

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Selskap: Helse Vest RHF
Dato: 16.11.2005
Sakbehandlar: Per Karlsen og Anne May S. Sønstabø
Saka gjeld: **INNTEKTSMODELL FOR HELSEFØRETAKA FRÅ OG MED 2006**

Styresak 104/05

Styremøte 23.11. 2005

Bakgrunn

Administrerende direktør legg med dette fram forslag til nytt inntektssystem i Helse Vest. Ei prosjektgruppe har i 2005 på oppdrag av administrerende direktør arbeidd med forslag til nytt inntektssystem for Helse Vest og leverte 19. oktober sin rapport.

I denne saka vil følgjande verta gjennomgått:

1. Bakgrunn for saka og tidlegare vedtak
2. Informasjon om prosjektet
3. Høyringsuttaler frå HF'a og det regionale brukarutvalet
4. Administrerende direktør si vurdering
5. Implementering
6. Forslag til vidare arbeid

1. Bakgrunn for saka

Helse Vest starta hausten 2003 eit arbeid for å kome fram til meir objektive kriterium for fordeling av basistilskotet ut til helseføretaka. Det vart for budsjettåret 2004 laga ein modell som i stor grad bygde på modellen som Hagen-utvalet hadde laga for HOD for fordeling av midlar mellom regionane. I Hagen utvalet sin modell var det lagt opp til ein modell for fordeling av basisramme somatikk og ein modell for fordeling av basisramme psykiatri. Desse modellane var bygd opp rundt både alderskriterium og sosiale kriterium, såkalla objektive kriterium.

Inntektsmodellen som vart brukt for budsjettåret 2004 og som vart vidareutvikla for budsjettåret 2005 har i tillegg til å vere bygd på objektive kriterium hatt element i seg basert på skjønn. Dette gjeld tilskot til høgspesialiserte tenester (som bygde på det gamle regionsjukehusstilskotet) og strukturtilskot som skulle kompensere dei helseføretaka som hadde ein uhensiktsmessig struktur (sett ut frå eit økonomisk perspektiv).

Endringa frå å fordela midlar etter historikk til å fordela midlar etter meir objektive kriterium har vore godt motteke i helseføretaka. Dei elementa i modellen som baserer seg på skjønn har likevel vore omdiskuterte og har blitt kritisert av helseføretaka. I tillegg har administrerende direktør sett at modellen som var brukt i 2004 og i 2005 har vore for lite forankra i helseføretaka og dette har gjort det nødvendig å gjennomføre ein breiare prosess.

Følgjande styrevedtak er tidlegare gjort i saker som har relevans for denne saka.

Sak 100/03 Nytt inntektssystem for Helse Vest. Vedtak (einstemmig):

”Styret ber administrasjonen arbeide vidare med et inntektssystem for Helse Vest med anbefaling når det gjelder:

1. ISF-prosent
2. Fordeling etter Hagen-modellen og etter historikk
3. Tilskudd til høyspesialiserte funksjoner
4. Tilskudd til foretak med kostnadskrevende struktur

Det tas i det vidare arbeid hensyn til de oppgaver som løses av de private ideelle institusjoner.

Det tas sikte på behandling av inntektssystemet i styrets desembermøte”.

Sak 92/04 Modell for inntektsfordeling i 2005. Vedtak (einstemmig):

”Styret vedtar ny inntektsfordelingsmodell i tråd med saksframlegget basert på følgjande prinsipp:

Helse Vest skal nytte den same ISF som Stortinget har vedtatt.

- Modellen skal ta høgde for demografiske endringar i tråd med Hagenutvalet.
- Strukturtilskotet skal vidareførast.
- Helse Vest skal arbeide for å ta i bruk mest mogleg objektive kriterium og minst mogleg skjønn, slik at forutsigbarheten blir auka.
- Skjønntilskotet blir auka for 2005 med 25 mill fordelt etter prinsippa for strukturtilskot.

Styret gir si tilslutning til å arbeide på RHF-nivå for å få til ein felles nasjonal modell for inntektsfordeling. Dersom dette arbeidet ikkje når fram ønskjer styret ei eiga utgreiing i Helse Vest i tråd med innstillinga frå Hagen-utvalet.”

2. Om prosjektet

Med bakgrunn i dei styrevedtaka som er gjort og med bakgrunn i dei erfaringane Helse Vest har gjort dei to åra inntektsmodellen har vore i bruk vart det våren -05 starta eit prosjekt for å utvikle modellen vidare. For å få ein best mogleg fagleg forankring og god forankring i helseføretaka er det gjennomført ein prosess der ein har involvert både helseføretaka og fagmiljø innan helseøkonomi. Prosjektet som vart starta våren 2005 har hatt følgjande målsetjing:

”Utvikle og implementere et internt finansieringssystem i Helse Vest. Målet er at systemet skal være transparent, oppleves som rettferdig, belønne god kvalitet, effektiv drift og omstillingsevne.”

