

## **Styresak 65-2011 Etablering av inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) og psykiatri – utvidelse av inntektsfordelingsmodellen**

### **Formål/sammendrag**

Det er utarbeidet forslag til ny inntektsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB). Helse Nord innførte i 2008 en inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet basert på objektive kriterier. Det er et uttalt mål at den objektive fordelingen skal utvides, slik at den etter hvert omfatter alle områdene i sektoren. Utvidelsen gjennomføres gradvis, i denne omgang til også å omfatte psykisk helsevern og TSB.

Arbeidet har vært organisert som et regionalt prosjekt med en prosjektgruppe med deltakere fra Helse Nord RHF og helseforetakene, og en styringsgruppe med deltakere fra Helse Nord RHF, helseforetakene, konserntillitsvalgte og regionalt brukerutvalg. Ekstern prosjektledelse og bistand har vært innleid.

Modellenes hovedmål er å legge til rette for et godt og likeverdig tilbud for befolkningen tuftet på Helse Nord's verdier kvalitet, trygghet og respekt. I vurderingen av modellenes enkelte elementer og virkemåte har prosjektet reflektert rundt, hvordan de ulike forholdene støtter opp under og stimulerer til ønsket behandling, arbeidsdeling og effektiv utnyttelse av ressursene i foretaksgruppen.

Innfasing av modellen innebærer ikke at de samlede ressursrammer for psykisk helse og TSB i Helse Nord reduseres, men modellen viser at vi bør fordele ressursene mellom helseforetakene noe annerledes enn i dag. Like viktig er det at foreslått modell innebærer etablering av en mer dynamisk finansieringsmodell som i større grad stimulerer til aktivitet, og som skal bidra til effektivitet og utnyttelse av kapasitet i foretaksgruppen. Finansiering av døgnaktiviteten blir delvis aktivitetsavhengig i foreslått modell og dette er en betydelig endring sammenlignet med dagens modell hvor døgnaktivitet er rammefinansiert i sin helhet.

### **Medbestemmelse**

Konserntillitsvalgte har vært representert i styringsgruppen til prosjektet.

*Etablering av inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) og psykiatri – utvidelse av inntektsfordelingsmodellen* drøftes med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 21. juni 2011. Protokoll fra drøftingsmøtet vil bli lagt frem ved møtestart.

## Bakgrunn/fakta

Dagens fordeling av om lag 2 mrd kroner til psykisk helse og TSB er dels basert på historiske kostnader i helseforetakene og dels på opptrappingsplaner, både den statlige opptrappingsplanen for psykisk helse som ble avsluttet i 2008, opptrappingsplanen innen TSB, og andre tiltak prioritert av Helse Nord RHF.

Tabellen viser hvordan ressursene (basisrammen) er fordelt mellom helseforetak og mellom formål i budsjett 2011.

### Basisramme 2011

Sum av Beløp	Helseforetak					
Formål	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalt
Ambulanse	135 185	233 368	168 719	102 016	292 969	932 257
Psykisk helsevern	251 413	709 245	647 684	142 189	79 063	1 829 594
Rusomsorg	23 358	144 015	48 612	23 871	552	240 408
kapital	67 439	246 147	160 132	59 234	184 000	716 952
Særskilt funksjon	81 303	177 442	22 011	3 889		284 646
Somatikk	510 187	2 331 921	1 197 989	559 326	488 379	5 087 802
Felleskostnader/administrasjon					117 293	117 293
Pasientreiser	202 771	167 238	199 284	115 274	26 738	711 305
Totalt	1 271 656	4 009 376	2 444 431	1 005 799	1 188 994	9 920 257

Modellen som nå foreslås innfaset, fordeler ressursene til psykisk helsevern og TSB ut ifra befolkningens behov, samtidig som den støtter opp under vedtatt arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene og ivaretar kompetansemiljøene i Bodø, Tromsø og Karasjok.

Den statlige opptrappingsplanen for psykisk helsevern er nullstilt i ressursfordelingen i modellen, med unntak av bevilgningen til Samisk kompetansesenter (SANKS) som foreslås videreført. Dette innebærer en prioritering av tilbudet til den samiske befolkningen.

Prosjektet har forsøkt å lage et forslag til modell som:

1. Sikrer et likeverdig tilbud til alle pasientene uavhengig av hvor de bor
2. Stimulerer til behandling så nært hjem som mulig
3. Støtter opp under ønsket arbeidsdeling mellom sykehus-, regionsfunksjoner og distriktpsykiatriske sentre (DPS).
4. Støtter opp under samhandling og ivaretar regionale kompetansemiljø i foretaksgruppen.
5. Stimulerer til effektiv ressursbruk og utnyttelse av kapasitet

Modellen er bygd opp etter samme prinsipp som modellen for somatisk virksomhet, det vil si med en *behovskomponent* som fordeler ressurser etter befolkning og behovskriterier, en *kostnadskomponent* som kompenserer for kostnadsulemper og ivaretar sentraliserte funksjoner og en *mobilitetskomponent* som sikrer at ressursene tilfaller helseforetaket som utfører aktiviteten.

### Behovskomponenten

Et likeverdig tilbud er hovedmål for spesialisthelsetjenesten. For å ivareta dette legger modellen til grunn at hele psykiatritilbudet i Helse Nord skal være tilgjengelig for alle. Videre fordeles om lag 85 % av ressursene etter befolkningens antatte behov for spesialisthelsetjenester.

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

Datagrunnlaget for kriteriesettet er nasjonale analyser, og endringer i befolkningen vil oppdateres årlig. Kriteriesettet følger samme oppbygning som brukes nasjonalt (Magnussen-utvalgets modell), men data for psykisk helsevern for voksne er nyere i Helse Nords modell (2008-data).

Storbykriteriet er nullstilt og de andre kriteriene er derfor gitt høyere vekt enn hva som er tilfelle i Magnussen-utvalgets kriteriesett. Vektene er skalert opp på en slik måte at det relative forholdet mellom dem er uendret.

Tabellen viser kriteriesettet for henholdsvis psykisk helsevern og TSB. Av midlene som fordeles gjennom behovskomponenten fordeles om lag 60 % etter aldersfordelt befolkning, mens ca 40 % etter sosioøkonomiske kriterier.

Kriterie		Psykisk helse	Rusomsorg
Alder	0 til 5	0,00	0,00
Alder	6 til 12	0,03	0,00
Alder	13 til 17	0,07	0,00
Alder	18 til 29	0,14	0,16
Alder	30 til 39	0,12	0,20
Alder	40 til 49	0,09	0,10
Alder	50 til 59	0,06	0,07
Alder	60 til 69	0,03	0,03
Alder	70 til 79	0,03	0,00
Alder	80 +	0,03	0,00
<b>Sum</b>	<b>Alderskriterier</b>	<b>0,60</b>	<b>0,58</b>
Antall ugifte 40 +		0,04	0,06
Antall uføre med diagnose innen psykisk helse 18-39 år		0,08	0,02
Antall uføre med diagnose innen psykisk helse 40-69 år		0,10	0,06
Antall med utdanning grunnskole 18-29 år		0,03	0,13
Antall med utdanning grunnskole 30-59 år		0,00	0,07
Antall sosialhjelpsmottakere 18-49 år		0,00	0,08
Antall barn som bor med en forelder		0,05	0,00
Antall barnevernstiltak		0,02	0,00
Antall uføretrygdede 18-67 år		0,01	0,00
Antall ikke-vestlige innvandrere		0,07	0,00
<b>Sum</b>	<b>Sosiale kriterier</b>	<b>0,40</b>	<b>0,42</b>
<b>SUM behovskomponent</b>		<b>1,00</b>	<b>1,00</b>

I modellen er de lagt til grunn at den samiske befolkningen har samme behov for spesialisthelsetjenesten som befolkningen for øvrig.

### **Mobilitetskomponenten**

Modellen inneholder en mobilitetskomponent som sikrer betaling når pasienter i ett helseforetak (med sørge-for-ansvar) får behandling i et annet helseforetak i Helse Nord.

I vurdering av betaling pr. liggedøgn/konsultasjon er det lagt til grunn et ønske om å stimulere til at all behandling lavere enn sykehusnivå skal skje lokalt og nærmest mulig brukerens bosted. Betalingen er derfor foreslått satt til 100 % av estimert gjennomsnittlig kostnad for et liggedøgn/konsultasjon ved et distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Dette stimulerer til å gi DPS-behandling til egne pasienter, nærmest mulig bosted.

Kostnaden pr. liggedøgn og konsultasjon tar utgangspunkt i intern benchmarkingrapport med bakgrunn i data for 2007 og 2008. For 2011 er kostnaden estimert til kr 5 600,- for liggedøgn og kr 2 300,- for en konsultasjon.

I modellen er det lagt opp til at utfører også får betalt for kostnader ved ambulering til andre helseforetak, når dette gjøres. Dette elementet i modellen skal bidra til at ambulering ut til pasientene videreføres og styrkes. Datagrunnlaget for denne aktiviteten er spinkelt, det foreslås derfor å videreutvikle registrering av denne aktiviteten i modellen.

Innen TSB foreslår prosjektgruppen at betalingen pr. liggedøgn settes noe lavere (kr 4 500,-) enn i psykisk helsevern. Dette gjøres for at interne priser i større grad harmonerer med kostnad ved å kjøpe behandling hos private, samt at kostnaden er vurdert å være noe lavere sammenlignet med psykisk helse.

Tabellen viser pasientstrømmer (liggedøgn) for psykisk helsevern for voksne (PHV) som ligger til grunn for modellen 2011. Tilsvarende tabell for polikliniske konsultasjoner PHV og liggedøgn/konsultasjoner for TSB og BUP ligger i modellen. Mobilitetskomponenten vil oppdateres årlig med bakgrunn i data fra Norsk Pasientregister.

<b>liggedøgn PHV</b> <b>HF "utfører"</b> ↓	<b>HF bosted</b> →				<b>UNN</b>	<b>Totalt</b>
	<b>Finnmark</b>	<b>Helgeland</b>	<b>NLSH</b>			
Finnmark	14 688	31		42	327	15 088
Helgeland	-	5 586		-	-	5 586
NLSH	495	9 800		38 363	5 652	54 310
UNN	7 126	12		781	40 567	48 486
<b>Totalt</b>	<b>22 309</b>	<b>15 429</b>		<b>39 186</b>	<b>46 546</b>	<b>123 470</b>

### **Kostnadskomponenten**

Modellen har en "kostnadskomponent" som har to funksjoner:

- Den ivaretar og støtter opp under eksisterende funksjons- og arbeidsfordeling. Nasjonale, regionale, og sykehusfunksjoner ivaretas gjennom en basisfinansiering i kostnadskomponenten.
- Den håndterer særskilte "kostnadsulemper" for helseforetak, for eksempel økte kostnader som følge av avstand eller økt behov som følge av asylmottak.

### **Kompensasjon for sykehusfunksjoner, regionale og nasjonale funksjoner**

Behandling ved regionale/sykehusfunksjoner er i all hovedsak noe dyrere enn behandling ved et DPS. Når betaling for alle liggedøgn/konsultasjoner er satt lik, estimert gjennomsnittlig kostnad for et liggedøgn/konsultasjon ved den rimeligste behandlingen (DPS), innebærer dette at den aktivitetsavhengige betalingen for regionale/sykehusfunksjoner vil variere mellom 40-80 %, mens resterende er ”basisfinansiert”.

Dette medfører en risikodeling mellom utfører og helseforetaket med sørge-for-ansvaret, og det vil ikke lønne seg å bygge opp tilbud i konkurranse med etablerte funksjoner. Samtidig må den aktivitetsavhengige betalingen være så høy at den har betydning for utøver (stimulerer til økt aktivitet).

Følgende funksjoner er kartlagt og foreslått innarbeidet i kostnadskomponenten for henholdsvis psykisk helsevern og TSB (tall i mill kroner):

<b>Kostnadskomponent psykisk helsevern</b>	<b>Helse Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helge-land</b>	<b>Sum mill. kr</b>
SANKS (familienhet, ungdomspsykiatrisk avd)	29.2				29.2
Kropp & Selvfølelse		1.0			1.0
Avstand	3.8	1.6	2.8	1.7	10.0
Asylmottak	1.5	6.6	3.8	2.3	14.3
Akuttposter UNN/NLSH ink. Subakutt UNN		33.1	42.1		75.2
Alderspsykiatri UNN/NLSH		2.4	-		2.4
Almenpsykiatrisk avdeling NLSH sentralsykehusfunksjon			3.7		3.7
Dobbeltdiagnose avd NLSH/UNN		9.0	9.6		18.6
Innsatsteam NLSH region			6.0		6.0
Autismeteam NLSH			0.7		0.7
Akutt, korttids- og langtidsenhet og familieenhet BUP NLSH			28.7		28.7
Fagteam spiseforstyrrelser			1.2		1.2
Ungdomspsykiatrisk avdeling UNN		16.7			16.7
Langtidsrehabilitering NLSH					0.0
Spiseforstyrrelser UNN/NLSH		9.7	16.5		26.3
Sikkerhetsposter UNN/NLSH		19.4	20.3		39.6
<b>Sum</b>	<b>34.6</b>	<b>99.6</b>	<b>135.3</b>	<b>4.0</b>	<b>273.5</b>

<b>Kostnadskomponent TSB</b>	<b>Helse Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Sum (mill kr.)</b>
Koordineringsfunksjon	0.335	0.779	0.563	0.323	2.000
LAR i Nord		13.907	8.400		22.307
Tvang		5.754			5.754
Avrusning og utredning		4.552			4.552
<b>Sum</b>	<b>0.335</b>	<b>24.992</b>	<b>8.963</b>	<b>0.323</b>	<b>34.613</b>

Ved kostnadsberegning av funksjonene er det helseforetakenes egne driftskostnader for 2010, inklusive felleskostnader, som er lagt til grunn. For å stimulere til effektivitet har prosjektgruppen vurdert å legge til grunn gjennomsnittlige kostnader pr. liggedøgn ved beregning av døgntilbudene i kostnadskomponenten. Dette ville medført et effektiviseringskrav for det dyreste tilbudet. Det er imidlertid vanskelig å vurdere sammenlignbarheten i aktivitets- og kostnadsdataene.

Prosjektgruppen har derfor foreslått en modell hvor døgntilbudene i kostnadskomponenten kompenseres 98 % av dagens kostnadsnivå. Resterende 2 % fordeles i behovskomponenten.

Dette innebærer et lite effektiviseringskrav til Nordlandssykehuset HF (NLSH) og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). På sikt er det ønskelig å ta utgangspunkt i en referansekostnad.

Kompensasjon til SANKS er foreslått satt til 98 % av tidligere øremerket tilskudd. Det foreligger her en mindretallsmerknad fra Helse Finnmark HF. Helse Finnmarks argumentasjon er at SANKS er et nasjonalt kompetansesenter med oppdrag å utvikle et likeverdig tjenestetilbud til den samiske befolkning. Det er politiske føringer for SANKS, og det er ikke gjennomført evaluering av enheten.

### ***Kompensasjon for kostnadsulemper***

I prosjektarbeidet er det spilt inn fem forhold, hvor det er vurdert om det skal gis kostnadskompensasjon for:

- Ambulering internt i eget helseforetak
- Barnevernsinstitusjoner
- Asylmottak
- Storby (jf. diskusjonen i kapittelet om behovsmodellen)
- Forskning og undervisning

Prosjektgruppen foreslår at asylmottak og avstand mellom bosted og behandlingssted håndteres i kostnadskomponenten for psykisk helse.

Ambulering i eget helseforetak er en aktivitet som er ønskelig, fordi det bygger opp under prinsippet om at behandling skal gis så nært pasientens bosted som mulig.

