

DELRAPPORT 1

om

verbalvedtak H36/2012

- Prisenes betydning for kjøp av sykehjemsplasser
- Langtidsplasser, forslag til bydelsuavhengig vurdering av endret omsorgsbehov
- Foreløpig drøfting av ulike finansieringsmodeller

VERBALVEDTAK H 36/2012

Byrådet bes legge frem en sak om sykehjemsfinansieringen i Oslo kommune. Saken skal gi en vurdering av finansieringsmodellen, herunder prissetting av de ulike sykehjemsplassene. Saken skal sikre at det blir likeverdige inntakskriterier for de eldre uavhengig av bydelsgrensene, basert på medisinske og sosialfaglige vurderinger. Byrådet bes i saken vurdere effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene, samt vurdere andre mulige finansieringsmodeller.

Innledning

Kommunaldirektøren nedsatte 20.06. 2012 en hurtigarbeidende gruppe for vurdering av de spørsmål som reises i verbalvedtak H 36. Gruppen har vært ledet av direktør for Sykehjemsetaten (SYE) Per Johannessen og har hatt følgende medlemmer: Fra SYE: Margaret A. Gjertsen og Bitte Thoen. Heidi Englund har deltatt på ett møte. Fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester (EST): Hege Birte Kristoffersen og Tone Pahlke. Sistnevnte har fungert som sekretær. Gruppen har hatt 6 møter.

H36 reiser komplekse problemstillinger. Gruppen har benyttet tilgjengelig statistikk i Årsberetning for Sykehjemsetaten og tall fra Byrådets Årsberetning til å belyse sentrale sider ved oppdraget, og trekker ut fra det noen tentative konklusjoner. En nærmere analyse, foretatt på et bredere materiale, vil kunne gi mer sikre svar. Det bør derfor vurderes om ikke disse problemstillingene bør løftes frem for utredning i regi av KS, Program for storbyforskning, i samarbeid med andre store byer i Norge.

Oppdraget i H 36 har 4 punkter:

1. Vurdering av finansieringsmodellen, herunder prissetting av plassene
2. Vurdering av tiltak for å gi likeverdige inntakskriterier uavhengig av bydelsgrensene
3. Vurdering av effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassen
4. Vurdering av andre mulige finansieringsmodeller.

Arbeidsgruppen har funnet det mest hensiktsmessig først å få vurdert både effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene og tiltak for å sikre likeverdige kriterier, fordi disse vurderingene vil gi føringer for diskusjonen om alternative finansieringsmodeller. Rapporten er derfor bygget opp i henhold til dette.

Arbeidsgruppen legger videre til grunn for sitt arbeid at bydelssystemet og Sykehjemsetaten fremdeles skal være hovedaktører i arbeidet med å gi eldre pleietrengende nødvendig omsorg.

De forslag arbeidsgruppen fremmer, er nøytrale i forhold til SYEs budsjett 2012. Forslag til endringer i kvalitet, beleggprosent m.v. forutsettes fremmet i den ordinære budsjettprosessen.

Oslo, 20. august 2012

Per Johannessen
etatsdirektør

Innholdsfortegnelse

Innledning	s. 2
1. Vurdering av effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene	s. 4
2. Tiltak for å sikre likeverdige inntakskriterier uavhengig av bydelsgrenser	s. 7
2.1 Likeverdige inntakskriterier ved bestilling av fast plass på sykehjem	s. 7
2.2 Forslag til forenkling og overordnet, bydelsuavhengig vurdering av endret omsorgsbehov	s. 8
3. Drøfting av ulike finansieringsmodeller	s.10

Tabeller:

Tabell 1 Utvikling i antall korttids- og rehabiliteringsplasser
Tabell 2 Utvikling i antall langtidsplasser
Tabell 3 Utvikling i antall liggedøgn
Tabell 4 Utvikling i dekningsgrad for institusjonsplasser
Tabell 5 Budsjett og regnskap for bydelene FO 3 Pleie og omsorg 2009 - 2011
Tabell 6 Nøkkeltall for bydelene FO 3 Pleie og omsorg 2007 - 2011
Tabell 7 Beregning av full dekning for langtidsplasser i sykehjem

Vedlegg:

Vedlegg 1: Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslo sykehjemmene, juni 2011.
Vedlegg 2: Notat til Helse- og sosialkomiteén av 25.05. 2012 om Tildelingspraksis sykehjemsplass.
Vedlegg 3: Beregning av fastpris på langtidsplass i sykehjem, 2012-priser.
Vedlegg 4: Prisutvikling Sykehjemsetaten 2007 – 2012.

1. Vurdering av effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene

Bystyret vedtok i budsjett for 2012 å øke den sentrale finansiering av ordinære langtidsplasser på sykehjem med 100 mill. slik at pris pr. plass ble redusert med kr. 33 179 til kr. 630 568. Effekten av denne prisreduksjonen kan først analyseres når det foreligger statistiske data for 2012. Bystyret vedtok imidlertid for budsjett 2010 prisendringer som er egnet til å belyse effekten av prisreduksjoner. Følgende ble gjort:

- Disse prisreduksjonene på korttidsplassene ble iverksatt:
 - Vekt pr. ordinær korttidsplass redusert fra 1,1 til 1,0 og
 - Vekt pr. rehabiliteringsplass redusert fra 1,24 til 1,05.
- Det ble bevilget 180 mill. i grunnfinansiering i SYE, midler som finansierte prisreduksjonen på korttidsplassene og ga en netto reduksjon i pris pr. ordinær langtidsplass (enhetsprisen) på kr. 28 496.

Oversikt over utvikling av antall plasser fra 2009 til 2011 vil derfor kunne gi en indikasjon på effekten av disse prisendringene, både for bruk av korttidsplasser og bruk av langtidsplasser.

Tabell 1 Utvikling i antall korttidsplasser (ordinære korttids- og rehabiliteringsplasser)

Tekst	2009	2010	2011	Endring 2009/2011	Endr.%
Korttidsplass, ordinær	452	472	460	8	1,8 %
Rehabiliteringsplass	42	92	122	80	190,5 %
Sum	494	564	582	88	17,8 %

Tabellen viser at antall korttidsplasser i begge kategorier økte fra 2009 til 2010. Økningen har totalt sett fortsatt, men i noe lavere takt i 2011. Økningen finner sted samtidig med at det legges sentrale føringer for økt fokus på opptrening og rehabilitering bl.a. som forberedelse til gjennomføring av Samhandlingsreformen. Sykehjemsetaten legger til rette for dette ved å tilby flere korttids- og rehabiliteringsplasser. Bydelene har etterspurt disse plassene. Redusert pris kan ha bidratt til en fleksibel tilpasning til nye utfordringer, slik at plassene er blitt benyttet fullt ut.

Tabell 2 Utvikling i antall langtidsplasser

Tekst	2009	2010	2011	Endring 2009/2011	Endr.%
Ordinære langtidsplasser	2 950	2 942	2 877	-73	-2,5 %

Tabell 3 Utvikling i antall liggedøgn

Tekst	2009	2010	2011	Endring 2009/2011	Endr.%
Langtidsdøgn	1 431 573	1 428 518	1 426 812	-4 761	-0,33 %
Korttidsdøgn	180 080	192 945	191 813	11 733	6,52 %
Sum	1 611 653	1 621 463	1 618 625	6 972	0,43 %

Som vi ser av tabellen, har både antall ordinære langtidsplasser og antall langtidsdøgn gått ned fra 2009 til 2011. Nedenstående tabell viser utvikling i dekningsgraden.

Tabell 4 Utvikling i dekningsgrad i prosent for institusjonsplasser

Årstall	Langtidsplasser			Korttidsplasser
	And. 67-79 år	And. 80-89 år	Andel 90+	Andel 67+
2008	2,3	12,0	35,5	10,4
2009	2,1	11,8	36,1	10,4
2010	2,0	11,8	34,2	11,7
2011	2,0	11,1	33,6	12,7

* Langtidsplassers andel er beregnet i prosent av kommunens befolkning vist i Grønn bok.

At dekningsgraden for langtidsplasser går ned, kan delvis skyldes at eldrebefolkningen stadig blir friskere kombinert med at flere korttidsplasser med rehabiliteringsmål i SYE, og at andre og nye tilbud i bydelene har effekt. Det tidsrommet vi analyserer, er imidlertid bare på 4 år. Utviklingen har gått for raskt til at dette kan være (hele) forklaringen. Terskelen for innvilgelse av langtidsplass er sannsynligvis blitt noe høyere, i hvert fall er den ikke blitt lavere, til tross for bystyrets vedtak om prisreduksjon på langtidsplasser i 2010.

Disse resultatene gjør det naturlig å stille to spørsmål:

- Betyr minkende dekningsgrader at bystyrets styrking av SYEs ramme med 180 mill., i forbindelse med vedtak om prisreduksjon på langtidsplasser i 2010, ikke har kommet eldrebefolkningen til gode?
- Hvorfor ser vi forskjellig effekt av prisreduksjoner på korttids- og langtidsplasser, og hva skal til for å sikre god effekt av reduksjon i pris for langtidsplasser?

Til det første kan det vises til at bystyrets vedtak om prisreduksjon på kjøp av plasser har gitt bydelene mindre utgifter og dermed mulighet til å tilby de eldre mer hjemmebaserte tjenester, eller kutte mindre i disse tjenestene enn de ellers ville ha måttet gjøre. Kriterierammen for pleie og omsorg har i mange år vært for stram til å dekke nødvendige behov for pleie og omsorg, og bydelene har årlig brukt midler fordelt til andre funksjonsområder for å finansiere tilbud til eldre og funksjonshemmede. Det fremgår av nedenstående tabell:

Tabell 5 Budsjett og regnskap i bydelene på FO 3 Pleie og omsorg

Årstall	Regulert budsjett		Regnskap		Beløp i mill. kr.	
					Avvik	
2009	6 078,2	49,9 %	6 260,6	51,6 %	-182,4	-1,7 %
2010	6 318,6	49,4 %	6 399,7	50,2 %	-81,1	-0,8 %
2011	6 679,8	* 41,2 %	6 727,4	*42,1 %	-47,6	-0,9 %

* Reduksjon i den prosentandel som bydelene fikk til Pleie og omsorg i 2011 skyldes ikke reduksjon i FO 3 rammen, men sterk økning i utgiftene på FO 2, fordi statstilskuddet til barnehager fra da av ble lagt inn i rammen og ikke utbetalt direkte fra staten til hver bydel.

Denne utviklingen har skjedd i en periode der bydelenes handlingsrom¹ har vært som følger: 2009: -37 mill., 2010: 155 mill., 2011: -83 mill.

¹ Det vises til Grønt hefte – dokumentasjon av budsjettgrunnlaget for bydelene, tabell 1.1. Handlingsrom fremkommer som forskjell mellom neste års budsjett og årets budsjett, korrigert for relevante endringer i oppgaver m.v. Et positivt handlingsrom gir mulighet for å øke aktiviteten.

Det er derfor ingen indikasjoner på at eldre ikke blir prioritert i bydelene. Besparelser i form av lavere priser på sykehjemsplasser har ikke ført til at midler som skulle brukes til tiltak for eldre, er brukt til andre formål. Bystyrets bevilgning har gått til målgruppen, midlene har bare ikke redusert terskelen for bruk av sykehjemsplasser.

Nøkkeltall for FO 3 Pleie og omsorg differensierer dette bildet noe. Nedenstående tabell viser at netto driftsutgifter pr. mottaker av disse tjenestene har økt fra 2007. Målt i faste 2011-priser er netto driftsutgifter for mottakere av pleie- og omsorgstjenester samlet økt med 22 % men netto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester har økt med 44 %. Andel som mottar hjemmetjenester har imidlertid sunket noe for innbyggere under 90 år. Det kan ha flere årsaker, eldre blir friskere og bydelene mer bevisste på prioritering av eldre med behov.

Tabell 6 Nøkkeltall for bydelene FO 3 Pleie og omsorg

Nøkkeltall fro FO3 - Pleie og omsorg	2007	2 008	2 009	2 010	2 011
Løpende priser					
Netto driftsutgifter pr. mottaker av pleie- og omsorgstjenester	253 072	274 034	287 184	325 445	357 881
Netto driftsutgifter pr. hjemmetjenestemottaker	114 519	132 694	149 293	170 370	191 014
Deflator		1,046	1,042	1,027	1,032
Faste 2011 priser					
Netto driftsutgifter pr. mottaker av pleie- og omsorgstjenester	292 344	302 637	304 376	335 859	357 881
Netto driftsutgifter pr. hjemmetjenestemottaker	132 290	146 544	158 230	175 822	191 014
Andel egne 67 -79 innbyggere som mottar hjemmetjenester	9,3	9,2	8,5	8,3	7,8
Andel egne innbyggere 80-89 som mottar hjemmetjenester	33,5	33,2	33,2	31,6	31,6
Andel egne innb. 90 år og over som mottar hjemmetjenester	44,8	45,9	48,3	45,9	46,6

Til det andre spørsmålet viser arbeidsgruppen til nedenstående. Når prisen på en vare går ned, er det i følge generell markedsteori, forventet økt etterspørsel og, gjennom det, et utvidet tilbud av varen. Denne forventningen ble ikke innfridd da prisen på ordinære langtidsplasser ble redusert. Bruken gikk noe ned, og det er ikke registrert økte "køer" i systemet.

Normal dekningsgrad i sykehjem ble i 2009 satt til 97,33 % i gjennomsnitt, herav 97,12 % for langtidsplasser, jf. Rapport om ny pris- og finansieringsmodell for Oslo kommunes sykehjemsplasser, trykt vedlegg til byrådssak 233/08.

Tall fra Gerica viser at dekningsgrad for langtidsplasser var i 2011 på 97,5 %. Denne faktiske dekningsgraden fra Gerica kan ikke uten videre sammenlignes med dekningsgraden som er lagt til grunn i finansieringsmodellen fra 2008. Gerica beregner dekningsgrad ut fra det antall plasser som til enhver tid er tilgjengelige, mens finansieringsmodellen tar utgangspunkt i antall sykehjemsplasser totalt, dvs. inkludert plasser som er midlertidig stengte, på grunn av oppussing, vannlekkasjer o.l

For å få sammenlignbare tall har arbeidsgruppen hentet detaljer fra rapport om ny pris- og finansieringsmodell fra 2008, som fortsatt legges til grunn, og kommet fram til nedenstående, normal dekningsgrad som kan sammenlignes med Gericaregistreringen.

Tabell 7 Beregning av full dekning for langtidsplasser i sykehjem

Årsaker til ledighet i langtidsplasser	Virkning i %	Dekningsgrad
Tildeling uten ugrunnet opphold	0,40	99,60
Dobbeltrom - lenger tid før belagt	0,19	99,41
Fritt brukervalg	0,41	99,00
Fleksibilitet	1,00	98,00
Sum normal ledighet/dekningsgrad på tilgjengelige plasser	2,00	98,00

Sykehjemsetaten har etter dette en teoretisk mulighet for å øke belegget fra 97,5 % til 98,0 % på langtidsplasser, dvs. med 0,5 %, tilsvarende 14 til 15 plasser. En eventuell økning av etterspørselen ut over dette må på kort sikt dekkes ved å øke antall to-sengsrom, øke antall plasser som kjøpes i utenbys sykehjem, eller redusere tilbudet av antall korttidsplasser som da kan omgjøres tilbake til langtidsplasser. Disse tiltakene er ikke i tråd med beboernes ønsker og bystyrets vedtak.

Varig økning i antall langtidsplasser vil bare kunne oppnås ved bygging av nye sykehjem, enten i privat eller kommunal regi. Det tar tid. Tilbudet av antall langtidsplasser har med andre ord liten etterspørselastisitet, SYE klarer ikke å møte en større økning i etterspørselen. For å kunne senke terskelen på bruk av langtidsplasser må bystyret først øke tilbudet av plasser. Når kapasiteten på langtidsplasser er bygget ut, vil reduksjon i prisene føre til at terskelen for plass i sykehjem senkes. Først da får vi samme effekt som beskrevet for bruk av korttidsplasser nemlig at SYE økte tilbudet (i tilfellet korttidsplasser ved omgjøring og oppgradering av eksisterende plasser) og bydelene etterspurte plassene fordi prisene var rimelige.

2. Tiltak for å sikre likeverdige inntakskriterier uavhengig av bydelsgrenser

I H 36 ber bystyret om at byrådet skal foreslå tiltak som sikrer at det blir likeverdige inntakskriterier for de eldre uavhengig av bydelsgrensene, basert på medisinske og sosialfaglige vurderinger.

Arbeidsgruppen har vurdert denne problemstillingen ved to ulike situasjoner:

- Når bydelene første gang bestiller plass.
- Når bydelene fatter vedtak om endring av omsorgsbehov.

2.1 Likeverdige inntakskriterier ved bestilling av fast plass på sykehjem

Sykehjemsetaten har utarbeidet felles inntakskriterier for alle sine tilbud. Det vises til vedlegg 1, Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslo sykehjemmene. Kriteriene revideres årlig. Det er bydelene som har ansvar for å vurdere omsorgsbehovet og som fatter vedtak om omsorgstilbud, også i form av fast plass i sykehjem. Bydelene benytter SYEs inntakskriterier og retningslinjer fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester sammen med annen dokumentasjon ved bestilling av plasser.

Bydelenes tildelingspraksis kan likevel variere noe. Ulik tildelingspraksis skyldes til dels at bydelene i forskjellig grad har utviklet tilbud for å dekke eldres pleiebehov. Bydeler med flere tilbud i omsorgstrappa, kan gi tjenester til sine eldre lenger i egen bydel. De vil ha en faglig forsvarlig høyere terskel for tildeling av sykehjemsplass enn andre bydeler. Likebehandlingsprinsippet blir ivaretatt, men gjennom tildeling av ulike tilbud.

Medisinske og sosialfaglige kriterier ligger til grunn for vurdering av søknad om sykehjemsplass. Enhver søknad skal gis individuell behandling, vurderes helhetlig og tverrfaglig, og det skal søkes gode

løsninger i samråd med søker. For å sikre tilpassete tilbud er derfor skjønnsvurdering viktig. Ulik oppbygging av rutiner og ulik skjønnsvurdering for tildeling av sykehjemsplass i bydelene kan imidlertid føre til utilsiktet forskjellsbehandling. Det er også med på å forklare ulik tildelingspraksis.

For å redusere denne siste ulikheten har byrådet iverksatt flere tiltak som skal bidra til prosesslikhet i bydelenes tildelingspraksis for sykehjemsplass. Det er utarbeidet felles søknadsskjema for bydelene om helse- og omsorgstjenester, og felles retningslinjer for behandling av søknadene. Ansatte i bydelenes bestillerkontorer vil fra høsten 2012 få tilbud om ny og utvidet saksbehandleropplæring. De ansatte får også delta i bydelsovergripende nettverk der tildelingspraksis vurderes. Nettverkene drives i regi av Helseetaten. Det vises for øvrig til notat til Helse- og sosialkomitéen av 25.05. 2012 om Tildelingspraksis sykehjemsplass, vedlegg 2.

Arbeidsgruppen mener at større grad av likebehandling av søknader om dekning av pleie- og omsorgsbehov på tvers av bydelsgrensene bare vil kunne skje ved å gjennomføre tiltak som bidrar til prosesslikhet. Gruppen har ingen ytterligere forslag til tiltak på dette punktet.

2.2 Forslag til forenkling og overordnet, bydelsuavhengig vurdering av endret omsorgsbehov

Når en bydel bestiller langtidsplass i sykehjem til en av sine beboere, er det til en person som bydelen kjenner godt. En søker til langtidsplass har nesten alltid benyttet bydelens hjemmetjenester i lenger tid og har som regel ett eller flere korttidsopphold bak seg før bydelen fattet vedtak om langtidsopphold. Når langtidsopphold er innvilget, forblir beboeren på sykehjem resten av sitt liv. Gjennomsnittlig liggetid på sykehjem er ca 2 år.

Ved ankomst til sykehjem innformes beboerne og deres pårørende om at beboerne vil måtte regne med å flytte, hvis omsorgsbehovet endres. Hver 3. måned undersøker sykehjemslegen inneliggende beboere for å vurdere eventuelle endringer i fysisk og mental funksjonsevne. Før undersøkelsen har ansvarlig sykepleier og eventuelt fysioterapeut/ergoterapeut dokumentert sine vurderinger av hver enkelt beboer.

