

# Utkast til høringsnotat for justering av inntektsfordelingsmodellen for HF-ene i Helse Midt-Norge

Datert: 01.10.2020

UTKAST

### Forklaring av noen sentrale begreper

Begrep	Forklaring
Behovsnøkkel	Beskriver et sett av kriterier (for eksempel alder) med tilhørende vekter. Vektene til de ulike kriteriene summerer seg til 1 og hver vekt angir hvor stor andel av inntektene som skal fordeles på grunnlag av et bestemt kriterium
Befolkningsandel	Andelen innbyggere i et HF-område i forhold til antall innbyggere i Helse Midt-Norge (HMN)
Behovsindeks	Indeks som beskriver behovsnivået i et HF-område relativt til HMN samlet. Behovsindeks HMN = 1
Behovsandel	Er beregnet som befolkningsandelen i et HF-område multiplisert med behovsindeks.
Behovskomponent	Beløpet som skal fordeles mellom HF-områdene for å få likeverdig behovsdekning. Et HF-område sin andel av behovskomponenten er lik beløpet multiplisert med behovsandelen
Kostnadsindeks	Indeks som beskriver kostnadsnivået i et HF-område relativt til kostnadsnivået i HMN samlet. Kostnadsindeks HMN=1
Estimert kostnadsnivå	Dette er forventet kostnadsnivå for HF-et basert på resultater fra regresjonsanalyse av ulike potensielle kostnadsdrivere på kostnadsnivå for HF-ene i Norge. Magnussen2-utvalget landet på en regresjonsmodell med fire kostnadsdrivere: Bosettingsmønster, Forskning, Utdanning og størrelse. Disse må betraktes som proxy-variabler og antas å fange opp ulike forhold knyttet til driften av HF-ene (som for eksempel beredskapskostnader, universitetssykehusfunksjon, smådrifts- og stordriftsulempet etc)
Faktisk kostnadsnivå	Beskriver sektorvise målte kostnadsnivåer for HF-ene i HMN
Beregnet kostnadsnivå	Beregnet som en andel estimert kostnadsnivå og en andel faktisk kostnadsnivå. I Magnussen2-utvalget beregnet med 75 prosent vekt på estimert kostnadsnivå og 25 prosent vekt på faktisk kostnadsnivå
Estimert kostnadsindeks	Estimert kostnadsnivå for et HF relativt til estimert kostnadsnivå i HMN samlet. HMN=1
Faktisk kostnadsindeks	Faktisk kostnadsnivå for et HF relativt til faktisk kostnadsnivå for HMN samlet. HMN=1
Beregnet kostnadsindeks	Indeksen som benyttes i inntektsfordelingsmodellen for HMN. Beregnet med en andel estimert kostnadsindeks og en andel faktisk kostnadsindeks. Magnussen2-utvalget vektet beregnet kostnadsindeks mellom RHF med 75 prosent vekt på estimert og 25 prosent vekt på faktisk
Kostnadskomponent beløp	Beløpet som skal fordeles mellom HF-ene for å kompensere for uforskyldte kostnader (kostnadsulempet). Fordeles mellom HF-ene etter HF-ets aktivitetsandel i HMN og kostnadsindeks (beregnet).
Kostnadskomponent	Defineres som 1- minimumskostnadsindeks (beregnet indeks) av HF-ene i HMN. Dersom den beregnede minimumskostnadsindeksen for HF i HMN = 0,95 blir kostnadskomponenten 1-0,95=0,05 eller 5 prosent. Det betyr at 5 prosent av den samlede basisrammen i HMN skal fordeles etter kostnadskomponenten. De øvrige 95 prosentene fordeles etter behovskomponenten
Proxy-variabel	Brukes i stedet for en variabel som ikke kan observeres eller som man ikke har et tilgjengelig mål på i datagrunnlaget.

## Innhold

1	Innledning .....	5
2.	Organisering og mandat for arbeidet.....	7
2.1	Organisering av arbeidet .....	7
2.2	Avgrensning av mandat .....	8
3.	Dagens inntektsfordelingsmodell .....	11
3.1	Utvikling av inntektsfordelingsmodellen .....	11
3.2	Inntektsfordelingen 2020 etter dagens inntektsfordelingsmodell.....	12
3.3	Utviklingen i kostnadsnivåer somatisk sektor .....	14
4.	Magnussen2-utvalget – oppsummering .....	17
4.1	Innledning.....	17
4.2	Behovsanalyser.....	18
4.2.1	Metode og datagrunnlag behovsanalyser.....	18
4.2.2	Resultater somatisk sektor.....	19
4.2.3	Resultater PHV-V og TSB .....	20
4.2.4	Resultater fra PHV-BU .....	22
4.2.5	Magnussen2-utvalgets samlede vurdering av behovsindekser .....	23
4.3	Kostnadsanalyser .....	24
4.3.1	Bakgrunn .....	24
4.3.2	Kostnadsanalysene i Magnussen-utvalget .....	24
4.3.3	Kostnadsanalyser og resultater somatisk sektor.....	24
4.3.4	Kostnadsanalyser og resultater PHV og TSB.....	26
4.4	Analyser knyttet til prehospitaltjenester og pasientreiser .....	27
4.4.1	Kort sammendrag av utvalgets analyser .....	27
4.4.2	Fordeling av inntekter til prehospitaltjenester og pasientreiser i HMN.....	28
4.5	Samlede indekser for behandling .....	28
4.6	Gjestepasientoppgjør .....	30
5.	Implementering av Magnussen2-basert modell i HMN .....	33
5.1	Innledning.....	33
5.2	Behovsindekser HF-områdene i HMN .....	33
5.3	Kostnadsindekser for HF-ene i HMN .....	36
5.4	Behovs- og kostnadskomponent Magnussen2-prinsipper .....	38
5.4.1	Behovskomponenten for HF-ene i HMN .....	39
5.4.2	Kostnadskomponenten for HF-ene i HMN .....	39

5.5	Effekt av Magnussen2-utvalgets inntektsfordelingsmodell på HF-ene i HMN .....	40
5.6	Nærmere om internt gjestepasientoppgjør .....	42
5.7	Vurdering av Magnussen2-modellen og eventuelle endringsforslag .....	43
5.7.1	Bruk av skjønn i fastsettelse av kostnadsindeks .....	44
5.7.2	Internt gjestepasientoppgjør for HF-ene i HMN .....	46
5.7.3	Innføringsperiode for Magnussen2-basert inntektsfordelingsmodell .....	46
6.	Arbeidsgruppens oppsummering .....	49
Vedlegg 1	Datagrunnlag - behovsanalyser .....	53
Vedlegg 2	Behovsnøkler alle sektorer .....	54
Vedlegg 3	Fordeling etter behovs og kostnadskomponent .....	55
Vedlegg 4	Data for befolkningen i HF-områdene i HMN med Magnussen 2-prinsipper .....	58
Vedlegg 5	Internt gjestepasientoppgjør 2020 HMN .....	60
Vedlegg 6	Ressursbehovs- og behovsandelers samt basisrammer for HF-ene i inntektsfordelingen 2020 .....	63
Vedlegg 7	Magnussen 2-prinsipper på inntektsfordeling 2020 med to eksempler på alternativ vektning av estimert og faktisk kostnadsnivå .....	64
Vedlegg 8	Utviklingen i kostnadsnivåer somatisk sektor .....	66
V8.1	Innledning .....	66
V8.2	Kostnadsnivåer for ikke-regionsykehus .....	66
V8.3	Kostnadsnivåer for regionsykehusene .....	67
V8.4	Oppsummering av utvikling i kostnadsnivå .....	69
Vedlegg 9	Netto DRG-poeng fra HMR og HNT til St. Olav .....	70

## 1 Innledning

Styret for Helse Midt-Norge RHF (HMN) har i sak nr. 28/2018 bedt om at inntektsfordelingsmodellen i HMN evalueres i forbindelse med at utvalget som utarbeider ny nasjonal inntektsmodell for spesialisthelsetjenesten presenterer sitt forslag. Utvalget som ble ledet av Jon Magnussen la fram rapporten NOU 2019: 24 «Inntektsfordelingen mellom regionale helseforetak» i desember 2019 og rapporten omtales i det følgende som «Magnussen2 – utvalget» da dette er det andre nasjonale utvalgsarbeidet om finansiering av spesialisthelsetjenesten som Jon Magnussen har ledet. Det første arbeidet ble presentert i rapporten NOU 2008: 2 «Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak» og blir referert til som «Magnussen-utvalget». Magnussen-utvalget har vært utgangspunkt for prinsippene bak dagens inntektsfordelingsmodell i HMN.

I tråd med styrevedtaket ble det satt sammen en arbeidsgruppe i HMN som skal gå gjennom dagens modell for inntektsfordeling mellom HF-ene og justere denne i henhold til prinsippene i Magnussen2-utvalget. Det ble også gitt et mandat for arbeidet som arbeidsgruppen har presisert nærmere.

Høringsnotatet er organisert som følger: I kapittel 2 presenteres arbeidsgruppen og en skisse over organiseringen av arbeidet. Videre avgrenses mandatet for arbeidet. I kapittel 3 gis en kortfattet oversikt over hvordan dagens inntektsfordelingsmodell er utformet samt en skisse over inntektsfordelingen mellom HF-ene i budsjettet for 2020. Her gis også en kort oppsummering over hvordan kostnadsutviklingen ved HF-ene har vært fra driftsårene 2012 og 2013 til 2017 og 2018 basert på tall fra SAMDATA-prosjektene<sup>1</sup> som Helsedirektoratet har utarbeidet. I kapittel 4 gis en kort oppsummering av resultatene av Magnussen2-utvalgets arbeid om inntektsfordeling mellom de regionale helseforetakene (RHF-ene). I kapittel 5 presenteres hvordan Magnussen2- utvalgets modell for inntektsfordeling mellom RHF-ene kan anvendes mellom HF-ene i HMN. Det gis også i kapitlet eksempler på ulike utforminger av Magnussen2-prinsippene og effekten på basisrammer av disse. Til slutt i kapittel 6 presenteres en innstilling fra arbeidsgruppen som viser hva det har vært konsensus om i arbeidet. Kapittel 6 blir dermed arbeidsgruppens anbefaling til hvordan en inntektsfordelingsmodell basert på prinsippene i Magnussen2-utvalgets arbeid kan implementeres for HF-ene i HMN.

---

<sup>1</sup> Tallene er hentet fra de såkalte SAMDATA-publikasjonene som Helsedirektoratet utgir. Rapportene kan hentes her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten>

UTKAST

## 2. Organisering og mandat for arbeidet

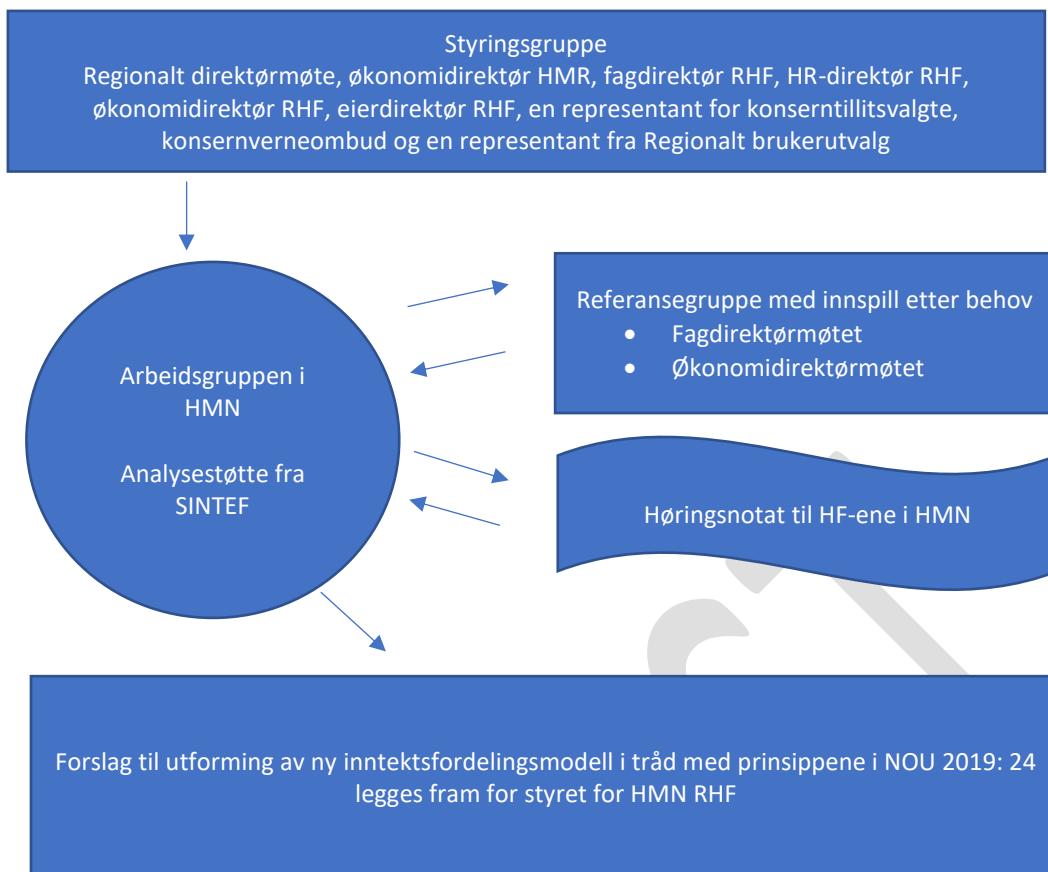
### 2.1 Organisering av arbeidet

Som nevnt innledningsvis ble det nedsatt en arbeidsgruppe som skulle følge opp styrets anmodning om å vurdere og eventuelt justere inntektsfordelingsmodellen i HMN. Følgende personer ble oppnevnt til arbeidsgruppen:

- Tove Indal (fra 01.07.2020 Rolf Tørring), Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)
- Trine Sperre, Helse Møre og Romsdal HF (HMR)
- Jan Morten Søraker, St. Olavs hospital HF (St. Olav)
- Jorid Kalseth SINTEF
- Nina Hagesæther HMN
- Linda Midttun HMN
- Kjell Solstad HMN
- Anne-Marie Barane HMN fra 01.07.2020

Arbeidet ble ledet av Kjell Solstad, som sammen med Nina Hagesæther og Linda Midttun også fungerte som sekretariat for arbeidsgruppen. I tillegg til de tre representantene fra sykehus-HF-ene i HMN ble Jorid Kalseth fra SINTEF oppnevnt. Hun var medlem i Magnussen2-utvalget og deltok i sekretariatet for Magnussen-utvalget. Kjartan Sarheim Anthun ble engasjert for å bidra med analyser og sammenstilling av nødvendige data fra det nasjonale utvalgsarbeidet. Han deltok i sekretariatet for Magnussen2-utvalget og har utført mye av analysearbeidet som utvalget har tatt utgangspunkt i. Resultatet som arbeidsgruppen kom fram til er beskrevet i det foreliggende høringsnotatet. Arbeidsgruppen har hatt 11 møter i perioden fra 5. mars til 25. september 2020.

Figur 2.1 viser hvordan prosjektet har vært organisert.



Figur 2.1 Organisering av arbeidet med inntektsfordelingsmodellen<sup>2</sup>

## 2.2 Avgrensning av mandat

Arbeidsgruppen fikk et relativt omfattende formulert mandat som ble avgrenset og presisert nærmere i første arbeidsmøte. Mandatet var inspirert av mandatet for det nasjonale utvalgsarbeidet og ble presentert som følger:

- Arbeidsgruppen skal gjennomgå og foreslå eventuell endring av dagens inntektsfordelingsmodell
- Det skal tas utgangspunkt i NOU 2019: 24 «Inntektsfordelingen mellom regionale helseforetak»
- Arbeidsgruppen kan foreslå å fortsette å benytte deler av dagens inntektsfordelingsmodell i HMN
- Det må vurderes om det er behov for å gjøre andre analyser/benytte andre data enn det som er gjort i NOU 2019:24
- Arbeidet skal legge til grunn dagens todelte finansiering med en basisdel og en aktivitetsbasert del
- Arbeidet skal legge til grunn at helseforetakene har et samlet ansvar for å finansiere drift og investeringer innenfor rammen. Dette innebærer at finansieringssystemet for investeringer ikke skal vurderes
- En ny inntektsfordelingsmodell må være robust ovenfor eventuelle endringer i ISF-andelen
- Modellen må ivareta balansen mellom ulik vekst i befolkningen og vilkår for å levere likeverdige tjenester
  - Helseforetakene med sine sykehus har ulike forutsetninger som gir ulike kostnader
  - En ny inntektsfordelingsmodell må balansere hensynet til både lokalsykehusfunksjon og spesialiserte funksjoner uavhengig av administrative grenser.
  - En ny modell må ta hensyn til eventuelle ulemper som HF-ene ikke kan påvirke selv
- Dersom det foreslås en ny inntektsfordelingsmodell, skal arbeidsgruppen foreslå en plan for hvordan modellen skal implementeres.

<sup>2</sup> Økonomidirektør HMR deltar i styringsgruppen og er derfor ikke medlem av referansegruppen. I referansegruppen har Magne Rødstøl deltatt fra HMR i stedet for økonomidirektør.



Mandatet ble forelagt arbeidsgruppen i første møte der det ble drøftet og gitt en tolkning. Tolkningen ble forelagt styringsgruppen i møte 02.04.2020 og godkjent. Tolkningen ble som følger:

- Det skal utarbeides nye behovs- og kostnadsindekser for HF-ene i HMN RHF basert på prinsippene i NOU 2019: 24 (Magnussen2-utvalget)
- Ordningen for interne pasientstrømmer i dagens inntektsfordelingsmodell må gjennomgås og det må vurderes behov for endringer
- Legemiddelfinansieringen baseres fortsatt på fordeling etter behov, men med de nye utarbeidede behovsindeksene
- Utvidelsen av inntektsfordelingsmodellen i HMN med ambulanse, pasientreiser og utdanning i 2019 behøver ikke endres
- Finansieringssystemet for investeringer skal ikke vurderes
- Dersom omfordelingseffektene av ny inntektsfordelingsmodell blir omfattende skal det foreslås en implementeringsperiode

At det er en egen fordelingsnøkkel for ambulanse og pasientreiser er i tråd med prinsippene i Magnussen2-utvalget. Ordningen i HMN som ble innført i 2019 passer imidlertid bedre for HMN enn den løsningen som er skissert nasjonalt. Derfor opprettholdes denne, men arbeidsgruppen foreslår i sin innstilling en tidsperiode før nøklene bør evalueres og justeres. I den nasjonale modellen er finansiering av kostnadsulempen knyttet til utdanning inkludert i kostnadsindeksen og fordeles gjennom basisrammen. Dette vil være aktuelt for modellen i HMN også. Nøkkelen for utdanning som det henvises til i mandatet, er en nøkkel for fordeling av direkte utgifter til å gjennomføre utdanningen, og ikke til fordeling av kostnadsulempen i pasientbehandlingen. Det er derfor ikke snakk om «dobbel» uttelling for utdanningsvolum i inntektsfordelingsmodellen som foreslås. Arbeidsgruppens innstilling vil også for denne nøkkelen foreslå en tidsperiode før nøkkelen bør evalueres og justeres.

UTKAST

### 3. Dagens inntektsfordelingsmodell

#### 3.1 Utvikling av inntektsfordelingsmodellen

Dagens inntektsfordelingsmodell ble innført i 2012<sup>3</sup>, en modell som er behovsbasert og utviklet i tråd med prinsippene i NOU 2008: 2, Magnussen-utvalget. Den behovsbaserte modellen avløste en inntektsfordelingsmodell i HMN som i stor grad var aktivitetsdrevet og samtidig korrigert for akseptert kostnadsnivå. Dette hadde nok bidratt til å forsterke relativt store forskjeller i forbruket mellom HF-områdene i regionen, og dette var mye av bakgrunnen for at en behovsbasert inntektsfordelingsmodell var ønsket av styret.

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) var organisert som eget helseforetak i HMN på dette tidspunktet, og ble finansiert gjennom det som den gangen ble omtalt som særfinansiering. TSB ble derfor ikke omfattet av inntektsfordelingsmodellen. I NOU 2008: 2 ble det utarbeidet kostnadsindeks kun for somatisk sektor med den begrunnelsen at blant annet universitetsfunksjoner og forskning ga samme kostnadsulemper både i psykisk helsevern (PHV) og somatisk sektor. Samtidig var det ikke gode nok data for å foreta nødvendige analyser på kostnadsnivå innen PHV. Det samme prinsippet ble videreført i modellen for HMN også, men det ble samtidig presisert at det var behov for å undersøke universitetsfunksjonen knyttet til PHV. Dette ble gjennomført og førte til at bruken av kostnadsindeks for finansiering av PHV ble redusert til å telle 50 prosent<sup>4</sup>. I 2017 ble TSB innfaset i den behovsbaserte inntektsfordelingsmodellen for HF-ene i HMN. Dette skjedde i forbindelse med at rusforetaket i HMN ble oppløst og fusjonert inn i sykehusforetakene<sup>5</sup>.

I inntektsfordelingen for 2018 ble fordelingen av pasientadministrerte legemidler endret til kun å fordeles etter behovsindexene og ikke etter behovs- og kostnadsindexer som tidligere<sup>6</sup>. Til slutt i 2019 ble inntektsfordelingsmodellen utvidet med egen fordeling for pasientreiser og ambulanse samt utdanning<sup>7</sup>. Dette var etter en oppfølging av styresak nr. 21/2017 «Langtidsplan og budsjett 2018-2023 prinsipper og forutsetninger» der styret gjorde følgende vedtak:

*«Styret forutsetter at Helse Midt-Norge i størst mulig grad skal fordele inntekter i henhold til en behovsmodell. Styret ber administrasjonen, i forbindelse med LTP/LTB 2019-2024, komme tilbake med en sak som vurderer omlegging av særfinansiering på flere områder.»*

I perioden fra 2012 – til 2019 har de ovennevnte endringene ført til at den opprinnelige omfordeling fra HMR til de to andre HF-ene har blitt endret. Tabell 3.1 viser hvordan de ulike endringene i inntektsfordelingsmodellen har omfordelt inntekt mellom HF-ene i løpende priser.

<sup>3</sup> Se styresak nr. 70/2011. Inntektsfordelingsmodellen ble innført for inntektsfordelingen i 2012 og fikk en gradvis innføring over en periode på 4 år. Dette var en omfordeling av 133,3 millioner kroner fra HMR til St. Olav og HNT med henholdsvis 98,0 og 35,3 millioner kroner simulert på inntektsfordelingen for 2011.

<sup>4</sup> Se styresak nr. 40/2013. Styret vedtok at 50 prosent av basisrammen skulle fordeles etter behovs- og kostnadsindeks og at 50 prosent av rammen skulle fordeles kun etter behovsindex. Endringen ble innfaset i løpet av 2014 og 2015. Dette medførte en omfordeling av 47,9 millioner kroner fra St. Olav til 34,2 millioner kroner til HMR og 13,7 millioner kroner til HNT simulert på inntektsfordelingen for 2013.

<sup>5</sup> Se styresak nr. 80/2016. Ramme til rusbehandling ble flyttet fra særfinansieringen og lagt inn i inntektsfordelingsmodellen for HF-ene. Inntektene ble fordelt gjennom behovsindex og korrigert for bruk av private institusjoner. Dette førte til en omfordeling av 17,2 millioner kroner fra HNT til St. Olav og HMR med henholdsvis 3,2 og 14,0 millioner kroner.

<sup>6</sup> Se styresak nr. 85/2017. Dette innebar en omfordeling av midler fra St. Olav på 21,3 millioner kroner til HMR med 15,3 og HNT 6 millioner kroner simulert på inntektsfordelingen 2017.

<sup>7</sup> Se styresak nr. 28/2018. Samlet sett førte denne omleggingen til en omfordeling av midler fra St. Olav og HMR på henholdsvis 11,0 og 5,0 millioner kroner til HNT på 16,0 millioner kroner simulert på inntektsfordelingen for 2018.

**Tabell 3.1 Effekter av justering av inntektsfordelingsmodellen fra 2012 til 2019. Løpende priser**

Endring i modell for inntektsfordeling HMN	Endring i inntektsfordeling (millioner kroner)		
	HMR	HNT	St. Olav
2012 Innføring av behovsbasert modell	-133,3	35,3	98,0
2014 Redusert bruk av kostnadsindeks PHV	34,2	13,7	-47,9
2017 TSB innfases i behovsbasert modell	14,0	-17,2	3,2
2018 Selvadministrerte legemidler fordeles etter behov	15,3	6,0	-21,3
2019 Utvidelse med ambulanse, pasientreiser og utdanning	-5,0	16,0	-11,0
Sum endringer i modellen	-74,8	53,8	21,0

Inntektsfordelingsmodellen for HMN har siden 2012, vært behovsbasert, men gjennomgangen over viser at det også har vært tatt hensyn til at HF-ene har hatt ulike kostnadsulempesom de også har blitt kompensert for gjennom modellen. Kompensasjonen for kostnadsulempesom har imidlertid ikke samme analysegrunnlag som behovsindeksene og er derfor omfattet av en høyere grad av usikkerhet enn behovsindeksene. Graden av behovsbasert finansiering av aktiviteten i HMN har økt gjennom at stadig flere aktiviteter er flyttet fra særfinansiering til behovsbaserte fordelingsnøkler. Samtidig viser tabellen at den relativt store omfordelingen fra HMR til HNT og St. Olav ved innføring av behovsbasert inntektsfordelingsmodell er endret gjennom de tilpasningene som er gjennomført.

### 3.2 Inntektsfordelingen 2020 etter dagens inntektsfordelingsmodell

I det følgende beskrives hvordan basisrammer og aktivitetsbaserte inntekter er fordelt mellom HF-ene i HMN. I tabell 3.2 presenteres rammene for inntektsfordelingen 2020 og i tabell 3.3 gis en mer detaljert oversikt over fordelingen av rammene på HF-ene og hvordan enkeltkomponenter er fordelt. I vedlegg 6 er det gitt en mer detaljert presentasjon over komponentene i inntektsfordelingen. Det er nasjonale rammeandeler som er benyttet. En detaljert oversikt over interne gjestepasientoppgjør er gitt i vedlegg 5.

**Tabell 3.2 Inntektsrammer for HF-ene i HMN RHF i inntektsfordelingen 2020**

Type inntekter	1000 kroner	Andel		
Basisramme og poliklinikk	11 598 739	0,678		
ISF-inntekt (som)	5 273 188	0,308		
ISF-inntekt (PH og TSB)	236 093	0,014		
Sum ramme,ISF og polikli (lab/rad)	17 108 019	1,000		
Sektorrammer	1000 kroner	Andel Ramme og ISF	Andel ISF PHV og TSB	Budsjettandel ramme
Somatikkramme	14 257 955	0,833		0,775
PHV voksne og TSB	2 406 811	0,141	0,8445	0,190
PHV barn og unge	443 253	0,026	0,1555	0,035
Sum	17 108 019	1,000	1,0000	1,000

**Tabell 3.3** *Inntekter for HF-ene i HMN i inntektsfordelingen 2020 etter typer inntekt*

Type inntekter	HMR	HNT	St. Olav	Sum
<b>Sum basisramme og aktivitetsbaserte inntekter (fordelt etter RB-andel samlet)</b>	<b>5 879 537</b>	<b>3 210 324</b>	<b>8 018 159</b>	<b>17 108 019</b>
Minus aktivitetsbaserte inntekter (fordelt etter sektorvise behovsandeler)	-2 191 625	-1 173 088	-2 584 945	-5 949 658
Minus kjøp fra private (fordelt etter faktisk forbruk)	-189 130	-150 595	-419 557	-759 282
<b>Sum basisrammer til fordeling HF-ene før internt gjestepasientoppgjør</b>	<b>3 498 783</b>	<b>1 886 640</b>	<b>5 013 656</b>	<b>10 399 079</b>
Sum internt gjestepasientoppgjør	-301 171	-199 205	500 375	0
<b>Basisrammer til fordeling HF-ene etter internt gjestepasientoppgjør</b>	<b>3 197 612</b>	<b>1 687 436</b>	<b>5 514 031</b>	<b>10 399 079</b>

Tabell 3.2 viser at samlet basisramme og aktivitetsbasert inntekt til HF-ene var 17,1 milliarder kroner i inntektsfordelingen i 2020 for den inntekten som fordeles gjennom den generelle inntektsfordelingsmodellen. Her er basisrammer til ambulanse, pasientreiser og utdanning ikke inkludert. Det samme gjelder pasientadministrerte legemidler som fordeles etter behovsandeler. Dersom disse inkluderes er den samlede rammen på om lag 19,3 milliarder kroner. Finansiering av spesielle oppgaver eller forhold (kalt særfinansiering) er også holdt utenfor.

