

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Selskap: Helse Vest RHF
Dato: 23.05.2006
Sakbehandlar: Anne May S. Sønstabø
Saka gjeld: **INNTÆKTSSYSTEM 2007 FOR HELSE VEST**

Styresak 054/06 B

Styremøte 20. 06. 2006

Bakgrunn

Helse Vest fordeler midlar til helseføretaka etter ein modell som dels baserer seg på behov i befolkninga i helseføretaka sine opptaksområde og dels på kompensasjon for ufrivillige kostnadsforskjellar. Utviklinga av modellen har gått over fleire år, og i fjor vart det gjennomført ein brei gjennomgang av modellen. Ei prosjektgruppe med representantar frå RHF-et, helseføretaka og dei konserntillitsvalde saman med to forskarar frå helseøkonomifag miljøet ved Universitet i Bergen og Universitetet i Oslo la då fram eit forslag til inntektssystem som skulle gjelda for budsjettåret 2006. Basert på dette forslaget behandla styret i Helse Vest i sak 104/05 forslag til system for fordeling av basisramme frå Helse Vest til helseføretaka for budsjettåret 2006.

I forkant av styrebehandlinga i fjor var inntektssystemet ute på ei brei høyring i helseføretaka. Høyringa er oppsummert i sak 104/05. I grove trekk kan vi seie at høyringsrunden i fjor haust viste at det var brei oppslutting om hovudprinsippa i modellen men at helseføretaka følte det var behov for å gjere meir oppdaterte analysar rundt strukturkomponenten og kostnadskomponenten i modellen.

På bakgrunn av vedtaket som vart gjort i sak 104/05 og på bakgrunn av høyringsuttalene i frå helseføretaka i same sak er det no gjennomført eit oppfølgingsprosjekt, inntektssystem i Helse Vest fase 2. I dette prosjektet har ein mellom anna forsøkt å gjera endå meir grundige analysar rundt dei elementa det var uttrykt noko usemje om i fase 1 av prosjektet. Dette gjeld primært den såkalla kostnadskomponenten og strukturkomponenten i modellen. I tillegg var det nokre element som prosjektgruppa såg burde vera med, men som ein av tidsmessige årsaker ikkje fekk tatt omsyn til i fjor haust og som difor måtte utsetjast til fase 2. Rapporten som er laga for fase 2 av prosjektet bygger vidare på konklusjonane i rapporten frå fase 1.

Kommentarar

1. Kort om prosjektet

Arbeidet med å vidareutvikla 2006-modellen vart påbegynt i januar i år. Administrerande direktør sette ned ei prosjektgruppe som har arbeidd vidare med konklusjonane som vart tatt i fase 1. Prosjektgruppa har bestått av følgjande personar:

Per Karlsen, økonomi- og finansdirektør Helse Vest, prosjektleiar
Gjertrud Jacobsen, rådgjevar fagavdelinga Helse Vest
Anne May S. Sønstabø, rådgjevar økonomi- og finansavdelinga Helse Vest
Ørjan Sandvik, økonomidirektør Helse Førde
Ole-Bjørn Gjerde, økonomidirektør Helse Bergen
Marit Myrland, økonomidirektør Helse Fonna
Alf Håkon Haugland, økonomisjef Helse Stavanger
Oddvar M. Kaarbøe, forskar Universitetet i Bergen
Terje P. Hagen, professor Universitetet i Oslo
Anne June Iversen Huus, representant for dei tilsette
Eirik Vikane, representant for dei tilsette
John Even Torbjørnsen, representant for det regionale brukarutvalet

Prosjektgruppa har hatt tre møter og har med utgangspunkt i mandatet som er gitt frå administrerande direktør (sjå rapporten) diskutert dei ulike endringane i modellen. Analysar av samanhengar er gjort av Oddvar M. Kaarbøe og Terje P. Hagen som i forkant av møta har arbeidd fram analysar basert på oppdraget i mandatet. Oddvar M. Kaarbøe har også ført sjølve rapporten i pennen.

2. Rapporten

Rapporten som no er lagt fram bygger på rapporten frå fase 1 av prosjektet og desse bør difor lesast i samanheng. Prosjektgruppa har konsentrert seg om dei elementa i modellen der det ikkje var semje i fase 1 av prosjektet og har ikkje tatt opp igjen diskusjonar rundt element som det allereie er brei semje om. Det er ei samla prosjektgruppe som står bak rapporten.

I kapittel 2 i rapporten blir høgspesialiserte tenester og struktur diskutert. I kapittel 3 blir løysingar for å korrigere for innslag av private kommersielle verksemdar diskutert. Kapittel 4 diskuterer fordeling av midlar til kjøp av tenester frå rusverninstitusjonar. Pasienttransport blir diskutert i kapittel 5 og stabiliseringsmekanismar i høve til endringar i ISF-grad blir diskutert i kapittel 6. I kapittel 7 blir bruken av resultatkrav diskutert medan dei totale omfordelingsverknadene er vist i kapittel 8.

Dei omfordelingsverknadene som er presentert i rapporten er berekna ved å ta utgangspunkt i dei beløpa som vart fordelt på dei ulike delkomponentane i inntektsmodellen i 2006 og samanlikne dette med dei endringane som blir foreslått i rapporten. Det er dermed isolerte effektar av forslaga til tekniske endringar i modellen som blir vist i rapporten. I tillegg til desse omfordelingsverknadene vil det koma omfordelingseffektar som følgje av at grunnlagsdata¹ vil bli oppdatert. Fram mot den endelege inntektsfordelinga på hausten -06 blir det arbeida med å oppdatere grunnlagsdata i modellen og dette vil då påverke den relative fordelinga av midlar mellom helseføretaka.