Etter dagens praksis melder avdelingssykepleier, i samarbeid med sykehjemslegen, pasientens administrasjonsbydel hvis det er endret omsorgsnivå. Tall fra Gerica viser at det i 2011 var 152 pasienter med langtidsopphold som fikk tildelt nytt langtidsopphold med endret omsorgsnivå. Antallet for første halvår 2012 er 77, altså omtrent på 2011-nivå.

Administrasjonsbydel kan bestride de vurderinger som er foretatt av sykehjemmet. SYE foretar ingen registrering av hvor mange vurderinger som bestrides av administrasjonsbydel. For likevel å få en indikasjon på dette, er det tatt kontakt med styrer/fungerende styrer på tre store sykehjem, Furuset, Langerud og Silurveien, beliggende i hver sin sykehussektor. Svar er gitt muntlig og fritt etter hukommelsen. Ett sykehjem mener dets vurderinger av endret omsorgsbehov bestrides hver gang. Ett annet sykehjem mener vurderingene bestrides ofte, uten å kunne antyde hvor ofte. Det tredje sykehjemmet sier at det opplever stor ulikhet i imøtekommenhet mellom bestillerkontorene.

Inntil en bydel har fattet vedtak om langtidsopphold i sykehjem for en av sine beboere, kan bydelen kombinere ulike tiltak, som praktisk bistand i hjemmet, rehabiliteringsopphold, hjemmesykepleie m.m. for å ivareta beboerens omsorgsbehov. Bydelene arbeider for å finne tilbud som til sammen tilfredsstiller beboeren, til en rimeligst mulig kostnad.

Når beboeren får innvilget langtidsopphold, har bydelen ikke lenger alternative, eller supplerende, tiltak som den kan sette inn. Bydelen har, noen måneder etter innleggelse, heller ikke lenger detaljert kunnskap om pasientens funksjonsnivå. Det synes derfor fordyrende og tungvindt at administrativ bydel skal kunne bestride sykehjemmets vurderinger og diskutere tilleggsfakturering for langtids-

pasienter i sykehjem. Med stramme rammer i bydelene kan økonomiske hensyn veie tungt i de tilfellene der administrativ bydel bestrider sykehjemmets vurderinger. Arbeidsgruppen foreslår derfor at bydelene betaler én pris for fast sykehjems plass, uavhengig av type plass. Denne prisen er i det etterfølgende kalt fastpris.

Dette forslaget synes å være i tråd med anbefalinger i Deloittes vurderinger av kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utførermodellen, utredning fra KS, Program for storbyforskning, datert 2.7. 2012. Der heter det på s.77:

"Der det er vanskelig å måle produksjonen, bør en større del av behovsvurderingen overlates til utfører."

De viser i sin rapport til eksempler på kompliserte tjenester der utfører bør vurdere behovet, bl.a. hjemmetjenestebrukere med behov for varige og koordinerte tiltak.

Arbeidsgruppens forslag vil føre til at SYE får et totalansvar for sykehjemsbeboere på langtidsopphold. Det vil kunne gi følgende fordeler:

- Vurdering av behov for type plass gjøres uavhengig av bydel, noe som øker sannsynligheten for enhetlig, overordnet praksis og likebehandling av beboere på sykehjem.
- Fastpris vil skape en større bevissthet i SYE om at alle skal ha et riktig omsorgsnivå. Både større og mindre pleiebehov skal registreres.
- SYE vil lettere kunne vurdere behov for endring i sammensetning av langtidsplassene og gi overordnet myndighet en mer helhetlig vurdering av omsorgsbehovet for sykehjemsbeboerne.
- Sykehjemmene vil på sikt kunne organiseres mer fleksibelt, til beste for beboerne og ansatte.
- Bydelenes bestillerkontorer blir avlastet for arbeid.
- Mer kostnader for endret omsorgsnivå blir fordelt mellom bydelene. Ingen bydel får uventet store mer kostnader på grunn av sine sykehjemsbeboere.

Forslaget vil også kunne medføre noen ulemper, som til en viss grad speiler de fordelene som oppnås. Arbeidsgruppen vil påpeke følgende:

- Når SYE får totalansvaret for sykehjemsbeboerne på fast plass, vil det innebære en viss reduksjon i kontrollen av SYEs vurderinger fra bydelenes side. Bydelene skal ikke lenger etterprøve dem. Bydelene vil imidlertid fremdeles ha tilsynsutvalg som er oppnevnt av bydelsutvalget i geografisk bydel, og som regelmessig besøker sykehjemmene. Ifølge Instruks for tilsynsutvalg i sykehjem, byråds sak 299/04, skal tilsynsutvalgene påse at tjenestestedene:
 - gir den enkelte bruker forsvarlig omsorg og hjelp, og behandler den enkelte bruker med respekt
 - har utarbeidet målsetting, opplegg og tidsplan for oppholdet for den enkelte bruker.
 - følger bestemmelser som regulerer forhold under oppholdet, herunder bestemmelser om bruk av tvang
 - har lokaler, utstyr, aktivitetsmaterieill o.l. som er i samsvar med formålet
 - drives med forsvarlige personalforhold
 - har opprettet medisinsk tilsyn for de institusjoner hvor dette er forutsatt
 - oppbevarer beboernes midler forsvarlig dersom tjenestestedene er gitt ansvar for dette

Forslaget vil gjøre tilsynsutvalgenes vurderinger mer uavhengig av bydelenes økonomiske situasjon.

- For å sikre god økonomisk styring innenfor stramme rammer, kan SYE bli fristet til å redusere antall spesialplasser. Gjennom overordnet styring, der SYE regelmessig blir fulgt opp på måltall for hver enkelt kategori langtidsplasser, vil en slik praksis ikke kunne gjennomføres.
- Presset på SYE for endring av plasser vil øke. Svar fra 46 sykehjem viste at i alt 221 beboere ble vurdert til å ha plass på et for lavt omsorgsnivå. Med ny ordning vil SYE ikke kunne henvise til bydelenes vedtak og unnlate å ta fatt i dette. Staten må etablere systemer som sikrer de mest

pleietrengende beboere spesialplass, på tvers av sykehjemmene. Arbeidsgruppen tror at slike systemer vil være mer robuste og lettere sikre lik omgjøringspraksis, enn systemer som etableres i 15 bydeler med hvert sitt bydelsutvalg og hver sine ulike utfordringer.

Samlet sett mener arbeidsgruppen at fordelene med fastpris er større enn ulempene, og foreslår derfor fastpris innført for langtidsplasser fra 2013. Gjennomføring av dette forslaget vil innebære en fastpris i 2012-priser på kr. 680 212, mens prisene i dag varierer fra kr. 630 568 til kr. 1 128 370. Denne prisen vil være gjenstand for årlige justeringer basert på beregnet lønns- og prisvekst. (Enhetsprisen har de siste årene økt med ca kr. 20 000 pr år.) Det vises til Vedlegg 3: Beregning av enhetspris på fast sykehjemsplass, 2012 priser. Det er viktig at forslaget høres i bydelene som ikke har vært representert i arbeidsgruppen.

3. Drøfting av ulike finansieringsmodeller

Sykehjemsetaten leverer tjenester til bydelene som er de eneste aktørene med bestillerrett og bestilleransvar. Prising av tjenestene er derfor et kommunalt nullsums-spill som skal bidra til at:

- SYE får incitament til rasjonell drift og funksjonell sammensetning av sine tilbud.
- Bydelene får incitament til gode kost/nyttevurderinger av tilbud i omsorgstrappa.
- Sentrale politiske ambisjoner blir realisert.

Kapitalkostnadene har siden oppstart i 2007 vært sentralt finansiert. Det kan stilles spørsmål om innarbeidelse av disse kostnadene i prisen vil gi et positivt styringsbidrag, jf. ovennevnte punkter. Prisene ville i tilfelle bli reelle og dermed gi bydelene et mer økonomisk korrekt grunnlag for kost/nyttevurderinger. De blir imidlertid også høyere enn i dag og det er en fare for at bydelenes beslutninger, som naturligvis må baseres på kost/nyttevurderinger av samlede behov i bydelssektoren, vil kunne gå på tvers av sentrale politiske ambisjoner der innvilgelse av sykehjemsplass blir vurdert som et sentralt gode.

Kapitalkostnadene er faste kostnader. Uforutsette endringer i sammensetning av plasstyper og svingninger i beleggsprosenten vil gjøre SYEs økonomi sårbar. Driftskostnader kan SYE regulere, kapitalkostnader kan de på kort sikt ikke endre. Kapitalkostnader innarbeidet i prisen, vil derfor ikke bidra positivt til rasjonell drift i SYE. Arbeidsgruppen anbefaler med bakgrunn i disse vurderingene at den nåværende, sentrale finansieringen av kapitalkostnadene opprettholdes.

Prisutvikling for SYEs tilbud siden oppstarten er et resultat av både

- lønns- og prisøkninger, som er det største prisdrivende elementet
- pris for sentralt bestemte kvalitetsøkninger
- krav til prisreduserende effektivisering i SYE og
- prisreduserende, sentralt bestemt grunnfinansiering.

Vedlegg 4, Prisutvikling i SYE 2007 – 2012 gir samlet oversikt over dette. Når arbeidsgruppen skal vurdere ulike prismodeller for dekning av SYEs driftsutgifter, står to av disse elementene sentralt, pris og grunnfinansiering.

Samme pris (enhetspris) på tilbud som har ulik driftskostnad, fastsettes for å sikre seg at bydelene kjøper det tilbudet som dekker pasientenes behov uten å vurdere kostnadene. Enhetspris utjevner også tilfældige svingninger i behov mellom ulike bydeler og over tid. Begge disse forhold har vært bestemmende for at det er fattet sentralt politiske vedtak om at MRSA-plasser, plasser for lindrende behandling og forsterkede plasser for rusavhengige skal ha samme pris som ordinære langtidsplasser i sykehjem.

Når arbeidsgruppen i denne saken også foreslår å opprette fastpris for kjøp av langtidsplass i sykehjem, er det delvis begrunnet i ovennevnte vurderinger. Hovedbegrunnelsen ligger likevel i at SYE har det daglige ansvaret for å dekke omsorgsbehovet til disse sykehjemsbeboerne og best kan vurdere behov for endringer i omsorgsnivå. Fastpris gir derfor samlet sett de mest rasjonelle beslutningene.

For andre tilbud, der ovennevnte forhold ikke er så viktige, mener arbeidsgruppen at prisene må differensieres for å sørge for omsorg på rett nivå i henhold til LEON-prinsippet. Pris på rehabiliteringsplasser kan være delvis grunnfinansiert, for å sikre bruk av dem, men prisen bør ikke settes lik pris for avlastningsopphold, der det ikke er like sterkt fokus på opptrening. I bydelene vil det alltid være et behov for bare å gi tilbud om avlastningsopphold. Lik pris ville føre til urasjonell overforbruk av rehabiliteringsplasser. Det samme argumentet kan naturligvis også føres til fordel for differensiering av pris for langtidsplasser i sykehjem og plasser i aldershjem mv.

Arbeidsgruppen har ikke hatt grunnlag for detaljert å vurdere eventuelle endringer i pris mellom de tilbudene som, etter styringsgruppens forslag om enhetspris på langtidsplasser, fremdeles har ulik pris. Nåværende grunnfinansiering i SYE utgjør om lag 900 mill., dvs. vel 20 % av etatens samlede driftskostnader. Grunnfinansieringen reduserer prisene og gir SYE en større evne til å takle uforutsette svingninger i etterspørselen. Det kan argumenteres både for en økning og en reduksjon i grunnfinansieringen. Det vises til Delrapport 3.

Hvis grunnfinansieringen øker, vil pris pr. sykehjemsplass reduseres og SYEs finansielle risiko bli mindre. Økning i grunnfinansieringen i SYE kan enten dekkes av frie midler eller overføres fra bydelsrammen. For bydelene vil resultatet uansett bare bli en viss omfordeling av handlingsrommet mellom bydelene imellom. (Arbeidsgruppen forutsetter da at frie midler alternativt fordeles mellom bydelene etter kriteriesystemet). Bydeler som har relativt mange plasseringer i sykehjem, vil forholdsmessig øke sitt handlingsrom mer enn bydeler som har mer utbygde pleie- og omsorgstilbud i egen regi. Bydeler med mange eldre og få funksjonshemmede vil, alt annet like, få en relativt større andel av midlene.

En reduksjon av grunnfinansieringen vil øke prisene, gi SYE økt finansiell risiko og reversere omfordelingsvirkningene i bydelene. Bydelene kan da mer realistisk kost/nyttevurdere etterspørsel etter sykehjemsplass, med de fordeler og ulemper det innebærer, jf. diskusjon under fordeling av kapitalkostnadene.

Arbeidsgruppen har lagt til grunn at dagens modell har etablert et balansert marked mellom SYE og bydelene. SYEs plasser blir belagt og SYE har i hovedsak vært i stand til å øke tilbudet på de korttidsplassene det har vært størst etterspørsel etter. Det etablerte prissystemet med noe grunnfinansiering fungerer. Og det er usikkert hvilke virkninger eventuelle endringer vil få. Arbeidsgruppen har derfor konkludert med bare å anbefale etablering av fastpris for langtidsplasser, med unntak for spesialplasser på Villa Enerhaugen som bystyret har vedtatt skal ha egen, kostnadsdekkende pris.

Vedlegg:

Vedlegg 1: Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslo sykehjemmene revidert juni 2012.

Vedlegg 2: Notat til Helse- og sosialkomitéen av 25.05. 2012 om Tildelingspraksis sykehjemsplass.

Vedlegg 3: Beregning av fastpris på langtidsplass i sykehjem, 2012-priser.

Vedlegg 4: Prisutvikling Sykehjemsetaten 2007 – 2012.

Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslopsykehjemmene, revidert juni 2012

Rapporten finnes på Sykehjemsetatens intranettside -> Sentrale dokumenter -> Rapporter
(med ovenstående tekst)

Notat til Helse- og sosialkomitéen av 25.05. 2012 om Tildelingspraksis sykehjemsplass

Nedenstående tekst ble sendt Helse- og sosialkomiteen i notat av 25.05.2012, sak 201001628-105.

1. Søknadsskjema, saksbehandling, skriftlighet

Nytt felles søknadsskjema om helse og omsorgstjenester inkl. sykehjemsplass

- Nytt felles søknadsskjema om helse og omsorgstjenester er utarbeidet og sendt ut til bydelene
- Det arbeides fortsatt med å sikre at søknadsskjemaene er lagt ut riktig på bydelenes nettsider og hvordan det kan søkes elektronisk.

Felles saksbehandlingsrutiner

- Felles retningslinjer for behandling av søknader om helse og omsorgstjenester er utarbeidet og sendt ut til bydelene.

Andre punkter knyttet til ny lov om helse og omsorgstjenester fra 01.01.2012:

- Geric (kommunens pleie- og omsorgssystem) var fra 02.01.2012 oppdatert slik at vedtak om helse og omsorgstjenester innvilges etter nytt lovverk.

Andre pågående/parallele prosesser:

- Arbeidet, ledet av Byrådets kontor med deltagelse fra EST, med å gjennomgå språk og innhold i kommunes brev/vedtak/maler pågår fortsatt.

2. Kompetanse

Saksbehandleropplæring

- Det er utarbeidet ny og utvidet saksbehandleropplæring for ansatte ved bydelenes Bestillerkontorer, med utgangspunkt i dagens tilbud i regi av Helseetaten (HEL). Det nye opplegget vil starte fra høsten 2012.

Nettverk

- Nettverk for ansatte ved bydelenes bestillerkontor, med utgangspunkt i deltagerne i tildelingsprosjektet, starter opp i juni 2012 i regi av HEL.

3. Kvalitetsutvikling

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

- Arbeidet med å bistå bydelene med felles kvalitetskrav i pleie og omsorgstjenestene pågår i HEL. Felles HMS-håndbok for hjemmetjenesten vil bli klar i løpet av våren.

4. Statistikk

Bydelenes årsstatistikk

- Mal for årsstatistikken er omarbeidet, og det er nå bedre oversikt over og status for bydelenes søknader om sykehjemsplass.

Beregning av fastpris på langtidsplass i sykehjem, 2012-priser

Type langtidsplass	Antall plasser	Pris 1.1. 2012	Beregnet totalsum
Ordinære plasser	2.880	630.569	1.816.038.720
Skjermede plasser	897	783.222	702.550.134
MRSA	12	663.747	7.964.964
Forsterkete plasser psykiatri	96	896.059	86.021.664
Lindrende behandling	16	663.747	10.619.952
Forsterkete plasser annet	68	1.128.370	76.729.160
Forsterket plass rus	9	663.747	5.973.723
Sum	3.978		2.705.898.317
Ny fastpris (2 708 898 317/3 978)	680.216		

Prisutvikling Sykehjemsetaten 2007 – 2012

<i>Enhetspris pr. sykehjemsplass i 2007</i>		555 600
<i>Effekt av lønns- og priskompensasjoner</i>		
2008 Lønns- og prisjustering, ordinær	26 000	
2008 Personalforsikring, lønnsoppgjør	4 300	
2009 Lønns- og prisjustering, ordinær	25 360	
2009 Effekt av sentralt justeringsoppgjør	7 860	
2009 Økt OPF + avrunding	2 130	
2010 Lønns- og prisjustering, ordinær	19 809	
2011 Lønns- og prisjustering, ordinær	20 951	
2012 Lønns- og prisjustering, ordinær	25 958	
<i>Sum lønns- og priseffekter 2007 - 2012</i>	<i>132 368</i>	<i>132 368</i>
<i>Korreksjoner</i>		
2008 Korrigert dagsenterpris, fordelt	7 400	7 400
<i>Effekt av bystyrets vedtak om kvalitet som skal inkluderes i prisen</i>		
2008 - 2010 Økt legedekning	3 568	
2010 Enhetspris på palliative plasser	1 303	
2011 Enhetspris på forsterkede rusplasser	338	
<i>Sum bystyrets kvalitetshevinger</i>	<i>5 209</i>	<i>5 209</i>
Pris 2012 inkl. lønns- og prisjustering og sentral kval. økn.		700 577
<i>Effekt av effektiviseringsuttak</i>		
2008 Effektiviseringsuttak	-1 200	
2009 Effektiviseringsuttak	-1 250	
2010 Effektiviseringsuttak	-1 274	
2011 Effektiviseringsuttak	-2 525	
2012 Effektiviseringsuttak	-2 085	
<i>Sum effektiviseringsuttak 2007 -2012</i>	<i>-8 334</i>	<i>-8 334</i>
<i>Effekt av subsidieringsvedtak i bystyret</i>		
2010 Grunnfinansiering 180 mill.	-28 496	
2012 Ordinære langtidsplasser 100 mill.	-33 179	
<i>Sum subsidieringer</i>	<i>-61 675</i>	<i>-61 675</i>
Enhetspris pr. sykehjemsplass i 2012		630 568



DELRAPPORT 2

om

verbalvedtak H36/2012

- Forslag til ny organisering av korttidsplassene
- Forslag om færre typer korttidsplasser
- Foreløpige prinsipper for finansiering av korttidsplassene

VERBALVEDTAK H 36/2012

Byrådet bes legge frem en sak om sykehjemsfinansieringen i Oslo kommune. Saken skal gi en vurdering av finansieringsmodellen, herunder prissetting av de ulike sykehjemsplassene. Saken skal sikre at det blir likeverdige inntakskriterier for de eldre uavhengig av bydelsgrensene, basert på medisinske og sosialfaglige vurderinger. Byrådet bes i saken vurdere effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene, samt vurdere andre mulige finansieringsmodeller.

<i>1. Forord</i>	<i>s. 2</i>
<i>2. Korttidsplasser – Status</i>	<i>s. 3</i>
<i>3. Forslag til ny organisering av korttidsplassene</i>	<i>s. 4</i>
<i>4. Forslag om færre typer korttidsplasser</i>	<i>s. 7</i>
<i>5. Prinsipper for finansiering av korttidsplassene</i>	<i>s. 9</i>

1. Forord

Sykehjemsetaten (SYE) avga i august 2012 Delrapport 1 om sykehjemsfinansieringen i Oslo kommune. I rapporten var fokus lagt på langtidsplasser. For også å få vurdert korttidsplassene, nedsatte sykehjemsdirektøren en intern arbeidsgruppe. Mandatet var å gjennomgå organisering av, og prisstruktur for, korttidsplassene, både i lys av verbalvedtak H36/2012 og som følge av gjennomføring av første fase i samhandlingsreformen som trådte i kraft pr. 01.01. 2012. Gruppen har vært ledet av direktøren i SYE Per Johannessen og har hatt følgende medlemmer: Margaret A. Gjertsen, Bitte Thoen, Anne B. Sørli, Sveinung Lervåg og Tone Pahlke, som har vært gruppens sekretær. Gruppen har hatt 6 møter.