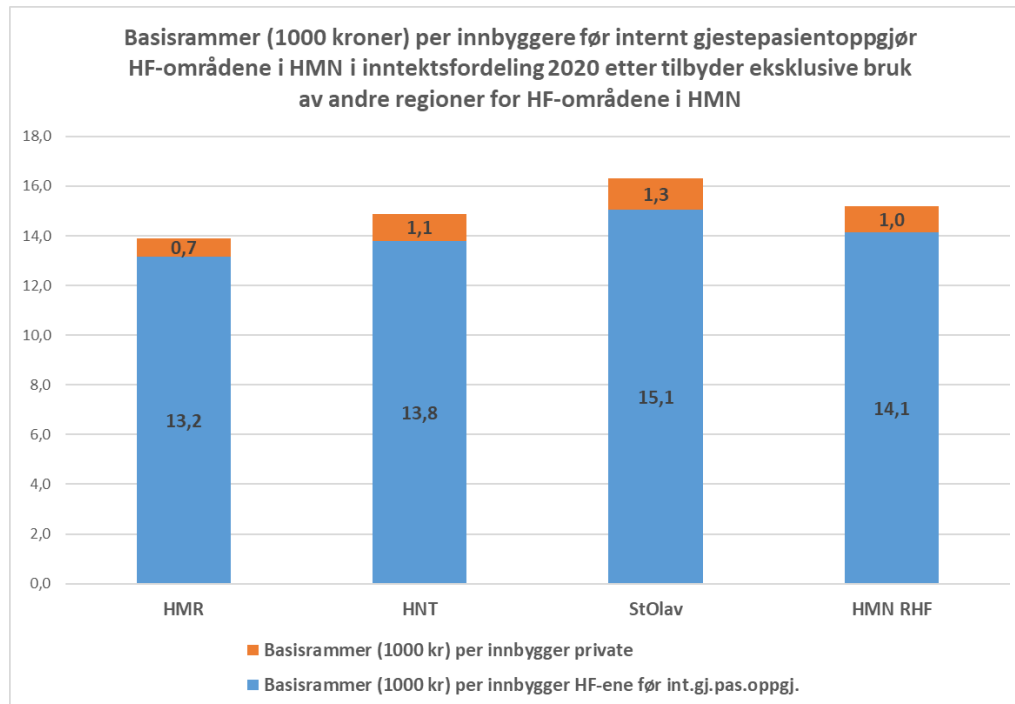
I inntektsfordelingen 2020 fordeles både basisrammer og aktivitetsbaserte rammer til HF-ene etter ressursbehovs-andel (RB-andel), som er ressursbehovsindeks (RBI) multiplisert med befolkningsandelene i HF-områdene. Alle RB-andeler fra inntektsfordeling 2020 er presentert i vedlegg 6 (tabell v6.1) sammen med en mer detaljert framstilling sektorvis (tabell v6.2). RB-andeler samlet er satt sammen av RB-andeler sektorvis basert på sektorenes andel av samlede rammer. Her benyttes nasjonale andeler i inntektsfordelingen som vist i tabell 3.2. ISF-inntektene er fordelt etter sektorenes RB-andeler. I inntektsfordelingen for 2020 er polikliniske inntekter knyttet til laboratorium og radiologi fordelt til HF-ene etter samlet RB-andel og inngår i basisrammen på 11,6 milliarder kroner. I sum betyr dette at alle inntekter, både aktivitetsbaserte og basisrammer som til sammen utgjør 17,1 milliarder kroner, er fordelt til HF-ene etter både behovs- og kostnadsforhold gjennom RB-andelene. De aktivitetsbaserte inntektene trekkes ut igjen, men nå etter behovsandeler, slik at forskjellen på ressursbehovsfordelte aktivitetsrammer og behovsfordelte rammer, blir liggende igjen som en del av basisrammene. Når for eksempel St. Olav får fordelt ISF-inntekter somatikk etter ressursbehovsandel på om lag 2 466 millioner kroner og får et fradrag på samme typen inntekt etter behovsandeler på om lag 2 285 millioner kroner, blir om lag 180 millioner kroner liggende tilbake i basisrammene som kompensasjon for høy kostnadsindeks. For HMR og HNT blir det motsatt fortegn på samme forhold med henholdsvis -130 og -50 millioner kroner.

I tillegg til at aktivitetsbaserte inntekter er trukket fra etter behovsandel, er det også justert for kjøp fra private<sup>8</sup>. Dette er fordelt etter befolkningsandeler og trekkes ut av HF-enes rammer fordi budsjettet/kostnaden føres på RHF-et. Etter denne justeringen står HF-ene igjen med basisrammer i inntektsfordelingen som er fordelt etter ressursbehovsandeler og utgjør i sum 10,4 milliarder kroner. Fordelingen til HF-ene er før justering for internt gjestepasientoppgjør. I inntektsfordelingen for 2020 utgjør dette i sum 301,2 og 199,2 millioner kroner henholdsvis fra HMR og HNT til St. Olav på 500,4 millioner kroner. Den største komponenten i dette er somatisk sektor og beløpene er basert på netto DRG-poeng og 100 prosent ISF-refusjon. Dette betyr at 50 prosent ISF-refusjon gis i basisramme, mens den andre 50-prosenten kommer via ISF-oppgjøret til HF-ene. Oversikt over priser og aktiviteter er gitt i vedlegg 5. En mer detaljert gjennomgang av internt gjestepasientoppgjør er gjengitt i delkapittel 5.4.

Når Magnussen2-utvalgets prinsipper, beskrevet i kapittel 5, anvendes på samme inntektsfordeling som beskrevet over, er det sum basisrammer før og etter internt gjestepasientoppgjør som sammenliknes.

<sup>8</sup> Private består i denne sammenhengen av private sykehus, avtalespesialister og opptreningsinstitusjoner.

Figur 3.1 viser basisrammer (1000 kroner) per innbygger fra inntektsfordelingen 2020 før internt gjestepasientoppgjør for HF-områdene i HMN. Bruken av HF i andre RHF er imidlertid ikke inkludert



**Figur 3.1 Basisrammer og kjøp fra private (1000 kroner) per innbyggere før internt gjestepasientoppgjør fra inntektsfordelingen 2020 for HF-områdene i HMN etter type tilbyder. Bruken av HF i andre regioner er ikke inkludert**

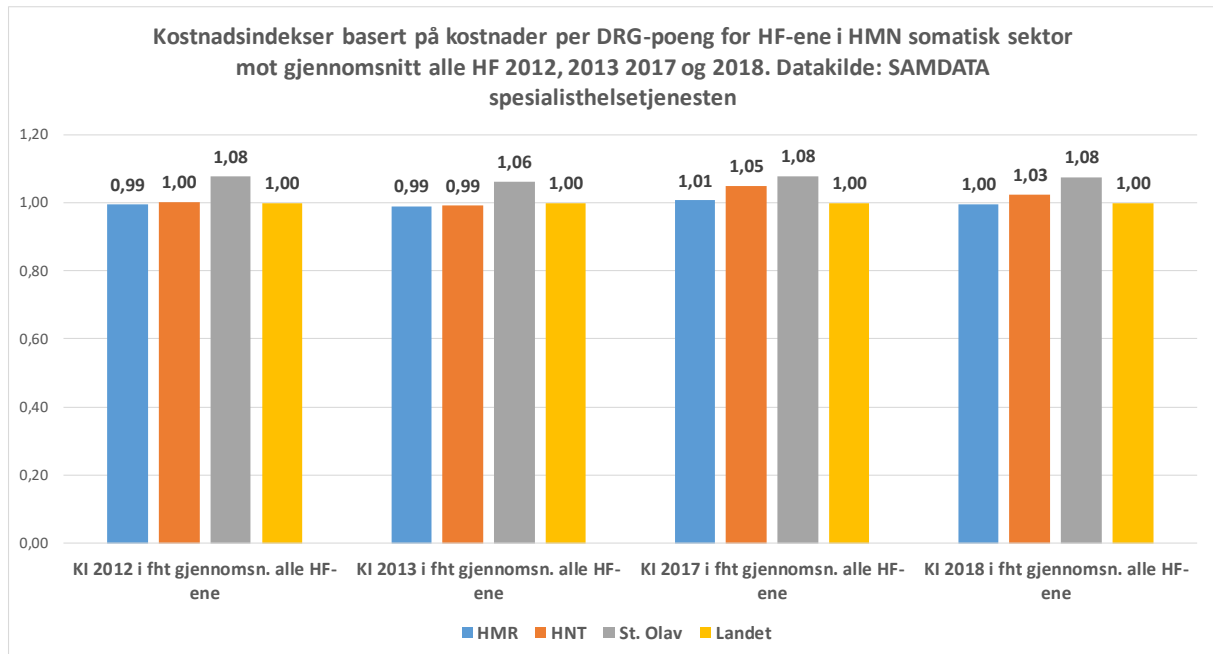
Figuren viser at det i 2020 var forskjeller i basisrammer per innbygger mellom HF-områdene også når kjøp fra private inkluderer. Bruken av HF i andre regioner vil ikke påvirke dette bildet mye da prosentandelen opphold ved HF i andre RHF er liten i forhold til opphold ved egne HF.

### 3.3 Utviklingen i kostnadsnivåer somatisk sektor

Dersom det har vært forskjeller i innteksgrunnlaget for HF-ene i HMN i hele perioden fra prinsippene i Magnussen-modellen ble tatt i bruk i inntektsfordelingsmodellen, er det mulig at dette kan ha påvirket produktiviteten eller kostnadsnivået ved HF-ene. SAMDATA-rapportene har jevnlig publisert kostnader per DRG-poeng som et mål for produktivitetutviklingen i HF-ene i Norge. Dette gjelder bare for somatisk sektor da det ikke er et tilsvarende aktivitetsmål for PHV og TSB som tar hensyn til forskjeller i pasientsammensetning. Produktiviteten i somatisk sektor vil uansett bety mye for den samlede produktivitetutviklingen.

Her presenteres kort en oversikt over hvordan kostnader per DRG-poeng har utviklet seg ved HF-ene i HMN relativt til landsgjennomsnittet. I figur 3.1 gis en oversikt over kostnadsindekser basert på kostnader per DRG-poeng relativt til landet i årene 2012 og 2013 og 2017 og 2018<sup>9</sup>. En kostnadsindeks lavere enn 1 betyr at kostnader per DRG-poeng er lavere enn gjennomsnittet for landet, mens en indeks høyere enn 1 viser det motsatte. I vedlegg 8 gis en mer detaljert framstilling der HF-ene sammenliknes mot mer sammenlignbare HF.

<sup>9</sup> Kostnader per DRG-poeng for alle HF-ene var 47 720 og 47 889 for årene 2012 og 2013 og 50 231 og 50 563 for årene 2017 og 2018.



**Figur 3.1** *Kostnadsindekser ved HF-ene i HMN basert på kostnader per DRG-poeng ved HF-et sammenliknet med tilsvarende tall for landsgjennomsnittet somatisk sektor. Tall fra årene 2012, 2013, 2017 og 2018. Datakilde SAMDATA-rapportene*

Figuren viser at St. Olav i alle årene ligger høyere i kostnadsindeks enn de to andre, når kostnader per DRG-poeng måles mot gjennomsnittet av alle HF-ene. Denne forskjellen reflekterer antakelig både kostnadsulemper, men også produktivitetsforskjeller. I gjennomsnitt har regionsykehusene i Norge ligget høyere i kostnadsnivå enn ikke-regionsykehus. Kun Helse Bergen har hatt et kostnadsnivå som har ligget nært landsgjennomsnittet for alle HF. Figuren viser videre at St. Olav og HMR har hatt en stabil relativ utvikling fra 2012 til 2018, mens HNT har hatt en økning i samme perioden, der relativt kostnadsnivå var høyest i 2017 for deretter å reduseres noe til 2018.

I vedlegg 8 vises tilsvarende tall for kostnader per DRG-poeng ved HF-ene i HMN sammenliknet med mer sammenlignbare HF enn landsgjennomsnittet. Dvs at HMR og HNT sammenlignes med gjennomsnittet av ikke-regionsykehus, mens St. Olav sammenliknes med gjennomsnittet av regionsykehus. Da viser resultatene at både HMR og HNT har hatt en relativ økning i kostnadsindekser fra 2012 til 2018, mens St. Olav har hatt en stabil relativ utvikling. Det er derfor ingen påvisbar sammenheng mellom forskjellene i basisrammer per innbygger i finansieringen og produktivitetsutvikling ved HF-ene.

UTKAST



## 4. Magnussen2-utvalget – oppsummering

### 4.1 Innledning

I det følgende gis en kort oppsummering av innholdet i NOU 2019: 24 «Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak» betegnet som Magnussen2-utvalget. I kapitlet fokuseres hovedsakelig på analysegrunnlaget og hvilke forutsetninger som er lagt til grunn for utarbeidelse av nye behovs- og kostnadsindekser. For resultater og detaljer vises til NOU 2019: 24.

Innledningsvis i utvalgsrapporten begrunnes behovet for en ny gjennomgang av den nasjonale inntektsfordelingsmodellen med at de sentrale utviklingstrekkene i spesialisthelsetjenesten, siden analysene i Magnussen-utvalget (NOU 2008: 2) ble gjennomført, ikke er fanget opp i behovsindeksene i dagens modell. Her fremheves spesielt:

- Organisatoriske endringer (Samhandlingsreformen)
- Politiske prioriteringer som den gylne regel (PHV og TSB skal vokse mer enn somatisk sektor)
- Endring i sykkeligheten
- Utvidet finansieringsansvar (legemidler)
- Endring i behandlingsformer på grunn av utvikling blant annet i medisinsk teknologi

Videre presiseres det at kostnadsanalysene som ble gjennomført i Magnussen-utvalget kun var basert på somatisk sektor.

Utvalgets mandat er beskrevet innledningsvis i utvalgsrapporten og utvalget har tilført sine merknader til mandatet:

- Utvalget presiserer at det fremgår av mandatet at utvalget skal gjennomgå og eventuelt foreslå en revisjon av dagens modell for fordeling av basisbevilgning fra staten til de fire RHF-ene, blant annet i lys av nye utfordringer for spesialisthelsetjenesten
- Utvalget har sett det som sin hovedoppgave å foreta en helhetlig gjennomgang av dagens inntektsfordelingsmodell basert på nye og oppdaterte analyser sammenliknet med det som lå til grunn for NOU 2008: 2
- Utvalget har merket seg at forslag til endringer i dagens inntektsfordelingsmodell skal gjennomføres innenfor gjeldende budsjetttramme for RHF-ene. Utvalget ser det derfor ikke som sin oppgave å ha noen formening om størrelsen på budsjettrammen til RHF-ene

Utvalget har hatt 15 møter i perioden fra 15. mai 2018 til 18. november 2019, noen av møtene over to dager. Det understrekes også at styreledere, administrerende direktører, konserntillitsvalgte og ledere for de regionale brukerutvalgene i RHF-ene ble invitert til fellesmøte i august 2018. Formålet med dette møtet var å informere om arbeidet og få innspill.

I oktober 2018 ble det avholdt et høringsmøte med fagorganisasjoner og pasient- og brukerorganisasjoner. Universitets- og høgskolerådet ble invitert til utvalgets møte i november 2018 med det formål å få innspill fra institusjoner som tilbyr medisindanning, samt fra institusjoner med særlig stort omfang av praksistunge profesjons- og videreutdanninger.

I januarmøtet 2019 ble ulike ressurspersoner invitert for å få belyst hvilke forhold som påvirker befolkningens behov for spesialisthelsetjenester med henvisning til tilgjengelig kunnskapsgrunnlag. Innspillene dekket tema som sosial ulikhet, behov for tjenester innen PHV, spesielle forhold for innvandrerbefolkningen og en gjennomgang av resultater fra helseatlasene fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).

Ulike ressurspersoner ble også invitert i februar møtet for å belyse hvilke forhold som påvirker behovet for prehospitaltjenester og pasientreiser.

Utvalget presiserer videre at sekretariatet har utført en rekke analyser i løpet av utvalgsarbeidet.

## 4.2 Behovsanalyser

### 4.2.1 Metode og datagrunnlag behovsanalyser

Utvalget har valgt å analysere behovsforskjeller for spesialisthelsetjenesten gjennom analyser av forbruket av spesialisthelsetjenester. Dette gjøres ved å se på ulike karakteristika ved individet og individets omgivelser. Det skilles mellom fire typer forhold som utvalget mener kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester:

- Alder
- Sosioøkonomiske forhold
- Helserelaterte forhold
- Forhold ved bostedet

Utvalget presiserer at et problem ved forbruksanalyser er at resultatene kan gjenspeile historiske forbruksmønstre og dermed hvilke helsetilbud som har blitt gitt, heller enn det reelle behovet for helsetjenester. Det er derfor i analysene benyttet metoder som søker å isolere effektene av behandlingsbehovet på forbruket ved å kontrollere for såkalte tilbudseffekter. Dette omfatter både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er gjennomført separate analyser for somatikk, PHV for voksne (PHV-V), PHV for barn og unge (PHV-BU) og TSB. Utvalget har imidlertid slått sammen PHV-V og TSB i analysene. Dette skyldes dels at mange av pasientene har samtidighet i sykdomsforløp og dels at antallet individer med rusdiagnose er relativt lavt.

Analysene er gjennomført med data på individnivå for alle tjenesteområdene. Data har gitt informasjon om forbruket av spesialisthelsetjenestene samt detaljert informasjon om alder, sosioøkonomiske forhold og helse- og trygdestatus, alt på individnivå. Det understrekes av utvalget at dette er en vesentlig forbedring fra analysene gjennomført i forbindelse med NOU 2008: 2 (Magnussen-utvalget).

Datagrunnlaget fra sektorene er som følger:

- Somatisk sektor
  - Pasientdata fra alle tilbydere for driftsårene 2016 og 2017
  - Aktiviteten fra private avtalespesialister og private rehabiliteringsinstitusjoner omregnet til DRG-poeng (omregningen i forhold til aktivitet og kostnader)
- PHV-V og TSB
  - Pasientdata fra 2017 (pga av manglende data på individnivå for TSB 2016 er kun 2017-data lagt til grunn)
- PHV-BU
  - Pasientdata fra 2016 og 2017
- Data fra Statistisk sentralbyrå (SSB)
  - Bosatte i Norge 2016 og 2017
    - Bostedskommune, familiestatus, innvandringskategori, utdanningsnivå, inntekt, arbeidsmarkedsstatus, barnevernstiltak, eventuelt dødsår og- måned, arbeidsavklaringspenger, uførepensjon, sykefravær og økonomisk sosialhjelp
- Alle data koblet på individnivå

Datagrunnlaget er utvidet i forhold til grunnlaget i Magnussen-utvalget, men har også mye felles. I vedlegg 1 er alle data som er inkludert i de fire hovedtypene variabler presentert.

Utvalget har benyttet regresjonsanalyser knyttet til forbruket av spesialisthelsetjenester der hensikten med analysene er todelt.

1. Analysene skal gi estimater på **hvilke** variable eller kriterier som skal inngå i en forklaringsnøkkel for forbruket.
2. Analysene skal vise hvor **stor virkning** eller effekt på forbruket kriteriet estimeres å ha.

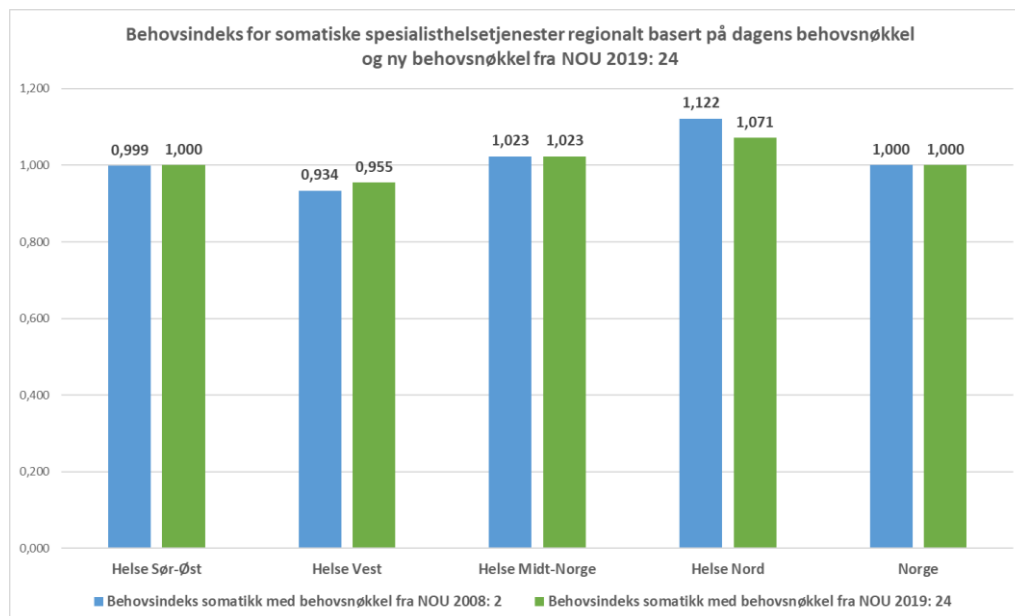
Analysene viser at forbruket er avhengig av ulike deler av de fire hovedtypene av variabler eller kriterier avhengig av sektor. Resultatene fra analysene benyttes til å konstruere et sett av behovsnøkler som viser hvilke kriterier som påvirker forbruket og videre kriterievekter som sier noe om kriterienes effekt eller virkning på forbruket. Disse vektene summeres til 1 og viser altså hvor stor betydning hvert kriterium har i fordelingen av inntekter. I vedlegg 2 er disse nøklene presentert både for de nye analysene utført i NOU 2019: 24 (Magnussen2-utvalget) og NOU 2008: 2 (Magnussen-utvalget) for somatisk sektor. Sammenlikning med NOU 2008: 2 er foretatt kun for somatisk sektor da PHV og TSB er håndtert forskjellig i de to utvalgsrapportene.

#### 4.2.2 Resultater somatisk sektor

Resultater fra analysene viser at alder fortsatt har stor betydning for behovet for somatiske spesialisthelsetjenester. I de nye analysene betyr kjønns- og alderskriterier 62 prosent av behovet mens summen av helse- og sosialkriterier samlet utgjør 38 prosent. Dette er en økning i forhold til NOU 2008: 2 der alderskriteriene utgjorde om lag 58 prosent. Kjønns- og alderskriteriene har derfor større betydning for behovet i nøkkelen som Magnussen2-utvalget foreslår enn hva som var tilfelle for NOU 2008: 2.

Utvalgsrapporten viser hvilke kriterier som er testet ut i analysene og hvilke av disse som foreslås å inngå i behovsnøkkelen for somatisk sektor. Vi viser ikke alle variabler som ble testet her, men kun de som ble foreslått å inngå i behovsnøkkelen som er presentert i vedlegg 2. Her vises også behovsnøkkelen som ble foreslått fra Magnussen-utvalget. Utvalget foreslår at alle kriterier, med unntak av alderskriteriene, oppdateres som et glidende gjennomsnitt av de siste tre årene. Alderskriteriene bør oppdateres årlig.

Hver region vil ha ulike verdier på kriteriene for sine innbyggere. Behovsnøkkelen utnyttes for å beregne et samlet behov aggregert for hvert RHF sammenliknet med hele landet. Figur 4.1 viser hvordan behovsindeksene for hver region blir med ny behovsnøkkel og med dagens behovsnøkkel estimert på samme år. Landsgjennomsnittet er lik 1 i begge tilfeller.



**Figur 4.1 Regionale behovsindekser basert på dagens og forslag til ny behovsnøkkel fra NOU 2019: 24**

Figuren viser at HSØ og HMN får tilnærmet like indekser med begge behovsnøkklene, mens Helse Vest får en økning og Helse Nord en reduksjon i indeks. I sum betyr dette at behovsforskjellene mellom regionene er estimert til å være noe mindre i NOU 2019: 24 enn hva som er tilfelle med dagens nøkkel.

#### 4.2.3 Resultater PHV-V og TSB

Analysene som ble gjort for PHV-V og TSB samlet skiller seg vesentlig fra analysene fra NOU 2008: 2 der datagrunnlaget for analysene var opplysninger fra pasienttellingene og ikke individbaserte data som nå. I pasienttellingene var det begrenset informasjon om pasientene, noe som begrenset utvalget av variabler som kunne inngå som kriterier i en behovsnøkkel.

I PHV og TSB er det ikke et eget DRG-system som i somatisk sektor, som kan anvendes til å lage et felles aktivitetsmål for alle behandlingsnivåene korrigert for pasientsammensetning og ressursbruk. I NOU 2008: 2 ble det derfor gjennomført separate analyser for de ulike behandlingsnivåene. Disse ble deretter aggregert til en felles behovsnøkkel basert på de ulike nivåenes andel av ressursene. I analysene i Magnussen2-utvalget er det laget et vektet felles aktivitetsmål for PHV-V og TSB der vektingen er basert på relative enhetskostnader mellom behandlingsnivåene og mellom de to sektorene. Sykehus liggedøgn var utgangspunktet for vektingen og de andre aktivitetene (for eksempel polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger samt liggedøgn ved distriktpsykiatriske senter (DPS)) ble relatert til dette ved hjelp av forskjeller i enhetskostnader<sup>10</sup>. Tabell 4.1 viser hvordan denne aktiviteten ble vektet sammen.

<sup>10</sup> Enhetskostnader hentet fra SAMDATA-rapportene utgitt av Helsedirektoratet.

