

Saksinnmelding

Går til:	Styremedlemmer	
Selskap:	Helse Bergen HF	
Styremøte	16.11.2005	
Styresak nr:	90/05 B ¹	
Dato skrive:	14.11.2005	Saksbehandlar: Magne Høgelid

Vedrørende: Ny inntektsmodell i Helse Vest

Bakgrunn

Inntektene vart i 2002 og 2003 fordelt frå Helse Vest RHF til føretaka etter historikk. Ny inntektsmodell vart innført frå og med inntektsåret 2004. Denne modell er laga med utgangspunkt i Hagenutvalet sine tilrådingar om fordeling av inntekter frå staten til dei regionale helseføretaka. Hagenutvalet la objektive kriterium samt nokre skjønsmessige element til grunn.

Det har vore drøftingar om kor brukbar modellen er for fordeling innan eit regionalt helseføretak, spesielt dei element som bygger på skjønn. Det har vore semje om at ein burde utvikle modellen vidare i retning av ein modell med minst mogeleg skjønn.

Administrerande direktør i Helse Vest nedsette våren 2005 ei prosjektgruppe som fekk som oppdrag å utvikle og implementere eit internt finansieringssystem i Helse Vest.

Prosjektgruppa sin rapport som vart slutført 18 oktober 2005 er sendt til høyring med høyringsfrist 16 november 2005.

Prosjektgruppa tilrår at forslag til ny inntektsmodell blir teken i bruk hausten 2005 i samband med fordeling av budsjettmidlar for 2006.

Rapporten vart sendt på høyring internt i Helse Bergen med høyringsfrist 11 oktober.

Kommentar/konsekvensar

Prosjektgruppa har lagt til grunn to hovudprinsipp når dei har utforma sin finansieringsmodell.

1. Helseføretaka i Helse Vest får eit hovudansvar for å sikre at folkesetnaden i eit tildelt opptaksområde får eit tilfredsstillande tilbod av spesialisthelsetenester.

¹ Behandlingsform i møtet: D=Drøfting O=Orientering B=Beslutning

Sak 104/05 B Vedlegg 2 Styresak 90/05 Helse Bergen HF

2. Finansieringsmodellen skal setje helseføretaka i stand til å gi sin folkesetnad eit likt tilbod av spesialisthelsetenester av god kvalitet.

Det er ei særdeles vanskeleg oppgåve å utforme ein finansieringsmodell som gjer helseføretaka i stand til å gje sin folkesetnad eit likt tilbod av spesialisthelsetenester av god kvalitet. Helse Bergen meiner det er moment ved modellen som ikkje er fullt ut tilfredsstillande. I det følgjande har vi skissert nokre forhold som gjer det naudsynt å vera noko varsam når modellen skal setjast ut i livet.

Krav til "gjennomsiktig" (transparent) finansieringsmodell:

Løysinga kviler i stor grad på ein teoretisk modell, der eit eksternt fagmiljø har utforma modellføresetnadene og køyrt sjølve modelleringane. Det er dermed ikkje mogeleg for andre å ha full oversikt over premissane for modellen, sjølve modelleringa, eller kva grunnlag dei ulike vala har vorte tekne på. Samstundes vert det understreka at løysinga byggjer på reint objektive kriterier. Det kviler såleis eit særst stort ansvar på desse fagpersonane at dei har sikra og dokumentert at dei meir tekniske sidene ved modelleringa og modelltilpasningane held mål.

Grunnføresetnadene byggjer på DRG-systemet:

Samstundes er mykje av logikken og dei grunnleggjande føresetnadene for løysinga bygd på det eksisterande DRG-systemet. Det er vel kjent at dette systemet har ein del grunnleggjande svake sider som fører til skeiv fordeling av inntekter: mellom anna at ein får for dårleg kompensert for dei tyngste pasientane, og at endringar i medisinsk teknologi og behandling svært seint vert følgd opp med endringar i DRG- og ISF-systemet. Slik vi ser det, er det ikkje gjort noko forsøk på å kompensere for desse forholda i modellen. Helse Bergen meiner Helse Vest må sikre at sjukehus med mange tunge pasienter blir tilstrekkeleg kompensert. Helse Vest bør og ta initiativ til at ein raskare følgjer opp endringar i medisinsk teknologi og behandling.

Kompensering for langtidsliggjarar.