2.1 Kort oppsummering av hovudpunkta i rapporten

2.1.1. Kostnadskomponent somatikk / høgspesialiserte tenester

Kostnadskomponenten skal kompensera helseføretaka for relative kostnadsulemper knytt til behandling av pasientar. Analysar har vist at jo meir høgspesialisert behandling eit sjukehus driv jo større kostnadsulemper vil sjukehuset ha. På mange måtar erstattar kostnadskomponenten det som tidlegare vart kalla regionssjukehusstilskotet. I analysane som vart gjort i fase 1 av prosjektet kom ein til at det var forskning, langliggjarar og innslag av undervisning av turnuslegar og assistentlegar som gav utslag i analysane og kostnadskomponenten vart difor konstruert rundt desse tre elementa. I fase 2 av prosjektet har ein oppdatert kostnadskomponenten gjennom analysar på nyare data. Resultatet av denne oppdateringa er at forskingselementet vert vekta opp i modellen på bekostning av langliggjarar og

¹ Mellom anna oppdatering av befolkningstal, tal som viser interne gjestepasientstraumar, DRG-produksjon (og dermed berekninga av strukturkomponenten, talet på forskingspoeng

undervisning. Prosjektgruppa har i tillegg valt å anbefala ein vekta modell, dvs. ein modell der dei store sjukehusa tel tyngre i analysen enn mindre sjukehus.

2.1.2 Strukturkomponenten

Strukturkomponenten skal kompensera helseføretak som har meirkostnader knytt til ein struktur som det ikkje er mogleg å påverke. Helse Førde fekk i 2006-modellen utteljing for 4 akuttsjukehus.

Prosjektgruppa er einig om at Florø ikkje kan seiast å ha full akuttfunksjon slik ein i prosjektet har definert det, og anbefalar difor at Helse Førde skal kompenseras for 3 akuttsjukehus. Dette medfører isolert sett ein reduksjon i tilskotet til Helse Førde på kr 14,7 mill. I staden for kompensasjon gjennom strukturkomponenten anbefalar prosjektgruppa at det blir oppretta eit eige pilottilskot til finansiering av nærsjukehuset ved Florø. Prosjektgruppa har latt spørsmålet om storleiken på dette særskilte tilskotet stå ope.

Eit anna element som ligg under struktur og som vart tatt fram under høyringsrunden i haust av Helse Stavanger er i kor stor grad helseføretaka overflyttar pasientar mellom institusjonane i helseføretaket og på denne måten utløyser fleire DRG-poeng enn helseføretak som har få institusjonar. Dette er diskutert og undersøkt av prosjektgruppa. Kartlegging av dette området har vist at omfanget av overflyttingar er størst i Helse Stavanger noko som skuldast organiseringa av rehabiliteringstenesta. Staten si rammefinansiering av RHFa er tett knytt opp mot den organiseringa som var før reforma. Ei auke i omfanget av overføringar mellom helseføretaka vil difor medføre at staten aukar ISF-inntektene til HFet og reduserer basisramma til RHFet. Dette skjedde m.a. i 2005 då Helse Stavanger fekk godskreve fleire DRG-poeng som følge av at omfanget av overflyttingar til rehabiliteringseininga på Lassa hadde auka. På den andre sida var basisramma til Helse Vest redusert tilsvarende. Prosjektgruppa anbefalar at ein legg til grunn eit prinsipp der slike reduksjonar av basisramma blir vidareført på det HFet som har auka si ISF-inntekt. På den andre sida vil det samtidig gjelde at eit HF som slår i saman fleire institusjonsnummer og får redusert ISF-inntekta si som følge av dette skal få vidareført auken i basisramma som dette vil medføre for Helse Vest.

2.1.3 Korreksjon for innslag av private kommersielle aktørar

Helse Vest har eit overordna sørge-for ansvar overfor befolkninga i regionen. For å skjøtte dette ansvaret kjøper Helse Vest spesialisthelsetenester primært frå eigne helseføretak, men òg frå private ideelle og private kommersielle aktørar. Innslaget av private kommersielle varierer frå HF til HF i regionen og dette må det difor etter prosjektgruppa sitt syn korrigerast for i modellen. I tidlegare versjonar av inntektsmodellen har Helse Vest korrigert helseføretaka si basisramme ut frå kor stort innslag av private ideelle verksemdar helseføretaka har i sitt opptaksområde. I fase 2 av prosjektet har ein òg korrigert for private kommersielle aktørar (kirurgiavtalar og røntgentenester).

2.1.4 Handtering av rusvern i modellen

Helse Vest finansierer rusvern både gjennom betaling av rammetilskot til rusverninstitusjonar innan helseregion Vest og gjennom kjøp av såkalla gjesteplassar. Prosjektgruppa ønskjer å korrigera for innslag av rusverninstitusjonar i helseføretaka sine opptaksområde på same måte som det i dag blir korrigert for innslag av private ideelle. I tillegg føreslår prosjektgruppa å ansvarleggjere helseføretak i forhold til kjøp av gjesteplassar. Midlane som skal gå til kjøp av gjesteplassar blir føreslege fordelt etter psykiatrinøkkel inntil ein har ein eigen fordelingsnøkkel for rusvern som kan nyttast.