**Tabell 4.1 Aktivitetsvekter felles aktivitetsmål PHV-V og TSB<sup>11</sup>**

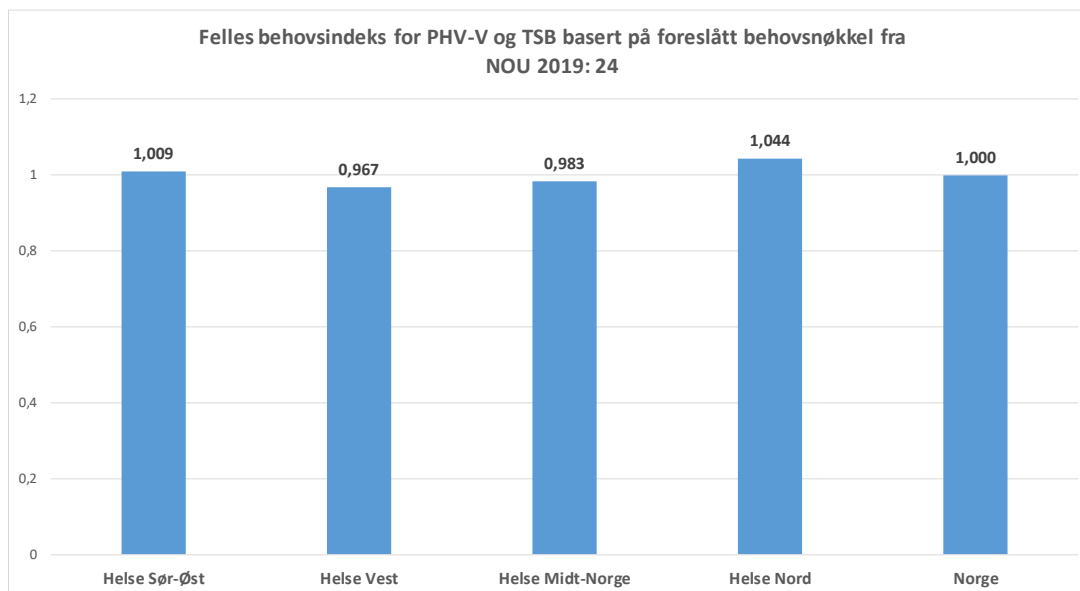
Tjenesteområde	Aktivitet	Vekt aktivitet	Vekt tjenesteområde
PHV for voksne	Sykehus liggedøgn	1,0000	1,0000
PHV for voksne	DPS liggedøgn	0,5927	1,0000
PHV for voksne	Dagbehandling	0,6236	1,0000
PHV for voksne	Poliklinisk konsultasjon	0,2473	1,0000
TSB	Liggedøgn	1,0000	0,6058
TSB	Dagbehandling	0,6896	0,6058
TSB	Poliklinisk konsultasjon	0,3791	0,6058

I disse analysene har utvalget definert alle individer som er 18 år eller eldre til å inngå i det samlede datagrunnlaget for PHV-V og TSB, også de som er 18 år og eldre, men behandlet i PHV-BU. Tilsvarende har alle under 18 år, som er behandlet i PHV-V eller TSB, blitt lagt til datagrunnlaget for PHV-BU. En svakhet med denne inndelingen er at nyfødte med rusproblem inngår i datagrunnlaget for PHV-BU. Dette er ikke en stor gruppe, men pasientene får oppfølging i de første fire leveårene, og behandlingen for denne pasientgruppen utgjorde i 2017 i overkant av 6 000 liggedøgn. Dette utgjør om lag 1 prosent av de samlede døgnene for TSB i 2017 og vil antakeligvis ikke påvirke resultatene mye. For PHV-BU utgjør dette om lag 7 prosent av liggedøgnene og fører til at aldersgruppen 0-5 år får økt sine liggedøgn fra 60 per år til over 6 000 per år og gjør aldersgruppen omtrentlig like stor i volum av liggedøgn som aldersgruppen 6-10 år. For PHV-BU kan dette derfor påvirke analyseresultatene noe.

De nye analysene gir et bredere sett av kriterier enn hva som var tilfelle for analysene knyttet til Magnussen-utvalget. Dette skyldes at flere av de kriteriene som nå testes ikke var tilgjengelig da. De nye analysene er derfor av bedre kvalitet enn det som ble gjort i Magnussen-utvalget.

I vedlegg 2 er den nye felles behovsnøkkelen for PHV-V og TSB presentert. Det er ikke mulig å sammenlikne med tilsvarende nøkkel i Magnussen-utvalget, da det er ulik inndeling av datagrunnlaget mellom de to utvalgsarbeidene. Generelt sett er analysegrunnlaget betydelig bedre for den nye felles behovsnøkkelen enn hva som var tilfelle i Magnussen-utvalget. I den nye nøkkelen som foreslås utgjør alderskriteriene 47,5 prosent og helse- og sosial-kriteriene 52,5 prosent. Alderskriteriene betyr derfor noe mindre i behovsnøkkelen for PHV-V og TSB enn for somatisk sektor. I figur 4.2 presenteres behovsindeksene for RHF-ene når den nye behovsnøkkelen benyttes på befolkningen i RHF-ene.

<sup>11</sup> Vekt for dagbehandling i PHV-V og TSB var i rapporten framstilt som 0,7491 (se tabell 2.1 i vedlegg 2 i NOU-en). Dette var en trykkfeil i NOU 2019:24. Riktig vekt skal være 0,6236 som vist i tabell 4.1 (beregnet som uveid gjennomsnitt av vekt for et liggedøgn og for en poliklinisk konsultasjon).



**Figur 4.2 Felles behovsindeks for PHV for voksne og TSB basert på foreslått behovsnøkkel fra NOU 2019: 24**

Figuren viser at det er befolkningen i Helse Nord RHF som har det høyeste behovet for spesialisthelsetjenester innenfor PHV-V og TSB, mens Helse Vest RHF har lavest behov. Forskjellen på høyest og lavest indeks er noe mindre her enn for somatisk sektor. Som nevnt er ikke denne sammenlignbar med tilsvarende indekser fra NOU 2008: 2, da Magnussen-utvalget laget en behovsindeks samlet for PHV (voksne og barn og unge) og en for TSB. Selv om indeksene ikke er direkte sammenlignbare, var det, basert på NOU 2008: 2, Helse Sør-Øst som hadde høyest behov for PHV samlet og for TSB.

Utvalget anbefaler at alderskriteriene i behovsnøkkel oppdateres årlig, men at helse og sosiale kriterier oppdateres som et glidende gjennomsnitt av de tre siste årene.

#### 4.2.4 Resultater fra PHV-BU

Analysene her er knyttet til befolkningsgrunnlag i aldersgruppen under 18 år og behandlet enten i PHV samlet eller TSB. Det minnes derfor om at nyfødte med rusproblem som er omtalt over, inkluderes her<sup>12</sup>.

Det er også her benyttet et vektet aktivitetsmål for behandlingsnivåene i PHV for barn og unge. Enhetskostnader for behandlingsnivåene er hentet fra SAMDATA og er presentert i tabell 4.2. SAMDATA har ikke beregnet enhetskostnader for dagbehandling, som er en svært liten aktivitet i PHV for barn og unge. Vekten her er derfor beregnet som et gjennomsnitt av vekten mellom poliklinikk og et liggedøgn.

<sup>12</sup> Disse utgjorde i 2017 om lag 7 prosent av liggedøgnene i PHV for barn og unge og kan derfor påvirke analyseresultatene.

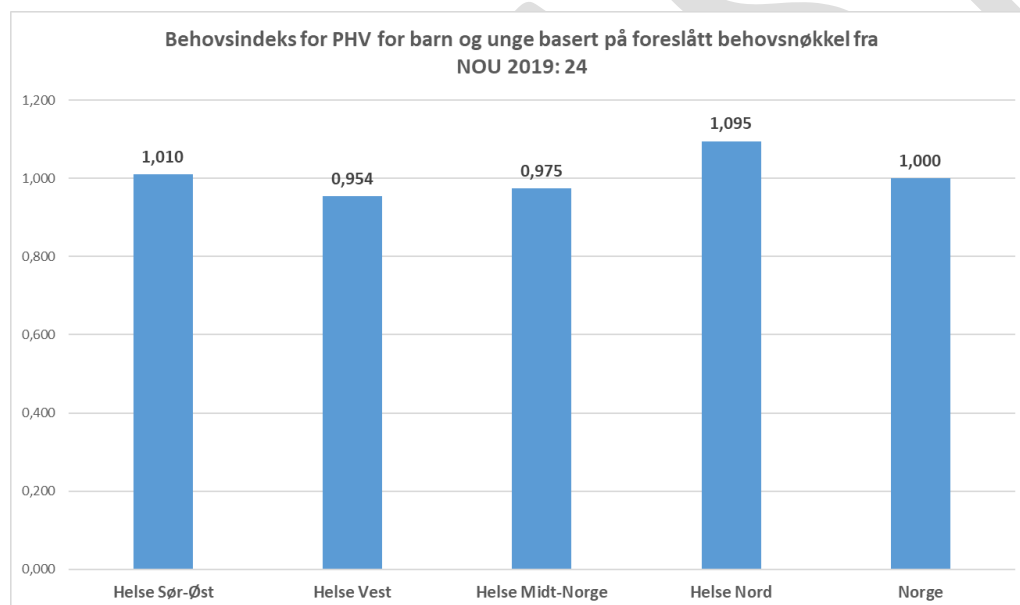
**Tabell 4.2 Aktivitetsvekter for aktivitetsmål i PHV for barn og unge**

Aktivitet	Vektet aktivitet
Sykehus liggedøgn	1,0000
Poliklinisk konsultasjon	0,1678
Dagbehandling	0,5839

Det er heller ikke her mulig å sammenlikne resultater fra analyser utført i Magnussen2-utvalget med Magnussen-utvalget, da det ble presentert felles resultater for PHV voksne og barn og unge i Magnussen-utvalget.

I vedlegg 2 er behovsnøkkelen for PHV for barn og unge presentert. Den har betydelig færre kriterier enn behovsnøkkelen for PHV for voksne og TSB. Alderskriteriene teller om lag 40 prosent, mens helse- og sosialkriteriene teller om lag 60 prosent.

I figur 4.3 gis en framstilling av de regionale behovsindeksene basert på den foreslåtte behovsnøkkelen fra NOU 2019: 24.



**Figur 4.3 Behovsindeks for PHV for barn og unge basert på foreslått behovsnøkkelen fra NOU 2019: 24**

Variasjonen mellom regionene er større her enn for de andre sektorene. Helse Nord RHF har det høyeste behovsnivået mens Helse Vest RHF har befolkningen med det laveste behovet. Utvalget foreslår også her at indeksene ikke fryses, men at alderskriterier oppdateres årlig. Helse- og sosialkriteriene foreslås oppdatert som et glidende gjennomsnitt basert på de tre siste årene.

#### 4.2.5 Magnussen2-utvalgets samlede vurdering av behovsindekser

Utvalget vurderer analysene av forbruk til å være et framskritt i forhold til de analysene som ligger til grunn for dagens inntektsfordelingsmodell. Analysene er gjennomført på data fra 2016 og 2017 for alle sektorer unntatt PHV-V og TSB, og fanger dermed opp endringer som har vært i sykkelighet, behandlingsformer og organisering av tjenestene siden Magnussen-utvalgets analyser. De baseres også på et bedre datagrunnlag

og forventes å gi mer presise sammenhenger mellom kriterier og behov. Utvalget foreslår derfor nye behovsnøkler for å beskrive behovsforskjeller mellom RHF-ene basert på de gjennomførte analysene.

## 4.3 Kostnadsanalyser

### 4.3.1 Bakgrunn

Utvalget har drøftet i hvor stor grad det foreligger systematiske forskjeller i kostnadsnivå mellom de regionale helseforetakene som det er nødvendig å kompensere for. Utvalget påpeker at det er til dels store forskjeller i kostnadsnivå mellom RHF-ene og analysene har som formål å avdekke hvor stor del av disse forskjellene som er uforskyldte, eller sagt på en annen måte, hvor stor andel av forskjellene som ikke er effektivitetsforskjeller. Utvalget påpeker imidlertid at det kan være vanskelig å skille hva som er effektivitetsforskjeller og hva som er uforskyldte forskjeller. Utvalget peker på tre forhold som det kan være riktig å kompensere for:

- Forskjeller i pasientsammensetning
- Forskjeller i lovpålagte oppgaver som forskning og utdanning
- Forskjeller i struktur

Det er imidlertid sektorforskjeller med hensyn til i hvor stor grad det kan kompenseres for disse tre forholdene. I somatisk sektor benyttes kostnader per DRG-poeng som mål for kostnadsnivå og det er derfor tatt høyde for forskjeller i pasientsammensetning i kostnadsmålet. I PHV og TSB er det konstruert et aktivitetsmål som kan benyttes felles for alle behandlingsnivåene, men det er ikke en tilsvarende korrigerende forskjeller i pasientsammensetning slik som DRG-systemet i somatisk sektor. Kostnadsanalysene er gjennomført på data fra RHF-ene for å estimere hvilke faktorer som har betydning for uforskyldte kostnader, også betegnet som kostnadsulemper.

### 4.3.2 Kostnadsanalysene i Magnussen-utvalget

I Magnussen-utvalget (NOU 2008: 2) var analysene basert på data for perioden 2003 til 2005 og var kun knyttet til somatisk sektor. Resultatene viste en sterk sammenheng mellom reisetid til sykehus og kostnader til pasientbehandling. Det ble beregnet et forventet kostnadsnivå for RHF-ene der det ble korrigert for reisetid. Magnussen-utvalget mente at reisetid var en proxy-variabel<sup>13</sup> som fanget opp kostnadsulemper som følge av desentralisert akuttberedskap, rekrutteringsproblemer, høy turnover av ansatte og vikarkostnader. Mye av diskusjonene knyttet til dette i etterkant var assosiert med usikkerhet om i hvilken grad de gjennomførte kostnadsanalysene fanget opp økte behandlingskostnader (kostnadsulemper) som følge av forskning og i hvilken grad de fanget opp direkte forskningskostnader (som var finansiert på annet vis). På grunn av dette ble kostnadsindeksen dels basert på faktisk kostnadsnivå (som man mente også fanget opp forskjeller i kostnadsulemper knyttet til forskning og utdanning) og dels basert på forventede kostnader justert for reisetid. Vektingen ble 45 prosent faktiske (historiske) kostnader og 55 prosent forventede (estimerte) kostnader. Utvalget anbefalte også en låsing av indeksen for å unngå at effektivisering i et RHF medførte flytting av midler fra RHF som effektiviserte til RHF som ikke gjorde det. Som nevnt tidligere ble denne indeksen benyttet også for de øvrige sektorene.

### 4.3.3 Kostnadsanalyser og resultater somatisk sektor

Magnussen2-utvalget har gjennomført nye kostnadsanalyser i alle sektorer. I dette delkapitlet beskrives analysene for somatisk sektor. Det gis kun en overordnet framstilling her. For mer detaljert informasjon vises det til utvalgsrapporten (NOU 2019:24).

<sup>13</sup> En proxy-variabel brukes i stedet for en variabel som ikke kan observeres eller som man ikke har et tilgjengelig mål på i datagrunnlaget.



Datagrunnlaget er hentet fra driftsårene 2015 til 2017. Kostnadsanalysene er gjennomført med HF som enhet, og i somatisk sektor benyttes kostnad per DRG-poeng som aktivitetsmål når kostnadsnivå skal analyseres. Dette betyr at det i stor grad er korrigert for forskjeller i pasientsammensetning når kostnader sammenliknes mellom HF. Det er i tillegg inkludert forklaringsvariabler som utvalget mener tar hensyn til forskjeller i pasientsammensetning utover det DRG-systemet fanger opp, dvs. forskjeller i lovpålagte oppgaver som forskning og utdanning og forskjeller i struktur.

Utvalget har gjennomført flere ulike analyser med sikte på å forklare forskjeller i kostnad per DRG-poeng mellom HF-ene. I den endelige modellen har utvalget valgt å inkludere forhold som har en statistisk signifikant forklaringskraft. Utvalget har funnet at følgende forhold kan forklare de observerte forskjellene i kostnadsnivå:

- **Forskjeller i bosettingsmønster** målt som reisetid fra kommunesentrum til nærmeste 20 000 innbyggere. Kostnadsnivået øker med økt reisetid
- **Forskning** målt som forskningspoeng per 1000 DRG-poeng. Kostnadsnivået øker med økt forskningsnivå
- **Utdanning** målt som antall LIS-leger per 1000 DRG-poeng. Kostnadsnivået øker med økt utdanningsnivå
- **Størrelse** målt som brutto driftsutgifter og brutto driftsutgifter kvadrert. Kostnadsnivået endres ikke-lineært med størrelse

Alle disse variablene må betraktes som proxy-variabler som fanger opp ulike forhold knyttet til driften av HF-ene. I utvalgsrapportens faktaboks 8.2 side 77 kommenteres hver enkelt av de fire kostnadsdriverne i forhold til hvilke effekter eller egenskaper ved HF-ene som fanges opp i tillegg til selve driveren (boksen er presentert i vedlegg 3 tabell v3.3). Dette betyr at de fire kostnadsdriverne fanger opp flere forhold eller egenskaper ved HF-ene enn faktoren som de beskriver. Forskning antas for eksempel å fange opp spesialiseringsgrad, ulik pasientsammensetning og breddeulemper i store sykehus. Dette må tolkes slik at selv om for eksempel egenskapen region- og/eller universitetssykehus ikke er spesifisert som egen kostnadsdriver i regresjonsmodellen, antas effekten av denne egenskapen å bli fanget opp gjennom de driverne som er inkludert i modellen.

Analysene forklarer mer enn 90 prosent av kostnadsforskjellene. Dette betyr at dersom modellen benyttes til å anslå det faktiske kostnadsnivået i et HF ville avviket i gjennomsnitt være lavere enn 10 prosent. Analysene gir derfor et grunnlag for å beregne et forventet kostnadsnivå for hvert HF og dermed for hvert av de fire RHF-ene.

Utvalget påpekte at kostnadsforskjellene mellom RHF-ene hadde økt i perioden etter NOU 2008: 2. Det oppsummeres med at når den estimerte modellen i så stor grad forklarer faktiske kostnadsvariasjoner er det utvalgets vurdering at det er nødvendig å kompensere for deler av disse forskjellene. En følge av det er at en større andel av inntektsrammen nå benyttes til å kompensere for uforskyldte kostnadsforskjeller enn hva som var tilfelle i Magnussen-utvalget. Utvalget drøfter resultatene i utvalgsrapporten og for detaljert oppsummering av drøftingen vises til rapporten.

Kort oppsummert mener utvalget at analysene som er gjennomført trekker i retning av at estimert kostnadsnivå bør telle mer i en kostnadsindeks enn hva som var tilfelle i Magnussen-utvalget der estimert kostnadsnivå ble vektet med 55 prosent. Samtidig påpekes det at det er forhold som taler for at forskjellen mellom faktisk og beregnet kostnadsnivå ikke alene kan forklares av effektivitetsforskjeller. Dette begrunnes med et relativt lite antall observasjoner og at det samtidig kan være forhold som påvirker kostnadsnivået som ikke fanges opp godt nok i analysene. Dette kan det tas hensyn til ved også å legge vekt på det faktiske kostnadsnivået. Det påpekes også at det i HMN er registrert for lavt antall forskningspoeng per 1000 DRG-poeng ved St. Olav på grunn av en annen organisering av forskningsaktiviteten enn ved de andre universitetssykehusene. Utvalget har derfor skalert opp publikasjonspoengene ved St. Olav med 12,5 prosent.

Alt i alt er vurderingen at kostnadsindeksen baseres på 75 prosent av de beregnede kostnadsnivåene og 25 prosent historisk kostnad. Utvalget foreslår videre at indeksene låses (se tabell 4.3).

**Tabell 4.3** *Historiske kostnader, dagens indeks og forslag til ny kostnadsindeks for RHF-ene somatisk sektor<sup>14</sup>*

Region	Historiske kostnader 2003-2005	Dagens indeks	Historiske kostnader 2015-2017	Forslag til ny indeks NOU 2019: 24
Helse Sør-Øst	0,987	0,985	0,975	0,977
Helse Vest	0,956	0,980	0,952	0,974
Helse Midt-Norge	1,024	1,020	1,030	1,010
Helse Nord	1,121	1,095	1,208	1,182

#### 4.3.4 Kostnadsanalyser og resultater PHV og TSB

I kostnadsanalysene er aktivitetsmålet fra behovsanalysene benyttet når kostnader per aktivitetsenhet for sektoren er analysert. Det vises også her til utvalgsrapporten for detaljert gjennomgang av analysene. Her presenteres kun en overordnet gjennomgang. Analysene er gjennomført separat for psykisk helsevern for voksne (PHV-V), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og for TSB.

I analysene er det testet ut en rekke variabler, ulike for PHV og TSB (se utvalgsrapporten side 81 for detaljer). Analysene av forskjeller i kostnader viser at effekten av de ulike variablene er svært følsom for valg av modell, resultatene er ikke alltid intuitivt rimelige og modellene forklarer kostnadsforskjeller i langt mindre grad enn innenfor somatisk sektor. Ingen av kostnadsdriverne som inkluderes i analysene for somatisk sektor gir stabile og signifikante resultater i PHV eller TSB.

Utvalget oppsummerer med at hverken kostnadsdriverne som forklarer variasjoner i somatisk sektor eller andre variabler som er testet, kan forklare de observerte kostnadsnivåforskjellene i PHV og TSB. Dette betyr at utvalget ut fra analysene ikke kan forkaste en hypotese om at det ikke er systematiske kostnadsforskjeller innen PHV-V og TSB (dvs. en kostnadsindeks lik 1). Videre viser utvalget til at aktivitetsmålet, til tross for vektingen, ikke godt nok fanger opp forskjeller i pasientsammensetning i forhold til bruk av ressurser. Det bør derfor legges vekt på historiske kostnadsforskjeller her også. Her gjøres det en presisering i forhold til PHV-BU. Utvalget mener at det er større usikkerhet knyttet til hvorvidt observerte kostnadsforskjeller i hovedsak skyldes ulik organisering av tjenestene, mulige forskjeller i fordeling av felleskostnader og/eller hvordan aktivitet er registrert. Utvalget anbefaler derfor at kostnadsindeksen settes lik 1 for PHV-BU for de fire RHF-ene. For PHV-V og TSB foreslår utvalget at det i tillegg til kostnadsindeks lik 1 legges vekt på at observerte forskjeller i kostnadsnivå skal telle 25 prosent som i somatisk sektor. Indeksen foreslås låst også her.

Tabell 4.4 viser indeksene felles for PHV-V og TSB mens tabell 4.5 viser dagens indekser og faktisk kostnadsnivå for PHV-BU.

<sup>14</sup> Det er indeksen sammensatt av 75 prosent vekt på estimerte kostnader og 25 prosent vekt på faktiske kostnader som er presentert som forslag til ny indeks i tabell 4.3.

**Tabell 4.4** Faktiske kostnader, dagens indeks og forslag til ny kostnadsindeks for RHF-ene felles for PHV-V og TSB

Region	Dagens indeks	Faktiske kostnader 2017	Forslag til ny indeks NOU 2019: 24
Helse Sør-Øst	0,985	1,021	1,005
Helse Vest	9,980	0,940	0,985
Helse Midt-Norge	1,020	0,993	0,998
Helse Nord	1,095	1,016	1,004

**Tabell 4.5** Faktiske kostnader, dagens indeks og forslag til ny kostnadsindeks for RHF-ene for PHV-BU

Region	Dagens indeks	Faktiske kostnader 2017	Forslag til ny indeks NOU 2019: 24
Helse Sør-Øst	0,985	1,004	1,000
Helse Vest	9,980	1,038	1,000
Helse Midt-Norge	1,020	0,889	1,000
Helse Nord	1,095	1,052	1,000

## 4.4 Analyser knyttet til prehospitaltjenester og pasientreiser

### 4.4.1 Kort sammendrag av utvalgets analyser

I NOU 2003: 1 «Hagenutvalget» var inntekter til å dekke prehospitaltjenester inkludert i fordelingsnøkkelen for somatiske spesialisthelsetjenester. Analyser av fylkeskommunenes utgifter til somatiske tjenester per innbygger viste en positiv sammenheng mellom utgiftsnivå og reisetid til sykehus. I NOU 2008: 2 «Magnussenutvalget» ble det påvist at forskjeller i reiseavstand til sykehus i stor grad kan forklare forskjeller i kostnader til prehospitaltjenester og pasientreiser. Utvalget anbefalte at en fordelingsnøkkel måtte inneholde både gjennomsnittlig reiseavstand til akuttisykehus og gjennomsnittlig reiseavstand til akuttisykehus kvadrert, det siste for å fange opp at sammenhengen mellom reisetid til akuttisykehus og behov for prehospitaltjenester ikke er lineær. Utvalget anbefalte en låsing av begge kriterier. Utvalget har registrert at det etter Magnussenutvalget har vært lagt ned et betydelig arbeid med å utvikle inntektsfordelingsmodeller for prehospitaltjenester og pasientreiser. Utvalget gjør en gjennomgang av de eksisterende modellene i utvalgsrapporten og det vises til denne for detaljer.

Utvalget har gjennomført behovsanalyser for pasientreiser, men antar at observerte kostnadsforskjeller i kjørte kilometer ikke kan begrunnes i kostnadsulempet mellom regionene. Kostnadsindeksene settes derfor lik 1. Det er første gang at det gjennomføres analyser av forbruk og kostnader i ambulansetjenesten som grunnlag for inntektsfordeling. Utvalget ba derfor om en vurdering av datagrunnlaget fra regionene. Tilbakemeldingen var at kvaliteten på aktivitetsmålet som benyttes i analysene ikke var god nok til at dette kunne benyttes i en inntektsfordelingsmodell. I dagens modell er analyser av behov for luftambulansetjenester kombinert med en beregning av faktisk kostnad per oppdragsminutt. Denne er igjen basert på tilskuddene som ikke inkluderer kostnader til bemanning. Disse kostnadene føres i varierende grad sammen med kostnader til bil- og båtambulansetjenester i regnskapene. Utvalget mener derfor at en pragmatisk løsning kan være å benytte en ressursbehovsindeks for ambulansetjenester i inntektsfordelingsmodellen basert på de historiske kostnadene i ambulansetjenesten i perioden 2015-til 2017. Tabell 4.6 viser en samlet ressursbehovsindeks for prehospitaltjenester og pasientreiser.

**Tabell 4.6 Ressursbehovsindekser for prehospitaltjenester og pasientreiser**

Region	Dagens indeks	Forslag til ny indeks NOU 2019: 24
Helse Sør-Øst	0,654	0,677
Helse Vest	0,798	0,824
Helse Midt-Norge	1,225	1,320
Helse Nord	3,008	2,910

#### 4.4.2 Fordeling av inntekter til prehospitaltjenester og pasientreiser i HMN

I Helse Midt-Norge RHF er det nylig etablert en egen fordelingsnøkkel for prehospitaltjenester og pasientreiser. Nøkkelen ble tatt i bruk i inntektsfordelingen i 2019. Her fordeles inntekter til pasientreiser og ambulansetjenester separat. Det er utviklet behovsbaserte kriteriemodeller for begge områdene. Behovskomponenten for ambulanse består av delindekser for reisetid og antall kjørte turer. Behovskomponenten for pasientreiser baseres på data på kommunenivå. Antall reiser per innbygger forklares med kriteriene «Andel eldre over 60 år» og «Reiste kilometer per innbygger». Det gis også kompensasjon for kostnadsulempet i begge områdene basert på historiske kostnader. Inntekter til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og luft- og båtambulansetjenester fordeles utenfor modellen.

Magnussen2-utvalgets indeks kan kanskje passe bra for fordeling mellom RHF-ene, men internt i HMN er den nylig utviklede fordelingsnøkkelen bedre egnet. Det anbefales derfor at inntekter til prehospitaltjenester fordeles som beskrevet over.

### 4.5 Samlede indekser for behandling

Magnussen2-utvalget har gjort separate analyser for somatikk, samlet for PHV-V og TSB samt en egen for PHV-BU. De separate beregnede indeksene blir vektet sammen til en samlet indeks basert på kostnadsandelene de respektive områdene utgjør av den samlede spesialisthelsetjenesten som står for behandlingen av pasienter. Utvalget betegner denne delen som behandlingsdelen av spesialisthelsetjenesten. Tabell 4.7 viser kostnadsandelene for de ulike utvalgene. Kolonnen helt til høyre viser andelen i indeksene knyttet til behandlingsdelen, dvs når indeksen for prehospitaltjenester og pasientreiser er holdt utenfor og PHV-V og TSB er slått sammen.

**Tabell 4.7 Kostnadsandeler for ulike deler av spesialisthelsetjenesten fra Magnussen2-utvalget**

Budsjettdeler	Fra Magnussen2	Fra Magnussen2 eksklusive Prehosp. og pas.reiser		Fra Magnussen2 med felles PHV-V og TSB	
Somatikk	0,722	Somatikk	0,775	Somatikk	0,775
PHV-V	0,139	PHV-V	0,149	PHV-V/TSB	0,190
PHV-BU	0,033	PHV-BU	0,035	PHV-BU	0,035
TSB	0,038	TSB	0,041	Sum	1,000
Prehosp. og pas.reiser	0,068	Sum	1,000		
Sum	1,000				

I tabell 4.8 presenteres hver sektors behovsindeks og den samlede behovsindeksen for behandling der kostnadsandelene fra tabell 4.7 er benyttet. Tabellen viser hver enkelt sektors andel av budsjettet i tillegg. Den samlede behovsindeksen er i kolonnen med grønn farge

**Tabell 4.8 Behovsindekser sektorvis samt samlet behovsindeks fra Magnussen2-utvalget (NOU 2019:24)**

RHF	Behovs- indeks somatikk (77,5%)	Behovs- indeks VOP og TSB (19,0%)	Behovs- indeks PHV barn og unge (3,5%)	Samla behovs- indeks behandling
Helse Sør-Øst	1,000	1,009	1,010	1,002
Helse Vest	0,955	0,967	0,954	0,957
Helse Midt-Norge	1,023	0,983	0,975	1,014
Helse Nord	1,071	1,044	1,095	1,067
Norge	1,000	1,000	1,000	1,000

I tabell 4.9 presenteres tilsvarende kostnadsindekser sektorvis og samlet. Samlet er basert på samme kostnadsandeler som for behovsindeksene.

