

Sak 104/05 Vedlegg 5 Høyringsuttale frå Helse Førde HF

Til Helse Vest RHF

19.november 2005

Høyringsfråsegn – nytt inntektssystem

Syner til brev dagsett 19.10.05 vedrørande høyringsfråsegn om nytt inntektssystem i Helse Vest med frist 16. november. Helse Førde fekk utsett fristen og handsama saka i ekstraordinært styremøte den 17. november. Styret i Helse Førde HF har følgjande uttale:

Oppsummering

Helse Førde kan ikkje støtte at modellen vert teken i bruk fullt ut i 2006, fordi dei negative økonomiske følgjene som er skissert vil gjere at Helse Førde ikkje kan oppretthalde noverande tilbod og funksjonsfordeling. Dei endelege økonomiske verknadane av modellen og dei elementa som ligg utanfor er ikkje synleggjort.

Helse Førde meiner det må vere 80 % ISF-refusjon både for interne gjestepasientar innanfor Helse Vest, og for eksterne gjestepasientar frå andre regionale helseføretak.

Vedrørande strukturkomponenten meiner Helse Førde at ikkje alle kostnadane knytt til strukturen i Sogn og fjordane er fanga opp. (Sjå nærare side 7). Som eit tillegg til berekna strukturtilskott bør det difor leggjast inn eit eige skjønselement. Dette vert også forsterka når ein ser NOU 2005:18 som syner at kommunane i Sogn og fjordane har eit berekna utgiftsbehov som er 13,8% høgare enn landsgjennomsnittet. For vår fylkeskommune er det berekna at det kostar 22,9% meir enn landsgjennomsnittet å produsere tenestene. Det er ikkje noko som tyder på at spesialisthelsetenesta i vårt fylke har ein annan profil når det gjelder utgiftsbehovet.

Satsing på fagområdet psykiatri er krevjande i eit fylke som vårt. Kravet om vekst i sektoren må synleggjerast i modellen. Opptappingsområdet må ikkje ha for store omfordelingsverknader.

Helse Førde understrekar at det er grunnleggjande at det ikkje kan stillast spørsmål om datakvaliteten, og at modellen blir oppdatert og vurdert med nye data før ei endeleg avgjerd vert teken.

Kommentarar til komponentane i modellen

Vedrørande kostnadskomponenten og kapitalstilkottet er Helse Førde samd med prosjektgruppa si tilråding. Helse Førde er også samd i kriteria for behovskomponenten i psykiatrien. Men vi meiner det må arbeidast vidare for å få etablert ein eigen komponent for gjestepasientoppgjeret, og at

ein bør ha som mål å få etablert ein kostnadskomponent som fangar betre opp kostnadsvariasjonane innan psykiatrien. Til slutt må vi stille oss slik at ikkje modellen i ein opptrappingsfase omfordeler i strid med pålagt vekst i sektoren.

Når det gjeld **behovskomponenten innan somatikk** meiner Helse Førde at avklaring av dei områda som fell utanfor modellen; dvs. ambulansetenesta, ikkje finansierte del av pasienttransport, tilleggsfinansiering Ortopediklinikk Lærdal, tilleggsfinansiering adipositas, og tilskot frå Helse Vest til Nær-sjukehuset i Florø, er naudsynt før ein fattar endeleg vedtak om nytt inntektssystem.

Vedrørande **strukturkomponenten** meiner Helse Førde at ikkje alle våre kostnader knytt til strukturen i fylket er fanga opp. Dette er m.a. kostnader med å skaffe og halde på nøkkelpersonell, kostnader med overtid og vikarar pga. mangel på nøkkelpersonell, dårlegare arealutnytting på bygningsmassen og følgjande høgare drifts- og vedlikehaldsutgifter per DRG-poeng, og høgare kostnader på grunn av funksjonar som er pålagt av eigar; herunder beredskapskostnader med forsterka fødestove og kostnader med Nær-sjukehuset i Florø.

Helse Førde ønskjer derfor at det skal leggjast eit skjønselement inn i strukturkomponenten, slik at noverande tilbod og funksjonsfordeling kan oppretthaldast under den finansieringsmodellen som er foreslegen.

Når det gjeld **særskilte kostnader**, t.d. knytt til ambulanse og luftambulanse, og laboratorium mv., har det så langt ikkje vore råd for prosjektgruppa å lage gode objektive kriterier og modellar. Det er derfor uklart kva konsekvens dette vil få for Helse Førde. Men Helse Førde vil uansett at rekneskaps-tala frå 2005 (årsveknaden) skal leggjast til grunn for utrekningane på ambulanseområdet. Helse Førde overtok ansvaret for drifta av ambulansetenesta 1.4.2005. Det må takast høgde for ikkje finansierte del av sjuketransporten, også her må ein leggja til grunn rekneskaps-tala for 2005.

Datakvalitet – analysemetode

Det er ei betydeleg utfordring å kvantifisere skilnader i berekna utgiftsbehov mellom helseføretaka i Helse Vest. Det må identifiserast ufrivillige kostnadsforhold og objektive etterspurnadsforhold som ein trur har betydning for berekna utgiftsbehov.

