

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår referanse:

Deres referanse:

Dato:

18.11.2015

Saksbehandler:

Felles indikatorsett for å måle etterlevelse av «den gylne regel»

Det vises til møte med Helse- og omsorgsdepartementet av 31. august 2015 hvor de regionale helseforetakene ble bedt om å foreslå et felles indikatorsett for å måle etterlevelse av «den gylne regel» gjeldende fra 2016.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe ledet av Helse Midt-Norge som leverte svar på oppdraget den 2. oktober 2015.

I felles oppfølgingsmøte med Helse- og omsorgsdepartementet den 19. oktober 2015 ble besvarelsen fra de fire regionale helseforetakene et diskusjonstema og det ble enighet om at de fire regionale helseforetakene skulle se på arbeidet på nytt.

Arbeidet har avdekket behov for å rette kritiske spørsmål til om de tidligere valgte måleområdene gir et godt bilde av «den gylne regels» intensjon som innebærer at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (hver for seg) skal ha en høyere relativ vekst enn somatikk. Videre er det viktig at indikatorene er basert på allerede eksisterende registreringer, slik at det ikke opprettes et eget indikator-/registreringssystem på siden av eksisterende.

Med bakgrunn i arbeidet foreslås følgende:

- Måling av etterlevelse baseres på output-indikatorer for ventetid og aktivitet
- Det bør vurderes å sette strengere krav til ventetid for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk
- Indikatorer for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB må fange opp alternative behandlingsmetoder som gruppeterapi og ressurskrevende behandlingsmetoder som ambulant virksomhet. For disse indikatorene vises det for øvrig til Helse Midt-Norges utarbeidelse av en samleindikator (se vedlegg)
- Det bør utvikles nye kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern og TSB

Bakgrunnen for at det ikke anbefales at kostnadsindikatoren tas med er knyttet til det faktum at dyre legemidler/H-resepter som omfattes av ISF-systemet samt

overføring av finansieringsansvaret for nye, dyre legemidler fra HELFO til de regionale helseforetakene, vil gi sprangvise kostnadsøkninger innen somatikken som vanskeliggjør sammenligning med kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og TSB. I tillegg innebærer større investeringer innen somatikken, blant annet investeringer i medisinsk-teknisk utstyr, at en sammenligning blir lite relevant. Det samme gjelder pensjonskostnader som er relativt uforutsigbare, og som kan slå kraftig ut på kostnadsindikatoren uten at det kan relateres til evnen de regionale helseforetakene har til å etterleve «den gylne regel».

Når det gjelder årsverksindikatoren må det hensyntas at «sørge for-ansvaret» innen psykisk helsevern og TSB i stor utstrekning også ivaretas gjennom private leverandører av spesialisthelsetjenester som har avtale med de regionale helseforetakene og av avtalespesialister. I tillegg melder mange helseforetak om rekrutteringsproblemer innen psykisk helsevern og TSB hvilket gjør at det er større innslag av innleie innen disse fagområdene enn innen somatikken. I sum vanskeliggjør dette gode sammenligninger på tvers av fagområdene og på denne bakgrunn anbefales det at årsverksindikatoren ikke tas med i oppfølgingen av «den gylne regel».

Dersom Helse- og omsorgsdepartementet allikevel skulle komme frem til at man vil inkludere kostnadsindikatoren og årsverksindikatoren, vises det til vedlegget fra arbeidsgruppen som har utredet hvordan de ulike indikatorene kan fremstilles. Det bes dog om at departementet særskilt vurderer om investeringer (avskrivninger) og legemidler skal inkluderes i en eventuell kostnadsindikator.

Siden det har vært relativt kort tid til å se på alternative indikatorsett, ber de regionale helseforetakene Helse- og omsorgsdepartementet vurdere om det kan være hensiktsmessig å fortsette arbeidet med å vurdere alternative indikatorsett inn mot 2017.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
administrerende
direktør
Helse Nord RHF

Stig Slørdahl
administrerende
direktør
Helse Midt-Norge RHF

Herlof Nilssen
administrerende
direktør
Helse Vest RHF

Cathrine Lofthus
administrerende
direktør
Helse Sør-Øst RHF

DE REGIONALE HELSEFORETAKENES FORSLAG TIL INDIKATORER FOR Å MÅLE ETTERLEVELSE
AV «DEN GYLDNE REGEL»

Innhold

Bakgrunn	2
Begrepsavklaring	2
Forståelse av oppdraget	2
Hovedforutsetninger	2
Andre forutsetninger	3
Arbeidsform.....	3
Oppsummering - Forslag til indikatorer for å måle etterlevelse av «den gyldne regel»	4
Forholdet til andre indikatorer	4
DE ENKELTE INDIKATORENE	5
Kostnadsutvikling	5
Kostnadsindikatoren.....	5
Årsverksutvikling	6
Årsverkindikatoren:	6
Aktivitetsutvikling.....	7
Aktivitetsindikatoren:.....	7
Ventetidsutvikling.....	9
Ventetidsindikatoren:.....	9
Annet	9
Utviklingsoppgaver	10

Bakgrunn

Den gylne regel innebærer at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) relativt sett skal vokse mer enn somatikk. Prinsippet har vært en del av styringsbudskapet til de regionale helseforetakene siden 2002. Fra 2015 er det også presisert at TSB og psykisk helsevern, hver for seg, skal vokse mer enn somatikk.