**Tabell 4.9 Kostnadsindekser sektorvis samt samlet kostnadsindeks fra Magnussen2-utvalget (NOU 2019: 24)**

Region	Kostnads- indeks somatisk sektor (77,5%)	Kostnads- indeks PHV for voksne og TSB (19,0%)	Kostnads- indeks PHV for barn og unge (3,5%)	Samlet kostnads- indeks behandling
Helse Sør-Øst	0,977	1,005	1,000	0,983
Helse Vest	0,974	0,985	1,000	0,977
Helse Midt-Norge	1,010	0,998	1,000	1,007
Helse Nord	1,182	1,004	1,000	1,143
Norge	1,000	1,000	1,000	1,000

I tabell 4.10 presenteres samlede indekser for behandling sammen med ressursbehovsindeks for pasientreiser og prehospitaltjenester fra utvalget. Dette er de indeksene som er benyttet for fordeling av samlede basisrammer eksklusive gjestepasientoppgjør mellom regionene.

**Tabell 4.10 Behovs- og kostnadsindekser behandling samt ressursbehovsindeks prehospitaltjenester og pasientreiser fra Magnussen2-utvalget (NOU 2019: 24)**

Region	Samlet behovsindeks behandling	Samlet kostnadsindeks behandling	Ressursbehovsind. prehosp. tjen. og pasientr. Magn. 2
Helse Sør-Øst	1,002	0,983	0,677
Helse Vest	0,957	0,977	0,824
Helse Midt-Norge	1,014	1,007	1,320
Helse Nord	1,067	1,143	2,910

I forhold til Magnussen-utvalget fordeles inntekter til behandling på en litt annen måte i Magnussen2-utvalget. I Magnussen-utvalget ble det laget en ressursbehovsindeks for behandlingsdelen som basis for fordeling, mens i Magnussen 2 utvalget fordeles rammene med en andel etter behovskomponenten og en andel etter kostnadskomponenten. Kostnadskomponenten beregnes for hver sektor som 1 minus lavest kostnadsindeks blant RHF-ene. I tabell 4.11 vises en oversikt over størrelsen på behovs- og kostnadskomponenten i Magnussen2-utvalget. I vedlegg 3 gis en oversikt over detaljene i fordelingen per RHF.

**Tabell 4.11 Oversikt over samlede inntekter til pasientbehandling<sup>15</sup> (basisramme og aktivitetsbasert), kostnads- og behovskomponenten fra Magnussen2-utvalget per RHF**

Sektor	Samlede inntekter (1000 kr)	Kostnads-komponent (1-min (kost.ind))	Kostnads-komponent beløp (1000 kr)	Behovs-komponent beløp (1000 kr)
Somatikk	101 296 037	0,0256	2 594 503	98 701 534
PHV-V	19 537 790	0,0150	293 774	19 244 016
PHV-BU	4 583 359	0,0000	0	4 583 359
TSB	5 349 281	0,0150	80 433	5 268 848
Sum behandlingsdelen inkludert ISF og aktivitetsbasert finansiering	130 766 468		2 968 710	127 797 758

Behovskomponenten utgjør den største delen av inntektene med 97,4 prosent av samlet inntekt. Måten dette fordeles på er at samlet ramme fordeles sektorvis, så trekkes aktivitetsbaserte inntekter ut og basisrammer eksklusive aktivitetsbaserte inntekter framkommer.

## 4.6 Gjestepasientoppgjør

Dagens gjestepasientoppgjør mellom RHF-ene er basert på 80 prosent ISF-refusjon knyttet til pasientstrømmer mellom RHF-ene i somatisk sektor. Netto pasientstrømmer i somatisk sektor mellom RHF-ene, målt i antall DRG-poeng, benyttes som aktivitetsmål i gjestepasientoppgjøret. I tillegg gjøres det en omfordeling i basisrammen knyttet til et beløp som tilsvarer avstanden mellom 100 og 80 prosent ISF refusjon, samt et tillegg på 6 prosent for å dekke kapitalutgifter. Dette beløpet er knyttet til pasientstrømmer mellom RHF-ene som er målt som netto DRG-poeng. Dette ble siste gang oppdatert med pasientstrømmer for somatisk sektor i 2010.

Magnussen2-utvalget viser til rapport fra Helsedirektoratet som viser at kostnad per DRG-poeng er høyere enn 100 prosent ISF-refusjon. Utvalget foreslår derfor et gjestepasientoppgjør som er basert på at dagens ordning med 80 prosent ISF-refusjon videreføres, men at man i stedet for dagens løsning med en omfordeling mellom

<sup>15</sup> Inntekter til prehospital og pasientreiser er holdt utenfor. Disse utgjør 9 561 307 målt i 1000 kroner

RHF-ene basert på forskjellen mellom 80 og 106 prosent ISF-refusjon, baserer omfordelingen på et beløp tilsvarende differansen mellom RHF-enes kostnader per DRG-poeng (basert på kostnadsindeks i inntektsfordelingsmodellen) og 80 prosent ISF-refusjon. Pasientstrømmer målt som netto DRG-poeng mellom RHF-ene som et gjennomsnitt av 2016 og 2017 foreslås som fastsatt beregningsgrunnlag. Utvalget foreslår låsing av dette nivået. Utvalget mener videre at det er naturlig å skille finansieringsnivået mellom fastsatt og ikke fastsatt gjestepasientvolum. Dersom dette volumet overskrides av behandlende RHF, gis det kun 80 prosent ISF-refusjon for antall DRG-poeng utover fastsatt volum. Utvalget foreslår gjestepasientoppgjør kun for somatisk sektor.

Forslaget til ny løsning for gjestepasientoppgjør mellom RHF-ene innebærer at behandlende RHF får full kostnadsdekning for netto fastsatte DRG-poeng<sup>16</sup>. Med full kostnadsdekning menes her dekning i forhold til egne gjennomsnittskostnader (kostnadsindeks).

I tabell 4.12 vises basisrammer samlet for alle sektorer med justering for gjestepasientoppgjør mellom regionene.

**Tabell 4.12 Basisrammer justert for gjestepasienter mellom RHF-ene fra Magnussen2-utvalget**

Inntekter	HSØ	HV	HMN	HN	Sum
Basisrammer før gjestepasientoppgjør	49 385 786	17 385 125	12 561 272	10 471 445	89 803 628
Nytt gjestepasientoppgjør	266 745	-82 598	-15 204	-168 944	0
Basisrammer samlet	49 652 531	17 302 526	12 546 069	10 302 501	89 803 628

Tabell 4.13 viser omfordelingen av et nytt gjestepasientoppgjør basert på Magnussen2-utvalgets forslag mot dagens oppgjør. Tallene for dagens gjestepasientoppgjør er hentet fra statsbudsjettet for 2019 og er basert på pasientstrømmer for somatisk sektor 2010, mens tallene for nytt gjestepasientoppgjør er basert på pasientstrømmer 2016 og 2017 for somatisk sektor. Dette betyr at differansen her består av både en volum- og en priseffekt.

**Tabell 4.13 Omfordeling av overgang til gjestepasientoppgjør basert på prinsipper i Magnussen 2-utvalget**

Gjestepasientoppgjør	HSØ	HV	HMN	HN
Dagens gjestepasientoppgjør	166 818	-39 185	-32 714	-94 919
Nytt gjestepasientoppgjør	266 745	-82 598	-15 204	-168 944
Differanse	99 927	-43 413	17 510	-74 025

<sup>16</sup> Dette betyr følgende forskjell mellom dagens gjestepasientoppgjør mot forslag til ny løsning fra Magnussen2-utvalget:

Dagens løsning: 106% ISF-refusjon opp til avtalt nivå og 80% ISF-refusjon over dette nivået

Forslag til ny løsning: Kostnadsindeks til behandlende RHF opp til avtalt nivå og 80% ISF-refusjon over dette nivået.

I 2017 var 100% ISF-refusjon 42 879 kroner mens kostnad per DRG-poeng nasjonalt var 50 298. Dette betyr at kostnad per DRG-poeng var 1,17 ganger høyere enn 100% ISF-refusjon nasjonalt. Dagens løsning for gjestepasientoppgjør gir derfor ikke full kostnadsdekning dersom kostnadsindeks for behandlende region overskrider 1,06 ganger enhetsrefusjonen for ISF.

UTKAST



## 5. Implementering av Magnussen2-basert modell i HMN

### 5.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres en oversikt for hvordan løsningen for en inntektsfordelingsmodell i HMN blir, basert på de samme forutsetningene og prinsippene som i Magnussen2-utvalget. Hovedprinsippene i Magnussen2-utvalgets forslag til modell er at basisrammene skal fordeles til RHF-ene etter en behovskomponent gjennom en behovsindeks og en kostnadskomponent gjennom en kostnadsindeks. Behovskomponenten fordeler 97 prosent av rammene til RHF-ene og kostnadskomponenten 3 prosent. Kostnadskomponenten benyttes for å kompensere RHF-ene for uforskyldte kostnader, såkalte kostnadsulemper, i pasientbehandlingen. I fastsettelsen av kostnadsindekser har Magnussen2-utvalget valgt å vekte estimert kostnadsnivå med 75 prosent betydning og faktisk kostnadsnivå med 25 prosent vekt (se kapittel 4).

I tillegg til prinsippene om fordeling av rammer etter RHF-enes behov og kostnader, legges det i Magnussen2-utvalget opp til kostnadsdekning for behandlende RHF inntil avtalt aktivitetsnivå for gjestepasienter i somatisk sektor. Med kostnadsdekning menes dekning i forhold til kostnadsindeks.

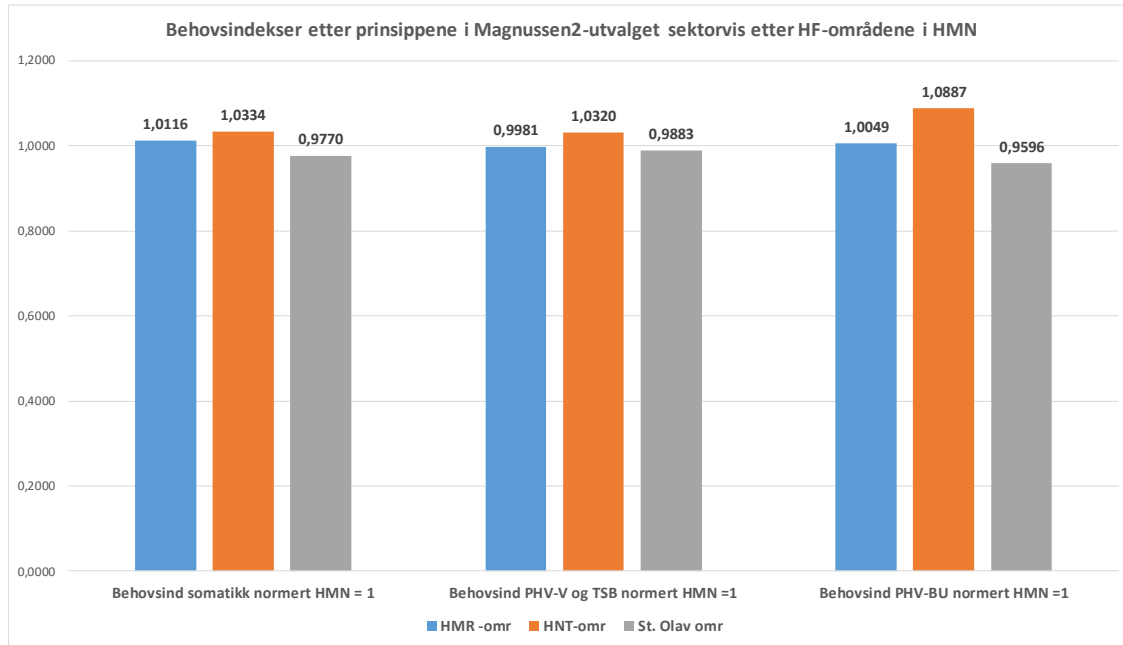
Magnussen2-utvalget foreslår gjestepasientoppgjør kun for somatisk sektor, noe som kan være tilstrekkelig for fordeling mellom helseregionene, men internt i en region kan det være ulik oppgavefordeling mellom HF-ene slik at her er det behov for å korrigere for PHV og TSB også. Dette betyr at det interne gjestepasientoppjøret for HF-ene i HMN tar utgangspunkt i Magnussen2-prinsippene i somatisk sektor og en videreføring av dagens løsning for PHV og TSB.

I det følgende presenteres en oversikt over hvordan inntektsfordelingen 2020 mellom HF-ene i HMN hadde blitt dersom prinsippene i Magnussen2-utvalget hadde blitt benyttet på HF-nivå, dvs fordeling av basisrammer etter behovs- og kostnadskomponent og et internt gjestepasientoppgjør basert på kostnadsdekning for behandlende HF. Oversiktene begrenses til sykehus-HF-ene og aktivitetsgrunnlaget som benyttes for å beregne aktivitetsandeler til kostnadskomponenten er hentet fra 2018. Ellers benyttes alle forutsetninger fra inntektsfordelingen 2020. Opprinnelig inntektsfordeling for 2020 er oppsummert i kapittel 3.2. Datagrunnlag og behovsnøkler er presentert i vedlegg 1, 2 og 4. Aktiviteten som benyttes i Magnussen2-utvalget for somatisk sektor er DRG-poeng mens aktiviteten for PHV og TSB er vektet slik det er beskrevet i kapittel 4.

Til slutt i delkapittel 5.7 gis en vurdering av Magnussen2-utvalgets prinsipper anvendt på inntektsfordelingen 2020. Her synliggjøres også økonomiske konsekvenser ved andre vektninger mellom estimerte og faktiske kostnader enn det som Magnussen2-utvalget har lagt til grunn.

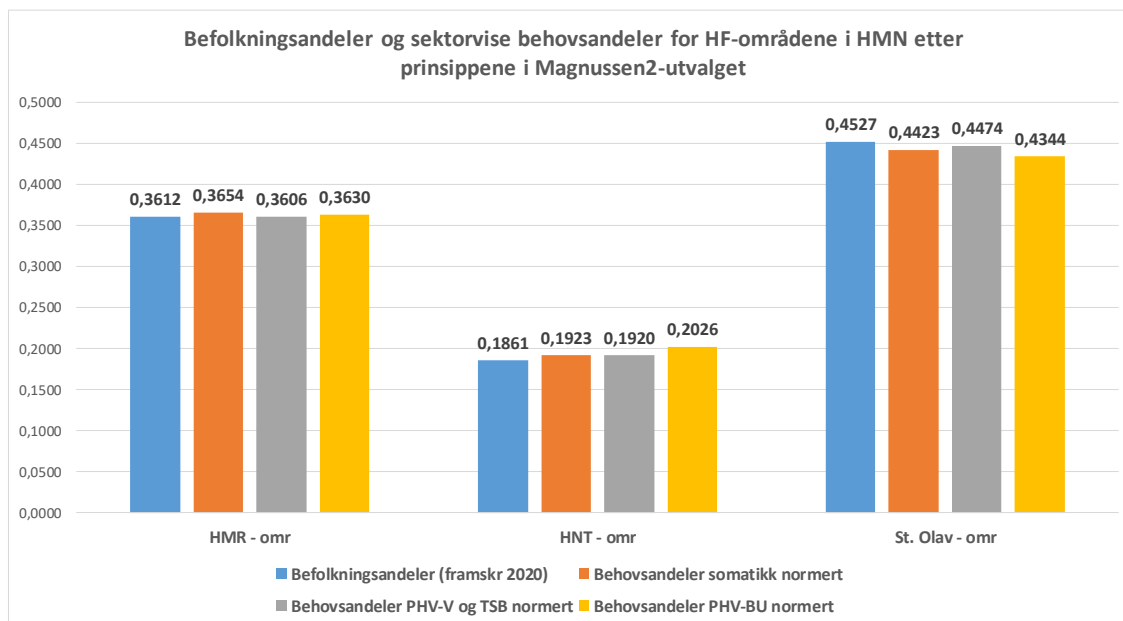
### 5.2 Behovsindekser HF-områdene i HMN

I dette delkapitlet presenteres resultater for HF-ene i HMN fra behovsanalysene som Magnussen2-utvalget har gjennomført. Indeksene er derfor basert på de prinsippene og de kriteriene som Magnussen2-utvalget mener er utsagnskraftig for å bestemme behovet for spesialisthelsetjenester i befolkningen i HF-områdene i HMN. I figur 5.1 presenteres behovsindeksene sektorvis for HF-ene i HMN. Behovsnøklerne for landet er presentert i vedlegg 2, mens vedlegg 4 presenterer tilsvarende for HF-områdene i HMN som prosentandel av verdiene for landet.



**Figur 5.1** Behovsindekser for befolkningen i HF-områdene i HMN RHF etter prinsippene i Magnussen2-utvalget

For alle sektorene er det HNT HF-område som har det største behovet og St. Olav HF-område det minste. Behovsindeksene benyttes for å skalere befolkningsandelene i forhold til behovsforskjeller mellom områdene til såkalte behovsandeler. I figur 5.2 presenteres befolknings- og behovsandelene for hvert HF-område sektorvis. Folketallet er presentert sammen med indekser og andeler i tabell v4.1 i vedlegg 4.

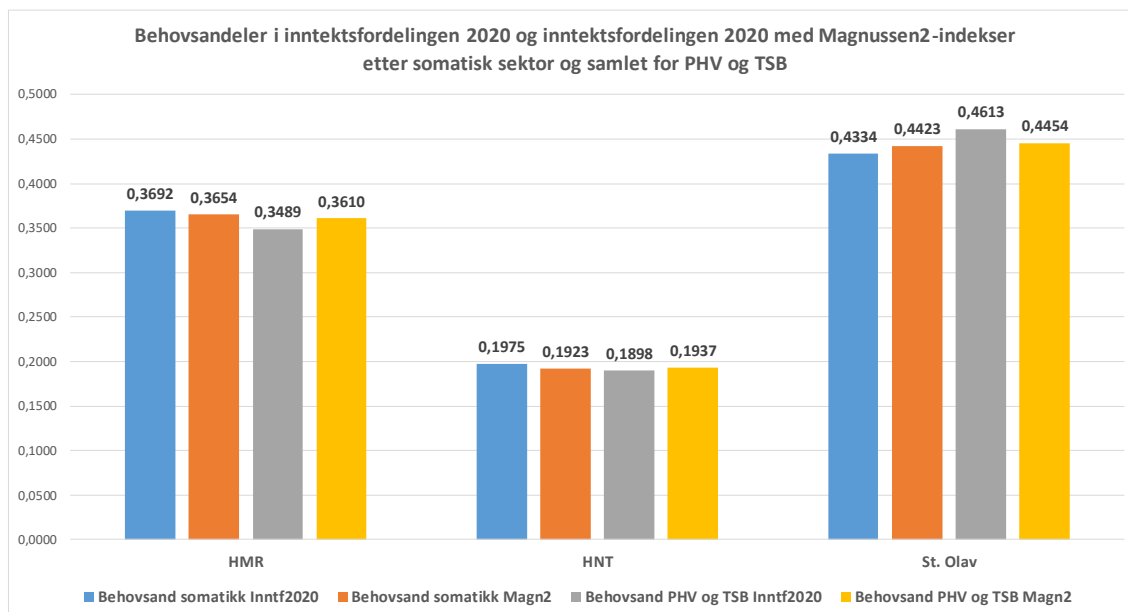


**Figur 5.2** *Befolkningsandeler og behovsandeler per sektor for HF-områdene i HMN RHF*

For HMR-området viser figuren at behovsandelene for somatisk sektor og PHV-BU ligger noe høyere enn befolkningsandelen, mens for PHV-V og TSB er andelen tilnærmet lik befolkningsandelen. I praksis betyr dette at for PHV-V og TSB vil behovet i sum bli lik det befolkningsandelen skulle tilsi, mens de to andre sektorene får tilskrevet et behov som utgjør noe mer enn befolkningsandelen skulle tilsi. For HNT-området er alle behovsandelene høyere enn befolkningsandelen og området får dermed fordelt en høyere inntektsandel enn befolkningsandelene skulle tilsi for alle sektorer. For St. Olav HF-område er det motsatte tilfelle, da alle behovsandelene er lavere enn befolkningsandelen. Dermed får området fordelt en inntekt som er lavere enn befolkningen skulle tilsi for alle sektorene. Kriterieverdiene for områdene er vist i vedlegg 4 som prosentandel av tilsvarende kriterieverdier for landet.

I figur 5.3 presenteres en oversikt over behovsandelene slik de framstår i inntektsfordelingen for 2020 og behovsandelene med Magnussen2-prinsippene fra figur 5.2. På grunn av forskjeller i hvordan de ulike behovsindeksene er beregnet i inntektsfordelingen i 2020 og Magnussen2 for PHV og TSB er det imidlertid laget en felles behovsandel for PHV og TSB samlet<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> I inntektsfordelingen 2020 er det beregnet felles behovsindeks for PHV-V og PHV-BU samt egen behovsindeks for TSB. Disse er vektet sammen etter budsjettandelene de utgjør med 81,8 prosent vekt på PHV og 18,2 prosent vekt på TSB. I Magnussen2-utvalget er det laget felles behovsindeks for PHV-V og TSB samt egen for PHV-BU. Disse er vektet sammen med 84,4 prosent vekt på PHV-V og TSB samt 15,6 prosent på PHV-BU.



**Figur 5.3** Behovsandel i inntektsfordelingen 2020 og med behovsindeks basert på Magnussen2-utvalget. Felles behovsandel for PHV og TSB

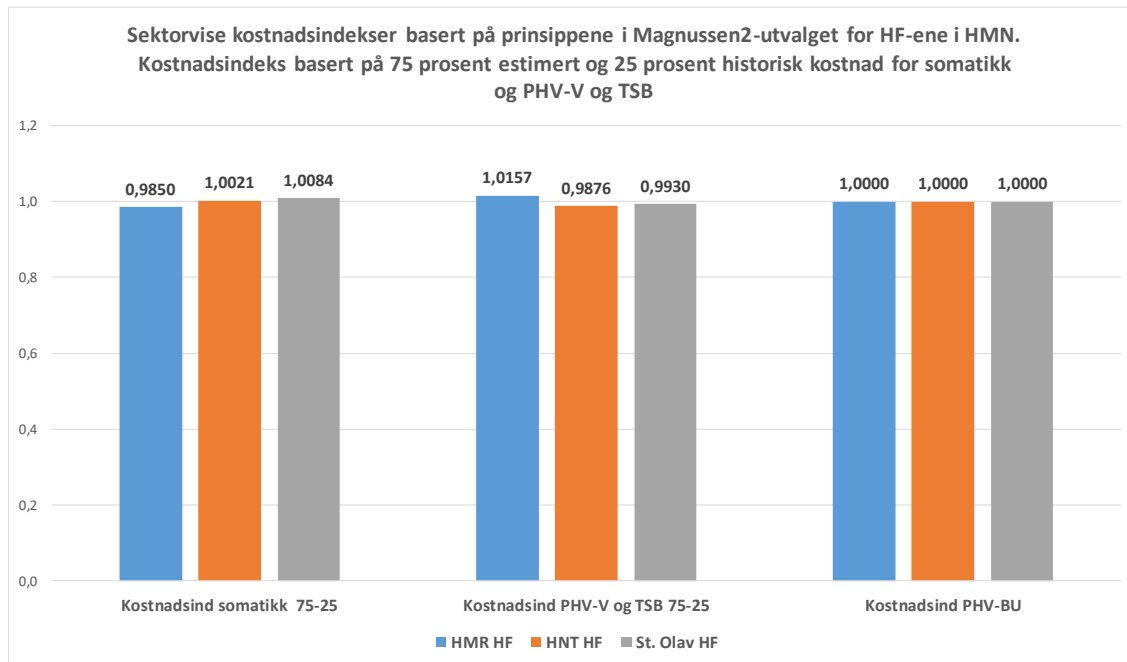
For somatisk sektor har behovsandelene blitt noe redusert i forhold til inntektsfordelingen 2020 for HMR- og HNT-området, mens det motsatte er tilfelle for St. Olav-området. Det samlede behovet for PHV og TSB har økt i forhold til inntektsfordelingen for 2020 både for HMR- og HNT-området, mens det motsatte er tilfelle for St. Olav-området her også.

### 5.3 Kostnadsindeks for HF-ene i HMN

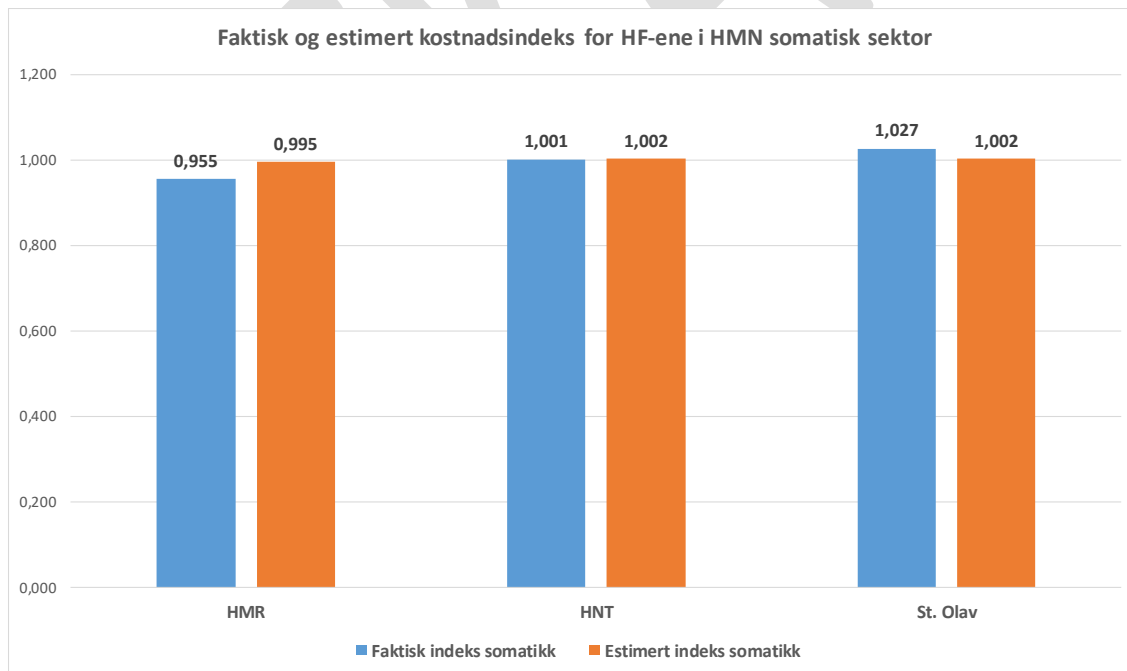
I figur 5.4 presenteres kostnadsindeksene for HF-ene i HMN basert på forutsetningene i Magnussen2-utvalget. Her benyttes samme fordeling mellom estimerte- og faktiske kostnadsnivå som i utvalgsrapporten, dvs 75 prosent vekt på estimert kostnadsnivå og 25 prosent vekt på faktisk kostnadsnivå. Dette gjelder for somatisk sektor og PHV-V og TSB samlet. For PHV-BU er det 100 prosent vekt på estimert kostnadsnivå, dvs kostnadsindeks er lik 1 og dermed ingen forskjeller i estimert kostnadsnivå mellom HF-ene i HMN for PHV-BU. I figurene 5.5 og 5.6 presenteres indekser basert på faktiske kostnadsnivåer samt estimerte indekser. Andre kombinasjoner av estimert og faktisk kostnadsnivå enn hva Magnussen2-utvalget har lagt til grunn presenteres i vedlegg 7 (se tabell v7.3) for å illustrere i hvor stor grad indeksene påvirkes av ulik vektning.