Når det gjelder føresetnadene i form av kva for variablar og statistikkgrunnlag som er lagt til grunn for eit framtidig inntektssystem, meiner vi at desse er tilstrekkeleg relevante og pålitelege. Det er sendt ein førespurnad til Helse Vest vedrørande datagrunnlaget som er nytta for forskingspoeng for Helse Førde. Enkelte av komponentane i modellen byggjer på gamle tal som vil bli oppdaterte før budsjettet for 2006 vert vedteke, og endringar i slikt materiale vil kunne endre omfordelinga.

I kapittel 2.8.2 Analyseopplegg i NOU:18 – Nytt inntektssystem for kommunar, som blei offentleggjort 10. oktober 2005, heiter det at:

Det vil alltid være usikkerhet knyttet til anslag på kvantitative effekter som kommer ut av statistiske analyser. Omfanget av usikkerheten har blant annet sammenheng med kvaliteten på data og valg av forklaringsmodell og analysemetode. Usikkerheten kan reduseres ved at datakvalitet, forklaringsmodell og analysemetoder forbedres, men den kan ikke elimineres. Utvalget betrakter usikkerheten knyttet til analysene som ett av flere argumenter for at det bør være et skjønnskudd i inntektssystemet.

Hovedmodell for somatikk

Prosjektgruppa har valt å løyse oppgåva ved å foreslå ein finansieringsmodell som byggjer på to hovudprinsipp. Det er (1)opptaksområdet og (2)variasjonar i behov og kostnader.

Prinsipp 1: Pasientmobilitet – ekstern/intern

Helseføretaka i Helse Vest får tildelt ulike opptaksområde. I dei tilfella kor ein pasient blir behandla utanfor sitt helseføretak, vert det utløyst ei betalingsplikt frå det helseføretaket som personen er tildelt, til den institusjonen som behandlar pasienten. Den eine typen er pasientmobilitet mellom helseprodusentane i Helse Vest, den andre typen er den pasientmobiliteten som går mellom Helse Vest og de andre regionane. Av tabellen under framgår dei interne og eksterne pasientstraumane i det enkelte føretaket.

Tabell: Pasientmobilitet eksternt - internt

Internt	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Sum
Inn	2 726	2 139	15 189	495	
Ut	4 459	9 870	1 364	4 859	
Netto	-1 733	-7 731	13 825	-4 364	-3
Eksternt					
Inn	887	165	4 706	395	
Ut	7 053	2 075	3 060	1 950	
Netto	-6 166	-1 910	1 646	-1 555	-7985

Korrigerte DRG-poeng for 2004. Kjelde: Norske Pasientregister (NPR).

Eksternt pasientoppgjjer

Det er føreslege å desentralisere det eksterne pasientoppgjjeret. Det vil seie at det enkelte helseføretak får betalingsansvaret for pasientar som blir behandla utanfor regionen. I 2004 vart det behandla pasientar i andre helseregionar frå Helse Førde tilsvarende 1 555 DRG-poeng netto. Det eksterne pasientoppgjjeret har ein pris som tilsvarar 80 % av DRG-refusjonen. Når Helse Førde får betalingsansvaret for det eksterne pasientoppgjjeret vert kostnadane 9,4 mill kr. Det er ved denne utrekninga lagt til grunn ein ISF-refusjon på 60 %, dagens nivå.

Tabellen under viser ressursfordelinga mellom helseføretaka i det eksterne pasientoppgjjeret, og deira kostnadsansvar ved dagens nivå og ved 40 % DRG-refusjon.

(1000 kr)	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Sum
Netto DRG-poeng	-6 166	-1 910	1 646	-1 555	-7 985
Kostnad 60 %	-37 397	-11 584	9 983	-9 431	-48 429
Kostnad 40 %	-74 794	-23 168	19 966	-18 862	-96 858
Fordelast 60 %	14 382	8 517	19 899	5 631	48 429
Fordelast 40 %	28 764	17 034	39 798	11 263	96 858
Omfordeling 60%	-23 015	-3 067	29 882	-3 800	0
Omfordeling 40 %	-46 030	-6 135	59 764	-7 599	0

Sidan det er føreslege at helseføretaka skal tilførast ressursar gjennom bruk av kriteria i behovskomponenten, og ikkje etter faktiske kostnader, vil Helse Førde få finansiert 5,6 mill kr. Dette er ei manglande finansiering på 3,8 mill kr. Då ISF-refusjonen vert redusert frå 60 % til 40 % vil omfordelingskonsekvensen for Helse Førde bli 7,6 millionar kroner.

Internt pasientoppgjjer

I kapittel 5.3 i prosjektrapporten heiter det at:

Prosjektgruppen foreslår vidare at 2004-nivået på det interne gjestepasientoppgjøret fryses og legges til grunn for det interne gjestepasientoppgjøret. Dette vil sikre både at helseforetakene ikke har incitamentar til å sende pasienter ut av helseregionen (fordi abonnementsvolum ikke justeres automatisk) samt at etterslepet i det interne gjestepasientoppgjøret reduseres.

