2011 ”Inntektsmodell for Helse Sør-Øst”. Helse Sør-Øst har også hatt ekstern bistand i utviklingsarbeidet. Professor Terje Hagen fra Universitetet i Oslo har vært engasjert som leder for utviklingsprosjektet.

Modellen i Helse Sør-Øst bygger også på den nasjonale modellen for inntektsfordeling til RHF-ene (Magnussen- modellen). I fremleggningen av saken for styret presiserer administrasjonen at kriteriebaserte inntektsmodeller legger godt til rette for å skape en situasjon der sykehusområdene gis økonomiske rammer og forutsetninger for å tilby befolkningen i regionen et likeverdig tilbud.

Styret gjør et omfattende vedtak i 11 punkter i sak 022/2011. Her gjengis bare hovedinnholdet i vedtaket:

- Det presiseres at håndtering av kostnader knyttet til vedtatte, tidsbegrensede omstillingsprosesser må skje utenfor den kriteriebaserte modellen. De særlige utfordringene implementering av inntektsmodellen får for Oslo sykehusområde, håndteres i forbindelse med økonomisk langtidsplan og budsjett 2012. Dette for å sikre at omstillingene i hovedstadsområdet kan gjennomføres.
- Styret vedtar modellen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og at bruken av private tjenester innen somatisk sektor inkluderes i modellen.
- Innfasing av somatikkmodellen fullføres i 2012 og innfasing av psykisk helsevern fullføres i 2013
- Styret legger videre til grunn at den økonomiske omfordelingen av ny modell for TSB gjennomføres i treårsperioden 2012-2014.
- Det bes om at administrasjonen setter i gang et utviklingsarbeid for finansiering av prehospitale tjenester
- Styret ønsker en evaluering basert på erfaringene med implementering av inntektsmodellen gjennom det videre arbeidet og rullering av økonomisk langtidsplan og årsbudsjett.

Arbeidet med utvikling av modellen er beskrevet i sluttrapporten ”Inntektsmodeller for Helse Sør-Øst RHF”. Det henvises til denne for detaljer i modellen. Modellen er i hovedsak bygget opp omkring de samme komponentene som modellene i de andre RHF-ene. Modellene har innenfor alle sektorer følgende komponenter:

- Behovskomponent
- Kostnadskomponent
- Mobilitetskomponent

Ellers er det litt ulike tilnæringer innenfor hver enkelt sektor i forhold til spesielle oppgaver og funksjoner.

### **ØKONOMISKE KONSEKVENSER**

Innføring av Magnussen-modellen vil ha økonomiske konsekvenser. Generelt vil modellen bidra til en omfordeling fra HMR til de to andre HF-ene i forhold til budsjett 2011. Det er foreslått en samlet implementeringsperiode på 4 år, der effekten i 2012 er begrenset. Det foreslås at modellen implementeres 100 prosent i budsjett for 2012, men at det gis omstillingsstøtte gjennom særfinansieringen i perioden 2012 til 2015. I praksis betyr dette at modellen vil være fullt implementert i nåværende langtidsperiode.