

Helse Vest RHF
Luramyrvеien

Sandnes

Høyring - Nytt inntektssystem i Helse Vest

Viser til brev av 19.10.05

Prosjektarbeidet med ny inntektsmodell i Helse Vest RHF, har vært et svært nyttig arbeid. Prosjektgruppa har arbeidd systematisk og godt, for slik å komme frem til det beste resultat. Å være representert i det arbeidet, er opplevd som en nyttig og positiv erfaring.

Prosjektrapporten ble distribuert i Helse Fonna organisatorisk i linjen og med høringsfrist til 11 november. Dessverre har det vært liten respons på rapporten fra de ulike klinikker og fagområder. Dette kan ha ulike årsaker. En årsak kan være at en har funnet forslaget til modellen som grundig utarbeidet og med tillit til at en ikke kunne forbedre noe. En annen tolkning kan være at en mener det er et administrativt arbeid som en ikke ser å kunne gi gode bidrag til. Det kan også være helt andre årsaker som streng prioritering i en travel hverdag. Tilbakemeldingen som gis er dermed sett fra administrasjonen.

Helse Fonna HF finner det meningsfullt at inntektsmodellen skal bygge på objektive kriterier der hovedfokus er å gi et likeverdig tilbud til alle pasienter uavhengig av geografi.

Forslaget til inntektsmodell er basert på oppdeling av somatikk og psykiatri. Disse er igjen delt i ulike komponenter. En slik systematisk oppbygging av modell-struktur støtter vi, da det ser ut til å gi et riktig fokus som fremmer enkelte områder og som gir en god total løsning.

Somatikk

- Behovskomponenten
- Kostnadskomponenten
- Strukturkomponenten
- Mobilkomponenten

Vi støtter denne inndelingen positivt. Behovskomponenten slik den er beskrevet gir et godt begrep og forståelse for en objektiv fordeling av inntektene.

Mobilkomponenten

Vi tror og mener at mobilkomponenten er kommet for å bli som et prinsipp til fordeling. Når grunnfordelingen av inntektene baseres på befolkningsgrunnlaget, er det rimelig å følge pasientflyten og fordele rammen i henhold til dette. Pasienten har i hht lov fritt sykehusvalg noe som igjen støtter dette fordelingsprinsipp.

Av rapporten fremgår det at prosjektgruppen har hatt mange diskusjoner omkring gjestepasientoppgjøret og hvilken betaling som blir det riktige. Helse Fonna HF er av den oppfatning at de valg og forslag som prosjektgruppen har gjort, ønsker vi å støtte. Løsningen

med abonnementsmodellen virker enkel og gir samtidig forutsigbarhet i de ulike budsjettår. Imidlertid kan det være fornuftig å trekke erfaringer av prinsippet i løpet av første år og vurdere om det finnes grunnlag til endringer. Dette gjelder særlig betalingen på 100 % DRG for intern pasientstrøm. Alternativet er 80 %, på lik linje med eksternt prinsipp.

Helse Fonna HF har den største pasientflyten ut fra eget område. Den største pasientandel går til Haukeland og er basert på en lang tradisjon og kultur. Foretaket kan til en viss grad påvirke denne flyten med å påvirke primærhelsetjenesten. Imidlertid ser vi at det er et langsiktig arbeid som det ikke er mulig å snu "over natten", og som i ytterste konsekvens ikke er mulig å snu.

Vi er av den formening at egendekningen påvirkes av at vi er det eneste foretaket i Helse Vest som ikke har helikopter. Vi opplever svært mange ganger at ved akutt sykdom der helikopter blir rekvirert, blir det lege og besetning på helikopteret som bestemmer hvilket sykehus pasienten skal flys til. Pasienten skal selvfølgelig fraktes til et større sykehus når situasjonen tilsier det, men vi har altfor mange erfaringer fra at også alminnelige lidelser som brudd etc fraktes bort fra vårt område. Vi mener derfor at pasientflyten ut fra Helse Fonna påvirkes av at helikoptertransporten automatisk går til de store sykehusene som Stavanger og Haukeland. Av den grunn mener vi at inntektsmodellen må ta hensyn til den situasjonen, enten ved å gi en ekstra kompensasjon for de pasientene vi selv kunne behandlet, eller å vurdere om også Helse Fonna bør ha helikopter.