2.1.5 Pasienttransport

Prosjektgruppa anbefalar at finansieringa av pasienttransport blir uendra i høve til 2006-modellen. Dette betyr at fordelinga av midlar blir basert på faktiske rekneskapstal frå 2004. Årsaka til at ein vel å ikkje gjere noko med pasienttransport i denne omgang er at grunnlagsdata på dette området er mangelfulle og at det difor blir vanskeleg å lage ein meir objektiv fordelingsnøkkel og at dette kan tas opp igjen når ein har betre grunnlagsdata.

2.1.6 Mekanismer for å handtere endringar i ISF-grad

Modellen som vart laga i 2006 tok utgangspunkt i ein situasjon der ein hadde 60 % ISF-refusjonsgrad. Endringa frå 60 % til 40 % medførte isolert sett relativt store omfordelingsverknader og det vart difor lagt inn eit element i modellen der ein tok eit beløp som tilsvarte 20 % ISF-refusjon og fordelte til HFa på grunnlag av produksjon. På denne måten unngår ein svingingar i inntektsnivået til HFa som følge av endring i ISF-grad samtidig som ein vidarefører staten sin ISF-grad på helseføretaka. Prosjektgruppa er nøgde med denne løysinga og anbefaler at dette elementet i modellen blir vidareført og at beløpet blir korrigert i takt med endringar i ISF-graden.

3 Høyringsuttaler

Rapporten er sendt på høyring til helseføretaka, dei 5 konserntillitsvalde og det regionale brukarutvalet. Helseføretaka er blitt bedne om å styrebehandla høyringsuttalene sine. Dette vil bli gjort i perioden frå 31. mai til 19. juni. Det som blir omtala i denne styresaka er difor administrasjonen i HFa sine framlegg til høyringsuttaler medan HFstyra sine vedtak vil bli vidaresendt til styret i Helse Vest i forkant av styremøtet 20. juni. Framlegga til høyringsuttaler frå HF'a er vedlagt denne saka.

Innan fristen hadde Helse Vest motteke høyringsuttaler frå helseføretaka og det regionale brukarutvalet.

3.1 Høyringsuttale frå Helse Stavanger HF

Helse Stavanger legg fram følgjande forslag til vedtak i saka:

”Styret ser positivt på at inntektene i Helse Vest fordeles etter objektive kriterier. Styret stiller seg bak administrerende direktør sine vurderinger av saken, og basert på disse har styret følgende merknader til modellen som er utsendt på høring:

- 1. Det må legges til grunn relativ vektning av elementene i kostnadskomponenten basert på at undervisning ikke nedjusteres, slik at dette elementet behandles prinsipielt likt med forskningselementet.*
- 2. Det forutsettes at Helse Stavangers kostnader ved den regionale behandlingsinstitusjonen for dobbeltdiagnoser (rus/psykiatri) ved Gauselskogen dekkes utenfor inntektsmodellen på samme måte som er lagt til grunn for regional sikkerhetspost ved Sandviken sykehus.*
- 3. Helse Vest bør arbeide videre med å beregne liggetiden innenfor det enkelte helseforetak, ikke bare innenfor den enkelte institusjon, og legge dette til grunn for kriteriet ”kostnadskrevende pasienter”, slik at ikke Helse Stavanger rammes uforholdsmessig på grunn av overflyttinger til og fra rehabiliteringsklinikken.*
- 4. Helse Vest oppfordres til å utrede hvorvidt det er ulik grad av overflyttinger mellom helseforetakene, ikke bare mellom institusjonene innen hvert helseforetak, og å utjevne en eventuell praksisulikhet på dette området gjennom inntektssystemet.*
- 5. Helse Vest oppfordres til å utrede flytting av den praktiske styringen av private aktører over til helseforetakene, for å oppnå bedre styring og samarbeid, og bedre samsvar mellom økonomisk ansvar og myndighet.*
- 6. Styret støtter måten bruken av private tjenesteytere er innarbeidet i modellen, og oppfordrer Helse Vest til å jobbe videre med en rendyrking av dette elementet.*
- 7. Haraldsplass og Haukeland bør i modellen anses som ett sykehus med akuttfunksjon siden de ligger på samme geografiske sted, og dermed dekker/deler det samme opptaksområdet.*

8. *Den samlede beløpsmessige størrelsen på kostnadskomponenten bør vurderes på nytt, ut fra andre metoder enn å la behovskomponenten være residualen i regnestykket.”*

3.2 Høyringsuttale frå Helse Fonna HF

Helse Fonna sin høyringsuttale tar for seg følgjande:

- Helse Fonna meiner at det på objektivt grunnlag synes rett at dei nyaste analysane av kostnadskomponenten er brukt og også at vektene basert på vekta regresjonsanalyse er brukt då den gir størst forklaringskraft.
- Helse Fonna ønskjer at kostnadseffektivitet skal bli analysert og vurderast tatt inn i kostnadskomponenten som eit element
- Helse Fonna meiner forskning for mindre og små føretak ikkje blir tilstrekkeleg stimulert. Det bør vurderast om fordelingskriteria som er føreslått tar omsyn til dette.
- Helse Fonna er einig i at undervisningselementet må nedjusterast som følgje av at assistent- og turnuslegane gir ei inntektsside, men stiller spørsmål ved om fråtrekket burde bli differensiert etter kor langt legane har kome i sin praksis.
- Når det gjeld strukturkomponenten meiner Helse Fonna at det framleis er grunn til å arbeide vidare med å finne gode analysar som betre kan stadfeste eit rett beløp som dei strukturelle ulempene skal kompensert for. Helse Fonna stiller spørsmål ved om betaling pr. DRG-poeng er riktig måleparameter sidan små lokale sjukehus har ein større andel av beredskapskostnader enn stykkprisfinansierte aktivitetskostnader.