Prosjektet har vore organisert med ei styringsgruppe bestående av leiargruppa i Helse Vest og to konserntillitsvalde.

Sjølve arbeidet med analysane og innhaldet i rapporten er styrt av ei prosjektgruppe bestående av representantar frå HF’a, Helse Vest RHF, konserntillitsvalde og dei private ideelle. Helse Vest har nytta seg av fagleg ekspertise frå Universitetet i Oslo og i Bergen for å utvikle modellen. Professor Terje P. Hagen (UiO) og forskar Oddvar Kaarbøe (UiB) har vore sekretariat for gruppa og har stått for analysane som er gjort i tillegg til å føre rapporten i pennen.

Prosjektet har hatt ein eigen informasjonsplan med definerte aktivitetar, m.a. publikasjon av artiklar i dei interne informasjonsskriva. Kvar prosjektdeltakar har òg hatt eit definert ansvar i forhold til å informere internt i sitt helseføretak. Brukarutvalet er blitt orientert om prosjektet ved to anledningar.

Prosjektgruppa har hatt 7 prosjektmøte og det har vore arrangert eit miniseminar med undervegsrapportering til ei breiare samansett gruppe. Prosjektgruppa avleverte rapporten til administrerende direktør i Helse Vest 19. oktober. Rapporten vart deretter sendt på høyring til Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen, Helse Førde som har styrebehandla forslag til rapport. I tillegg har det regionale brukarutvalet og samanslutninga av private ideelle gitt ein høyringsuttale.

Modellen som no blir lagt fram består av følgjande element (sjå rapport frå prosjektgruppa):

- behovskomponent somatikk – fordeling av midlar til somatikk etter behov i befolkninga
- kostnadskomponent somatikk – kompensasjon for kostnadsvariasjonar mellom sjukehusa
- strukturkomponent – kompensasjon for strukturelle meirkostnader som det er vanskeleg for sjukehusa å påverka
- behovsmodell psykiatri – fordeling av midlar til psykiatri etter behov i befolkninga
- kostnadskomponent psykiatri - kompensasjon for regional sikkerhetsavdeling
- mobilitetskomponent – korreksjon for pasientstraumar mellom helseføretaka og mellom helseregionane
- kapitaltilskot – tilskot til investeringar

3. Høyringsuttaler

Prosjektgruppa tilrår at modellen blir tatt i bruk frå og med 2006 men at Helse Vest vurderer resultatkravet som blir sett til det einskilde helseføretak. Prosjektgruppa tilrår samtidig at Helse Vest startar eit oppfølgingsprosjekt med tanke på å gjera meir grundige analysar rundt struktur- og kostnadskomponenten.

Nedanfor følgjer ei oppsummering av hovudpunkta i uttalene frå høyringsinstansane. I arbeidet med modellen er det lagt stor vekt på dokumentasjon av samanhengar og at det må finnast objektive kriterium som gjer at dette kan leggst inn i modellen. Fleire av høyringsuttalene peikar på forhold som krev meir grundig utgreiing. I hovudsak rettar dette seg inn mot kostnads- og strukturkomponenten. Mange av innspela i høyringsuttalene er difor verdifulle i det vidare arbeidet med modellen. Administrerende direktør ser det som verdifullt at prosjektgruppa har kome fram til ein modell der skjønnelementa er erstatta av meir objektive kriterium. Både prosjektgruppa og høyringsuttalene foreslår vidare arbeid med dei objektive kriteria. Basert på dette kan eventuelle behov for skjønne handterast gjennom ei differensiering av resultatkrava.

Til kvar høyringsuttale er det lagt inn kommentar frå Helse Vest.

3.1 Helse Stavanger HF

Styret i Helse Stavanger har behandla sin høyringsuttale i sak 83/05 O og har oppsummert høyringsuttalen i følgjande punkt:

- 1. Styret i Helse Stavanger er 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 langliggjarfinansieringa 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 inntekstgjevande 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.

Kommentar til høyringsuttalen:

Administrerande direktør er tilfreds med at styret i Helse Stavanger tilrår at modellen blir tatt i bruk i 2006 og at ein ønskjer ein modell basert på objektivitet. Helse Stavanger sine synspunkt referer seg i hovudsak til kostnadskomponenten og strukturkomponenten for somatikk. Punkt nummer 2 og 4 i vedtaket krev grundigare utgreiing og bør difor vurderast i neste års prosjekt. Punkt 3 gjeld strukturkomponenten. I analysen av strukturkomponenten kjem ein til at meirkostnaden pr. DRG-poeng ligg mellom kr 6511 og kr 7900. Prosjektgruppa tilrår at ein vel å legge seg midt i dette intervallet, dvs. kr 7200. Helse Stavanger støttar dette valet.

3.2 Helse Fonna HF

Helse Fonna meiner prosessen med å arbeide fram ein ny inntektsmodell har vore positiv og støtter hovudprinsippa i modellen. Innspela refererer òg til moment som bør utgreiast nærare i neste års prosjekt.