Etter vår oppfatning vart det i prosjektgruppa semje om at dei interne pasientstraumane skulle handterast ved ei årleg justering av behovskomponenten til HF-a. Sidan kvart føretak får tilskot gjennom behovskomponenten for dei innbyggjarane som bur i nedslagsfeltet, så ligg det også til grunn for modellen at desse pengane skal følgje pasientar som vert behandla i andre føretak. Dette vert knytt opp mot DRG-satsen for slik behandling, og kompensert opp til 100 % av den nasjonale einingsprisen i det interne pasientoppgjøret.

Dette er eit svært viktig prinsipp, sidan dei føretaka som har mange pasientar som blir behandla i Bergen må bli godskrivne dersom fleire av desse pasientane blir behandla i eige føretak. Samtidig illustrerer dette dilemmaet med å etablere ulike prisar for det eksterne og det interne pasientoppgjøret. For Helse Førde vil kostnaden med å behandle pasientar utanfor Helse Vest bli betydeleg lågare enn å sende dei til behandling i Bergen. I høyringsrapporten vert det lagt opp til eit trekk tilsvarende 100 % av DRG-refusjonen i det interne pasientoppgjøret, og ikkje lineær kontrakt. Dette inneber at aktivitetskomponenten vert redusert etter at eit bestemt aktivitetsnivå er oppnådd. I rapporten er dette konkretisert i oppsummeringa i kapittel 5.2 ved at ein går fra 100 % til 80 % refusjon av DRG-kostnader etter at eit bestemt aktivitetsmål er nådd. Men det vert imidlertid ikkje sagt noko om ved kva aktivitetsnivå ein reduksjon vil trø inn.

Interne gjestepasientar vert i dag betalte ved å korrigere basis på bakgrunn av historiske pasientstraumar. Det er to års etterslep slik at til dømes pasientstraumane frå 2003 blir brukte til å korrigere basis i 2005. Det interne gjestepasientoppgjøret er i tabellen under basert på 100 % DRG-kostnad.

Tabell: internt pasientoppgjjer- 100% DRG ref.

Internt Oppgjjer – 100 %	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde
Inn	2 726	2 139	15 189	495
Ut	4 459	9 870	1 364	4 859
Netto	-1 733	-7 731	13 825	-4 364
Pris i 1000 kr	-21 021	-93 777	167 697	-52 935
Beløp i 2003	-25 982	-68 298	138 901	-44 621
Omfordeling	4 961	-25 479	28 796	-8 315

100% trekk gjev Helse Førde eit trekk på 53 mill kr i 2006 mot 44,6 i inneværende år.

Viss ein legg til grunn same finansiering av det eksterne og det interne pasientoppgjeret vil dette medføre ei omfordeling som framgår av tabellen under. Helse Førde, Stavanger og Fonna vil kome positivt ut. Spørsmålet er om det er hefta større kostnader med behandling av interne gjestepasientar enn ved eksterne!

Tabell: Sum likt internt og eksternt oppgjer

Internt oppgjer - 80 %	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde
Inn	2 726	2 139	15 189	495
Ut	4 459	9 870	1 364	4 859
Netto	-1 733	-7 731	13 825	-4 364
Pris i 1000 kr	-10 511	-46 889	83 849	-26 468
Beløp i 2003	-25 982	-68 298	138 901	-44 621
Omfordeling	15 471	21 409	-55 052	18 153

Tabellen syner omfordelingskonsekvensen basert på same DRG-refusjon i det interne og eksterne pasientoppgjeret.

I prosjektrapporten heiter det i forhold til vurderinga av det eksterne pasientoppgjeret at: Sett i forhold til den totale DRG-produksjonen i dei ulike helseføretaka er belastninga ved å behandle eksterne gjestepasientar relativt liten. Dette impliserer at det neppe er knytt faste kostnader til å behandle eksterne gjestepasientar.

Det er i rapporten fastslått at belastninga ved å behandle interne gjestepasientar er større enn ved dei eksterne pasientane. Dette er ikkje belyst nærare.

Helse Førde kan ikkje sjå at det føreligg vektige argument for å skilje på kva refusjonssats som skal nyttast avhengig av om det er interne gjestepasientar innanfor Helse Vest eller eksterne gjestepasientar frå andre regionale helseføretak.

Deloppsummering

I det eksterne gjestepasientoppgjeret vil ein reduksjon i ISF-satsane fra 60 % til 40 % auke omfordelingskonsekvensen. Då det er kjent at ISF-refusjonen vert redusert frå 60 % til 40 % tilrår Helse Førde at det eksterne gjestepasientoppgjeret vert refundert fullt ut etter faktiske kostnader, i tillegg til at tilleggskostnaden ved redusert ISF-sats vert finansiert fullt ut. *Helse Førde tilrår at det vert lagt til grunn same finansieringsprinsipp; 80 % ISF-refusjon for begge typar gjestepasientar.*

Hovedprinsipp 2: Være i stand til å gje befolkninga likt tilbod av god kvalitet

Behovskomponenten, Kostnadskomponenten og strukturkomponenten.

