

Budsjettprosessen i RHF – hvordan håndteres ISF?

DRG-forum 18. mars 2019
Kirsti Bjørge, senior finansrådgiver

HELSE  SØR-ØST

Helse Sør-Øst RHF's oppdrag

Visjon

- Helse Sør-Øst RHF skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi

Verdier

- De tre nasjonale verdiene som vi bygger vår virksomhet på er "kvalitet", "trygghet" og "respekt"

Oppgaver

- Eier av helseforetakene i helseregionen (eieransvar)
- Sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvar)
- I tillegg til pasientbehandling har de regionale helseforetakene oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for spesialisthelsetjenestetilbudet til en befolkning på cirka 3 millioner

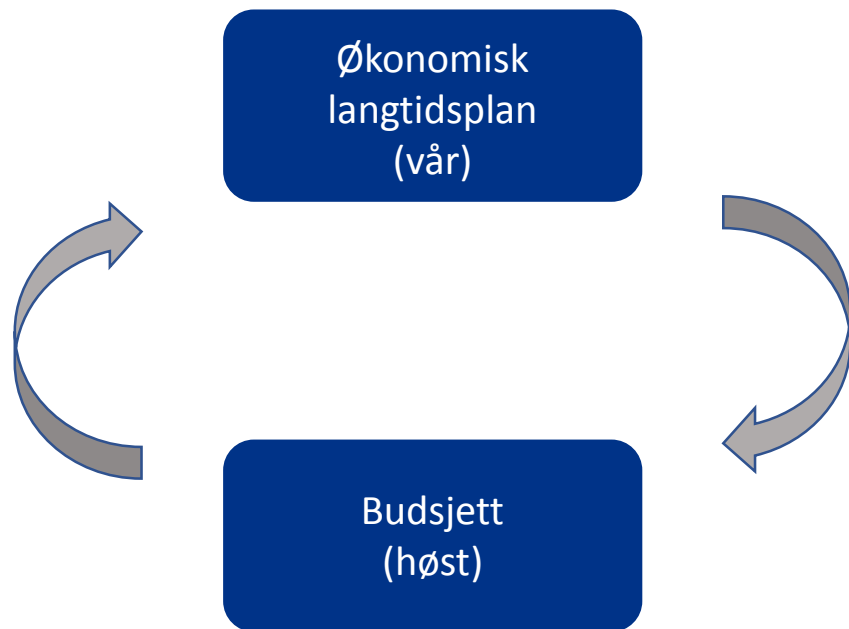
Sykehusområder	Helseforetak
Akershus	Akershus universitetssykehus HF
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF
Oslo	Oslo universitetssykehus HF Diakonhjemmet sykehus AS Lovisenberg diakonale sykehus AS Sunnaas sykehus HF (ikke eget opptaksområde)
Sørlandet	Sørlandet sykehus HF
Telemark og Vestfold	Sykehuset Telemark HF Sykehuset i Vestfold HF
Vestre Viken	Vestre Viken HF
Østfold	Sykehuset Østfold HF
	Sykehusapotekene HF
	Sykehuspartner HF
	Private ideelle sykehus uten opptaksområder
	Martina Hansens Hospital
	Betanien Hospital
	Revmatismesykehuset