I styringsdokumentene er RHFene bedt om å måle etterlevelse av styringskravet. HOD har for 2015 spesielt bedt om rapportering på utviklingen i *kostnader, årsverk, aktivitet* og *ventetid* for å kunne bedømme måloppnåelsen.

I styringsdialogen mellom de regionale helseforetakene og HOD kommer det fram ulik oppfatning av hvordan styringskravet skal måles slik at utviklingen blir sammenlignbar mellom regionene. HOD ba de regionale helseforetakene gå sammen om å utarbeide et felles forslag til indikatorer som skal måle utviklingen i *kostnader, bemanning, ventetid* og *aktivitet*. Indikatorne må være basert på allerede eksisterende registreringer, slik at det ikke opprettes et eget indikator-/ registreringssystem på siden av de eksisterende. Forslagene skal legges til grunn for å måle etterlevelse av styringskrav fra 2016.

Helse Midt-Norge RHF fikk 31.08.15 i oppdrag å lede arbeidet. Tidsfristen er satt til 2.oktober.

Begrepsavklaring

I teksten under benyttes ordet *tjenesteområde* om områdene somatikk, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern og også prehospital tjeneste. Begrepet *tjenesteområde* er noe ulikt brukt i ØBAK, i Samdata og andre dokumenter.

Psykisk helsevern er i dette notatet fellesbetegnelse for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og psykisk helsevern voksne (PHV).

Underliggende indikatorer/-datasett er i denne sammenheng indikatorer og datasett/grunnlagsdata som forklarer samleindikatorer og kan bidra til bedre forståelse av innrapporterte data knyttet til den gylne regel.

Forståelse av oppdraget

Arbeidsgruppen oppfatter oppdraget slik:

Hovedforutsetninger

- Indikatorne skal benyttes til å måle etterlevelse av *den gylne regel* på RHF-nivå.
- Tallgrunnlaget skal baseres på datasett som allerede blir registrert i databaser i alle regioner.
- Framstilling av indikatoren skal ikke kreve ekstra manuelle beregninger.

Andre forutsetninger

- Områdene for måling er gitt av HOD (aktivitet, kostnad, ventetid og årsverk).
- Det ligger ikke i oppdraget forventning om å produsere én samleindikator som gir ett svar på etterlevelse av *den gylne regel*.
- Kravet om etterlevelse er gitt innenfor «sørge-for-ansvaret». Dette innebærer at aktivitet hos private aktører med avtaler med RHF også må inngå i indikatorgrunnlaget der dette er mulig.
- Forslagene skal gjenspeile de 4 RHFenes omforente forslag. Innenfor den korte fristen utvides gruppen ikke med andre aktører (for eksempel SSB, NPR, programvareleverandører mfl).
- Indikatorene som produseres skal gi et riktig og sammenlignbart bilde av endringer på de fire indikatorområdene. Endringer i psykisk helsevern og TSB skal kunne sammenlignes med endringer i somatikk.
- RHFene har fått likelydende oppdrag om å etterleve den gylne regel, og etterlevelse av den gylne regel skal kunne sammenlignes mellom regionene. Det er derfor viktig at inklusjons-/eksklusjonskriteriene er like mellom regionene.
- Indikatorene skal kunne produseres slik at de tidsmessig er tilgjengelig i styringsdialogen i fra 2016.
- Indikatorene skal beskrives slik at:
 - Produksjonen av indikatoren blir lik (inklusionskriterier, eksklusjonskriterier mm)
 - Veiledning til tolkning av indikatoren, generelt og spesielt i forhold til *den gylne regel* foreligger
- Det kan være nødvendig å kvalitetssikre den tekniske produksjonen av indikatorene etter tidsfristen.
- Det vil hele tiden skje endringer av grunnlaget for indikatoren, for eksempel endringer av definisjoner ved klassifisering av tjenester (for eksempel av omsorgsnivåene), endringer av DRG-koder etc. Det forutsettes at en hele tiden produserer indikatoren ihht gjeldende krav, men at det kan være nødvendig å regne om foregående rapportering for å kunne lese av endring. Større endringer som påvirker indikatoren må forklares ved rapportering.
- Godkjenning av leverandører og aktivitet knyttet til Fritt Behandlingsvalg (FBV) vil få direkte innvirkning på kostnadsindikatoren fra 2016.
- I oppdraget skal det ikke tas hensyn til om helseforetakene kan lykkes med å etterleve *den gylne regel*. Det legges ikke inne strategiske momenter i utformingen av indikatoren.

Arbeidsform

Oppdraget er gitt med kort frist. Pga av generell stor aktivitet i september har det vært nødvendig å benytte Lync/telefonmøter og dokumentutveksling på e-post. Det har vært avholdt ett arbeidsmøte med deltakelse fra alle regionene. Tillitsvalgt som representerer regionene deltok i siste del av prosessen.

Forslagene til indikatorer er forelagt RHFenes Fagdirektørmøte, Økonomidirektørmøte og HR-direktørmøtet.

Oppsummering - Forslag til indikatorer for å måle etterlevelse av «den gyldne regel»

Kostnadsindikator

Kostnader som belaster RHF i henhold til sørge-for-ansvaret, fordelt på de respektive tjenesteområder (slik dette er definert i ØBAK). Fra 2016 omfatter også indikatoren kostnader til fritt behandlingsvalg.