Mobilitetskomponenten:

Helse Fonna meiner mobilitetskomponenten må vurderast etter første år for å sjå om det er rom for forbetringar i høve til prosenten som nyttast på abonnementsordninga. Dei meiner òg at sidan det ikkje er ambulansehelikopter i Helse Fonna kan mobiliteten bli unødig høg og dermed blir kapasiteten på sjukehusa i Helse Fonna utnytta dårlegare enn den kunne med eit eige helikopter i Helse Fonna.

Strukturkomponenten:

Helse Fonna har ein sjukehusstruktur og ein geografi som gjer at ein har ekstra utfordringar på kostnadssida. Styret i Helse Fonna er usikker på om strukturkomponenten fangar heile denne ulempa. Særleg er ein usikker på om det er rett å vurdere strukturelle ulemper i Helse Bergen på same måte som ulempene i Helse Fonna og Helse Førde og ønskjer at avstand mellom sjukehusa skal testast som kriterium for berekning av strukturkostnader. I og med at det er talet på sjukehus med akuttfunksjon som er utslagsgivande i analysen av strukturkostnadene, ønskjer Helse Fonna å få vurdert om alle sjukehusa som er medrekna har ein fullverdig og lik akuttberedskap 24 timer i døgnet.

Kostnadskomponenten:

Helse Fonna er usikker på om denne komponenten uttømmende tar høgde for variasjonar i kostnader mellom føretaka. I tillegg tilrår Helse Fonna at ein set opp mål i høve til kva som er optimal kostnad pr DRG som eit bidrag til betre økonomistyring i helseføretaka.

Psykatri:

Helse Fonna presiserer at dei ønskjer at pasientmobilitet mellom Helse Bergen og Helse Fonna vert gjennomført som ein abonnementsmodell.

Kapital:

Helse Fonna har ein relativt sett store verdiar i opningsbalansen. Modellen som er føreslått er god og enkel og i høve til dagens pasientstraumar. Den tek ikkje omsyn til historikk og dei verdiar som i dag ligg i helseføretaka. Dette kan få følgjer for vedlikehald av kapitalen og Helse Fonna ber Helse Vest om å vurdere om dette er ein god strategi.

Ambulansetenesta:

Helse Fonna støtter fordeling utanom inntektsmodellen, men meiner at ein bør starte arbeid med objektive kriterium etter at plan for prehospitale tenester er ferdig.

Kommentarar

Forholda Helse Fonna tar opp krev grundigare utgreiing og bør vurderast i neste års prosjekt.

3.3 Helse Bergen HF

Styret i Helse Bergen har behandla høyringsuttalen som sak 90/05 og har gjort følgjande 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 budsjettfordeliga, særleg legg styret vekt på regional sikkerheitsavdeling, høgspesialisert medisin og strukturtilskot.*
3. *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.*

Helse Bergen har i høyringsuttalen følgjande konkrete innspel:

- Helse Bergen peiker på svake sider ved DRG-systemet og meiner at Helse Vest bør sikre at sjukehus med mange tunge pasientar blir tilstrekkeleg kompensert herunder at ein må ta initiativ til ei raskare oppfølging av endringar i medisinsk teknologi og behandlingsmetodikk.
- Helse Bergen føler seg usikker på om sjukehus med pasientpopulasjon av tyngre pasientar enn gjennomsnittet blir tilstrekkeleg kompensert gjennom langliggjærfinansieringa.
- Helse Bergen meiner det kunne vore rett å stipulere eit beløp som kompensasjon for kostnadskrevjande behandling som ikkje er reflektert i DRG-systemet.
- Når det gjeld den regionale sikkerhetsavdelinga meiner Helse Bergen at bruken av tilbodet er basert på medisinske prioriteringar og at den ikkje inneheld nokon form for prioritering av pasientar frå Helse Bergen. Dermed meiner ein det blir det feil å gjera avkortingar i tilskotet.
- I forhold til laboratorietenester og kompensasjon for dette meiner Helse Bergen ein i størst mogleg grad må basere dette på eit reelt kostnadsbilete.
- Helse Bergen meiner ein skal leggje opp til betalingsavtalar utanfor modellen på følgjande områder: bruk av pasienthotell, habiliteringstenesta, Valenpasientar og laboratorietenester.

Kommentarar

Helse Bergen sin høyringsuttale gjeld i all hovudsak kostnadskomponenten både innan somatikk og psykiatri. Innspela som Helse Bergen har i forhold til kostnadskomponenten innan somatikk krev grundigare utgreiing og bør vurderast i neste års prosjekt. Når det gjeld den kostnadskomponenten innan psykiatri (regional sikkerhetsavdeling) meiner administrerande direktør at dette er ein regionsfunksjon og tilrår difor ikkje ei avkorting i finansieringa. Laboratorietenester, Valenpasientar og habilitering blir behandla seinare i denne saka. Betaling for bruk av pasienthotell er ikkje behandla av prosjektgruppa og vil difor måtta vurderast i neste års prosjekt.