Behovskomponenten

For å oppfylle dette prinsippet må finansieringsmodellen kompensere helseføretaka for eventuelle variasjonar i behov for spesialisthelsetenester som befolkninga i de ulike opptaksområda må ha. Det betyr med andre ord at dersom befolkninga i ett opptaksområde vert vurdert til å ha eit større behov

for spesialisthelsetenester enn i eit anna område, så skal helseføretaket i det første området tildelast meir finansielle ressursar enn det andre helseføretaket.

Tabell beløp (2005) fordelt gjennom ny behovskomponent og prosentvis andelar

	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Sum
Fordelt behovskomponenten	621 915	372 841	873 655	250 872	2 119 284
%- andel	29,3 %	17,6 %	41,2 %	11,8 %	

I 2005 utgjør Helse Førde sin del av det som blei lagt inn i basis **12,7 %**. Storleikane er ikkje samanliknbare då det endå ikkje er avklara kor mykje andelen av dei områda som fell utanfor inntektsmodellen utgjør, herunder:

- Ambulansetjenesta
- Ikkje finansiert del av pasienttransport
- Tilleggsfinansiering Ortopediklinikken
- Tilleggsfinansiering adipositas
- Helse Vest tilskot til Nærshuset

Dette betyr at ein ikkje kan seie noko om dei totale omfordelingskonsekvensane av framlegget til ny inntektsmodell for det samla inntektsnivået på dei områda som fell utanfor modellen er avklara.

Kostnadskomponenten

Det å kompensere for variasjonar i behov er imidlertid ikkje tilstrekkeleg for å sikre at helseføretaka vert gjevne like høve til å dekkje behovet for spesialisthelsetenester til si befolkning. Sjukehusa har i utgangspunktet ikkje like føresetnader for å drive pasientbehandling sjølv etter korrigering for variasjonar i pasienttyngde. Dette skuldast fleire forhold som påverkar kostnadane, blant anna variasjonar i undervisningsbelastning, forskningsaktivitet og ulike funksjonar. Skal ein skape like føresetnader for å drive pasientbehandling må Helse Vest RHF kompensere sjukehusa for kostnader utover reine behandlingsskostnader. I tillegg må Helse Vest RHF kompensere sjukehusa for forhold som er kostnadsdrivande, men som helseføretaka ikkje kan påverke sjølve. Dette kan vere kostnader ved å tilby ulike funksjonar som Helse Vest RHF pålegg eit sjukehus å ha, og kostnader ved å oppretthalde ein desentralisert sjukehusstruktur (strukturkostnader).

Tabell: vektning av kostnadskomponenten

Kriterier	Vekt
Forslingspoeng	0,183
Langtidsliggedagar (alle DRG, uvekta)	0,454
Utdanningspoeng	0,363
Sum	1,000

Tabellen oppsummerer prosjektgruppa sitt framlegg til variablar med tilhøyrande vektning for kostnadskomponenten.

Tabell: fordeling gjennom bruk av vekta kostnadskomponent – prosentvise andelar

	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde	Sum
Fordelt kostnadskomp	167 768	96 554	472 627	70 847	807 795
%- andel	20,8 %	12,0 %	58,5 %	8,8 %	

Vi har tidlegare synt at Helse Førde sin andel av behovskomponenten er på 11,8 %. I kostnadskomponenten er Helse Førde sin andel berre 8,8 %.

I prosjektrapporten heiter det at:

Analysene gir ikke direkte svar på hvor stor andel av sykehusenes samlede utgifter som er knyttet til de tre faktorene som er nevnt over. Prosjektgruppens anslag tyder på at omlag 12,7 % av sykehusenes totale utgifter kan føres tilbake til disse forholdene. Størrelsen på kostnadskomponenten bør derfor settes til 12,7 % av utgiftene til den DRG-baserte aktiviteten inkl. forskning og undervisning.

Deloppsummering

Helse Førde sluttar seg til val av kriteria i kostnadskomponenten.

Prosjektgruppa har her ikkje funne klare svar gjennom dei analysane som er føretekte på kor mykje som totalt skal avsettast til dei kriteria som er lagt inn i kostnadskomponenten. Det kan derfor argumenterast både for ein større og mindre andel.

Strukturkomponenten

Det er testa og funne ein signifikant samanheng mellom sjukehusstruktur og kostnadsnivå pr DRG-poeng. Sjukehusstruktur vert då uttrykt som talet på sjukehus med akutfunksjon pr 10 000 innbyggjar, og analysen viser at slike desentraliserte helseføretak har ei strukturulempe. Denne strukturulempa er statistisk berekna for kvart føretak i forhold til om det same føretaket hadde hatt berre eitt sjukehus med akutfunksjon. I denne utrekninga ligg det også inne ein statistisk konsentrasjonsindeks som identifiserer ein redusert effekt for føretak der eitt av akuttsjukehusa behandlar ein svært stor andel av pasientane.