Årsverksindikator

Brutto årsverk/månedsværk fordelt på tjenesteområder. Indikatoren omfatter helseforetakene. **I tillegg omfatter indikatoren SSB-data for private**

Aktivitetsindikator

Omfatter aktivitet i henhold til “sørge for”-ansvaret fra alle enheter som rapporterer til NPR, unntatt aktivitet knyttet til “Raskere tilbake”, avtalespesialister som ikke rapporterer DRG og aktivitet knyttet til Fritt behandlingsvalg.

Innen somatikk benyttes totalt antall DRG-poeng iht “sørge for”-ansvaret.

Innen psykisk helsevern og TSB utarbeides innen årsskiftet samleindikatorer som vektet forholdet mellom de ulike omsorgsnivåene.

Ventetidsindikator

Gjennomsnittlig ventetid per tjenesteområde for pasienter avviklet fra venteliste, og omfatter alle enheter som rapporterer til NPR.

For aktivitet og ventetid benyttes data fra NPR, selv om det kan være noe etterslep og offisielle tall ikke foreligger.

Forholdet til andre indikatorer

Indikatorene som er relevante for å måle etterlevelse av *den gyldne regel*, er ikke egnet for å måle kvaliteten på tjenesten eller effekten av tjenestene (effekten av tjenestene for pasientene).

Etterlevelse av *den gyldne regel* kan oppleves å være i konflikt med andre styringskrav. Bla vil økt kostnadsvekst kunne oppleves å være i strid med krav om ressurseffektivisering.

Indikatorer som produseres for nivå under RHFets sørge-for-ansvar kan vise andre forholdstall fordi omfanget av datasettene er forskjellig.

Gruppen foreslår at det i rapporteringen til HOD følger tekstlig henvisning/forklaring til underliggende indikatorer og andre faktorer som kan forklare utvikling på RHF-nivå. Siden det over tid kan variere hvilke faktorer som kan forklare utvikling, og at dette nødvendigvis ikke er likt i alle regioner, foreslås det at *den gyldne regel* ikke rapporteres med faste underliggende indikatorer.

DE ENKELTE INDIKATORENE

Indikatorområdene *kostnad*, *aktivitet*, *årsverk* og *ventetid* fanger ikke data med det samme organisatoriske omfang. Dette skyldes ulik rapportering og inkludering av data fra private aktører. Direkte sammenligning mellom de forskjellige indikatorene er derfor ikke mulig.

Kostnadsutvikling

Kostnadsindikatoren:

Prosentvis endring av samlet kostnad fordelt på tjenesteområdene. Indikatoren omfatter helseforetakene og kjøp fra private. Kjøp fra private aktører fremkommer i de enkelte foretak eller det regionale helseforetaks regnskaper.

Fra 2016 forutsettes at fordeling av felleskostnader følger prinsipper utarbeidet i forbindelse med interregionalt samarbeid om KPP.

Eksklusjoner: Ingen

Det legges til grunn fordeling mellom tjenesteområder iht nivået som ligger i ØBAK, dvs. at prehospitaltjenester, inklusive luftambulansetjenester, ikke er fordelt på de tre andre tjenesteområdene, men rapporteres under *Annet*.

Det er vurdert å ekskludere dyre legemidler/H-resepter som omfattes av ISF-systemet ved framstilling av kostnadsindikatoren. I tillegg til at det er en vekst i bruk av moderne legemidler, og at disse er særdeles dyre, overføres finansieringsansvaret for nye legemidler fra Helfo til RHFene med ulike mellomrom. Kostnadsveksten innen somatikk kan derfor bli derfor sprangvis høyere ved overføring av betalingsansvar til RHF uten at aktivitetsveksten endres tilsvarende. Denne veksten kan raskt overstige regionenes planlagte vekst innen psykisk helsevern og TSB.

En evt eksklusjon av slike legemidler vil framstille et mangelfullt bilde av forholdet mellom tjenesteområdene. Den samlede kostnad viser den økonomiske prioritet, selv om RHFene alene ikke kan regulere forholdet ved budsjettering og styring.

Pensjonskostnader er relativt uforutsigbare, og vil slå kraftig ut på kostnadsindikatoren uten at det kan relateres til evnen RHFene har for å etterleve den gyldne regel. Variasjon av kostnader til pensjon slår relativt sterkere ut i psykisk helsevern og TSB fordi personellkostnader er større del av samlet kostnad enn i somatikk. Til tross for at det er gode grunner til å holde pensjonskostnadene utenfor, anbefaler gruppen ikke å trekke ut pensjon fra denne indikatoren fordi det er en del av det samlede kostnadsbilde.

Også andre spesielt dyre satsingsområder som for eksempel oppbygging av protonterapi i Norge, og som i all hovedsak er somatisk tjeneste vil kunne innvirke på indikatoren

Ved tolkning av indikatoren kan en vurdere kostnadsutviklingen i de ulike tjenesteområdene sammen med kostnadsutviklingen av nevnte legemidler og pensjon, og evt andre forhold som påvirker kostnadsbildet det enkelte år.

Det fremstår som hensiktsmessig å beregne den relative andelen av kostnader mellom tjenesteområdene, og se denne andelens endringer fra ett år til et annet. Dette er spesielt aktuelt hvis det oppstår store endringer i kostnadsbildet, f eks slik det var blant annet i 2014 med negative pensjonskostnader. Dette vil uansett være et godt hjelpemiddel i vurderingen av tallmaterialet, og vil i noen grad bli benyttet som underliggende indikator når det gjelder kostnader.