3.4 Helse Førde HF

Saka, med tilleggspunkt, vert lagt ved som Helse Førde sin uttale i den vidare behandlinga av nytt inntektssystem i Helse Vest. Styret i Helse Førde har som uttale sendt eit eige høyringsbrev. Oppsummeringa følgjer under:

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 helseforetak.

Vedrørende strukturkomponenten meiner Helse Førde at ikkje alle kostnadane knytt til strukturen i Sogn og fjordane er fanga opp. 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. Opptrappingsområdet 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 for ei endeleg avgjerd vert teken.

Kommentarar til komponentane i modellen

Vedrørende **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 gjestepasientoppgeret, 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 Nærjukehuset i Florø, er naudsynt for ein fattar endeleg vedtak om nytt inntektsystem.

Vedrørende **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 Nærjukehuset 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 rekneskapstala 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 rekneskapstala 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 inntektsystem, meiner vi at desse er tilstrekkeleg relevante og pålitelege. Det er sendt ein forespurnad til Helse Vest vedrørende datagrunnlaget som er nytta for forskingspoeng for Helse Førde. Enkelte av komponentane i modellen byggjer på gamle tal som vil bli oppdaterte for budsjettet for 2006 vert vedteke, og endringar i slikt materiale vil kunne endre omfordelinga.

I kapittel 2.8.2 Analyseopplegg i NOU:18 – Nytt inntektsystem 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 skjønnsstilskudd i inntektssystemet.

Kommentarar

Helse Førde meiner at strukturkomponenten ikkje fangar dei meirkostnadene Helse Førde har. Dette er innspel som bør vurderast nærare i neste års prosjekt. Vurderingar i forhold til innspel om finansiering av adipositas kirurgi, ortopedi i Lærdal, og nærsjukehus i Florø vil bli gjort i sak om inntektsfordeling for 2006. I finansieringa av ambulanse tilrår administrerande direktør at ein legg til grunn prognose for 2005 og at skeivhet i finansieringa av pasienttransport blir retta opp. Når det gjeld skjønn viser ein til at dette i størst mogleg grad bør gjerast gjennom differensieringa av resultatkravet.

3.5 Regionalt brukarutval

Det viktigaste for det regionale brukarutvalet er at ein får ein modell som garanterer eit totalt og tilfredsstillande helsetilbod til innbyggjarane i regionen og ser positivt på arbeidet som prosjektgruppa har gjort. Særleg er ein tilfreds med at ein i rapporten foreslår ei årleg oppdatering for å fange opp m.a. endringar i befolkningssamansetninga og uheldige utslag av implementeringa av modellen. Brukarutvalet peiker likevel på at dyre vikarstafettar i Helse Førde kan vera underkompensert i strukturkomponenten.

Kommentarar

Innspelet frå brukarutvalet dreiar seg om strukturkomponenten og vil bli vurdert vidare i neste års prosjekt.

3.6 Private ideelle

Dei private ideelle ønskjer at det blir arbeidd aktivt med å finna objektive kriterium som gjer det mogleg også å fordela midlar direkte til dei private ideelle. Samtidig føreset ein at modellen som no skal tas i bruk ikkje får konsekvensar for relasjonen mellom dei private ideelle og Helse Vest.

Sett opp mot hovudprinsippa i modellen vil dei private ideelle poengtere at val av modell ikkje må svekke Helse Vest sitt aktive sørgje for ansvar i regionen.

Dei private ideelle er urolege for om modellen dekkjer spesielle lokale forhold. Særleg gjeld dette strukturtilskotet. Her er det to forhold som blir nemnt. På den eine sida er ein i tvil om tilskotet i stor nok grad kompenserer helseføretak med store avstandar og lang reisetid. På den andre sida er ein skeptisk til at det automatisk er talet på sjukehus med akuttfunksjonar som er utslagsgivande for om eit helseføretak skal få strukturtilskot og at dette feilaktig kunne gi inntrykk av at samanslåing av dei to akuttmottaka automatisk vil gje reduserte kostnader.

Kommentarar

Gjennom arbeidet med modellen har ein funne at det ikkje er mogleg å handtere finansieringa av dei private ideelle på same måte som eigne helseføretak. Modellen bygger på at føretaka har definerte opptaksområde der ein har ein stor bredde i tilbodet av tenester. Dei private ideelle oppfyller ikkje desse kriteria og må derfor handterast utanfor modellen. Administrerande direktør meiner på denne bakgrunn at dagens modell med forhandlingar er det mest tenlege. Gjennom forhandlingane og drøftingane har dei private ideelle alle høve til å ta opp relevante forhold årleg.