Kostnadsindeksene beskriver hva som kan forventes av forskjeller i kostnadsnivå som HF-ene ikke kan påvirke selv, såkalte kostnadsulemper i pasientbehandlingen ved HF-ene. Kostnadsindeksene er skalert mot gjennomsnittlig kostnadsnivå for HMN. Som nevnt i kapittel 4 over, er det registrert for lavt antall forskningspoeng ved St. Olav. For å kompensere for dette er nivået for publikasjonspoeng skalert opp med 12,5 prosent i denne indeksen. Magnussen2-utvalget gjorde denne tilpasningen for å bøte på mangelfull registrering ved St. Olav. Dette bringer St. Olav på et nivå for antall forskningspoeng per DRG-poeng som er om lag midtveis mellom Helse Bergen og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)<sup>18</sup>.

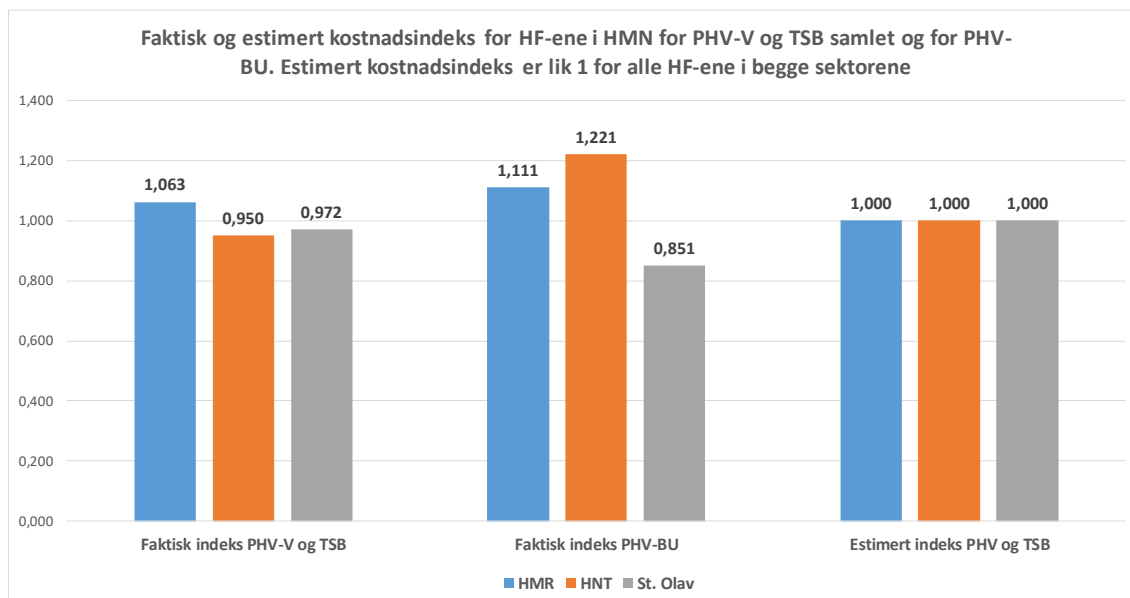
<sup>18</sup> Ved å justere opp publikasjonspoengene med 12,5 prosent blir et veid gjennomsnitt av årene 2015 til 2017 for St. Olav på 5,13 forskningspoeng per 1000 DRG-poeng. Tilsvarende tall for UNN og Helse Bergen er henholdsvis 4,99 og 5,30. Uten denne justeringen hadde St. Olav hatt en tilsvarende verdi lik 4,62.



**Figur 5.4** Sektorvise kostnadsindekser for HF-ene i HMN RHF basert på prinsippene i Magnussen2-utvalget med 75 prosent vekt på estimert indeks og 25 prosent vekt på faktisk indeks



**Figur 5.5** Faktisk og estimert kostnadsindeks for HF-ene i HMN somatisk sektor



**Figur 5.6** *Faktisk og estimert kostnadsindeks for HF-ene i HMN PHV-V og TSB samlet og PHV-BU. Estimert kostnadsindeks er lik 1 for alle HF-ene i begge sektorene*

For somatisk sektor er det St. Olav som har det høyeste faktiske kostnadsnivået, mens HMR har det laveste. For den samlede indeksen for PHV-V og TSB er det HMR som har det høyeste faktiske nivået, mens HNT har det laveste. For PHV-BU er det stor forskjell i det faktiske kostnadsnivået og Magnussen2-utvalget antar at dette skyldes at man ikke måler kostnadsnivå på samme måte her.

De estimerte kostnadsindeksene i Magnussen2-utvalget beskriver kostnadsforskjellene mellom regionene på en meget god måte. Dette gjelder imidlertid i mindre grad for HF-ene i HMN. Avviket mellom faktiske og estimerte kostnader for HF-ene i HMN kan derfor ha andre årsaker enn det som er benyttet som forklaringsvariabler i Magnussen2-modellen. Det er derfor større usikkerhet om kostnadsforskjellene mellom HF-ene i HMN skyldes uforskyldte merkostnader eller effektivitetsforskjeller<sup>19</sup>.

#### 5.4 Behovs- og kostnadskomponent Magnussen2-prinsipper

I Magnussen-utvalget ble behovs- og kostnadsindekser benyttet til å etablere samlede ressurs- behovsindeks for sektorene. Ressurs- behovsindeksene ble definert som produktet av behovs- og kostnadsindeksene. Denne metoden er benyttet også i dagens inntektsfordeling for 2020 i HMN. I Magnussen2-utvalget følges ikke dette prinsippet, men i stedet etableres det som er definert som behovs- og kostnadskomponent i fordeling av inntekter. Behovskomponenten er definert som samlede rammer minus kostnadskomponent, og utgjør i Magnussen2-utvalget den klart største komponenten med 97,4 prosent av inntektene til RHF-ene. Kostnadskomponenten fastsettes ved hjelp av de beregnede kostnadsindeksene for RHF-ene og er definert som 1 minus laveste beregnede kostnadsindeks ved RHF-ene. I tabell 5.1 presenteres behovs- og kostnadskomponent for HF-ene i HMN etter prinsippene fra Magnussen2-utvalget for samlede inntektsrammer for HF-ene i HMN.

<sup>19</sup> Korrelasjonen mellom faktisk og estimert kostnadsnivå er høyt mellom HF-ene i alle regioner unntatt HMN. Faktoren varierer mellom 0,93-0,96 mellom de andre regionene, mens den ligger på 0,64 for HF-ene i HMN.

**Tabell 5.1** *Sektorrammer samlet fordelt på kostnads- og behovskomponent*

Sektorrammer	Sum ramme	Kostnads-komponent	Kostnads-komp. beløp (1000 kr)	Behovs-komp. beløp (1000 kr)
Somatikkramme	14 257 955	0,0150	213 297	14 044 658
PHV-V og TSB-ramme	2 406 811	0,0124	29 936	2 376 875
PHV-BU ramme	443 253	0	0	443 253
Sum	17 108 019		243 234	16 864 786

I sum utgjør kostnadskomponenten 243,2 millioner kroner eller 1,4 prosent av rammene samlet, mens behovskomponenten teller mest med 16,9 milliarder kroner eller 98,6 prosent av samlede rammer. Behovskomponenten veier derfor tungt i fordelingen av rammer mellom HF-ene i HMN og utgjør en høyere prosentandel for HF-ene i HMN enn i den nasjonale modellen mellom RHF-ene. Kostnadskomponenten er lik null i PHV-BU da kostnadsindeks er lik 1 for alle HF-ene i HMN. Dette betyr at det kun er behovsforskjellene som påvirker inntektsrammene for PHV-BU.

#### 5.4.1 Behovskomponenten for HF-ene i HMN

I tabell 5.2 presenteres hvordan behovskomponenten på 16,9 milliarder kroner fordeles mellom HF-ene etter behovsandelene i hver sektor (se tabell v4.1 i vedlegg 4 eller figur 5.3 over).

**Tabell 5.2** *Fordeling av behovskomponenten mellom HF-områdene i HMN RHF sektorvis*

Behovskomponenter sektorvis	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Behovskomponent somatikk	5 132 444	2 700 882	6 211 332	14 044 658
Behovskomponent PHV-V og TSB	857 042	456 475	1 063 359	2 376 875
Behovskomponent PHV-BU	160 913	89 809	192 531	443 253
Sum behovskomponent	6 150 399	3 247 166	7 467 221	16 864 786

Tabellen viser fordeling av behovskomponenten både for basisramme og aktivitetsbaserte inntekter fra inntektsfordelingen 2020 for HF-ene i HMN<sup>20</sup>.

#### 5.4.2 Kostnadskomponenten for HF-ene i HMN

I dette kapitlet beskrives hvordan kostnadskomponenten beregnes for HF-ene når det er beregnet kostnadsindekser basert på analysegrunnlaget fra Magnussen2-utvalget anvendt på HF-ene i HMN RHF. Aktivitetsandelene benyttes for å beregne kostnadskomponenten. Aktiviteten som benyttes for å beregne aktivitetsandeler er hentet fra 2018. Aktiviteten fra 2018 er presentert i tabell 5.3.

**Tabell 5.3** *Aktivitetsheter somatikk, PHV-V og TSB samt PHV-BU 2018 for HF-ene i HMN RHF*

Aktivitetsheter 2018	HMR	HNT	St. Olav	Sum
DRG poeng etter produksjon 2018	65 477	34 299	107 298	207 073
Andel DRG-poeng	0,316	0,166	0,518	1,000
Aktivitetsheter PHV-V og TSB 2018	70 170	33 963	98 116	202 249
Andel aktivitet PHV-V og TSB	0,347	0,168	0,485	1,000
Aktivitetsheter PHV-BU	9 660	5 204	10 007	24 870
Andel aktivitet PHV-BU	0,388	0,209	0,402	1,000

<sup>20</sup> Inntekter til ambulanse, pasientreiser, utdanning og pasientadministrerte legemidler er holdt utenfor da disse inntektene fordeles etter egne fordelingsnøkler

Kostnadskomponenten fordeles mellom HF-ene etter følgende formel sektorvis:

$$((HF(A)kostnadsindeks - HFmin.kostnadsindeks)*HF(A)aktivetsandel)/(1 - HFminkostnadsindeks)$$

Dette betyr at for HF-et som har lavest kostnadsindeks for en sektor vil kostnadskomponenten bli lik null. Videre viser formelen at det ikke er volumet av aktiviteten som bestemmer fordeling av kostnadskomponenten, men hvor stor andel HF-aktiviteten utgjør av samlet aktivitet for de tre HF-ene i HMN RHF. Tabell 5.4 viser hvordan kostnadskomponenten blir fordelt mellom HF-ene.

**Tabell 5.4 Sektorvis fordeling av kostnadskomponenten mellom HF-ene i HMN RHF**

Kostnadskomponent sektorvis	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Kostnadskomponent somatikk andel normert	0,0000	0,1890	0,8110	1,0000
Kostnadskomponent somatikk beløp	0	40 307	172 991	213 297
Kostnadskomponent PHV-V og TSB andel normert	0,7861	0,0000	0,2139	1,0000
Kostnadskomponent PHV-V og TSB beløp	23 533	0	6 403	29 936
Kostnadskomponent PHV-BU	0	0	0	0

Tabellen viser at kostnadskomponenten for somatisk sektor utgjør 213,3 millioner kroner og fordeles mellom HNT og St. Olav med henholdsvis 40,3 og 173,0 millioner kroner. HMR, som har lavest indeks, får ikke fordelt noe av kostnadskomponenten for somatisk sektor. Kostnadskomponenten samlet for PHV-V og TSB utgjør 29,9 millioner kroner og fordeles mellom HMR og St. Olav med henholdsvis 23,5 og 6,4 millioner. HF-et med høyest kostnadsindeks (HMR) får den største delen av kostnadskomponenten mens HF-et med lavest indeks (HNT) ikke får tildelt noe av kostnadskomponenten. Som nevnt over har PHV-BU lik kostnadsindeks og dermed null i kostnadskomponent.

## 5.5 Effekt av Magnussen2-utvalgets inntektsfordelingsmodell på HF-ene i HMN

I dette delkapitlet presenteres basisrammer for de tre sykehus-HF-ene i HMN med Magnussen2-utvalgets modell, dvs:

- Kostnadsindekser sammensatt av 75 prosent estimert og 25 prosent faktisk kostnadsnivå
- Behovs- og kostnadskomponenter basert på Magnussen2-modellen anvendt på HF-ene i HMN
- Internt gjestepasientoppgjør for HF-ene i HMN basert på Magnussen2-utvalgets prinsipp om kostnadsdekning for behandlende HF inntil fastsatt aktivitetsvolum.

I inntektsfordelingen for 2020 ble både basisrammer og aktivitetsbaserte<sup>21</sup> inntekter fordelt til HF-ene etter behovs- og kostnadsindekser. Videre ble de aktivitetsbaserte inntektene trukket ut igjen etter behov. Dette betyr at kostnadsforskjellene mellom HF-ene av de aktivitetsbaserte inntektene ble liggende igjen i basisrammene. Magnussen2-utvalget benyttet samme prinsipp i fordelingen mellom RHF-ene. Vi benytter samme prinsipp i fordelingen mellom HF-ene basert på Magnussen2-utvalgets metoder på inntektsfordelingen 2020. Dette betyr at både basisrammer og aktivitetsbaserte inntekter fordeles ut til HF-ene etter kostnads- og behovskomponent, mens de aktivitetsbaserte inntektene trekkes ut igjen kun etter behovskomponenten. Dermed blir kostnadsforskjellene knyttet til aktivitetsbaserte inntekter liggende igjen i basisrammene. I tabell 5.5 presenteres hele denne prosessen på inntektsfordelingen 2020 med Magnussen2-utvalgets prinsipper tilsvarende trinnene i inntektsfordelingen 2020 beskrevet i delkapittel 3.2.

<sup>21</sup> Med aktivitetsbaserte inntekter menes ISF-inntekter og inntekter til poliklinisk bildediagnostikk og laboratorie. ISF-inntektene utgjør den største delen av disse.



**Tabell 5.5** *Basisrammer, aktivitetsbaserte inntekter og internt gjestepasientoppgjør 2020 for HF-ene i HMN når prinsippene i Magnussen 2-utvalget benyttes.*

Inntektsfordeling 2020 med Magnussen2-modell	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Kostnadskomponent Basisrammer og aktivitetsbasert inntekt	23 533	40 307	179 394	243 234
Behovskomponent basisrammer og aktivitetsbasert inntekt	6 150 399	3 247 166	7 467 221	16 864 786
Sum basisrammer og aktivitetsbasert inntekt	6 173 932	3 287 473	7 646 615	17 108 019
Minus aktivitetsbaserte inntekter etter behov	-2 173 170	-1 144 486	-2 632 002	-5 949 658
Basisrammer minus aktivitetsbasert inntekt	4 000 762	2 142 986	5 014 613	11 158 362
Minus kjøp fra private	-189 130	-150 595	-419 557	-759 282
Differanse ny behovsnøkkel pas.adm.legemidler	-31	-3 152	3 183	0
Sum basisrammer 2020 Magn2-modell før internt gjestepas. oppgj.	3 811 601	1 989 239	4 598 239	10 399 079
Internt gjestepas.oppgjør med Magnussen2-modell	-393 648	-264 970	658 618	0
Sum basisrammer 2020 med Magnussen2-modell	3 417 953	1 724 269	5 256 857	10 399 079

Med unntak av kjøp fra private, vil alle inntektskomponenter få en annen fordeling mellom HF-ene i forhold til inntektsfordelingen 2020 på grunn av nye behovs- og kostnadsindekser i Magnussen2-utvalget. Den blå raden representerer basisrammene før internt gjestepasientoppgjør, mens den grønne er rammer etter internt gjestepasientoppgjør. Internt gjestepasientoppgjør er også forskjellig fra tilsvarende i inntektsfordelingen 2020 da det er benyttet kostnadsindekser for behandlende sykehus på netto oppgjør her, se omtale i delkapittel 5.6. Det interne gjestepasientoppjøret er basert på samme aktivitetsnivå som det som ligger i inntektsfordelingen for 2020. Dette nivået er basert på pasientstrømmer fra 2018-data for HF-ene i HMN.

I tabell 5.6 gis en oppsummering av inntektsfordeling 2020 sammenliknet med basisrammer beregnet med Magnussen2-modell (tabell 5.5) og hvilke omfordelinger mellom HF-ene dette ville gitt på inntektsfordeling 2020.

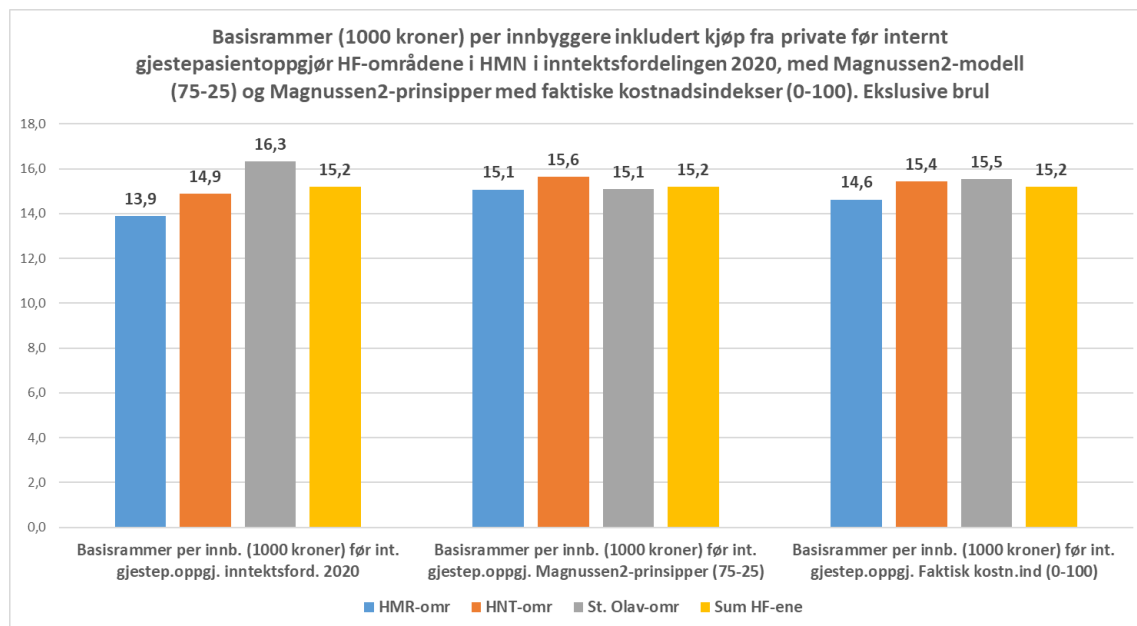
**Tabell 5.6** *Sammenlikning av inntektsfordeling 2020 med Magnussen2-modell og dagens inntektsfordelingsmodell med tilhørende omstillingseffekter for HF-ene i HMN.*

Inntektsrammer 2020 med Magnussen2-prinsipper	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Sum basisrammer 2020 Magnussen2-prinsipper før int. gjestepas.oppgj.	3 811 601	1 989 239	4 598 239	10 399 079
Internt gjestepas.oppgjør (75-25-indekser)	-393 648	-264 970	658 618	0
Sum basisrammer 2020 Magnussen2-prinsipper etter int. gjestepas.oppgj.	3 417 953	1 724 269	5 256 857	10 399 079
Inntektsfordeling 2020	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Sum basisramme før internt gjestepasientoppgjør	3 498 783	1 886 640	5 013 656	10 399 079
Internt gestepasientoppgjør	-301 171	-199 205	500 375	0
Basisramme etter internt gjestepasientoppgjør	3 197 612	1 687 436	5 514 031	10 399 079
Omfordeling på inntektsfordeling 2020	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Omfordeling før internt gjestepasientoppgjør	312 819	102 599	-415 417	0
Omfordeling etter internt gjestepasientoppgjør	220 341	36 834	-257 175	0

Tabellen viser at ved å ta i bruk Magnussen2-utvalgets prinsipper på inntektsfordelingen 2020 flyttes 415,4 millioner kroner fra St. Olav til HMR og HNT med henholdsvis 312,8 og 102,6 millioner kroner før det interne gjestepasientoppjøret. Ved å ta i bruk Magnussen2-prinsipper i netto internt gjestepasientoppgjør reduseres omfordelingen fra St. Olav til -257,2 millioner kroner som fordeles med 220,3 og 36,8 millioner kroner henholdsvis til HMR og HNT da bruk av kostnadsindekser i det interne gjestepasientoppjøret innebærer en annen fordeling mellom HF-ene enn i inntektsfordeling 2020.

I figur 5.7 gis en oversikt over basisrammer per innbygger for inntektsfordelingen 2020, Magnussen2-utvalgets

forslag til inntektsfordelingsmodell og Magnussen2-prinsipper med faktiske kostnadsindekser for HF-ene i HMN. Kjøp fra private er inkludert i rammene, men bruk av HF i andre RHF er ikke inkludert. Dette utgjør et relativt lite volum og påvirker ikke fordelingsmønsteret.



**Figur 5.7** Basisrammer (1000 kroner) per innbygger før internt gjestepasientoppgjør inntektsfordelingen 2020, Magnussen2-prinsipper (75-25) og Magnussen2-prinsipper med faktisk kostnadsnivå

Figuren viser at Magnussen 2-modellen gir en annen profil på basisrammene per innbygger enn profilen som ligger i inntektsfordelingen for 2020. Figuren viser videre at dersom vektingen av det faktiske kostnadsnivået i kostnadsindeks i modellen økes, blir det en mindre omfordeling fra St. Olav til HMR og HNT. Hvor stor andelen faktisk kostnadsnivå skal være blir et spørsmål og drøftes i delkapittel 5.7.

## 5.6 Nærmere om internt gjestepasientoppgjør

I dagens inntektsfordelingsmodell gjøres det en sektorvis rammeomfordeling mellom HF-ene basert på hvordan strømmen var to år før budsjettåret, oppskalert med vekst tilsvarende øvrig budsjett. For somatisk sektor er det 100 prosent ISF – refusjon som gjelder for DRG-poeng, mens det i PHV og TSB er en kombinasjon av døgnpriser og ISF-refusjon som gjelder. Vedlegg 5 viser detaljerte oversikter over priser og aktivitet som ligger bak denne fordelingen. I tabell 5.7 gis en oversikt over hvordan oppgjøret i inntektsfordelingen i 2020 er sektorvis.

**Tabell 5.7** Sektorvis oversikt over internt gjestepasientoppgjør i inntektsfordelingen for 2020. Tall i 1000 kroner

Sektor	HMR	HNT	St. Olav
Internt gjestepasientoppgjør somatikk	-291 797	-207 510	499 307
Internt gjestepasientoppgjør PHV- og PHV-BU	-10 944	16 878	-5934
Internt gjestepasientoppgjør TSB	1570	-8572	7002
Sum	-301 171	-199 204	500 375

For somatisk sektor blir det en overføring av i overkant av 499 millioner til St. Olav fra de to andre, mens for PHV er det en overføring av i underkant av 17 millioner til HNT fra de to andre. I TSB er det en overføring på vel 8,5 millioner fra HNT til de to andre HF-ene.

Magnussen2-utvalget foreslår en løsning kun for somatisk sektor i sin rapport. Dette kan være greit i fordeling av midler mellom RHF-ene, da det er relativt lite gjestepasienttrafikk mellom regionene for PHV og TSB. Når man ser på trafikken mellom HF-ene internt i en region kan situasjonen være en helt annen avhengig av hvilken oppgavedeling man har innenfor PHV og TSB. Dette betyr at i tillegg til at vi i HMN viser effekten av å gå over til en løsning basert på prinsippene i Magnussen2-utvalget for somatisk sektor, videreføres den løsningen som er etablert for PHV og TSB i regionen.

I vedlegg 9 presenteres en oversikt over antall og prosentandel netto DRG-poeng fra HMR og HNT HF-områder til St. Olav i perioden fra 2014 til 2019. Kostnadsindeks St. Olav gir en høyere enhetskostnad enn ISF-refusjonen. Dersom Magnussen2-utvalgets modell skal benyttes må derfor forskjellen på 50 prosent ISF-refusjon og kostnadsindeks for St. Olav også legges i rammedelen<sup>22</sup>. Tabell 5.8 oppsummerer hvordan det interne gjestepasientoppgjøret blir med Magnussen2-prinsippene for somatisk sektor basert på aktivitetsforutsetningene som ligger i inntektsfordelingen 2020<sup>23</sup>.

**Tabell 5.8** *Sektorvis oversikt over internt gjestepasientoppgjør i inntektsfordelingen for 2020 med kostnadsindekser for HF-ene basert på 75 prosent estimert og 25 prosent faktisk kostnadsnivå somatisk sektor (Magnussen2-løsningen). Tall i 1000 kroner*

Sektor	HMR	HNT	St. Olav
Internt gjestepasientoppgjør somatikk	-384 274	-273 275	657 550
Internt gjestepasientoppgjør PHV og TSB	-9 374	8 306	1 068
Sum	-393 648	-264 969	658 618

Samlet sett vil overgangen fra å gå over til kostnadsindeks basert på 75 prosent estimert og 25 prosent faktisk kostnadsnivå gi en endring i det interne gjestepasientoppgjøret i forhold til dagens løsning på 158,2 millioner til St. Olav fra HMR og HNT på henholdsvis -92,5 og -65,8 millioner kroner.

## 5.7 Vurdering av Magnussen2-modellen og eventuelle endringsforslag

Drøftingene i kapittel 3 og 4 over viser hvordan dagens inntektsfordelingsmodell i HMN har blitt utviklet siden innføringen i 2012 og videre hvilke deler av den nasjonale inntektsfordelingsmodellen som Magnussen2-utvalget foreslår å endre. Som beskrevet i kapittel 4 er analysene gjennomført i Magnussen2-utvalget mer komplette både i forhold til datagrunnlag og sektoromfang. I Magnussen2-utvalget er det gjort omfattende kostnadsanalyser også for PHV og TSB, mens kostnadsanalysene i Magnussen-utvalget kun var knyttet til somatisk sektor. Datagrunnlagene og analysene knyttet til behovs- og kostnadsnøkler for behandlingsdelen av spesialisthelsetjenesten er betydelig forbedret i forhold til Magnussen-utvalget som danner grunnlaget for dagens inntektsfordelingsmodell i HMN.

I henhold til arbeidsgruppens mandat skal ny modell for inntektsfordeling ta utgangspunkt i Magnussen2-utvalgets forslag til modell. Fordelingsmessige konsekvenser ved bruk av en modell med Magnussen2-utvalgets forutsetninger er beskrevet tidligere i dette kapitlet (tabell 5.6). Magnussen2-utvalget har benyttet skjønn i fastsetting av modellens kostnadsindekser og har foreslått en ny ordning for finansiering av gjestepasienter

<sup>22</sup> 100 prosent ISF-refusjon er i 2020 kr 45 808 mens estimert kostnadsnivå HMN med kostnadsindeks St. Olav er kr 53 067.

<sup>23</sup> Prinsippet om at finansiering av aktivitet utover det fastsatte med 80 prosent ISF-refusjon gjelder ikke i inntektsfordelingen for 2020 og det er heller ikke lagt inn i Magnussen2-prinsippene illustrert i tabellen.

mellom regionene. Arbeidsgruppen har også vurdert at de fordelingsmessige konsekvensene av innføring av modellen er så omfattende at det foreslås en innføringsperiode over flere år. Disse tre temaene belyses for HF-ene i HMN i det følgende.