1100
Avtalespesialister

Avtaler med private
institusjoner

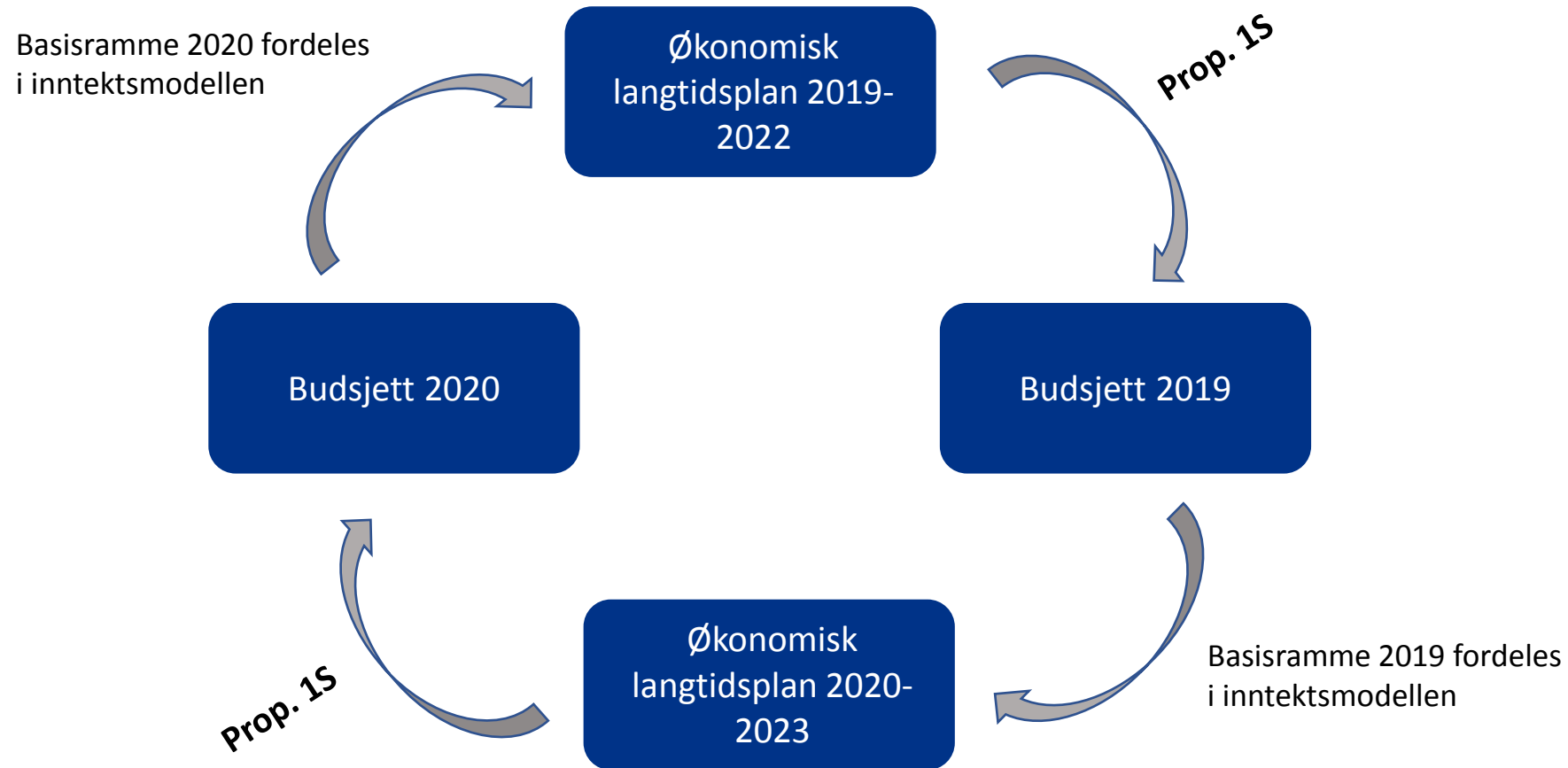


Budsjettprosessen i Helse Sør-Øst = «helårsprosess»



- Mars: Planforutsetninger for økonomisk langtidsplan vedtas av styret Helse Sør-Øst RHF
- Juni: Styret godkjenner økonomisk langtidsplan
- November: Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtar fordeling av midler til drift og investering i egen budsjettsak for kommende budsjettår

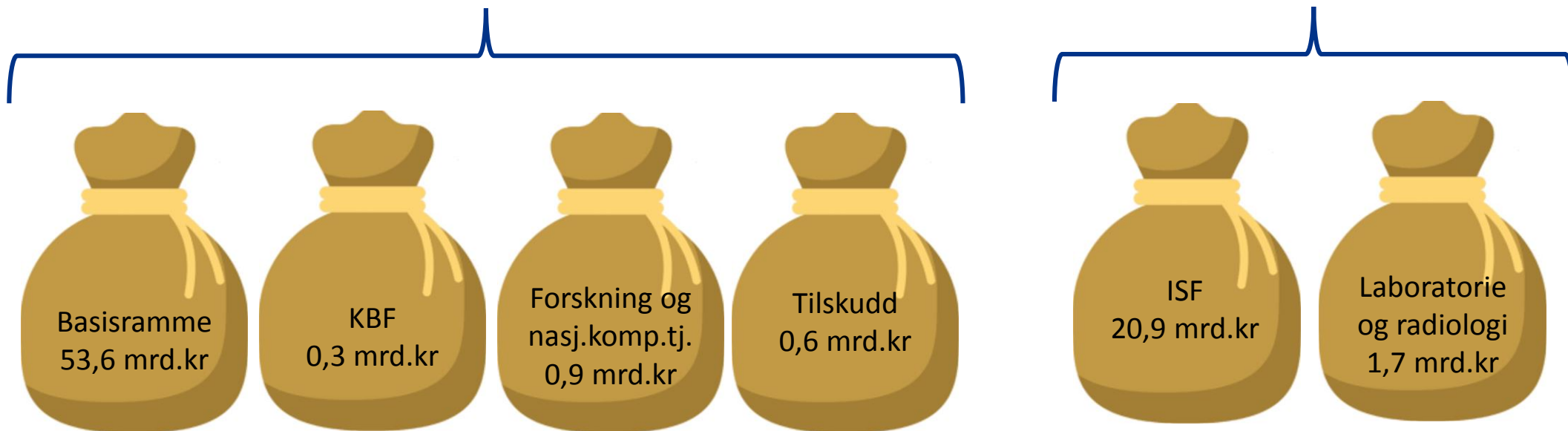
Inntektsrammer til helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst fastsettes i forbindelse med økonomisk langtidsplan og budsjett