Modellen tar utgangspunkt i reisetid i minutter fra kommunesentrum til nærmeste behandlingssted (DPS), og den gir et uttrykk for gjennomsnittlig reisetid pr. innbygger i de ulike helseforetakene. Den gjennomsnittlige reisetiden multipliseres med antall innbyggere, slik at modellen gir et bilde av den totale beregnede reisetiden i hvert helseforetak.

Modellen viser at reisetiden er relativt størst i Finnmark, mens den er relative reisetiden er minst for UNN. Selv om modellen gir et uttrykk for reisebelastningen i hvert helseforetak, gir den ingen indikasjon på hvor stor kompensasjonen bør være. Prosjektgruppen og styringsgruppen foreslår at beløpet blir satt skjønnsmessig til 10 mill kroner i kostnadskomponenten.

Barnevernsinstitusjoner og antall plasser er kartlagt. Antall plasser er fordelt relativt likt med fordeling av behov og gir kun små omfordelingseffekter. Beboerne i barnevernsinstitusjonene er norske statsborgere og fanges dermed opp av behovskomponenten og mobilitetskomponenten i modellen.

Asylmottak antas å medføre økt behov for helsetjenester. Fordeling viser at UNN har en større andel mottaksplasser og Finnmark en mindre andel mottaksplasser sammenlignet med behovskomponentenes fordeling.

Beboere ved asylmottak fanges ikke opp i behovskomponenten, da de ikke er registrert som norske statsborgere. De har likevel behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten, og prosjektgruppen foreslår derfor at asylmottak innarbeides i kostnadskomponenten. Beløpet som fordeles i kostnadskomponenten (14 mill kroner) er beregnet på bakgrunn av antall mottaksplasser multiplisert med en kompensasjon pr. innbygger.

Det gis i dag kompensasjon for kostnadsulemper knyttet til undervisning og forskning utført innen psykisk helsevern og TSB i kostnadskomponenten i somatikkmodellen. En synliggjøring av undervisnings- og forskningsinnsatsen innen psykisk helsevern og TSB vil ikke påvirke inntektsfordelingen mellom helseforetakene, men vil medføre ekstra administrativt arbeid, i det undervisning og forskning knyttet til disse tjenestene da krever en særskilt registrering. Dagens ordning for kompensasjon av kostnadsulemper knyttet til undervisning og forskning foreslår derfor opprettholdt i somatikkmodellen.

#### *Fordeling av ressursene*

Foreslått modell gir følgende fordeling av ressurser til psykisk helsevern og endringer fra dagens fordeling:

<b>Inntektsmodell psykisk helse</b>						
Til fordeling	1 750 531					
		Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Behovskomponent	1 476 994	242 424	580 776	412 844	240 951	1 476 994
Kostnadskomponent	273 537	34 583	99 627	135 278	4 048	273 537
Mobilitetskomponent	-	-44 624	14 452	96 864	-66 692	-
<b>Sum</b>	<b>1 750 531</b>	<b>232 383</b>	<b>694 855</b>	<b>644 987</b>	<b>178 307</b>	<b>1 750 531</b>
Fordeling budsjett 2011		251 413	709 245	647 684	142 189	1 750 531
<i>Endring</i>		<i>-19 030</i>	<i>-14 390</i>	<i>-2 698</i>	<i>36 118</i>	<i>-0</i>

Foreslått modell gir følgende fordeling av ressurser til TSB og endringer fra dagens fordeling:

<b>Inntektsmodell TSB</b>						
Til fordeling	239 856					
		Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Behovskomponent	205 243	34 359	79 959	57 801	33 124	205 243
Kostnadskomponent	34 613	335	24 992	8 963	323	34 613
Mobilitetskomponent	-	169	36 045	-24 904	-11 310	-
<b>Sum</b>	<b>239 856</b>	<b>34 862</b>	<b>140 996</b>	<b>41 861</b>	<b>22 137</b>	<b>239 856</b>
Fordeling budsjett 2011		23 358	144 015	48 612	23 871	239 856
<i>Endring</i>		<i>11 504</i>	<i>-3 019</i>	<i>-6 751</i>	<i>-1 734</i>	<i>0</i>

#### **Høringssvar og mindretallsmerknader i prosjektet**

Rapporten har vært sendt på høring til helseforetakene i Helse Nord og regionalt brukerutvalg (RBU) med høringsfrist 26. april 2011. Alle har gitt høringssvar. Disse følger som utrykte vedlegg.

Gjennomgående for høringsuttalelsene er at man er positive til innføring av inntektsmodellen, og det gis tilslutning til de målsettinger som er skissert opp for arbeidet.

Brukerutvalget fremholder at modellen ikke må stimulere til for korte opphold i spesialisthelsetjenesten. Videre at det ikke er tydelig om modellen støtter opp under samhandling med kommunene, og heller ikke hvilken rolle og oppgave som brukere kan ha.

Adm. direktørs vurdering er at modellen ikke stimulerer til for korte opphold, da det er antall liggedøgn som sikrer at inntektene tilfaller helseforetak som utfører aktivitet.

Brukermedvirkning er en del av oppdraget til helseforetakene, men det er adm. direktørs vurdering at dette forholdet ikke kan legges inn i en finansieringsmodell på en god måte, men heller må være et innholdskrav som i dag. Det samme gjelder samhandling med kommuner, selv om dette delvis ivaretas i modellen gjennom at både ambulering internt i helseforetak og mellom helseforetak påvirker fordelingen. Ambuleringen gjelder også samhandling med kommuner.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) stiller spørsmålsteget ved at storby og barnevernsinstitusjoner ikke er tillagt vekt i modellen. Disse forholdene er drøftet relativt grundig i prosjektgruppens rapport og adm. direktør anbefaler at disse konklusjonene står fast.

Antall barnevernsplasser er fordelt som behovskomponenten for øvrig og et evt. eget beløp fordelt etter antall plasser vil således ikke medføre en annen fordeling av ressurser. For et evt. storbykriterium ville det vært aktuelt å tillegge et slikt kriterium vekt, dersom for eksempel UNN kun hadde hatt ansvar for befolkningen i Tromsø by. Byene i Nord-Norge er små og helseforetaksområdene store, dermed mener adm. direktør at kriteriene i modellen fanger opp behovsmessige variasjoner på en god nok måte. Mobilitetskomponenten vil sikre at UNN får betaling dersom de behandler pasienter fra andre helseforetaksområder.

UNN fremfører at det er feil i enkelte opptaksområder i avstandskomponenten. Dette vil ha marginal betydning og vil korrigeres.

Helgelandssykehuset HF gir sin tilslutning til modellen uten merknader, og slutter seg til forslaget om gradvis implementering.

Nordlandssykehuset HF (NLSH) påpeker at det i helsevesenet generelt er ansett at volumkompetanse er nødvendig for å kunne møte problemstillinger som oppstår sjeldent. Dette er et prinsipp som kan synes mindre anerkjent innen psykisk helsevern og TSB, der fokus på nærhet prioriteres høyere enn fokus på volumkompetanse. Helseforetaket mener på denne bakgrunn at behovet for volumkompetanse er underkommunisert i forslaget til ny inntektsfordelingsmodell. Adm. direktør mener at modellen forsøker å ivareta dette ved at den stimulerer til å behandle pasienter på rett nivå, nært hjem der hvor dette er faglig ønsket, og ved sentraliserte tilbud hvor dette er faglig ønsket.

NLSH påpeker videre at omstilling og effektivisering forutsetter solid kunnskap om sektoren for å bli vellykket, en kunnskap som ikke i tilstrekkelig grad foreligger pr. i dag. Det foretas en nærmere vurdering av dette i saken.



Helse Finnmark HF slutter seg til forslaget om modell, men har to merknader. Helseforetaket mener at geografisk avstand medfører en kostnadsulempe som ikke er godt nok ivaretatt i modellen. I modellen er det innarbeidet en kostnadsulempe ”avstand knyttet til intern ambulering” som medfører en kompensasjon til Helse Finnmark HF. Helseforetaket mener at denne bør tillegges mer vekt enn de foreslåtte 10 mill kroner.

Det foreligger mindretallsmerknad i prosjektet fra Helse Finnmark HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF, når det gjelder avstandskompensasjon i kostnadskomponenten. Helse Finnmark HF mener den er for liten og UNN at den er for stor.

Det foreligger mindretallsmerknad i prosjektet fra Helse Finnmark HF vedrørende SANKS, hvor det er foreslått at kostnadskomponenten tar utgangspunkt i 98 % av tidligere øremerket tilskudd. Dette forholdet er også tatt opp i høringsuttalelsen fra Helse Finnmark HF. Dette er foreslått som et gjennomgående prinsipp for regionale funksjoner i kostnadskomponenten.

Bakgrunnen for forslaget er at modellen skal stimulere til effektivitet. Helseforetaket mener at dette medfører at tidligere øremerket bevilgning ikke i sin helhet kommer formålet til gode, og prinsippet ikke bør gjelde SANKS. Adm. direktør mener på generelt grunnlag at SANKS er godt ivaretatt i modellen med et tilskudd på om lag 29 mill kroner gjennom kostnadskomponenten, men i saken foretas en vurdering av prinsippet om effektivisering. Alle disse forholdene har liten betydning for modellen som helhet.

### **Vurdering**

Det er ikke mulig å lage en fullstendig objektiv modell for fordeling av ressurser. En fordeling mellom helseforetak må kompletteres med andre vurderinger og ønsket utvikling/styring. Foreslått modell har likevel et sterkt innslag av objektive kriterier ved at om lag 85 % av ressursene fordeles etter befolkning og sosioøkonomiske kriterier som påvirker behov for spesialisthelsetjenester.

Kostnadskomponenten er også beregningsteknisk dokumentert, men bruk av egne regnskaps- og aktivitetsdata for ett år medfører at prosjektgruppen foreslår at størrelsene bør kvalitetssikres i en revisjon av modellen. Eventuell ubenyttet kapasitet i 2010 vil også påvirke kostnadskomponentens størrelse og dette må også vurderes i revisjon av modellen. Adm. direktør anbefaler dette.

Innføring av inntektsfordelingsmodellen medfører at utfører får en betaling pr. konsultasjon og liggedøgn. Dette er en betydelig endring sammenlignet med dagens modell hvor døgnbehandlingen er rammefinansiert i sin helhet. Foreslått modell innebærer etablering av en mer dynamisk finansieringsmodell som i større grad stimulerer til aktivitet, og vil bidra til utnyttelse av kapasitet i foretaksgruppen.

Adm. direktør vurderer at det er ønskelig å stimulere til effektivitet. Dette bør gjøres ved at regionale funksjoner på sikt bør kompenseres ut ifra en referansepris, for eksempel et nasjonalt gjennomsnitt, slik som prosjektet har foreslått. Foreslått modell hvor dagens kostnadsnivå finansieres med 98 % i kostnadskomponenten medfører et effektiviseringskrav, men det kan ikke med sikkerhet fastslås at det er korrekt fordelt. Videre innebærer modellen i seg selv et press på å utnytte ressursene i helseforetaket best mulig. Adm. direktør anbefaler derfor at funksjonene i kostnadskomponenten finansieres med 100 % av dagens kostnadsnivå, og SANKS finansieres med 100 % av tidligere øremerket tilskudd.

Prosjektgruppa har tilrådd en gradvis innfasing av omfordelingseffektene på bakgrunn av flere forhold:

- Helseforetak som får reduserte rammer, må få tid til omstilling
- Helseforetak som får økte rammer, må få tid til gradvis oppbygning av tilbud. Alle økte inntekter må sammenholdes med konkrete krav til innhold/økt aktivitet.
- Det er generelt noe usikkerhet knyttet til aktivitetsdata, og vi trenger erfaring med årlige endringer i dataene.
- Forventet endring av pasientstrømmer gjør at vi ikke kan implementere mekanisk, hva modellen viser av effekter

Prosjektgruppen tilråder også at graden av innfasing vurderes skjønnsmessig i det årlige arbeidet med budsjett. Adm. direktør anbefaler en slik tilnærming. Konkrete forslag for 2012 fremmes i sak om plan 2012-2015.

Tilskudd til psykososialt team ved UNN er i dag fordelt i ”særskilt funksjon”, altså utenfor modellen for psykisk helsevern. Adm. direktør foreslår at dette tilskuddet på sikt fases inn i kostnadskomponenten i modell for psykisk helsevern.

### **Konklusjon**

Innfasing av modellen innebærer ikke at de samlede ressursrammer for psykisk helse og TSB i Helse Nord reduseres, men modellen viser at vi bør fordele ressursene mellom helseforetakene noe annerledes enn i dag.

Adm. direktør vurderer at det er ønskelig å stimulere til effektivitet. Foreslått modell hvor dagens kostnadsnivå finansieres med 98 % i kostnadskomponenten medfører et effektiviseringskrav, men det kan ikke med sikkerhet fastslås at det er korrekt fordelt. Det innebærer kun effektiviseringskrav til sentraliserte funksjoner, ikke desentraliserte tilbud.

Adm. direktør anbefaler derfor at funksjonene i kostnadskomponenten finansieres med 100 % av dagens kostnadsnivå og SANKS finansieres med 100 % av tidligere øremerket tilskudd, fram til en referansepris kan legges til grunn.

Tabellen viser oppdaterte omfordelingseffekter etter adm. direktørs forslag:

<b>Inntektsmodell psykisk helse</b>							
Til fordeling	1 750 531						
		<b>Helse Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Sum</b>	<b>Andel</b>
Behovskomponent	1 465 522	240 541	576 265	409 637	239 079	1 465 522	0,84
Kostnadskomponent	285 009	35 179	104 725	141 057	4 048	285 009	0,16
Mobilitetskomponent	-	-44 624	14 452	96 864	-66 692	-	
<b>Sum</b>	<b>1 750 531</b>	<b>231 096</b>	<b>695 441</b>	<b>647 559</b>	<b>176 435</b>	<b>1 750 531</b>	
Fordeling budsjett 2011		251 413	709 245	647 684	142 189	1 750 531	
<i>Endring</i>		<i>-20 317</i>	<i>-13 804</i>	<i>-125</i>	<i>34 246</i>	<i>-0</i>	

<b>Inntektsmodell TSB</b>							
Til fordeling	239 856						
		<b>Helse Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Sum</b>	<b>Andel</b>
Behovskomponent	204 624	34 255	79 718	57 627	33 024	204 624	0,85
Kostnadskomponent	35 232	335	25 611	8 963	323	35 232	0,15
Mobilitetskomponent	-	169	36 045	-24 904	-11 310	-	
<b>Sum</b>	<b>239 856</b>	<b>34 758</b>	<b>141 374</b>	<b>41 686</b>	<b>22 037</b>	<b>239 856</b>	
Fordeling budsjett 2011		23 358	144 015	48 612	23 871	239 856	
<i>Endring</i>		<i>11 400</i>	<i>-2 641</i>	<i>-6 925</i>	<i>-1 834</i>	<i>0</i>	
<b>SUM endring psykisk helse og TSB</b>		<b>-8 917</b>	<b>-16 445</b>	<b>-7 051</b>	<b>32 413</b>	<b>-0</b>	

Helse Finnmark HF har omtrent like stor befolkning som Helgelandssykehuset HF. Selv om helseforetaket har en nasjonal funksjon i SANKS, har helseforetaket i dag relativt sett en større andel av ressursene til psykisk helsevern enn hva behovet og modellen viser. Samtidig skal rammen til TSB økes, men i sum innebærer modellen at basisrammen til Helse Finnmark HF skal reduseres noe.

Modellen viser isolert sett at UNN's basisramme skal reduseres noe. Men det forventes at helseforetaket i større grad vil behandle pasienter fra Ofoten selv fra 2011. Totale liggedøgn for Ofoten-pasienter ved Nordlandshuset HF var omlag 3300 i 2009. Dersom en antar at 3000 av disse liggedagene flyttes til UNN, vil dette medføre en reduksjon i gjestepasientkostnader for UNN på ca 17 mill kroner.