Helse Førde meiner at strukturkomponenten ikkje fangar alle dei kostnadane som er knytt til struktur i Helse Førde.

Skal ein prøve å oppsummere årsakene til auka kostnader ved sjukehusdrift i Helse Førde, er dei viktigste årsakane her:

- Høgare lønskostnader nøkkelpersonell
- Fråværssituasjonar i små sårbare fagmiljø utløyser meirarbeid (vakansvakter) – noko som gir seg utslag i høgare overtidskostnader m.v
- Høgare kostnader p.g.a. gunstigare arbeidsvilkår for nøkkelpersonell for å gjere arbeidssituasjonen meir attraktiv
- Høge rekrutteringskostnader

- Høgare kostnader knytt til bygningsmasse, herunder dårlegare arealutnytting, noko som gir høgare drifts- og vedlikeholdskostnader pr. DRG-poeng og høgare avskrivningskostnader per DRG-poeng m.v
- Høgare kostnader som følgje av høg "turn-over" av nøkkelpersonell
- Kostnader knytt til manglande samsvar mellom kompetansen til vikarar og avdelinga sitt behov
- Manglande inntekter på grunn av mangel på nøkkelpersonell
- Høgare kostnader p.g.a. pålagde funksjonar frå eigar, herunder beredskapskostnader knytt til forsterka fødestove, kostnader nærsjukehuset i Florø m.v.
- Høge kostnader ved vikarinnleige, vikarstafettar (løn, reise/opphald) – sjå tabell under

Tabell; vakanser og vikarstafettar for overlegestillingar i Helse Førde pr 1.11.2005

	Tal overlege stillingar	Tal stillingar fast fylte av overlegar	Stillingar mellombels omgjort til LIS	Stillingar dekkja fast av vikarstafett
Førde sentral-sjukehus og Nærsjukehuset	88,5	61,53	5	2-5 1-2 dg i veka
Nordfjord sjukehus	14,8	11	0	4
Lærdal sjukehus	15	6	0	6
Psykisk helsevern	19	12,55	1	0
Totalt Helse Førde	137,3	91,08	6	10 -15

Tabellen syner kor mange overlegestillingar ein for tida har heimlar til i Helse Førde og kor mange av desse som er fylte.

I Helse Førde er det samla 137,3 overlegestillingar og av desse er 66,3 % fylte. Situasjonen for det einskilde sjukehus i Helse Førde er for tida slik:

- 69,5 % av godkjende overlegestillingar ved Førde Sentralsjukehus er fast fylte.
- 74,3 % av godkjende overlegestillingar ved Nordfjord sjukehus er fast fylte.
- 40 % av godkjende overlegestillingar ved Lærdal sjukehus er fast fylte.
- 66 % av godkjende overlegestillingar innan psykisk helsevern er fylte.

Tidlegare analyser (svært mange dei siste 20 åra) har synt at det vert dyrt å drive eit moderne sjukehus med tenester på sentralsjukehusnivå med eit "lokalsjukehusområde" på ca 60 000. Avdelingar som er storforbrukarar av medisinske servicetenester, som kirurgi, ortopedi og indremedisin, har derfor ein aktivitet/produksjon som gjev høge einingskostnader samanlikna med tilsvarende avdelingar med større befolkningsgrunnlag.

Tabell; forholdet mellom strukturkomponenten og kostnadskomponenten

Brutto kostnader budsjett 2005	1 200 00
Fordelt kostnadskomponenten	70 846
Fordelt strukturkomponenten	42 772

Brutto kostnader = (Brt kostnader i føretaket - psykiatri)

Tabellen over syner at av ei samla brutto kostnadsside på nærare 1,2 mrd vert Helse Førde gjennom kostnadskomponenten gitt ein kompensasjon for kostnader utover reine behandlingskostnader (forskning, utdanning, langliggjarar) på 70,8 mill kr, og ein kompensasjon for kostnader ved å oppretthalde ein desentralisert sjukehusstruktur (strukturkostnader) på 42,7 mill kr.

Vår erfaring tilseier at strukturkostnadane i Helse Førde er høgare enn forhold knytta til forskning, utdanning og langliggjarar.

Helse Førde meiner at ein i forsøket på å "objektivisere" dei strukturelle kostnadane med å drive sjukehus i vår helseregion berre får med seg deler av dei ekstrakostnadane som er forbunde med å drive spesialisthelseteneste i Helse Førde. Vårt poeng er at alle effektane ikkje er like synlege og at dei data som er brukt i samband med analysane i strukturkomponenten ikkje fangar opp heile biletet.

Sjukehusstruktur og oppgåvefordeling mellom sjukehusa er slik at ikkje to av dei kan samanliknast. Det vil til dømes ikkje vere mogleg utan vidare å samanlikne kostnadane per produsert DRG-poeng ved Lærdal, Eid, og i Førde utan å sjå på den oppgåvefordelinga som er pålagt med vedtak frå eigar ved den einskilde institusjonen.