3.3 Høyringsuttale frå Helse Bergen HF

Høyringsuttalen frå Helse Bergen kan oppsummerast i følgjande punkt:

- Helse Bergen ser det som positivt at berekninga av kostnadskomponenten er gjort på meir oppdaterte data og er også positive til at langliggjærfinansieringa framleis ligg inne i modellen.
- I utgangspunktet stiller også Helse Bergen seg positive til at ein vurderer bruken av private tenesteytarar i samanheng med det offentlege tilbodet. Samtidig peiker Helse Bergen på at dersom helseføretaka skal belastast direkte for bruken av private tenester må dette samtidig føresetta at dei lokale helseføretaka får reelle styringsmoglegheit overfor desse tenestene. Ved korleksjon for bruk av tenester frå private kommersielle aktørar ber Helse Bergen om at ein legg til grunn pasientens bustad. Helse Bergen meiner at føresetnaden om at bruken av tenestene følgjer lokaliseringa av tilbodet ikkje held.
- Helse Bergen ber om at fordelinga av midlar til rusfeltet må baserast på ein ”rusnøkkel” ut frå argumentet om at ein slik fordelingsnøkkel vil fange storbyproblematikk i større grad enn psykiatrinøkkel.
- Helse Bergen saknar ei vurdering av om det er strukturelle kostnader knytt til beredskap/vaktordningar som regionssjukehusfunksjonen medfører og føler seg framleis usikre på om modellen kompenserer godt nok for pasientsamansetninga knytt til spesialiserte funksjonar.
- Helse Bergen ber Helse Vest ta opp med Helse- og omsorgsdepartementet på eit prinsipielt grunnlag korleis dei har vurdert om helseføretak som i utgangspunktet hadde ein meir ”optimal”

organisatorisk oppdeling innan rehabiliteringsfeltet i etterkant har fått tilsvarende trekk i basisramma.

3.4 Høyringsuttale frå Helse Førde HF

- Når det gjeld endringane som er gjort i kostnadskomponenten fokuserer Helse Førde på at forskingselementet er vektast opp på bekostning av langliggjarar og undervisning og stiller samtidig spørsmål ved om forskingsaktiviteten blir overkompensert i og med at ein ikkje korrigerer for sponsorinntekter som sjukehusa mottek frå private firma og forskingsfond.
- Helse Førde stiller også spørsmål ved om registreringspraksisen av forskingspoeng er tilfredsstillande og meiner å kunne påvise at dei store universitetssjukehusa mottek forskingspoeng som er produsert ved dei mindre sjukehusa.
- Når det gjeld strukturkomponenten ber Helse Førde om at ein må få oppdaterte analysar av estimerte driftskostnader pr. DRG-poeng for strukturkostnadene i 2007 modellen. I tillegg meiner Helse Førde at ein må få behalde det økonomiske incitamentet ved gjennomføring av strukturelle endringar og at dersom eit føretak gjennom ei bevisst prioritering for å frigjere ressursar til viktige satsingsområde ved å leggje ned eit tilbod må ikkje dette føre til at ein mister inntekter.
- Helse Førde støttar forslaget i prosjektrapporten som foreslår at organisatoriske endringar blir nøytraliserte i inntektsmodellen.
- Desentraliseringa av kostnadsansvaret for tenester kjøpt frå private kommersielle aktørar blir støtta av Helse Førde.
- Det vil vere behov for sakleg skjønn ved fastsettinga av resultatkrav også komande år.
- Helse Førde ønskjer at ein hentar inn ei ekstern evaluering av inntektsmodellen slik den ligg føre før endeleg vedtak blir fatta med omsyn til mellom anna vektning av forskning, utdanning og langliggjarar samt dei analysane som er gjort.

3.5 Høyringsuttale frå det regionale brukarutvalet

Det regionale brukarutvalet diskuterte prosjektgruppa sine anbefalingar i møte 1. juni 2006. Følgjande uttale blei vedtatt:

”Det regionale brukarutvalget har gjennomgått prosjektgruppens anbefalingar. Det forutsettes at eventuelle uheldige utslag raskt kan fanges opp og bli gjenstand for revurdering.

Brukarutvalget ser med bekymring på den økonomiske situasjonen generelt i helseforetakene.”

4. Kommentrarar til høyringsuttalene

Administrasjonen i Helse Vest gir her sine kommentrarar til høyringsuttalene og til prosjektgruppa sitt forslag til vidareutvikling av modellen frå 2006.

4.1 Kostnadskomponenten og finansiering av høgspesialiserte tenester

Kostnadskomponenten skal kompensera for forskjell i kostnader mellom føretaka som ikkje skuldast demografiske eller strukturelle forhold. I inntektsfordelingsmodellen har ein ved hjelp av statistiske

metodar testa ut ei rekke faktorar/tilhøve som kan påverke variasjon i kostnad mellom føretaka. Konkret er det tre forhold som har signifikant samanheng med kostnadsnivået og som forklarar variasjon i kostnad; talet på langliggjarar, forskingsaktivitet og undervisningsbelastning. I den nye, oppdaterte modellen har ein oppdatert kostnadskomponenten gjennom analyser på nyare data. Kr 877 mill blir tildelt helseføretaka på bakgrunn av vektinga av kostnadskomponenten.