Gitt at en slik overføring skjer, vil modellen ikke gi en reduksjon i bevilgningen til UNN. Dette medfører at UNN skal beholde, eventuelt øke, dagens ramme, men de har fått sørge-for-ansvar for en større befolkning. En av årsakene til at modellen viser at UNN har kapasitet til å overta sørge-for-ansvaret for befolkningen i Ofoten, er det relativt lave forbruket befolkningen i Finnmark har av tjenester på UNN. Modellen gir som resultat at NLSH's basisramme skal reduseres noe innen TSB. Det forventes at modellen fremover vil vise at NLSH skal noe ned også innen psykisk helse, men da i hovedsak som følge av ansvarsoverføring av Ofoten til UNN.

Helgelandssykehuset HF skal ha økt basisramme til psykisk helsevern ved implementering av inntektsmodellen. Gradvis økte rammer til Helgelandssykehuset HF vil sammenholdes med konkrete krav til økt aktivitet/nytt innhold i tjenester innen psykisk helse og samarbeidsavtaler med Nordlandssykehuset for å sikre videre effektiv utnyttelse av ressursene.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til prinsippene i inntektsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Modellenes hovedmål er å legge til rette for et godt og likeverdig tilbud for befolkningen basert på Helse Nord's verdier kvalitet, trygghet og respekt.
2. Effektene av modellen skal fases gradvis inn over fire år fra og med 2011.
3. Tilførsel av økte ressurser til helseforetak skal sammenholdes med konkrete krav til innhold/økt aktivitet for å sikre videre effektiv utnyttelse av ressurser.
4. Funksjonene i kostnadskomponenten finansieres med 100 % av dagens kostnadsnivå fram til en referansepris kan legges til grunn. Samisk kompetansesenter (SANKS) finansieres med 100 % av tidligere øremerket tilskudd.

Bodø, den 10. juni 2011

Lars Vorland  
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Sluttrapport fra prosjektgruppen av 30. mars 2011

Vedlegget er lagt ut på våre hjemmesider – se: <http://www.helse-nord.no/tidligere-hoeringer/hoering-forslag-til-inntektsmodell-for-psykisk-helse-og-rus-article84058-27149.html>

Utrykte vedlegg: Høringsuttalelser fra helseforetakene og regionalt brukerutvalg

# Inntektsmodeller for Helse Nord RHF

Psykisk helsevern

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av administrerende  
direktør i Helse Nord RHF

Sluttrapport 30. mars 2011



# INNHold

<b>1. Innledning.....</b>	<b>4</b>
1.1 Styringsgruppas vedtak.....	4
1.2 Mandat.....	4
<b>2. Sammendrag.....</b>	<b>7</b>
2.1 Behovskomponent.....	8
2.2 Mobilitetskomponent.....	8
2.3 Kostnadskomponent.....	8
2.4 Oppsummering.....	10
<b>3. Modeller for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling.....</b>	<b>11</b>
3.1 Behovskomponenten.....	12
3.1.1 Psykisk helsevern.....	12
3.1.1.1 Psykisk helsevern for voksne.....	12
3.1.1.2 Psykisk helsevern for barn og unge.....	13
3.1.1.3 Behovsnøkkel for psykisk helsevern totalt.....	14
3.1.2 Tverrfaglig spesialisert behandling.....	15
3.1.3 Forhold mellom kriteriesettene for Psykisk Helse og TSB.....	16
3.1.4 Prosjektgruppens vurdering.....	17
3.2 Kostnadskomponenten.....	18
3.2.1 Kostnadsulemper.....	18
3.2.1.1 Kostnadsulemper knyttet til ambulering internt i eget helseforetak.....	19
3.2.1.2 Barnevernsinstitusjoner.....	19
3.2.1.3 Asylmottak.....	20
3.2.1.4 Storby.....	20
3.2.1.5 Forskning og undervisning.....	21
3.2.2 Kompensasjon for sykehusfunksjoner, regionale og nasjonale funksjoner.....	21
3.3 Mobilitetskomponenten.....	25
3.3.1 Dagens gjestepasientordning.....	25
3.3.2 Prinsipielle valg.....	26

3.3.3 Nærmere om løsningen for pasientmobilitet mellom HF-ene .....	27
3.3.3.1 Psykisk helsevern.....	28
3.3.3.2 TSB.....	30
3.3.3.3 Ambulering .....	31
<b>4. Private tilbydere.....</b>	<b>31</b>
<b>5. Totalmodell.....</b>	<b>33</b>
<b>6. Implementering.....</b>	<b>35</b>
<b>Vedlegg 1 Nærmere om modellen for beregning av avstand .....</b>	<b>36</b>
<b>Vedlegg 2 Diskusjonsnotat vedrørende Storby .....</b>	<b>42</b>
<b>Vedlegg 3 Beregning av kostnadskomponent LAR.....</b>	<b>45</b>

## 1. INNLEDNING

Helse Nord innførte i 2008 en inntektsfordelingsmodell for somatisk virksomhet basert på objektive kriterier. Det er et uttalt mål at inntektsmodellen skal utvides slik at den etter hvert omfatter alle områdene i sektoren. Utvidelsen gjennomføres gradvis, og administrerende direktør i Helse Nord RHF har besluttet at den eksisterende modellen i denne omgang skal utvides til også å omfatte psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB). Modellen skal innføres fra 2012.

På denne bakgrunn ble det nedsatt en prosjektgruppe som hadde sitt oppstartsmøte i november 2010. Det ble også nedsatt en styringsgruppe for prosjektet.

### 1.1 STYRINGSGRUPPAS VEDTAK

Prosjektets styringsgruppe behandlet denne rapporten i møte 6. april 2011 og fattet følgende vedtak:

*Styringsgruppen godkjenner rapporten med følgende merknader;*

- *Ubenyttet kapasitet i 2010 påvirker kostnadskomponentens størrelse og dette må også vurderes i revisjon av modellen.*
- *Feil i opptaksområder for NLSH i vedlegg 1 korrigeres ved oppdatering av modellen.*
- *Mindretallsmerknad fra UNNs prosjektdeltakere om at avstandskompensasjon er satt for høyt opprettholdes av helseforetakets representant i styringsgruppen.*
- *Helse Finnmarks medlem av styringsgruppen mener at avstandskompensasjon burde vært satt høyere.*
- *Mindretallsmerknad fra Helse Finnmarks prosjektdeltaker om at SANKS bør unntas fra prinsippet om at 98 % kompenseres i kostnadskomponenten og at 2 % fordeles gjennom behovskomponenten opprettholdes av helseforetakets representant i styringsgruppen.*

### 1.2 MANDAT

Prosjektets mandat gjengis nedenfor:

Formålet med etablering av inntektsfordelingsmodell for psykisk helsevern og TSB er å:



- ✓ Bidra til en inntektsfordeling mellom foretakene som skaper best mulig samsvar mellom de oppgaver som skal ivaretas og de ressurser som tildeles, slik at foretakene gis samme mulighet til å løse sine oppgaver innen de ressursrammer som stilles til disposisjon.
- ✓ Stimulere til effektiv ressursbruk og kontinuerlig forbedringsarbeid i de enkelte helseforetak og i foretaksgruppen samlet.
- ✓ Støtte opp under intern samhandling og utnyttelse av den samlede kapasitet og kompetanse i foretaksgruppen.

### ***Krav til prosess og øvrige premisser for arbeidet***

I arbeidet skal det legges stor vekt på forankring av prosesser og utvikling av en best mulig felles forståelse for modellens elementer, logikk og empiriske avledninger. Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte vedtatte strategier og helsepolitiske mål for Helse Nord.

Modellen skal spesielt understøtte 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.

Kriteriene i fordelingsmodellen må i størst mulig grad være basert på offentlig tilgjengelig statistikk, slik at modellen er etterprøvable. For å sikre forutsigbarhet over tid bør de indikatorene som velges kunne benyttes over flere år, og kunne oppdateres årlig, med endringer i kriterieverdiene.

Modellen må være ferdig utarbeidet innen 11. april 2011, slik at den kan danne grunnlag for styrebehandling og fastsetting av rammer 2012 i juni 2011.

### ***Organisering***

Arbeidet skal organiseres i en prosjektgruppe bestående av deltakere fra de enkelte HF og administrasjonen i Helse Nord RHF. Det opprettes en styringsgruppe som ledes av Kst. direktør

for eieravdelingen i Helse Nord RHF Irene Skiri, og hvor konserntillitsvalgte og representant for brukerorganisasjonene deltar, i tillegg til representanter fra helseforetakene og RHF.

Innleid prosjektleder Oddvar Kaarbøe skal både lede utredningsarbeidet og gjennomføre nødvendige analyser og vurderinger. Terje P. Hagen er innleid som prosjektmedarbeider. Prosjektdeltakerne har et særlig ansvar for å fremlegge kostnads- og aktivitetsdata fra sine helseforetak til bruk i analysene. Deltakere i prosjekt og styringsgruppa har videre et særlig ansvar for å bringe helhetlig informasjon om arbeidet tilbake til egne helseforetak. Arbeidsformen vil variere mellom fysiske arbeidsmøter, telefonmøter, utvidede arbeidsseminarer, redegjørelser for foretaksdirektørene, økonomi-, fagsjefer og andre innen fagområdene.

Dette har gitt en prosjektgruppe bestående av:

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ Oddvar Kaarbøe                  | Prosjektleder                       |
| ✓ Terje P. Hagen                  | Prosjektmedarbeider                 |
| ✓ Jan-Petter Monsen               | Helse Nord RHF                      |
| ✓ Jann-Georg Falch                | Helse Nord RHF                      |
| ✓ Aina Olsen                      | Helse Nord RHF                      |
| ✓ Grethe Andersen                 | Universitetssykehuset Nord-Norge HF |
| ✓ Carl-Erik Westgren              | Universitetssykehuset Nord-Norge HF |
| ✓ Sidsel Forbergskog/Tove Lyngved | Helgelandssykehuset HF              |
| ✓ Gunn Hætta                      | Helse Finnmark HF                   |
| ✓ Marit Barosen                   | Nordlandssykehuset HF               |
| ✓ Torunn Alveng                   | Nordlandssykehuset HF               |

Styringsgruppen har hatt følgende sammensetning:

- |                    |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|
| ✓ Irene Skiri      | Helse Nord RHF                      |
| ✓ Jorunn Lægland   | Universitetssykehuset Nord-Norge HF |
| ✓ Jann-Georg Falch | Helse Nord RHF                      |
| ✓ Fredrik Sund     | Konserntillitsvalgt                 |
| ✓ Fred Mürer       | Helgelandssykehuset HF              |

- ✓ Jørn Stemland Nordlandssykehuset HF
- ✓ Jan-Erik Hansen Helse Finnmark HF
- ✓ Mildrid Pedersen Regionalt brukerutvalg
- ✓ Oddvar Larsen Helse Nord RHF

Prosjektgruppen rapporterer til styringsgruppen. Prosjekteier er administrerende direktør i Helse Nord RHF.

Prosjektgruppen av hatt 9 møter i perioden november 2010 – april 2011, mens styringsgruppen har hatt 5 møter i den samme perioden.

## 2. SAMMENDRAG

Dagens fordeling av om lag 2 mrd kroner til psykisk helse og TSB er dels basert på historiske kostnader i helseforetakene og dels på opptrappingsplaner, både den statlige opptrappingsplanen for psykisk helse som ble avsluttet i 2008, opptrappingsplanen innen TSB, og andre tiltak prioritert av Helse Nord RHF. Modellen som nå foreslås innfaset fordeler ressursene ut ifra befolkningens behov, samtidig som den støtter opp under vedtatt arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene og ivaretar kompetansemiljøene i Bodø, Tromsø og Karasjok. Den statlige opptrappingsplanen for psykisk helsevern er nullstilt i ressursfordelingen i modellen, med unntak av bevilgningen til SANKS som foreslås videreført. Dette innebærer en prioritering av tilbudet til den samiske befolkningen.

Ut i fra mandatet har prosjektet lagt til grunn at modellenes hovedmål er å legge til rette for et godt og likeverdig tilbud for befolkningen. I vurderingen av modellenes enkelte elementer og virkemåte har det vært reflektert rundt hvordan de ulike forholdene støtter opp under og stimulerer til ønsket behandling, arbeidsdeling og effektiv utnyttelse av ressursene i foretaksgruppen.

Arbeidsgruppen har forsøkt å lage et forslag til modell som:

1. Sikrer et likeverdig tilbud til alle pasientene uavhengig av hvor de bor
2. Stimulerer til behandling så nært hjem som mulig

3. Støtter opp under ønsket arbeidsdeling mellom sykehus-, regionsfunksjoner og distriktpspsykiatriske sentre (DPS).
4. Støtter opp under samhandling og ivaretar regionale kompetansemiljø i foretaksgruppen.
5. Stimulerer til effektiv ressursbruk og utnyttelse av kapasitet

## 2.1 BEHOVSKOMPONENT

Et likeverdig tilbud er hovedmål for spesialisthelsetjenesten. For å ivareta dette fordeles om lag 85 % av ressursene etter befolkningens antatte behov for spesialisthelsetjenester. Datagrunnlaget for fordelingen er nasjonale analyser og endringer i befolkningen vil oppdateres årlig. Modellen legger til grunn at hele psykiatritilbudet i Helse Nord skal være tilgjengelig for alle.

## 2.2 MOBILITETSKOMPONENT

Modellen inneholder en mobilitetskomponent som sikrer betaling når pasienter i ett HF (med sørge- for ansvar) får behandling i et annet helseforetak i Helse Nord. I vurdering av betaling per liggedøgn/konsultasjon er det lagt til grunn et ønske om å stimulere til at all behandling lavere enn sykehusnivå skal skje lokalt og nærmest mulig brukerens bosted. Betalingen er foreslått satt til 100 % av estimert gjennomsnittlig kostnad for et liggedøgn/konsultasjon ved et DPS. Dette stimulerer til å gi DPS-behandling til egne pasienter, nærmest mulig bosted. I modellen er det lagt opp til at utfører også får betalt for kostnader ved ambulering til andre helseforetak når dette gjøres. Dette elementet i modellen skal bidra til at ambulering ut til pasientene videreføres og styrkes. Datagrunnlaget for denne aktiviteten er spinkelt, det foreslås derfor å videreutvikle registrering av denne aktiviteten i modellen.

Innen TSB foreslår prosjektgruppen at betalingen per liggedøgn settes noe lavere enn i psykisk helsevern. Dette gjøres for at interne priser i større grad harmonerer med kostnad ved å kjøpe behandling hos private.

## 2.3 KOSTNADSKOMPONENT

Modellen har en "kostnadskomponent" som har to funksjoner:

- ✓ Den ivaretar og støtter opp under eksisterende funksjons- og arbeidsfordeling. Nasjonale, regionale, og sykehusfunksjoner ivaretas gjennom en basisfinansiering i

kostnadskomponenten. Den håndterer særskilte ”kostnadsulempes” for helseforetak, for eksempel økte kostnader som følge av avstand eller økt behov som følge av asylmottak.

*To nivåer på behandling.* Behandling ved regionale/sykehusfunksjoner er i all hovedsak noe dyrere enn behandling ved et DPS. Når betaling for alle liggedøgn/konsultasjoner er satt lik estimert gjennomsnittlig kostnad for et liggedøgn/konsultasjon ved den rimeligste behandlingen (DPS), innebærer dette at den aktivitetsavhengige betalingen for regionale/sykehusfunksjoner vil variere mellom 40- 80 %, mens resterende er ”basisfinansiert”. Dette medfører en risikodeling mellom utfører og helseforetaket med sørge for-ansvaret, og det vil ikke lønne seg å bygge opp tilbud i konkurranse med etablerte funksjoner. Samtidig må den aktivitetsavhengige betalingen være så høy at den har betydning for utøver (stimulerer til økt aktivitet). Gjennomgang av hvilke funksjoner som håndteres i kostnadskomponenten følger av kapittel 4.

