

Inntektsmodeller på RHF-nivå

Terje P. Hagen

Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

DRG-forum, Trondheim, 8.3.2006

1) Utvikling av modell for målestokk-konkurranse (benchmarking)

- Overføringssystemet mellom stat og RHF er "grovmasket"
 - "Per capita" -delen gir tilnærmet lik overføring per innbygger
- RHFene kan i prinsippet velge finansieringsmodeller
 - Anbudskonkurranse for private, kommersielle aktører
 - Målestokk-konkurranse for offentlige og private sykehus med akuttberedskap

Modell for målestokk- konkurranse

- Hvert helseforetak tildeles et opptaksområde
 - Kompenseres for variasjoner i behov
 - Kompenseres for variasjoner i særskilte kostnader (for eksempel undervisning, forskning, akuttberedskap)
 - Kompenseres for aktivitet ved hjelp av DRG-pris
- Fritt sykehusvalg sikres gjennom en mobilitetskomponent

- DRG-systemet gir effektivitetspress på høykostnadssykehus
- Ventetider/ventelister/annet kvalitet kan jevnføres
- Prioriteringer styres gjennom funksjonsfordeling og RHFenes løpende styring (avtaler, styremøter, etc)

Fire hovedkomponenter i modellen

- Behovskomponent
- Kostnadskomponent
- Aktivitetskomponent
- Mobilitetskomponent

2) Hvilke faktorer forklarer variasjoner i behov?

- Analysen
 - Bryter utgifter ned til kommunenivå
 - DRG-aktivitet
 - Poliklinikk
 - Private avtalespesialister

Utgifter per innb - RHF (2004)

Helse Sør	8128
Helse Nord	7813
Helse Midt	7623
Helse Øst	7491
Helse Vest	7148
Landet	7596

Utgifter per innb – kommuner (2004)

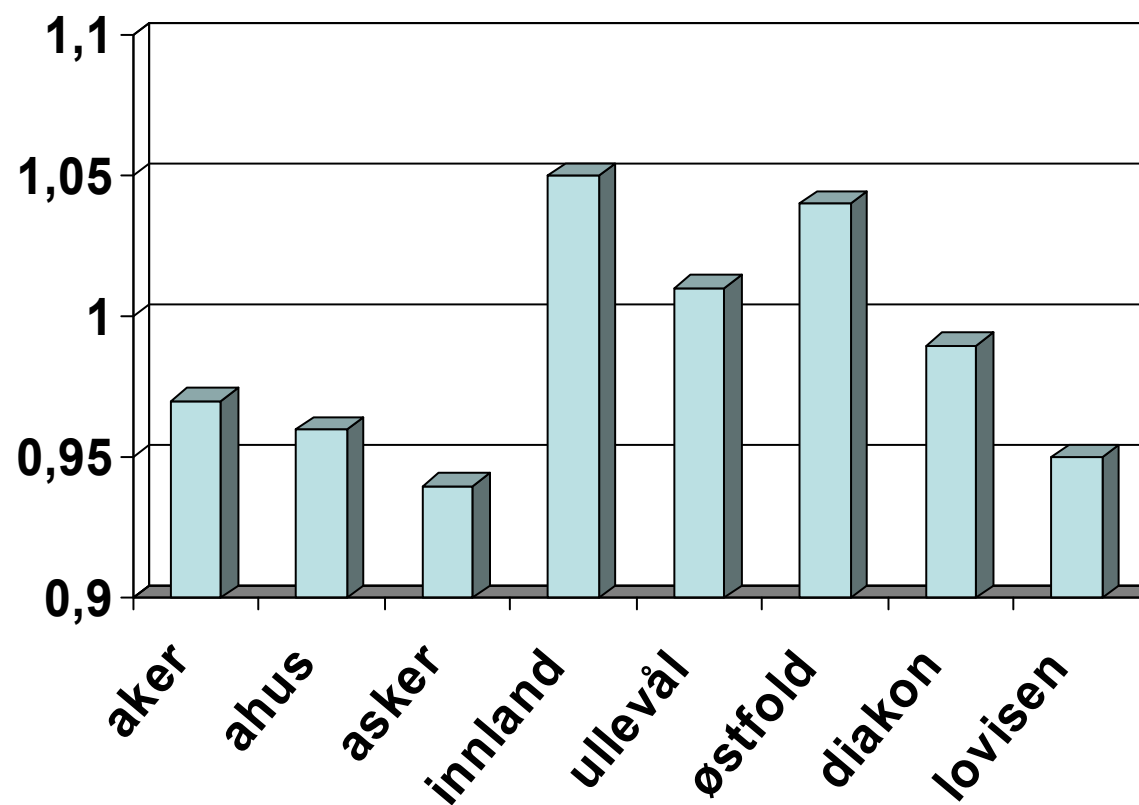
Træna	12668
Lebesby	5565
Kautokeino	5584
Engerdal	9704
Vestby	6381
Landet	7596

- Potensielle forklaringsvariabler
 - Aldersammensetningen
 - Økonomiske forhold
 - Sosiale forhold
 - OSV

Kostnadsnøkkel, behovskomponent somatikk

Vekter	Andel
0-4 år	0,055
5-19 år	0,031
20-39 år	0,109
40-64 år	0,228
65-74 år	0,106
75-89 år	0,173
90 + år	0,018
Uføre	0,135
Dødelighet	0,071
Sosialhjelpsklienter	0,033
Voldskriminalitet	0,042
Sum	1,000