### 5.7.1 Bruk av skjønn i fastsettelse av kostnadsindeks

De estimerte kostnadsindeksene for somatisk sektor i Magnussen2-utvalgets modell beskriver ikke kostnadsforskjellene like godt for HMN som for de andre RHF-ene<sup>24</sup>. Det er større forskjell mellom estimert og faktisk kostnadsnivå i HMN enn i de andre RHF-ene da estimert kostnadsnivå er tilnærmet likt mellom HF-ene i HMN, mens det er relativt stor variasjon i faktisk kostnadsnivå mellom HF-ene. Det kan ikke uten videre antas at disse forskjellene i estimert og faktisk kostnadsnivå i sin helhet er knyttet til effektivitetsforskjeller. Forskjellene kan i større eller mindre grad skyldes særegne forhold ved HF-ene i HMN som ikke fanges opp av de forklaringsvariabler som Magnussen2-utvalget har benyttet, og som treffer godt for øvrige regioner.

Selv om Magnussen2-modellen ikke treffer like godt mellom HF-ene i HMN, treffer den godt for regionen samlet. Dette skyldes at St. Olav har et faktisk kostnadsnivå som ligger høyere enn estimert nivå, mens det motsatte er tilfelle for HMR. Når HNT har estimert kostnadsnivå som er nært faktisk kostnadsnivå, blir det derfor for regionen samlet ikke et stort avvik mellom estimert og faktisk kostnadsnivå.

Magnussen2-utvalget presiserer at analysene som er gjennomført trekker i retning av at det bør legges mer vekt på estimert kostnadsnivå nå enn i Magnussen-utvalget (som vektla estimert nivå med 55 prosent). Samtidig mener utvalget at det er forhold som taler for at forskjellen mellom faktisk og estimert kostnadsnivå ikke alene kan forklares med effektivitetsforskjeller. Det presiseres videre at analysene er basert på et relativt lite antall observasjoner, og at det kan være forhold som påvirker kostnadsnivået som ikke fanges opp i analysene. Videre står det i utvalgsrapporten at dette kan det i noen grad tas hensyn til ved også å legge vekt på faktisk kostnadsnivå i kostnadsindeksene som skal benyttes i inntektsfordelingen. Samtidig vises det til registrerte forskningspoeng ved St. Olav i forskningsvariabelen, som selv om de er justert opp, fortsatt innebærer usikkerhet knyttet til variabelen. Utvalget presiserer derfor at også denne usikkerheten tilsier at det bør legges vekt på det faktiske kostnadsnivået. Magnussen2-utvalget foreslår derfor at kostnadsindeksen baseres på 75 prosent estimert og 25 prosent faktisk kostnadsnivå for beregning av kostnadsindeks i inntektsfordelingsmodellen mellom RHF-ene.

Når Magnussen2-utvalget argumenterer for at den estimerte modellen treffer godt på regionalt nivå, men likevel velger 25 prosent vekt på faktisk kostnadsnivå, kan det argumenteres for at den faktiske andelen bør økes i HMN der resultatene for HF-ene er beheftet med større usikkerhet enn mellom RHF-ene. Samtidig må det presiseres at det ikke finnes et objektivt svar på hvor stor andelen bruk av faktisk kostnadsnivå skal være for å korrigere for usikkerheten mellom regionene. I Magnussen2-utvalget er nok valget av 25 prosent vekt på det faktiske kostnadsnivået mer et resultat av en konsensusprosess enn et faglig objektivt valg. Det kan derfor hende at 25 prosent vekt på faktisk kostnadsnivå ivaretar usikkerheten i resultatene for HF-ene i HMN også. Det blir derfor et skjønsspørsmål å vurdere hvor stor andel faktisk kostnadsnivå skal telle i kostnadsindeksen som skal benyttes i HMN. Arbeidsgruppens argumentasjon i forhold til denne vektingen beskrives nærmere i kapittel 6.

For å synliggjøre effektene på inntektsfordelingen av en annen vekting enn den nasjonale mellom estimert og faktisk kostnadsnivå vises til etterfølgende 2 eksempler der faktisk kostnadsnivå teller 50 prosent i eksempel 1 og 75 prosent i eksempel 2.

<sup>24</sup> Korrelasjoner mellom faktisk kostnadsindeks og estimert kostnadsindeks er svært høye for alle regionene (0,93-0,96), bortsett fra Midt-Norge (0,64). Dette må tolkes som at estimert modell ikke er optimal for å beskrive kostnadsnivået ved de tre foretakene i Midt-Norge.

Eksempelene har blitt diskutert i arbeidsgruppa der det også ble lagt fram en illustrasjon på hvordan vektingen slår ut i basisrammene. Arbeidsgruppa vil etter beste skjønn gi en tilråding på hvordan denne vektingen bør være. Arbeidsgruppas vurdering presenteres i kapittel 6 nedenfor.

#### 5.7.1.1 Eksempel 1: Magnussen2 med 50 prosent vekt på estimert og faktisk kostnadsnivå

I tabell 5.9 presenteres basisrammer før og etter internt gjestepasientoppgjør i inntektsfordeling 2020 dersom eksempel 1 med 50 prosent vekt på estimert og 50 prosent vekt på faktisk kostnadsnivå tas i bruk for kostnadsindeks i inntektsfordelingen mellom HF-ene i HMN. I tillegg presenteres omfordelingseffekter i forhold til dagens inntektsfordeling 2020 mellom HF-ene.

**Tabell 5.9 Sammenlikning av inntektsfordeling 2020 med Magnussen2-utvalgets prinsipper og dagens modell med tilhørende omfordelingseffekter for HF-ene i HMN. Magnussen2-utvalgets prinsipper basert på eksempel 1, 50 prosent estimert kostnadsnivå og 50 prosent faktisk kostnadsnivå**

<b>Inntektsrammer2020 med Magnussen2-prinsipper</b>	<b>HMR</b>	<b>HNT</b>	<b>St. Olav</b>	<b>Sum</b>
Sum basisrammer 2020 Magnussen2-prinsipper før int. gjestepas.oppgj.	3 772 211	1 979 177	4 647 691	10 399 079
Internt gjestepas.oppgjør (50-50 -indekser)	-397 742	-267 881	665 623	0
Sum basisrammer 2020 Magnussen2-prinsipper etter int. gjestepas.oppgj	3 374 469	1 711 296	5 313 314	10 399 079
<b>Inntektsfordeling 2020</b>	<b>HMR</b>	<b>HNT</b>	<b>St. Olav</b>	<b>Sum</b>
Sum basisramme før internt gjestepasientoppgjør	3 498 783	1 886 640	5 013 656	10 399 079
Internt gestepasientoppgjør	-301 171	-199 205	500 375	0
Basisramme etter internt gjestepasientoppgjør	3 197 612	1 687 436	5 514 031	10 399 079
<b>Omfordeling på inntektsford2020</b>	<b>HMR</b>	<b>HNT</b>	<b>St. Olav</b>	<b>Sum</b>
Omfordeling før internt gjestepasientoppgjør	273 429	92 537	-365 965	0
Omfordeling etter internt gjestepasientoppgjør	176 857	23 860	-200 718	0

En overgang til Magnussen2-modell med kostnadsindeks basert på eksempel 1, ville gitt et omfordelingsbehov på 200,7 millioner kroner fra St. Olav med 176,9 og 23,9 millioner kroner henholdsvis til HMR og HNT.

#### 5.7.1.2 Eksempel 2: Magnussen2 med 25 pst. vekt på estimert og 75 pst. på faktisk kostnadsnivå

I tabell 5.10 presenteres basisrammene for eksempel 2 sammen med basisrammene for dagens inntektsfordeling før og etter internt gjestepasientoppgjør. Omfordelingseffekter mellom dagens modell og eksempel 2 av Magnussen2-prinsippene presenteres også her.

**Tabell 5.10 Sammenlikning av inntektsfordeling 2020 med Magnussen2-utvalgets prinsipper og dagens modell med tilhørende omfordelingseffekter for HF-ene i HMN. Magnussen2-utvalgets prinsipper basert på eksempel 2, 25 prosent estimert og 75 prosent faktisk kostnadsnivå**

Inntektsrammer2020 med Magnussen2-prinsipper	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Sum basisrammer 2020 Magnussen2-prinsipper før int. gjestepas. oppgj.	3 732 821	1 969 113	4 697 144	10 399 079
Internt gjestepas. oppgjør (25-75 -indekser)	-401 836	-270 792	672 628	0
Sum basisrammer 2020 Magnussen2-prinsipper etter int. gjestepas. oppgj	3 330 985	1 698 321	5 369 773	10 399 079
Inntektsfordeling 2020	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Sum basisramme før internt gjestepasientoppgjør	3 498 783	1 886 640	5 013 656	10 399 079
Internt gjestepasientoppgjør	-301 171	-199 205	500 375	0
Basisramme etter internt gjestepasientoppgjør	3 197 612	1 687 436	5 514 031	10 399 079
Omfordeling på inntektsford2020	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Omfordeling før internt gjestepasientoppgjør	234 039	82 473	-316 512	0
Omfordeling etter internt gjestepasientoppgjør	133 373	10 885	-144 259	0

Eksempel 2 reduserer omfordelingen ytterligere, med en flytting av 144,3 millioner kroner fra St. Olav til HMR og HNT med henholdsvis 133,4 og 10,9 millioner kroner.

Fastsatte kostnadsindekser bør fryses over tid, slik at HF-ene får mest mulig forutsigbarhet i inntektsutviklingen. Samtidig er det viktig at kostnadsnivået overvåkes for å unngå vesentlige ulikheter som det har blitt i dagens inntektsfordelingsmodell. Jo større vekt som legges på faktisk kostnadsnivå, jo viktigere blir denne oppfølgingen. Analyse av faktisk kostnadsnivå i forhold til nivået i inntektsfordelingsmodellen, må være en del av budsjettarbeidet som presenteres foretakene årlig.

### 5.7.2 Internt gjestepasientoppgjør for HF-ene i HMN

Som vist i delkapittel 5.6 vil en overgang til Magnussen-2-utvalgets forslag med kostnadsdekning til behandlende HF gi en omfordeling fra HMR og HNT til St. Olav. Her er det somatisk sektor som utgjør hoveddelen av det interne gjestepasientoppgjøret og derfor den delen som det bør fokuseres på.

Det er fornuftig å videreføre dagens løsning med at det lages en rammekorrigerings basert på fastsatt volum i stedet for å lage en løpende oppgjørsordning. For somatisk sektor vil fastsatt volum være netto DRG-poeng til St. Olav fra HMR og HNT. Størrelsen på rammeoverføringen avhenger av to forhold:

- Prisen på DRG-poengene
- Fastsatt volum på netto DRG-poeng

Overgang til Magnussen 2-modellen betyr en økning i prisen på DRG-poengene da en pris tilsvarende kostnadsindeks for St. Olav ligger over 100 prosent ISF-refusjon som er dagens pris i det interne gjestepasientoppgjøret i somatisk sektor. Netto DRG-poeng er i dagens inntektsfordeling basert på pasientstrømmer to år før budsjettåret. I vedlegg 9 er det gitt en oversikt over netto DRG-poeng fra HMR og HNT HF-områder til St. Olav i perioden fra 2014 til 2019. Det har vært en økning i perioden fra HMR HF-område målt i antall netto DRG-poeng, men utviklingen i prosentandel fra området har vært mer stabil. Fra HNT HF-område var det en økning første året i samme periode, men deretter har antallet vært relativt stabilt. Andelen netto DRG-poeng til St. Olav har blitt redusert fra 2015 til 2019, etter en økning første året. Arbeidsgruppens vurdering og forslag til løsning drøftes nærmere i kapittel 6.

### 5.7.3 Innføringsperiode for Magnussen2-basert inntektsfordelingsmodell

Tabell 5.6 i delkapittel 5.5 viser at en overgang til Magnussen2-utvalgets forslag til inntektsfordelingsmodell for HF-ene i HMN gir et omstillingsbehov på 257,2 millioner kroner fra St. Olav til HMR og HNT med henholdsvis 220,3 og 36,8 millioner kroner.

I tabell 5.11 og tabell 5.12 gis en oversikt over hvordan omstillingen blir for HF-ene hvis innfasingsperioden settes til henholdsvis 3 eller 4 år. Dette gir et årlig omstillingsbehov for St. Olav henholdsvis på -85,7 og -64,3 millioner kroner inntil hele omstillingen er gjennomført.

**Tabell 5.11** *Gradvis omstilling til Magnussen2-prinsipper for HF-ene i HMN over tre år*

Antall år med årlig omstilling 3	Omstilling HMR	Omstilling HNT	Omstilling St. Olav
Første året omstilling alt annet likt (1000 kroner)	73 447	12 278	-85 725
Andre året etter samme omstilling alt annet likt (1000 kroner)	146 894	24 556	-171 450
Tredje året etter samme omstilling alt annet likt (1000 kroner)	220 341	36 834	-257 175

**Tabell 5.12** *Gradvis omstilling til Magnussen2-prinsipper for HF-ene i HMN over fire år*

Antall år med årlig omstilling 4	Omstilling HMR	Omstilling HNT	Omstilling St. Olav
Første året omstilling alt annet likt (1000 kroner)	55 085	9 208	-64 294
Andre året etter samme omstilling alt annet likt (1000 kroner)	110 171	18 417	-128 587
Tredje året etter samme omstilling alt annet likt (1000 kroner)	165 256	27 625	-192 881
Fjerde året etter samme omstilling alt annet likt (1000 kroner)	220 341	36 834	-257 175

Omstillingen er i en størrelsesorden for St. Olav som krever at den ikke kan tas på ett år. Periodens lengde bør sees i sammenheng med en samlet løsning, men det vil ikke være unaturlig med en implementering over for eksempel 3-4 år med årlige omstillingsbeløp som vist over. Dersom vektingen av estimert og faktisk kostnadsnivå endres i forhold til større vekt på faktisk kostnadsnivå blir det årlige omstillingsbeløpet mindre (se eksempel 1 og 2 over). I kapittel 6 gis arbeidsgruppens innstilling til omstillingsperiode.

UTKAST



## 6. Arbeidsgruppens innstilling og styringsgruppens vurdering

### Innledning

Arbeidsgruppens innstilling ble behandlet i styringsgruppens møte 01.10.2020. Styringsgruppens vurderinger er beskrevet sammen med innstilling fra arbeidsgruppen. Styringsgruppen sluttet seg til arbeidsgruppens innstilling og ga sin anbefaling i forhold til høringsprosess. Dette omtales i avsnittet «Beregning av kostnadsindeks».

### Magnussen2-utvalgets forslag

Magnussen2-utvalget anbefaler en modell til fordeling av inntekter mellom RHF-ene basert på kostnads- og behovskomponent. Analysegrunnlaget for prinsippene i Magnussen2-utvalget er bedre og mer komplett, både for behovs- og kostnadsanalysene, enn analysene gjennomført i Magnussen-utvalget. Det er også utført kostnadsanalyser i alle sektorer, noe som ikke var tilfelle i Magnussen-utvalget.

### Bruk av hovedprinsippene i Magnussen2-utvalget

Arbeidsgruppen ble i mandatet bedt om å ta utgangspunkt i Magnussen2-utvalget for å foreslå endring av dagens inntektsfordelingsmodell. Arbeidsgruppen anbefaler at hovedprinsippene i Magnussen2-utvalget skal benyttes i en inntektsfordelingsmodell for HF-ene i HMN. Dette innebærer at basisrammene til HF-ene skal fordeles etter HF-områdenes og HF-enes:

- Behovsandeler basert på behovsindekser fra Magnussen2-utvalget for HF- områdene i HMN
- Kostnadsindekser basert på Magnussen2-analysene for HF-ene i HMN

### Beregning av behovsindekser

Arbeidsgruppen foreslår at behovsindeksene som er utarbeidet av Magnussen2-utvalget tas i bruk i HMN i inntektsfordelingsmodellen for HF-ene. Det er ikke nødvendig å gjøre endringer i sammensetning eller vekting av kriterier i behovsnøklerne for beregning av behovsindekser i HF-områdene.

### Beregning av kostnadsindekser

Magnussen2-utvalget understreker at selv om kostnadsanalysene som er gjennomført nå statistisk sett gir bedre estimater for uforskyldte kostnadsnivåer, kan det være faktorer som har betydning for kostnadsnivået som modellen ikke fanger opp godt nok, og som dermed skaper usikkerhet i estimatene. Utvalget presiserer videre at modellen har sine begrensninger, både ved at et relativt lite antall observasjoner gjør det vanskelig å teste et bredt spekter av kostnadsdrivere, og ved at det kan være særlige forhold ved et mindre antall helseforetak som ikke lar seg fange opp i en statistisk modell. I tillegg er det noe usikkerhet knyttet til oppjusteringen av forskningspoeng ved St. Olav. Utvalget presiserer videre at den generelle usikkerheten ved modellen til en viss grad kan elimineres ved også å legge vekt på det faktiske kostnadsnivået. Magnussen2-utvalget foreslår derfor at det etableres kostnadsindekser for RHF-ene som skal beregnes med 75 prosent vekt på de estimerte kostnadsnivåene og 25 prosent vekt på de faktiske kostnadsnivåene. Dette er en skjønsmessig vekting av Magnussen2-utvalget for å redusere usikkerhet i kostnadsindekser som skal benyttes i finansieringen av RHF-ene.

Arbeidsgruppen viser til at det er vanskelig med sikkerhet å fastsette det riktige kostnadsnivået i form av vekting av estimert og faktisk kostnadsnivå. Dersom det legges 100 prosent vekt på analyseresultatene innebærer dette at vi betrakter forskjellene mellom estimert og faktisk kostnadsnivå som forskjeller i effektivitet. Vi kan imidlertid ikke med sikkerhet si at estimert kostnadsnivå er det riktige kostnadsnivået. Hvilken vekting eller justering som skal benyttes i inntektsfordelingen i HMN blir derfor et spørsmål. Resultatene av analysene for HMN er at det estimerte kostnadsnivået er tilnærmet likt mellom HF-ene, mens det faktiske kostnadsnivået varierer betydelig. Dette gir større usikkerhet i estimatene innad i HMN enn det

som er tilfelle mellom RHF-ene<sup>25</sup>. Utredningene i kapittel 5 viser at det blir betydelig effekt på rammene av å endre vektningen av de to kostnadsmålene i en kostnadsindeks. Drøftingene i arbeidsgruppen har gått på hvor stor vekt det skal legges på faktisk versus estimert kostnadsnivå i inntektsfordelingsmodellen i HMN.

Drøftingene har på den ene siden variert fra at vektningen som Magnussen2-utvalget gjorde er tilstrekkelig til å ivareta økt usikkerhet i estimatene for HMN, til å redusere betydningen av estimert kostnadsnivå til 25 prosent i beregnet kostnadsindeks for bruk i finansieringsmodellen.

Til inntekt for at den nasjonale vektningen kan benyttes, er argumentet at så lenge det ikke kan utelukkes at skjønnet i Magnussen2-utvalget er tilstrekkelig til også å ta høyde for de spesielle resultatene for HMN, vil det være feil å redusere betydningen av estimert kostnadsnivå mer enn Magnussen2-utvalget har gjort. Faren er da at det benyttes ytterligere skjønn med samme argumentasjon som allerede er lagt til grunn. Det henvises samtidig til at ved å redusere betydningen av estimert nivå mer enn i den nasjonale modellen, straffes de effektive sykehusene.

I argumentasjonen for å redusere betydningen av estimert nivå til 25 prosent vises det til at etter mange års arbeid med effektivisering i HMN er det ingen grunn til å anta at det er store effektivitetsforskjeller mellom HF-ene. Variasjonen i faktiske kostnadsnivåer kan derfor ikke alene forklares med effektivitetsforskjeller.

Som nevnt kan ingen si at forslagene til vektning er mer objektivt riktige enn andre, da dette er et skjønsspørsmål. Arbeidsgruppen er imidlertid bedt om å foreslå en enhetlig løsning for hvordan Magnussen2-prinsippene kan implementeres i en inntektsfordelingsmodell i HMN. Det er viktig å få en tilslutning til den løsningen som velges da dette vil få betydning for HF-enes inntektsnivå framover i tid. Det kan derfor være klokt å se nærmere på den vurderingen som den eksterne representanten i arbeidsgruppa har gjort<sup>26</sup>. Hennes faglige vurderinger kan oppsummeres i følgende fire punkter:

- Det har vært et stabilt høyere målt kostnadsnivå ved St. Olav enn ved de to andre HF-ene i HMN i perioden fra 2012- 2018<sup>27</sup>.
- Det estimerte kostnadsnivået er derimot likt mellom de tre helseforetakene. Dette kan knyttes til at det ligger inne en stordriftsfordel i estimatet. Den estimerte effekten av størrelse er basert på analyse av alle HF-ene i Norge uavhengig av om det er et regionsykehus eller ikke. Det kan tenkes at størrelse har en annen betydning/tolkning for ikke-regionsykehus enn regionsykehus.
- I hvilken grad man vektlegger estimert kostnadsnivå kontra faktisk kostnadsnivå avhenger av graden av sikkerhet man tillegger analyseresultatene (estimatet). Jo større vekt man legger på analyseresultatene jo mer legger man til grunn at avvik mellom faktisk og estimert kostnadsnivå skyldes effektivitetsforskjeller.
- Dette åpner for skjønnsanvendelse. Den nasjonale skjønnsanvendelsen (prosent brukt for innvekting av hhv estimert og faktisk kostnadsnivå) bør ikke være styrende for skjønnsanvendelsen i HMN. På

<sup>25</sup> Kjartan Sarheim Anthun skriver følgende om tolkning av resultater: Med data for 22 foretak over 3 år forklarer denne enkle modellen ca 93% av variasjonen. Korrelasjonen mellom faktisk kostnadsindeks og estimert kostnadsindeks er svært høy (0,96) noe som tilsier at disse to egentlig måler det samme. Hvis man derimot ser på korrelasjoner mellom faktisk kostnadsindeks og estimert kostnadsindeks er dette målet svært høyt for alle regionene (0,93-0,96), bortsett fra Midt-Norge (0,64). Dette må tolkes som at estimert modell ikke er optimal for å beskrive kostnadsnivået ved de tre foretakene i Midt-Norge. Modellen predikerer lite forskjeller mellom foretakene, men reelt sett ligger ett foretak under gjennomsnitt og ett foretak over gjennomsnittet. Som region er det dermed ikke dramatisk stort avvik for HMN, men på foretaksnivå treffer modellen dårligere.

<sup>26</sup> Hun var medlem i Magnussen2-utvalget og var også sekretær for Magnussen-utvalget.

<sup>27</sup> Se <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/5bfb0c99-d132-4c43-8e8c-8540ab182e03?e=false&vo=viewonly>

regionnivå bør man utøve lokalt skjønn mht i hvilken grad avvik mellom estimert og faktisk kostnadsnivå skal hensyntas. Tar man høyde for de stabile forskjellene i faktisk kostnadsnivå og usikkerhet med hensyn til om man fanger opp alle relevante forskjeller i estimatet, dvs. at man åpner for at observerte forskjeller ikke kun er effektivitetsforskjeller, så taler det for at også faktisk kostnadsnivå hensyntas. Hvor mye blir et skjønnsspørsmål.

Arbeidsgruppen oppsummerer med at usikkerheten i analyseresultatene for HF-ene i HMN er større enn resultatene fra analysene mellom RHF-ene. Ut fra drøftingene mener arbeidsgruppen at det på grunn av legitimitetshensyn ikke er fornuftig å endre på vektingen av estimert og faktisk kostnadsnivå som Magnussen2-utvalget har gjort. Arbeidsgruppen foreslår derfor at kostnadsindeksene i inntektsfordelingsmodellen baseres på 75-25 vekting av estimert og faktisk kostnadsnivå.

For å redusere usikkerhet ytterligere anbefaler arbeidsgruppen at det fastsettes et regionsykehusstilskudd som skal fordeles til St. Olav utenfor modellen. Dette betyr at arbeidsgruppen kan samle seg om følgende forslag:

- Kostnadsindekser for inntektsfordelingsmodellen beregnes med 75% vekt på estimert kostnadsnivå og 25 prosent vekt på faktisk kostnadsnivå.
- Det etableres et regionsykehusstilskudd som fordeles til St. Olav i sin helhet.
  - Størrelsen på og finansieringen av tilskuddet drøftes og anbefales av styringsgruppen.

Styringsgruppen anbefaler at størrelse på tilskuddet blir en del av høringsprosessen.

#### **Internt gjestepasientoppgjør**

Arbeidsgruppen foreslår at prinsippet om korrigerings i basisrammen benyttes i stedet for en løpende fakturering av interne pasientstrømmer basert på et fastsatt volum for disse strømmene. Dette er i tråd med dagens modell for internt gjestepasientoppgjør. Det understrekes fra arbeidsgruppen at selv om det er somatisk sektor som utgjør hoveddelen av de interne strømmene bør det også korrigeres for netto strømmer for PHV og TSB. Arbeidsgruppen anbefaler å:

- Etablere et internt gjestepasientoppgjør som er basert på en korrigerings i basisrammen i alle sektorene med utgangspunkt i netto strømmer til behandlende HF
  - Somatisk sektor: Netto DRG-poeng til St. Olav som i dagens oppgjør (siste tilgjengelige års pasientstrømmer, dvs år 2020 for budsjettåret 2022)
  - PHV og TSB: Netto aktivitet til behandlende HF som i dagens oppgjør

Videre vil arbeidsgruppen slutte seg til prinsippet om kostnadsdekning for behandlende HF i det interne oppgjøret. Med kostnadsdekning menes dekning i forhold til bruk av kostnadsindeksen som er drøftet over. Dette betyr:

- Pris på netto strømmer basert på prinsippet om kostnadsdekning i forhold til kostnadsindeks behandlende HF

Til slutt vil arbeidsgruppen også påpeke at det bør etableres et samarbeid mellom HF-ene for å oppnå at pasienter behandles i sitt bostedsområde. Dette kan formuleres som følger:

- Målsetting interne strømmer
  - Det etableres et gjensidig forpliktende samarbeid mellom HF for at pasienter i Helse Midt-Norge blir behandlet i sitt bostedsområde
  - Det bør utformes konkrete målsettinger for dette samarbeidet

### **Implementeringsperiode**

I mandatet er arbeidsgruppen bedt om å foreslå en plan for implementering dersom det blir snakk om relativt store omfordelinger for HF-ene. Arbeidsgruppen mener at omstillingsbehovene for HF-ene er av den størrelsesorden at det kreves en periode over flere år. Oversikten i kapittel 5.7 viser årlige omstillingsbeløp i en periode på tre eller fire år. Det understrekes at om det benyttes tre eller fire år, vil forskjellene i årlige omstillingsbehov for St. Olav bli i overkant av 20 millioner kroner med kostnadsindekser basert på Magnussen2-utvalgets vekting av estimert og faktisk kostnadsindeks (75-25). Arbeidsgruppen foreslår at:

- Omstillingsperioden sees i sammenheng med samlet løsning og settes til enten tre eller fire år

### **Fordelingsnøkler for pasientreiser, ambulanse og utdanning**

I mandatet understrekes det at arbeidsgruppen kan foreslå å benytte deler av dagens inntektsfordelingsmodell. Arbeidsgruppen har registrert at det er utarbeidet fordelingsnøkler for pasientreiser, ambulanse og utdanning. Disse ble tatt i bruk for inntektsfordelingen 2019. Arbeidsgruppen har ikke gjort analyser knyttet til endringsbehov for disse nøklene, men ønsker å påpeke at nøklene bør vurderes etter en tids bruk. På dette området har arbeidsgruppen følgende anbefaling:

- Nøklene kan fortsatt benyttes i en to-årsperiode, dvs. for inntektsfordeling 2021 og 2022, men det bør i løpet av 2021 etableres et prosjekt som skal evaluere disse nøklene og foreslå eventuelle justeringer. Målet bør være at nye nøkler kan tas i bruk i inntektsfordelingen for 2023.