Prosjektgruppen foreslår at asylmottak og avstand mellom bosted og behandlingssted håndteres i kostnadskomponenten for psykisk helse. Antall plasser ved asylmottak er noe skjevfordelt i regionen. Beboere ved asylmottak fanges ikke opp i behovskomponenten da de ikke er registrert som norske statsborgere. De har likevel behov for oppfølging spesialisthelsetjenesten, og prosjektgruppen foreslår derfor at asylmottak håndteres særskilt i kostnadskomponenten.

Store avstander internt i helseforetak antas å gi større kostnader, blant annet gjennom at ambulering vil være mer tid og ressurskrevende jo større avstand det er fra behandlingssted til pasientenes bosted. Prosjektgruppen foreslår derfor at et avstandselement innarbeides i kostnadskomponenten for å kompensere for økte kostnader til ambulering internt i helseforetakene.

For å stimulere til effektivitet har prosjektgruppen vurdert å legge til grunn gjennomsnittlige kostnader per liggedøgn ved beregning av døgntilbudene i kostnadskomponenten. Dette ville medført et effektiviseringskrav for det dyreste tilbudet. Det er imidlertid vanskelig å vurdere sammenlignbarheten i aktivitets- og kostnadsdataene. Prosjektgruppa har derfor valgt en modell hvor døgntilbudene i kostnadskomponenten kompenseres 98 % av dagens kostnadsnivå. Resterende 2 % fordeles i behovskomponenten. Dette innebærer et lite effektiviseringskrav til Nordlandssykehuset (NLSH) og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). På sikt er det ønskelig å ta utgangspunkt i en referansekostnad.

Innføring av inntektsfordelingsmodellen medfører at utfører får en betaling per konsultasjon og liggedøgn. Dette er en betydelig endring sammenlignet med dagens modell hvor døgnbehandlingen er rammefinansiert i sin helhet. Foreslått modell innebærer etablering av en mer dynamisk finansieringsmodell som i større grad stimulerer til aktivitet, og vil bidra til utnyttelse av kapasitet i foretaksgruppen.

## 2.4 OPPSUMMERING

Det er ikke mulig å lage en fullstendig objektiv modell for fordeling av ressurser. En fordeling mellom helseforetak må kompletteres med andre vurderinger og ønsket utvikling/styring. Foreslått modell har likevel et sterkt innslag av objektive kriterier ved at om lag 85 % av ressursene fordeles etter befolkning og sosioøkonomiske kriterier som påvirker behov for spesialisthelsetjenester. Kostnadskomponenten er også beregningsteknisk dokumentert, men bruk av egne regnskaps- og aktivitetsdata for ett år medfører at størrelsene bør kvalitetssikres i en revisjon av modellen.

Innfasing av modellen innebærer ikke at de samlede ressursrammer for psykisk helse og TSB i Helse Nord reduseres, men modellen viser at vi bør fordele ressursene mellom helseforetakene noe annerledes enn i dag.

Helse Finnmark har omtrent like stor befolkning som Helgelandssykehuset. Selv om helseforetaket har en nasjonal funksjon i Samisk kompetansesenter (SANKS) har helseforetaket i dag relativt sett en større andel av ressursene enn hva behovet og modellen viser. Dette innebærer at basisrammen til Helse Finnmark skal reduseres noe.

Modellen viser isolert sett at UNNs basisramme skal reduseres noe. Men, det har fra 2011 skjedd en full ansvarsoverføring av Ofoten-området, og det forventes at helseforetaket i større grad vil behandle pasienter fra Ofoten. Dette medfører at UNN grovt sett skal beholde dagens ramme, men de har fått sørge for ansvar for en større befolkning.

Modellen gir som resultat at NLSHs basisramme skal reduseres noe. Det forventes at modellen fremover vil vise at NLSH skal ytterligere noe ned, men da i hovedsak som følge av ansvarsoverføring av Ofoten til UNN.

Helgelandssykehuset skal ha økt basisramme ved implementering av inntektsmodellen. Gradvis økte rammer til Helgelandssykehuset må sammenholdes med konkrete krav til økt aktivitet/nytt innhold i tjenester innen psykisk helse og samarbeidsavtaler med Nordlandssykehuset for å sikre videre effektiv utnyttelse av ressursene.

Prosjekt- og styringsgruppen tilrår en gradvis implementering av modellen over 4 år, hvor det første året av implementeringen allerede er gjennomført (2011). Forslaget om gradvis implementering skyldes i hovedsak forventede endringer i pasientstrømmer vedrørende Ofoten og at helseforetak må få tid til omstilling.

### **3. MODELLER FOR PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING**

De modellene som legges til grunn til fordeling av inntekter til psykisk helsevern og TSB mellom helseforetakene er bygget opp på samme måte som inntektsmodellen for somatikk, dvs. med en behovskomponent som fordeler inntekter ut fra befolkningens behov, slik dette defineres, og med en kostnadskomponent som kompenserer helseforetakene for definerte kostnadselementer, "ufrivillige kostnadsulemper", samt for nasjonale, regionale og sykehusfunksjoner. Dette er funksjoner som i hovedsak er dyrere enn vanlig behandling, og som er sentralisert til ett eller to helseforetak selv om hele regionens befolkning mottar behandling der. I tillegg krever modellen en mobilitetskomponent som kompenserer økonomisk for behandling over helseforetaksområdene.

Behovskomponenten er basis for modellene og fordeler om lag 85 % av inntektene. De øvrige 15 % fordeles på bakgrunn av definerte kostnadsulemper og til finansiering av nasjonale, regionale og sykehusfunksjoner. Mobilitetsoppgjøret omfordeler henholdsvis 6 % (psykisk helsevern) og 15 % (TSB). I de neste kapitlene presenteres hovedkomponentene i modellene nærmere.

## 3.1 BEHOVSKOMPONENTEN

### 3.1.1 PSYKISK HELSEVERN

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

Det finnes i dag to datasett som kan analyseres og brukes til å bygge opp kriteriesett innen psykisk helsevern for voksne. Dette er:

- ✓ Kriteriesettet fra Magnussen-utvalget (NOU 2008:2)
- ✓ Kriteriesett tatt fram av SINTEF på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF

For psykisk helsevern for barn og unge eksisterer kun datasett som ligger til grunn for Magnussen-utvalgets kriteriesett.

#### 3.1.1.1 Psykisk helsevern for voksne

##### *Kriteriesett fra Magnussen-utvalget*

Det ene alternative kriteriesettet er det som kommer fra analysene som ble gjennomført av Magnussen-utvalget. Kriteriesettet er presentert i NOU 2008:2.

Analysene er basert på pasienttellingsdata fra 2003 og 2004. Pasienttellingsdata er registreringer av pasientene som mottar behandling i psykisk helsevern på en gitt dato (døgnvirksomhet) eller i et gitt 14-dagers tidsrom (poliklinikk og dagpasienter). Registreringene omfatter offentlige institusjoner samt privatpraktiserende spesialister. Pasienttellingsdata er godt egnet til dette analyseformålet fordi de i tillegg til kjønn og alder omfatter opplysninger om sivilstatus, hovedinntektskilde og utdanning. Data fra Norsk Pasientregister for psykisk helsevern for voksne er beheftet med problemer knyttet til at datasettet ikke er komplett og mangelfullt registrert, og er vurdert som mindre egnet til formålet. Følgende inndeling i tjenestetyper er lagt til grunn:

- ✓ Døgnbehandling sykehus
- ✓ Døgnbehandling DPS
- ✓ Døgnbehandling andre institusjoner
- ✓ Offentlige poliklinikker



- ✓ Privatpraktiserende avtalespesialister.

Datagrunnlag og analyseresultater er nærmere beskrevet i vedlegg 7 i NOU 2008:2.

*Kriteriesett fra SINTEF Helse på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF*

Som et ledd i arbeidet med inntektsmodeller har Helse Sør-Øst RHF engasjert SINTEF Helse for å gjennomføre analyser av forbruksvariasjoner på et nyere datagrunnlag enn hva som var tilgjengelig for Magnussen-utvalgets analyser. Disse dataene er fra pasienttelling gjennomført av SINTEF høsten 2007 og våren 2008. Dette datagrunnlaget er, i tillegg til å være nyere, mer detaljert enn det som forelå for Magnussen-utvalget. Blant annet foreligger det informasjon som muliggjør analyser av forbruksvariasjoner knyttet til blant annet fødeland, inntektsgrunnlag og bosituasjon.

Et eget kriteriesett basert kun på befolkningen i Helse Nord har ikke vært mulig å utarbeide innenfor tidsperspektivet for prosjektet. Prosjekt- og styringsgruppen har vurdert at dette ikke er av vesentlig betydning.

### **3.1.1.2 Psykisk helsevern for barn og unge**

For psykisk helsevern for barn og unge er det brukt regresjonsanalyser av forbruk (pasienter) per innbygger for fire aldersgrupper på kommunenivå, basert på data fra Norsk pasientregister. For å redusere betydningen av tilfeldige årsvariasjoner i forbruk, er gjennomsnitt for 2005 og 2006 lagt til grunn. Det er kontrollert for tilbudsideeffekter ved å ta høyde for nivåforskjeller i forbruk mellom helseforetaksområder. Forklaringsvariablene som er undersøkt, er alder og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen i kommunene. Datagrunnlag og analyseresultater er nærmere beskrevet i vedlegg 7 i NOU 2008:2.

### 3.1.1.3 Behovsnøkkel for psykisk helsevern totalt

For å lage en felles nøkkel for psykisk helsevern må resultatene for de to delnøkklene for voksne samt barn og unge vektet sammen. Magnussen-utvalget valgte å vekte inn kriterievektene for barn og unge med 20 pst. Dette er noe høyere enn kostnadsfordelingen i 2006, som var i underkant av 17 pst., men er i tråd med de politiske føringene som er gitt i Opptappingsplanen for psykisk helse. Delnøkkelene for barn og unge er også vektet inn med 20 pst. i kriteriesettet fra SINTEF Helse.

Tabellen under oppsummerer de to kriteriesettene for psykisk helsevern:

Kriterie		NOU 2008:2	Nye nasjonale data
Alder	0 til 5	0.00	0.00
Alder	6 til 12	0.03	0.03
Alder	13 til 17	0.07	0.07
Alder	18 til 29	0.14	0.14
Alder	30 til 39	0.11	0.12
Alder	40 til 49	0.07	0.09
Alder	50 til 59	0.05	0.06
Alder	60 til 69	0.03	0.03
Alder	70 til 79	0.04	0.03
Alder	80 +	0.03	0.03
Sum	Alderskriterier	<b>0.55</b>	<b>0.60</b>
Antall ugifte 40 +		0.04	0.04
Antall uføre med diagnose innen psykisk helse 18-39 år		0.09	0.08
Antall uføre med diagnose innen psykisk helse 40-69 år		0.10	0.10
Antall med utdanning grunnskole 18-29 år		0.06	0.03
Antall med utdanning grunnskole 30-59 år		0.01	0.00
Antall sosialhjelpsmottakere 18-49 år		0.00	0.00
Antall barn som bor med en forelder		0.05	0.05
Antall barnevernstiltak		0.02	0.02
Antall uføretrygdede 18-67 år		0.01	0.01
Antall ikke-vestlige innvandrere		0.07	0.07
Sum	Sosioøkonomiske kriterier	<b>0.45</b>	<b>0.40</b>

Tabellen viser at hovedforskjellen mellom de to kriteriesettene er at det er en oppvekting av alderskriterier som forklaringsvariabel i analysen av de nyeste dataene. Analysene av de nye dataene gir også som resultat at antall med utdanning grunnskole 30-59 år ikke inngår som

positiv vekt. Merk også at alder 0-5 år inngår med positiv vekt, men vekten er mindre enn en pst. Andel sosialhjelpsmottakere 18-49 år inngår ikke med positiv vekt i noen av modellene.

Når det gjelder fordelingen mellom helseforetakene i Helse Nord innebærer en oppvekting av anderskriteriene at behovet til befolkningen i Helse Finnmark reduseres marginalt. Dette følger av at befolkningen i Finnmark skårer relativt høyt på de sosioøkonomiske kriteriene.

### *3.1.2 TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING*

Det er utviklet et kriteriesett for fordeling av ressurser til tverrfaglig spesialisert behandling. Kriteriesettet er presentert i NOU 2008:2 og er basert på pasienttellingsdata fra 2006. Pasienttellingsdata er registreringer av pasientene som mottar behandling i rustiltak i en bestemt periode. Det foreligger per dato ikke nasjonale registerdata for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige slik en har det for somatiske helsetjenester.

Analysene av pasienttellingsdata gir ikke gode mulighet for å undersøke ev. merforbruk av tjenester i storbyer. Diskusjonen i Magnussen-utvalget (NOU 2008:2, kapittel 8.3.3) viser at det er argumenter for at problemer med rusmiddelavhengighet og dermed behandlingsbehovene er større, spesielt i Oslo, enn ellers i landet. Utvalget fant derfor grunnlag for å gi Oslo en skjønsmessig innvekting i behovsnøkkelen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Prosjektgruppen har valgt å nullstille storbykriteriet. Dette har sammenheng med at byene i regionen er relativt små med store geografiske foretaksområder samt at de andre kriteriene i modellen vil fange opp de behovsmessige variasjonene på en god måte. Dette beskrives nærmere i avsnitt 3.2.1.4.

Datagrunnlag og analyseresultater er nærmere beskrevet i vedlegg 8 i NOU 2008:2.

Tabellen under presenterer kriteriesettet.

Kriterie		TSB
Alder	0 til 5	0.00
Alder	6 til 12	0.00
Alder	13 til 17	0.00
Alder	18 til 29	0.16
Alder	30 til 39	0.20
Alder	40 til 49	0.10
Alder	50 til 59	0.07
Alder	60 til 69	0.03
Alder	70 til 79	0.00
Alder	80 +	0.00
<b>Sum</b>	<b>Alderskriterier</b>	<b>0.58</b>
Antall ugifte 40 +		0.06
Antall uføre med diagnose innen psykisk helse 18-39 år		0.02
Antall uføre med diagnose innen psykisk helse 40-69 år		0.06
Antall med utdanning grunnskole 18-29 år		0.13
Antall med utdanning grunnskole 30-59 år		0.07
Antall sosialhjelpsmottakere 18-49 år		0.08
Antall barn som bor med en forelder		0.00
Antall barnevernstiltak		0.00
Antall uføretrygdede 18-67 år		0.00
Antall ikke-vestlige innvandrere		0.00
<b>Sum</b>	<b>Sosioøkonomiske kriterier</b>	<b>0.42</b>

### 3.1.3 FORHOLD MELLOM KRITERIESETTENE FOR PSYKISK HELSE OG TSB

Det er også interessant å vurdere forskjeller mellom kriteriesettene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige fra Magnussen-utvalget (fra NOU 2008:2 kap. 8.3.4). Den største forskjellen mellom de to vektsettene når det gjelder fordeling på aldersgrupper, er at aldersgruppene mellom 30 og 50 år teller mer for rusbehandling, mens de eldre teller mer for psykisk helsevern for voksne. Vekten for ugifte 40 år + er relativ lik for de to tjenestene. For de øvrige sosiale kriteriene er det betydelige forskjeller. Merutgiftene knyttet til lav utdanning er relativt sett høyere for rusbehandling enn psykisk helsevern. Mens det ikke beregnes merforbruk knyttet for sosialhjelpsmottakere for psykisk helsevern, utgjør dette kriteriet over 8 pst. av beregnet kostnadsbehov for rusbehandling. På den annen side beregnes et større merforbruk relativt sett for uføretrygdede for psykisk helsevern for voksne enn for

rusbehandling. Det er altså en ulik pasientprofil med hensyn til sosioøkonomisk status for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Den neste tabellen viser den relative fordelingen mellom helseforetakene i Helse Nord for TSB og psykisk helse samlet. Tabellen viser også andeler total befolkning. Fra tabellen følger det at Finnmark tildeles en relativt større andel når kriteriesettet legges til grunn, blant annet fordi de skårer høyere på de sosioøkonomiske kriteriene. Avviket fra en fordeling basert på relativ befolkning er imidlertid liten.