I budsjett 2019 har Helse Sør-Øst RHF fått en samlet tildeling på 77,9 milliarder kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet

Faste inntekter – 55,3 mrd. kroner

Variable inntekter – 22,6 mrd. kroner*



*overslagsbevilgning

Fordeling av basisramme i B2019	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	I alt
Magnussenandel	53,9%	18,9%	14,4%	12,8%	100,00%
Befolkningsandel*	56,3 %	20,8 %	13,7 %	9,1 %	100,00 %

*Befolkning per 1.1.2019

Hva er inntektsmodellen i Helse Sør-Øst?

- Inntektsmodellen er en regnemodell som fordeler **basisramme** til sykehusområdene med opptaksområdeansvar i Helse Sør-Øst etter objektive kriterier
- Fordelingen skal sette sykehusområdene økonomisk i stand til å tilby sine innbyggere **gode og likeverdige** spesialisthelsetjenester som er **tilpasset befolkningens ulike behov** og sykehusområdenes **forskjellige kostnadmessige forutsetninger**
- Inntektsmodellprinsipper benyttes i fordeling av basisramme til helseforetak/sykehus i sykehusområdet Telemark og Vestfold og Oslo sykehusområde
- Foretak og sykehus som ikke har et definert opptaksområde får ikke sin basisramme gjennom inntektsmodellen men direkte fra Helse Sør-Øst RHF

En inntektsmodell –ulike modellelementer, men en basisramme

- Helse Sør-Øst RHF fordeler én basisramme og helseforetakene prioriterer selv mellom tjenesteområdene og drift og investeringer
- Da det er ulike faktorer som påvirker behovet innen de ulike tjenesteområdene, er det utviklet modellelementer for:
 - Somatikk
 - Psykisk helsevern
 - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
 - Prehospitale tjenester
 - Forskning
 - (Kapital og pensjon)

Styrets krav til inntektsmodellen i Helse Sør-Øst

MÅL:

”Målet med utvikling av en *kriteriebasert* inntektsmodell for Helse Sør-Øst er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de kan levere *gode og likeverdige helsetjenester* som er tilpasset *befolkningens ulike behov* og sykehusområdenes *forskjellige kostnadmessige forutsetninger.*”