Under dette punktet er det fleire forhold som høyringsinstansane har kome inn på. Det punktet som er via mest merksemd er forskning.

Eit av dei punkta som er nemnt er om ein skal korrigere ned kostnadene knytt til forskning i analysen pga at helseføretaka i ulik grad mottek midlar frå eksterne sponsorar til dette. Dette temaet var oppe til drøfting i prosjektgruppa og det var delte meiningar om det burde korrigerast for dette. Argumentet for å korrigere ned kostnaden knytt til forskning er at ein unngår mogleg dobbelfinansiering. På den andre sida kan ein argumentere med at det er viktig ut frå ein incitamentstankegang at helseføretaka ikkje blir avkorta for at dei greier å skaffe seg eksterne inntekter til forskning. I tillegg vil det vere vanskeleg å innhente informasjon om denne typen inntekter. For å kunne ta omsyn til det i analysen er ein avhengig av å ha informasjon om dei eksterne inntektene ved alle sjukehusa i heile landet. Forskarane råde på bakgrunn av dette gruppa til ikkje å gjere ei slik nedjustering av forskingskomponenten.

Helse Bergen stilte i førre høyringsrunde spørsmål ved om kostnadskomponenten i stor nok grad fangar opp beredskapsmessige kostnader som følgjer av ansvaret for mange regionale funksjonar. I høyringsuttalen stiller framleis Helse Bergen spørsmål ved dette og seier dei saknar ei vurdering av om det er strukturelle kostnader knytt til beredskap/vaktordningar som regionssjukehusfunksjonen medfører. Representantane frå HF'a vart gjennom fase 2 i prosjektet utfordra på å dokumentera funksjonar som dei meinte var underfinansierte i 2006-modellen. Det viste seg at det er vanskeleg å finne fram denne typen informasjon om kostnader knytt til særskilte funksjonar. Så lenge Helse Bergen ikkje kan dokumentere at dette er tilfelle er det difor vanskeleg å imøtekomme ønsket om ytterlegare finansiering av regionssjukehusfunksjonane². Det er heller ingenting i analysane som er gjort som tyder på at Helse Bergen sine meirkostnader ikkje blir dekt opp. Tilbakemeldinga frå Helse Bergen peiker likevel på at det er eit stort behov for å få utvikla betre modellar i Helse Vest for kartlegging av kostnader knytt til dei ulike aktivitetane. Dette er nærare kommentert under punkt 5.

Elementet som kompensere for langliggjarar er kommentert av Helse Stavanger. Helse Stavanger ber i sin høyringsuttale om at Helse Vest bereknar liggetida innanfor det enkelte helseføretak og ikkje berre innan den enkelte institusjon. Bakgrunnen for dette er at ein del av langliggjaropphalda i Helse Stavanger blir stykka opp som følgje av at pasientar blir flytta til rehabiliteringseininga og at det dermed blir generert færre langliggjardøgn enn om Helse Stavanger ikkje hadde hatt så mange overflyttingar.

Helse Førde sin kommentar om at det er manglar ved registreringa av forskingspoeng bør følgjast opp av Helse Førde sjølv. Ved kvart helseføretak er det ein eigen koordinator som skal melde inn forskingspoeng sentralt. Det er eigne retningslinjer for korleis poenga skal bereknast, mellom anna er kriteriet for at ein doktorgrad kan rapporterast at meir enn 50 % av kandidaten sitt doktorgradsarbeid er utført ved eller finansiert av institusjonen. Dette kriteriet inneber at ein og same doktorgrad ikkje kan rapporterast av to eller fleire institusjonar som inngår i målinga. Det er ingen grunn til å tru at Helse Førde i større grad enn dei andre helseføretaka har ei underrapportering av forskingspoeng. I alle tilfelle vil det vera utan meining å gå inn i etterkant og korrigere offentleg statistikk som helseføretaka sjølv har innrapportert.

² Helse Bergen får i dagens modell i tillegg til finansieringa gjennom kostnadskomponenten eit direkte tilskot til landsfunksjonar samtidig med at regionale kompetansesentra blir finansiert utanfor modellen.

I Helse Førde sin høyringsuttale blir det hevda at Helse Vest skal bruke endå meir midlar på forskning det komande året. Dette er ikkje riktig. Sjølv om midlane til kostnadskomponenten er berekna på bakgrunn av dei elementa som inngår i kostnadskomponenten (sjå tidlegare), er midlane like fullt ein del av basisramma og helseføretaka står difor fritt til å disponere desse midlane til all type aktivitet. Det er difor grunn til å tilbakevise påstandane i Helse Førde sin høyringsuttale om at det gjennom oppvektinga av forskingselementet i kostnadskomponenten blir tildelt meir pengar til forskning enn det tilfellet var i 2006 modellen.

Helse Vest oppfattar ikkje at dei innvendingane som har kome i forhold til kostnadskomponenten er så alvorlege at ikkje den oppdaterte kostnadskomponenten kan nyttast i den førebelse inntektsfordelinga for 2007.

4.2 Strukturkomponenten

Strukturkomponenten er omtala i dei fleste høyringsuttalene. I prosjektgruppa var det semje om å justera strukturkomponenten for inflasjon. I høyringsuttalen ber Helse Førde om at det i staden blir gjort analysar av strukturkomponenten på nyare kostnadsdata. Samtidig ber Helse Førde om at føretak som klarer å frigjere ressursar gjennom å leggje ned eit tilbod må få behalde det økonomiske incitamentet og ikkje miste inntekter som følgje av det.