	<b>Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Sum</b>
<b>Behov</b>	16.5 %	39.3 %	28.0 %	16.3 %	100.0 %
<b>Befolkning</b>	15.6 %	39.4 %	28.4 %	16.6 %	100.0 %

### *3.1.4 PROSJEKTGRUPPENS VURDERING*

Prosjektgruppen foreslår at behovsmodellen for psykisk helsevern baseres på data fra pasienttellingene fra 2007 og 2008. Dette datagrunnlaget er, i tillegg til å være nyere, mer detaljert enn det som forelå for Magnussen-utvalget. Blant annet foreligger det informasjon som muliggjør analyser av forbruksvariasjoner knyttet til blant annet fødeland, inntektsgrunnlag og bosituasjon.

Prosjektgruppen vil påpeke at det ønsket å gjennomføre en analyse av data kun fra Helse Nord, men at det ikke har vært mulig innenfor tidsrammen. På den andre side vil prosjektgruppen påpeke at analysene basert på et bredere datagrunnlag forbedrer de statistiske egenskapene til modellen, samt at det ikke er noen stor grunn til å tro at analyser basert kun på data fra Helse Nord ville gi store endringer i den relative fordelingen mellom helseforetakene.

I modellen er de lagt til grunn at den samiske befolkningen har samme behov for spesialisthelsetjenesten som befolkningen for øvrig.

Prosjektgruppen har diskutert om det bør inkluderes et storbykriterium i modellen som foreslås i Helse Nord. Siden storbykriteriet er skjønnsmessig satt i modell i Helse Sør-Øst, samt at kriteriet i hovedsak har relevans for Oslo, har prosjektgruppen valgt å nullstille kriteriet.

Når det gjelder tverrfaglig spesialisert behandling foreligger det i dag kun ett kriteriesett. Prosjektgruppen foreslår at dette kriteriesettet legges til grunn for behovsmodellen innen TSB.

## 3.2 KOSTNADSKOMPONENTEN

Mens kompensasjonen som gis i behovskomponenten er bygd opp rundt kjennetegn ved befolkningen i de ulike helseforetaksområdene, skal kostnadskomponenten kompensere helseforetakene for definerte kostnadsulemper samt for ekstrakostnader knyttet til regionale sykehusfunksjoner. De regionale avdelingene gir tjenester til pasienter fra alle helseforetaksområdene. Oppbyggingen av kostnadskomponenten må derfor ses i nær sammenheng med oppbyggingen av mobilitetskomponenten. De regionale avdelingene vil dels finansieres gjennom et tilskudd i kostnadskomponenten og dels finansieres gjennom et gjestepasientoppgjør. Prinsippene for fordelingen er nærmere beskrevet i kapittel 4.3.

Generelt er det to forutsetninger som må være oppfylt for at kostnadskompensasjon skal gis. For det første må kostnaden være knyttet til en aktivitet som det er ønskelig å kompensere direkte. For det andre må fordelingen av denne aktiviteten mellom helseforetakene avvike fra den relative fordelingen som helseforetakene får i behovsmodellen. Dette følger fordi beløpet som blir fordelt ved en eventuell kostnadskompensasjon trekkes ut fra behovsmodellen. Dersom den relative fordelingen mellom helseforetakene er den samme i kostnads- og behovskomponenten vil ikke kostnadskompensasjon påvirke fordelingen av midler helseforetakene får.

### 3.2.1 KOSTNADSULEMPER

I prosjektarbeidet er det spilt inn fem forhold hvor det er vurdert om det skal gis kostnadskompensasjon for:

- ✓ Ambulering internt i eget helseforetak
- ✓ Barnevernsinstitusjoner
- ✓ Asylmottak
- ✓ Storby (jf. diskusjonen i kapittelet om behovsmodellen)
- ✓ Forskning og undervisning

### 3.2.1.1 Kostnadsulemper knyttet til ambulering internt i eget helseforetak

Ambulering i egen foretak er en aktivitet som er ønskelig fordi det bygger opp under prinsippet om at behandling skal gis så nært pasientens bosted som mulig. Avstandselementet er derfor i praksis en kompensasjon for kostnadsulempe på grunn av stort geografisk område i eget helseforetak.

Prosjektgruppen har utviklet en modell for intern ambulering. Modellen tar utgangspunkt i reisetid i minutter fra kommunesentra til nærmeste behandlingssted (DPS), og gir et uttrykk for gjennomsnittlig reisetid pr innbygger i de ulike helseforetakene. Den gjennomsnittlige reisetiden multipliseres med antall innbyggere slik at modellen gir et bilde av den totale beregnede reisetiden i hvert helseforetak.

Modellen viser at reisetiden er relativt størst i Finnmark, mens den er relative reisetiden er minst for UNN. Selv om modellen gir et uttrykk for reisebelastningen i hvert helseforetak gir den ingen indikasjon på hvor stor kompensasjonen bør være. Prosjektgruppen og styringsgruppen foreslår at beløpet blir satt skjønnsmessig til 10 mill kr i kostnadskomponenten.

Avstand	Andel behovjustert avstand	Behovskomponent	Omfordeling i 1000 kr
Helgeland	0.17	0.163	94
NLSH	0.28	0.278	-16
UNN	0.16	0.395	-2 267
Finnmark	0.38	0.164	2 189
Sum	1.000	1.000	0

Her foreligger en mindretallsmerknad fra UNNs representanter i prosjektgruppen på at det skjønnsmessige beløpet er satt for høyt og at modellen må dokumenteres bedre. Beskrivelse av modellen er derfor lagt med i vedlegg 1.

### 3.2.1.2 Barnevernsinstitusjoner

Barnevernsinstitusjoner og antall plasser kartlagt. Antall plasser er fordelt relativt likt med fordeling av behov og gir kun små omfordelingseffekter. Beboerne i barnevernsinstitusjonene er norske statsborgere og fanges dermed opp av behovskomponenten og mobilitetskomponenten i

modellen. Prosjektgruppa tilrår at forholdet ikke tas inn i modellen. Styringsgruppen har gitt sin tilslutning til dette forslaget.

### 3.2.1.3 Asylmottak

Asylmottak antas å medføre økt behov for helsetjenester. Fordeling viser at UNN har en større andel mottaksplasser og Finnmark mindre andel mottaksplasser sammenlignet med behovskomponentenes fordeling.

Prosjektgruppen har utarbeidet følgende modell for å innarbeide asylmottak. Utgangspunktet er at en kompensasjon per innbygger beregnes ut fra total bevilgning som gis til psykisk helsevern. Total kompensasjon beregnes ved å multiplisere denne prisen med antall mottaksplasser. Dette totalbeløpet fordeles så til helseforetakene basert på den relative fordelingen av mottaksplasser i helseforetakene.

Tabellen under viser at den foreslåtte modellen gir en omfordeling til UNN hovedsaklig fra Finnmark.

Asylmottak	Antall plasser	Andeler	Behovskomponent	Omfordning i 1000 kr
Helgeland	638	0.163	0.163	-5
NLSH	1038	0.265	0.278	-189
UNN	1821	0.464	0.395	994
Finnmark	425	0.108	0.164	-800
Sum	3922	1.000	1.000	0

### 3.2.1.4 Storby

Analysene av pasienttellingsdata gir ikke gode mulighet for å undersøke ev. merforbruk av tjenester i storbyer. Diskusjonen i Magnussen-utvalget (NOU 2008:2, kapittel 8.3.3) viser at det er argumenter for at problemer med rusmiddelavhengighet og dermed behandlingsbehovene er større, spesielt i Oslo, enn ellers i landet. Utvalget fant derfor grunnlag for å gi Oslo en skjønnsmessig innvekting i behovsnøkkelen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det var, og er, lite empiri å basere seg på når det gjelder hvilken vekt kriteriet bør få. Statistikk for kommunenes kostnader til tilbud til personer med rusproblemer viser at Oslo har svært høye kostnader per innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet og andre større byer.



Kostnadsvariasjoner for kommunale tjenester er imidlertid ikke direkte overførbare til spesialisthelsetjenesten. Magnussen-utvalget satte derfor vekten i Storbykriteriet skjønnsmessig til 5 pst. Dette innebærer en antagelse om at Oslo har nesten 50 pst. høyere behov enn landet for øvrig, etter at det er tatt hensyn til de øvrige kriteriene sitt bidrag til behovsvariasjoner.

I og med at storbykriteriet var skjønnsmessig satt, har prosjektgruppa foretatt en nærmere analyse og diskusjon både av kriteriet og den vekten det er tilordnet i den nasjonale modellen. Det er dokumentert i flere internasjonale studier at det er sammenheng mellom bystørrelse og forekomst av alvorlige psykiske lidelser. Prosjektgruppen har likevel valg å nullstille storbykriteriet. Dette har sammenheng med at byene i regionen er relativt små med store geografiske foretaksområder samt at de andre kriteriene i modellen vil fange opp de behovsmessige variasjonene på en god måte. De andre kriteriene er derfor gitt høyere vekter enn hva som er tilfelle i Magnussen-utvalgets kriteriesett. Vektene er skalert opp på en slik måte at det relative forholdet mellom dem er uendret.

### **3.2.1.5 Forskning og undervisning**

Det gis i dag kompensasjon for kostnadsulemper knyttet til undervisning og forskning utført innen psykisk helsevern og TSB i kostnadskomponenten i somatikkmodellen. En synliggjøring av undervisnings- og forskningsinnsatsen innen psykisk helsevern og TSB ikke vil påvirke inntektsfordelingen mellom helseforetakene, men vil medføre ekstra administrativt arbeid i det undervisning og forskning knyttet til disse tjenestene da krever en særskilt registrering. Dagens ordning for kompensasjon av kostnadsulemper knyttet til undervisning og forskning foreslår derfor opprettholdt i somatikkmodellen.

### *3.2.2 KOMPENSASJON FOR SYKEHUSFUNKSJONER, REGIONALE OG NASJONALE FUNKSJONER*

I dette avsnittet diskuteres kompensasjon knyttet til sentralsykehusfunksjoner, regionale og nasjonale funksjoner. En kartlegging gjennomført av prosjektgruppen har resultert i at følgende funksjoner foreslås kompensert i kostnadskomponenten.

### Kostnadskomponent psykisk helsevern

SANKS (familienhet, ungdomspsykiatrisk avd)
Kropp & Selvfølelse
Avstand
Asylmottak
Akuttposter UNN/NLSH ink. Subakutt UNN
Alderspsykiatri UNN/NLSH
Almenpsykiatrisk avdeling NLSH sentralsykehusfunksjon
Dobbeltdiagnose avd NLSH/UNN
Innsatsteam NLSH region
Autismeteam NLSH
Akutt, korttids- og langtidsenhet og familienhet BUP NLSH
Fagteam spiseforstyrrelser
Ungdomspsykiatrisk avdeling UNN
Langtidsrehabilitering NLSH
Spiseforstyrrelser UNN/NLSH
Sikkerhetsposter UNN/NLSH

### Kostnadskomponent TSB

Koordineringsfunksjon
LAR i Nord UNN/NLSH
Tvang UNN
Avrusning og utredning UNN

Tabellen viser at det i hovedsak er funksjoner som er lokalisert på UNN og på Nordlands-sykehuset som foreslås kompensert i kostnadskomponenten. For Finnmarks del foreslås det kompensasjon for SANKS, mens Helgeland ikke er tildelt funksjoner som kompenseres i kostnadskomponenten.

I mandatet er det fastslått at modellen som foreslås skal stimulere til effektivitet. Prosjektgruppen ønsker derfor ikke å foreslå en modell som gir full kostnadsrefusjon, dvs. kompensasjon basert kun på innrapporterte kostnader.

Dersom en kunne fastsette en kompensasjon basert på en gjennomsnittspris som er beregnet på bakgrunn av mange observasjoner vil en kunne stimulere til effektivitet gjennom benchmarking. Utfordringen er at data ofte ikke er tilgjengelig for mange sammenlignbare institusjoner.

Prosjektgruppa har vurdert å legge til grunn gjennomsnittlig kostnad pr liggedøgn for de dyreste tilbudene, mens faktisk egen kostnad legges til grunn for det billigste tilbudet for de funksjonene som tilbys både på UNN og på Nordlandssykehuset. Som nevnt overfor er det imidlertid problematisk å sammenligne aktivitet og kostnader og prosjektgruppa tilrår at denne tilnærmingen ikke legges til grunn.

Prosjektgruppa foreslår å legge 98 % av regnskapsførte kostnader (inklusive felleskostnader) for regionale døgnfunksjoner (inkludert SANKS) til grunn når kostnadskomponenten skal beregnes. Resterende 2 % fordeles gjennom behovskomponenten. På sikt er det ønskelig å ta utgangspunkt i en referansepris. Tilgjengelighet og bruk av slike data bør vurderes ved revisjon av modellen.

SANKS kompensasjon er foreslått satt til størrelsen på tidligere øremerket tilskudd til enheten\* 98 %. Det foreligger her en mindretallsmerknad fra Helse Finnmarks representant i prosjektgruppen. Bakgrunnen for denne representantens syn er at SANKS er et nasjonalt kompetansesenter med oppdrag å utvikle et likeverdig tjenestetilbud til den samiske befolkning, det er politiske føringer for SANKS og det er ikke gjennomført evaluering av enheten.

Styringsgruppa har diskutert problemstillingen rundt kompensasjon basert på 98 % av regnskapsførte kostnader. UNN mener i utgangspunktet at det skal legges inn 100 % av regnskapsførte kostnader for regionale og sykehusfunksjoner (døgntilbud). Omfordelingseffektene er imidlertid ikke store og styringsgruppen fant å kunne slutte seg til forslaget.

Styringsgruppen har også diskutert tilbud som er under oppbygging. Det er styringsgruppens syn at aktivitetsbestilling og oppdatering av funksjoner under opptrapping i kostnadskomponenten må vurderes ved oppdatering av modellen. Dette vil sikre at kostnadskompensasjon gis på bakgrunn av faktisk aktivitet, og ikke etter aktivitet slik det foreligger i 2010.