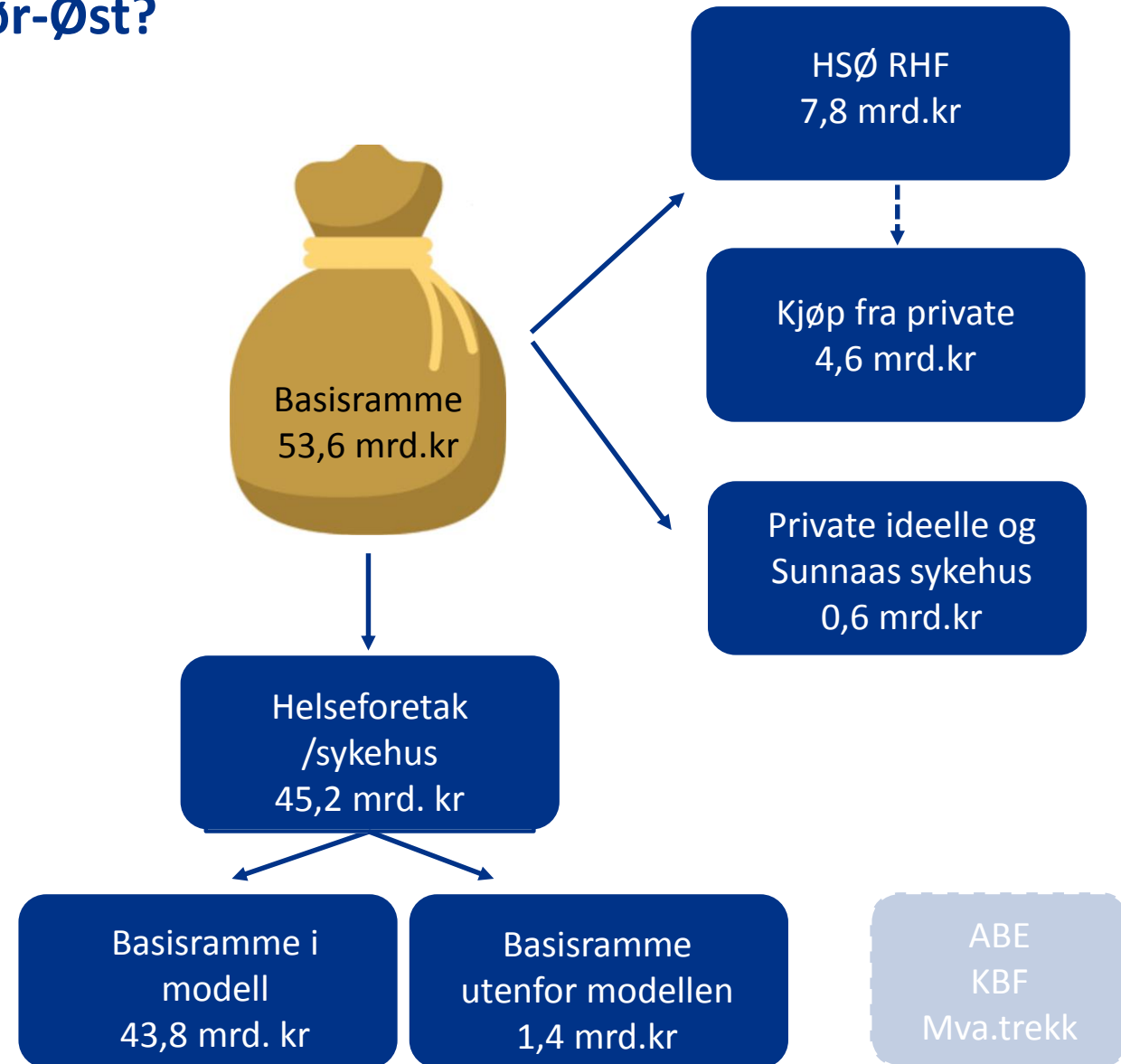
- Inntektsmodellen skal oppfylle følgende vilkår (sak 63-2008):
 - *At modellen er forankret og forstått i foretaksgruppen, og at den oppleves som rettferdig*
 - *At den er transparent, forutsigbar og etterprøvbare*
 - *At den understøtter strategiske valg, prioritering og utvikling*

Utvikling av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst

<i>Fagfelt</i>	<i>Utredning og planlegging</i>	<i>Implementering</i>
Somatikk	2007-2009	2010-2012
Psykisk helsevern	2009-2010	2011-2013
Rus (TSB)	2009-2011	2012-2014
Kapital	2010	2012-2014
Pensjoner	2011	2012-2014
Pre-hospitale tjenester	2011-2014	2015
Forskning	2014	2015

Hva fordeles i inntektsmodellen i Helse Sør-Øst?

- Sykehusområdene får 97 % av basisrammen fordelt gjennom inntektsmodellen
- Enkelte forhold er holdt utenfor modellfordelingen, og fordeles direkte til helseforetak/sykehus:
 - Definerte oppgaver som helseforetakene utfører på vegne av HSØ RHF og andre HF-spesifikke tildelinger
 - Definerte regionale behandlingstjenester innen psykisk helsevern og TSB
 - Øvrige definerte regionale funksjoner, herunder regionale kompetansetjenester
 - Særskilte omstillingsmidler av midlertidig karakter



Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst

Basisramme til fordeling per tjenesteområde (Somatikk, PHV, TSB og PHT)