### **Avslutning**

Arbeidsgruppen anbefaler at den foreslåtte modellen blir implementert i inntektsfordelingen for 2022. Arbeidsgruppen har observert at endringer både i produktivitetsforhold og i medisinsk teknologi kan skje relativt raskt. Det er derfor ønskelig at det med jevne mellomrom gjøres både produktivetsundersøkelser i forhold til kostnadsindekser i inntektsmodellen og regionsykehustilskudd, samt at gjestepasientstrømmer monitoreres årlig.

## Vedlegg 1 Datagrunnlag - behovsanalyser

Alle data er innhentet og gruppert i forhold til de fire hovedtypene nevnt i kapittel 4:

- Kjønn- og alderssammensetning (individnivå)
  - Samme aldersinndeling som i dagens inntektsfordelingsmodell, men inkluderer aldersgruppen 90 år og eldre samt en kjønnsvariabel
- Sosioøkonomiske forhold (individnivå)
  - Det er tatt utgangspunkt i variabler som inngår i dagens inntektsfordelingsmodell, men også undersøkt om det er andre forhold som bedre kan forklare forskjeller i forbruk. Følgende er vurdert på individnivå
    - Utdanningsnivå
    - Arbeidsmarkedstilknytning
    - Inntekt
    - Innvandringskategori
    - Familiestatus
    - Barnevernstiltak
- Helserelaterte forhold (individnivå)
  - Inkluderer trygdeforhold som det antas at det ligger helsemessige årsaker bak
    - Dødelighet
    - Sykefravær
    - Trygdeytelser
- Forhold ved bostedet (kommunenivå)
  - Levekårsindeksen har siden 2010 ikke blitt oppdatert. Denne erstattes av enkeltelementer som fanger opp de samme forholdene som den gamle levekårsindeksen. Følgende forhold er vurdert på kommunenivå:
    - Storby (Oslo)
    - Klima og breddegradsindeks
    - Arbeidsledighet
    - Andel med kun grunnskole
    - Andel med sosialhjelp
    - Andel ikke-vestlige innvandrere
    - Andel med uføretrygd
    - Voldskriminalitet
    - Asylsøkere
    - Bosettingsmønster

På tilbudssiden er det tatt høyde for følgende forhold som kan ha konsekvenser for forbruksnivået i spesialisthelsetjenesten:

- Kommune: Plassdekning
- Kommune: Kostnader til helse- og omsorgstjenester
- Kommune: Kostnader til øyeblikkelig hjelp døgnopphold
- Kommune: Kostnader til tilbud til personer med rusproblemer
- Kommune: Årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid
- Sykehus: Reisetid til nærmeste sykehus
- Sykehus: Reisetid til nærmeste DPS
- Sykehus: Helseforetaksdummyer

## Vedlegg 2 Behovsnøkler alle sektorer

**Tabell v2.1 Behovsnøkler fra NOU 2019: 24 og NOU 2008:2 somatisk sektor**

Kriterier NOU 2019: 24 (Magnussen2-utvalget)	Vekter	Sum	Kriterier NOU 2008: 2 (Magnussen-utvalget)	Vekter	Sum
Andel av aldersgruppen 0–5 år	0,050		Andel av aldersgruppen 0–5 år	0,033	
Andel av aldersgruppen 6–12 år	0,032		Andel av aldersgruppen 6–12 år	0,012	
Andel av aldersgruppen 13–17 år	0,025		Andel av aldersgruppen 13–17 år	0,010	
Andel av aldersgruppen 18–29 år	0,059		Andel av aldersgruppen 18–29 år	0,041	
Andel av aldersgruppen 30–39 år	0,049		Andel av aldersgruppen 30–39 år	0,054	Sum
Andel av aldersgruppen 40–49 år	0,049		Andel av aldersgruppen 40–49 år	0,057	alders-
Andel av aldersgruppen 50–59 år	0,058	Sum kjønns-	Andel av aldersgruppen 50–59 år	0,082	kriterier
Andel av aldersgruppen 60–69 år	0,091	og alders-	Andel av aldersgruppen 60–69 år	0,098	0,58
Andel av aldersgruppen 70–79 år	0,115	kriterier:	Andel av aldersgruppen 70–79 år	0,102	
Andel av aldersgruppen 80–89 år	0,068	0,62	Andel i aldersgruppen 80 år +	0,091	
Andel av aldersgruppen 90 år og eldre	0,012		Dødelighet, 20 år +	0,113	
Andel menn	0,013		Andel sykmeldte	0,081	
Dødelighet (0–19 år)	0,061		Andel uføretrygdde, 18–67 år	0,069	
Dødelighet (20–39 år)	0,035	Sum helse-	Andel med rehab. penger, 18–67 år	0,028	Sum helse-
Dødelighet (40–79 år)	0,080	og sosiale	Andel grunnskole, 20–59 år	0,048	kriterier:
Dødelighet (80 år og eldre)	0,003	kriterier:	Levekårsindeks, 0–19 år 0,009	0,009	0,42
Andel med uf. trygd/ arb.avkl.peng. (18-66 år)	0,066	0,38	Levekårsindeks, 67 år + 0,040	0,040	
Andel sykmeldte (18–66 år)	0,084		Indeks for klima og breddegrad, 0–66 år	0,022	
Andel ikke i arbeid (18–66 år)	0,052		Indeks for klima og breddegrad, 67 år +	0,010	
Sum	1,000	1,000	Sum	1,000	1,000

**Tabell v2.2 Behovsnøkkel fra NOU 2019: 24 felles for PHV voksne og TSB**

Kriterier	Vekter	Sum
Andel av aldersgruppen 18–29 år	0,064	
Andel av aldersgruppen 30–39 år	0,028	
Andel av aldersgruppen 40–49 år	0,153	Alders-
Andel av aldersgruppen 50–59 år	0,111	kriterier
Andel av aldersgruppen 60–69 år	0,066	samlet
Andel av aldersgruppen 70–79 år	0,039	0,475
Andel av aldersgruppen 80 år og eldre	0,014	
Andel ikke i arbeid (18–39 år)	0,058	
Andel enpersonfamilie	0,099	Helse-
Dødelighet (18–39 år)	0,025	og sosial-
Dødelighet (40–79 år)	0,005	kriterier
Andel sosialhjelpsmottakere	0,066	0,525
Andel sykmeldte (18–39 år)	0,019	
Andel med uføretrygd eller arb.avkl.peng. (18-39 år)	0,199	
Andel arbeidsledige i kommunen	0,054	
Sum	1,000	1,000

**Tabell v2.3 Behovsnøkkel fra NOU 2019: 24 for PHV for barn og unge**

Kriterier	Vekter	Sum
Andel av aldersgruppen 0–5 år	0,041	
Andel av aldersgruppen 6–12 år	0,097	Kjønns- og
Andel av aldersgruppen 13–17 år	0,164	alderskriterier
Andel kvinner	0,101	0,403
Andel av barn med barnevernstiltak	0,307	Helse og sosiale
Andel av barn som bor med én forelder	0,066	kriterier
Kommunenivå: Sosialhjelp	0,223	0,597
Sum	1,000	1,000

## Vedlegg 3 Fordeling etter behovs og kostnadskomponent

**Tabell v3.1 Fordeling av behovskomponent**

	HSØ	HV	HMN	HN	Sum
Behovsindekser somatikk	0,9995	0,9554	1,0227	1,0708	1,0000
Behovsindekser PHV-V og TSB	1,0089	0,9668	0,9834	1,0438	1,0000
Behovsindekser PHV-BU	1,0099	0,9537	0,9750	1,0947	1,0000
<b>Befolknings- og behovsandeler sektor</b>	<b>HSØ</b>	<b>HV</b>	<b>HMN</b>	<b>HN</b>	<b>Sum</b>
Befolkningsandeler	0,5623	0,2089	0,1370	0,0918	1,0000
Behovsandel somatikk	0,5620	0,1996	0,1401	0,0983	1,000031
Behovsandel somatikk normert	0,5620	0,1996	0,1401	0,0983	1,000000
Behovsandel PHV-V og TSB	0,5673	0,2020	0,1347	0,0958	0,9998
Behovsandel PHV-V og TSB normert	0,5674	0,2020	0,1348	0,0958	1,0000
Behovsandel PHV-BU	0,5679	0,1992	0,1336	0,1005	1,0012
Behovsandel PHV-BU normert	0,5672	0,1990	0,1334	0,1003	1,0000
<b>Sektor behovsfordeling</b>	<b>HSØ</b>	<b>HV</b>	<b>HMN</b>	<b>HN</b>	<b>Sum</b>
Fordeling somatikk	55 471 966	19 699 822	13 830 053	9 699 694	98 701 534
Minus ISF somatikk	20 579 233	7 308 326	5 130 734	3 598 435	36 616 728
Minus Lab/rad somatikk	1 752 995	622 543	437 050	306 524	3 119 112
Behovsramme somatikk	33 139 738	11 768 952	8 262 269	5 794 734	58 965 694
Fordeling PHV-V og TSB	13 908 744	4 951 971	3 303 629	2 348 521	24 512 865
Minus ISF PHV-V og TSB	696 207	247 873	165 364	117 556	1 227 000
Behovsramme PHV-V og TSB	13 212 537	4 704 098	3 138 264	2 230 965	23 285 865
Fordeling PHV-BU	2 599 795	912 074	611 579	459 911	4 583 359
Behovsramme PHV-BU	2 599 795	912 074	611 579	459 911	4 583 359
Sum behovskomponent	HSØ	HV	HMN	HN	Sum
Basisrammer behovskomponent (minus aktivitet)	48 952 070	17 385 125	12 012 113	8 485 611	86 834 918

**Tabell v.3.2 Fordeling av kostnadskomponent**

Sektor kostnadskomponent	HSØ	HV	HMN	HN	Sum
Aktivitetsandel somatikk	0,5678	0,2013	0,1401	0,0908	1,0000
Aktivitetsandel PHV-V og TSB	0,5717	0,2160	0,1208	0,0915	1,0000
Aktivitetsandel PHV-BU	0,5772	0,1851	0,1341	0,1036	1,0000
Andel kostnadskomponent somatikk	0,0542	0,0000	0,1926	0,7351	0,9819
Normert andel kostnadskomponent somatikk	0,0552	0,0000	0,1961	0,7486	1,0000
<b>Beløp kostnadskomponent somatikk</b>	<b>143 328</b>	<b>0</b>	<b>508 882</b>	<b>1 942 293</b>	<b>2 594 503</b>
Andel kostnadskomponent PHV-V og TSB	0,7724	0,0000	0,1071	0,1158	0,9954
Normert andel kostnadskomponent PHV-V og TSB	0,7760	0,0000	0,1076	0,1164	1,0000
<b>Beløp kostnadskomponent PHV-V og TSB</b>	<b>290 388</b>	<b>0</b>	<b>40 277</b>	<b>43 542</b>	<b>374 207</b>
Andel kostnadskomponent PHV-BU	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Normert andel kostnadskomponent PHV-BU	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
<b>Beløp kostnadskomponent PHV-BU</b>	<b>0,0000</b>	<b>0,0000</b>	<b>0,0000</b>	<b>0,0000</b>	<b>0,0000</b>
Sum kostnadskomponent	HSØ	HV	HMN	HN	Sum
Sum kostnadskomponent	433 716	0	549 160	1 985 834	2 968 710
<b>Inntekter</b>	<b>HSØ</b>	<b>HV</b>	<b>HMN</b>	<b>HN</b>	<b>Sum</b>
Basisrammer før gjestepasientoppgjør	49 385 786	17 385 125	12 561 272	10 471 445	89 803 628
Nytt gjestepasientoppgjør	266 745	-82 598	-15 204	-168 944	0
Basisrammer samlet	49 652 531	17 302 526	12 546 069	10 302 501	89 803 628



**Tabell v3.3 Faktorer som påvirker kostnadsnivået i utvalgets analyser (boks 8.2 s77 i utvalgsrapporten)**

Variabel	Effekt på kostnadsnivå	Kommentar
<b>Inngår i forslag til indekser</b>		
Bosettingsmønster	Kostnadsnivået øker med økt reisetid.	Måles som reisetid fra kommunesentrum til nærmeste 20 000 innbyggere. Antas å fange opp: Faste beredskapskostnader. Mulige effekter av lengre liggetid. Turnover og innleie. Uforskyldte forskjeller i lønnskostnader.
Forskning	Kostnadsnivået øker med økt forskningsaktivitet.	Måles som forskningspoeng normert mot aktivitet (1000 DRG-poeng). Antas å fange opp: Mulige merkostnader i pasientbehandling som følge av forskning. Breddulempen i store sykehus. Merkostnader knyttet til høyspesialiserte tjenester og universitetsfunksjoner. Seleksjon av særlig ressurskrevende pasienter innen DRG.
Utdanning	Kostnadsnivået øker med økt utdanningsaktivitet.	Måles som antall LIS-leger normert mot aktivitet (1000 DRG-poeng). Antas å fange opp: Merkostnader i pasientbehandling knyttet til utdanningsaktivitet.
Størrelse	Kostnadsnivået øker ikke-lineært med størrelse.	Måles som brutto driftsutgifter og brutto driftsutgifter kvadrert. Antas å fange opp: Skalafordeler og -ulempen knyttet til stordrift, særlig i universitetssykehus.
<b>Inngår ikke i forslag til kostnadsindekser</b>		
Ikke-vestlige innvandrere	Negativ sammenheng mellom andelen ikke-vestlige innvandrere og kostnadsnivå.	Andel av befolkningen i opptaksområdet.
Struktur	Ingen sammenheng mellom kostnadsnivå og antall akutt sykehus per helseforetak.	Antall akutt sykehus per helseforetak normert mot aktivitet (1000 DRG-poeng).

## Vedlegg 4 Data for befolkningen i HF-områdene i HMN med Magnussen 2-prinsipper

**Tabell v4.1** *Folketall framskrevet til 2020, behovsindekser, befolknings- og behovsandel for HF-områdene i HMN RHF*

Sektorvise behovsandel	HMR - omr	HNT - omr	StOlav - omr	HMN RHF
Framskrevet befolkning 2020	265 555	136 803	332 747	735 105
Befolkningsandeler (framskr 2020)	0,3612	0,1861	0,4527	1,000
Behovsindekser somatikk normert	1,0116	1,0334	0,9770	1,0000
Behovsindekser PHV-V og TSB normert	0,9981	1,0320	0,9883	1,0000
Behovsindekser PHV-BU Normert	1,0049	1,0887	0,9596	1,0000
Behovsandel somatikk normert	0,3654	0,1923	0,4423	1,0000
Behovsandel PHV-V og TSB normert	0,3606	0,1920	0,4474	1,0000
Behovsandel PHV-BU normert	0,3630	0,2026	0,4344	1,0000

**Tabell v4.2** *Kriterieverdier behovsnøkkel somatikk som prosentandel av landet for HF-områdene i HMN RHF*

Kriterie	HMR	HNT	StOlav
alder_0_5	96,10 %	96,00 %	99,90 %
alder_6_12	101,10 %	102,00 %	96,50 %
alder_13_17	106,50 %	108,70 %	95,60 %
alder_18_29	92,90 %	94,00 %	115,20 %
alder_30_39	92,00 %	81,80 %	100,20 %
alder_40_49	96,00 %	91,90 %	96,40 %
alder_50_59	99,70 %	103,20 %	95,50 %
alder_60_69	111,10 %	113,70 %	96,20 %
alder_70_79	106,80 %	118,00 %	96,80 %
alder_80_89	117,10 %	120,00 %	95,90 %
alder_90pl	124,90 %	115,80 %	95,00 %
Kjønn	101,10 %	100,20 %	100,90 %
Dødelighet alder 0-19	120,90 %	102,20 %	120,40 %
Dødelighet alder 20-39	104,90 %	82,20 %	104,80 %
Dødelighet alder 40-79	95,70 %	108,90 %	92,80 %
Dødelighet 80 år og eldre	118,80 %	118,70 %	98,20 %
Uføre og/eller AAP	98,60 %	117,60 %	99,40 %
Sykmeldte	103,10 %	107,70 %	103,10 %
Ikke i arbeid	99,30 %	103,20 %	94,60 %

**Tabell v4.3 Kriterieverdier behovsnøkkel samlet for PHV-V og TSB som prosentandel av landet for HF-områdene i HMN RHF**

Kriterie	HMR	HNT	StOlav
alder_18_29	93,90 %	95,80 %	114,10 %
alder_30_39	91,90 %	81,80 %	100,10 %
alder_40_49	95,90 %	91,60 %	95,80 %
alder_50_59	99,50 %	103,30 %	94,80 %
alder_60_69	111,40 %	113,90 %	95,80 %
alder_70_79	106,90 %	118,00 %	96,20 %
alder_80pl	118,50 %	119,60 %	94,70 %
Ikke i arbeid	99,60 %	104,20 %	93,70 %
enpersonfamilie	94,30 %	89,80 %	99,20 %
Dødelighet 18-39	109,00 %	82,50 %	106,90 %
Dødelighet 40-79	96,40 %	112,70 %	92,90 %
Sosialhjelp	76,60 %	96,20 %	93,10 %
Sykmeldte	102,60 %	108,50 %	102,40 %
Uføre og/eller AAP	98,90 %	117,70 %	99,00 %
arbeidsledig	103,60 %	79,90 %	78,50 %

**Tabell v4.4 Kriterieverdier behovsnøkkel samlet for PHV-BU som prosentandel av landet for HF-områdene i HMN RHF**

Kriterie	HMR	HNT	StOlav
alder_0_5	95,20 %	94,20 %	102,60 %
alder_6_12	100,10 %	100,10 %	99,10 %
alder_13_17	105,40 %	106,70 %	98,20 %
Kjønn	100,40 %	99,70 %	99,80 %
Barnevern	107,10 %	116,90 %	85,70 %
aleneforsørget	91,90 %	99,50 %	88,30 %
komm_sosialhjelp	79,60 %	100,10 %	95,00 %

## Vedlegg 5 Internt gjestepasientoppgjør 2020 HMN

**Tabell v5.1 Internt gjestepasientoppgjør inntektsfordeling 2020 somatisk sektor HF i HMN**

Internt gjestepasientoppgjør somatisk sektor	HMR	HNT	StOlav	Sum
Netto pasientrømmer til StOlav (DRG-poeng)	-12 740	-9 060	21 800	0
Internt gjestepasientoppgjør somatikk (1000 kroner)	-291 797	-207 510	499 307	0

Her er det benyttet ISF-refusjon 2020 som er kr 45 808. Med 50 prosent ISF finansiering overføres basisramme basert på halv enhetsrefusjon dvs. kr 22 904. Den andre halvparten kommer via ISF-finansieringen.

**Tabell v5.2 Sektorvis oversikt over internt gjestepasientoppgjør i inntektsfordelingen for 2020 med kostnadsindekser for HF-ene basert på kostnadsdekning i rammen (75-25-indekser) og 50 prosent stykkprisrefusjon for aktivitetsdelen somatisk sektor. Tall i 1000 kroner**

Internt gjestepasientoppgjør alle sektor	HMR	HNT	StOlav	Sum
Løsning somatikk	-338 036	-240 393	578 428	0
Internt gjestepasoppgj PHV og TSB	-9 374	8 306	1 068	0
Sum internt gjestepasientoppgjør	-347 409	-232 087	579 496	0

**Tabell v5.3 Interne gjestedøgn per HF PHV 2020 for HF-ene i HMN**

Interne gjestedøgn PH pr HF	HMR HF		HNT HF			St. Olav HF	
	Sykehus/BUP	DPS	Sykehus/BUP	DPS	RKSF	Sykehus/BUP	DPS
HMR befolkning			6	9	593	1 363	194
HNT befolkning	382	53				774	228
StOlav befolkning	711	238	382	348	1 519		
<b>Sum</b>	<b>1093</b>	<b>291</b>	<b>388</b>	<b>357</b>	<b>2112</b>	<b>2137</b>	<b>422</b>

**Tabell v5.4 Interne polikliniske konsultasjoner per HF PHV 2020 for HF-ene i HMN**

Interne polikliniske konsultasjoner	HMR HF	HNT HF	St. Olav HF	Sum HMN
Møre og Romsdal befolkning		82	1 406	1 488
Nord-Trøndelag befolkning	48		1 804	1 852
Sør-Trøndelag befolkning	910	2 144		3 054
<b>Sum</b>	<b>958</b>	<b>2 226</b>	<b>3 210</b>	<b>6 394</b>

**Tabell v5.5 Internt gjestepasientoppgjør PHV-V og PHV-BU for HF-ene i HMN**

Inntekt/kostnad	HMR	HNT	St. Olav	Sum HMN
Intern gjestepasientinntekt (1000 kr)	17 308	37 693	37 163	92 165
Intern gjestepasientkostnad (1000 kr)	28 252	20 816	43 097	92 165
<b>Korreksjon rammer HF 2020 (1000 kr)</b>	<b>10 944</b>	<b>-16 878</b>	<b>5 934</b>	<b>0</b>

**Tabell v.5.6 Prisforutsetninger internt gjestepasientoppgjør 2020 PHV**

Aktivitet	Kroner
Kostnad døgn sykehus (2019 justert med 2,9%)	11 300
Kostnad døgn RKSF	11 300
Kostnad døgn DPS	6 500
100% av kostnad poliklinisk konsultasjon	3 200

**Tabell v5.7 Interne gjestedøgn per HF TSB for HF-ene i HMN**

Døgn	HF-omr HMR	HF omr HNT	HF omr StOlav
<b>HMR HF</b>		<b>307</b>	<b>1 181</b>
Avrusningsavd		15	121
Korttids døgn		30	427
Molde BS		262	620
Rusakutt		0	13
<b>HNT HF</b>	<b>147</b>		<b>56</b>
<b>StOlav HF</b>	<b>1 203</b>	<b>2 074</b>	
Rusakutt	15	73	
Ungdomsavd	641	722	
Voksenavd	532	1 269	
Intermediæravd	15	10	

**Tabell v5.8 Interne polikliniske konsultasjoner per HF TSB for HF-ene i HMN**

Polikliniske konsultasjoner	HF-omr HMR	HF omr HNT	HF omr StOlav
Helse Møre og Romsdal HF		86	189
HNT - HF	15		186
St Olavs HF	338	489	

**Tabell v5.9 Internt gjestepasientoppgjør døgn TSB for HF-ene i HMN. Tall i 1000 kroner**

Døgn 1000 kroner	HF-omr HMR	HF omr HNT	HF omr StOlav
<b>HMR HF</b>		<b>1 683</b>	<b>7 068</b>
Avrusningsavd		194	1 561
Korttids døgn		153	2 178
Molde BS		1 336	3 162
Rusakutt		0	168
<b>HNT HF</b>	<b>750</b>		<b>286</b>
<b>StOlav HF</b>	<b>6 252</b>	<b>11 147</b>	
Rusakutt	194	942	
Ungdomsavd	3 269	3 682	
Voksenavd	2 713	6 472	
Intermediæravd	77	51	

**Tabell v5.10 Internt gjestepasientoppgjør Poliklinikk TSB for HF-ene i HMN. Tall i 1000 kroner**

Poliklinikk 1000 kroner	HF-omr HMR	HF omr HNT	HF omr StOlav
HMR HF		197	433
HNT HF	34		427
StOlav HF	775	1 122	

**Tabell v5.11** Oversikt over priser 2020 ulike aktiviteter TSB prisjustert fra 2019 med 2,9 prosent

Døgn	Pris 2020
HNT	5 100
St. Olav rusakutt	12 900
St. Olav Ungdomsavdeling	5 100
St. Olav Voksenavdeling + int.m	5 100
Molde BS	5 100
Ålesund avrusning	12 900
Ålesund rusakutt	12 900
Ålesund korttids	5 100
<b>Poliklinikk</b>	<b>Pris 2020</b>
Pris pr kons	2 294

**Tabell v5.12** Internt gjestepasientoppgjør TSB inntektsfordeling 2020 HF-ene i HMN<sup>28</sup>

Internt gjestepasientoppgj TSB (1000 kr)	HMR	HNT	StOlav
Gjestepas inntekt	9 382	1 496	19 296
Gjestepas kostnad	7 812	14 148	8 214
Netto gjestepasient inntekt	1 570	-12 652	11 082
Justering for HNT eget TSB-bygg	0	4 080	-4 080
Netto gjestepasient inntekt korrigert	1 570	-8 572	7 002

<sup>28</sup> Det er tatt i bruk nytt bygg for TSB ved HNT som ikke er reflektert i datagrunnlaget. Det er derfor gjort en justering av dette tilsvarende 800 liggedøgn til en pris av 5 100 per døgn som går til fradrag fra StOlav og tillegg til HNT.