Årsverksutvikling

Årsverkindikatoren:

*Prosentvis endring av brutto årsverk. **Framstilling av indikatoren** er definert i RHFenes HR-indikatorokatalog.*

Fra 2016 forutsettes at indikatoren vil omfatte fordelte fellesressurser på samme måte som det gjøres for felleskostnader

I tillegg benyttes SSBs årsverksdata for private. Disse datasettene er tidsmessig forskjøvet pga av årlig datafangst, og publisering ca 6 mnd etter.

*Eksklusjoner: **avtalespesialistenes støttepersonell***

Fra 2016 forutsettes at personell i ikke-kliniske tjenesteområder fordeles på tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB på samme måte som kostnader. Dette gjøres i hht nasjonalt arbeid med utvikling av KPP (oppdrag gitt av HOD). En fordeling av ikke-kliniske ressurser gir et reelt bilde av personellinnsatsen på tjenesteområdene.

Årsverk i nasjonale kliniske funksjoner og kompetansefunksjoner inngår i regionenes indikator på respektive tjenesteområder.

Årsverk i blandingsavdelinger (for eksempel psykosomatisk enhet) kategoriseres under faktisk organisatoriske tilhørighet.

HF-eide enheter for habilitering, som i noen foretak er organisert i psykiatri og i andre i somatikk omgrupperes ikke for å produsere denne indikatoren. I de fleste RHF er majoriteten av habilitering organisert i somatikk. Tallene er relativt små og påvirker ikke bildet som skal framstilles.

Indikatoren produseres som brutto månedsverk ihht tverregional HR-katalog.

Spesialister i avtalepraksis kan i prinsippet omregnes til årsverk, men datasettene er ikke tilgjengelig uten nye manuelle vedlikeholdsrutiner.

RHF samler derfor ikke inn egne data fra private. SSB samler årlig data om årsverk for alle private, også avtalespesialister. Avtalespesialistenes støttepersonell rapporteres i dag ikke til noen instans.

Årsverksindikatoren som omfatter private vil tidsmessig være forskjøvet i forhold til datsett fra RHF

Tillitsvalgte understreker at en i tolkning av samleindikator for årsverk også må vurdere endringer i bemanningsprofil.

Aktivitetsutvikling

Aktivitetsindikatoren:

Prosentvis endring av samlet aktivitet i somatikk, psykisk helsevern og TSB.

Indikatoren har ulike aktivitetsmål i ulike tjenesteområder. DRG-poeng benyttes i somatikk. Indikatoren tar utgangspunkt i "sørge for"-ansvaret. For DRG-poeng omfattes også H-resepter, dvs. totalt antall DRG-poeng i ht "sørge for"-ansvaret.

I psykisk helsevern og TSB anbefaler gruppen bruk av nyutviklet samleindikator. Psykisk helsevern Aktivitet (PHA) er under utvikling og utprøving. For TSB kan det utvikles tilsvarende samleindikator TSB aktivitet (TSBA*). Se mer om samleindikator under.*

**PHA og TSBA er foreløpige benevnelser som vil bli revidert*

Indikatoren omfatter data fra HF og private institusjoner med avtale som rapporterer til NPR.

Eksklusjoner: Private institusjoner som ikke rapporterer til NPR og fritt behandlingsvalg-aktører. I tillegg inkluderes ikke aktivitet knyttet til "Raskere tilbake".

Indikatoren skal framstille endring i samlet aktivitet på de tre tjenesteområdene. Aktivitetsmålene vil ha forskjellig benevnelse i de ulike tjenesteområdene (DRG, PHA, TSBA).

Innen somatikk gir DRG-poeng et bilde over samlet, vektet utvikling. DRG-poeng er felles aktivitetsmål for private sykehus med avtale og HF.

Konsultasjoner hos avtalespesialister i somatikk og opphold i rehabiliteringsinstitusjoner kan i prinsippet omregnes til et DRG-substitutt, men anbefales ikke pga manuelt merarbeid .

For psykisk helsevern er det under utprøving en enkel vektingsmetodikk, *Psykisk Helsevern Aktivitet* (PHA) som kan benyttes som en måleindikator. Aktivitetsmålet er foreløpig utprøvd for HF, men prinsippet kan også benyttes med data fra private. Et tilsvarende samlemål for TSB kan lages uten alt for mye arbeid. Utviklingsarbeidet er en del av det interregionale indikatorprosjektet.

Særskilt om PHA og TSBA

PHA, eller Psykisk Helsevern Aktivitet har vært benyttet i det såkalte indikatorprosjektet hvor alle regioner er med. Metodikken går ut på at polikliniske konsultasjoner, utskrivninger og oppholdsdøgn får tilordnet hver sin vekt som igjen er basert på den relative kostnaden per konsultasjon, utskrivning og oppholdsdøgn. Kostnadsinformasjon er hovedsakelig hentet fra Samdata.

Utskrivninger og oppholdsdøgn teller med en gitt andel for å forhindre dobbelttelling. Polikliniske konsultasjoner er basert på takstinformasjon og regnet om til et vektet antall konsultasjoner, kalt v-konsultasjoner. Det er separate vektsett for PHV (voksne) sykehus og DPS og PHBU (barn og unge) som fanger opp ulikheter i arbeidsformer. Datagrunnlaget er basert på NPR-data, slik at både offentlige og private aktører som rapporterer pasientdata til NPR kan inngå. Det samme vil gjelde også for utvikling av indikator for TSB samlet aktivitet

Basert på denne metodikken og data fra NPR kan altså samlemålet PHA og TSBA beregnes, og som brukt for å indikere *den gylne regel*, sammenlignes med bruk av DRG-poeng som felles aktivitetsmål, på hvert tjenesteområde.