Tabellene under viser kompensasjon som foreslås gitt i kostnadskomponenten. (Tall i mill kr):

Kostnadskomponent psykisk helsevern	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helge-land	Sum mill. kr
SANKS (familienhet, ungdomspsykiatrisk avd)	29.2				29.2
Kropp & Selvfølelse		1.0			1.0
Avstand	3.8	1.6	2.8	1.7	10.0
Asylmottak	1.5	6.6	3.8	2.3	14.3
Akuttposter UNN/NLSH ink. Subakutt UNN		33.1	42.1		75.2
Alderspsykiatri UNN/NLSH		2.4	-		2.4
Almenpsykiatrisk avdeling NLSH sentralsykehusfunksjon			3.7		3.7
Dobbeltdiagnose avd NLSH/UNN		9.0	9.6		18.6
Innsatsteam NLSH region			6.0		6.0
Autismeteam NLSH			0.7		0.7
Akutt, korttids- og langtidsenhet og familieenhet BUP NLSH			28.7		28.7
Fagteam spiseforstyrrelser			1.2		1.2
Ungdomspsykiatrisk avdeling UNN		16.7			16.7
Langtidsrehabilitering NLSH					0.0
Spiseforstyrrelser UNN/NLSH		9.7	16.5		26.3
Sikkerhetsposter UNN/NLSH		19.4	20.3		39.6
<b>Sum</b>	<b>34.6</b>	<b>99.6</b>	<b>135.3</b>	<b>4.0</b>	<b>273.5</b>

Kostnadskomponent TSB	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum (mill kr.)
Koordineringsfunksjon	0.335	0.779	0.563	0.323	2.000
LAR i Nord		13.907	8.400		22.307
Tvang		5.754			5.754
Avrusning og utredning		4.552			4.552
<b>Sum</b>	<b>0.335</b>	<b>24.992</b>	<b>8.963</b>	<b>0.323</b>	<b>34.613</b>

Beløpene er per funksjon beregnet slik:

- +Totale driftskostnader inklusive felleskostnader 2010
- Antall liggedøgn 2010\*døgnpris
- Konsultasjoner 2010\*pris
- Evt. kostnader til ambulering til andre helseforetak, jf mobilitetskomponenten
- = **Beløp i kostnadskomponent**

Det foreligger egen beskrivelse av beregning og fordeling av kostnadskomponent for LAR, jf vedlegg 3. Beregningen følger samme metodikk som ovenfor, men siden tilbudet er delt mellom UNN og NLSH er kostnadskomponenten delt mellom disse helseforetakene. Ved evt. gjennomgang av organisering av LAR må modellen revideres.

### 3.3 MOBILITETSKOMPONENTEN

Det at en pasient mottar sin behandling ved et sykehus eller en institusjon som tilhører et annet helseforetak en der pasienten er hjemmehørende, vil i modellen utløse en betalingsforpliktelse fra helseforetaket der pasienten bor til det helseforetak som behandler pasienten. Det kan være flere årsaker til pasienten ikke behandles i det helseforetaket der pasienten bor, for eksempel arbeidsdeling/spesialisering mellom helseforetakene, fritt sykehusvalg eller akutte hendelser på reiser. I dette kapitlet diskuteres alternative løsninger for denne betalingsforpliktelsen. Tilsvarende vil behandling ved en privat institusjon utløse en betalingsforpliktelse for HF-et der pasienten bor.

#### 3.3.1 DAGENS GJESTEPASIENTORDNING

I dag er det ikke et internt oppgjør mellom helseforetakene innen psykisk helsevern og TSB. Driften av døgninstitusjonene er rammefinansiert i sin helhet, mens polikliniske tilbud har en mindre aktivitetsavhengig refusjon gjennom polikliniske inntekter. Innen somatisk virksomhet håndteres gjestepasientoppgjør i inntektsmodellen på samme måte som det foreslås i modell for psykisk helsevern og TSB.

Noe av bakgrunnen for etablering av inntektsmodell for psykisk helsevern og TSB har vært at dagens modell ikke stimulerer nok til samarbeid og effektiv ressursbruk. Det er for eksempel mer fordelaktig å behandle egne pasienter eller pasienter fra andre regioner fremfor pasienter fra andre helseforetak i Helse Nord. Ved å behandle pasienter fra andre regioner mottar en gjestepasientinntekt og ved å prioritere egne pasienter hindrer man at pasienten reiser ut av regionen og dermed medfører gjestepasientkostnader. Ved å behandle pasienter fra andre helseforetak i Helse Nord mottar man i dag ingen aktivitetsbasert inntekt fra hjemstedsforetaket per i dag. En mer dynamisk modell som ivaretar disse forholdene vil legge bedre til rette for riktig prioritering og likeverdig tilbud.

### 3.3.2 PRINSIPIELLE VALG

I prinsippet kan en tenke seg flere alternative tilnærminger for å håndtere betalingsforpliktelsen som oppstår mellom to helseforetak som følge av pasientmobilitet:

- ✓ Tradisjonelt gjestepasientoppgjør innebærer at betaleren finansierer utføreren per liggedøgn basert på fast/avtalt pris.
- ✓ Abonnement innebærer at betaleren forplikter seg til å finansiere et bestemt volum hos utføreren til en bestemt pris.
- ✓ Separat finansiering av regionale, spesialiserte enheter fra RHF
- ✓ En kombinasjon av disse løsningene.

Modellene skiller seg primært ved at de plasserer risiko/usikkerhet ved variasjon i pasientmobilitet mellom betaler og utfører på forskjellige måter. I et tradisjonelt gjestepasientoppgjør vil variasjoner i pasientmobiliteten føre til usikkerhet for betaleren ved at en på forhånd ikke vet med sikkerhet hvor mange pasienter som behandles i andre foretak og hos utføreren ved at en ikke med sikkerhet vet hvor mange pasienter fra andre helseforetak som trenger behandling. Denne usikkerheten reduseres ved et abonnement. Da vil betaleren vite hvilke betalingsforpliktelse en står overfor og utføreren vite hvilken produksjonskapasitet som skal stilles til rådighet. Problemet ved modellen er at betaleren må finansiere en kapasitet hos utføreren selv om den ikke benyttes. Dette kan i enkelte tilfeller lede til lavere effektivitet enn ønskelig. Ved separat finansiering av regionale, spesialiserte avdelinger vil en oppnå noe av de samme effektene når det gjelder risikofordeling og de samme problemene når det gjelder effektivitet, men selve finansieringen vil da belastes alle helseforetakene basert på deres andel av behovskomponenten og ikke bare de enheter som inngår i en avtale om et abonnement.

Som regel vil en velge kombinasjonsløsninger, som gjør at en avveier usikkerhet mot effektivitet. Det er også en løsning som tilrådes for Helse Nord. En velger en løsning som kombinerer gjestepasientoppgjør med separat finansiering av de regionale, spesialiserte enheter. Løsningen beskrives i detalj i avsnitt 4.3.

Et annet prinsipielt spørsmål er om en i tillegg til pasientmobilitet også skal finansiere mobilitet av personell som reiser fra et helseforetak til et annet for å møte pasienter. Det er flere argumenter for en slik løsning. For det første er det noen grad av slik mobilitet i dag. For det

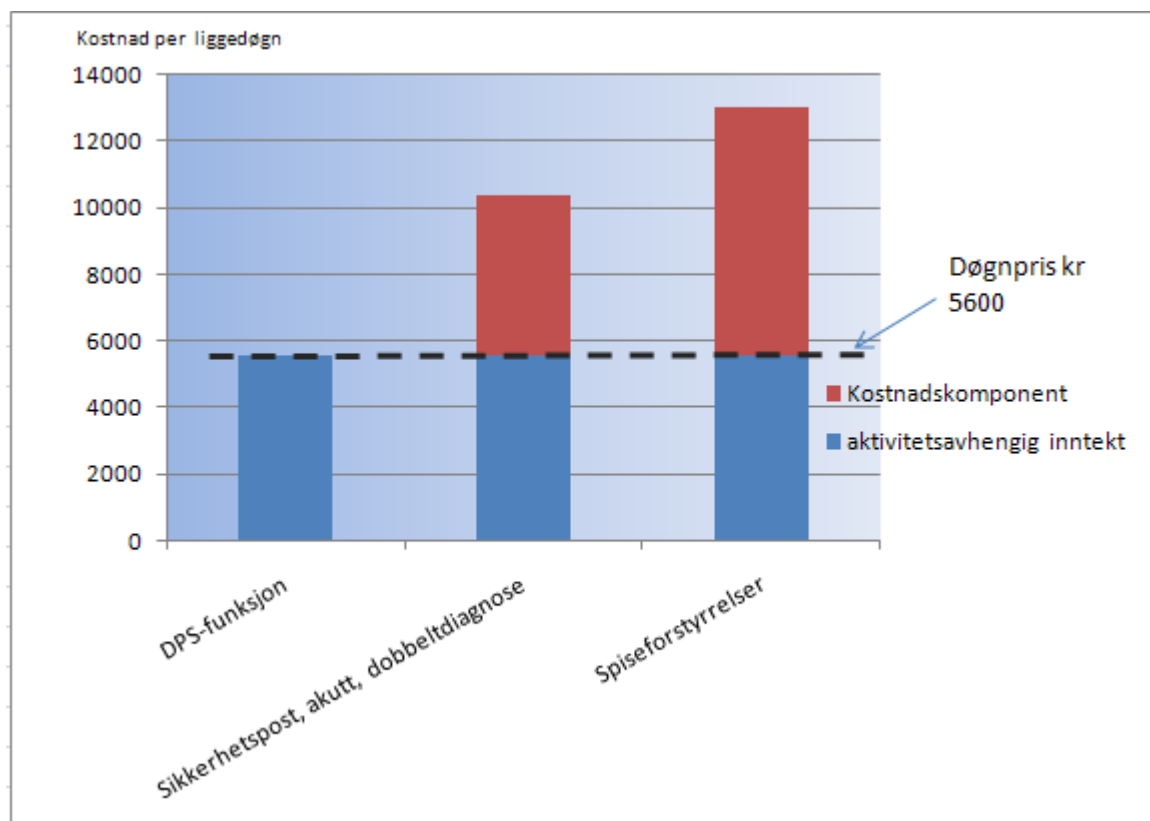
andre er det ønsket om å stimulere til behandling så nært pasientens hjemsted som mulig. Det finnes imidlertid ikke registreringer av personellmobilitet per i dag. Det foreslås derfor at denne delen inntil videre utgjøres av en fast komponent basert på innhentet kostnadsdata.

Private institusjoner inngår i det samlede pasienttilbudet fra Helse Nord. Som hovedregel inngås det kontrakter mellom RHF og de private institusjonene og tilbudet her stilles til helseforetakenes rådighet. I prinsippet er det ønskelig at kostnadene ved bruken av de private institusjonene både innenfor det psykiske helsevernet og TSB dekkes av HF-ene etter samme prinsipper som bruk av kapasitet ved andre HF. Innen TSB er dette prinsippet allerede implementert i og med at all bruk av private institusjoner belastes helseforetaket. Dette foreslås nå gradvis innfaset i psykisk helsevern.

### *3.3.3 NÆRMERE OM LØSNINGEN FOR PASIENTMOBILITET MELLOM HF-ENE*

Det er et mål at inntektsfordelingsmodellen skal være enkel. En ønsker derfor en løsning med så få priser som mulig. Innen psykisk helsevernet foreslås det derfor å benytte *en* pris for all døgnbehandling, og *en* pris for all poliklinisk behandling. Tilsvarende modell etableres for TSB, men med en noe lavere pris per døgn. Dette vil forenkle kommunikasjon rundt modellen og lette oppdatering og vedlikehold. Regionale funksjoner og sentralsykehusfunksjoner foreslås da i tillegg finansiert med et separat tilskudd som blir en del av kostnadskomponenten. Figur 4.1 illustrerer prinsippene.

Figur 4.1 Illustrasjon av prinsippene bak mobilitetskomponenten



Elementet i kostnadskomponenten er en form for basisfinansiering og innebærer at alle helseforetakene har tilgang til tilbudet. Beregningen av kostnadskomponenten følger av avsnitt 3.2.2.

### 3.3.3.1 Psykisk helsevern

I psykisk helsevern settes prisen et helseforetak betaler for behandling av pasienter i behandlingsinstitusjoner utenfor eget opptaksområde lik for innleggelse ved DPS-er og psykiatrisk sykehus. Behandling ved sykehusfunksjoner er i all hovedsak noe dyrere enn behandling ved et DPS. Når betaling for alle liggedøgn er satt lik estimert gjennomsnittlig kostnad for et liggedøgn ved den rimeligste behandlingen (DPS), innebærer dette at den aktivitetsavhengige betalingen for sykehusfunksjoner vil variere mellom 40- 80 %, mens resterende er "basisfinansiert". Dette medfører en risikodeling mellom utfører og helseforetaket



med sørge for-ansvaret, og det vil ikke lønne seg å bygge opp tilbud i konkurranse med etablerte funksjoner.

For ordinær DPS-behandling blir prisen høy. Dette gir stimulerer til desentralisering og behandling nært bosted fordi det er dyrt å sende pasienter til DPS-behandling i andre helseforetak, og fordi en høy pris stimulerer til økt aktivitet.

Ved fastsettelse av prisen er det tatt utgangspunkt i beregnede gjennomsnittskostnader for et liggedøgn ved DPS-ene i Helse Nord.. Prisen er satt til kr. 5600. For en poliklinisk konsultasjon er prisen satt til kr. 2300.

Tabellen under viser fordeling av liggedøgn innen psykisk helsevern for voksne etter bosted (horisontalt) og behandlingssted. Den neste tabellen viser tilsvarende data for barne- og ungdomspsykiatrien. Tallgrunnlaget for konsultasjoner vises ikke i rapporten da omfanget er lite. Konsultasjonene inngår som nevnt i selve beregningene. Datagrunnlaget for PHV er i hovedsak NPR-data for 2009, men det er korrigert for helårsdrift for rus/ psykiatripost, sikkerhetspost og spiseforstyrrelser ved NLSH (2010-data direkte fra HF). Data for BUP er 2010-data mottatt fra helseforetakene. Bakgrunnen for dette er at nasjonale data for 2009 inneholder feil og ikke blir utlevert. Ofoten er lagt i UNNs opptaksområde.

Antall liggedøgn etter pasientens bosted og behandlingssted. Psykisk helsevern for voksne (2009).

Liggedøgn PHV 2009					
	HF bosted				
HF "utfører"	Finmark	Helgeland	NLSH	UNN	Totalt
<b>Finmark</b>	14688	31	42	327	15088
<b>Helgeland</b>	0	5586	0	0	5586
<b>NLSH</b>	495	9800	38363	5652	54310
<b>UNN</b>	7126	12	781	40567	48486
<b>Totalt</b>	22309	15429	39186	46546	123470

Antall liggedøgn etter pasientens bosted og behandlingssted. Psykisk helsevern for barn og unge (2010).

Liggedøgn BUP 2010					
	HF bosted				
HF "utfører"	Finnmark	Helgeland	NLSH	UNN	Totalt
<b>Finnmark</b>	986				986
<b>Helgelandssykehuset</b>		2045			2045
<b>NLSH</b>	38	1120	3650	405	5213
<b>UNN</b>	308	0	595	1390	2293
<b>Totalt</b>	1332	3165	4245	1795	10537

I tråd med det som er etablert som regional arbeidsdeling er det gjestepasientstrømmer fra Finnmark til UNN og fra Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset.

### 3.3.3.2 TSB

Prissettingen innen TSB følger de samme prinsippene som for psykisk helsevern. For liggedøgn settes prisen til kr. 4500 og for en poliklinisk konsultasjon til kr. 2300.

Tabellen under viser fordeling av liggedøgn innen TSB. Tallgrunnlaget for konsultasjoner vises ikke i rapporten da omfanget er lite. Konsultasjonene inngår som nevnt i selve beregningene. Ofoten er lagt i UNNs opptaksområde.

Liggedøgn etter pasientens bosted og behandlingssted. TSB (2009).

liggedøgn RUS 2009					
	HF bosted				
HF "utfører"	Finnmark	Helgeland	NLSH	UNN	Totalt
<b>Finnmark</b>	2432	206	675	818	4131
<b>Helgelandssykehuset</b>					0
<b>NLSH</b>					0
<b>UNN</b>	1590	2202	4371	8641	16804
<b>Totalt</b>	4022	2408	5046	9459	20935

Tabellen viser at UNN ivaretar det meste av aktiviteten i regionen, men at også Helse Finnmark leverer tjenester til de andre helseforetakene

### 3.3.3.3 Ambulering

Løsningen som er valgt for ambulering innebærer at en legger direkte netto kostnader (reise og lønnskostnader) til grunn. Tall for ambulering fra NLSH og UNN er lagt inn i modellen. For UNN er det lagt inn tall for ambulering innen alderspsykiatri og oppfølging av akuttpasienter og for NLSH er det lagt inn ambulering for innmeldte sykehus- og regionfunksjoner. Tilsvarende beløp trekkes ut av kostnadskomponenten. Ambulering fra SANKS og i forbindelse med tverrfaglig spesialisert behandling foreslås håndtert gjennom bevilgning i kostnadskomponenten. Helgelandsykehuset har ikke ambulering til andre helseforetak per i dag.