4. Vurdering

4.1 Innleiing

Administrerande direktør meiner prosjektgruppa har gjort eit grundig og godt arbeid og at ein har kome eit godt stykke på veg i arbeidet med å finne objektive kriterium for å fordele inntektene til helseføretaka. Følgjande større endringar er gjort samanlikna med modellen for 2005:

- Somatikkmodellen byggjer no på Helse Vest data
- Prisinga av det interne gjestepasientoppgjæret er endra slik at helseføretaka står overfor same kostnad dersom pasientane blir sendt internt i regionen eller ut av regionen.
- Det økonomiske ansvaret for det eksterne gjestepasientoppgjæret er lagt ut til helseføretaka.
- To skjønnselement (tilskot til høgspesialiserte tenester og skjønnstilskot) er tatt ut av modellen
- Kostnadskomponent og strukturtilskudd basert på objektive kriterium har kome inn i modellen
- Kapitaltilskot er fordelt etter totalmodellen
- Fordeling av midlar til ambulanse er fordelt utanfor modell

Med bakgrunn i budsjettprosessane ein har hatt dei to føregåande åra og diskusjonane som har vore rundt dei skjønnsmessige elementa i dagens modell ser administrerande direktør det som verdifullt at ein no har kome fram til ein modell der skjønnselementa er erstatta av meir objektive kriterium utan at det treng å bety dramatiske omfordelingar mellom helseføretaka.

Med bakgrunn i høyringsuttalene som har kome inn og det som kjem fram i prosjektgruppa sin rapport oppfattar administrerande direktør at helseføretaka er positive til prosessen som er gjennomført og at det er semje om hovudprinsippa i modellen. Administrerande direktør registrerer likevel at dersom ein går meir i detalj er det ein uttrykt skepsis til om inntektsmodellen fangar alle forhold som er relevante for inntektsfordelinga. Særleg gjeld dette kostnadskomponenten innan somatikk og strukturkomponenten.

4.2 Kostnadskomponenten

I rapporten blir det vist til at det i berekninga av kostnadskomponenten ikkje er lagt til grunn oppdaterte Samdata tal og at dette kan påverke dei totale omfordelingseffektane som er berekna. Planen var at tala skulle vere klare i løpet av oktober. Desse tala er blitt forsinka slik at ny berekning av kostnadskomponenten ikkje er klar. Administrerande direktør anbefaler difor at effekten av ein ny kalkulering av kostnadskomponenten først må få effekt ved fordelinga av midlar i 2007 og vil kome som ein av fleire oppdateringar.

Det er ei samla prosjektgruppe som står bak rapporten. På to punkter er det likevel avvikande syn i gruppa. Dette gjeld kostnadskomponenten og strukturkomponenten. Diskusjonen rundt kostnadskomponenten har dreia seg rundt om ein skulle leggja til grunn ei liste over langliggjarar som var vekta med DRG-vekta eller om ein skulle leggja til grunn ei liste der alle langliggjarar hadde lik vekt. Som det går fram av rapporten valde gruppa her å tilrå ei løysing der ein legg til grunn ei uvekta langliggarfinansiering. Dette inneber at gruppa ikkje legg opp til at kompensasjon for langliggjarar skal vera knytt opp mot høgspesialisert behandling og finansiering av dette.

I tillegg vert det påpeika av gruppa at ein er usikker på om modellen i stor nok grad fangar finansieringsbehovet som er knytt opp mot høgspesialiserte tenester. Administrerande direktør i Helse Vest støttar dette, og foreslår at det blir arbeidd vidare med kostnadskomponenten med tanke på å vurdere om det er forklaringsvariablar som er oversett i analysane som er gjort, eller om dette kan vurderast på andre måtar. Dette arbeidet bør startast på nyåret med sikte på å ha ei eventuell løysing klar innan sommaren -06 slik at dette kan nyttast i inntektsfordelinga for 2007.

Administrerande direktør registrerer at Helse Bergen ønskjer at det blir lagt inn skjønnselement for å dekke forhold rundt høgspesialiserte tenester i påvente av nærare analyser. Dette vil etter administrerande direktør sitt syn svekke forslaget til modell som er lagt fram og vil kunne bringe ein tilbake til diskusjonane ein har hatt både i 2004 og 2005. Administrerande direktør meiner at totalmodellen står fram som mykje meir robust enn modellen frå 2005 og ser det som ein styrke at dei skjønnsmessige elementa er erstatta med andre kriterium.

4.3 Strukturkomponenten

Diskusjonen rundt strukturkomponenten går på i kor stor grad modellen fangar kostnadsulempene særleg Helse Fonna og Helse Førde står overfor som følgje av både geografiske og strukturelle forhold. Administrerande direktør anbefalar at ein gjer nærare analysar òg av dette forholdet med tanke på å finne eit mest mogleg korrekt nivå på ein strukturkomponent. Her må det òg vurderast kva som er kostnadsulempar som føretaka sjølve kan påverke og kva ein er bundne av i form av styringssignal frå eigar.