Regionene anbefaler at en tar i bruk samleindikatoren når tallene presenteres på RHF-nivå.

Samleindikatoren kan imidlertid skape usikkerhet i fagmiljøene. Det er foreløpig usikkerhet om indikatoren skal gi et bilde som er avvikende fra ønsket faglig retning, og at den også kan påvirke til uheldig utvikling. Det vil være uheldig hvis samleindikatoren slår negativt ut ved for eksempel faglig ønsket omlegging fra døgn til ambulant virksomhet og poliklinikk etc. I somatikk er det eksempler på at målt DRG-aktivitet endres negativt ved faglig begrunnet endring (for eksempel overgang fra kirurgi med døgnopphold til dagkirurgi).

RHFene vil i løpet av 2015 finjustere samleindikatorene i psykisk helsevern og TSB basert på prinsippene som beskrives over. Se kapittel «Utviklingsoppgaver» senere.

Endelige data fra NPR kan være ferdigstilt opptil fire måneder i etterskudd. I løpende måling av indikatoren gjennom året må man derfor operere med uoffisielle data fra NPR.

Når indikatorene for samlet aktivitet er utviklet og testet anbefaler RHFene at NPR gis i oppdrag å produserer indikatorene.

Arbeidsgruppen foreslår at de eksisterende underliggende grunnlagsdata følges parallelt (se eksempel under), både for å skape trygghet om at samleindikatoren ikke skjuler betydningsfulle detaljer, og for å kunne forklare variasjoner. Det kan også være andre faktorer enn tabellen under som krever forklaring ved rapportering.

Eksisterende aktivitetsindikatorer	Somatikk	Psykisk helsevern	TSB
PHA / «TSBA»		x	x
DRG-poeng	x		
Døgnopphold	x		
Utskrivinger		x	x
Polikliniske konsultasjoner	x	x	x
Dagbehandlinger	x	x	x
Oppholdsdøgn	x	x	x
Antall pasienter	x	x	x

Eksempel på grunnlagsdata for å vurdere indikatoren samleaktivitet PHA og TSBA

Ventetidsutvikling

Ventetidsindikatoren:

Prosentvis endring av gjennomsnittlig ventetid i somatikk, psykisk helsevern og TSB for pasienter avviklet fra venteliste.

*Indikatoren omfatter HF og private institusjoner * som rapporterer til NPR.*

Eksklusjoner: Private aktører som ikke rapporterer til NPR og evt aktører innen fritt behandlingsvalg.

**Krav til ventetidsregistrering gjelder private sykehus med avtale. Pr sept 2015 er det 29 private med avtale som ikke rapporterer ventetidsdata. Årsaken er bla manglende IKT-løsninger.*

For *den gyldne regel-* indikatoren skal gjelde fra 2016 skilles det ikke mellom behov- og rettighetspasienter.

Annet

For alle indikatorer er det endringen mellom år som skal måles, ikke nivået i seg selv.

Det er verdt å merke seg at det ikke uten videre er en sammenheng mellom indikatorene.

Et eksempel er at DRG-poeng er iht "sørge for"-ansvaret, mens bemanning og brutto kostnader også omfatter ressurser til å behandle pasienter fra andre helseregioner. Dette er et ikke ubetydelig antall DRG-poeng, blant annet som en følge av at enkelte HF har en del landsfunksjoner.

Det forutsettes at alle indikatorene rapporteres tertialvis. For aktivitet, bemanning i **RHF-systemet** og ventetid kan det rapporteres månedlig.

Når det gjelder kostnader fordelt på tjenesteområder er det ved enkelte regioner et til dels betydelig arbeid som må gjøres ved fordeling av felleskostnader og diverse avstemminger. Det er ikke ønskelig

å pålegge foretakene dette arbeidet mer enn tertialvis. Det påpekes også at en kvalitetsmessig god fordeling per tjenesteområde kun skjer ved årets slutt, i forbindelse med rapportering på funksjon til SSB og avgivelse av årsregnskap med noter. I de tertialvise rapporteringene på dette området benyttes i stor grad sjablonmessige nøkler, som ikke uten videre gir et riktig bilde.