Representanter for fire bydeler, en bydel i hver sykehussektor, har vært intervjuet for å gi gruppen mer spesifikk kunnskap om problemstillinger sett fra bydelenes perspektiv. Forslagene har imidlertid ikke vært forelagt noen bydeler.

I denne delrapporten er det foreslått ny organisering av korttidsplasser i sykehjemmene. I tillegg er behov for reduksjon av antall typer korttidsplasser, blant annet som følge av gjennomføring av samhandlingsreformen, drøftet. Det er også gitt noen prinsipielle betraktninger om finansieringsmodeller. Detaljert gjennomgang av fordeler og ulemper ved ulike alternative prismodeller og eventuell subsidiering av plassene vil imidlertid bli presentert i egen rapport, Delrapport 3, der også prismodell for langtidsplasser vil bli nærmere belyst.

Oslo, 20. desember 2012

Per Johannessen
direktør Sykehjemsetaten

2. Korttidsplasser – Status

2.1 Antall plasser og plasstyper

Korttidsopphold i institusjon skal være målrettede, tidsavgrensede opphold som bidrar til at brukerne skal kunne komme tilbake til egne hjem. Rehabiliteringsplasser gir brukerne nødvendig assistanse til aktivt å trene opp funksjons- og mestringsevner. Ordinære korttids-plasser gir i større grad omsorg og avlastning, enten for brukerne selv eller for deres pårørende. Også for bruk av disse plassene er det imidlertid et uttalt mål at brukerne skal kunne reise hjem etter endt opphold og være bedre i stand til å klare seg selv.

Alle bydelene disponerer i dag korttidsplasser, både ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser, på sykehjem plassert i de respektive bydelene. Bydelene foretar en bloc bestillinger til SYE på de fleste korttidsplassene; fra 2013 to ganger i året.

På enkelte sykehjem tilbyr SYE også plasser som bydelene bestiller enkeltvis, blant annet når bydelenes en bloc kapasitet er fullt utnyttet. I tre av fire sykehussektorer, i Ullevål, Ahus og Diakonhjemmet sektor, er det etablert spesialenheter, intermediærplasser (også kalt SKE-enheter), der sykehusene og bydelene deler på utgiftene til pasienter som ennå ikke er utskrivningsklare, men som gjennom opptrening forventes raskere å kunne klare seg selv etter gjennomført opphold på intermediærenheten. Trygghetsplassene er plasser som de eldre selv bestiller, uten vedtak i bydelene, og for opphold på inntil 14 dager. Kostnader for drift av disse plassene finansieres sentralt.

En detaljert oversikt over fordeling av korttidsplasser på type plass/bydel/bydelsregion/sykehjemssektor finnes i vedlegg 1. Nedenstående gir et sammendrag pr. bydelsregion.

Tabell 1 Geografisk beliggenhet av korttidsplasser pr. bydelssektor og plasstype, nov. 2012

Type korttidsopphold	Sentrum*	Vest*	Nord*	Sør*	Sum
Ordinære korttidsplasser	68	94	134	110	406
Rehabiliteringsplasser	43	44	22	18	127
Samhandlingsplasser	0	0	25	10	35
Vurderingsplasser	0	8	10	0	18
Intermediære plasser (SKE-plasser)		13	13	16	42
Rehabiliteringsplasser Aker sykehus**	21				21
Plasser i lindrende enheter	8	8			16
Andre spesialplasser	6	2		4	12
Sum plasser tilgjengelig for bydelene	146	169	204	158	677
Trygghetsplasser		27	17	14	58
Samlet antall korttidsplasser i Oslo					735

* **Sentrum:** Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene, St. Hanshaugen. **Vest:** Frogner, Ullern, Vestre Aker, Nordre Aker. **Nord:** Bjerke, Stovner, Grorud, Alna. **Sør:** Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand

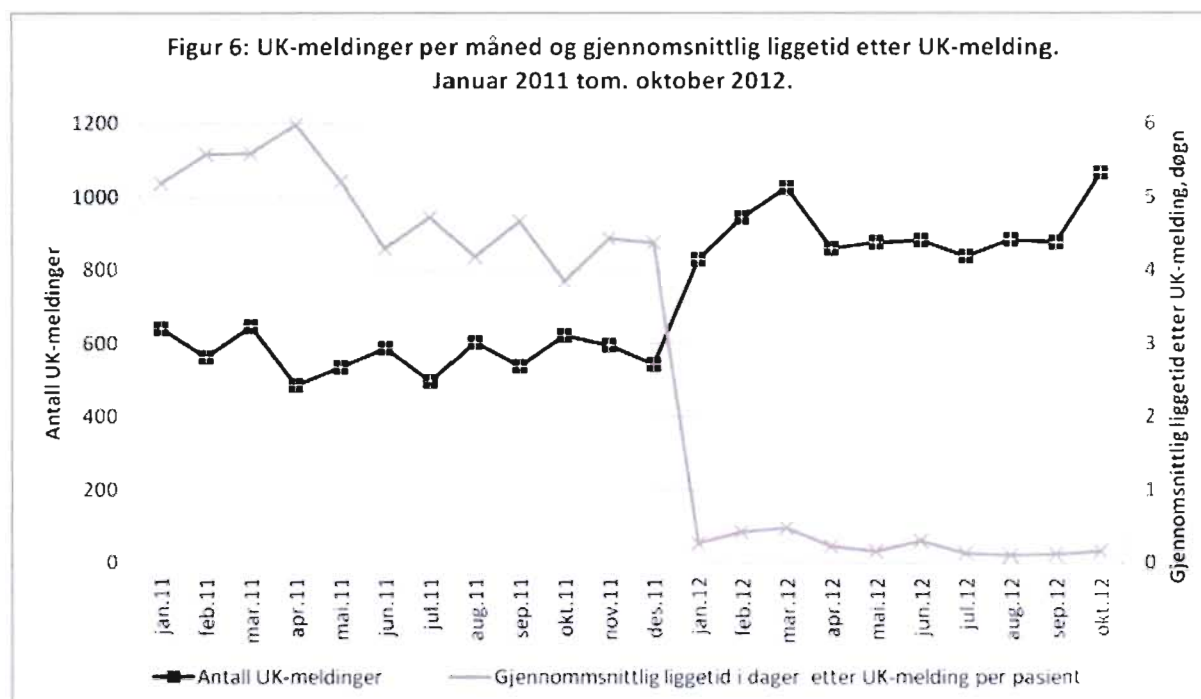
Dette er plasser som bydelene bestiller enkeltvis, eller har avtale med sykehusene om bruk av. Antall plasser er oppgitt pr. geografisk bydel, og gir derfor ikke opplysninger om hvilke bydeler som bruker dem.

** Pr. 01.07. 2013 opprettes ytterligere 5 plasser, slik at tilbudet blir 26 plasser.

2.2 Konsekvenser av samhandlingsreformen

Første fase i samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01. 2012. Da fikk kommunene overført ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Bydelene har møtt de utfordringer dette skapte, og det er i dag omtrent ikke utskrivningsklare (UK-meldte) pasienter som ligger i sykehus, jfr. nedenstående figur.

Figur 1: Utskrivningsklare pasienter pr. mnd.



Figuren viser at det i gjennomsnitt var 570 pasienter pr. måned som ble meldt utskrivningsklare fra sykehus til bydelene i 2011 og at disse hadde en liggetid på mellom fire og seks dager etter UK-melding. Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, har antallet utskrivningsklare pasienter pr. mnd. gjennomsnittlig vært på vel 850. Antall liggedøgn som bydelene må betale for i sykehus, har helt siden reformen trådte i kraft, vært ubetydelig.

Mange av pasientene som tas ut fra sykehus, får korttidsopphold på sykehjem før de returnerer til egne hjem. Korttidsplassene brukes derfor noe andreledes enn før, flere brukere kommer rett fra sykehus. 11 av 15 bydeler har økt andel brukere som kommer fra sykehus i 2012. Fire bydeler har en reduksjon. For to av disse, St. Hanshaugen og Stovner, er reduksjonen minimal. To bydeler, Frogner og Ullern, har redusert sine andeler til dels betraktelig. Disse to bydelene er atypiske, da de også totalt sett har mottatt færre UK-meldte i 2012 enn i 2011.

Tabell 2 Andel brukere som kommer rett fra sykehus til korttidsplass i sykehjem

Nr.	Navn	2011	2012 (til 1.11.)
1	Gamle Oslo	44,1 %	59,5 %
2	Grünerløkka	61,2 %	63,4 %
3	Sagene	58,2 %	66,3 %
4	St. Hanshaugen	59,5 %	58,0 %
5	Frogner	62,5 %	54,7 %
6	Ullern	66,2 %	51,6 %
7	Vestre Aker	36,5 %	38,5 %
8	Nordre Aker	51,0 %	56,4 %
9	Bjerke	52,5 %	65,7 %
10	Grorud	51,3 %	64,1 %
11	Stovner	38,8 %	36,6 %
12	Alna	52,7 %	74,0 %
13	Østensjø	42,1 %	52,2 %
14	Nordstrand	51,0 %	56,4 %
15	Søndre Nordstrand	53,6 %	73,1 %

2.3 Fremtidig behov for korttidsopphold på sykehjem

Fremtidig behov for korttidsplass i sykehjem er avhengig av mange faktorer. Viktig er blant annet befolkningsutviklingen, de eldres helsesituasjon til enhver tid, utvikling av behandlingsmuligheter og tekniske hjelpemidler, bydelenes tilbud, samt endring i faglig og politisk policy på området.

Mellomalternativet i Statistisk sentralbyrås befolkningsprognoser etter alder, for perioden 2012 til 2040, viser nedenstående utvikling i de aldersgruppene som typisk blir brukere av korttidsplasser i sykehjem, fra 2012 til 2030.

Tabell 3 – SSBs prognoser for eldrebefolkning 2012 – 2030

Alder	2012	2013	2015	2020	2022	2030
80 – 89 år	17 910	17 562	16 506	16 370	16 677	25 881
90 år og +	4 782	4 875	4 963	4 558	4 570	4 659
Sum	22 692	22 437	21 469	20 928	21 247	30 540

Ifølge dette vil de nærmeste 8 årene være preget av en reduksjon i eldrebefolkningen over 80 år. Vi vet i tillegg at de som er 80 år eller eldre i dag, i gjennomsnitt er friskere enn den samme gruppen bare for noen få år siden. Befolkningsprognosene tilsier derfor at det kan være mulig å redusere antall korttidsplasser i sykehjemmene fram til 2020.

Bydelene har de senere årene styrket hjemmetjenesten og startet, eller forsterket, tilbud om dagrehabilitering. Omsorg+ leiligheter er etablert i mange bydeler og byråds mål er å bygge 1 000 boliger innen 2016. Alle disse forhold vil kunne bidra til at behovet for langtids- og korttidsplasser i sykehjem minskes. Dette kan allerede ha vært medvirkende til endring i bestillingene for 2013. Bydelenes bestillinger og anslag for 1. halvår 2013 er redusert med 99 plasser, 49 korttidsplasser og 50 langtidsplasser, i forhold til bestilling for 3. tertial 2012.

Byrådet vil i 2013 legge frem en ny eldremelding og rullere sykehjemsbehovsplanen. De forslag til endringer for organisering og bruk av korttidsplasser som fremmes her, vil kunne gjennomføres uavhengig av dette, og forslagene vil kunne tilpasses fremtidig policy på feltet.

3. Forslag til ny organisering av korttidsplasser i sykehjemmene

Sykehjem i Oslo ivaretar to hovedfunksjoner:

- De gir permanent opphold til personer som trenger døgkontinuerlig oppfølging og omsorg for å oppnå et trygt bomiljø som bidrar til trivsel og tilfredsstillende livskvalitet; i Oslo kalt langtidsopphold.
- De gir tidsbegrenset opphold til personer som trenger behandling, utredning, rehabilitering, forebygging og avlastning; i Oslo kalt korttidsopphold.

Langtidsopphold, som i 2012 omfatter 3 956 plasser, tilbys på 47 av Oslos 48 alders- og sykehjem. Korttidsopphold, som i 2012 omfatter 586 ordinære plasser, tilbys i egne avdelinger på i alt 23 ulike sykehjem.

På langtidsavdelingene arbeides det for å gi beboerne en tilfredsstillende hverdag med god omsorg og meningsfylte aktiviteter, i samsvar med deres individuelle behov. SYE innførte eksempelvis Lottemodellen ved alle kommunale sykehjem fra 2013. På korttidsavdelingene konsentreres arbeidet om å oppnå klart definerte mål om funksjonsforbedring, slik at pasientene etter endt opphold kan reise hjem til egen bolig og klare seg selv bedre enn før, og slik at behovet for permanent plass på sykehjem kan forskyves ut i tid.

Faglig fokus for arbeidet med de to hovedfunksjonene er med andre ord forskjellig. Ledelsen må ha fokus på begge hovedfunksjonene og balansere oppmerksomheten mellom dem. I sykehjem med både langtidsavdelinger og korttidsavdelinger erfarer man i tillegg at arbeidstakere har klare preferanser, noen ønsker primært å jobbe på langtidsavdelinger, andre primært på korttidsavdelinger. Det er derfor flere forhold som bidrar til at det er få synergi-effekter mellom korttidsavdelingene og langtidsavdelingene.

Bydelene fatter vedtak om både langtidsopphold og korttidsopphold. Etter at en innbygger har fått fast plass på en langtidsavdeling, vil ansatte i bydelen bare få kontakt med vedkommende hvis SYE melder om behov for å få endret type sykehjemsplass. I Delrapport 1 foreslås det for øvrig at SYE skal overta ansvaret for denne vurderingen. Det er SYE som best kjenner beboerne når de er flyttet inn på langtidsplass. Hvis forslaget vedtas, vil bydelenes kontakt med dem som har fått vedtak om langtidsplass, opphøre når vedtaket er effektivt.

Når det fattes vedtak om korttidsopphold er situasjonen en annen. Bydelene har definert klare mål for oppholdet, og best resultater oppnås når bydelene og korttidsenhetene samarbeider om tiltak både under og etter oppholdet. Hver bydel har korttidsavdeling(er) på sykehjem i geografisk nærhet til bydelen.

For i større grad å sikre riktig helse- og omsorgsnivå, mer faglig spesialisert arbeid i sykehjemmene og større fokus på samhandling med bydelene, foreslås det at sykehjemmene organiseres som henholdsvis langtidssykehjem og korttidssykehjem.

Det vil være mulig å etablere minst et korttidssykehjem i hver bydelsregion (Sentrum, Vest, Nord og Sør). Bydelene vil derfor fremdeles få sine korttidsplasser på sykehjem som ligger i, eller i nærheten av, egen bydel. Det antas at ulempene med å ha korttidssykehjem i nabobydelen, vil bli mer enn oppveid av fordelene ved den kvalitetshevning som vil kunne finne sted i korttidssykehjemmene, blant annet som følge av bedre dialog mellom korttidssykehjemmene og de bydelene som sender sine innbyggere dit.

4. Forslag om færre typer korttidsplasser

Korttidsplassene er definert både som ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser. I tillegg er det opprettet flere spesialavdelinger som er definert som korttidsavdelinger. Det er gjort for å dekke ulike behov oppstått på ulike tidspunkt. Samhandlingsreformen gjør det naturlig på nytt å vurdere behovet for ulike typer spesialplasser for korttidspasienter.

4.1 Vurderingsplasser

Det er opprettet i alt 18 vurderingsplasser, 10 ved Furuset sykehjem i Region Nord og 8 ved Silurveien sykehjem i Region Vest. Disse plassene var allerede etablert da SYE overtok det byomfattende ansvaret for sykehjemmene i 2007. Plassene ble i sin tid opprettet for å redusere antall utskrivningsklare pasienter (UK-meldte) ved sykehusene og sikre kommunen mot betalingsansvar for disse pasientene. Samhandlingsreformen legger sterk føring på at UK-meldte ikke skal legge beslag på sykehussenger. Antall UK-meldte i sykehus er da også sterkt redusert i 2012. Det foreslås at vurderingsplassene omgjøres til andre typer plasser.

4.2 Samhandlingsplasser

Oslo har i alt 35 samhandlingsplasser. Det omfatter 5 plasser på Rødvet sykehjem og 20 på Lilleborg sykehjem, begge beliggende i Region Nord. I tillegg er det 10 plasser ved Abildsø sykehjem beliggende i Region Sør. Plassene ble opprettet for å kunne ivareta spesielle behov i forbindelse med gjennomføring av samhandlingsreformen pr. 01.01. 2012. Plassene fylte en funksjon i en overgangsperiode, men erfaringene fra 2012 tilsier at disse plassene kan omgjøres til ordinære korttidsplasser. Denne antagelsen styrkes av at det bestilles færre samhandlingsplasser for 2013. På Lilleborg sykehjem er bare 5 av 20 plasser bestilt.

4.3 Intermediære plasser(SKE-plasser)

Det er opprettet intermediære plasser i 3 sykehussektorer, 13 plasser ved Romsås sykehjem (hvorav 9 i dag brukes som intermediærplasser og 4 som korttidsplasser), for Ahus sektor, 13 plasser fysisk plassert på Diakonhjemmet sykehus, men tilknyttet Silurveien sykehjem, for Diakonhjemmet sektor, og 16 plasser på Abildsø sykehjem, for Ullevål sektor. For sentrumsbydelene knyttet til Lovisenberg sektor, er det ikke etablert intermediærplasser. Plassene ble etablert i perioden fra 2008 til 2010. SYE overtok ansvaret for plassene fra bydelene pr. 01.01. 2012 som et ledd i Sentral Etatsreform.

De intermediære plassene er tilbud til hjemmeboende, eldre pasienter som akutt har måttet legges inn på sykehus, men som vurderes å kunne fungere bra hjemme etter behandling og intensiv opptrening. De karakteriseres ofte som spreke før de fikk den akutte sykdommen som gjorde dem behandlingstrengende på sykehus. Pasientene får tilbud om intermediær plass før de er ferdig behandlet på sykehus. Sykehusbehandlingen fortsetter på intermediærenheten,

samtidig som opptrening påbegynnes. Formålet er å skape en "sømløs" overgang fra sykehus til kommunehelsetjeneste og redusere den samlede tiden pasienten trenger hjelp.

Det er foretatt en grundig evaluering av de intermediære plassene i 2011, og det vises til prosjektrapporten: Evaluering av fire spesialiserte korttidssenheter – et samhandlingsprosjekt, avgitt 15.12. 2011, jfr. vedlegg to som gir internettlenke til rapporten. (Omfatter alle tre Oslo-enhetene i tillegg til intermediærplasser etablert i Lørenskog kommune).

Dokumentasjonsgrunnlaget som er brukt i prosjektet gjelder for 2010 og 2011.

Rapporten viser blant annet at:

- 84 % av pasientene reiser hjem fra intermediærenhetene, mens det samme gjelder for 58 % av de andre korttidspasientene. Denne forskjellen kan, i hvert fall til dels, avspeile forskjeller i pasientgrunnlaget, i og med at intermediærpatientene er sprekere enn andre før skade oppsto og sterkt motiverte for opptrening. Forskjeller i statistikkgrunnlaget vil også bidra til kunstig å øke ulikhetene mellom de to behandlingsformene. Oslo-statistikken omfatter ikke bare pasienter på både rehabiliteringsavdelingene men også de som har ordinære korttidsplasser.
- Gjennomsnittlig bemanningsfaktor for sykepleier og hjelpepleier på intermediærenhetene er 0,92, mens den er 0,88 på ordinære rehabiliteringsavdelinger. I kommunens rehabiliteringsavdelinger er legedekningen noe lavere enn i intermediærenhetene, mens fysioterapi- og ergoterapidekningen er vesentlig høyere.
- Totalkostnad for et intermediærdøgn varierte i 2010 mellom vel 3 200 kroner og vel 4 000 kroner. Bydelene dekker mellom 82 % og 88 % av intermediærenhetenes kostnader.