Pasienttransport og ambulansetransport er områder der kostnadsulempene for helseføretak med utfordringar knytt til geografi kjem tydeleg fram. Desse elementa er difor lagt utanfor modellen. For å få ein mest mogleg korrekt kompensasjon for desse kostnadene har ein valt å legge til grunn prognosetal for 2005¹ ved fordeling av midlar til ambulanseteneste og endelege rekneskapstal for 2004 for fordeling av midlar til pasienttransport.

4.4 Kostnadskomponent psykiatri

Helse Bergen har i høyringsrunden spelt inn at bruken av den regionale sikkerhetsavdelinga er basert på medisinske prioriteringar og at den skeive geografiske fordelinga skuldast tilfeldigheter. Det er laga eit eige vedlegg til høyringsuttalen frå Helse Bergen som beskriv dette. Administrerande direktør finn det vanskeleg å gå inn for eit redusert tilskot ut frå mistankar om at bruken skuldast at pasientar frå føretak utanfor Helse Bergen sitt opptaksområde blir nedprioriterte.

Det er ikkje uvanleg at ein ser eit overforbruk av regionale funksjonar hjå pasientar som bur i nærleiken av der tenesta blir tilbuddt. Dette er generell problemstilling som det er all grunn til å kikke nærare inn i. I forhold til funksjonane som er nemnt i rapporten "høgspesialiserte tenester i Helse Vest" vil alle regionale funksjonar vera underlagt rapporteringsplikt mellom anna i forhold til bruk og tilgjenge for pasientar frå heile regionen. Dersom det i denne evalueringa blir avdekket at funksjonen ikkje fungerer etter intensjonen vil administrerande direktør innstilla på at det blir gjort ein reduksjon i tilskotet til funksjonen.

Isolert vil dette bety at kostnadskomponenten innan psykiatri aukar frå kr 17,1 mill til kr 28,6 mill. Heile dette tilskotet går til Helse Bergen.

4.5 ISF-grad og fordeling av basisramme etter produksjon

Prosjektgruppa er ikkje bedt om å gjera vurderingar av ISF-graden. Ein har kun sett på fordelinga av basisramma ut til føretaka. Dei omfordelingseffektane som er omtala i rapporten er likevel knytt opp mot eit gitt ISF-nivå (60 %) og ei eventuell endring i ISF-graden i forhold til dette vil påverke omfordelingseffektane i relativt stor grad.

I forslaget til statsbudsjett for 2006 legg regjeringa opp til ein ISF-grad på 40 %. I tråd med vedtak som vart gjort av styret i Helse Vest i sak 92/04 skal Helse Vest legge opp til same ISF-grad ut mot helseføretaka som staten legg opp til overfor RHFet.

For å sikre at modellen blir nokolunde stabil over tid og for å avdempe omfordelingseffektar som følgje av endring i ISF-grad anbefalar administrerande direktør at ein del av basisramma, svarande til 20 % av ISF-refusjonen til helseføretaka, blir fordelt på HF-a etter produksjon². Denne andelen vil måtte endre seg dersom ISF-refusjonsgraden endrar seg. På denne måten hindrar ein store omfordelingseffektar som følgje av endringar i ISF-grad samtidig som ein beheld incitamenta i høve til produksjon som staten legg opp til for det enkelte år.

¹ For Helse Bergen er det tatt høgde for naudsynt auke som vil koma i 2006 som følgje av nye krav til tenesta.

² Prognose pr. september 2005

Ved omlegging av ISF-grad frå 60 til 40 prosent har ein valt å leggja 20 % inn i basisramma for å gjera denne inntektsuavhengig. Tilsvarende resonnement må brukast i forhold til det eksterne gjestepasientoppgjæret.³

4.6 Tilskot utanfor modellen

4.6.1 Ambulansekostnader

Rapporten frå prosjektgruppa legg opp til at ein bereknar fordelinga av midlar til ambulansekostnader ut frå faktiske kostnader i 2004 og at denne relative fordelinga blir låst. Etter innspel frå Helse Førde har ein òg undersøkt den relative fordelinga i 2005. Som følgje av at Helse Førde har overtatt ambulansetenesta sjølve frå 2005, har ein hatt ein betydeleg vekst i desse kostnadene. I Helse Bergen er det òg varsla at det vil koma ein auke i ambulansekostnadene, men at dette vil koma frå og med 2006.

Dersom ein skal fordele midlar til ambulanse utanfor modellen er administrerande direktør opptatt av at fordelingsgrunnlaget er så korrekt som mogleg og vil difor tilrå at ein legg til grunn det som er meldt inn som kostnader for 2005.

Tala som er meldt inn frå helseføretaka inneheld reine driftskostnader og avskrivings- og leigekostnader. I og med at tilskot til ambulanse er med i grunnlaget for deling av kapital vil ambulansekostnadene bli reinsa for avskrivinga og leigekostnader før den relative fordelinga mellom helseføretaka blir bestemt.