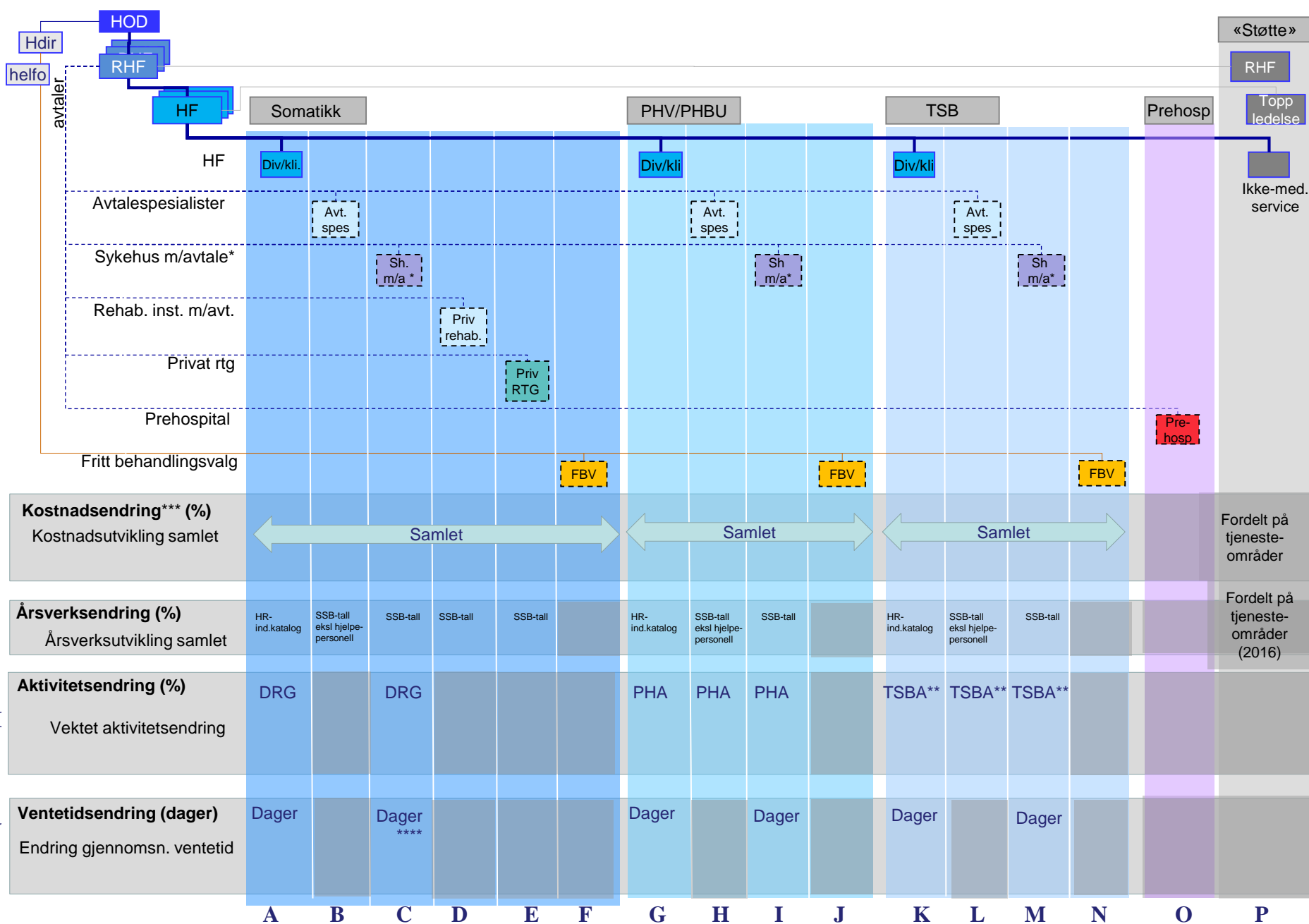
Utviklingsoppgaver

Med utgangspunkt i at regionene er enige om bruk av samleindikator på aktivitet innen PH og TSB, og at utprøving så langt viser at indikatoren er egnet for formålet, er det nedsatt en tverregional arbeidsgruppe for ferdigstilling av samleindikatorene i psykisk helsevern og TSB. Vektene blir gjennomgått og det blir også vurdert å vekte inn dagaktivitet og ambulant virksomhet. Arbeidet med å finjustere felles PHA /TSBA er allerede organisert og ledes av Helse Midt-Norge.

Arbeidsgruppen vil gi bedre navn på indikatoren for å bedre kommunikasjonen.

Arbeidet vil være ferdig innen utgangen av 2015.