Etter innføring av samhandlingsreformen er flere og dårligere pasienter skrevet ut av sykehusene enn før. Bydelene får gradvis større erfaring med behandling av pasienter i gråsonen mot den gruppen som fyller kriteriene for å bli intermediærpatienter. Sykehusene har til dels problemer med å vurdere hvilke pasienter som bør få et intermediært tilbud. Ikke sjelden skriver sykehusene både UK-melding og søknad om inntak i intermediærenhet.

Intermediærenhetene har utgjort en viktig samhandlingsarena mellom sykehussektoren og kommunesektoren. Samhandlingsreformen gjør det imidlertid mer problematisk å rendyrke intermediærkonseptet, blant annet fordi den tydeliggjør det forvaltningsmessige ansvaret for utskrivningsklare pasienter. Det antas at både bydelene og korttidsavdelingene i SYE nå i større grad kan behandle UK-meldte som ellers ville fått tilbud om intermediærplass. Det anbefales derfor at avtalene med sykehusene sies opp, senest med virkning fra 01.01. 2014.

4.4 Andre spesialplasser.

Lindrende enheter

SYE har to lindrende enheter, en enhet med 8 plasser ved Lillohjemmet i Region Vest, og en enhet, også med 8 plasser, ved Akerselva sykehjem i Region Sentrum.

Sykehjemspersonalet håndterer i de aller fleste tilfeller døende på en god måte i de enkelte sykehjem. Noen få beboere har imidlertid behov for spesiell smertebehandling i terminalfasen, en behandling som best kan gis på lindrende enhet. De lindrende enhetene tar også imot yngre pasienter fra sykehus eller hjemmet i terminalfasen. Noen sykehjemsbeboere lever med

kroniske smerter. De kan også ha behov for et kortere opphold på lindrende enhet for å få konstatert hvilke medisiner som samlet gir best smertestillende effekt. De lindrende enhetene vil i tillegg stå sentralt ved kompetansebygging i andre sykehjem.

Det foreslås ingen endring vedrørende plasser i lindrende enheter.

Rehabiliteringsplasser på Aker sykehus

Det er fra 01.01. 2012 etablert 21 rehabiliteringsplasser ved Aker sykehus. Antall plasser øker til 26 fra 01. juli 2013. Plassene er knyttet til Kingosgate sykehjem. Ved Aker sykehus drives det rehabilitering av blant annet kognitivt funksjonssvikt. Plassene bestilles særskilt av bydelene, og belegget er foreløpig lavt; beleggsprosenten har ligget mellom 50 % og 60 % de siste månedene. I oktober var belegget 57,6 %.

Det anbefales at bruk av disse plassene evalueres 2. halvår 2013.

Spesielt tilpassede plasser

I samarbeid med bydelene er det etablert noen få korttidsplasser på skjermet enhet og noen forsterkede korttidsplasser, i alt 12 plasser i 2012.

SYE skal til enhver tid søke å imøtekomme bydelenes behov for plasser og har fleksibelt tilpasset tilbudene for å ivareta enkeltpasienter. Denne praksisen foreslås opprettholdt.

5. Prinsipper for finansiering av korttidsplassene

Det vil, i eget rapport, Delrapport 3, vurderes alternative former for prising av SYEs tjenester. Ulike prisalternativer vil beregnes med utgangspunkt i budsjett for 2013. Nedenstående prinsipper har kommet frem i drøftinger med et utvalg av bydelsdirektører og i arbeidsgruppen.

- Det bør tilstrebes fortsatt å ha en prisstruktur med få alternative priser. Et finmasket prissystem er tungvindt å administrere. Det kan også bidra til at dyre plasser ikke blir benyttet fullt ut fordi bydelene må dekke de behov som innbyggerne har, og leter etter tilbud som er ”gode nok” for å få midlene til å strekke lengst mulig. Det kan føre til en ikke optimal utnyttelse av SYEs spesialiserte tilbud.
- Subsidiert kan vurderes opphevet for å få frem reelle kostnader og kostnadsforskjeller. Det forutsettes i tilfelle at alle midlene som trekkes ut av SYEs nettobudsjett, tilføres bydelene, slik at endringer i subsidiegrad/pris blir nøytral for bydelssektoren under ett. Eventuelle effektiviseringsuttak/kutt må synliggjøres særskilt. Prising basert på kostnadsdekkende beregninger vil for øvrig endre risikobildet mellom bestiller og utfører, til ugunst for utfører, dvs. SYE.
- Risiko for underforbruk av sykehjems plasser vil alltid være til stede. Prisstrukturen skal stimulere partnerne til god utnyttelse av plassene, og fordele risikoen både på etterspørre og tilbyder.
- Prisstrukturen må ikke være slik at den oppmuntrer bydelene til å etablere egne døgnbaserte tilbud utover botilbudet Omsorg+ for de aldersgrupper SYE har tilbud til. Fra sentralt myndighetsnivå bør dette tydeliggjøres.

Disse prinsippene vil bli lagt til grunn for vurdering av konkrete forslag til endring av finansierungsstrukturen i SYE, og det vises til egen rapport, Delrapport 3, om dette.

Vedlegg:

1. Korttidsplasser i Sykehjemsetaten, fordelt på type plass, bydel, region og sektor
2. Evaluering av fire spesialiserte korttidssenheter. Rapporten finnes på internet, med lenke: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdeler/Samhandling/Evaluering-fire-spesialiserte-korttidssenheter-2.pdf>

Delrapport 2 vedtatt vedtatt H26/2012

Korttidsplasser i Sykehjemsetaten, fordelt på type plass, bydel, region og sektor										Vedlegg 1							
Sykehjem	Bydelsregion	Sykehussektor	SYE område	Bydel	Antall en bloc og vurdering					Befolkning over 80 år pr plass	Antall - andre plasser						
					Antall korttids-plasser	Antall rehab. plasser	Antall samhandl. plasser	Ant. plasser vurdering- opphold	Antall en bloc plasser SYE		Antall skjermet korttid	Antall forsterket annet korttid	Antall plasser Aker rehab	Antall plasser SKE	Antall trygg- hets- plasser	Antall plasser lindrende	Antall korttids- plasser SYE
Romsås	Oslo Nord	Ahus	2	10 Grorud	12		0		12					13			25
Rødvet sykehjem	Oslo Nord	Ahus	2	10 Grorud	21		5		26								26
Ammerudhjemmet	Oslo Nord	Ahus	3	10 Grorud					0								0
Ammerudhjemmet	Oslo Nord	Ahus	3	10 Grorud	6				6								6
Stovnerskogen sykehjem	Oslo Nord	Ahus	2	11 Stovner	9				9								9
Furuset sykehjem	Oslo Nord	Ahus	1	12 Alna	20	22		10	52								52
Lindeberg omsorgssenter	Oslo Nord	Ahus	1	12 Alna	14				14						17		31
Solvang	Oslo Nord	Ahus	1	12 Alna	22				22								22
Lilleborg sykehjem	Oslo Nord	Ullevål sektor	1	9 Bjerke	32		18		50								50
Økem sykehjem	Oslo Nord	Ullevål sektor	1	9 Bjerke					0								0
Oslo Nord					136	22	23	10	191	26,3	0	0	0	13	17	0	221
Fagerborghjemmet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	5 Frogner					0								0
Majorstunet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	5 Frogner	17				17								17
Uranienborghjemmet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	5 Frogner					0								0
Frognerhjemmet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	3	5 Frogner					0								0
Silurveien	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	6 Ullem				8	8					13			21
Smestadhjemmet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	6 Ullem	1	12			13								13
Kajalund	Oslo Vest	Diakonhjemmet	3	6 Ullem					0								0
Madsrud	Oslo Vest	Diakonhjemmet	3	6 Ullem	27				27		1						28
Vinderen	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	7 Vestre Aker					0								0
Hovseterhjemmet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	3	7 Vestre Aker	17	16			33								33
Lillohjemmet	Oslo Vest	Ullevål sektor	2	8 Nordre Aker	16				16		1					8	25
Tåsenhjemmet	Oslo Vest	Ullevål sektor	2	8 Nordre Aker	16	16			32						27		59
Grefsenhjemmet	Oslo Vest	Ullevål sektor	3	8 Nordre Aker					0								0
Nordberghjemmet	Oslo Vest	Ullevål sektor	3	8 Nordre Aker					0								0
Oslo Vest					94	44	0	8	146	53,6	2	0	0	13	27	8	196
Villa Enerhaugen	Oslo sentrum	Lovisenberg	1	1 Gamle Oslo	0				0			6					6
St Halvardshjemmet	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	1 Gamle Oslo	0	0			0								0
Vålerenga bo og service	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	1 Gamle Oslo	22				22								22
Grünerløkka	Oslo sentrum	Lovisenberg	1	2 Grünerløkka	12				12								12
Lille Tøyen	Oslo sentrum	Lovisenberg	1	2 Grünerløkka					0								0
Paulus	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	2 Grünerløkka					0								0
Sofienbergsenteret	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	2 Grünerløkka		17			17								17
Akerselva	Oslo sentrum	Lovisenberg	2	3 Sagene	17				17							8	25
Kingsgate	Oslo sentrum	Lovisenberg	2	3 Sagene	17	26			43				21				64
Sagenehjemmet	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	3 Sagene					0								0
Cathinka Guldberg	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	4 St. Hanshaugen					0								0
Eugenies aldershjem	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	4 St. Hanshaugen					0								0
Jødisk seniorsenter	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	4 St. Hanshaugen					0								0
St Hanshaugen omsorgssent	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	4 St. Hanshaugen	0				0								0
Oslo sentrum					68	43	0	0	111	31,0	0	6	21	0	0	8	146
Abildsø sykehjem	Oslo sør	Ullevål sektor	2	13 Østensjø	24		10		34					16			50
Langerud	Oslo sør	Ullevål sektor	2	13 Østensjø	18	18			36								36
Manglerudhjemmet inkl Rustad	Oslo sør	Ullevål sektor	2	13 Østensjø	0				0		3						3
Østensjø bosenter	Oslo sør	Ullevål sektor	2	13 Østensjø	0				0			1					1
Oppsalhjemmet	Oslo sør	Ullevål sektor	3	13 Østensjø					0								0
Midtåsenhjemmet	Oslo sør	Ullevål sektor	2	14 Nordstrand					0								0
Nordseterhjemmet	Oslo sør	Ullevål sektor	2	14 Nordstrand					0						14		14
Ryenhemmet	Oslo sør	Ullevål sektor	2	14 Nordstrand	30				30								30
Bekkelagshjemmet	Oslo sør	Ullevål sektor	3	14 Nordstrand					0								0
Lambertseter	Oslo sør	Ullevål sektor	3	14 Nordstrand	23				23								23
Kantarellen	Oslo sør	Ullevål sektor	2	15 Søndre Nordstrand	15				15								15
Oslo sør					110	18	10	0	138	45,5	3	1	0	16	14	0	172
Totalt i Oslo kommune					408	127	33	18	586	38,5	5	7	21	42	58	16	735
Eksklusive trygghetsplasser																	571

Vedlegg 1



Oslo kommune
Sykehjemsetaten

DELRAPPORT 3

om

verbalvedtak H36/2012

- Om muligheter for å etablere et finansieringssystem som gir:
 - fleksibilitet
 - god utnyttelse av alle typer plasser
 - rettferdig fordeling av risiki på aktørene
- Forslag til ny finansieringsstruktur på alle SYEs tjenester

VERBALVEDTAK H 36/2012

Byrådet bes legge frem en sak om sykehjemsfinansieringen i Oslo kommune. Saken skal gi en vurdering av finansieringsmodellen, herunder prissetting av de ulike sykehjemsplassene. Saken skal sikre at det blir likeverdige inntakskriterier for de eldre uavhengig av bydelsgrensene, basert på medisinske og sosialfaglige vurderinger. Byrådet bes i saken vurdere effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene, samt vurdere andre mulige finansieringsmodeller.

Innholdsfortegnelse

1. Forord	s.	2
2. Behovsutvikling	s.	3
3. Nåværende finansieringssystem	s.	3
4. Et finansieringssystem som gir fleksibilitet og som dekker kostnadene – utfordringer	s.	4
5. Et finansieringssystem som sikrer god utnyttelse av alle typer plasser – utfordringer	s.	7
6. Et finansieringssystem som fordeler risiko på aktørene – utfordringer	s.	8
7. Oppsummering – Samlet fremstilling av forslagene	s.	10
8. Økonomiske og administrative konsekvenser	s.	12

1. Forord

Sykehjemsetaten (SYE) avga i august 2012 Delrapport 1 om sykehjemsfinansieringen i Oslo kommune, i henhold til verbalvedtak H 36. I rapporten var fokus lagt på vurdering av hvordan salg av plasser varierte med prisens størrelse, samt hvordan organisering av langtidsplassene kan gjøres mer optimalt. I desember 2012 avla SYE en ny rapport med tilknytning til verbalvedtak H 36, Delrapport 2, med fokus på organisering av korttidsplassene.

For nærmere å få belyst oppbygging av et nytt finansieringssystem for SYE, ble det nedsatt en tredje arbeidsgruppe. Gruppen har vært ledet av direktøren i SYE Per Johannessen og har hatt følgende medlemmer: Margaret A. Gjertsen, Bitte Thoen, Anne B. Sørli, Sveinung Lervåg og Tone Pahlke, som har vært gruppens sekretær. Gruppen har hatt 4 møter.

I denne tredje rapporten er ulike utfordringer ved oppbygging av et nytt finansieringssystem gjennomgått, og det er foreslått en ny prismodell for finansiering av SYE, i to alternativer.

Oslo, 28. januar 2013

Per Johannessen
direktør Sykehjemsetaten

2. Behovsutvikling

Som det også er beskrevet i Delrapport 2 om korttidsplasser, vil behov for sykehjemsplasser være avhengig av mange faktorer. Befolkningsutviklingen er en av de viktigste, og mellomalternativet i Statistisk sentralbyrås befolkningsprognoser etter alder, for perioden 2012 til 2040, viser nedenstående utvikling i de aldersgruppene som typisk har brukere av plasser i sykehjem, i perioden fra 2012 til 2030.

Tabell 1 – SSBs prognoser for eldrebefolkning 2012 – 2030

Alder	2012	2013	2015	2020	2022	2030
80 – 89 år	17 910	17 562	16 506	16 370	16 677	25 881
90 år og +	4 782	4 875	4 963	4 558	4 570	4 659
Sum	22 692	22 437	21 469	20 928	21 247	30 540

Ifølge dette vil de nærmeste 8 årene være preget av en reduksjon i eldrebefolkningen over 80 år. Vi vet i tillegg at de som er 80 år eller eldre i dag, i gjennomsnitt er friskere enn den samme gruppen bare for noen få år siden. Begge disse forholdene indikerer redusert behov for plasser i de nærmeste årene. Etter 2022 vil det bli en sterk vekst i antall eldre.

Bydelene har de senere årene styrket hjemmetjenesten og startet, eller forsterket, tilbud om dagrehabilitering. Omsorg+ leiligheter er etablert i mange bydeler og målet er å bygge 1 000 boliger innen 2016. Disse forholdene vil også, i ukjent omfang, kunne bidra til at behovet for plasser i sykehjem reduseres. Endring i bestillingene for 1. halvår 2013 understøtter disse antakelsene. Bydelenes bestillinger er redusert med 99 plasser i forhold til bestilling for 3. tertial 2012.

Et viktig fokus i samhandlingsreformen er å hindre sykehusinnleggelser. Det innebærer ikke automatisk et økt behov for sykehjemsplasser, men det var forventet at bydelene ville bestille flere korttidsplasser da de pr. 01.01. 2012 fikk betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag en. For å møte forventet økt etterspørsel ble det etablert 35 nye samhandlingsplasser i sykehjemssektoren. SYE merket også en økt etterspørsel etter plasser 1. kvartal 2012. Det har imidlertid vist seg at etterspørselen ikke ble større utover våren enn at SYE har kunnet effektivere bydelenes bestillinger i 2012. Det antas at bydelenes styrking av egne tiltak for å ivareta sine innbyggere har gjort det mulig i større grad å ivareta pasientene i sine egne hjem. Økt fokus på habilitering og rehabilitering i årene fremover kan likevel føre til at bydelene vil bestille flere korttidsplasser, og da særlig rehabiliteringsplasser.

I det etterfølgende er det lagt til grunn at det mest sannsynlig skjer en reduksjon i etterspørselen i de neste åtte årene. For fullstendighetens skyld er imidlertid utfordringene ved økt etterspørsel av plasser også belyst, da det i et langsiktig perspektiv, fra 2022 og fram mot 2030, vil det skje en stor økning av antall eldre. Hvis bruk av sykehjemsplasser holder seg på dagens nivå, vil etterspørselen i 2030 øke med ca 900 plasser i forhold til etterspørselen i 2012.

3. Nåværende finansieringssystem

Ved etablering av SYE i 2007 ble institusjonenes kapitalutgifter samt finansiering av trygghetsplassene lagt til SYE gjennom en rammefinansiering på vel 321 mill. Bruttoutgiftene utgjorde i alt 3 347 mill. og de resterende vel 3 000 mill. ble forutsatt skaffet til veie gjennom salg av plasser til bydelene. Rammefinansieringsgraden var altså på den tiden 9,6 %.

I årene som er gått etter etableringen, er forutsetningene gradvis endret, og rammefinansieringen for 2013 beløper seg til nesten 1 100 mill. av et bruttobudsjett på 4 647 mill., noe som gir en rammefinansieringsgrad på 23,7 %. De største endringene er skjedd gjennom subsidiering av prisene, enten generelt eller for enkelttyper av plasser, med i alt 435 mill. (nominelt, ikke prisjustert), og gjennom rammefinansiering av deler av lønns- og priskompensasjonen, hovedsaklig økning i pensjonsutgiftene, med i alt 281 mill. (også nominelt). Det vises til Vedlegg 1.

Pris og kostnad for de ulike typer plasser i 2013 er fremstilt i nedenstående tabell, jf. vedtak i bystyret 05.12. 2012:

Tabell 2 – Priser og kostnader for plasser i sykehjem og aldershjem

1		2	3	4	5
		2012	2013		
Plassgruppe		Pris	Driftskostn.	Pris	Subsidier
1	Ordinær langtidsplass	630 567	761 822	633 334	128 488
2	Korttidsplass	663 747	863 841	689 941	173 90
3	Aldershjems plass	497 810	519 528	519 099	429
4	Plasser i skjermet avd. for demens	783 222	851 088	814 788	36 300
5	Forsterket plass – psykiatri	896 059	1 157 144	933 064	224 080
6	Forsterket plass – annet	1 128 370	1 526 961	1 176 186	350 775
7	Rehabiliteringsplass	696 935	1 099 758	729 367	370 391
8	Forsterket plass – lindrende behandling	663 747	1 329 300	689 941	639 359
9	Forsterket plass – MRSA	663 747	1 329 300	689 941	639 359
10	Forsterket plass – rusavhengighet	663 747	1 016 868	689 941	326 927
11	Dagsenterplass – ordinær	99 562	165 283	105 134	60 149
12	Dagsenterplass - rehabilitering	99 562	235 420	105 134	130 286
13	Dagsenterplass - demens	99 562	229 044	105 134	123 910
14	Samhandlingsplasser	663 747	882 969	689 941	193 028
15	Rehabiliteringsplass – Aker sykehus	663 747	1 099 758	729 367	370 391
16	Vurderingsplass	663 747	882 969	689 941	193 028

Som det fremgår av tabellen, er det etablert 16 sykehjemsgrupper (kolonne 1) og det opereres med i alt 14 kostnadsgrupper (kolonne 3) og 8 prisgrupper (kolonne 4).

4. Et finansieringssystem som gir fleksibilitet og som dekker kostnadene – utfordringer

Begrunnelsen for opprettelse av SYE er beskrevet i byrådssak 79/06. I saken ble det blant annet understreket at Oslo kommune er avhengig av raskt å kunne opprette og nedlegge plasser alt etter hvilke behov brukerne har, og at denne fleksibiliteten best kunne ivaretas av en sentral etat som ville disponere rundt 5 000 heldøgns plasser (pr. 01.01. 2012 var antallet på

4 864 plasser). Opprettelsen av SYE innebar ikke at SYE fikk overført midler og myndighet fra bydelssektoren. Midlene ble beholdt i bydelene sammen med ansvaret for å vurdere egne brukeres behov, samt bestille og betale for det nødvendige antall plasser i SYE.

