

Til styret for Helse Stavanger HF

**Sak nr: 083/05 O**

**Møtedato:**  
10.11.05

**Forelegg dato**  
02.11.2005

**Saksbehandler**  
Alf Håkon Haugland

**Arkiv**  
2005/77/0/23983/2005/012

## NYTT INNTEKTSSYSTEM I HELSE VEST – HØRING

### Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Stavanger tilfreds med at det er funne fram til ein modell som er basert på objektivitet, og rår til at modellen vert fullt implementert frå og med 2006.
2. Verknaden av langliggjærfinansieringa bør vurderast på nytt slik at ikkje ulik utskrivingspraksis mellom foretaka vert lagt til grunn for finansieringa av det enkelte foretak.
3. Styret er samd i at foretak med ein krevjande geografisk struktur skal finansierast særskilt for dette, men berre i den grad som kjem fram gjennom statistiske punkttestimat.
4. I Helse Stavanger er det berre ein somatisk sjukehusinstitusjon. Dette medfører at det vert registrert færre inntektsgjevande sjukehusopphald for same pasientbehandling her enn i andre og meir fragmenterte foretak. Helse Vest vert oppmoda til å kompensera for denne strukturelle inntektsulempa i inntektsmodellen.

---

|         |          |           |         |
|---------|----------|-----------|---------|
| Utvalg: | Saksnr.: | Møtedato: | Vedtak: |
|---------|----------|-----------|---------|

---

Gunnar Hall Skavoll  
adm. direktør

## FORELEGG

### **Bakgrunn**

I direktøren sin rapport til styret i Helse Stavanger som vart lagt fram til juni-møtet 2005 vart det orientert om bakgrunn for arbeidet med nytt inntektssystem for Helse Vest. Arbeidet med nytt inntektssystem vart sett i gang av Helse Vest som eit prosjekt der Helse Stavanger HF og dei andre helseforetaka i vest har delteke. Prosjektet hadde følgjande målsetjing:

*"Utvikle og implementere et internt finansieringsystem i Helse Vest. Målet er at systemet skal være transparent, oppleves som rettferdig, belønner god kvalitet, effektiv drift og omstillingsevne."*

Prosjektet vart organisert med ei styringsgruppe som har bestått av leiargruppa i Helse Vest RHF med tillegg av to tillitsvalde.

Det vart oppnemnd ei prosjektgruppe med representantar frå Helse Vest RHF, kvart av dei fire helseforetaka, ein representant for private ideelle avtaleinstitusjonar, tillitsvalde og to forskarar (Terje P. Hagen og Oddvar Kaarbøe). Økonomisjef Alf Håkon Haugland har vore Helse Stavanger sin representant i prosjektgruppa. Prosjektet vart starta opp på vårparten 2005, og har hatt sju møte. I tillegg er det arrangert eit miniseminar for ei breiare samansett gruppe.

Prosjektgruppa si hovudoppgåve har vore å finna fram til finansieringsprinsipp og fordelingsordningar som i størst mogleg grad er basert på målbare (objektive) kriterier, og kriterier som gir incitament til meir effektiv drift. Det er meininga å ta inntektssystemet i bruk ved fordelinga av inntekter i budsjett 2006.

Prosjektgruppa har no lagt fram eit forslag til finansieringsmodell som er send på høyring til helseforetaka. Styret i Helse Stavanger vert invitert til å uttala seg til dett før modellen vil verta lagd fram for styret i Helse Vest for endeleg avgjerd.

Rapporten er på 69 sider, og er ikkje lagt ved styresaka. For interesserte kan den lastast ned frå internett på

[http://www.helse-vest.no/graphics/extranet/Dokumenter/Rapport\\_inntektsfordeling.doc](http://www.helse-vest.no/graphics/extranet/Dokumenter/Rapport_inntektsfordeling.doc)

### **Hovudprinsippa for arbeidet med ny inntektsmodell**

Det er lagt til grunn to hovudprinsipp for løysinga:

Kvart helseforetak får tildelt eit geografisk opptaksområde, og har hovudansvaret for å sikre at innbyggjarane i dette området får eit tilfredsstillande tilbod av spesialisthelsetenester. Finansieringsmodellen skal setja helseforetaka i stand til å gi sin befolkning eit likt tilbod av spesialisthelsetenester av god kvalitet. Finansieringsmodellen må difor ta omsyn til at ulike behov i dei ulike nedslagsområda, men også til at kostandsnivået i ulike helseforetak kan vera ulikt av andre grunnar enn reint behovsmessige. Dette kan skuldast m.a. særskilte kostnader til FoU, undervisning, akuttberedskap etc.og til tilhøve som foretaka ikkje sjølv kan påvirke, m.a. strukturelle forhold.