Regionale tilpasninger

Kostnads-komponenten

- Forskning
- Undervisning
- Reiseavstand
- Ikke vestlige innvandrere

+

Behovs-komponenten

- Befolkning (alderssammensetning og sosioøkonomiske forhold)

+

Mobilitets-komponenten*

- Abonnement høyspesialisert medisin
- Abonnement poliklinikk
- Flerområdefunksjoner
- Aktivitet utover ordinære GP-ordninger mot OUS HF

-

Avregninger**

- Privat rehabilitering
- Private avtalespesialister
- Sunnaas sykehus
- Privat ideelle uten opptaksomr.
- Privat laboratorie og radiologi
- Privat kirurgi
- Private PHV og TSB

Basisrammen per tjenesteområde fordelt til sykehusområdene i modell

*Gjelder ikke for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling

** Gjelder ikke for prehospitaltjenester

- Inntekter til kapital og økte pensjonskostnader fordeles etter samme prinsipper
- Egen todelt forskningsmodell som fordeler ett beløp etter faste andeler og ett beløp etter andel forskningsaktivitet

Kriteriene vektes ulikt i de ulike modellelementene - Alderskriterier

Aldersgruppe	Vekt somatikk	Vekt PHV	Vekt TSB
0-5 år	3,7	0,1	-
6-12 år	1,4	2,7	-
13-17 år	1,1	6,5	0,4
18-29 år	4,6	13,0	15,2
30-39 år	6,1	12,3	18,9
40-49 år	6,4	8,5	9,5
50-59 år	9,2	5,6	4,8
60-69 år	11,0	2,8	1,9
70-79 år	11,5	3,5	0,4
80+	10,3	2,9	0,2
Sum alderskriterier	65,4	57,9	51,3

Aldersgruppe	Vekt PHT
67-79 år	21,0
80+	21,0
Sum alderskriterier	42,1

Kriteriene vektes ulikt i de ulike modellelementene – Sosiale kriterier

Kriterium somatikk	Vekt
Dødlighet 20+	12,7
Andel uføretrygdede, 20-66	7,8
Andel med rehabytelser 20-66	3,2
Ikke mer enn grunnskole 20-59	5,4
Levekårsindeks 0-19	1,0
Levekårsindeks 67+	4,5
Sum sosiale	34,6

Kriterium PHT	Vekt
Uføre	9,2
Avstand til 1000-innbyggere	23,7
Avstand til lok.sh	14,3
Avstand til omr.sh	10,8
Sum sosiale	57,9

Kriterium PHV	Vekt
Andel ugifte 40 år +	3,6
Andel uføretrygdede m. psykiatrisk diagnose 18-39 år	8,1
Andel uføretrygdede m. psykiatrisk diagnose 40-69 år	10,1
Andel grunnskole 18-29 år	2,6
Andel barn som bor med en forelder 0-17	4,8
Andel barnevernstiltak	2,2
Andel uføretryggede 18-67 år	1,1
Folketall pr kommune kvadrert	9,5
Sum sosiale	42,1

Kriterium TSB	Vekt
Andel ugifte 40 år +	5,7
Andel uføretrygdede m. psykiatrisk diagnose 18-39 år	2,3
Andel uføretrygdede m. psykiatrisk diagnose 40-69 år	7,9
Andel grunnskole 18-29 år	12,0
Andel grunnskole 30-59 år	6,6
Andel sosialhjelpsmottagere 18 - 49 år	7,9
Folketall pr kommune kvadrert	6,3
Sum sosiale	48,7

Behovsandeler og behovsindeks i inntektsmodellen 2020

Behovsandel	Somatikk	PHV	TSB	PHT
Akershus	18,45 %	18,31 %	18,68 %	0,00 %
Innlandet	12,65 %	10,25 %	10,46 %	19,64 %
Oslo	16,15 %	23,93 %	23,70 %	30,15 %
Sørlandet	10,51 %	10,23 %	9,91 %	12,26 %
Telemark	6,49 %	5,50 %	5,51 %	7,50 %
Vestfold	8,38 %	7,47 %	7,35 %	7,73 %
Vestre Viken	15,97 %	14,48 %	14,25 %	11,32 %
Østfold	11,40 %	9,83 %	10,14 %	11,42 %
Sum	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Behovsindeks	Somatikk	PHV	TSB	PHT
Akershus	96,43 %	95,70 %	97,63 %	0,00 %
Innlandet	112,71 %	91,32 %	93,18 %	174,91 %
Oslo	85,00 %	125,91 %	124,71 %	68,01 %
Sørlandet	102,81 %	100,07 %	96,91 %	118,82 %
Telemark	113,27 %	96,05 %	96,16 %	132,93 %
Vestfold	107,71 %	95,99 %	94,54 %	99,31 %
Vestre Viken	97,23 %	88,16 %	86,75 %	110,70 %
Østfold	108,72 %	93,80 %	96,75 %	108,91 %