"Det gode skjønn"

I retningslinene for ei skjønnsstildeling i Helse Vest bør det leggjast opp til at skjønnsstilsnittet vert brukt til å løyse både mellombelse og meir permanente problem. Skjønnsstilsnittet bør ivareta forhold som ikkje er fanga opp gjennom utgiftsutjevninga som kostnadskomponenten er meint å ta høgde for. Døme på det er kompensasjon til helseføretaka som taper på endringar i inntektssystemet. Vidare kompensere helseføretaka for strukturelle kostnader og kostnader knytta til politiske føringar/avgjerder i forhold til nivå og omfang av ei rekkje helsetenester. Støtte utviklings- og omstillingsprosjekt – Ivareta ekstraordinære hendingar som oppstår i løpet av budsjettåret – Ivareta spesielle lokale forhold knytta til "sørgje for"-ansvaret osv.

I prinsippet burde helseføretaka få full kompensasjon for variasjonar i utgiftsbehov knytt til helseføretaket sin tjenesteproduksjon gjennom kostnadskomponenten i inntektssystemet. Gjennom eit kriteriebasert system er det i praksis ikkje mogleg å fange opp alle forhold som har betydning for utgiftsbehovet til føretaket. Ved utøving av det gode skjønn bør det derfor ved skjønnsstildelinga takast omsyn til forhold som helseføretaka sjølv ikkje kan påverke, og som medfører auka utgifter.

Om ein ser på fordelinga av det ordinære skjønnsstilsnittet til kommunesektoren er det distriktsfylka som mottek den største andelen av skjønnsmidlane. Det er ein klar tendens til at små kommunar og fylkeskommunar i Nord-Noreg og Sogn og Fjordane mottek meir i skjønnsstilsnitt enn andre kommunar og fylkeskommunar (i kroner per innbyggjar). Sjå nærare under Psykiatri nedanfor, og vedlagte tabellar frå NOU 2005:18.

Deloppsummering

Helse Førde ønskjer primært at ein ved bruk av skjønn legg meir midlar inn i strukturkomponenten enn det som er føreslege i høyringsrapporten. I tillegg må ein bruke justering av resultatkrav for å kompensere for lav strukturkompensasjon, slik at noverande tilbod og funksjonsfordeling kan oppretthaldast under den finansieringsmodellen som er føreslegen.

Modell for psykiatri

Forslag til ny inntektsmodell syner at Helse Førde får 10 millioner mindre til denne sektoren i 2006.

Psykisk helsevern i Helse Førde har ein låg kostnad pr. innbyggjar og noko av årsaka til dette er at psykisk helsevern i Helse Førde er relativt moderne med godt utbygde DPS'ar. I forhold til styringsdokumentet har føretaket framleis uløyste oppgåver i høve opptrappingsplanen. Dei andre føretaka i Helse Vest har anna organisering samanlikna med Helse Førde. Desse føretaka held på med utbygging av DPS'ar og desse endringane kan gje lågare kostnader. Dersom modellen byggjer på eit kostnadsbilete som er forelda, så vil dette kunne gje eit feil bilete av kostnader framover.

Helse Førde har eit svært lågt tal barnepsykiatarar og andre legar innan born og ungdom samanlikna med dei andre føretaka i Helse Vest. Dette er kostnader som no ligg inne hos dei andre føretaka og som vil kome i Helse Førde når vi klarar å rekruttere desse yrkesgruppene.

Prosjektgruppa definerer inneliggjande pasientar som ei dyr pasientgruppe. Helse Førde har få senger pr. innbyggjar samanlikna med dei andre føretaka i Helse Vest. I fordelinga som gruppa tilrår kjem vi dårlegare ut til trass for desse fakta (færre liggedøgn per innbyggjar for pasientar over 18 år og færre senger pr. innbyggjar over 18 år). Dersom desse midlane vert omfordelt frå psykisk helsevern i Helse Førde (størstedelen vert teke frå Helse Førde) når det er sagt at psykisk helsevern skal vekse meir enn somatikken, kjem Helse Førde i nok eit uføre.

Helse Førde er, etter mange års innsats, i ferd med å få ei velfungerande teneste innan dette fagområdet. Det er vanskeleg å rekruttere spesialistar til Helse Førde, men målretta arbeid gjev resultat. I tillegg skårar tenesta svært bra på ulike nasjonale kvalitetsindikatorar, og DPS-strukturen er mønster for andre føretak. Dersom ein skal understøtte den faglege satsinga og omstillingsarbeidet som foregår i Sogn og Fjordane på dette området, er omfordeling i 10 millionarsklassen øydeleggjande.