Strukturkomponenten

Strukturkomponenten er ment å gi kompensasjoner for en sykehusstruktur som foretaket ikke kan påvirke og som med dagens løsning gir ulike forutsetninger for de ulike foretakene til å kunne ha en optimal drift.

Sykehusstrukturen påvirker kostnadene sterkt. Jo flere lokalsykehus, jo dyrere drift. Helse Fonna HF har 3 somatiske akuttstjukehus. Dersom vi beskriver Haugesund sykehus som sentrum, er det ulike avstander til både Stord og Odda. Disse geografiske avstandene er for store til å kunne organisere seg til en bedriftsøkonomisk optimal drift, både med tanke på pasientstrøm og ressursstrøm (turnusordninger). Særlig vanskelig er det for sykehuset i Odda som har de færreste senger og som har den lengste avstand til et større sykehus. Samtidig er nedslagsfeltet til sykehuset stort med en grisgrent befolkningsstruktur.

Rapporten skriver at prosjektrepresentanten fra Helse Fonna hadde betenknninger med beregningen av kompensasjonen. Vi vil nå presisere dette noe nærmere.

Hovedkonklusjonen om at struktur må kompenseres, støtter vi fullt og helt. Beregningen på størrelsen av kompensasjonen knytter det seg usikkerhet til. De statiske regnemodellene som er brukt er objektivt vinklet. Imidlertid er det mye tvil om fordelte summer til de ulike foretakene, gjenspeiler den virkelige ulmpen med sykehusstrukturen. Sett fra Helse Fonna vet vi med sikkerhet at sykehusstrukturen med 3 somatiske akuttstjukehus er langt dyrere enn tildelingen på 21,8 mill. Dermed gjenspeiler ikke kronebeløpet den virkelige ulempen. Dette fører igjen til at vi som foretak får dårligere kostnadsvilkår enn de foretak med færre sykehus.

Vår erfaring tilsier at avstand mellom sykehusene også påvirker kostnadene. Kostnadene påvirkes likeledes av om alle lokalsykehus har full og lik akuttberedskap. Dette mener vi er viktig å ta hensyn til og vi anbefaler derfor at det må arbeides videre med.

Selv om det er differensierte priser i strukturtilskuddet, (konsentrasjonsindeks) finner vi det lite troverdig at Helse Bergen skal ha en kompensasjon som er 4,5 mill lavere enn Helse Fonna. Dette gjenspeiler dårlig virkeligheten, hvor Helse Bergen har sin store produksjon tilknyttet Haukeland og Haraldsplass og hvor det ikke er geografisk avstand. Haraldsplass har heller ikke 100 % døgn akuttberedskap i tillegg til at det finnes avtaler og løsninger på felles vaktordninger. Vi mener at Haukeland og Haraldsplass ikke har en ulempe som Haugesund, Odda og Stord, eller som Haukeland og Voss. Dette blir ikke tatt tilstrekkelig hensyn til i fordelingen.

Selv om vi vet at Helse Førde har stor utfordring med struktur og geografi, må vi likevel stille spørsmål til om ulempen som Helse Fonna har kontra Helse Førde gjenspeiler virkeligheten målt i kroner. Forskjellen i modellen viser hele 20 mill. Vi ber derfor om at dette må ha videre og grundigere beregninger før det sementeres som en riktig og objektiv vurdering og beregning i modellen.

Videre stiller vi også spørsmål til om forholdet mellom Haugesund Revmatismesykehus og Haugesund sykehus er ivaretatt i tilstrekkelig grad. Inntektsmodellen har basert seg på at Haugesund Revmatismesykehus ikke har akuttberedskap og dermed ikke telt med i beregningen omkring struktur. På grunn av at disse to sykehusene har et stort samarbeid omkring drift og operasjoner, synes vi det er grunnlag til å vurdere noe nærmere om det bør kompenseres ekstra.

Kostnadskomponenten

Prosjektgruppen har analysert og vurdert og gitt sine anbefalinger. De elementer som er brukt i arbeidet støtter vi fullstendig. Imidlertid stiller vi tvil til om disse elementer er tilstrekkelige og uttømmende. Nedenstående tabell viser kostnader pr DRG for de ulike sykehus. Her er som kjent store variasjoner. Tabellen er fra 2002 og viser at Haugesund og Stord har de laveste kostnader pr DRG. Det kan tolkes som at disse sykehusene har fått rammevilkår som er dårligere enn de andre.