Administrerande direktør vil foreslå at det til neste år blir vurdert om det skal gjerast analyser av ambulansesstrukturen i Helse Vest for å finne eit meir objektivt grunnlag for å fordele inntektene til ambulanse (jf. Analyse som Sintef har gjort for Helse Midt). Ein slik analyse vil vera relativt omfattande. Dersom ein gjer ein slik analyse må dette basera seg på ein fagleg analyse av ambulansetenesta i tillegg til eit inntektsfordelingsperspektiv.

4.6.2 Laboratorietenester

I rapporten går prosjektgruppa inn for at Helse Bergen skal få kompensasjon for lab-prøvar som blir sendt til Helse Bergen frå dei andre helseføretaka i regionen. Dette er avgrensa til å gjelda prøvar på inneliggjande pasientar der helseføretaket som sender prøven mottek kompensasjon gjennom DRG-ordninga. I rapporten meiner gruppa at ein bør prisa desse prøvane etter den prisen ein oppnår gjennom forhandlingar med private leverandørar.

Så lenge takstsystemet i offentlege og private verksemdar ikkje er samanfallande vil det vere problematisk å legge til grunn prisar som Helse Vest har hjå private aktørar. I tillegg er det slik at avtalene med private laboratorium gjeld enkle og standardiserte prøvar medan prøvane det her er snakk om er meir komplekse prøvar som dei mindre sjukehusa ikkje sjølve kan handtera. Eit meir relevant samanlikningsgrunnlag er difor den betalingsavtalen som gjeld for lab-prøvar mellom regionane. For 2005 har regionane blitt einige om at betalinga skal utgjera 280 % av dei nye RTV-takstane. Dette er ein pris som skal gjelda inntil ein har meir formelle prisingsavtalar på plass innan sommaren 2006.

Dersom ein legg til grunn ny RTV takst + RTV takst multiplisert med 280 % vil ein få følgjande tal fordelt pr. helseføretak (basert på volum i 2004):

Helse Stavanger	Kr 4,364 mill
Helse Fonna	Kr 5,447 mill
Helse Førde	Kr 3,855 mill
Sum	Kr 13,666 mill

³ Konkret i 2006 inneber dette at halvparten av midlane blir tilført HF'a etter kostnad og halvparten etter behovskomponenten for somatikk

Volumet er noko mindre enn det som er blitt antyda i rapporten. For å unngå høge transaksjonskostnader for eit så vidt avgrensa volum foreslår administrerande direktør at ein for 2006 legg opp til at beløpet blir tilført Helse Bergen gjennom ei overføring i ramma, og at ein ikkje legg opp til kostbare interne faktureringsrutinar.

4.6.3 Pasienttransport

Det er i rapporten ikkje lagt opp til endring i finansieringa av pasienttransport. Dette betyr at midlane til pasienttransport blir fordelt i forhold til historiske tal, og at dette blir gjort utanfor modellen. Fordelinga av midlar vart gjort i 2004 ut frå prognosetal for Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Bergen og ut frå historiske RTV-tal for Helse Førde⁴. Det har vist seg i ettertid at prognosen til Helse Stavanger ikkje tok høgde for dei fulle kostnadene i 2004. For Helse Førde har det skjedd ei underrapportering av båtambulanssekostnadene når ordninga låg under trygdeetaten. Det historiske talet som midlane er fordelt etter har dermed vore for lågt, og Helse Førde har som ein følgje av dette blitt tilført for lite midlar.

Desse feila bør etter administrerande direktør sitt syn rettast. Samtidig er det på det reine at det er forskjellar mellom helseføretaka i høve til kor langt ein har kome med å effektivisere og samordne pasienttransporten. Sjølv om helseføretaka på langt nær har dei same føresetnadene for å effektivisere, er det likevel tydeleg at Helse Bergen er det føretaket som har kome lengst i effektiviseringsarbeidet. Det er òg her ein ser at ein har klart å henta ut innsparingar etter at ansvaret for transportane vart lagt over frå RTV til dei regionale helseføretaka. For å gi incitament til vidare effektiviseringsarbeid er det difor viktig å halda på prinsippet om at føretak som klarar å henta ut gevinstar får behalda desse. Finansiering av feilen som skal rettast bør difor bli tatt frå reserven slik at det totale beløpet som går til pasienttransport blir auka med ca. kr 21,4 mill. Dette vil for 2006 bety rundt kr 13 mill i auka løyving til Helse Førde, ca. kr 7,8 mill til Helse Stavanger og kr 600.000 til Helse Fonna. Det endelege talet vil bli presentert i styresak om fordeling av inntektsramma for 2006.

5. Implementering

Med dei endringane som er omtalt i denne saka viser resultatet følgjande systemeffekt samanlikna med omfordelingseffektane i rapporten⁵.

Det er i denne tabellen ikkje tatt høgde for oppgjeret mellom Helse Fonna og Helse Bergen i høve til Valen pasientane og betaling for habiliteringstenester. Ein reduksjon i tilskotet til Valen pasientane vil gje ein negativ effekt på omfordelingsverknaden for Helse Fonna og vil verke motsatt for Helse Bergen.