Deloppsummering

Helse Førde sluttar seg til vala av kriterier som prosjektgruppa har gjort i samband med utarbeiding av behovskomponenten for psykiatriområdet. Det bør evt. arbeidast vidare med å få etablert ein eigen komponent for gjestepasientoppgjeret. Helse Førde påpeikar også at ein også bør ha som mål å få etablert ein kostnadskomponent som fangar betre opp kostnadsvariasjonane som ein også vil ha innanfor psykiatrien. Omfordelingsverknader må vere "akseptable" i høve krav om opptrapping.

Kapital

Dette tilskotet skal kostnadmessig forsvare avskrivingskostnaden, og likviditetsmessig gjere det mogleg med nyinvesteringar. Det har vore diskutert ulike løysingar, og prosjektgruppa sitt framlegg er basert på at kapitaltilskot skal fordelast etter hovudmodellen for inntektsfordelinga elles, inkludert den somatiske aktivitetskomponenten (DRG-poeng). Effekten for Helse Førde er at ein får eit lågare tilskot enn i 2005 på om lag 8 mill kr. Hovudårsaka til dette er at ein har valt å sikre at helseføretak som har ei netto pasienttilstrøyming frå dei andre helseføretaka i vest mottek kompensasjon for kapi- talkostnader knytt til denne typen pasientbehandling. Dette er føreslege løyst ved at aktivitetskom- ponenten i somatikk (dvs. produserte DRG-poeng) også vert inkludert når tilskot til kapital vert for- delt..

Deloppsummering

Helse Førde sluttar seg til dei vurderingar og tilrådingar som prosjektgruppa har gjort i samband med utarbeiding av modell for kapitaltilskot.

Samla verknad av modellen

I prosjektrapporten framgår følgjande omfordeling i forhold til den faktiske fordelinga i 2005:

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sum
Omfordeling eks. kapital	32 805	34 806	-50 195	-17 452	-36
Omfordeling kapital	-18 210	-16 915	43 136	-8 012	0
Omfordeling ink. Kapital	14 595	17 891	-7 059	-25 463	-36

Sidan omfordeling som følge av lab.tenester ikkje er ferdigberekna, er denne effekten ikkje med i tabellen. Enkelte av komponentane i modellen byggjer også på gamle tal. Som vi har vore inne på er finansieringa av dei områda som fell utanfor inntektsmodellen ikkje avklara. Dette vil være med på å påverke omfordelingskonsekvensane.

Avslutning

Helse Førde sitt primærstandpunkt i forhold til modellen skulle no være belyst. Vårt vidare syn er at vi ikkje kan støtte implementering av modellen fullt ut i 2006 før dei totale omfordelings- konsekvensane er klargjort og vurdert. Styret vurderer at eit betydeleg auka resultatkrav for Helse Førde ikkje kan einast med mandatet for prosjektarbeidet, og at noverande tilbod og funksjonsfor- deling då vanskeleg kan oppretthaldast!

Med helsing



Clara Øberg
Styreleiar



Jon Bolstad
Administrerande direktør

Vedlegg:
Tabellar frå NOU 2005: 18 Om nytt inntektsystem for kommunane

Vedlegg: Tabellar frå NOU 2005: 18

Om nytt inntektssystem for kommunane

Tabell 2.1 Indeks for beregnet utgiftsbehov med dagens kostnadsnøkkel og med utvalgets forslag til ny kostnadsnøkkel. Kommunene gruppert fylkesvis.

Fylke	Dagens kostnadsnøkkel	Utvalgets forslag
Østfold	0,990	0,989
Akershus	0,916	0,906
Oslo	0,918	0,944
Hedmark	1,067	1,060
Oppland	1,068	1,059
Buskerud	0,989	0,985
Vestfold	1,006	1,005
Telemark	1,042	1,051
Aust-Agder	1,026	1,035
Vest-Agder	1,009	1,016
Rogaland	0,967	0,959
Hordaland	1,007	0,995
Sogn og Fjordane	1,126	1,138
Møre og Romsdal	1,054	1,055
Sør-Trøndelag	0,986	0,984
Nord-Trøndelag	1,089	1,082
Nordland	1,087	1,089
Troms	1,022	1,017
Finnmark	1,044	1,046
Landet	1,000	1,000

Tabellen over viser at kommunane i Sogn og Fjordane har eit berekna utgiftsbehov som er 13,8 % høgare enn landsgjennomsnittet.. **Kommunane i Sogn og Fjordane er dei kommunane som er dyrast å drive i landet.**

Tabell 2.3 Indeks for beregnet utgiftsbehov med dagens kostnadsnøkkel og med utvalgets forslag til ny kostnadsnøkkel. Fylkeskommunene

	Dagens kostnadsnøkkel	Utvalgets forslag
Østfold	0,881	0,883
Akershus	0,883	0,897
Oslo	0,725	0,890
Hedmark	1,055	0,992
Oppland	1,017	0,984
Buskerud	0,898	0,911
Vestfold	0,906	0,933
Telemark	0,981	0,959
Aust-Agder	1,090	1,072
Vest-Agder	1,046	1,056
Rogaland	1,021	1,066
Hordaland	1,010	1,020
Sogn og Fjordane	1,537	1,229
Møre og Romsdal	1,116	1,087
Sør-Trøndelag	0,971	0,972
Nord-Trøndelag	1,234	1,196
Nordland	1,325	1,165
Troms	1,200	1,123
Finnmark	1,286	1,183
Landet	1,000	1,000