- Basisramme per tjenesteområde fordeles etter behovsandel – behovsandel skal reflektere ressursbehovet i sykehusområdet
- Behovsindeks = behovsandel/andel befolkning

Kjøp fra private leverandører er en del av spesialisthelsetjenestetilbudet i Helse Sør-Øst - sykehusområdene må betale for dette gjennom en avregning i inntektsmodellen

- I modellen legges det til grunn at de tjenester som Helse Sør-Øst RHF kjøper fra private leverandører er likestilt med de tjenester som leveres fra helseforetakene
- Det er Helse Sør-Øst RHF som inngår avtale med de private leverandørene – budsjett 2019 er på 4,5 milliarder kroner
- Forbruket av private tjenester varierer mellom sykehusområdene – dette må tas hensyn til i fordelingen av basisramme

Område for avregning	Grunnlag*
Privat rehabilitering	Døgn og konsultasjoner
Private avtalespesialister	ISF-poeng
Privat laboratorie	Antall takster
Privat radiologi	Kostnadsramme per SO
Privat kirurgi	ISF-poeng
Private PHV og TSB	Døgn og konsultasjoner

*Avregningsgrunnlag er tre-års gjennomsnitt

Helse Sør-Øst RHF tildeler basisramme til private ideelle sykehus uten opptaksområde og Sunnaas sykehus - sykehusområdene avregnes for sin bruk

- Basisrammen til private ideelle sykehus og Sunnaas sykehus HF blir fastsatt i den årlig budsjettprosessen
- Sunnaas sykehus HF
 - Helse Sør-Øst RHF fakturerer helseforetakene for bruk av Sunnaas sykehus HF tilsvarende ordinær gjestepasientpris på 30 % av ISF-pris
 - Øvrig basisfinansiering av Sunnaas sykehus HF avregnes helseforetakene i inntektsmodellen etter andel bruk
- Private ideelle sykehus uten opptaksområde
 - Sykehusområdene avregnes for bruk etter andel historisk bruk per sykehus

Område for avregning	Grunnlag*
Sunnaas sykehus HF	ISF-poeng
Private ideelle sykehus	ISF-poeng

*Avregningsgrunnlag er tre-års gjennomsnitt

Pasientmobilitet mellom sykehusområder må håndteres finansielt

- Gjennom inntektsmodellen får helseforetakene inntekt til å tilby pasientbehandling til egen befolkning
- Det følger dermed av modellen at helseforetak som behandler pasienter fra andre sykehusområder skal ha økonomisk kompensasjon for slik behandlingskostnad (penger følger pasienten)
- Det er derfor etablert et generelt gjestepasientoppgjør innen alle tjenesteområder
- I tillegg er det etablert særlige finansieringsordninger i modellelementet for somatikk for aktivitet som anses som dimensjonerende

Forutsetning somatikk: Enhetspris ISF * kostnadsvekt = gjennomsnittskostnad på DRG

Oslo universitetssykehus HF har både nasjonale og regionale tjenester som er mer kostnadskrevenne enn gjennomsnittskostnad

- En stor del av Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet er pålagte nasjonale- og regionsfunksjoner for pasienter utenfor eget opptaksområde
- Det er godtgjort at disse funksjonene har et kostnadsnivå som ikke dekkes inn av ordinært gjestepasientoppgjør og ISF-refusjon
- Det er etablert en abonnementsordning for disse tjenestene som innebærer at øvrige sykehusområder avregnes etter et fastsatt volum
 - Inneliggende pasienter: 40,5 ISF- poeng pr 1000 innbygger til en pris av 43 % av ISF-pris
 - Poliklinikk: 3 ISF-poeng pr 1000 innbygger til 20 % av ISF-pris
 - Fratrekk i volumet i abonnementet knyttet til definerte hjerte-DRG-er som utføres ved andre regionssykehus, LHL-klinikken Gardermoen, Sørlandet sykehus HF og Akershus universitetssykehus HF
- Fastsettelse av normvolum med utgangspunkt i DRG-aktivitet på sykehus med lang avstand til Oslo universitetssykehus HF
- Pris er satt basert på analyser av KPP og kostnadsindeks ved Oslo universitetssykehus HF