Inntektsmodellen etablerer eit system for deling av dei inntektene som tilflyt foretaka frå staten via Helse Vest RHF. Andre inntekter som det enkelte foretak har, t.d. ulike sals- og leigeinntekter, er ikkje berørt av modellen.

### **Elementa i finansieringsmodellen**

Den framlagde finansieringsmodellen er bygd opp med følgjande hovudelement:

Ein behovskomponent som tar utgangspunkt i sosiale og demografiske variablar for det enkelte helseforetak sitt nedslagsfelt; eitt sett variablar for somatikk og eitt for psykiatri.

Ein kostnadskomponent som forklarar kostnadsvariasjonar som ikkje er forklart gjennom ulikt behov i befolkninga, herunder også eit eige strukturelement.

Ein mobilitetskomponent som ivaretar finansiering av enkeltpasientar som vert behandla i eit anna helseforetak enn det der vedkommande er busett.

Eit eige kapitaltilskott som kostnadsmessig finansierer (men ikkje er beløpsmessig lik) avskrivningane til det enkelte foretak, og som samtidig sikrar finansiering (likviditetstilførsel) for nyinvesteringar.

Ei særskilt finansiering av ambulanse/luftambulanse, landsfunksjonar og lab./røntgen.

Implementeringsmodell/overgangsordning.

Utanom denne modellen er det lagt til grunn at kvart enkelt foretak får aktivitetsbaserte DRG-inntekter og polikliniske inntekter som før.

I denne fordelingsmodellen inkluderer tilskotsandelen til kvart helseforetak også tilskotet til private ideelle foretak i respektive nedslagsfelt. Dette vert så trekt ut frå kvar enkelt i ettertid. Det dominerande av desse foretaka er Haraldsplass i Bergen. For Helse Stavanger sin del er det berre tilskotet til Jæren DPS som vil verta trekt ut.

Elementa i behovskomponenten er framkomne ved hjelp av statistisk metode, der ein har testa ei rekke ulike variablar basert på kommunevis tal frå alle kommunane i Helse Vest-området. Kriteria er utvalde og vekta i samsvar med denne statistiske metoden.

Det vil framleis vere ein del midlar som vert fordelt utanfor finansieringsmodellen, m.a. opptrappingsplan for psykisk helse, tilskot til medisinarutdanning, finansiering av regionale kompetansesentra, og diverse andre kompensasjonar og refusjonsliknande tilskott.

### **Behovskomponenten**

Det er lagt til grunn følgende sosiale og demografiske variabler for behovskomponenten:

Somatikk:

| <b>Kriterier</b>    | <b>Vekt</b> |
|---------------------|-------------|
| Andel 0-4 år        | 0,041       |
| Andel 5-19 år       | 0,023       |
| Andel 20-39         | 0,082       |
| Andel 40-64 år      | 0,171       |
| Andel 65-74 år      | 0,079       |
| Andel 75-89 år      | 0,13        |
| Andel 90 år og over | 0,014       |
| Andel uføre         | 0,12        |
| Andel skilte        | 0,13        |
| Dødelighet          | 0,21        |

Psykatri:

| <b>Kriterier</b>                     | <b>Vekt</b> |
|--------------------------------------|-------------|
| Andel innbyggere 0–15 år             | 0,09        |
| Andel innbyggere 16–18 år            | 0,04        |
| Andel innbyggere 19–34 år            | 0,15        |
| Andel innbyggere 35–66 år            | 0,18        |
| Andel innbyggere 67–74 år            | 0,04        |
| Andel innbyggere 75 år og eldre      | 0,06        |
| Andel ugifte 35 år og eldre          | 0,11        |
| Andel uføre 18–39 år                 | 0,08        |
| Andel uføre 40–69 år                 | 0,12        |
| Andel sosialhjelpsmottakere 18–49 år | 0,01        |
| Andel kun grunnskole 18–29 år        | 0,07        |
| Andel kun grunnskole 30–59 år        | 0,05        |

Med desse behovskomponentane utgjør behovet til innbyggjarane i Helse Stavanger sitt nedslagsfelt 29,3 % av behovet i Helse Vest. For psykiatritenester er andelen 29,6%.

### **Kostnadskomponenten**

Fleire kriterier er testa statistisk, og det er tre kriterier som kjem ut som signifikant forklaring av ulik kostnadsstruktur pr DRG-poeng:

Forsking, målt i "forskingspoeng" (talet på artiklar vektet med "publikasjonstyngde")

Talet på langtidsliggedagar i 2004 (låst nivå for å unngå suboptimale incentiv)

Utdanningspoeng (for ass.legar og turnuskandidatar)

Det som er særleg verd å merka seg her er at Helse Stavanger har få langliggjarar (21% av langliggjarane i Helse Vest) samanlikna med pasientbehandling målt i DRG-poeng (29%). Det er ikkje identifisert kva årsakene til dette er; om det er strengare utskrivingspraksis for eksempel pga. overbelegg, eller om det er andre forhold, t.d. om det er dårlegare kapasitet i primærhelsetenesta til å ta imot ferdigbehandla pasientar i dei andre foretaka sine nedslagsområde.