Behovskomponenten, relative inntekter per innbygger



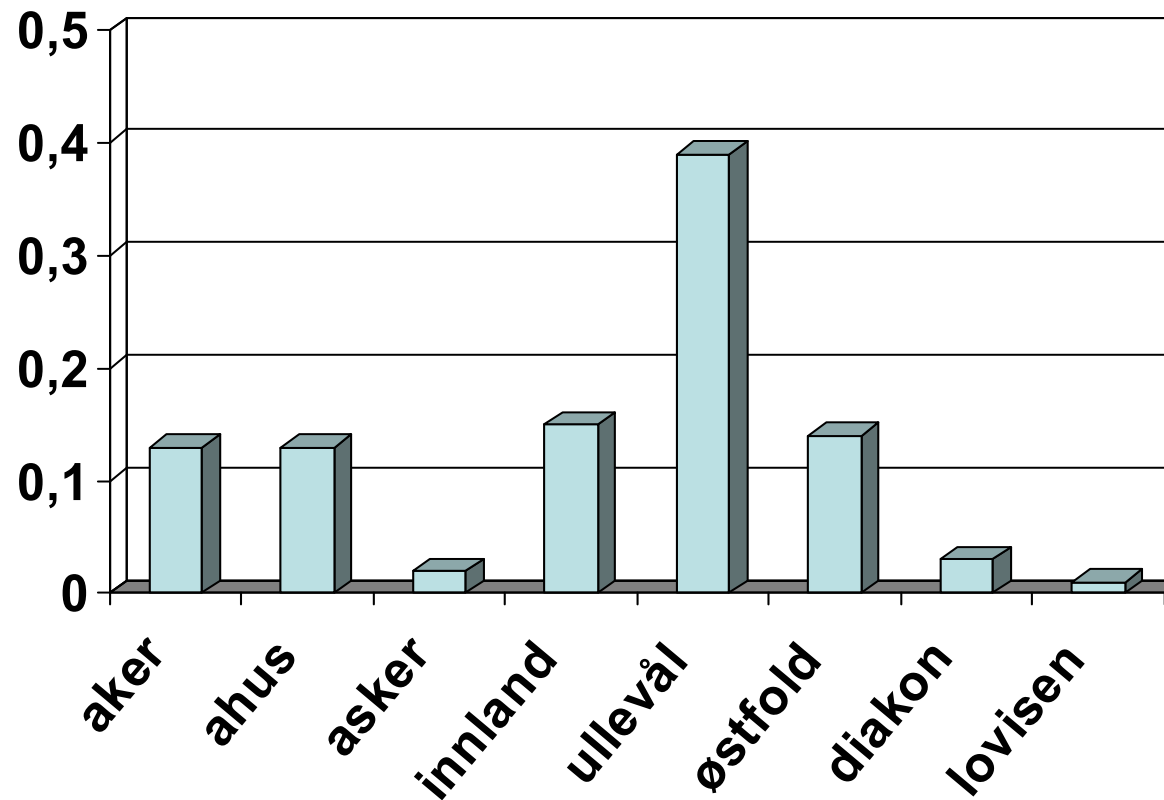
3) Hvilke faktorer forklarer variasjoner i kostnader?

- Erfaringsvis
 - Undervisning
 - Forskning
 - Kostnadskrevede pasienter (langliggere)
 - Beredskapsmessige forhold
- Analysen
 - Bruttokostnader per DRG-poeng
 - Analyserer variasjoner med utg.pkt i flere variable

Kostnadsnøkkel, kostnadskomponent somatikk

Vekter	Andel
Forskningspoeng	0,340
Undervisningspoeng	0,298
Kostnadskrevende pasienter	0,362
Sum	1,000

Kostnadskomponenten (utenom struktur), relative inntekter



Strukturelementet i kostnadskomponenten

- Er det kostnader forbundet med å ha mange sykehus per (100 000) innbyggere?
- Helse Øst, Vest, Nord har introdusert strukturelement
 - Ekstra tilskudd per DRG-poeng til HF med “ugunstig” struktur”
 - Veid med konsentrasjonsindeks

4) Aktivitetskomponenten

5) Mobilitetskomponenten

- Korrigerer for to forhold
 - Strukturinitiert mobilitet
 - Pasientinitiert mobilitet
- Korrigerer basis (ex ante) ved hjelp av data om pasientstrømmer og DRG-pris (80-100%), dvs ikke løpende gjestepasient-avregning

6) Kostnader forbundet med særskilte funksjoner

- Fordels på siden av modellen
 - Svalbard
 - Barentssamarbeid
 - ...
 - ...

7) Egenskaper ved modellen

- Dynamisk
 - Demografi og sosiale forhold fanges opp gjennom årlig oppdatering av datagrunnlaget
 - Endringer forsknings- og undervisningsaktivitet fanges opp gjennom årlige oppdateringer av datagrunnlag
 - Kostnadsforhold som ikke reflekteres i DRG-indeksen fanges opp gjennom betinget “outlier”-finansiering
- Målestokk-konkurransen
 - Aktivitetsbasert komponent vil fungere effektivitetsfremmende