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Omfordeling i rapport	14 595	17 891	-7 059	-25 463
Korrigerig som følgje av oppdatering av tal for eksternt gjestepasientoppgjjer	12 124	598	-13 988	1 264
Sum oppdatert omfordelingseffekt før forslag til endringar	26 719	18 489	-21 047	-24 199
Auka kostnadskomponent psykiatri, omfordelingseffekt	-3 434	-1 938	6 639	-1 268
Korreksjon basert på faktiske kostnader - ambulanse, omfordelingseffekt	-8 995	-7 386	3 035	13 346
Korreksjon basert på faktiske kostnader laboratorieprøvar inneliggande pasientar	-4 364	-5 447	13 666	-3 855
Sum ny omfordelingseffekt	9 926	3 718	2 293	-15 976
Korreksjon basert på faktiske kostnader - løyving til pasienttransport (tas frå reserve)	7 832	600	0	13 028
Sum etter korreksjon for pasienttransport	17 758	4 318	2 293	-2 948

⁴ Det er berre i Helse Førde at føretaksgrensene er samanfallande med fylkesgrensene. Det var difor berre i Helse Førde det var mogleg å gjera samanlikning med tal frå RTV.

⁵ Det er feil i talgrunnlaget for eksterne gjestepasientar i rapporten. Dette er korrigerd og omfordelingseffekten er dermed endra i høve til rapporten frå prosjektgruppa.

Slik forslaget ligg frå prosjektgruppa er ikkje omfordelingseffektane alt for store. Ein må likevel ta med i biletet dei resultatutfordringane dei ulike helseføretaka står overfor. Helse Førde er det helseføretaket som vil tape mest på omlegginga. I tillegg er Helse Førde det helseføretaket som pr. 2005 har den største resultatutfordringa sett opp mot omsetninga. Administrerande direktør støttar forslaget frå prosjektgruppa om å innføre modellen fullt ut, og at ein samstundes vurderer resultatkravet som vert sett for det einskilde helseføretak. Kravet om balanse gjeld føretaksgruppa som heile, medan resultatkravet mot det einskilde føretak kan differensierast. Før resultatkravet blir sett må ein vurdere nøyte helseføretaket si evne til å gjennomføre reduksjonar i kostnadene utan at dette går utover tilbodet dei er pålagt å yte til befolkinga i sitt opptaksområde. På same måte må ein vurdere om auka løyving til dei som vinn på omlegginga vil føre til betring i pasienttilbodet.

6. Forslag til vidare arbeid

Administrerande direktør opplever at dei viktigaste innvendingane i uttalene frå høyringsinstansane er kommentarar som rettar seg inn mot kostnadskomponenten og strukturkomponenten og som prosjektgruppa òg har eit delt syn på. Dette understrekar behovet for å gjera ei nærare vurdering av forhold som går på strukturelle ulemper og kostnader knytt til høgspesialisert medisin.

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar ny inntektsfordelingsmodell i tråd med utgreiinga frå prosjektgruppa og med tillegg i saksframlegget.
 2. Følgjande endringar blir gjort i forhold til prosjektgruppa sitt forslag til modell:
 - a) Kostnadskomponenten innan psykiatri blir auka til kr 28,6 mill. (fullfinansiering av regional sikkerhetsavdeling).
 - b) For å unngå fordelingsverknader av endra ISF prosent vil ein del av basisramma (tilsvarande 20 % av full DRG-refusjon) bli tildelt helseføretaka i forhold til produksjonsnivået i prognose 2005.
 - c) Midlar til ambulansetenesta blir fordelt etter rekneskapsprognose for 2005
 - d) Fordeling av midlar til pasienttransport blir oppdatert i høve til endelege rekneskapstal for 2004
 3. Eventuelle skjønnsselement vil bli handtert gjennom differensiering av resultatkrav mellom HFa i budsjett 2006.
 4. Det blir sett i gang eit arbeid for å følgje opp konklusjonane som er tatt rundt kostnadskomponenten og strukturkomponenten med tanke på å kome nærare ei forklaring på
 - a) finansieringsbehovet for høgspesialiserte tenester og
 - b) strukturelle kostnader som føretaka ikkje sjølve kan påverke.
- Arbeidet må vere avslutta i god tid før fordelinga av inntekter skjer på hausten 2007.

Vedlegg:

1. Høyringsuttale frå Helse Fonna HF
2. Styresak 90/05 frå Helse Bergen HF – Ny inntektsmodell i Helse Vest
3. Vedlegg til styresak 90/05 i Helse Bergen HF Notat frå regionalt sikkerhetsutvalg
4. Vedtak i styresak 90/05 frå Helse Bergen HF
5. Styresak 83/05 frå Helse Stavanger HF – Nytt inntektssystem i Helse Vest - høring
6. Høyringsuttale frå Helse Førde HF
7. Felles høyringsuttale frå private ideelle institusjonar
8. Høyringsuttale frå det regionale brukarutvalet