På denne måten bidrar modellen til å synliggjøre ambulering av helsepersonell. Det er behov for å få på plass et system for registrering av ambulering for enkelt vedlikehold og oppdatering av modellen.

Estimat kostnader (1000 kr)					
	HF bosted				
HF "utfører"	Finnmark	Helgeland	NLSH	UNN	Totalt
<b>Finnmark</b>	0	0	0	0	0
<b>Helgelandsykehuset</b>	0	0	0	0	0
<b>NLSH</b>	745	5538	0	1786	8069
<b>UNN</b>	2369			0	2369
<b>Totalt</b>	3114	5538	0	1786	10438

## 4. PRIVATE TILBYDERE

De private tilbyderne Viken Senter, Kløveråsen (utredning og kompetansesenter for demens), Stiftelsen RIBO samt avtalespesialister finansieres i dag av RHF. I prinsippet bør disse institusjonene omfattes av inntektsfordelingsmodellen, og finansieres som de andre institusjonene i Helse Nord. Følgende forhold gjør imidlertid at Viken, RIBO og Kløveråsen holdes utenfor modellen i denne omgang:

- ✓ Det er behov for å gjennomgå innhold i tjenestene og klargjøre hvilke tilbud Helse Nord har innflytelse på
- ✓ RIBO og Kløveråsen er i grenseland til primærhelsetjeneste
- ✓ Helse Nord er pålagt av Stortinget å etablere Viken Senter. Senteret er under oppbygging og foreslås derfor holdt utenfor modellen inntil videre.
- ✓ RIBO og Kløveråsen er ikke definert som regionale tilbud per i dag.

Prosjektgruppen foreslår derfor at bruk av disse institusjonene holdes utenfor modellen til en avklaring på de overnevnte forholdene foreligger. Når avtaler og tilbudene er gjennomgått må innarbeiding i modellen vurderes.

Avtalespesialister er definert som spesialisthelsetjeneste og er et tilbud som er skjevfordelt, jf tabellen under. Det vil si at befolkningens bruk av disse tjenestene ikke er proporsjonal med andel behov som behovsmodellen foreskriver. Konkret viser tabellen at Nordland og UNN har et relativt mye større forbruk av tjenestene som avtalespesialistene tilbyr enn hva behovsmodellen viser. For å sikre likhet mellom innbyggerne i de ulike helseforetakene anbefaler derfor prosjektgruppen at bruk av avtalespesialister innarbeides i modellen. Dvs. at de helseforetakene som har et relativt stort forbruk av tjenestene som avtalespesialistene tilbyr må betale en relativt større andel av kostnadene for disse tjenestene sammenlignet med hva som er dagens praksis. Teknisk håndteres betalingen i mobilitetskomponenten.

Avtalespes.	Antall kontakter	Andel	Behovs- komp	Dras inn forbruk	Fordelt behov	Omfordeling avtalespes (1000 kr)
Helgeland	4201	0.11	0.16	-1398	2072	674
Nordland	13388	0.35	0.28	-4456	3550	-906
UNN	20057	0.53	0.39	-6676	4994	-1682
Finnmark	510	0.01	0.16	-170	2084	1915
<b>Sum</b>	38155	1.00	1.00	-12700	12700	0

Styringsgruppen har diskutert prosjektgruppens forslag er konkludert med at kostnadene ved bruk av avtalespesialister innarbeides i modellen. Kløveråsen, RIBO, og Viken holdes utenfor modellen ved implementering, men må vurderes innfaset ved revisjon av modellen.

## 5. TOTALMODELL

Den neste tabellen viser effektene av prosjektgruppens forslag. Tabellen gir et øyeblikksbilde av situasjonen i 2011. Men gjestepasientstrømmene er historiske og dermed er ikke forventet effekt av ansvarsoverføringen av Ofoten fanget opp i mobilitetskomponenten. Modellen er støttet av styringsgruppen. Forslaget er enstemmig på alle punkter unntatt to, (bevilgning til SANKS og avstandselementet, jf. Diskusjon i avsnitt 3.2.2 og 3.2.1.1).

Totalmodell (i 1000 kr):

<b>Inntektsmodell psykisk helse</b>							
Til fordeling	1 750 531						
		<b>Helse Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Sum</b>	Andel
Behovskomponent	1 476 994	242 424	580 776	412 844	240 951	1 476 994	0,84
Kostnadskomponent	273 537	34 583	99 627	135 278	4 048	273 537	0,16
Mobilitetskomponent	-	-44 624	14 452	96 864	-66 692	-	
<b>Sum</b>	<b>1 750 531</b>	<b>232 383</b>	<b>694 855</b>	<b>644 987</b>	<b>178 307</b>	<b>1 750 531</b>	
Fordeling budsjett 2011		251 413	709 245	647 684	142 189	1 750 531	
<i>Endring</i>		<i>-19 030</i>	<i>-14 390</i>	<i>-2 698</i>	<i>36 118</i>	<i>-0</i>	

<b>Inntektsmodell TSB</b>							
Til fordeling	239 856						
		<b>Helse Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Sum</b>	Andel
Behovskomponent	205 243	34 359	79 959	57 801	33 124	205 243	0,86
Kostnadskomponent	34 613	335	24 992	8 963	323	34 613	0,14
Mobilitetskomponent	-	169	36 045	-24 904	-11 310	-	
<b>Sum</b>	<b>239 856</b>	<b>34 862</b>	<b>140 996</b>	<b>41 861</b>	<b>22 137</b>	<b>239 856</b>	
Fordeling budsjett 2011		23 358	144 015	48 612	23 871	239 856	
<i>Endring</i>		<i>11 504</i>	<i>-3 019</i>	<i>-6 751</i>	<i>-1 734</i>	<i>0</i>	
<b>SUM endring</b>		<b>-7 527</b>	<b>-17 409</b>	<b>-9 449</b>	<b>34 384</b>	<b>-0</b>	

Tabellen over viser fordeling mellom helseforetak og omfordelingsvirkningene av prosjektgruppens forslag. Omfordelingsvirkningene vises separat for psykisk helse og TSB, samt totaleffekten.

Tabellen viser at Helgelandssykehuset skal ha økt basisramme ved implementering av inntektsfordelingsmodellen. Helseforetaket får mye tjenester utført ved NLSH, men helseforetaket skal tilføres mer ressurser for å gi mer behandling selv. Dette vil bidra til at målsetningen om at modellen skal stimulere til behandling så nært pasientens bosted oppfylles.

Gradvis økte rammer til Helgelandssykehuset må sammenholdes med konkrete krav til økt aktivitet/nytt innhold i tjenester innen psykisk helse for å sikre videre effektiv utnyttelse av ressursene.

For Helse Finnmark sin del viser modellen en redusert bevilgning til psykisk helsevern, men økt bevilgning til TSB. Helse Finnmark har omtrent like stor befolkning som Helgelandssykehuset. Selv om helseforetaket har en nasjonal funksjon i Samisk kompetansesenter (SANKS), et relativt stort behov knyttet til høy uttelling på de sosioøkonomiske kriteriene, samt at befolkningen i Finnmark mottar mindre tjenester fra UNN og Nordlandssykehuset enn behovskomponenten viser, har helseforetaket i dag relativt sett en større andel av ressursene enn hva behovet og modellen viser. Dette innebærer at basisrammen til Helse Finnmark i sum skal reduseres noe.

Modellen viser isolert sett at UNNs basisramme skal reduseres noe. Men det forventes at helseforetaket i større grad vil behandle pasienter fra Ofoten selv fra 2011. Totale liggedøgn for Ofoten-pasienter ved Nordlandshuset var omlag 3300 i 2009. Dersom en antar at 3000 av disse liggedagene flyttes til UNN, vil dette medføre en reduksjon i gjestepasientkostnader for UNN på ca 17 mill. kroner. Gitt at en slik overføring skjer vil modellen ikke gi en reduksjon i bevilgningen til UNN. Dette medfører at UNN skal beholde, eventuelt øke, dagens ramme, men de har fått sørge for ansvar for en større befolkning. En av årsakene til at modellen viser at UNN har kapasitet til å overta sørge for ansvaret for befolkningen i Ofoten er det relativt lave forbruket befolkningen i Finnmark har av tjenester på UNN.

Modellen gir som resultat at NLSHs basisramme skal reduseres noe. Ansvarsoverføring fra NLSH til UNN vil gradvis vises i modellen ved at mobilitetsbetalingen fra UNN til NLSH blir lavere i årene fremover. Det forventes derfor at NLSH skal ytterligere noe ned, men da i hovedsak som følge av ansvarsoverføring av Ofoten.

#### *TSB og gjestepasientkostnader*

Innen TSB vil også gjestepasientkostnadene til Helgeland og NLSH trolig påvirkes av den oppbygningen av behandlingsplasser som nå skjer i disse helseforetakene. Det er vanskelig å fastslå hva effekten av det økte behandlingstilbudet vil gi både fordi pasienter har fritt valg og kan velge fortsatt behandling på UNN og Helse Finnmark, samt at det er lange ventetider innen

TSB slik at en økning i behandlingstilbudet ikke nødvendigvis medfører mindre pasientstrømmer fra Helgeland og NLSH til UNN og Helse Finnmark.

## 6. IMPLEMENTERING

Prosjekt- og styringsgruppen tilråder en gradvis implementering av modellen over 4 år, hvor det første året av implementeringen allerede er iverksatt (2011). Den gradvise implementeringen skyldes flere forhold:

- ✓ Helseforetak som får reduserte rammer må få tid til omstilling
- ✓ Helseforetak som får økte rammer må få tid til gradvis oppbygning av tilbud. Alle økte inntekter må sammenholdes med konkrete krav til innhold/økt aktivitet.
- ✓ Det er generelt noe usikkerhet knyttet til aktivitetsdata og vi trenger erfaring med årlige endringer i dataene.
- ✓ Forventet endring av pasientstrømmer gjør at vi ikke kan implementere mekanisk hva modellen viser av effekter

Prosjektgruppen tilråder også at graden av innfasing vurderes skjønnsmessig årlig i arbeidet med budsjett.

## VEDLEGG 1 NÆRMERE OM MODELLEN FOR BEREGNING AV AVSTAND

Utgangspunktet for modellen er reisetid i minutter fra kommunesentra til kommune med psykiatrisk døgninstitusjon (DPS). Avstanden er beregnet ut fra en avstandsmatrise som beregner avstand i km og i minutter fra alle kommunesentrer til alle andre kommunesenter i Norge. Eier av avstandsmatrisen er Helseøkonomi Bergen (HEB). Matrisen er forelagt prosjektgruppen, og på bakgrunn av kommentarer fra representantene til UNN og Finnmark er opptaksområdene til DPS-ene justert.

Den neste tabellen gir en oversikt over lokaliseringen av DPS-ene i Helse Nord. Deretter følger tabeller som viser reiseavstand i minutter fra kommunesenter til kommune med psykiatrisk døgninstitusjon (DPS).

Institusjon	Helseforetak	Lokalisering avdelinger
<b>Psykiatrisk senter Mo i Rana</b>	Helgelands-sykehuset	1833 Rana
<b>Psykiatrisk senter Ytre Helgeland</b>	Helgelands-sykehuset	1820 Alstadhaug, 1813 Brønnøy
<b>Psykiatrisk senter Mosjøen</b>	Helgelands-sykehuset	1824 Vefsn
<b>Vesterålen DPS</b>	NLSH	1866 Hadsel, 1871 Andøy, 1867 Bø
<b>Salten psykiatriske senter</b>	NLSH	1804 Bodø
<b>Lofoten sykehus VOP</b>	NLSH	1860 Vestvågøy
<b>Senter for psykisk helse Nord-Troms</b>	UNN	1942 Nordreisa
<b>Senter for psykisk helse Midt-Troms</b>	UNN	1931 Lenvik, 1923 Salangen
<b>Senter for psykisk helse Tromsø og Karlsøy</b>	UNN	1902 Tromsø, 1933 Balsfjord
<b>Senter for psykisk helse Ofoten</b>	UNN	1805 Narvik, 1805 Narvik (Håkvik i Narvik kommune)
<b>Senter for psykisk helse Sør-Troms</b>	UNN	1901 Harstad
<b>DPS Vest-Finnmark</b>	Helse Finnmark	2012 Alta, 2012 Alta (Talvik i Alta kommune), 2004 Hammerfest
<b>DPS Midt-Finnmark</b>	Helse Finnmark	2020 Porsanger, 2021 Karasjok
<b>DPS Øst-Finnmark</b>	Helse Finnmark	2025 Tana, 2030 Sør-Varanger



## Avstand

De neste tabellene viser reiseavstand i minutter fra kommunesenter til kommune med psykiatrisk døgninstitusjon (DPS).

FINNMARK		
Fra	Til	Minutter
ALTA	ALTA	0
HASVIK	ALTA	288
LOPPA	ALTA	171
HAMMERFEST	HAMMERFEST	0
KVALSUND	HAMMERFEST	60
MÅSØY	HAMMERFEST	113
NORDKAPP	HAMMERFEST	206
GUOVDAGEAIDNU	PORSANGER	148
KARASJOK	PORSANGER	0
GAMVIK	PORSANGER	304
LEBESBY	PORSANGER	217
PORSANGER	PORSANGER	0
BÅTSFJORD	TANA	250
BERLEVÅG	TANA	276
NESSEBY	TANA	29
TANA	TANA	0
VADSØ	SØR-VARANGER	191
WARDØ	SØR-VARANGER	274
SØR-VARANGER	SØR-VARANGER	0

UNN		
Fra	Til	Minutter
<b>STORFJORD</b>	BALSFJORD	39
<b>BALSFJORD</b>	BALSFJORD	0
<b>LYNGEN</b>	BALSFJORD	85
<b>BJARKØY</b>	HARSTAD	78
<b>HARSTAD</b>	HARSTAD	0
<b>KVÆFJORD</b>	HARSTAD	43
<b>SKÅNLAND</b>	HARSTAD	44
<b>IBESTAD</b>	HARSTAD	76
<b>BERG</b>	LENVIK	50
<b>LENVIK</b>	LENVIK	0
<b>MÅLSELV</b>	LENVIK	45
<b>SØRREISA</b>	LENVIK	33
<b>TORSKEN</b>	LENVIK	56
<b>TRANØY</b>	LENVIK	39
<b>EVENES</b>	NARVIK	64
<b>LØDINGEN</b>	NARVIK	157
<b>TJELDSUND</b>	NARVIK	118
<b>BALLANGEN</b>	NARVIK	82
<b>KVÆFJORD</b>	NARVIK	147
<b>NARVIK</b>	NARVIK	0
<b>KVÆNANGEN</b>	NORDREISA	127
<b>KÅFJORD</b>	NORDREISA	57
<b>NORDREISA</b>	NORDREISA	0
<b>SKJERVØY</b>	NORDREISA	84
<b>GRATANGEN</b>	SALANGEN	69
<b>BARDU</b>	SALANGEN	29
<b>DYRØY</b>	SALANGEN	51
<b>IBESTAD</b>	SALANGEN	53
<b>LAVANGEN</b>	SALANGEN	39
<b>SALANGEN</b>	SALANGEN	0
<b>KARLSØY</b>	TROMSØ	123
<b>TROMSØ</b>	TROMSØ	0