Enkelte sykehusområder har fått et flerområdeansvar for definert aktivitet

- Enkelte funksjoner utføres av et helseforetak på vegne av flere sykehusområder
- Spesifikke DRG-er er definert som flerområdefunksjoner
- Det omfordelles inntekt til sykehusområdene med flerområdefunksjon fra øvrige sykehusområder basert på historisk aktivitet innenfor disse DRG-ene
- Pris er satt til 20 % av enhetspris ISF

Økonomisk håndtering av pasientmobilitet (somatikk)

- **Hovedregel:** Pasientmobilitet håndteres gjennom et løpende fakturerbart gjestepasientoppgjør, tilsvarende 30 % av enhetspris ISF – marginalbetraktning
- Løpende gjestepasientoppgjør er basert på ISF-poeng
- Omfordeling av inntekt i inntektsmodellen mellom sykehusområdene for definerte funksjoner med utgangspunkt i DRG-systemet og enhetspris ISF

	Område-funksjoner	Flerområde-funksjoner	Regionale funksjoner (abonnement)	Pasientflyt i hovedstadsområdet*	Pasientflyt i Oslo sykehusområde
ISF-inntekt	50 %	50 %	50 %	50%	50%
Gjestepasientoppgjør	30 %	30 %	30 %	30%	50%
Omfordeling i inntektsmodell	0 %	20 %	43 %	10%	
Sum finansering av ISF-pris	80 %	100 %	123 %	90%	100 %

*Pasientflyt mellom Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF

Andre oppgjørsordninger internt i Helse Sør-Øst der enhetspris ISF benyttes - besluttes/avtales i forbindelse med budsjettprosessen

- Overføring av kommuner mellom opptaksområder
 - Haleaktivitet finansieres med 40 % av ISF-pris i overgangsåret
- Stråleterapi – 50 % av ISF-pris (ikke en del av ordinært gjestepasientoppgjør)
 - Definerede DRG-er
- Avtalte kjøp av tjenester innen enkelte funksjoner mellom helseforetak – 50 % av ISF-pris
- PHV og TSB – poliklinisk behandling, pris per ISF-poeng -10 500 kroner
 - Ett ISF-poeng «= \Rightarrow » 20 %
 - Også faste priser på døgn og opphold

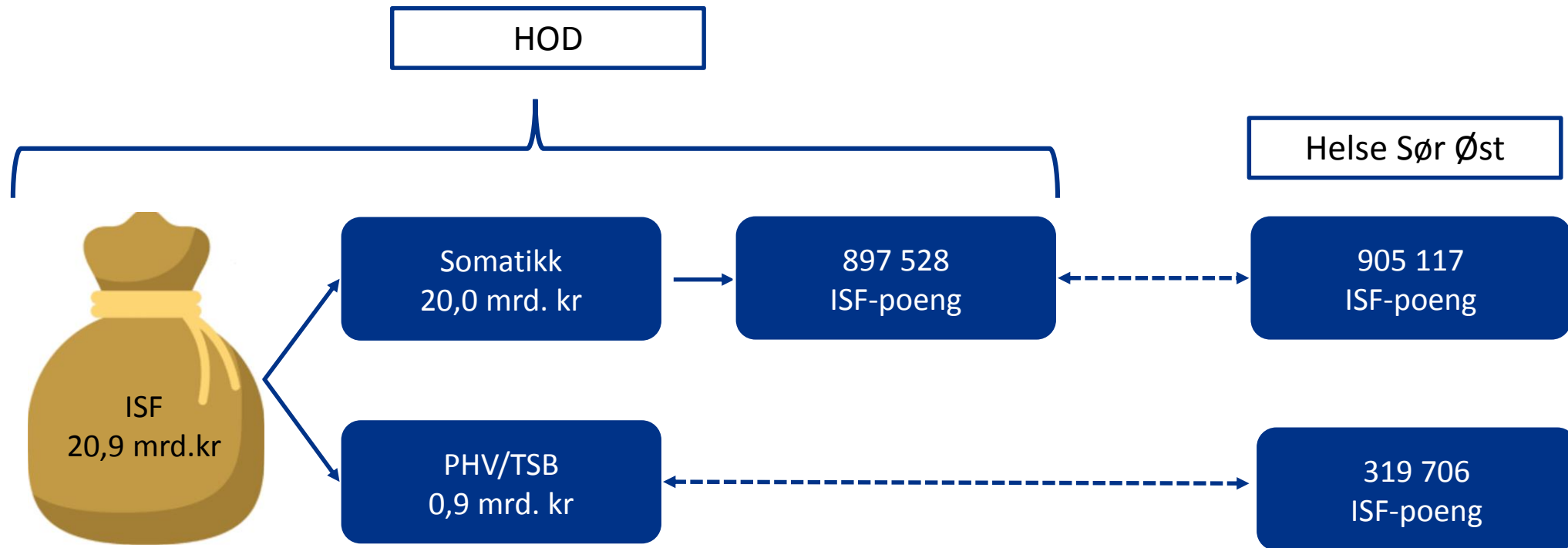
Prop. 1 S (2018-2019) – Endring i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF fordeles til helseforetak og sykehus