Sykehus	Kostnader
Haraldsplass	26885
Førde sjukehus*	31831
Haugesund	25497
Haukeland	29989
Lærdal	26937
Nordfjord	31212
Odda	28594
Stavanger	28384
Stord	25354
Voss	.

* Førde og Florø er rapportert sammen.

Tabell A Kostnader (inkl. funksjonstilskuddet) per DRG-poeng (2002).

Tilsvarende tall er også hentet fra Samdata for året 2004. Det viser følgende produktivitetsmål – helseforetak for 2004, målt som driftskostnader pr DRG-virksomhet:

Helse Stavanger HF	23873
Helse Fonna HF	24813
Helse Bergen HF	27904
Helse Førde HF	28486

Likeledes viser beregningene at korrigerte opphold pr årsverk er følgende:

Helse Stavanger HF	26,5
Helse Fonna HF	27,6
Helse Bergen HF	24,6
Helse Førde HF	24,4

Det tilsier at Helse Fonna er det foretaket med høyest produktivitet pr årsverk

Selv om det gis tilskudd for å dekke opp for langtidsliggere, forskning, utdanning, landsfunksjoner osv, synes det ikke riktig og rimelig at det skal være så store kostnadsforskjeller mellom sykehusene. Vår konklusjon er dermed at her er elementer som ikke er tilstrekkelig fanget opp eller sett. Vi mener derfor at grundigere analyser er nødvendig for å avdekke årsaken (e) til forskjellene. Vi mener videre at det må settes mål på hvilken kostnad pr DRG som kan regnes som kostnadsoptimal for en effektiv drift, og hvilket effektivitetsmål det bør settes pr årsverk. Dette er mulig å gjøre og vil gi gode bidrag til objektiv og riktig økonomisk styring i alle foretak. I dag er disse forskjellene for store mellom foretakene.

Spesifikt vil vi bemerke når det gjelder kompensasjon for undervisning. Disse bygger på assleger og turnuskandidater. Vi vil presisere at for assleger bør refusjonen være i forhold til antall hjemler godkjent av Nasjonalt Råd.

Psykatri

Vi støtter konklusjonen som er gjort i modellen med fordeling til psykiatri.

Rapporten sier at pasientflyten mellom Bergen og Valen skal kompenseres. Dette støtter vi i sin helhet. Vi vil imidlertid be om at Helse Vest RHF godkjenner planen om pasientflyt mellom Bergen og Fonna og tar et hovedansvar for å bestemme døgnpris og total årlig ramme. Rammen må som i somatikken basere seg på en abonnementsmodell for å ivareta forutsigbarheten i de enkelte budsjettår.

Kapital

Helse Fonna HF har en stor anleggsbase. Dette gjelder særlig for bygningsmassen som ble knyttet til IB når foretaket ble etablert. Med opprinnelig 5 sykehus i nedslagsfeltet (Sauda inklusiv), tilsier det mange og tildels gamle sykehusbygninger. Disse kan i liten grad omstruktureres til optimale bygninger for dagens drift. Som eier av alle anlegg påhviler det også et ansvar for å ivareta og holde disse i god stand uavhengig av utnyttelsesgrad. Prinsippene til fordeling som prosjektgruppen foreslår er gode sett ut fra enkelthet og dagens pasientflyt. Imidlertid tar den i liten grad hensyn til IB og verdier sett i et historisk perspektiv. Sett fra vårt foretak ser vi problemstillinger dette vil medføre. I sin ytterste konsekvens kan det bli nødvendig å ikke utføre det vedlikeholdet som vi bør, for å ivareta dagens bygningsmasse og verdier. Vi ber om at Helse Vest vurderer om dette er riktig strategi.

Finansiering av andre helsetjenester

Ambulanse legges utenom innteksmodellen og det er ok. Men tildelingskriterer bør en komme tilbake til når plan for prehospitale tjenester i Helse Vest er ferdig(prosjekt pågår og skal leveres til jul.) Fordelingen som nå er gjort må dermed justeres i tråd med det pågående arbeid.

Haugesund 19 november 2005

Johannes Kolnes
Adm. Dir

Marit Sandve Myrland
Økonomidirektør