Omfang av indikatorene



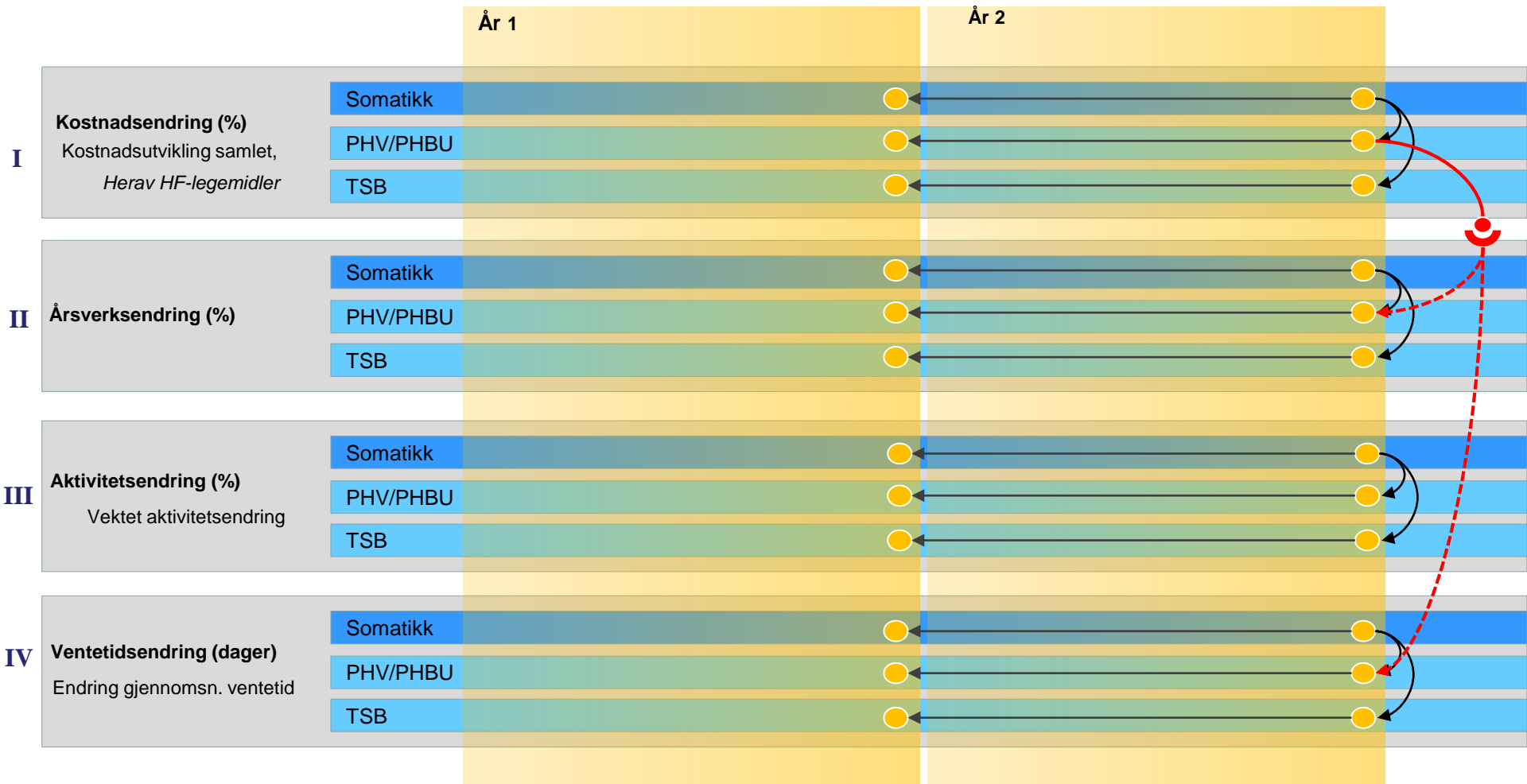
* private ideelle og private kommersielle

**TSBA er foreløpig betegnelse på samleindikator for Aktivitet TSB

***«Raskere tilbake» er inkludert i kostnadsindikatoren

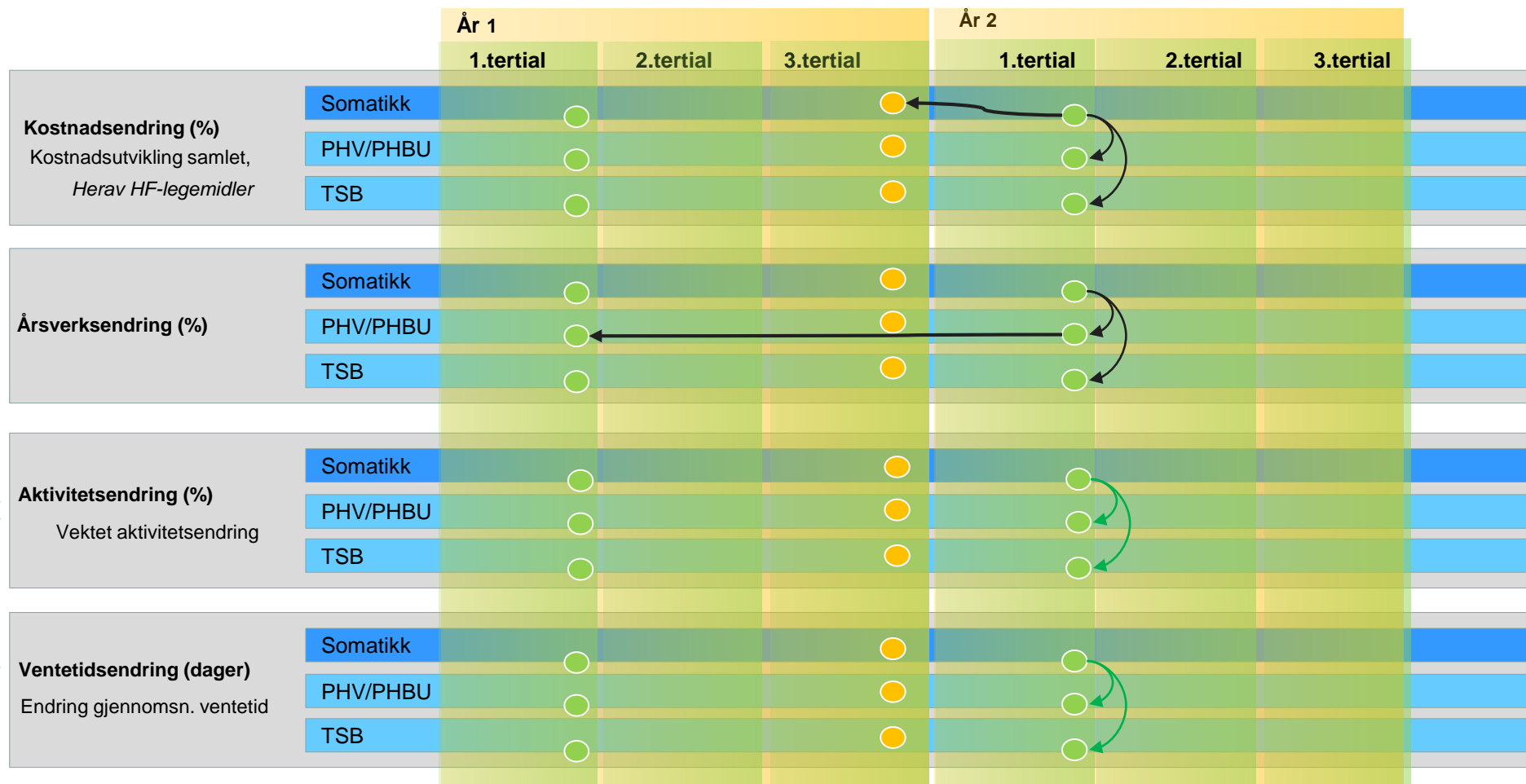
**** 29 private leverer ikke ventetidsdata pr sept 2015