### **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 akuttfunksjon pr 10000 innbyggjar, og analysen viser at slike desentraliserte helseforetak har ei strukturulempe. Denne strukturulempa er statistisk berekna for kvart foretak i forhold til om det same foretaket hadde hatt berre eitt sjukehus med akuttfunksjon. I denne utrekninga ligg det også inne ein statistisk konsentrasjonsindeks som identifiserer ein redusert effekt for foretak der eitt av akuttsjukehusa behandlar ein svært stor andel av pasientane (les: Haukeland sjukehus i Helse Bergen).

I modellen vert om lag 82 mill. kr fordelt etter dette kriteriet. Helse Stavanger får null.

Prosjektgruppa som legg fram rapporten er ikkje samde i utslaga som denne komponenten indikerer. Representantane for Helse Fonna og Helse Førde og dei to tillitsvalde er ikkje samde i at strukturkomponenten fullt ut fangar opp og jamnar ut dei reelle strukturkostnadene som ein har ved lokalsjukehusa i dag. Representantane meiner at strukturkostnadene som Helse Førde og Helse Fonna står overfor er større enn det som kjem fram i modellen.

Representanten frå Helse Stavanger har uttrykt eit syn som går i motsett retning; at helseforetak som har berre eitt sjukehus, og med en spesialiseringsgrad som inneber at foretaket i stor grad behandlar pasientane ferdige sjølv, oppnår DRG-inntekter for færre institusjonsopphald pr. pasient enn helseforetak der akuttpasientar i større grad vert overflytta mellom sjukehusa. Dette inneber ei økonomisk strukturulempe (på inntektssida) for slike foretak, noko som indikerer at den uvekta strukturkompensasjonen bør setjast lavare enn analysane indikerer.

### **Mobilitetskomponenten**

Sidan kvart foretak får tilskot gjennom behovskomponenten for dei innbyggjarane som bur i nedslagsfeltet, så ligg det også til grunn for modellen at desse pengane skal følgja pasientar som vert behandla i andre foretak. Dette vert knytt opp mot DRG-satsen for slik behandling, og kompensert opp til 80% av den nasjonale einingsprisen, både for pasientmobilitet internt i Helse Vest og mot andre regionar. Dette samsvarar også med gjestepasientfinansieringa som finst frå

før mellom Helse Vest RHF og dei andre regionane. I den foreslåtte modellen vert inntekter og kostnader knytt til pasientmobilitet lagt til det enkelte foretak, og dei midlane som Helse Vest pr i dag nyttar til netto pasientmobilitet ut av regionen vert overført til foretaka gjennom modellen for øvrig. Dette taper Helse Stavanger på, då fleire pasientar frå vårt nedslagsfelt enn frå dei andre helseforetaka får behandling utanfor Helse Vest-området.

I tillegg til den variable 80%-finansieringa ligg det inne ein ytterlegare 20 % fast kompensasjon basert på eit frose 2004-nivå, slik at samla kompensasjon vert på 100% DRG om ikkje nivået endrar seg. Dette er for å forsvare kostnaden ved oppbygd kapasitet, samstundes som incentiva på marginalen ikkje vert annleis mellom foretaka i Helse Vest enn for å senda pasientane ut av regionen.

Det er ikkje foreslått å innføra eit gjestepasientoppgjer for psykiatri mellom foretaka i Helse Vest ennå, med unntak av ei avrekning mellom Helse Bergen og Helse Fonna som skuldast eit relativt stort omfang av pasientar på Valen. Analysar tyder på at dette ikkje har nemneverdig betydning for Helse Stavanger, som har om lag null netto pasientmobilitet innan psykiatrien. Det vil bli arbeidd vidare med eit gjestepasientoppgjer for psykiatrien til seinare år.

### **Kapitaltilskott**

Dette tilskottet skal kostnadsmessig forsvare avskrivingskostnaden, og likviditetsmessig gjera det mogleg med nyinvesteringar. Det har vore diskutert ulike løysingar, og prosjektgruppa sitt framlegg er basert på at kapitaltilskott skal fordelast etter hovudmodellen for inntektsfordelinga elles, inkludert den somatiske aktivitetskomponenten (DRG-poeng). Dette gir Helse Stavanger ein større del av kapitaltilskottet (26,4%) enn om åpningsbalansen pr 1.1.2002 var blitt brukt som fordelingsnøkkel, noko som også har vore drøfta i prosjektgruppa, men lågare enn i 2005, då ein reindyrka behovsmodell utan kostnadskomponent og pasientmobilitet var lagt til grunn.