I perioden fra 2007 til 2012 har SYE, i tråd med føringer i bystyret og endringer i bydelenes bestillinger, opprettet flere korttidsplasser, både rehabiliteringsplasser og ordinære korttidsplasser, samtidig som antall langtidsplasser er blitt redusert. SYE har tilpasset seg fleksibelt til endringer i bestillingene fra bydelene. (For 1. halvår 2013 har bydelene redusert bestillingene med 99 plasser. Det medfører tilpasningsutfordringer.)

Det ligger imidlertid noen naturlige begrensninger i SYEs muligheter til å være fleksibel. Når det er fullt belegg, kan det totale tilbudet av antall plasser bare økes gjennom kjøp av plasser utenbys og økt bruk av tosenksom eller en kombinasjon av dette. Det er lite ønskelig både faglig og politisk. Varig kapasitetsøkning kan derfor bare finne sted ved å bygge nye sykehjem, noe som vanligvis tar fra 2 til 4 år. Langsiktig, sentral planlegging må derfor supplere den markedstilpasningen som skjer gjennom kjøp og salg mellom bydelene og SYE.

De prisene som bydelene betaler for plassene, skal dekke SYEs nettoutgifter. I dagens finansieringssystem forutsettes det at prisene dekker SYEs driftsutgifter ved plassene, gitt en beregnet full dekningsgrad på 97,3 %, og fratrukket subsidier, kapitalutgifter og andre utgifter, bl.a. økning i OPF, som er lagt til rammen.

Uavhengig av finansieringsmodell vil det være slik at når bydelene bestiller færre plasser enn SYEs kapasitet, vil SYE få mindre inntekter enn budsjettet. SYE må da redusere sine utgifter for å gå i balanse. Denne tilpasningen vil få ulike konsekvenser avhengig av hvilke kostnadselementer som forutsettes dekket gjennom prisen. Som utgangspunkt for etablering av et nytt finansieringssystem drøftes nedenfor SYEs situasjon i lys av to alternativer:

- Pris fastsettes slik at den dekker alle kostnader, både faste og variable, *totalkostnadsmodellen*.
- Pris fastsettes slik at deler av driftsutgiftene (og kapitalutgiftene) dekkes gjennom rammetildeling, *den subsidierte driftsmodellen*.

4.1 Totalkostnadsmodellen

I *totalkostnadsmodellen* vil svikt i etterspørselen føre til umiddelbart tap av inntekter, inntekter som var forutsatt å gi bidrag både til dekning av driftsutgiftene og til kapitalutgiftene. Gjennom tilpasning av driften til redusert behov vil SYE i løpet av noen måneder kunne redusere driftsutgiftene. For eksempel vil nedbemanning kunne skje både gjennom å holde ledige stillinger ubesatte, redusere vikarbruken og gå til oppsigelser, med tre måneders varsel. SYE vil imidlertid vanskelig kunne tilpasse kapitalutgiftene på samme måte. Selv med stengning av enkeltavdelinger vil det påløpe en del faste utgifter. Hvis reduksjonen skulle bli så stor at et sykehjem kan avvikles, vil det likevel ta tid før de faste utgiftene kan reduseres. SYE har en oppsigelsestid på et år vis a vis OBY, og for Oslo kommune vil utgiftene først falle bort når eiendommen er solgt eller anvendt til andre formål.

Ved etablering av SYE ble, i tillegg til kapitalutgiftene, også utgifter til drift av Trygghetsavdelingene holdt utenfor prismodellen. Plass ved Trygghetsavdelingene bestilles av brukerne selv, uten vedtak i bydelene. Utgifter til drift av disse avdelingene kan dekkes av bydelene,

enten gjennom et generelt påslag på prisen for ordinære sykehjemsplasser, eller gjennom etablering av et eget system for avregning av bostedsbydelene. Ved det første alternativet, påslag i prisen på ordinære plasser, vil inntektene svinge med etterspørselen etter de ordinære plassene og gi underdekning når etterspørselen etter ordinære plasser synker, uavhengig av hvor etterspurt Trygghetsplassene er. Det andre alternativet, eget avregningssystem mot de bydelene der brukerne av Trygghetsplassene bor, gir bydelene uforutsigbare rammebetingelser, i og med at de ikke styrer bruken av Trygghetsplassene. Dette alternativet er vurdert tidligere og forkastet, og det er ikke kommet frem nye forhold som endrer de konklusjonene som da ble trukket.

For ikke å skaffe SYE utilsiktede tilpasningsutfordringer, anbefales det etter dette at kapitalutgiftene og utgiftene til drift av Trygghetsavdelingene fortsatt rammefinansieres, også i et nytt finansieringssystem.

Nedenstående tabell anskueliggjør SYEs utfordringer gitt følgende premisser:

- Kapitalkostnader og kostnader til drift av Trygghetsavdelingene utgjør 360 mill.
- SYE har 4 800 plasser i drift
- Tap pr. plass $360 \text{ mill.} / 4\,800 = 75\,000$

Tabell 3 – SYEs tilpasningsbehov ved ledighet

Antall plasser usolgt	Tap av dekningsbidrag
10	750 000
50	3 750 000
100	7 500 000
150	11 250 000

Det vises i denne forbindelse til at antall plasser som bydelene bestilte for 1. halvår 2013 lå 99 plasser lavere enn antall plasser bestilt for 3. tertial 2012.

4.2 Den subsidierte driftskostnadsmodellen

Den subsidierte driftskostnadsmodellen forutsetter at alle kapitalkostnadene er dekket sentralt, og at det også sentralt er avsatt et fast beløp til grunnfinansiering av virksomheten. I en slik modell vil en reduksjon i etterspørselen styrke SYEs budsjettsituasjon på sikt, når SYE har tilpasset driften til det nye behovet. Det skjer fordi det faste beløpet som er lagt til rammen for å redusere driftskostnadene, da vil subsidiere færre plasser enn før. Subsidieringsbeløp pr. plass blir med andre ord større.

I den grad det er mulig å øke tilbudet som følge av økt etterspørsel, jf. betraktninger ovenfor, vil inntektene fra de nye plassene ikke dekke alle driftsutgiftene. Hvis ikke rammefinansieringen øker tilsvarende eller prisene justeres opp, vil SYE da få et utilsiktet merforbruk/en utilsiktet tilpasningsutfordring.

Også den subsidierte driftskostnadsmodellen gir derfor visse konsekvenser for SYE og for optimal bruk av kommunens midler. Utilsiktede konsekvenser kan det kompenseres for. Når

tilbudet øker som følge av nyetableringer, kan subsidieringsbeløpet økes tilsvarende fra det året plassene tas i bruk. I de årene antall plasser reduseres, kan man redusere grunnfinansieringen, for eksempel i påfølgende års budsjetter. Subsidiering er derfor ikke til hinder for styring av ressursbruken i en modell der bydelene kjøper plasser av SYE.

Eventuell subsidiering vil måtte besluttes ut fra andre hensyn. Sentrale vurderinger her vil bl.a. gjelde bydelenes sensitivitet når prisen på sykehjemsplassene økes eller reduseres. Det kan også henføres at subsidiering vil lette SYEs tilpasning til redusert etterspørsel. Subsidiering vil dermed "smøre" systemet i det året tilpasningen må finne sted.

5. Et finansieringssystem som sikrer god utnyttelse av alle typer plasser – utfordringer

SYE gir i 2013 et variert tilbud av plasser både for personer som har innvilget langtidsplass og for personer som skal ha korttidsopphold. Innbyggernes behov ligger til grunn for bydelenes bestillinger av de ulike plasstypene. Bydelene har imidlertid stramme rammer og må til enhver tid vurdere hvordan midlene best kan brukes for i størst mulig grad å dekke disse behovene. Flere forhold ved finansieringssystemet kan derfor få betydning for hvordan bydelene reagerer i sykehjemsmarkedet. Viktig er:

- *Differensierte priser for ulike korttidsplasser i sykehjem.*
- *System med en bloc bestillinger for et visst antall måneder fremover.*

5.1 Differensierte priser for ulike plasser i sykehjem

For plasser til personer som har fått innvilget langtidsopphold, er utfordringene vedrørende *differensierte priser for ulike plasser i sykehjem* drøftet i Delrapport 1. For bedre å sikre likebehandling, god utnyttelse av dyre plasser og ubyråkratisk behandling, er det der foreslått at bydelene betaler en gjennomsnittspris for alle langtidsplasser og at SYE overtar ansvaret for bruk av alle typer langtidsplasser. På denne måten vil ikke lenger prisforskjeller kunne innvirke på den type plass langtidspasientene tilbys, og ulik vurderingspraksis mellom bydelene vil ikke gi forskjellsbehandling. Bystyrets prioriteringer, eller kapasitetsproblemer i SYE, kan imidlertid fremdeles føre til at enkelte pasienter må vente på plass som gir det mest optimale tilbudet. Det vises til rapporten, Delrapport 1.

For plasser til personer som har fått innvilget korttidsopphold, har SYE i dag en rekke tilbud. Sanering av tilbudene er drøftet i Delrapport 2. Forslag i rapporten innebærer at de to gruppene ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser opprettholdes. Dagens priser avspeiler allerede denne todelingen. Bydelene betaler ca 6 % mer for rehabiliteringsplasser enn for ordinære korttidsplasser, og det er ingen ytterligere prisdifferensiering. Kostnadsforskjellene er imidlertid større: En rehabiliteringsplass er 28 % dyrere enn en ordinær korttidsplass, jf. tabellen under punkt 3. I og med at bydelene har ulike mål for bestilling av henholdsvis ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser ville det være naturlig å foreslå at prisene skulle reflektere kostnadsforskjellen mellom disse plassene, dvs. 28 %. I en stram økonomisk situasjon kan bydelene imidlertid velge å innvilge flere ordinære plasser hvis prisene avspeiler kostnadene. De kan dermed gi flere et tilbud, men de reduserer samtidig

mulighetene til opptrening i en rehabiliteringsavdeling for innbyggere som kunne profitert på det. Samhandlingsreformens intensjon blir ikke realisert.

For å prøve å sikre mer optimal bruk av korttidsplassene kan prisene settes slik at vi får enten:

- Samme pris på kjøp av alle typer korttidsplasser, *Modell 1*
- En noe høyere pris på kjøp av rehabiliteringsplasser enn for ordinære korttidsplasser, *Modell 2*

Modell 1

Hvis prisen blir den samme for alle typer korttidsplasser, overtar SYE bydelenes ansvar for å vurdere behovet for rehabilitering. Slik systemet er i dag, bestiller bydelene enten en rehabiliteringsplass eller en ordinær korttidsplass. Når en pasient kommer til korttidsopphold foretar SYE en vurdering av vedkommende som grunnlag for å sette opp en behandlingsplan for oppholdet, enten det gjelder rehabiliteringsplass eller ordinær plass. Disse vurderingene kan, i en modell med enhetspris, brukes til å plassere pasientene enten i rehabiliteringsavdelinger eller ordinære korttidsavdelinger. En omlegging av systemet skaper derfor ikke merarbeid for SYE. SYE får også større fleksibilitet til å endre behandlingsplan/plasstype for en pasient i løpet av oppholdet. Enhetsprisen forenkler en bloc bestillingene for bydelene. De trenger ikke vurdere særskilt hvor mange rehabiliteringsplasser hhv. ordinære korttidsplasser de vil få behov for.

Modell 2

Ved å opprettholde en differensiert pris, kan bydelene i større grad vurdere egne tiltak opp mot tilbud om rehabilitering i SYE. Hun som innvilges korttidsopphold, skal tilbake til eget hjem i bydelen og bydelen har ansvar for henne også etter endt opphold. Differensiert pris vil derfor øke bydelenes ansvarsbevissthet og fleksibilitet. Prisforskjellene mellom de to plasstypene kan imidlertid være mindre enn kostnadsforskjellene, hvis det gir mer optimal tilpasning. Vi har sett at bydelene bestilte langt flere rehabiliteringsplasser enn før da prisforskjellene mellom de to plasstypene ble vesentlig redusert i 2010. Det kan tyde på at bydelene er sensitive for prisforskjeller på korttidstilbudene. For å hindre reduksjon i bestilling av rehabiliteringsplasser begrunnet i økonomi, kan det derfor være hensiktsmessig med en viss underprising av rehabiliteringsplassene. Hvis denne modellen for prising av korttidsplasser velges, foreslås det at rehabiliteringsplassene prises 10 % høyere enn ordinære korttidsplasser. Behov for underprising bør vurderes på nytt etter at det nye finansieringssystemet har virket et år.

Arbeidsgruppen ser fordeler og ulemper med begge prismodellene. Før en konkluderer med valg av modell, bør forslaget høres i bydelene.

5.2 System med en bloc bestillinger fra bydelene

Bydelene bestiller forskuddsvis et visst antall korttidsplasser i SYE. Fra 2013 skjer det hvert halvår, og bydelene betaler for disse plassene en bloc, uavhengig av faktisk belegg. I et slikt system vil det være god økonomi for de bydelene som har ledige korttidsplasser, å bruke disse

til personer som ellers ville fått innvilget langtidsplass. Det er imidlertid ingen god situasjon for de personene det gjelder, og det skaper også utfordringer for pleie og behandling i de avdelingene som får pasienter som skulle hatt et langtidstilbud.

Det foreslås som hovedregel at SYE får fullmakt til å flytte pasienter med gjentatte vedtak om korttidsopphold/faktisk liggetid ut over 8 uker til plasser i langtidspsykehjem, etter at bostedsbydelen har hatt anledning til å vurdere om pasienten skal føres tilbake til tilbud utenfor SYE.

6. Et finansieringssystem som fordeler risiko på aktørene – utfordringer

6.1 Fordeling av risiko mellom SYE og bydelene

Kjøp og salg av sykehjemsplasser skjer i all hovedsak mellom aktører i Oslo kommune. Prisene er fastsatt for å få en god, behovstilpasset utnyttelse av tilbudene og sikre en rimelig fordeling av økonomisk risiko mellom aktørene.

I dagens finansieringsmodell har SYE ansvar for at sykehjemmene til enhver tid er fullt belagt. Fullt belegg defineres som 97,3 % av antall tilgjengelige sengeplasser. Det er derfor allerede i definisjonen gjort fratrekk for ansvar vedrørende forhold som SYE ikke kan påvirke. Det gjelder for eksempel stengning på grunn av nødvendig vedlikehold, på grunn av utbrudd av MRSA og for normal faktureringsvikt som følge av at det tar noe tid fra en langtidsseng blir ledig til den igjen blir belagt.

Bydelene bestiller langtidsplasser etter hvert som behovet oppstår. SYE har ansvar for at det er plasser tilgjengelig. Oppholdstid i langtidsavdelinger varer i gjennomsnitt ca 2 år. Det gir stabilitet, og erfaring har vist at SYE klarer å tilpasse sengekapasiteten etter behovet når bestillingsmengden ikke endrer seg dramatisk. Det foreslås ingen endring i nåværende økonomiske risikofordeling for bruk av langtidsplassene.

Bydelene bestiller korttidsplasser en bloc tre ganger i året, fra 2013 to ganger i året. Disse plassene betaler bydelene fullt ut for, uavhengig av om de blir belagt eller ikke. For disse plassene bærer med andre ord bydelene den økonomiske risikoen. Hvis de har overvurdert behovet, betaler de for flere plasser enn de bruker. Bydelene har imidlertid muligheter til å etterbestille korttidsplasser enkeltvis, spotplasser, hvis det viser seg at de trenger flere plasser utover en bloc. Bydelene er da ikke sikret plass på korttidsavdeling i egen bydel, men betaler heller ikke mer for bruk av slike spotplasser enn for en bloc plassene. SYE bærer risikoen for at det er et tilstrekkelig antall spotplasser tilgjengelig til enhver tid.

Vedlegg to gir oversikt pr bydel over en bloc bestillinger og fakturerte spotplasser pr. bydel pr. tertial. Det synes som om bydelene har ulik strategi for bruk av spotplasser. Noen bydeler bruker i langt større grad enn andre mulighetene til å kjøpe spotplasser, bruken varierer fra nærmere 12 % av alle plasser til ikke noe kjøp av spotplasser. I gjennomsnitt er ca 5 % av plassene bestilt som spotplasser. Bestillingsmønsteret i 2012 er oppsummert i nedenstående tabell.

<i>Periode</i>	<i>En bloc bestillinger</i>	<i>Spotbestillinger</i>	<i>%vis bruk av spotplasser</i>
1. tertial 2012	553	18,95	3,43 %
2. tertial 2012	558	27,70	4,96 %
3. tertial 2012	521	33,07	6,35 %

En bloc-bestillingene gjør det i større grad mulig for SYE å planlegge drift av plassene. Enkeltkjøp gjør at bydelene kan gi tilbud i perioder med toppbelastning. Forutsatt at tidsperioden for toppbelastning er ulik i de ulike bydelene, vil det samlede behovet for å ha tilgjengelige plasser være mindre for byen totalt, gitt nåværende system, enn hvis ansvaret blir lagt til hver bydel. Nåværende fordeling av økonomisk risiko mellom SYE og bydelene synes derfor samfunnsmessig riktig.

Bydelene har imidlertid mulighet for å velte all risiko over til SYE, gitt dagens system. De kan bestille et absolutt minimum av plasser en bloc og etterbestille spotplasser når behovet oppstår. Dermed bærer de ingen risiko for ledighet. For i større grad å oppmuntre til nøktern, men realistisk planlegging i bydelene, foreslås det derfor at spotplasser prises noe høyere enn en bloc-plassene. Prisforskjellen må imidlertid ikke være så stor at bydelene ser seg tjent med å øke bestillingene så mye at de sikrer seg mot å måtte betale for spotplasser. Det er samfunnsmessig ulønnsomt. Det foreslås i utgangspunktet at pris på spotplassene settes 25 % høyere enn prisen på en bloc-plassene. Det gir en pris som tilnærmet dekker driftsutgiftene til en ordinær korttidsplass. For å redusere bydelenes risiko i denne modellen, kan da bestillingsfrekvensen på nytt økes til tre ganger i året. Både prisforskjellen og bestillingsfrekvensen må evalueres etter at det nye systemet har virket en stund.

6.2 Fordeling av risiko mellom SYE og sykehjem som ikke drives av Oslo kommune.

SYE inngår kontrakter med private, konkurranseutsatte og ideelle stiftelser om kjøp av plasser som etaten videreselger til bydelene. Kontraktperioden er 6 år med mulighet for 2 års forlengelse. Oslo kommune kan si opp plasser i kontraktperioden. For kommersielle sykehjem er oppsigelsestiden satt til 4 måneder, og prisreduksjonen er satt lik besparelsen. For ideelle stiftelser er oppsigelsestiden 7 måneder (1 måneds varsel og 6 måneders utsatt virkningsperiode). Stiftelsene kan forhandle om den prisreduksjonen som følger av redusert kjøp skal være lik de besparelsene som oppnås.

Kontraktene som SYE har med ikke-kommunale virksomheter er etter dette bygd opp slik at SYE kan tilpasse seg reduksjoner i etterspørselen. Det foreslås ingen endringer.

SYE har også rammeavtaler på å kjøpe et visst antall plasser i utenbys sykehjem. Det gir etaten større fleksibilitet i perioder med økt etterspørsel. Personer som har fått innvilget fast plass i sykehjem, har fritt sykehjemsvalg. I perioder med ledige plasser i Oslo-sykehjem, vil personer som velger en plass i utenbys sykehjem, gi kommunen ekstrautgifter. Hvis beboeren med plass på sykehjem utenfor Oslo i tillegg melder flytting til sykehjemskommunen, vil Oslo bli trukket dobbelt for disse plassene. Oslo mister det statlige tilskuddet per capita fordi

personen ikke lenger regnes som Oslobeboer, men må fremdeles betale for sykehjemsplassen utenbys. Det foreslås at det frie sykehjemsvalget begrenses til plasser i innenbys sykehjem.

7. Oppsummering – Samlet fremstilling av forslagene

I det nedenstående er det gitt en kortfattet, samlet oversikt over de endringene som er foreslått i de tre delrapportene som er utarbeidet i tilknytning til svar på verbalvedtak H36. Det er også redegjort for noen praktiske konsekvenser ved gjennomføring av disse.