<b>NLSH</b>		
<b>Fra</b>	<b>Til</b>	<b>Minutter</b>
<b>BODØ</b>	BODØ	0
<b>MELØY</b>	BODØ	128
<b>GILDESKÅL</b>	BODØ	73
<b>BEIARN</b>	BODØ	87
<b>SALTDAL</b>	BODØ	86
<b>FAUSKE</b>	BODØ	61
<b>SKJERSTAD</b>	BODØ	77
<b>SØRFOLD</b>	BODØ	78
<b>STEIGEN</b>	BODØ	159
<b>HAMARØY</b>	HADSEL	231
<b>TYSFJORD</b>	HADSEL	196
<b>RØST</b>	VESTVÅGØY	288
<b>VÆRØY</b>	VESTVÅGØY	203
<b>FLAKSTAD</b>	VESTVÅGØY	25
<b>VESTVÅGØY</b>	VESTVÅGØY	0
<b>VÅGAN</b>	VESTVÅGØY	76
<b>HADSEL</b>	HADSEL	0
<b>BØ</b>	BØ	0
<b>ØKSNES</b>	HADSEL	76
<b>SORTLAND</b>	HADSEL	73
<b>ANDØY</b>	ANDØY	0
<b>MOSKENES</b>	VESTVÅGØY	40

Opptaksområder og reisetid for Hamarøy, Tysfjord, Røst og Værøy vil korrigeres til Bodø ved oppdatering av modellen. Opptaksområder og reisetid for Bø og Andøy vil endres til Hadsel ved oppdatering av modellen, jf styringsgruppas vedtak (avsnitt 1.1)

<b>HELGELAND</b>		
<b>Fra</b>	<b>Til</b>	<b>Minutter</b>
<b>BINDAL</b>	BRØNNØY	101
<b>SØMNA</b>	BRØNNØY	44
<b>BRØNNØY</b>	BRØNNØY	0
<b>VEGA</b>	BRØNNØY	85
<b>VEVELSTAD</b>	BRØNNØY	95
<b>HERØY</b>	ALSTAHAUG	62
<b>ALSTAHAUG</b>	ALSTAHAUG	0
<b>LEIRFJORD</b>	ALSTAHAUG	16
<b>VEFSN</b>	VEFSN	0
<b>GRANE</b>	VEFSN	128
<b>HATTFJELLDAL</b>	RANA	125
<b>DØNNA</b>	ALSTAHAUG	41
<b>NESNA</b>	ALSTAHAUG	56
<b>HEMNES</b>	RANA	52
<b>RANA</b>	RANA	0
<b>LURØY</b>	RANA	88
<b>TRÆNA</b>	ALSTAHAUG	213
<b>RØDØY</b>	RANA	223

I det videre arbeidet med modellen ses det vekk fra reiseavstand under 60 minutter siden det da er forutsatt at pasienten reiser selv.

## **Behov**

Forventet behov pr kommune er beregnet ut fra behovsmodellen. Argumentet er det samme som i behovsmodellen: noen kommuner har større forventet behov enn andre, og det er da og forvente mer ambuleringen til disse kommunene. Merk at det er mulig å beregne forventet behov pr kommune fordi alle data som ligger til grunn for behovsmodellen er på kommunenivå.

For å ta hensyn til at kommuner har ulike befolkningsstørrelse deles så behov pr kommune på antall innbyggere.

## Behov pr innbygger\* reisetid

Til slutt beregnes behov pr innbygger\*reisetid pr kommune. Dette impliserer at kommuner med stort behov for psykiatriske spesialisthelsetjenester eller ligger langt fra nærmeste DPS skårer høyt i modellen. Dette skåret er altså pr kommune.

Til slutt aggregeres dataene fra kommunene til helseforetaksområdene.

Tabellen under viser den beregnede behovsjusterte reisetiden pr hf samt andelene hf-ene har i behovsmodellen.

	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
<b>Andel behovsjustert avstand</b>	0.38	0.16	0.28	0.17	1.00
<b>Andel behovsmodell</b>	0.16	0.39	0.28	0.16	1.00

Tabellen viser at Helse Finnmark har en relative større andel reisetid sammenlignet med andel behov i behovsmodellen, mens det motsatte er tilfelle for UNN. For NLSH og Helgeland er det samsvar mellom andelen reisetid som er beregnet knyttet til ambulering og andelen i behovsmodellen.

## VEDLEGG 2 DISKUSJONSNOTAT VEDRØRENDE STORBY

Det er i flere sammenhenger diskutert om det finnes en egen storbyfaktor innen for psykisk helsevern og TSB. En slik faktor kan ha to utslag:

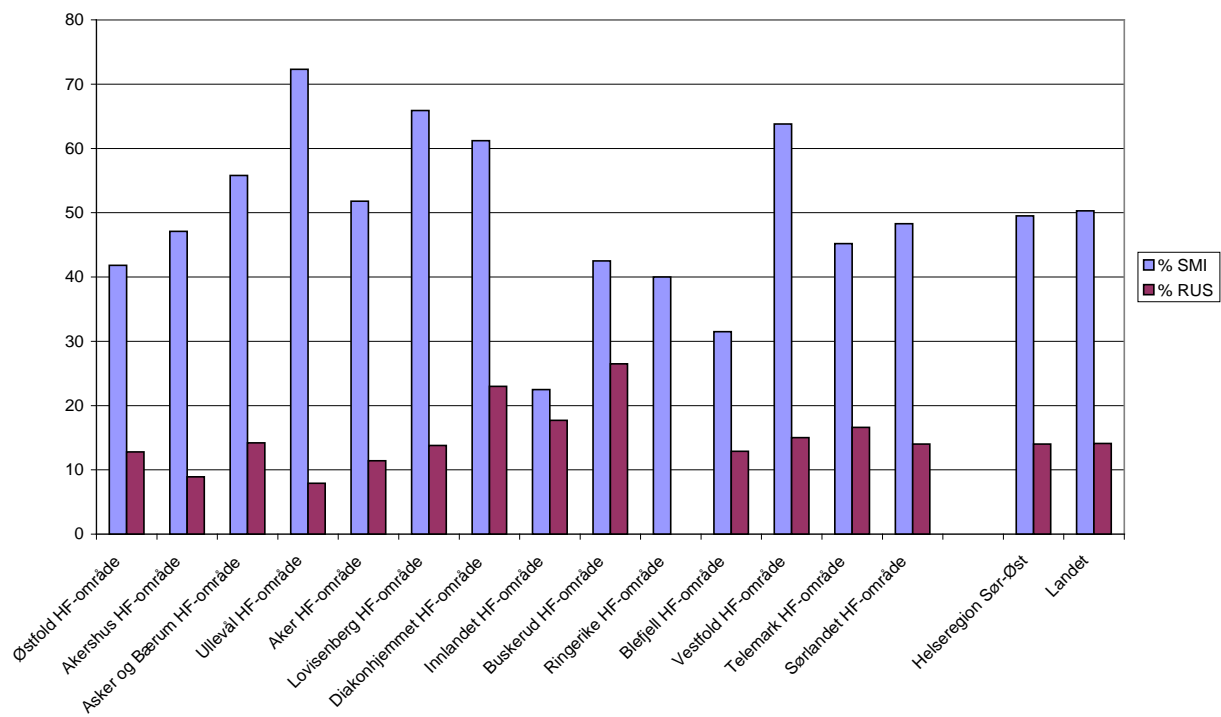
- Høyere forbruksrater
- Mer ressurskrevende pasienter ved at pasientene har alvorligere lidelser og/eller flere diagnoser

Tidligere analyser (Magnussenutvalget, SINTEF 2010) har vist forbruket av tjenester øker med økende kommunestørrelse, men at dette ser ut til å fanges opp av behovskriteriene i modellene som er utviklet.

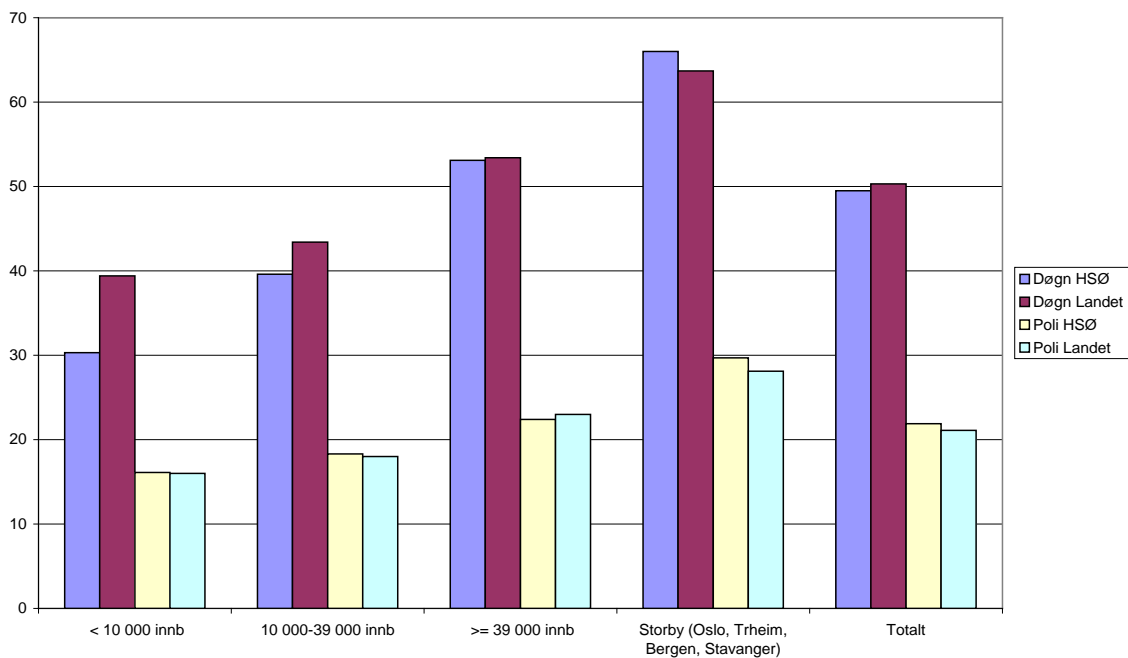
Når det gjelder alvorlighet blant pasientene er det gjort en analyse i regi av Helse Sør-Øst som gir visse indikasjoner på spesielle storbyproblemer.<sup>1</sup> I analysen beskrives omfanget av pasienter med rusdiagnoser inne psykiatrien og pasienter med alvorlig psykisk lidelse (serious mental illness – SMI). Fokus er på forskjeller mellom storby og andre kommuner. Analysen er mest detaljert når det gjelder Helse Sør-Øst sitt opptaksområde, men gir også data for landet. Figurene under viser resultatene.

---

<sup>1</sup> SINTEF rapport "Behovsanalyser for det psykiske helsevernet, Helse Sør-Øst" – kap 6.



Figuren viser døgnpasienter. Andel pasienter med alvorlig psykisk lidelse og andel med rusdiagnose. Helseforetaksområder i Helse Sør-Øst, andel HSØ og andel landet.



Figuren viser andel pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Etter kommunestørrelse. Helse Sør-Øst og landet.

Rapporten fra SINTEF Helse gir ikke grunnlag for å konkludere med at det er flere pasienter med rusdiagnoser innen psykisk helsevern i byen enn i andre deler av landet. Derimot er det indikasjoner på sammenheng mellom bystørrelse og forekomst av alvorlige psykiske lidelser. Dette er funn som støttes opp av nyere internasjonal faglitteratur. En studie fra Danmark viser for eksempel at risikoen for schizofreni, som er en lidelse der pasientene kan få karakteristikken ”alvorlig psykisk lidelse”, øker med urbaniseringsgrad. Risikoen for denne lidelsen er 1,5 ganger høyere i byer over 100.000 innbyggere enn i rurale områder og hele 2,5 ganger høyere i København enn i rurale områder etter kontroll for alder, kjønn, familiebelastning og andre bakgrunnsvariabler.<sup>2</sup> Det er imidlertid ikke kontrollert for sosioøkonomiske variabler utover familiebelastning. En oppdatert (2010) og bred litteraturgjennomgang viser imidlertid at det er høyere risiko for alvorlige sinnslidelser i storbyer også etter kontroll for bakgrunnsfaktorer.<sup>3</sup>

Spørsmålet som da gjenstår er om Tromsø og eventuelt Bodø, har en slik struktur og størrelse at den fungerer som storby.

---

<sup>2</sup> Mortensen, P.B., C. B. Pedersen et al (2009). Effects of family history and place and season of birth of the risk of schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, vol. 340 (8): 603-608.

<sup>3</sup> Brendan, D. K., E. O’Callaghan et al (2010). Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis in Ireland. *Schizophrenia research*, 116:75-89.



## VEDLEGG 3 BEREGNING AV KOSTNADSKOMPONENT LAR

Notatet redegjør for arbeidsgruppens forståelse av hvordan LAR finansieres og registreres i dag. Ved implementering av inntektsmodellen foreslås det å legge dagens organisering til grunn. Dette vil gjøre at omfordelingseffekter av modellen blir enklere å fremstille. Modellen må revideres dersom organisering og ansvar endres.

### **Kostnader**

Basert på kostnadsdata fra UNN og NLSH er samlede netto kostnader til LAR ca 30,1 mill kr, hvorav 8,4 mill kr er kostnadsført ved NLSH, mens 21,7 mill kr er kostnadsført ved UNN. Medikamentkostnadene utgjør opp mot 20 mill kr av de samlede kostnader.

### **Aktivitet**

All aktivitet registreres ved UNN slik at all inntekt fra mobilitetskomponent vil tilfalle UNN. Det er innrapportert ca 3500 konsultasjoner for 2010 (data fra UNN, usikre data som må kvalitetssikres)

Forslag til håndtering i inntektsmodell

Metodikken som er benyttet for å beregne kostnadskomponentens størrelse er: Totale kostnader – Inntekt fra mobilitet (totalt antall liggedøgn/konsultasjoner\*enhetspris)= kostnadskomponent.

Ved å bruke samme metode blir beregningen:

$$30,1 \text{ mill kr} - (3500 \text{ konsultasjoner} * 2300 \text{ kr}) = 22,3 \text{ mill kr.}$$

Denne kostnadskomponenten må deles mellom NLSH og UNN. Siden hele mobilitetskomponenten vil tilfalle UNN ( $3500 \text{ konsultasjoner} * 2300 \text{ kr} = 8,0 \text{ mill kr}$ ), foreslås UNNs kostnadskomponent beregnet til 21,7 mill kr (totale kostnader) – 8,0 mill kr = 13,7 mill kr.

NLSHs kostnadskomponent blir da  $22,3 \text{ mill kr} - 13,7 \text{ mill kr} = 8,4 \text{ mill kr}$ .

En slik fordeling innebærer at dagens praksis hvor kostnader faktureres fra UNN til NLSH skal videreføres inntil videre.

## Effekter

Effektene av en slik modell blir at LAR-kompensasjon fordeles som nedenfor. Det er usikre data for mobilitet som vi jobber med å kvalitetssikre. Vi antar at antall pasienter fra NLSHs opptaksområde er noe større enn fremstilt.

22,3 mill kr fordeles i kostnadskomponenten, mens 7,8 mill kr fordeles mellom alle helseforetakene i behovskomponenten (30,1 mill kr – 22,3 mill kr).

Mobilitetsdata er beregnet på bakgrunn av data fra LAR hvor antall konsultasjoner er fordelt relativt ut ifra bostedsforetaket til pasientene som har vært i behandling. Dataene er usikre, vi er noe usikre på fordeling av pasienter fra NLSH og Helgeland.

<b>LAR 30,1 mill kr</b>	<b>Helse Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Sum</b>
Fordeles behov	1309	3045	2201	1262	7817
Fordeles kostnadskomp		13907	8400		22307
Mobilitet (usikre data)	-679	3240	-1280	-1280	0
<b>Sum</b>	<b>629</b>	<b>20192</b>	<b>9321</b>	<b>-19</b>	<b>30124</b>

Det foreslås at prinsippene i notatet legges til grunn for modellen.