Strukturkomponenten i modellen skal i utgangspunktet kompensera helseføretak som har ein uhensiktsmessig struktur som dei ikkje kan endre. Helse Vest er einig med prosjektgruppa i at talet på sjukehus som skal telja med i strukturkomponenten skal reduserast frå 4 til 3. Dette har samband med at ein bør vera mest mogleg ryddig i modellen og å telja Florø som eit eige sjukehus eigentleg var eit skjønnsom som var lagt inn i modellen. Til erstatning for bortfallet i inntekt som kjem som følgje av at ein no tel 3 sjukehus anbefalar Helse Vest at det i staden blir gitt eit eige skjønnsstilskot til Helse Førde utanfor inntektsmodellen på kr 20 mill. Beløpet er sett ut frå ei samla vurdering. Dette skjønnsstilskotet kjem til erstatning for pilottilskotet som prosjektgruppa har anbefalt blir gitt til Florø.

Helse Fonna meiner det framleis er grunn til å arbeide vidare med å finna gode analysar som betre kan stadfeste eit rett beløp som dei strukturelle ulempene skal kompenseras for. Helse Fonna stiller også spørsmål ved om dei måleparametra som er brukt er dei beste for å fange dette forholdet. Det blir her stilt spørsmål ved om ufrivillige strukturelle forhold er tilstrekkeleg kompensert i modellen. I følgje forskarane er struktur kompensert tilstrekkeleg både gjennom strukturkomponenten men også gjennom at helseføretaka får kompensasjon for faktiske kostnader knytt til ambulanse- og pasienttransport. Så lenge vi ikkje har tilstrekkeleg kunnskap om kostnadene knytt til ulike funksjonar må vi likevel rekne med at modellen blir gjenstand for denne typen kritikk.

4.3 Korreksjon for bruk av private kommersielle tenesteytarar

Høyringsuttalene viser at det stort sett er semje om at det er riktig å korrigera for innslag av private kommersielle og for bruk av rusverninstitusjonar. Det blir imidlertid peika på at ein om mogleg bør få eit enno betre talgrunnlag som viser faktisk forbruk av tenestene på kommunenivå og at føresetnaden om at bruken følgjer lokaliseringa blir for sjablongmessig.

Helse Vest er einig i at den aller beste løysinga er å finne mest mogleg korrekte tal for bruken av dei private kommersielle aktørane og at dette vil styrkje legitimiteten til modellen og anbefalar at det fram til den endelege inntektsfordelinga i november blir gjort eit nytt forsøk på å få informasjon om korleis bruken av desse tenestene fordeler seg ned på kommunenivå. I den grad dette ikkje er mogleg anbefalar Helse Vest at ein likevel legg til grunn prinsippet om at bruken følgjer av lokaliseringa av tilbodet.

Det er òg nemnt i høyringsuttalen frå Helse Stavanger om ein burde gå så langt som til å flytta den praktiske styringa av forholdet mellom Helse Vest og dei private kommersielle aktørane ut til helseføretaka slik at det blir eit betre samsvar mellom økonomisk ansvar og økonomisk myndigheit. Ut

frå eit reint økonomifagleg perspektiv er dette ein fornuftig tankegang. Helse Vest vil likevel vera tydeleg på at det ikkje er ei aktuell løysing ut frå at Helse Vest RHF har eit sørgje-for-ansvar som ikkje kan delegerast ut til eigne helseføretak. Ein situasjon der ansvaret for kjøp frå og samhandling med private kommersielle aktørar blir delegert ut til HF'a ville bryte med dette grunnleggjande prinsippet. Det er og ei klar føring frå HOD at dette ansvaret skal liggje i RHF-et.

4.4 Innlemming av rusvern i modellen

Høyringsuttalene viser at det òg er semje om at det er riktig å innlemme rusvern i modellen. Det er likevel peika på av Helse Bergen at ein i fordelinga av midlar til rusvern bruker ein eigen "rusnøkkel" og ikkje psykiatrinøkkelen slik prosjektgruppa har lagt til grunn.

Som det står i rapporten frå prosjektgruppa er det ein eigen rusnøkkel under utarbeiding som det er forventa i større grad enn psykiatrinøkkelen vil fange opp utfordringar som storbyane har i denne samanheng. Det er likevel grunn til å peike på at det å finne egna grunnlagsdata for analysar innan psykiatri og rusområdet er vanskeleg. Rusnøkkelen som er under utarbeiding byggjer på kommunedata og det kan difor vere metodiske utfordringar knytt til å bruke denne direkte på fordeling mellom helseføretaka. Helse Vest anbefalar på grunnlag av dette at det blir gjort ei kritisk vurdering av rusnøkkelen når denne føreligg. Dersom rusnøkkelen føreligg i god tid før den endelege inntektsfordelinga og den er vurdert som meir hensiktsmessig å bruke enn psykiatrinøkkelen anbefalar Helse Vest at ein tar i bruk rusnøkkelen ved den endelege inntektsfordelinga i november.