7.1 Organisering av og system for prising av langtidsplassene

Følgende foreslås:

- Det etableres egne langtidssykehjem.
- Når en bydel har fattet vedtak om en fast plass på sykehjem, overtar SYE ansvaret for å ivareta beboerens omsorg og plassere denne på riktig omsorgsnivå.
- Bydelene betaler en årlig enhetspris for hver av sine sykehjemsbeboere, en pris som samlet sett skal dekke SYEs nettoutgifter for drift av langtidsplassene, med unntak for plassene ved Villa Enerhaugen, der det betales kostnadsdekkende pris.
- SYE vurderer til enhver tid behov for endringer i de ulike plasstypene for langtidsbeboere. Økt behov for spesialplasser, som plasser i skjermet enhet etc., som ikke kan etableres innenfor budsjetttrammene, spilles inn i budsjettprosessen som tilleggsforslag. Bystyret får dermed mulighet til direkte å bestemme kvaliteten på sykehjemstilbudet i Oslo.
- Tilleggsforslagene utformes som forslag til økning av bydelsrammen, for å kompensere for økt enhetspris på plasser i langtidssykehjemmene.
- Det foreslås at det frie sykehjemsvalget begrenses til plasser i innenbys sykehjem.

7.2 Organisering av og system for prising av korttidsplassene

Følgende foreslås:

- Det opprettes egne sykehjem for korttidsbehandling, og korttidssykehjem etableres i hver av de fire bydelsregionene, Sentrum, Vest, Nord og Øst.
 - Antall typer korttidsplasser reduseres, og begrenses til ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser.
 - I den grad det opprettes spesielle, dyrere tilbud om rehabilitering, eller innenfor de ordinære korttidsplassene, skal merkostnadene avregnes på alle typer rehabiliterings- eller korttidsplasser. Endringer skal ikke føre til prisdifferensiering.
 - Det etableres enten
 - en enhetspris for alle korttidsplasser, eller
 - en modell der rehabiliteringsplassene prises 10 % høyere enn ordinære korttidsplasser.
- Valg av modell anbefales foretatt etter høring i bydelene.
- Spotplassene prises 25 % høyere enn kjøp av en bloc plasser. Størrelsen på prisdifferansen evalueres etter at det nye systemet har virket en tid.
 - Ordning med en bloc bestilling to ganger årlig revurderes og kan på nytt økes til tre ganger i året, hvis man velger å prise plasser ut over en bloc høyere.

- SYE får fullmakt til å flytte pasienter med gjentatte vedtak om korttidsopphold/faktisk liggetid ut over 8 uker til plasser i langtidssykehjem, etter at bostedsbydelen har hatt anledning til å vurdere om pasienten skal føres tilbake til tilbud utenfor SYE

7.3 *Alternative forslag til rammefinansiering av SYE*

Nedenfor skisseres to alternative forslag til rammefinansiering av sykehjemmene. Følgende foreslås for begge alternativene:

- Kapitalutgifter og utgifter til Trygghetsavdelingene finansieres i form av rammebevilgninger i SYEs budsjett.
- Utgiftsøkninger i forbindelse med kvalitetshevninger, økning i OPF avgifter etc. legges ikke i rammen, men omregnes til økte priser og kompensasjon for økningene gis som tilleggsbevilgninger i bydelsrammen.

For **alternativ 1** foreslås følgende:

- SYE gis en grunnfinansiering på 500 mill. i 2013-priser.

Dette beløpet tilsvarer omtrent størrelsen på de subsidiene som bystyret siden 2009 har gitt til ulike typer plasser i sykehjemmene. Ved nytt system for finansiering av sykehjemstilbudene, vil det ikke lenger være prisforskjeller mellom ulike typer langtidsplasser og dermed ikke behov for å subsidiere enkelte tilbud. Prisforskjell mellom langtidsplasser og korttidsplasser (samt kanskje mellom ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser) vil fremdeles bestå, og forskjellsnivået bør vurderes etter at det nye systemet har virket en tid. Eventuelle endringer bør skje med utgangspunkt i disse vurderingene. Det er ikke gitt at priselastisiteten er så stor at prisendringer fører til ønskete endringer i bydelenes bestillinger.

En grunnfinansiering av SYE vil føre til at SYE får litt mindre omstillingsutfordringer ved redusert etterspørsel. Det skjer fordi noe av driftsfinansieringen ligger i rammen.

For **alternativ 2** foreslås følgende:

- SYEs utgifter til drift av langtidssykehjem og korttidssykehjem dekkes i sin helhet av de prisene som bydelene betaler for disse plassene.

I dette alternativet vil prisene i større grad gjenspeile kostnadsforskjellene mellom tiltak som er etablert i bydelene, lavere i omsorgstrappen, og sykehjemstiltak. Det gir bydelene et økonomisk sett riktigere grunnlag for kost/nytte vurderinger. Reell pris vil imidlertid bli høy og kan føre til at bydelene etablerer egne tiltak som ikke godt nok dekker beboernes behov, men som kan gi bydelene mulighet til å tilby flere hjelp. Det blir da heller ikke et felles og likt tilbud for hele Oslo.

7.4 *Andre forhold*

Ovenstående vurderinger har ikke omhandlet dagsenterplasser og plasser i aldershjem. Det foreslås at dagsenterplassene opprettholdes på sykehjemmene, og at de prises til selvkost. Det foreslås videre at aldershjemplasser fortsatt prises til selvkost.

8. Økonomiske og administrative konsekvenser – en skisse.

Forslag om å etablere egne sykehjem for henholdsvis langtids- og korttidsbeboere vil kreve relativt store engangskostnader, i form av flyttekostnader og eventuelt nødvendige oppussings-/rehabiliteringskostnader. Omstillingskostnadene kan først beregnes når det er bestemt i hvilke bygninger henholdsvis langtids- og korttidsbehandling skal finne sted, og hvilken overgangsordning man evt. ønsker å etablere.

Andre endringer som er foreslått i kapittel 7, vil kunne gjennomføres innenfor SYEs nåværende nettorammer, og vil ikke gi Oslo kommune merutgifter, totalt sett. Som beskrevet i det foregående, vil imidlertid valg av modell for prising av SYEs tjenester gi SYE ulike tilpasningsutfordringer i en dynamisk virkelighet.

Valg av prismodell vil også påvirke bydelene på flere måter. Vi har ovenfor skissert noen sannsynlige handlingsalternativer for bydelene, gitt ulike modeller. Her vil vi understreke at de foreslåtte endringene også vil gi fordelingsvirkninger bydelene imellom, på det tidspunkt ordningen innføres. For eksempel vil enhetspris på langtidsplasser føre til at bydeler som har mange ordinære plasser i forhold til spesialplasser, betale mer enn før, mens bydeler som i stor grad har måttet bestille spesialplasser til sine beboere, vil tjene på ordningen. På sikt vil disse forskjellene utviskes da behov for spesialplasser antas å være normalfordelt mellom bydelene over et visst antall år.

Vedlegg:

1. Samlet oversikt over SYEs budsjett 2007 – 2013
2. Bruk av korttidsplasser ut over en bloc i 2012.

Vedlegg 1

Samlet oversikt over SYEs netto ramme 2007 -2013 (beløp i 1000 kr)

Årstall	Bev. Instans	Kapitalut- gifter, husl m.m.	Økning i kvalitet	Effektivi- seringskrav netto	Subsidier	Lønns- og priskom- pensasjon	Annet	SUM
2007								
	Tilleggsinnst.	291 695					30 086	321 781
	Bystyret							321 781
2008								
	Sak1		7 441			8 638	11 658	349 518
	Tilleggsinnst.		6 000			18 550		374 068
	Bystyret			-6 000	6 000	-		374 068
2009								
	Sak1	7 696	7 246	-4 327	32 000	15 438	-1 600	430 521
	Tilleggsinnst.	-1 122	11 500		22 000	9 900		472 799
	Bystyret				20 000			492 799
2010								
	Sak1	214	-4 600	-1 565	180 000	14 949		681 797
	Tilleggsinnst.	700				7 069		689 566
	Bystyret							689 566
2011								
	Sak1	-11 300		-6 565		56 212	15 000	742 913
	Tilleggsinnst.					1 367		744 280
	Bystyret							
2012								
	Sak1	500		-8 310		63 680	-17 000	783 150
	Tilleggsinnst.					6 657		789 807
	Bystyret		10 000	-5 000	105 000	-		899 807
2013								
	Sak1		20 000	-23 506		76 805	14 800	987 906
	Tilleggsinnst.	-7 700	-6 500			2 152		975 858
	Bystyret		51 000		70 000			1 096 858
Sum		280 683	102 087	-55 273	435 000	281 417	52 944	1 096 858

Bruk av korttidsplasser ut over en bloc i 2012

PERIODE	1. Tert	KUN KORT/REHAB UTOVER EN-BLOC			
Bydel	Døgn utover en-bloc	Døgn pr tert	Omregnet til plasser pr tertial	Bestilt Enbloc	%- vis bruk utover bestilling
Totalt 1	144	121,00	1,19	27,00	4,41 %
Totalt 2	60	121,00	0,50	31,00	1,60 %
Totalt 3	32	121,00	0,26	36,00	0,73 %
Totalt 4	319	121,00	2,64	26,00	10,14 %
Totalt 5	441	121,00	3,64	31,00	11,76 %
Totalt 6	172	121,00	1,42	16,00	8,88 %
Totalt 7	92	121,00	0,76	33,00	2,30 %
Totalt 8	222	121,00	1,83	49,00	3,74 %
Totalt 9	372	121,00	3,07	41,00	7,50 %
Totalt 10	31	121,00	0,26	34,00	0,75 %
Totalt 11	263	121,00	2,17	21,00	10,35 %
Totalt 12	0	121,00	-	64,00	0,00 %
Totalt 13	94	121,00	0,78	74,00	1,05 %
Totalt 14	21	121,00	0,17	56,00	0,31 %
Totalt 15	30	121,00	0,25	14,00	1,77 %
	2293		18,95	553,00	3,43 %

PERIODE	2. Tert				
Bydel	Døgn	tertial	plasser	Enbloc	
Totalt 1	191	123,00	1,55	27,00	5,75 %
Totalt 2	194	123,00	1,58	31,00	5,09 %
Totalt 3	51	123,00	0,41	36,00	1,15 %
Totalt 4	86	123,00	0,70	23,00	3,04 %
Totalt 5	209	123,00	1,70	32,00	5,31 %
Totalt 6	160	123,00	1,30	26,00	5,00 %
Totalt 7	126	123,00	1,02	33,00	3,10 %
Totalt 8	63	123,00	0,51	51,00	1,00 %
Totalt 9	551	123,00	4,48	37,00	12,11 %
Totalt 10	0	123,00	-	35,00	0,00 %
Totalt 11	475	123,00	3,86	18,00	21,45 %
Totalt 12	161	123,00	1,31	64,00	2,05 %
Totalt 13	31	123,00	0,25	74,00	0,34 %
Totalt 14	0	123,00	-	56,00	0,00 %
Totalt 15	63	123,00	0,51	15,00	3,41 %
Totalt	2361		27,70	558,00	4,96 %

PERIODE	3. tert				
Bydel	Døgn	døgn	Sum	Enbloc	
Totalt 1	892	122,00	7,31	27,00	27,08 %
Totalt 2	20	122,00	0,16	31,00	0,53 %
Totalt 3	100	122,00	0,82	34,00	2,41 %
Totalt 4	30	122,00	0,25	20,00	1,23 %
Totalt 5	3	122,00	0,02	32,00	0,08 %
Totalt 6					
Totalt 7	124	122,00	1,02	33,00	3,08 %
Totalt 8	110	122,00	0,90	49,00	1,84 %
Totalt 9	755	122,00	6,19	33,00	18,75 %
Totalt 10	81	122,00	0,66	35,00	1,90 %
Totalt 11	427	122,00	3,50	18,00	19,44 %
Totalt 12	74	122,00	0,61	64,00	0,95 %
Totalt 13	15	122,00	0,12	74,00	0,17 %
Totalt 14	-60	122,00	(0,49)	56,00	-0,88 %
Totalt 15	48	122,00	0,39	15,00	2,62 %
Totalt	2619		33,07	521,00	6,35 %



Oslo kommune
Sykehjemsetaten
Administrasjonen

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester
Rådhuset
0037 OSLO

Unntatt offentlighet
Offl §14.1ledd

Dato: 07.10.2013

Deres ref:

Vår ref (saksnr):
201300974-3

Saksbeh:
Sveinung Lervåg, 23 43 30 74

Arkivkode:
240.0

**NY PRISSTRUKTUR FOR KORTTIDSPLASSE OG NY ORGANISERING AV
ANSVARSDDELING MELLOM BYDELENE OG SYE FOR LANGTIDSBEBØERE**

Sykehjemsetaten viser til byrådsavdelingens brev av 29.8.2013.

Vedlagt følger Arbeidsgrupperapport «Detaljutføring av ny finansieringsstruktur for SYEs tjenester – Oppfølging av tre delrapporter vedrørende verbalvedtak H 36 2012» som svar på byrådsavdelingens brev.

Rapporten er utarbeidet gjennom en arbeidsgruppe ledet av Sykehjemsetaten der bydelene Gamle Oslo, St. Hanshaugen, Frogner, Stovner, Østensjø og Nordstrand har deltatt på vegne av sine sektorer. Fra organisasjonene har Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet deltatt.

Med hilsen


Per Johannessen
etatsdirektør


Margaret Arentz Gjertsen
avdelingsdirektør økonomi og
administrasjon

Vedlegg: Arbeidsgrupperapport «Detaljutføring av ny finansieringsstruktur for SYEs tjeneste – oppfølging av tre delrapporter vedrørende verbalvedtak H 36 2012»

Kopi til: Bydelene Gamle Oslo, Frogner, Stovner, Nordstrand.



Sykehjemsetaten
Administrasjonen

Postadresse:
Postboks 435, Sentrum
0103 Oslo

Besøksadresse:
Nedre Slottsgt. 3

Telefon: 02 180
Telefaks: 23 43 30 09
Bankkto.: 1315.01.03295

E-post: postmottak@syke.oslo.kommune.no



Oslo kommune
Sykehjemsetaten

Detaljutforming av ny finansieringsstruktur for SYEs tjenester
Oppfølging av tre delrapporter vedrørende verbalvedtak H 36/2012

Rapport fra en arbeidsgruppe med representanter fra
Sykehjemsetaten og bydelene

1. Arbeidsgruppens sammensetning og mandat

Arbeidsgruppen har hatt følgende mandat, gitt av EST i brev av 29.08. 2013, jf Vedlegg 1:

I rapporter om ny finansieringsmodell og organisasjonsstruktur har SYE foreslått ny modell for prising av korttidsplasser og ny ansvarsfordeling mellom bydelene og SYE for langtidsbeboere. EST ber om at disse forslagene blir konkretisert nærmere av en arbeidsgruppe i SYE. Det forutsettes at arbeidet avsluttes slik at eventuelle endringsvedtak kan fattes i forbindelse med tilleggsinnstillingen, i hvert fall vedrørende nye priser på korttidsplasser.

Arbeidsgruppen ble konstituert i møte 17.09. 2013 og har følgende medlemmer:

Fra SYE: Per Johannessen, leder, Anne B. Sørli, Morten Gohn, Margaret A. Gjertsen, Heidi Englund Bitte Thoen, Sveinung Lervåg og Bente Sæve.

Fra bydelene: Lasse Østmark, BGO, Håkon Kleven, BOS, Roger Westgaard, BNS, Bjørn Haraldsen, BSR, Åsmund Dalbye, BSH, og Marianne Thoresen, BFR.

Fra organisasjonene: Birgit Jensen, NSF og Liv Andreassen, Fagforbundet.

Sekretær har vært: Tone Pahlke, EST.

Gruppen har hatt 5 møter. Prinsippene og de faglige begrunnelsene er omforente, men en bydel, som får en stor tilpasningsutfordring ved overgang til enhetspris, vil ta et initiativ overfor EST med sikte på en annen løsning i forhold til utjevning.

Oslo, 07.10. 2013

Per Johannessen
direktør for Sykehjemsetaten

2. Ny prisstruktur for korttidsplasser

Mandatet gir gruppen følgende utgangspunkt: I ny prisstruktur skal ordinære korttidsplasser prises noe lavere enn rehabiliteringsplasser. Alle typer rehabiliteringsplasser skal ha samme pris. Pris pr. plass for en bloc bestillinger skal være noe rimeligere enn pris pr. plass for spot plasser. Forslag til ny prisstruktur for korttidsplasser skal sikre at SYE får det samme inntektsgrunnlaget fra korttidsplasser som i dagens system.

Gruppen er enig om følgende:

- a. Fra og med 2014 foretas det igjen bestilling av en bloc-plasser 3 ganger i året. Hovedbestilling gjøres ved årsskiftet, på samme måte som i dag.
- b. Prisdifferansen mellom ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser opprettholdes på dagens nivå.
- c. Bestilling av korttidsplasser ut over en bloc, spot-plasser, prises 10 % høyere enn en bloc-plassene.
- d. Det legges til grunn at etterspørselen etter spot-plasser vil synke fra 10 vel % til ca 5 % når prisen blir høyere. Beregnet merinntekt for SYE ved et slikt salg av spot-plasser blir da ca 1,5 mill. Dette beløpet skal dekke SYEs merkostnader mht alltid å ha plasser tilgjengelige.
- e. Evaluering av ordningen med høyere prising av spot-plassene foretas høsten 2014.
- f. For 2014 gir dette følgende priser på korttidsplasser:
 - i. Ordinær korttidsplass, en bloc, som i vedtatt budsjett 2014
 - ii. Rehabiliteringsplass som i vedtatt budsjett 2014
 - iii. Spotplass 10 % påslag på vedtatt pris.

Det understrekes at det ikke er mulig på forhånd å dokumentere effektene av å øke prisene på spot-plassene, og hvor stor prisøkningen må være for å få en beregnet effekt. De aller fleste bydelene har i sine høringsuttalelser gitt uttrykk for at de forstår SYEs behov for større forutsigbarhet gjennom å redusere bruk av spot-plasser, og tror dette kan gjøres ved å prise spot plassene noe høyere enn en bloc plassene. Ovenstående forslag bygger på rimelighetsvurderinger både i bydelene og i SYE.

Det gjøres for ordens skyld oppmerksom på at gruppen ikke har behandlet prisstruktur for verken de seks korttidsplassene ved Villa Enerhaugen, dagsenterplasser eller aldershjems plasser.

3. Ny prisstruktur for langtidsplasser inklusive fordelingsvirkninger for bydelene

*Mandatet gir gruppen følgende utgangspunkt: Arbeidsgruppen skal komme med forslag som gjør det mulig å innføre en fast pris på langtidsplass i sykehjem, uavhengig av omsorgsnivå. Ny pris skal sikre at SYE får det samme inntektsgrunnlaget fra langtidsplasser som i dagens system. Det skal redegjøres for hvilke fordelingsvirkninger ny prisstruktur får for bydelene, samt for behov for overgangsordning, og eventuelt forslag til utforming av en slik overgangsordning. Det skal også skisseres hvordan SYE vil praktisere enhetlig vurdering i forbindelse med skifte av omsorgsnivå, og et system for behandling av klager fra beboere og pårørende i forbindelse med endring/opp-
rettholdelse av omsorgsnivå.*

Gruppen er enig om følgende:

- a. Enhetspris på langtidsplasser beregnes for alle langtidsplasser med unntak av:
 - i. 26 plasser ved Villa Enerhaugen, for yngre demente.
 - ii. 11 plasser ved Spesialavdeling for nevrologiske lidelser på Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter.

For disse plassene betaler bydelene kostnadsdekkende pris.
- b. For sterkt kostnadskrevende pasienter betaler bydelene ekstra, etter avtale forhandlet fram mellom bostedsbydelene og SYE. Det gjelder pasienter som krever en del mer enn maksimalt omsorgsnivå i SYE (faktor 1,7).
- c. For å gi bydelene mulighet for mer fleksibel tilpasning til ny prisstruktur, skal halvparten av beregnede fordelingsvirkninger ved innføring kompenseres/belastes bydelene. Ny prisstruktur får etter dette full effekt fra år to.
- d. Hvis ny prisstruktur for langtidsplasser innføres fra 01.01. 2014, vil dette gi følgende endringer:
 - i. Enhetspris pr. langtidsplass kr. 705 743.
 - ii. Budsjettmessig omfordeling i bydelene, for å gi 50 % virkning i år 1, se vedlegg 2 som viser simulering med utgangspunkt i plassfordeling pr. september 2013.