Sammenlignbarhet over tid, prinsipp



- **Sammenligning mellom indikatorene** kan kun gjøres som en «følge-med-sammenligning». Indikatorene omfatter så forskjellig datagrunnlag at de ikke kan sammenlignes direkte

Egnetet i styringsdialogene i løpet av året



- Indikatorene kan produseres tertialvis, men skal en benytte ØBAK er denne inntil 4 mnd på etterskudd
- Indikatorene produseres tertialvis av aidentifiserte NPR-tall. Krav om bruk av godkjente NPR-tall forsinker indikatoren
- Årsverskindikatoren er mindre egnet for tertialvis presentasjon
- Hver av indikatorene kan sammenlignes med seg selv fra tertiale før og tilsvarende tertial året før.



Notat til AD-møtet

Til : **AD-møtet 16. november 2015**

Fra : Per Karlsen og analyseenheten i Helse Vest

Dato : 4.11.2015

Saksbehandlende RHF: Helse Midt RHF/Alle RHF

Dato for ev. tidligere behandlinger i AD-møte: 19. oktober 2015

Vedlegg til AD-møtesak 117-2015

Indikatorer til måling av måloppnåelse av den gyldne regel

Bakgrunn for saken

I forbindelse med arbeidet med oppdragsdokumentet for 2016, der et av styringskravene fortsatt vil være måloppnåelse ift «den gylne regel», ble det nedsatt en hurtigarbeidende arbeidsgruppe ledet av Helse Midt-Norge. Formålet med denne arbeidsgruppen var å komme med forslag til indikatorer som gjør det mulig å måle dette styringskravet bedre ift kostnader, bemanning, ventetid og aktivitet. Både personer fra økonomi- og fagavdelingen i Helse Vest har vært representert i dette arbeidet.

Helse Vest har nå blitt bedt om å komme med innspill til HOD ift til hvordan man faktisk ønsker at utviklingen ift «den gylne regelen» skal måles, da en diskusjon på siste oppfølgingsmøte i HOD avslørte at de fire helseregionene nok ikke var helt omforent om de forslagene som arbeidsgruppen hadde fremmet.

I oppsummeringen i notatet som arbeidsgruppen oversendte HOD ble det foreslått fire indikatorer:

- Kostnadsindikator
- Årsverksindikator
- Aktivitetsindikator
- Ventetidsindikator

Vurdering:

En intern arbeidsgruppe i Helse Vest har diskutert hovedkonklusjonene i notatet fra arbeidsgruppen og kommet fram til følgende:

Kostnadsutvikling og utvikling innen årsverk påvirkes av en rekke forhold som gjør at en vedtatt satsing innen Psykisk helsevern og TSB kan bli litt usynlig. Dette er forhold som:

- At nye oppgaver generer økte kostnader og ofte spesielt knyttet til somatikk

- Kostnadskrevende legemidler
- Nye finansieringsansvar (eksempelvis fra folketrygden i 2016)
- Utvikling innen pensjon

Det er krevende å kommunisere utviklingen over tid når flere forhold blir korrigeret underveis. Vi foreslår at vi tar ut input indikatorene HR og kostnader med denne begrunnelsen. Å fokusere på aktivitet og ventetidsutvikling sammen med en generell god økonomistyring er etter vår vurdering den beste tilnærmingen for å vurdere om vår prioriteringer innen psykisk helsevern og TSB har ønsket effekt.

De to indikatorene som omhandler aktivitet og ventetid er mer relevante for å målet «den gyldne regel». Disse indikatorene gir et bedre bildet på utviklingen, er mer entydig, og står seg bedre over tid.

Når det gjelder aktivitetsindikatoren så synes vi at arbeidet som Helse Midt-Norge har gjort med sin «samleindikator» innen psykisk helsevern virker lovende. Denne samleindikatoren vektet forholdet mellom de ulike omsorgsnivåene. Med en slik samleindikator kan det bli enklere å sammenligne aktivitetsutviklingen innen PH og somatikk, enn hva tilfellet er i dag. Vi støtter også forslaget om at det utarbeides en tilsvarende samleindikator for TSB innen årsskiftet.

Et siste innspill er om det bør settes et mer konkret og strengere målkrav når det gjelder ventetider innen PHV, BUP og TSB?, jf målsettingen om en gjennomsnittlig ventetid på 65 dager. I Helse Vest har en fattet et styrevedtak som sier at ventetiden ikke skal overstige 45 dager innen PHV, 40 dager innen TSB og 40 dager innen BUP.

Forslag til konklusjon:

AD møtet diskuterer innspillet og vurderer om det skal inngå i den samla tilbakemeldinga til HOD 18. november