I forslaget til nye kostnadsnøklar i NOU:18 kjem det fram eit høgt berekna utgiftsbehov per innbyggjar for fylkeskommunane i typiske distriksfylke som Sogn og Fjordane og dei fire nordlegaste fylkeskommunane. Samanlikna med dagens kostnadsnøkkel vil Sogn og Fjordane og dei fire nordlegaste fylkeskommunane få ein reduksjon i berekna utgiftsbehov per innbyggjar. Reduksjonen har særleg samanheng med at kriteria for båt- og ferjeruter er vekta ned slik at dei ikkje lenger har ei samla vekt som er høgare enn tenesta sin del av netto driftsutgifter.

I utvalet sitt framlegg til nye kostnadsnøklar i nytt inntektssystem for Fylkeskommunane kjem likevel Sogn og Fjordane ut som den Fylkeskommunen som har størst avvik i forhold til kostnadsindeksen. Vi ser av tabellen at i **Sogn og Fjordane kostar 22,9 % meir å produsere tenestene**, medan det i høve Finnmark kostar 18,3 % meir **enn landsgjennomsnittet**.

Tabell 14.7 Fordelingen av korrigert ordinært skjønn mellom fylkeskommunene. 2005. Tall i kroner per innbygger.

Fylke	Ordinært skjønnstilskudd	Kompensasjonsordningen for differensiert arbeidsgiveravgift	Kompensasjon for tap på endringer som har blitt gjennomført i inntektsystemet siden 2002	Særskilte tilskudd for 2005	Korrigert ordinært skjønnstilskudd	Skjønnstilskudd i prosent av landsgjennomsnittet
	(Kol 1)	(Kol 2)	(Kol 3)	(Kol 4)	(Kol 5)	(Kol 6)
Østfold	180	0	0	0	180	94
Akershus	137	0	0	0	137	72
Oslo	0	0	0	0	0	0
Hedmark	257	43	0	0	214	112
Oppland	472	56	253	0	163	86
Buskerud	192	14	0	0	178	93
Vestfold	244	0	72	14	157	82
Telemark	255	27	0	2	226	118
Aust-Agder	241	21	0	0	220	115
Vest-Agder	222	3	0	11	208	109
Rogaland	182	7	0	0	175	92
Hordaland	251	19	0	0	232	122
Sogn og Fjordane	601	186	0	0	415	217
Møre og Romsdal	216	55	0	6	155	81
Sør-Trøndelag	407	38	33	0	336	176
Nord-Trøndelag	391	81	0	0	310	162
Nordland	586	275	75	0	236	124
Troms	457	217	0	20	220	115
Finnmark	732	0	239	0	493	258
Landet	256	42	23	0	191	100

Tabellen viser fordelinga av skjønnsmidler gjennom inntektsmodellen for Fylkeskommunane. Det er her Finnmark og **Sogn- og Fjordane** som mottar **høgast andel skjønnsmidler**.

Tabell 14.8 Fordelingen av korrigert ordinært skjønn mellom kommunene gruppert fylkesvis. 2005.
Tall i kroner per innbygger.

Fylke	Ordinært skjønns- tilskudd	Kompensa- sjons- ordnin- gen for differensiert arbeidsgiver- avgift	Kompensasjon for tap på endringer som har blitt gjen- nomført i inntekts- systemet siden 2002	Særskilte tilskudd for 2005	Korrigert ordinært skjønns- tilskudd	Skjønns- tilskudd i prosent av lands- gjennom- snittet
	(Kol 1)	(Kol 2)	(Kol 3)	(Kol 4)	(Kol 5)	(Kol 6)
Østfold	205	0	7	0	198	97
Akershus	204	0	4	103	97	48
Oslo	0	0	0	0	0	0
Hedmark	680	330	25	42	282	139
Oppland	721	408	10	24	279	138
Buskerud	291	124	13	1	153	75
Vestfold	172	0	5	0	167	82
Telemark	420	234	18	4	164	81
Aust-Agder	342	151	19	0	172	85
Vest-Agder	229	49	21	10	149	73
Rogaland	190	63	24	26	77	38
Hordaland	356	129	40	3	184	91
Sogn og Fjordane	1 470	1 027	66	87	290	143
Møre og Romsdal	602	319	48	19	217	107
Sør-Trøndelag	635	270	81	0	284	140
Nord-Trøndelag	981	495	127	1	358	177
Nordland	1 866	1 306	100	0	460	227
Troms	1 743	1 080	142	1	520	256
Finnmark	1 316	0	252	0	1 064	524
Landet	501	241	37	20	203	100

Tabellen over visar at primærkommunane i Sogn- og Fjordane mottok ein betydeleg andel skjønns-
midlar.