### **Særskilte kostnader**

Kostnader knytt til ambulanse og luftambulanse har det ikkje lykkast prosjektgruppa å forklara statistisk på ein god måte gjennom objektive kriterier. Prosjektgruppa tilrår derfor at den relative kostnadsfordelinga i rekneskap 2004 vert nytta som fordelingsnøkkel for desse kostnadane.

Helse Bergen har to kostnadskrevjande landsfunksjonar; brannskade og hyperbarmedisin (trykkammer) som ikkje er finansiert gjennom pasientinntekter. Nettokostnaden for desse vert finansiert særskilt.

Sidan kvar foretak vert finansiert ut frå innbyggjartal (differensiert i alders- og sosiale kriterier) vil det vera i samsvar med modellen at kvar foretak skal dekkja alle kostnader ved eigne innbyggjarar. Når eitt helseforetak utfører lab.- og røntgenundersøkingar for pasientar som er innlagde i eit anna helseforetak vil det derfor vera i samsvar med modellen at dette vert kompensert, enten gjennom fakturering eller gjennom modellen. Relevante data for desse tenestene er imidlertid vanskeleg tilgjengelege, så i rapporten er ikkje dette kvantifisert. Helse Vest vil arbeida vidare med dette. Det er ikkje gitt om dette vil vera ei netto inntekt eller ein netto kostnad for Helse Stavanger.

### **Samla verknad av modellen**

Det er verd å merkja seg at det ikkje er med noko eige tilskot til høgspesialiserte tenester i modellen. Bakgrunnen for dette er at kostnaden ved slike tenester er meint å vera fanga opp

gjennom dei øvrige elementa i modellen, særleg gjennom pasientmobilitetstilskotet med 100% DRG-kompensasjon basert på 2004-nivå, langliggjærfinansiering og særskilt finansiering av landsfunksjonar.

Det er heller ikkje noko slkjønnstilskot i modellen lengre. Behovet for dette er meint å vera fanga opp gjennom dei same elementa som nemnt ovanfor samt strukturtilskotet.

Modellen gir 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          |
| <b>Omfordeling ink. kapital</b> | <b>14 595</b>   | <b>17 891</b> | <b>-7 059</b> | <b>-25 463</b> | <b>-36</b> |

Sidan omfordeling som følge av lab/røntgenfinansiering ikkje er ferdigberekna, er denne effekten ikkje med i tabellen.

Enkelte av kopponentane i modellen byggjer på gamle tal som vil verta oppdaterte før budsjettet for 2006 vert vedtatt, og endringar i slikt materiale vil kunna endra omfordelinga noko.

### **Overgangsordning**

Prosjektgruppa tilrår at modellen vert sett i verk fullt ut i 2006, men at Helse Vest kan vurdere ei gradvis innføring av verknaden gjennom differensierte reultatkrav til dei ulike foretaka i starten.

### **Vurdering**

Administrerande direktør er tilfreds med at det er funne fram til ein modell som er basert på objektivitet. Dette vil tena Helse Stavanger på kost sikt, gjennom at tilskottsandelen samla sett aukar, men endå meir på lang sikt. Årsaka til dette er at tilskotet no vert knytt nærare opp mot objektive befolkningskriterier der Helse Stavanger har den største årlege veksten blant foretaka i Helse Vest, slik at foretaket no vil kunna få finansierte auka kostnader som følge av folkevekst og ”eldrebølge” på ein måte som relativt sett er like god som dei andre foretaka i vest.

Det er likevel uheldig at helseforetak med mange langliggjærar relativt sett vert belønna for dette, sjølv om dette er på eit frose 2004-nivå. Det er grunn til å tru at denne ulikskapen i nokon grad skuldast at Helse Stavanger har eit særleg stort press på tidlege utskrivingar som følge av færre sengeplassar pr innbyggjar og større overbelegg samanlikna med dei andre foretaka. Når dette vert tatt inn i modellen, bidrar det til å sementere ei skeivfordeling i sengekapasitet mellom foretaka.

Direktøren er også bekymra for det press som strukturkomponenten ser ut til å vera utsett for frå fleire av foretaka, samstundes som Helse Stavanger har ei strukturulempe på inntektssida ved å berre ha eitt somatisk sjukehus. Det må vera eit krav at modellen ikkje inneber eit større strukturelement enn det som kjem fram gjennom dei statistiske analysane.