## Vedlegg 6 Ressursbehovs- og behovsandeler samt basisrammer for HF-ene i inntektsfordelingen 2020

**Tabell v6.1 Ressursbehovs- behovs- og befolkningsandeler for HF-ene i HMN i inntektsfordelingen 2020**

Ressursbehovs-, behovs- og befolkningsandeler	HMR	HNT	StOlav	HMN RHF
Befolkning framskrevet 2020	265 555	136 803	332 747	735 105
Befolkningsandeler framskrevet 2020	0,361	0,186	0,453	1,000
Behovsandeler PHV og TSB	0,349	0,190	0,461	1,000
Behovsandel somatikk	0,369	0,197	0,433	1,000
RB-andel PHV og TSB	0,347	0,190	0,462	1,000
RB-andel somatikk	0,344	0,188	0,468	1,000
RB-andel samlet	0,344	0,188	0,469	1,000
Kostnadsindeks somatikk	0,924	0,943	1,069	1,000
Behovsindeks somatikk	1,022	1,061	0,957	1,000
Behovsindeks PHV og TSB	0,966	1,020	1,019	1,000
Ressursbehovsindeks samlet	0,951	1,008	1,035	1,000
Ressursbehovsindeks somatikk	0,954	1,010	1,033	1,000
Ressursbehovsindeks PHV og TSB (kostnind 50% PHV og kun beh TSB)	0,962	1,021	1,022	1,000

**Tabell v6.2 Inntekter for HF-ene i HMN i inntektsfordelingen 2020 etter typer inntekt**

Type inntekter	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Sum basisramme og aktivitetsbaserte inntekter (fordelt etter RB-andel samlet)	5 879 537	3 210 324	8 018 159	17 108 019
<i>herav basisramme og polikl (fordelt etter RB-andel samlet)</i>	<i>3 980 978</i>	<i>2 174 351</i>	<i>5 443 409</i>	<i>11 598 739</i>
<i>herav ISF-somatikk (fordelt etter RB-andel somatikk)</i>	<i>1 816 519</i>	<i>991 095</i>	<i>2 465 573</i>	<i>5 273 188</i>
<i>herav ISF PHV og TSB (fordelt etter RB-andel PHV og TSB)</i>	<i>82 039</i>	<i>44 878</i>	<i>109 176</i>	<i>236 093</i>
Minus ISF somatikk (fordelt etter behovsandel somatikk)	-1 946 683	-1 041 315	-2 285 189	-5 273 188
Minus ISF PHV og TSB (fordelt etter behovsandel PHV og TSB)	-82 369	-44 810	-108 914	-236 093
Minus poliklinikk (rad/lab) (fordelt etter behovsandel somatikk)	-162 572	-86 963	-190 842	-440 377
Kjøp fra private ekskl ISF (fordelt etter faktisk forbruk)	-153 466	-107 067	-268 749	-529 282
Kjøp fra private TSB (fordelt etter faktisk forbruk)	-35 663	-43 528	-150 809	-230 000
<b>Sum basisrammer til fordeling før internt gjestepasientoppgjør</b>	<b>3 498 783</b>	<b>1 886 640</b>	<b>5 013 656</b>	<b>10 399 079</b>
Sum internt gjestepasientoppgjør	-301 171	-199 205	500 375	0
<b>Basisrammer etter internt gjestepasientoppgjør</b>	<b>3 197 612</b>	<b>1 687 436</b>	<b>5 514 031</b>	<b>10 399 079</b>

## Vedlegg 7 **Magnussen 2-prinsipper på inntektsfordeling 2020 med to eksempler på alternativ vekting av estimert og faktisk kostnadsnivå**

**Tabell v7.1** *Basisrammer for HF-ene i HMN med kostnadsindekser basert på 50 prosent estimert og 50 prosent faktisk kostnadsnivå (eksempel 1). Tall i 1000 kroner*

Inntektsfordeling 2020 med Magnussen2-prinsipper (50-50 vekting)	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Kostnadskomponent basisrammer og polikl	43 167	39 969	196 079	279 214
Behovskomponent basisrammer og polikl	4 125 132	2 180 454	5 013 938	11 319 524
Kostnadskomponent ISF-inntekter	3 899	23 458	109 247	136 603
Behovskomponent ISF-inntekter	1 962 344	1 033 530	2 376 804	5 372 678
Sum basisrammer og ISF	6 134 542	3 277 411	7 696 067	17 108 019
Minus ISF somatikk etter behov somatikk	-1 927 020	-1 014 070	-2 332 098	-5 273 188
Minus ISF PHV-V og TSB etter behov PHV-V og TSB	-71 890	-38 290	-89 196	-199 375
Minus ISF PHV -BU etter behov PHV-BU	-13 330	-7 440	-15 949	-36 718
Minus poliklinikk (lab/rad) etter behov somatikk	-160 930	-84 687	-194 759	-440 377
Basisrammer minus aktivitetsbaserte inntekter	3 961 372	2 132 925	5 064 065	11 158 362
Minus kjøp fra private (ekskl ISF)	-153 466	-107 067	-268 749	-529 282
Minus kjøp fra private TSB	-35 663	-43 528	-150 809	-230 000
Differanse ny behovsnøkkel pasientadm. legemidl.	-31	-3 152	3 183	0
Sum basisrammer 2020 Magnussen2-prinsipper før int. gjestepas. oppgj.	3 772 211	1 979 177	4 647 691	10 399 079
Internt gjestepaoppgjør (50-50-indekser)	-397 742	-267 881	665 623	0
Sum basisrammer 2020 Magnussen2-prinsipper etter int. gjestepas. oppgj	3 374 469	1 711 296	5 313 314	10 399 079

**Tabell v7.2** *Basisrammer for HF-ene i HMN med kostnadsindekser basert på 25 prosent estimert og 75 prosent faktisk kostnadsnivå (eksempel 2). Tall i 1000 kroner*

Inntektsfordeling 2020 med Magnussen2-prinsipper (25 -75 vekting)	HMR	HNT	St. Olav	Sum
Kostnadskomponent basisrammer og polikl	64 751	54 536	277 274	396 561
Behovskomponent basisrammer og polikl	4 082 382	2 157 895	4 961 900	11 202 178
Kostnadskomponent ISF-inntekter	5 848	32 007	153 984	191 840
Behovskomponent ISF-inntekter	1 942 170	1 022 909	2 352 362	5 317 441
Sum basisrammer og ISF	6 095 152	3 267 347	7 745 521	17 108 019
Minus ISF somatikk etter behov somatikk	-1 927 020	-1 014 070	-2 332 098	-5 273 188
Minus ISF PHV-V og TSB etter behov PHV-V og TSB	-71 890	-38 290	-89 196	-199 375
Minus ISF PHV -BU etter behov PHV-BU	-13 330	-7 440	-15 949	-36 718
Minus poliklinikk (lab/rad) etter behov somatikk	-160 930	-84 687	-194 759	-440 377
Basisrammer minus aktivitetsbaserte inntekter	3 921 982	2 122 861	5 113 519	11 158 362
Minus kjøp fra private (ekskl ISF)	-153 466	-107 067	-268 749	-529 282
Minus kjøp fra private TSB	-35 663	-43 528	-150 809	-230 000
Differanse ny behovsnøkkel pasientadm. legemidl.	-31	-3 152	3 183	0
Sum basisrammer 2020 Magnussen2-prinsipper før int. gjestepas. oppgj.	3 732 821	1 969 113	4 697 144	10 399 079
Internt gjestepaoppgjør (25-75-indekser)	-401 836	-270 792	672 628	0
Sum basisrammer 2020 Magnussen2-prinsipper etter int. gjestepas. oppgj	3 330 985	1 698 321	5 369 773	10 399 079



**Tabell v7.3** *Oversikt over faktisk og estimert kostnadsnivå og ulike utforminger av kostnadsindekser med Magnussen2-prinsipper samt kostnadsindekser i inntektsfordeling 2020 for HF-ene i HMN*

Sektor	HF	Faktisk kostnad per aktiv.enh (1000 kr)	Estimert kostnad per DRG-poeng (1000 kr)	75% est og 25% faktisk	50% est og 50% faktisk	25% est og 75% faktisk	Estimert indeks	Faktisk indeks	Kostn.ind. Fra innt.ford. 2020
Somatikk	HMR	51,527	52,365	0,985	0,975	0,965	0,995	0,955	0,924
Somatikk	HNT	54,023	52,747	1,002	1,002	1,002	1,002	1,001	0,943
Somatikk	St. Olav	55,395	52,745	1,008	1,014	1,021	1,002	1,027	1,069
Somatikk	HMN	53,953	52,625	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
PHV-V og TSB	HMR	14,180		1,016	1,031	1,047	1,000	1,063	0,962
PHV-V og TSB	HNT	12,679		0,988	0,975	0,963	1,000	0,950	1,021
PHV-V og TSB	St. Olav	12,971		0,993	0,986	0,979	1,000	0,972	1,022
PHV-V og TSB	HMN	13,343		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
PHV-BU	HMR	18,650					1,000	1,111	0,962
PHV-BU	HNT	20,501					1,000	1,221	1,021
PHV-BU	St. Olav	14,292					1,000	0,851	1,022
PHV-BU	HMN	16,790					1,000	1,000	1,000

## Vedlegg 8 Utviklingen i kostnadsnivåer somatisk sektor

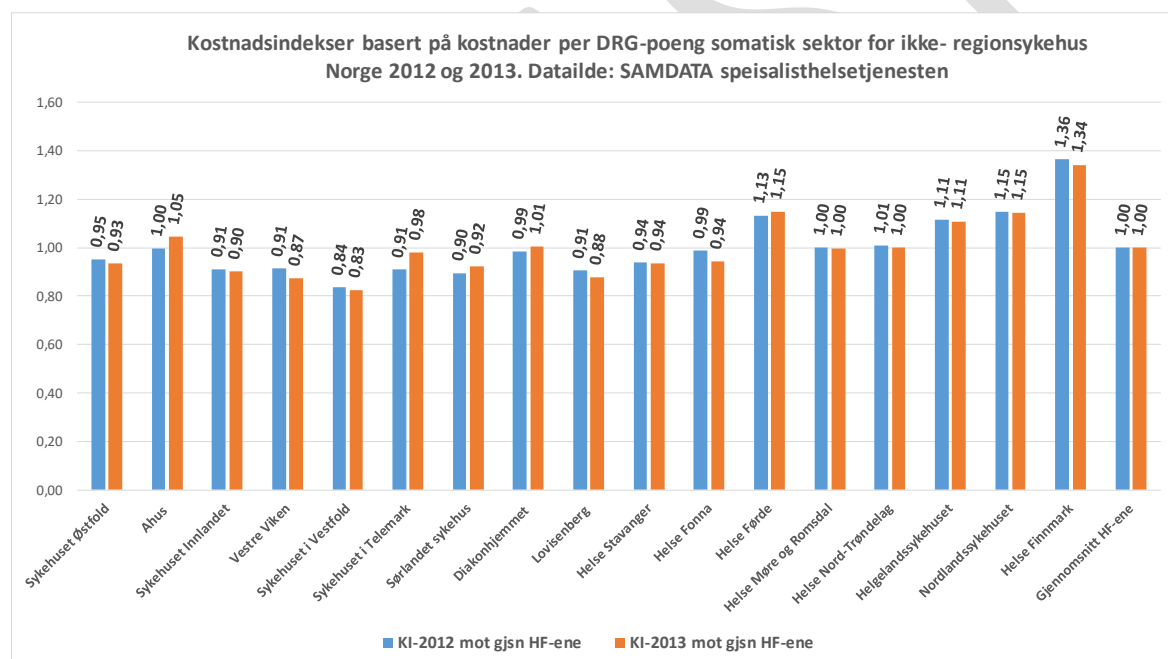
### V8.1 Innledning

SAMDATA-rapportene har jevnlig publisert kostnader per DRG-poeng som et mål for produktivetsutviklingen i HF-ene i Norge. Dette gjelder bare for somatisk sektor da det ikke er et tilsvarende aktivitetsmål for PHV og TSB som tar hensyn til forskjeller i pasientsammensetning. Produktiviteten i somatisk sektor vil uansett bety mye for den samlede produktivetsutviklingen.

I denne gjennomgangen lager vi egne oversikter for de fire regionsykehusene og resten av akuttsykehusene. Spesialsykehus holdes utenfor. Alle tall er hentet fra SAMDATA-prosjektene for de aktuelle årene<sup>29</sup>.

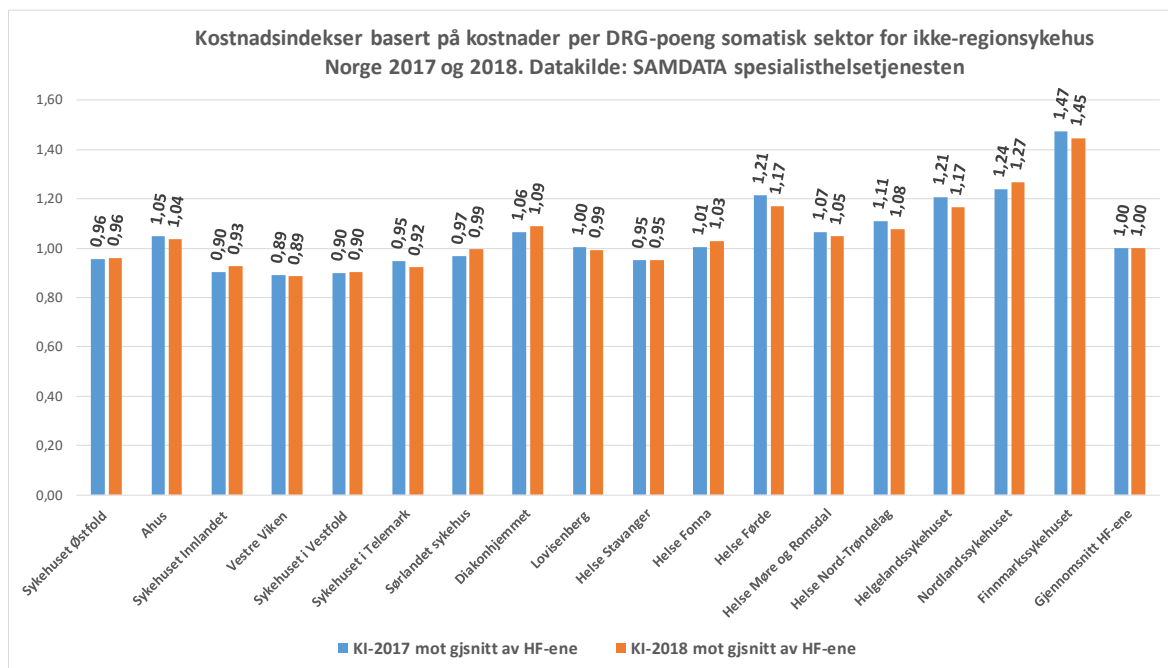
### V8.2 Kostnadsnivåer for ikke-regionsykehus

I det følgende presenteres oversikter for kostnadsindekser basert på målte kostnader per DRG-poeng for ikke-regionsykehus for årene 2012 og 2013 samt for årene 2017 og 2018. Tallene er hentet fra SAMDATA-spesialisthelsetjenesten for de aktuelle driftsårene. I figur v8.1 presenteres kostnadsindeks for årene 2012 og 2013 og i figur v8.2 presenteres tilsvarende for årene 2017 og 2018.



**Figur v8.1** Kostnadsindekser for ikke-regionsykehus basert på kostnader per DRG-poeng somatisk sektor i Norge for driftsårene 2012 og 2013. Kostnadsindeks lik 1,00 er gjennomsnittet av HF-ene. Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten

<sup>29</sup> Tallene er hentet fra de såkalte SAMDATA-publikasjonene som Helsedirektoratet utgir. Rapportene kan hentes her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten>

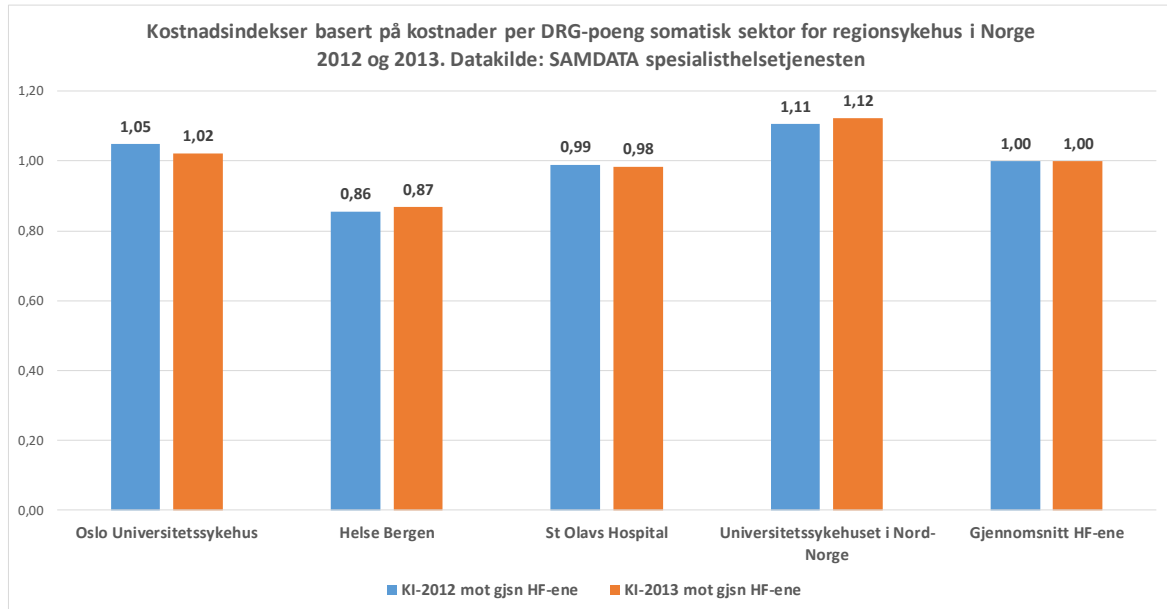


**Figur v8.2** *Kostnadsindekser for ikke-regionsykehus basert på kostnader per DRG-poeng somatisk sektor i Norge for driftsårene 2017 og 2018. Kostnadsindeks lik 1,00 er gjennomsnittet av HF-ene. Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten*

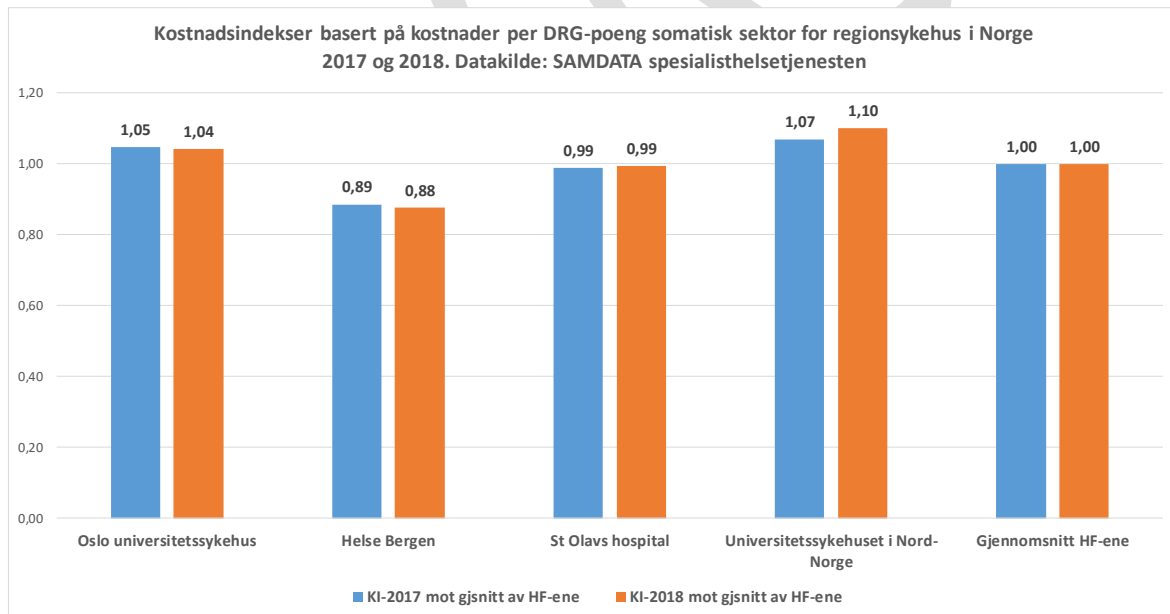
Figur v8.1 viser at HMR og HNT lå på gjennomsnittet i målte kostnader per DRG-poeng somatisk sektor i 2012 og 2013. En svak nedgang fra 2012 til 2013 for HNT slik at begge HF-ene hadde indeks lik 1 i 2013. Figuren viser også at variasjonen er betydelig i kostnadsnivå somatisk sektor mellom HF-ene i Norge med høyest kostnadsindeks i Helse Finnmark i 2013 på 1,34 og lavest i Sykehuset i Vestfold med 0,83. Figur v8.2 viser at både HMR og HNT har fått et relativt sett høyere kostnadsnivå i somatisk sektor i 2017 og 2018 enn tilsvarende for 2012 og 2013. Begge har hatt en nedgang fra 2017 til 2018, men begge ligger over landsgjennomsnittet i 2018 med indeks lik 1,05 for HMR og 1,08 for HNT. Figuren viser at variasjonen mellom HF-ene er stor også i 2018 med høyest indeks ved Finnmarkssykehuset på 1,45 og lavest ved Vestre Viken med 0,89. Det kan derfor oppsummeres med at både HMR og HNT har hatt en økning i relative kostnadsnivåer fra 2012 til 2018.

### V8.3 Kostnadsnivåer for regionsykehusene

I det følgende gis tilsvarende oversikt for de fire regionsykehusene i Norge. Her måles kostnadsnivået mot gjennomsnittsnivået for de fire. Figur v8.3 viser oversikten for årene 2012 og 2013, mens figur v8.4 presenterer tilsvarende for årene 2017 og 2018.



**Figur v8.3** *Kostnadsindekser for regionsykehus basert på kostnader per DRG-poeng somatisk sektor i Norge for driftsårene 2012 og 2013. Kostnadsindeks lik 1,00 er gjennomsnittet av de fire HF-ene. Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten*



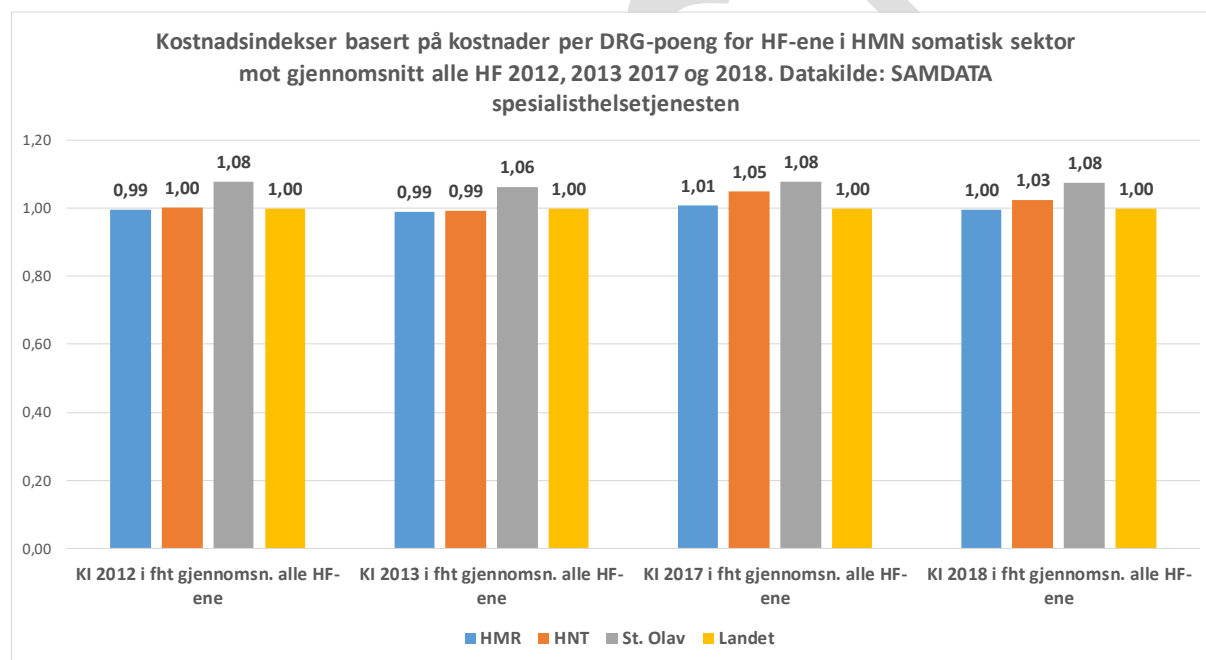
**Figur v8.4** *Kostnadsindekser for regionsykehus basert på kostnader per DRG-poeng somatisk sektor i Norge for driftsårene 2017 og 2018. Kostnadsindeks lik 1,00 er gjennomsnittet av de fire HF-ene. Datakilde: SAMDATA spesialisthelsetjenesten*

Figur v8.4 viser at St. Olav lå svakt under gjennomsnittet i begge årene med indekser lik 0,99 og 0,98 for henholdsvis 2012 og 2013. St. Olav hadde også en svak nedgang i kostnadsnivå fra 2012 til 2013. Det er kun Helse Bergen som har et lavere kostnadsnivå enn St. Olav. Variasjonen er stor her også med høyest indeks ved

Universitetssykehuset i Nord-Norge på 1,12 og lavest ved Helse Bergen med 0,87 for driftsåret 2013. Variasjonen her er likevel mindre enn for ikke-regionsykehusene. Bildet har ikke endret seg mye fram til 2017 og 2018 der St. Olav fortsatt ligger svakt under gjennomsnittet for de fire regionsykehusene (se figur v8.4). St. Olav ligger på omtrent samme kostnadsindeks som årene 2012 og 2013 og rangeringen mellom HF-ene er den samme. Avstanden mellom høyest og lavest indeks er noe mindre i 2018 enn tilsvarende for 2013. Dette betyr at St. Olav har hatt en stabil utvikling i relative kostnader i perioden fra 2012 til 2018.

### V8.4 Oppsummering av utvikling i kostnadsnivå

Utviklingen i relativt kostnadsnivå var litt forskjellig mellom St. Olav og de to andre HF-ene i HMN. Det ovenstående viste at både HMR og HNT hadde en økning i kostnadsnivå fra 2012 til 2018, mens det for St. Olav var en stabil utvikling i kostnadsnivå. Her er sammenlikningen gjort mot gjennomsnittet for HF-ene i ikke-regionsykehus og for regionsykehus. I figur v8.5 vises en oversikt over kostnadsindeks basert på kostnader per DRG-poeng der dette måles mot gjennomsnittet av alle HF-ene i sum mellom de to gruppene<sup>30</sup>.

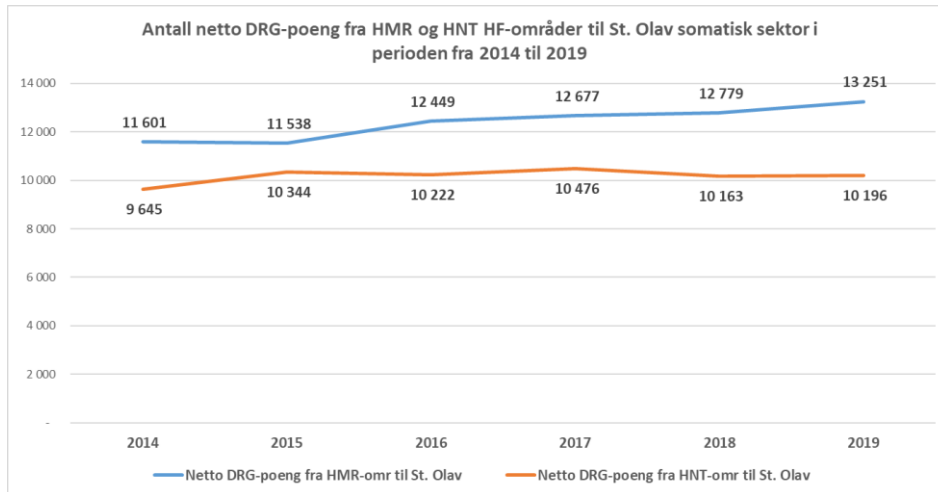


**Figur v8.5** *Kostnadsindekser basert på kostnader per DRG-poeng for HF-ene i somatisk sektor mot gjennomsnitt for alle HF-ene for årene 2012, 2013, 2017 og 2018. Datakilde SAMDATA spesialisthelsetjenesten*

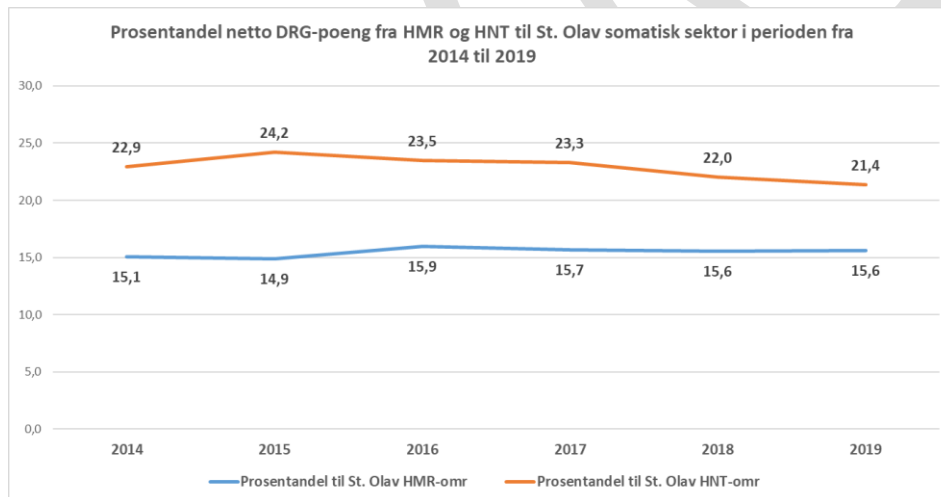
Figuren viser at St. Olav i alle årene ligger høyere i kostnadsindeks enn de to andre, når kostnader per DRG-poeng måles mot gjennomsnittet av alle HF-ene. Denne forskjellen reflekterer antakelig både kostnadsulempere, men også prosuktivitetsforskjeller. Figuren viser at St. Olav og HMR har hatt en relativ stabil utvikling fra 2012 til 2018, mens HNT har hatt en økning i samme perioden. Dette viser at selv om det har vært forskjeller i basisrammer per innbygger i denne perioden i retning av høyest for St. Olav, har ikke dette slått ut i kostnadsnivået sammenliknet med HMR og HNT.

<sup>30</sup> Kostnader per DRG-poeng for alle HF-ene var 47 720 og 47 889 for årene 2012 og 2013 og 50 231 og 50 563 for årene 2017 og 2018.

## Vedlegg 9 Netto DRG-poeng fra HMR og HNT til St. Olav



**Figur v9.1** Antall netto DRG-poeng fra HMR og HNT HF-områder til St. Olav somatisk sektor i perioden fra 2014 til 2019



**Figur v.9.2** Prosentandel netto DRG-poeng fra HMR og HNT HF-områder til St. Olav somatisk sektor i perioden fra 2014 til 2019