En gjennomgang av tilleggsfakturaer til bydelene for sterkt kostnadskrevende pasienter i 2012, viste at dette omfattet 28 pasienter. 25 av disse trengte kostnadskrevende, spesialtilpasset pleie allerede ved inntak. For tre pasienter ble helsetilstanden akutt forverret en tid etter inntak. Bydelene vil derfor i meget begrenset utstrekning få uventede henvendelser fra SYE med ønske om ekstra betaling. Det understrekes at eventuell overføring av sykehjemspasienter til spesialavdelingen ved Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter eller Villa Enerhaugen, vil falle inn under kategorien "akutt forverring" og utløse behov for avtale med bostedsbydel før flytting.

Det er foretatt en simulering av fordelingsvirkningene bydelene imellom ved innføring av ny enhetspris pr. 01.01. 2014. Detaljer for denne gis i vedlegg 2. Til grunn for simuleringen ligger et antatt forbruk av sykehjemsplasser i 2013 og prisnivå i 2014. Denne simuleringen har gitt nedenstående omfordelingseffekter.

<i>Omfordelingsstørrelse</i>	<i>Antall bydel berørt</i>	<i>Bydeler som vinner på Omleggingen</i>	<i>Bydeler som taper på omleggingen</i>
Fra 5 til 9 mill.	3	Grorud, Alna	Nordstrand
Fra 2 til 3 mill.	4	Søndre Nordstrand	Gamle Oslo, Frogner, Østensjø
Fra 1 til 2 mill.	2	Vestre Aker	Ullern
Under 1 mill.	6	Sagene, St. Hanshaugen, Nordre Aker, Bjerke	Grünerløkka, Stovner

Bydel Nordstrand vil, som eneste bydel med en negativ effekt høyere enn 3 mill. etter disse beregningene, få et tilpasningsproblem på nærmere 9 mill. Bydelen vil derfor ta et initiativ overfor EST med sikte på en annen løsning i forhold til utjevning.

4. Risikoanalyse ved endring av plasser og prisstruktur

Arbeidsgruppen har hatt følgende utgangspunkt: I henhold til Prinsipper for virksomhetsstyring i Oslo kommune, avgitt av Byrådsavdeling for finans 22.09. 2011, skal risikostyring ivaretas løpende i planlegging, gjennomføring og oppfølging av tiltak, og tilpasset virksomhetens risikonivå og egenart.

Arbeidsgruppen har foretatt risikovurdering av følgende to forhold: vedrørende plasser, jf. vedlegg 3, og vedrørende priser, jf. vedlegg 4. Det vises til disse vedleggene.

Samlet sett mener gruppen at ROS analysen gir grunnlag for å gjennomføre forslagene fra arbeidsgruppen. Det er uproblematisk å innføre økt pris på spot-plasser, og gjeninnføre bestilling tre ganger pr. år for korttidsplassene. Kritisk for innføring av enhetspris for langtidsplasser er, etter gruppens syn:

- teknisk tilpasning i GERICA-systemet, og fortrinnsvis innføring av GERICA i alle sykehjem
- innføring av en overgangsordning for bydelssektoren
- godt samarbeid og gjensidig rolleforståelse mellom SYE og bydelene.

5. Vurdering av nye rutiner i SYE - for enhetlig vurdering av omsorgsnivå, og for behandling av klager

Det vises til SYEs redegjørelse i vedlegg 5 og vedlegg 6. Detaljutforming av rutinene kan først skje etter at Kommuneadvokaten har vurdert om det er behov for enkeltvedtak i forbindelse med endring av omsorgsnivå i sykehjemmene.

6. Skisse til priser uten rammebevilgninger i SYE

Mandatet gir gruppen følgende utgangspunkt: Arbeidsgruppen skal foreslå et alternativ for prising av korttidsplasser der subsidieringsbeløpet overføres bydelene og prisene oppjusteres tilsvarende. Likeledes skal arbeidsgruppen foreslå et alternativ der dagens subsidiering av langtidsplasser overføres bydelene og prisene oppjusteres tilsvarende.

Utfordringer i forbindelse med bortfall av subsidiering er behandlet i Delrapport 3, kapittel 4 Et finansieringssystem som gir fleksibilitet og som dekker kostnadene – utfordringer, og det vises til denne.

I dag dekker SYEs rammebevilgning både:

- a. Faste kostnader, dvs. kapitalkostnader ved bygg og kostnader til drift av trygghetsplassene som de eldre selv bestiller uten behovsvurdering i bydelene.

- b. Deler av de variable kostnadene, dvs. subsidier gitt for å dekke deler av driftskostnadene for enkelte typer plasser, for å stimulere til økt forbruk av disse plassene.

Gruppen er enig om følgende:

- a. Faste kostnader, som kapitalkostnader ved bygg, og kostnader til drift av trygghetsplassene, bør legges til SYE som rammebevilgning. Det reduserer SYEs risiko for utilsiktede mer- eller mindreforbruk når den faktiske etterspørselen ikke svarer til den forventede.

Det vises også til at kapitalkostnader for ideelle sykehjem og sykehjem der SYE leier bygningene, varierer uavhengig av deflator. Det gir derfor liten forutsigbarhet hvis disse kostnadene må beregnes årlig og legges på prisen bydelene skal betale.

- b. Bortfall av alle driftssubsidier på ulike typer plasser vil i 2014 bety en overføring av vel 760 mill. fra SYEs ramme til fordeling blant bydelene. Det vil i gjennomsnitt gi bydelene en økning i budsjettrammen på 50 mill, mens pris pr. sykehjems plass i gjennomsnitt blir ca 200 000 dyrere, gitt dagens faktorer.. Gruppen mener en slik endring vil kunne gi store, utilsiktede konsekvenser, og fraråder at det gjøres nå, samtidig som ny finansieringsstruktur for øvrig etableres.
- c. Reduksjon av subsidiegraden for driftskostnader i ulike sykehjemstilbud bør vurderes når ny prisstruktur er godt etablert. Reduksjonen bør gjennomføres gradvis og effektene evalueres årlig.

VEDLEGG 1

Mandat gitt SYE i brev av 29.08. 2013

NY PRISSTRUKTUR FOR KORTTIDSPLASSE OG NY ORGANISERING AV ANSVARSDDELING MELLOM BYDELNE OG SYE FOR LANGTIDSBEOERE

I rapporter om ny finansieringsmodell og organisasjonsstruktur har SYE foreslått ny modell for prising av korttidsplasser og ny ansvarsfordeling mellom bydelene og SYE for langtidsbeboere. EST ber om at disse forslagene blir konkretisert nærmere av en arbeidsgruppe i SYE. Det forutsettes at arbeidet avsluttes slik at eventuelle endringsvedtak kan fattes i forbindelse med tilleggsinnstillingen, i hvert fall vedrørende nye priser på korttidsplasser.

Bydelene blir sterkt berørt av forslagene. EST vil derfor tilskrive bydelene og be om at det fra hver bydelsregion oppnevnes en representant som tiltrer arbeidsgruppen.

EST legger følgende premisser til grunn for arbeidet:

Fase 1 arbeid: Ny prisstruktur på korttidsplasser.

1. I ny prisstruktur skal ordinære korttidsplasser prises noe lavere enn rehabiliteringsplasser.
2. Alle typer rehabiliteringsplasser skal ha samme pris.
3. Pris pr. plass for en bloc bestillinger skal være noe rimeligere enn pris pr. plass for spot plasser.
4. Forslag til ny prisstruktur for korttidsplasser (punktene 1 til 3) skal sikre at SYE får det samme inntektsgrunnlaget fra korttidsplasser som i dagens system. To alternative prisnivåer skal imidlertid foreslås, et alternativ der dagens subsidiering av korttidsplasser videreføres, og et alternativ der subsidieringsbeløpet overføres bydelene og prisene oppjusteres tilsvarende.

Fase 2 arbeid: Ny ansvarsdeling mellom bydelene og SYE for beboere på langtidsplasser.

1. Arbeidsgruppen skal komme med forslag som gjør det mulig å innføre en fast pris på langtidsplass i sykehjem, uavhengig av omsorgsnivå.
2. Ny pris skal sikre at SYE får det samme inntektsgrunnlaget fra langtidsplasser som i dagens system. To alternative prisnivåer skal imidlertid foreslås, et alternativ der dagens subsidiering av langtidsplasser videreføres, og et alternativ der subsidieringsbeløpet overføres bydelene og prisene oppjusteres tilsvarende.
3. Det skal redegjøres for hvilke fordelingsvirkninger ny prisstruktur får for bydelene, samt for behov for overgangsordning, og eventuelt forslag til utforming av en slik overgangsordning.
4. Det skal også skisseres hvordan SYE vil praktisere enhetlig vurdering i forbindelse med skifte av omsorgsnivå, og et system for behandling av klager fra beboere og pårørende i forbindelse med endring/oppretholdelse av omsorgsnivå.

Vedlegg 2

Budsjettjustering i 2014 – Halv effekt av omlegging til enhetspris for langtids plass i sykehjem

En illustrasjon

Alle beløp i mill.

Bydel	Effekt i 2014	Budsjettjustering 2014
Gamle Oslo	-2,0	-1,0
Grünerløkka	-0,4	-0,2
St. Hanshaugen	0,2	0,1
Sagene	0,8	0,4
Frogner	-2,7	-2,3
Ullern	-1,2	-0,6
Vestre Aker	1,6	0,8
Nordre Aker	0,4	0,2
Bjerke	0,9	0,4
Grorud	5,5	2,7
Stovner	-0,6	-0,3
Alna	6,7	3,3
Østensjø	-2,4	-1,2
Nordstrand	-9,0	-4,5
Søndre Nordstrand	2,1	1,0
Sum	0	0

Vedlegg 3

Risikovurdering - plassendring

<i>Risikoområde</i>	<i>Vekt</i>	<i>Nr</i>	<i>Tiltak</i>	<i>Frist</i>	<i>Ansvarlig</i>
Gerica er ikke tilpasset når endringen trer i kraft	16	1	Samarb. med HEL/Prosit fra høst 2013. Gj. omføre tilpasning i Gerica	01.08.14	SYE, EST, HEL
Manglende juridisk kompetanse, gitt enkeltvedtak	12	2	Kompetanseheving v. opplæring evt. rekruttering	31.12.14	SYE
Manglende enhetlig praksis i SYEs sykehjem ift riktig plassnivå (eks. private/kommunale)	9	3	- Innarbeide lik praksis, standarder, prosedyrer mm - Definere innhold	31.12.14	SYE
Kommunikasjon og dokumentasjon blir for dårlig ift endring av plasstype	9	3	- Alle sykehjem tar i bruk Gerica våren 2014 - Alt.: Egne rutiner for sykehjem uten Gerica	31.12.14	SYE, EST, UKE
Sykehjemmene/SYE vil holde pasienter på for lavt omsorgsnivå pga økt incitament	9	3	- Innarbeide lik praksis, standarder, prosedyrer mm - Definere innhold. - Bruke nøkkeltall. Regelmessig rapport til EST	01.01.15	SYE
SYE klarer ikke kommunikasjon med brukere/-pårørende ifh plassbytting	6	5	- Fokus på kommunikasjon om dette tema - Vurdere innhold i klagesaker, avvik etc.	01.01.15	SYE
Sykehjem vil forsøke å bli kvitt "vanskelige" pasienter	6	5	- Innarbeide lik praksis, standarder, prosedyrer mm - Egenrevisjon	Fra 2015	SYE
Økt byråkrati	6	5	Førstegangsvurdering i bydel viktig, gode saksbeh.rutiner. Regelmessig dialog mellom SYE/bydel, på ulike nivå i org., fokus: samarbeid og ansvarsdeling	Fra 2015	SYE, bydelene
Flere ekstra kostnadskrevende	6	5	Sikre god dokumentasjon og dialog mellom SYE og bydelene. Utarbeide og innføre felles prosedyre. Egenrevisjon. Dokumentere omfanget.		SYE, bydelene
Bydelen vil ha en oppfatning av at SYE ikke evner å flytte beboer til riktig nivå	4	10	- Innarbeide lik praksis, standarder, prosedyrer mm - Egenrevisjon		SYE, bydelene

Vedlegg 4

Risikovurdering – ny prisnivåmodell

<i>Risikoområde</i>	<i>Vekt</i>	<i>Nr</i>	<i>Tiltak</i>	<i>Frist</i>	<i>Ansvarlig</i>
Ny prismodell slår skjevt ut mellom bydelene	16	1	- Åpenhet gir tilpasning i 2014 50 % effekt i 2015 pga overgangsordn.	01.01.14 Høst 2014	EST EST, SYE
Flere yngre på sykehjem	12	2	- Bydelene har fremdeles ansvaret og regi - Samhandling skjer nå med SYE ikke sykehjem	01.01.15	Bydelene SYE
Kutt i tjenestetilbudet i flere bydeler ved innføring av enhetspris	12	2	- Åpenhet gir tilpasning i 2014 50 % effekt i 2015 pga overgangsordn	01.01.14 Høst 2014	EST EST, SYE
Bydelene oppretter konkurrerende tilbud	9	4	- Understreke forbud - Etterprøve praksis	01.01.15 Høst 2015	EST SYE
Bydelene kjøper færre plasser	9	4	- Dokumentere bruk, antall og type plass - Evaluerer	01.01.15 Høst 2015	SYE SYE, bydel
Økt bruk av og etterspørsel etter tynge plasser	9	4	- Godt dokumentert førstevedtak - Enhetlig system for flytting av omsorgsnivå i SYE	01.01.15 01.01.15	Bydel, SYE SYE
Pasienter blir boende utenfor sykehjem for lenge	6	7	- Følge gjeldende regelverk - Rapportere saksbehandlingstider	Løpende Pr tertial	Bydeler SYE
Mer uklart i forhold til hva som er ekstra kostn.krevende	6	7	- Sikre god dokumentasjon og dialog - Innføre felles prosedyrer - Rapportere plasssammensetning	01.01.15 01.01.15 Pr tertial	SYE og bydeler SYE
Modellen sementerer nivå av spesialplasser for ett år om gangen	6	7	- Evaluerer tilpasset budsjettinnspill - Dialog med bydelene	Fra 2015 Fra 2015	SYE SYE
Bydelene kjøper plasser andre steder (eks utenbys)	4	10	- Understreke forbud - Etterprøve praksis	01.01.15 Høst 2015	EST SYE

Vedlegg 5

Skisse til rutiner – Enhetlig vurdering av omsorgsnivå

Bydelene er i framtiden tiltenkt ansvaret for å fatte langtidsvedtak om sykehjemsplass kun ved første gangs tildeling. Dagens ordning med vedtak om korttidsplasser opprettholdes.

SYE har sendt forespørsel til Kommuneadvokaten om beslutning om endret omsorgsnivå på langtidsplass er enkeltvedtak eller ikke. Svar forventes tidligst i uke 41.

Ad. 1. Beskrivelse av praksis for vurdering av endrede behov og vedtak om spesialplasser

Hensyntatt at Kommuneadvokaten p.t. ikke har avklart problemstillingen over, har SYE utarbeidet forslag til praksis for vurdering av endrede behov og evt. vedtak om spesialplasser.

Generelt

Hensikten er å sikre at alle sykehjem foretar revurderinger av pasientenes omsorgsbehov etter lik framgangsmåte og organisering.

Dokumentet «Inntakskriterier, innhold og kvalitet i sykehjemstilbudet» skal følges. Dette må revideres.

Gerica som fagsystem for plassadministrasjon og dokumentasjon må tilpasses og brukes. Det er nødvendig å utarbeide nye maler, standardtekster og prosedyrer for pasientflyt som følge av endret ansvars plassering mellom bydel og SYE. Det må etableres snarlig kontakt med Helseetaten som eier fagsystemet. Å få gjennomført nødvendige tilpasninger i Gerica er svært viktig for å få til en effektiv flyt i saksbehandlingen.

Det er pr. i dag 8 ikke-kommunale sykehjem som *ikke* bruker Gerica. Det må være et mål å finne tekniske og kontraktsmessige løsninger for disse slik at alle kan ta Gerica i bruk så snart som mulig. For sykehjem som ikke benytter Gerica må det utarbeides særskilte verktøy.

Ved etablering av korttids- og langtidssykehjem blir det viktig å ha fokus på gjeldende føringer. Det er politisk vedtatt at fritt sykehjemvalg gjelder ved tildeling av langtidsplass. Det er også politisk vedtatt at pasienter på langtidsplass skal tilbys enerom. For å møte dette og unngå unødig flytting av pasienter mellom langtidssykehjem, bør alle langtidssykehjem med mer enn ca 80 plasser, tilby både ordinære plasser og skjermede plasser. Sykehjemmene må ha enerom samt mulighet for tilrettelegging i mindre boenheter som gir mulighet for fleksible omsorgsbotilbud.

Praksis i bydel ved bruk av sykehjemsplass

For korttidssykehjem blir bydelenes ansvarsforhold uendret. Bydelene skal fatte vedtak om korttids- og rehabiliteringsplass. Ved revurderinger av omsorgsbehov skal dette fortsatt skje i dialog med den enkelte avdeling.

For langtidssykehjem blir det vesentlige endringer i og med at bydelene kun skal fatte første gangs vedtak om langtidsplass. Dette innbefatter også vedtak om spesialplass. Det er en kritisk suksessfaktor at bydelene ved første gangs vedtak gjør en så treffsikker faglig vurdering som mulig slik at brukeren tilbys plass på riktig omsorgsnivå fra dag én. Revurderinger av pasientenes omsorgsnivå skal håndteres i SYE.

Bydelene skal fortsatt bestille og betale for bruk av sykehjemsplasser. Bydelene har ansvar for vederlagsberegning og å føre tilsyn ved sykehjemmene (via politisk oppnevnte tilsynsutvalg).

Praksis i SYE ved vurdering av endringer i omsorgsbehov på langtidsplass

Endelig praksis må besluttes etter at etaten har mottatt uttalelsen fra Kommuneadvokaten. Det bemerkes imidlertid at gjeldende lovgivning ivaretar pasientens rettssikkerhet, uavhengig av hvor det forvaltningsmessige ansvaret ligger.

Praksis i SYE-sykehjem

- Nåværende praksis skal videreføres, og må presiseres og formaliseres. Det er et mål at ingen brukere skal måtte flytte unødvendig, hverken mellom omsorgsnivå eller mellom sykehjem.

I alle langtidssykehjem (kommunale og ikke-kommunale) gjennomføres og dokumenteres alle endringer på avdelingsnivå av ansvarlige fagpersoner (som i dag).

Avdelingssykepleier skal sammen med lege involveres.

All dokumentasjon skjer i Geric. Det må utarbeides mal for hvordan ny vurdering skal gjennomføres for å sikre at vurderingene er tilstrekkelig dokumentert og at samme elementer inngår i vurderingene. Dette dokumenteres i Geric. For sykehjem som ikke bruker Geric må eget hjelpeverktøy utarbeides og tas i bruk.

Ny vurdering skal være tverrfaglig og viktig dokumentasjon er eksempelvis IPLOS/ADL-status, sykepleie- og legeopplysninger. Det må foreligge oppdatert demenskartlegging der hvor dette er relevant. Informasjonsplikten overfor pasient/pårørende må ivaretas, og likeledes må pasientens uttalerett sikres og dokumenteres.

Konklusjon av vurderingene sendes til institusjonssjef.

- Alle langtidssykehjem behandler sykehjemmets revurderinger og gir anbefaling om nytt tilbud kan gis i eget eller i et annet sykehjem. Dokumentasjonen skjer i Geric. Institusjonssjef er ansvarlig og skal involvere legen i arbeidet.

I en oppstartsfase anbefales at alle sykehjem sender alle innstillinger om endret tjenestenivå til SYE-adm før pasienten flyttes. For ikke-kommunale sykehjem vil en slik løsning trolig bli varig. I kommunale sykehjem kan en vurdere om fullmakten til å flytte pasienter mellom ulike omsorgsnivå innad i eget hus på sikt kan delegeres til institusjonssjef. En slik løsning vil imidlertid bety en forskjellsbehandling av kommunale og ikke-kommunale sykehjem. Hvis løsningen vurderes som aktuell, anbefales det at den prøves ut i mindre skala før den breddes til å gjelde alle kommunale sykehjem. SYE kan også sette fokus på effekten av dette ved egenrevisjon.