Det blir i rapporten nemnt at grunnlaget for å berekna kostnadsansvaret for helseføretaka var noko mangelfullt. På bakgrunn av registrering av faktisk forbruket i 1. tertial -06 har ein no fått eit meir nøyaktig berekningsgrunnlag som vil bli nytta i tildelinga av dei førebelse inntektsrammene (sjå sak 055/06 B for nærare detaljar). Dette gjer at omfordelingsverknadene som følgje av innlemminga av rusområdet i modellen blir noko endra samanlikna med det som går fram av prosjektrapporten.

Oppdaterte tall basert på 1. tertial -06	Rusinstitusjoner			Gjesteplasser			Total omfordeling rusvern
	Kostnader	Inntekter	Omfordeling	Kostnader	Inntekter	Omfordeling	
Helse Stavanger	61 728	63 312	1 584	19 761	15 910	-3 851	-2 267
Helse Fonna	37 610	35 704	-1 906	2 930	8 972	6 042	4 136
Helse Bergen	106 496	89 597	-16 899	20 188	22 515	2 327	-14 572
Helse Førde	6 132	23 353	17 221	10 387	5 869	-4 518	12 703
Sum	211 966	211 966	0	53 266	53 266	0	0

Tabell 1: Omfordelingseffekt rusvern. Oppdaterte tal

4.5 Overflytting mellom institusjonar

Høyringsuttalene viser at det er semje om at ulik praksis for overflytting mellom institusjonar internt i HF'a ikkje er av eit stort nok omfang til at det skal innlemmast i modellen. I tillegg er det semje om at endringar i basisramma til RHFet som følgje av at HF'a endrar organisering skal vidareførast til det HFet som gjennomfører endringa.

Det som kjem opp som eit nytt element i høyringsuttalen til Helse Stavanger er eit ønske om at ein også analyserer grad av overflyttingar mellom HF'a i regionen og kva dette betyr for dei aktivitetsbaserte inntektene til helseføretaka. Helse Stavanger har eksemplifisert dette på følgjande måte: *"Dersom en pasient blir innlagt i Stavanger med mistanke om hjernesvulst, så vil han får denne diagnosen her og det gir ISF-inntekter svarende til en slik diagnose. Pasienten overføres da til Haukeland der pasienten blir operert. Dette utløser igjen en ny DRG, men denne gang med tillegg av prosedyrekoden. Pasienten blir så overflyttet til Stavanger der det på ny skrives diagnosen og som igjen utløser en ny DRG. Denne flytting*

av pasienter der deler av behandlingen blir gjort forskjellige steder medfører i dette tilfellet altså tre DRG opphold, mens intensjonen med den fastsatte DRG er at hele behandlingen skal foregå på ett sted.”

Helse Stavanger har som hypotese at omfanget av slike overflyttingar er ulikt fordelt på de fire helseføretaka og at det er flytting av interne gjestepasientar mellom Helse Førde og Helse Fonna til Helse Bergen som utgjør det største volumet. Helse Stavanger ber om at dette blir analysert og testa vidare og at ein eventuell forskjell i praksis på dette området blir utjamna gjennom inntektssystemet.

Det har vore grunnleggjande for arbeidet med inntektssystem i Helse Vest at ein ikkje skal korrigere for verknader av systemet med innsatsstyrt finansiering. Grunnen til dette er at det er viktig å få vidareutvikla ISF på statlig nivå og at det ikkje er mulig for Helse Vest å utvikla eit eige system. Å korrigere for dette vil være å endra verknadane av ISF. Administrerende direktør vil derfor ikkje tilrå at ein innan Helse Vest skal gjera tiltak for å jamna ut praksis på dette området ut over den praksis som staten nyttar.

4.6 Nye element som ikkje er behandla av prosjektgruppa

4.6.1 Gauselskogen

Helse Stavanger hevder at dei har ein regional funksjon innan dobbeltdiagnosar og at denne difor må finansierast på same måte som den regionale sikkerheitsavdelinga i Helse Bergen. Kostnaden ved å drive eininga ved Gauselskogen var i 2005 på kr 12 mill.

For å kunne avgjere om Gauselskogen skal ha ei særskilt finansiering er Helse Vest nøydd til å halde seg til lista over regionsfunksjonar slik den vart vedteken i sak 105/05. Gauselskogen inngår pr. i dag ikkje i denne lista og Helse Vest er heller ikkje kjent med at det er søkt om regional status for denne avdelinga. Dersom Gauselskogen gjennom vedtak i Helse Vest styret får status som regional funksjon vil spørsmålet om finansiering kunne takast opp på nytt.

Det kan her leggst til at det vil vere det regionale behovet som vil avgjere om eit tiltak i eit føretak skal tildelast ein regional funksjon. Det at eit føretak vel å organisere ei teneste på ein annan måte enn dei andre føretaka, er i seg sjølv ikkje grunn for særskilt finansiering.

4.6.2 Forslag om ekstern vurdering av modellen

Helse Førde anbefalar at Helse Vest hentar inn ei ekstern evaluering av inntektsmodellen slik den ligg føre før endeleg vedtak blir fatta med omsyn til mellom anna vekting av forskning, utdanning og langliggjorar samt dei analysane som er gjort og viser til at Helse Nord har fått gjort ei slik evaluering av forslaget til modell som er lagt fram i Helse Nord.

Helse Vest er kjent med at Helse Nord har fått evaluert sin modell. Ein viktig grunn til at Helse Nord har fått gjort dette er at forslaget til inntektsmodell i Helse Nord hadde nokså store omfordelingsmessige utslag og at det difor har vore nødvendig for legitimiteten til modellen å få han vurdert av andre forskarar.