Vi hadde forventa at utforminga av denne komponenten hadde gått i retning av ein spesifikk kompensasjon nettopp for dei pasientgruppene som er nemnde ovanfor (tyngre pasientar med krav til spesialisert behandlingsinnsats). Som denne komponenten er utforma i den modellen som no er presentert, kan vi ikkje sjå at ein slik fokusering vil bli resultatet. Vi er dermed framleis svært usikre på om sjukehus med ein pasientpopulasjon av tyngre pasientar enn gjennomsnittssjukehuset, vert tilstrekkeleg kompensert. Helse Bergen ber om at Helse Vest arbeider vidare med å sikre tilstrekkeleg kompensasjon for langtidsliggjarar.

Kompensasjon for høgspesialiserte tenester

Rapporten konkluderer med at modellen ikkje fangar opp kostnadsulempen Helse Bergen (og til ein viss grad Helse Stavanger) har i forhold til særst kostnadskrevjande behandling som enno ikkje er reflektert i DRG systemet. Storleiken på denne ulempa er vanskeleg å kvantifisera. Det må vere meir rett for Helse Vest å stipulere et slikt beløp i staden for å ikkje å leggje inn nokon form for kompensasjon av den grunn at storleiken er vanskeleg å berekne. Da blir feilen i alle fall minst mogeleg.

Sak 104/05 B Vedlegg 2 Styresak 90/05 Helse Bergen HF

Endra ISF sats

Satsen har dei siste åra variert mellom 40% og 60%, og kan også bli gjenstand for hyppige endringar i framtida. Det må vera ein mekanisme i modellen som sikrar at slike endringar isolert sett ikkje påverkar fordelinga mellom HFa, gitt uendra inntektsnivå. For auka aktivitet, må statens sats først vidare for at dei incentiva styresmaktene gjer skal bli effektive på HF nivå.

Regionalt sikkerheitssenter, psykiatri

Helse Bergen har fått i oppdrag å etablera slikt senter. Bruken av tilbodet er basert på medisinske prioriteringar, og inneheld ikkje nokon form for prioritering av pasientar frå Bergen. Då blir det feil å gjera avkortingar i dette tilskottet. Helse Bergen meiner likevel ein auke i andelen pasientar frå Rogaland kan nåast ved gjensidig forpliktande samarbeid.

Laboratorietenester:

Når det gjeld prissetting av laboratorietenester må ein vise varsemd når ein vurderer føretaka mot framforhandla prisar hjå private. Ein må unngå strategisk prissetting for å koma inn i ein marknad. Avtalar bør gje eit reelt kostnadsbilete. I ei slik vurdering er tilgang på og reportoar også viktige moment.

Forhold avtalt utanfor modellen

Det er ynskjeleg med eit eige avsnitt om forhold som ikkje kan løysast i modellen, men der ein likevel forutsetter at det vert lagd avtalar mellom føretaka. Helse Bergen meiner ein skal lage avtalar på følgjande områder utanfor modellen: Bruk av pasienthotell, habiliteringstenesta, Valenpasientar, laboratorietenester. Helse Bergen foreslår at dette vert presisert som tillegg til tabell 9.2 i prosjektdokumentet.

Oppfølging

Etter vår vurdering bør Helse Vest og dei einskilde føretak følgje implementeringsarbeidet nøye med vekt på å registrere og handtere uføresette avvik. Evaluering av- og eventuell justering av hovudmodellen må gjennomførast i høve budsjettprosessen for 2007.

Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Bergen sluttar seg til at forslag til inntektsmodell i Helse Vest blir teken i bruk for budsjettåret 2006.
2. Styret i Helse Bergen ber om at dei endringar som er skissert i Helse Bergen sitt høyringsinnspel blir innarbeidd og lagt til grunn for budsjettarbeidet og ved budsjettfordelinga.

Det bør etter styret i Helse Bergen si vurdering visast varsemd ved implementering av ny finansieringsmodell. Det bør etablerast beredskap for å registrere og handtere eventuelle avvik som måtte bli konsekvens av modellen. Det bør også leggjast opp til evaluering og eventuell justering av modellen i forhold til budsjettprosess for 2007.

Sak 104/05 B Vedlegg 2 Styresak 90/05 Helse Bergen HF

Vedlegg:

1. Høringsbrev frå Helse Vest
2. Rapport om inntektssystem for helseføretaka i Helse Vest
3. Moment til inntektsmodellen