Kap. 732.72-75	Helse Sør-Øst RHF
Saldert budsjett 2018	51 985 750
Konsekvensjustering pensjon	-592 100
Avbyråkatiserings- og effektiviseringsreformen (0,5 pst)	-259 929
Sum endringer	51 133 721
Prisomregning 2,9 pst. (ekskl pensjonsgrunnlag 13,2 mrd. kroner)	1 298 687
Sum endringer	52 432 408
Fordeling konsekvensjustering egenandeler	36 014
Tilbakeført ABE reformen (fra kap 732.79)	287 050
Fordeling budsjetttiltak legemidler	-11 077
Barn som pårørende mot økt egenandel (2752.70)	13 461
Overføring av astmalegemidler tilbake til trygden (2751.70)	-62 400
Legemidler inn i ISF (732.76)	-167 100
Økt ISF sats for poliklinisk helsevern og TSB (732.76)	-80 700
Overflytting av legemidler fra trygdefinansiering (2751.70)	552 600
Seksuell helse (762.73)	-800
Utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern (til 571.60)	-99 600
Nasjonale behandlingstjenester	
Generell aktivitetsvekst - om lag 1,7 pst.	582 063
Sum endringer	1 049 511
Basisramme	53 481 919
Omfordeling inntektsmodell 2019	97 819
Budsjett 2018	53 579 738
Redusert apotekavanse H-reseptor	-7 800
Ny budsjett 2019	53 571 938
Magnussen-andel	53,92 %

Basisramme 2018 + ØLP 2019-2022 + Prop. 1S = Basisramme 2019

- Endringer i basisrammen må fordeles etter fordelingsnøkler som best reflekterer den korrekte fordelingen av midler
- Behovsandeler fra inntektsmodellen benyttes i hovedsak som fordelingsnøkkel

ISF budsjett 2019



- Vekst i ISF-finansiert pasientbehandling skal være om lag 1,6 %
- Veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitets- og kostnadsbudsjetter legge til rette for at dette kravet innfris

Groupereffekt gir økonomiske konsekvenser for sykehus som ikke har et komplett behandlingstilbud

- Groupereffekt får i mindre grad effekt for sykehus som har et komplett behandlingstilbud – treffes av endring i kostnadsvekt på alle DRG-er
- De private ideelle sykehusene uten opptaksområde har spesialisert seg innen enkelte funksjonsområder
- Endringer i ISF-regelverket som «treffer» deres behandlingstilbud gir økonomiske effekter
- Reduserte inntekter krever kostnadstilpasning
- Helse Sør-Øst RHF vurderer, og håndterer, omstillingseffekter som følge av endringer i ISF-regelverket

Endringer i finansieringsordningen krever særlig oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF

- Innføring av tjenesteforløpsgrupper i 2019 (TFG)
 - Dialyse
 - En refusjon per pasient per måned - uavhengig av behandlingssted
 - Helseforetakene/sykehusene behandler i hovedsak «egne» pasienter – månedlig inntektsføring ut fra ordinært grunnlag
 - Utvalgt legemiddelbehandling
 - En refusjon per pasient per år - uavhengig av om pasienten behandles på sykehus, har H-resept eller det er en kombinasjon av disse
 - Kun en refusjon selv om pasienten behandles ved flere sykehus/helseforetak i løpet av året
 - Gir utfordringer knyttet til månedlig inntektsføring, fordeling mellom sykehus/helseforetak og gjestepasientoppgjør
- Det arbeides med å etablere opplegg og rutiner for inntektsføring og gjestepasientoppgjør