Praksis i SYE-adm

SYE-adm mottar innstillinger til endret omsorgsnivå fra alle sykehjem og må fortløpende saksbehandle og beslutte innstillingene, samt sette pasientene på ønske-/venteliste. Det er pasientens plassering ønske-/venteliste som utløser nytt tilbud på annet omsorgsnivå.

Hvis endring i pasientens omsorgsnivå må dokumenteres med nytt enkeltvedtak, må det i SYE-adm fattes nye enkeltvedtak i tråd med gjeldende forvaltningsregler. En slik prosess vil bli mer arbeidskrevende enn hvis nytt enkeltvedtak ikke er påkrevd.

Ansaret for behandling av innkomne endringsmeldinger evt. fatte nye enkeltvedtak kan legges til dagens Avdeling kvalitet, kompetanse og utvikling. Kompetansesammensetting og dimensjonering må avklares etter endelig ansvarsområde er avklart.

Dagens Formidling videreføres med ansvar å formidle ledige sykehjems plasser til pasienter med enkeltvedtak/endringsmeldinger ut i fra en prioritering som følge av pasientens plassering på ønske-/venteliste. Formidlingen vil også være ansvarlig for uttak av statistikk og rapporter.

Vedlegg 6**Skisse til rutiner – Behandling av klager på omsorgsnivå**

Ved klager på enkeltvedtak følges forvaltningslovens bestemmelser for klagebehandling. Det vil si at klagen rettes dit hvor brukeren fikk vedtaket fra. Ved første gangs vedtak betyr dette at bydelen er riktig klageinstans. Ved vedtak om endret omsorgsnivå etter innleggelse, rettes klagen til Sykehjemsetatens administrasjon.

Etter at klagen er behandlet hos det forvaltningsorganet som fattet vedtaket og klagen avvises helt eller delvis, går klagen til fylkesmannen til videre behandling.

Dersom beslutning om endret omsorgsbehov ikke er et enkeltvedtak, rettes innsigelse mot dette til Sykehjemsetatens administrasjon. Etaten må behandle dette etter gjeldende forvaltningsmessige prinsipper.



Dato:20.06.2013

HØRINGSSVAR FRA BYDELENE - ORGANISERING AV KORTTIDSPLASSE OG NY FINANSIERING AV SYKEHJEMSPLASSENE

1. Innledning

Tre delrapporter med forslag til ny organisering av sykehjemstilbudet og ny finansieringsordning for sykehjemsplasser ble sendt bydelene til høring 10. april 2013, med svarfrist 24. mai. Pr. 18. juni hadde alle bydelene besvart henvendelsen. En bydel hadde ingen merknader. Nedenstående punkter oppsummerer de andre 14 bydelenes innspill. Ikke alle bydelene har kommentarer til alle forslagene. Det angis derfor hvor mange bydeler som har kommentert hvert forslag.

2. Egne korttidssykehjem og egne langtidssykehjem

Ti av tretten bydeler støtter forslaget om etablering av egne korttidssykehjem og egne langtidssykehjem. De bydelene som støtter forslaget, legger vekt på at en slik organisering vil gi gevinst både for korttidspasienter og langtidspasienter. Målsettingen for oppholdet er forskjellig, og kompetanse, innsats og holdninger hos personalet vil være forskjellig ut fra om pasienten er tenkt tilbake til eget hjem eller om pasienten skal bo resten av livet i sykehjem. De slutter seg derfor til forslaget om å opprette egne korttidssykehjem, minst ett i hver sektor.

Tre bydeler ser at det kan være fordeler med den foreslåtte organiseringen, men mener ulempene er større. En slik organisering kan gi lange reiseavstander både for saksbehandlere og pårørende, og det fremheves at det vil være uheldig om bydelenes enbloc plasser blir lokalisert på flere sykehjem, eller flere avdelinger, slik at man får mange samarbeidspartnere. Rehabilitering skjer best og har mest effekt når den foregår i brukernes nærmiljø og i tett samarbeid med bydelens tjenester.

3. Vurdering av omsorgsbehov for langtidsbeboere gjøres av SYE. Bydelene betaler en fast gjennomsnittspris

Begrunnelsen for dette forslaget er at Sykehjemsetaten, etter første gangs innleggelse, har best kunnskap om beboernes omsorgsbehov, og at dagens ordning inviterer til byråkrati og uenighet. Dessuten innebærer forslaget at kvalitetsøkning, gjennom opprettelse av flere spesialplasser, automatisk blir løftet til politisk nivå i bystyret, i budsjettbehandlingen, og ikke lenger usynliggjort gjennom avtaler mellom bydelsadministrasjonene og Sykehjemsetaten.

Vurdering av behov for type langtidsplass blir i tillegg foretatt av en sentral instans og ikke av 15 ulike bydelers.

Alle 14 bydelene har kommentarer til dette forslaget. Ti bydelers gir sin tilslutning til prinsippet om at prisen for langtidsplass settes til en snittpris, med forutsetning av at omlegging ikke blir kostnadsdrivende. Det understrekes, i tråd med forutsetningene i forslaget, at andel skjermede og forsterkede plasser ikke må økes uten at merkostnadene blir kompensert i bydelenes budsjetter. En bydel understreker også at den nye ordningen må innebære at sluttstrek er satt for dagens diskusjoner der Sykehjemsetaten mener den ikke kan ta hånd om en bruker fordi vedkommende ikke er på riktig omsorgsnivå.

En bydel, som også støtter forslaget, understreker i tillegg behovet for å sørge for overgangsordninger, slik at omleggingen ikke midlertidig fører til at bydelers som har bygget opp en balansert omsorgstrapp med vektlegging av godt utbygget hjemmetjeneste, i tråd med politiske signaler, skal få betydelige merutgifter i en periode. En bydel etterlyser mer konkret vurdering av bydelens forvaltningsansvar og SYEs muligheter til å flytte beboere i henhold til deres behov. En bydel viser til at ny ordning innebærer at det blir SYE som skal behandle klager over tilbudet i langtidsplassene og er usikker på om SYE har undervurdert det forvaltningsmessige arbeidet dette medfører.

To bydelers gir et mer tvetydig svar på om foreslått ordning med fastpris er et gode. En bydel er enig i at forslaget vil redusere de ressursene som søknadskontoret bruker for å vurdere omsorgsnivå for brukere på langtidsplass, og ser også at praksisen med å kontraktsfeste ekstrakostnader utover fastsatt pris for enkeltbrukere har vært lite vellykket. Denne bydelen kan imidlertid ikke se at Sykehjemsetaten vil få noe incentiv for å vurdere et omsorgsnivå ut fra prinsippet ”godt nok”, forsvarlig og nøkternt, når regningen sendes til bydelene. Den andre bydelen understreker at fastprismodellen må brukes, hvis Sykehjemsetaten skal overta ansvaret for beboerne på langtidsplass. Om dette er den beste løsningen for bydelene, mener bydelen vil avhenge av summen på enhetsprisen i forhold til dagens pris. Bydelen er skeptisk til at det kvalitative ansvaret fjernes fra bydelen, og tror det på sikt kan føre til økte kostnader for bydelene samtidig som bydelene fratas all mulighet til å påvirke prisen.

To bydelers er skeptiske til den foreslåtte omleggingen. Disse bydelene fremhever at bydelene fortsatt har det økonomiske ansvaret mens SYE, som utfører, vil fastsette brukerens tjenesteomfang og nivå. Dermed mister bydelene muligheten til å påvirke hvordan ressursene brukes. En av bydelene stiller også spørsmål om hvor godt SYE i dag følger opp sine langtidspasienter, og hvor mye bedre de kjenner pasientene enn bydelen, selv etter lang tid i fast plass. En av bydelene er usikker på om SYE vil få anledning til å hente merkostnader fra bydelene hvis de dreier tilbudet mot flere, tyngrer plasser. Det stilles også spørsmålstegn ved om Sykehjemsetaten kan overta ansvaret rent forvaltningsmessig

Konklusjon:

Bydelenes hovedbekymring til dette forslaget av økonomisk karakter. Bydelene er usikre på om de blir kompensert for økningen i pris, om midlertidige fordelingsvridninger mellom bydelene blir for høye uten at det etableres overgangs-

ordninger, og om SYE kan øke kvalitet og pris til bydelene, uten at bydelene har fått ekstra bevilgninger. Forslaget, slik det er fremmet, tar høyde for disse utfordringene, og skal gi bydelene samme vilkår som i dag, men tilbake-meldingene viser behovet for tett samarbeid med bydelene om detaljutforming av et eventuelt nytt prissystem.

4. *Ny prisstruktur for korttidsplasser*

a. *Reduksjon i ulike typer korttidsplasser*

Ti bydeler har kommentert dette forslaget. Alle er enige i at antall typer korttidsplasser bør reduseres. Det fremheves bl.a. at forslaget vil redusere en del grensesnitt som i dag oppleves som en byråkratisering. Det vil også minske forventinger hos brukere om mer og mer spesialiserte tilbud om tidsbegrensede institusjonsopphold.

b. *Valg av modell for prising av korttidsplasser*

Forslaget skisserer to alternativer for prising av korttidsplasser, modell 1 med lik pris for all korttidsbehandling og modell 2 der rehabiliteringsplasser prises høyere enn ordinære korttidsplasser.

Alle 14 bydelene har kommentert dette. 11 bydeler gir sin tilslutning til modell 2, som gir bydelen ansvar for å foreta en kost/nytte vurdering av ordinær kontra rehabiliterende korttidsplass. Flere av disse påpeker likevel at selv om rehabiliteringsplassene bare prises 10 % over ordinære plasser, vil prisøkningen i forhold til dagens system bli stor, gitt at alle elementer i forslagene blir gjennomført. En bydel fremhever at det er vanskelig å vurdere hvor mye høyere prisen bør være, så lenge ikke det planlagte innhold i de ulike typer plasser er definert.

En bydel mener det riktige ville være å betale faktisk pris for korttids plasser og rehabiliteringsplasser – uten rammefinansiering. Det vil gi bydelen reell styring av kostnad og kvalitet.

En bydel finner det besnærende og forenklet med lik pris for alle typer korttidsplasser, men understreker at en felles pris ikke må fordyre bydelens bruk av korttidsplasser ut over dagens ordninger.

En bydel fremhever at erfaring med rehabiliteringsplassene har vært variabel, og bydelen har sett det mest hensiktsmessig å prioritere ordinære korttidsplasser.

5. *Korttidsplasser som bestilles ut over en bloc, prises høyere*

I rapportene foreslås det at korttidsplasser som bestilles ut over en bloc, prises 25 % høyere, men at bydelene får bestille en bloc 3 ganger i året, mot dagens ordning med 2 bestillinger. Forslaget er fremmet for å gi SYE større forutsig-barhet. Bydelenes praksis forbruk av spotplasser (etterbestillinger) er svært ulik.

Tretten bydeler har kommentert dette. Åtte bydeler sier i sine uttalelser at de ser SYEs behov for større forutsigbarhet og er åpne for en viss prisdifferensiering. Disse bydelene mener likevel at det er urimelig å ha en økning som 25 %. Det foreslås av flere at prisen ikke bør være mer enn 10 % høyere, eventuelt at man foretar en trinnvis økning og vurderer effekten. En bydel viser til at rehabiliteringsplassene bare prises 5,7 % høyere enn ordinære korttidsplasser i 2013, og at forskjellen i 2010 var 5,0 %.

Fem bydeler er imot en differensiering. En bydel fremhever at det er lagt inn 2 % ledighet til enhver tid. Det bør kunne gi SYE trygghet. En bydel mener høyere prising av spotplasser vil kunne medføre vesentlig økning av liggetid på sykehus, da det vil aktualisere vurdering av om brukeren faktisk får et bedre tilbud som overligger på sykehus.

6. *Overgang fra korttidsplass til langtidsplass hvis pasienten har hatt korttidsplass i 8 uker*

I rapportene foreslås det at SYE gis anledning til å overføre pasienter som har lenger liggetid enn 8 uker fra korttidsplass til langtidsplass. Begrunnelsen er at dette vil frigjøre korttidsplasser og sikre pasienter med langvarig behov en fast plass.

Elleve bydeler har kommentert dette. Ti av dem går imot forslaget. Det fremheves at selv etter ny ordning er det bydelene som har ansvar for korttids-pasientene. De må derfor ha beslutningsmyndigheten. Det påpekes også at korttidsbeboere ofte har sammensatte sykdommer og at rehabilitering av de ulike sykdommene ikke alltid går i takt. Det kan øke liggetiden. Flere bydeler viser til at det er behov for tett dialog mellom sykehjemmene og bydelene. Hvis denne dialogen er god, vil det ikke være behov for å gi SYE fullmakt til overføring til fast plass.

En bydel kan gi sin tilslutning til forslaget om at det gis *anledning til* å overføre en pasient fra korttidsplass til langtidsplass etter 8 uker, da bydelen anser at dette bare vil være aktuelt i svært sjeldne tilfelle.

7. *Kapitalutgifter og utgifter til trygghetsplasser rammefinansieres.*

Rapportene skisserer to alternativer, ett alternativ der kapitalutgifter og utgifter til drift av trygghetsplassene rammefinansieres og ett der disse utgiftene legges på prisen.

Åtte bydeler har kommentert dette. Fem bydeler ønsker rammefinansiering. Det gir forutsigbare priser over tid. To bydeler vil rammefinansiere bruk av trygghetsplassene hvis bruk bydelene ikke har kontroll over, men ønsker at kapitalutgiftene legges på prisen, slik at alternativer til sykehjemsplass kan bli vurdert reelt etter kost-/nytteprinsippet. En bydel vil ikke at SYE skal ha rammefinansiering overhode. Først da blir kost-/nyttevurderingene helt reelle.

8. *Fritt sykehjemsvalg begrenses til plasser i innenbys sykehjem.*

I rapportene foreslås det at fritt sykehjemsvalg begrenses til plass på innenbys sykehjem. Det er svært kostnadskrevende å kjøpe plass på utenbys sykehjem når det er ledig kapasitet i Oslos sykehjem.

Seks bydeler har kommentert dette forslaget. De er alle enige i at det frie valget begrenses til å gjelde innenbys sykehjem.

9. *Andre forslag og kommentarer*

En bydel beklager at ikke bydelene har vært representert i gruppen som fremmet forslag til ny finansieringsordning, da bydelene og pasientene er viktige aktører i SYEs arbeid. En annen bydel skriver at forslagene innebærer at en del fagansvar og påvirkningsmuligheter forelås flyttet fra bydel til SYE mens det er en tendens til at risikoen for ledighet flyttes fra SYE til bydelene. Bydelene blir den tapende part.

Langtidsplasser - gjeldende prismodell	Driftskostnad pr plass	Priser 2014
Ordinær langtidsplass	789 441	635 550
Plass i skjermet avdeling for demens	881 944	817 639
Forsterket plass - psykiatri	1 199 096	936 329
Forsterket plass - annet	1 582 320	1 180 302
Forsterket plass - Villa Enerhaugen	1 582 320	1 582 320
Forsterket plass - lindrende behandling	1 377 493	692 355
Forsterket plass - MRSA	1 377 493	692 355
Forsterket plass - rusavhengighet	1 053 734	692 355

Langtidsplasser - forslag til ny prismodell	Driftskostnad pr plass	Ny enhetspris (2014 kroner)
Ordinær langtidsplass	789 441	789 441
Plass i skjermet avdeling for demens	881 944	789 441
Forsterket plass - psykiatri	1 199 096	789 441
Forsterket plass - annet	1 582 320	789 441
Forsterket plass - Villa Enerhaugen	1 582 320	1 582 320
Forsterket plass - lindrende behandling	1 377 493	789 441
Forsterket plass - MRSA	1 377 493	789 441
Forsterket plass - rusavhengighet	1 053 734	789 441

ENHETSPRIS SOM ORDINÆR LANGTIDSPASS UTEN SUBSIDIER - OM

Enhetspris langtid er 789 411 og pris for Villa Enerhaugen er 1 582 320

Bydel	Normert basisbetaling 2014	Bydelsbetaling enhetspris
Gamle Oslo	84 047 170	97 397 913
Grünerløkka	148 456 650	169 676 072
Sagene	126 485 085	144 423 889
St.Hanshaugen	84 451 885	95 619 470
Frogner	288 090 739	332 104 555
Ullern	189 059 423	217 380 931
Vestre Aker	227 644 673	260 438 129
Nordre Aker	249 573 781	284 008 867
Bjerke	136 126 701	153 938 626
Grorud	160 811 948	177 749 899
Stovner	106 517 270	121 766 748
Alna	256 463 380	286 058 765
Østensjø	338 478 769	389 483 147
Nordstrand	323 906 752	380 700 452

Søndre Nordstrand	65 935 127	73 714 637
Sum	2 786 049 352	3 184 462 101

	Andel innbyggere over 80 år 1.1.2014	Antall innbyggere over 80 år 1.1.2014
Omfordeling mellom bydelene - enhetspris på 789 441		
01 Gamle Oslo	1,45 %	703
02 Grünerløkka	1,52 %	789
03 Sagene	2,04 %	790
04 St.Hanshaugen	2,01 %	733
05 Frogner	3,78 %	2 066
06 Ullern	4,86 %	1 535
07 Vestre Aker	4,48 %	2 120
08 Nordre Aker	3,97 %	1 967
09 Bjerke	4,05 %	1 230
10 Grorud	3,90 %	1 057
11 Stovner	3,06 %	958
12 Alna	3,51 %	1 694
13 Østensjø	6,13 %	2 994
14 Nordstrand	5,43 %	2 662
15 Søndre Nordstrand	1,65 %	613
Sum bydelene - uten personer med uregistert adresse	3,47 %	21 911

Prissubsidier pr plass	Rammefinansiert prissubside
153 891	450 178 746
64 305	54 133 045
262 767	32 961 453
402 018	14 183 203
0	0
685 138	10 742 966
685 138	8 057 224
361 379	5 666 423
	575 923 060

Prissubsidier pr plass	Rammefinansiert prissubside	Endring i priser pr plass	Endring i subsidiar
0	0	153 891	-450 178 746
92 502	77 870 282	-28 198	23 737 236
409 654	51 387 023	-146 888	18 425 571
792 879	27 972 762	-390 861	13 789 559
0	0	0	0
588 052	9 220 650	97 086	-1 522 316
588 052	6 915 487	97 086	-1 141 737
264 293	4 144 107	97 086	-1 522 316
	177 510 311		-398 412 749

OMFORDELING

2 320

Økt budsjetttramme FO3	Omfordeling mellom bydelene
20 541 746	7 191 003
21 331 212	111 790
20 900 079	2 961 274
14 871 368	3 703 783
31 080 477	-12 933 339
22 450 508	-5 870 999
31 282 557	-1 510 900
31 262 420	-3 172 666
22 384 291	4 572 365
22 351 764	5 413 813
23 047 689	7 798 211
36 427 938	6 832 552
41 795 044	-9 209 334
38 870 638	-17 923 062

19 815 019	12 035 509
398 412 749	0

Beboere i institusjon over 80 år 31.12.2013	Andel innbyggere over 80 år på institusjon 31.12.2013	Effekten av enhetspris	Effekten av subsidie reduksjon	Sum omfordeling
113	16,1 %	-1 006 133	8 197 136	7 191 003
177	22,4 %	-114 060	225 850	111 790
174	22,0 %	-34 007	2 995 281	2 961 274
105	14,3 %	751 579	2 952 204	3 703 783
372	18,0 %	-2 121 565	-10 811 774	-12 933 339
239	15,6 %	-1 333 868	-4 537 132	-5 870 999
290	13,7 %	-12 507	-1 498 393	-1 510 900
310	15,8 %	969 245	-4 141 912	-3 172 666
188	15,3 %	1 698 885	2 873 480	4 572 365
195	18,4 %	5 390 759	23 054	5 413 813
113	11,8 %	-30 303	7 828 514	7 798 211
299	17,7 %	6 460 833	371 719	6 832 552
452	15,1 %	-2 639 883	-6 569 451	-9 209 334
461	17,3 %	-9 142 283	-8 780 779	-17 923 062
71	11,6 %	1 163 308	10 872 201	12 035 509
3 559	16,2 %	0	0	0