I Helse Vest sitt arbeid har det vore kjørt ein grundig prosess der ein har involvert forskarar frå to av dei tyngste helseøkonomimiljøa i landet på dette feltet. Administrasjonen er usikker på om ei uavhengig vurdering av modellen frå ein tredje forskingsinstitusjon vil gje ein meirverdi. Helse Vest ser likevel ikkje bort frå at det kan vere aktuelt å få ei vurdering av modellen etter at den har fått verka nokre år, men på noverande tidspunkt ønskjer ikkje administrasjonen å tilrå dette.

5. Oppsummering

Med unntak av følgjande endring tilrår Helse Vest at modellen slik den er lagt fram i rapporten blir implementert for budsjettåret 2007:

- Det vil ikkje bli gitt eit eige pilottilskot til Helse Førde som følgje av at det no blir talt tre akuttsjukehus i staden for fire. I staden anbefalar administrasjonen i Helse Vest at det blir gitt eit eige skjønnsstilskot til Helse Førde på kr 20 mill. Tilskotet er ikkje øyremerka til særskilte funksjonar i Helse Førde.
- Tala som viser kostnadsansvaret for rusvernbehandling blir oppdaterte med utgangspunkt i registrering gjort i 1. tertial 2006.

Dette gir samla følgjande oppdaterte omfordelingseffektar:

Samla omfordelingseffektar	Kostnads-komponenten	Overflytting mellom inst.	Private kirurgiavtalar	Privat røntgen	Rusvern-behandling	Struktur-tilskot	Skjønns-tilskot Helse Førde	Sum
Helse Stavanger	-11 578	-9 225	-1 175	2 748	-2 267		-1 556	-23 053
Helse Fonna	-14 766	3 642	-740	-6 861	4 136		-933	-15 522
Helse Bergen	40 189	3 133	2 259	-4 055	-14 572		-2 185	24 769
Helse Førde	-13 844	2 450	-349	8 168	12 703	-14 698	19 372	13 802
Sum	1	0	-5	0	0	-14 698	14 698	-4

Tabell 2: Oppdaterte totale omfordelingseffektar

Det har i høyringsrunden kome signal frå fleire av helseføretaka om at ein heller ikkje etter fase 2 av inntektsmodellarbeidet føler seg overbevist om at kostnadskomponenten og strukturkomponenten fangar meirkostnadene knytt til hhv. høgspesialiserte funksjonar og strukturelle meirkostnader. Ei løysing på dette kunne sjølvsagt vore å setje forskarane i gang med ytterlegare analysar, men heller ikkje dette vil gje svar på kva som er dei faktiske kostnadene knytt til både struktur og særskilte funksjonar. Usikkerheita hjå HF'a på kor godt kostnadskomponenten og strukturkomponenten treff illustrerer etter Helse Vest si meining ei anna grunnleggande problemstilling i arbeidet med inntektsfordelinga, nemlig behovet for å kunna kartlegga og analysa kostnader i helseføretaka og behovet for eit system for analyse av kostnader og moglegheit for samanlikning mellom helseføretaka.

2007 blir fjerde året Helse Vest tildeler midlar til helseføretaka etter objektive kriterium. Modellen har endra seg kvart av desse 4 åra, og administrasjonen trur no at det vil vere vel så viktig for helseføretaka at dei får ein nokonlunde stabilitet og forutsigbarhet i inntektsramma framfor å gjere nye forsøk på å gjere nye endringar i den eksisterande modellen. Kanskje er det betre å halde på ein modell som er tilnærma rett og som er forankra i helseføretaka enn å søka å finna den perfekte modellen?

I tillegg er det viktig å ha i tankane at sjølve modellen ikkje må verta så komplisert at den ikkje lenger vert transparent og at ein dermed risikerer at den misser legitimitet. Modellen er allereie relativt kompleks og ein nærmar seg etter Helse Vest sitt syn ei grense der det kan verta vanskeleg for helseføretaka å forholde seg til korleis mekanismane i modellen fungerer i tillegg til at den reint teknisk vert krevjande å vedlikehalde.

Innsatsen dei næraste åra bør etter Helse Vest sitt syn rettast inn mot betre informasjon rundt kostnadene i helseføretaka slik at ein dermed òg betre kan gjera ei vurdering av kor godt inntektsmodellen treff. Dette vil vera eit krevjande men viktig arbeid der det er viktig med samarbeid på tvers av helseføretaka slik at ein sikrar at tala vert samanliknbare. Det er også sett i gang nasjonale prosjekt som OK 2007 og eit prosjekt for å utvikle system for å analysa Kostnad Per Pasient som vil kunne vera førande for system som må utviklast i åra som kjem.

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar inntektssystem i tråd med tilrådinga frå arbeidsgruppa med følgjande endringar.
 - a. Det blir ikkje innført særskilt tilskott til pilotsjukehus i Helse Førde
 - b. Helse Førde får i staden 20 millionar kroner i skjønnsstilskot
2. Styret vil vurdere bruk av ein eigen rusnøkkel når denne ligg føre.
3. Styret ber om at ein forsøker å finne grunnlagsdata for å fordele kostnadsansvar innanfor røntgen pr HF.
4. Inntektssystemet som ligg føre er eit resultat av fire år med utviklingsarbeid og styret meiner at systemet må nyttast nokre år utan store endringar.
5. Styret ber om å få laga ein strategi for utvikling av økonomiske modellar som kan nyttast til analyser av kostnader og samanlikning av helseføretaka sine tenester.