

Helse Vest RHF
Luraveien 71
Forus

Deres ref.:

Vår ref.:

Bergen, 17. november 2003

Vedrørende forslag til nytt inntektssystem i Helse Vest

1. Innledning

Helse Bergen HF er forespurt om å uttale seg om det forslaget til nytt inntektsfordelingssystem som foreligger etter direktørmøtet 3.11.03. Vi vil for ordens skyld påpeke at pga. korte frister er dette brevet utformet av Økonomiavdelingen, uten nærmere diskusjon i foretaksledelsen. Vil vil eventuelt komme tilbake med nye innspill når foretaksledelsen har fått tid til å se på dette.

Vi har tatt utgangspunkt i en målsetning om å finne en modell som etter objektive kriterier er best mulig. Videre ser vi det som et mål å unngå i størst mulig grad at økonomiske insentiver virker i motsatt retning av aksepterte medisinske prioriteringer. Samtidig må en søke å unngå at kostnader flyttes internt i regionen på en utilsiktet måte.

2. Modellen (HV modellen)

Generelt

Modellen baserer seg på Hagenutvalgets forslag til kostnadsnøkler, der demografiske kriterier ligger til grunn for fordelingen av en basisramme. Dette synes vi er riktig, og Hagenrapporten gir i seg selv en grundig begrunnelse for dette. Det kan heller ikke være hensiktsmessig at Helse Vest utarbeider egne demografiske kriterier som avviker fra dem som benyttes på nasjonalt nivå.

Helse Vest ønsker i tillegg å bruke andre kriterier for fordeling av deler av basisrammen, for å korrigere for at også andre forhold enn demografi påvirker aktivitetsnivå og kostnader. Vi er enige i at dette er nødvendig.

Videre er vi positive til å innføre dette som system 100 %, og heller se på overgangsordninger, framfor å gjøre slik statsbudsjettet foreslår med 50 %. Dette bør gjøres likt for somatikk og psykiatri.

ISF-prosent/aktivitetsbasert fordeling av basisrammen

I forslaget til statsbudsjett er ISF-prosenten satt til 40 %. I Helse Vest-modellen foreslås det at 0-20 % av basisrammen fordeles etter bestilling av aktivitet, det såkalte B4-elementet. Vi forstår dette slik at Helse Vest ønsker å betale helseforetakene en høyere pris pr. DRG-poeng for aktivitet innenfor bestilt volum.

Det er flere grunner til å ha en høy ISF-prosent:

- En høy prosent fremmer produktivitet og derved effektive sykehus.
- Også andre forhold enn de demografiske kriterier er bestemmende for aktiviteten ved de ulike helseforetak. Når man vektlegger faktisk aktivitet ved fordeling av basisrammen er det derfor grunn til å tro at ressursallokeringen blir bedre tilpasset etterspørselen etter helsetjenester ved det enkelte foretak. Dermed reduseres behovet for andre særskilte ordninger eller avtaler/sidebetalinger for å kompensere for kostnader med høyere/annen aktivitet enn demografiske forhold tilsier.
- En høy prosent vil også redusere insentivene til å flytte kostnader til søsterforetak. En unngår dermed press i retning av mer byråkratiske styringssystemer, da det blir redusert behov for særavtaler og sidebetalinger for å sikre kostnadsdekning ved endringer i pasientstrømmer for kortere eller lengere perioder.

Vi synes derfor 60 % bør videreføres, så lenge vi kan være sikre på at staten vil videreføre og utvikle DRG-systemet. Dersom staten holder fast ved 40 % av DRG-prisen mener vi at Helse Vest bør fordele en tilstrekkelig del av basisrammen som DRG-pris til at denne blir 60 % av sentral pris.

Investeringsmodell

Modellen for tilskudd til avskrivninger er en veid kombinasjon av modellen for somatikk og psykiatri. Det innebærer at behovet for helsetjenester på det gjeldende tidspunkt legges til grunn for tilskuddet til avskrivninger. En slik modell vil kunne fungere for kapital med en forholdsvis rask utskiftingstakt, som f.eks. medisinsk-teknisk utstyr.

Når det gjelder tilskudd til avskrivninger med lengre levetid og høyere anskaffelsespris kan dette ikke i samme grad frikobles fra historien. Ulike helseforetak er i forskjellige sykluser i forhold til behov for større investeringer. Spesielt gjelder dette bygningsmassen. *Det forutsettes derfor at finansiering av større sykehusbygg og eventuelt andre større prosjekter behandles separat.*

Basis for beløpet til avskrivninger i Helse Vest-modellen tar ikke utgangspunkt i den tildeling av driftsressurser som faktisk velges, idet tilskudd begrunnet med regionfunksjoner er holdt utenfor beregningsgrunnlaget. Det vil være konsistent med grunnidéen i modellen å inkludere dette i basisen for avskrivningstilskudd, fordi den aktiviteten som får driftstilskudd begrunnet med regionfunksjoner også genererer investeringsbehov.

Utover disse prinsipielle betraktningene vil vi peke på at det er behov for samordning av investeringer innen bl.a. IT området. Her er situasjonen at Helse Bergen HF p.t. bærer noe av byrden for fellesskapet.

3. Høyspesialiserte funksjoner og regionsykehus

Helse Vest-modellen har to grunnelementer: Fordeling ut fra demografiske kriterier, samt fordeling ut fra aktivitet. Det må i tillegg være riktig å vurdere særskilte finansieringsordninger for aktivitet som ikke fanges opp av disse kriteriene, slik Helse Vest har gjort i sitt forslag.

Tilskudd til høyspesialiserte funksjoner

I forslaget videreføres ordningen med tilskudd til høyspesialiserte funksjoner. Dette innebærer at Helse Bergen og Helse Stavanger får tilskudd som skal dekke kostnader knyttet til disse funksjonene. Vi støtter dette.

De høyspesialiserte funksjonene er imidlertid klart underfinansiert, også i Helse Bergen. Det mest ekstreme eksemplet på dette er vår Brannskadeavdeling. De budsjetterte inntektene for denne avdelingen er for 2003 på 14,7 mill. kroner (3,7 mill. i stykkprisinntekt, 11,1 mill. i rammebevilgning). Kostnadene vil i år passere 40 mill. kroner, slik at underfinansieringen vil være 25-30 mill. kroner.

Vi stiller derfor spørsmålsteget ved at kr. 20 mill. tas fra Helse Bergen uten at kriteriene for denne fordelingen er klar.

Kompensasjon for flere og tyngre pasienter til regionsykehus

I tillegg til kostnader spesifikt knyttet til de høyspesialiserte funksjonene som andre sykehus i regionen mangler, vil et regionsykehus også mer generelt få en annen pasientstrøm enn andre sykehus. *Innen hver DRG må det forventes at de tyngste pasientene henvises til sykehusene med høyest kompetanse.*

Videre er det slik at mindre helseforetak over tid vil ha vanskelig for å ha en buffer som kan fange opp svingninger i kapasitet ved sykdom, permisjon eller andre forhold som gir temporær mangel på spesialisert personale. *Regionsykehusene vil normalt være de som fanger opp pasientene som rammes av slike kapasitetssvingninger, jfr. f.eks. innleggelse av pacemaker ved Haukeland sykehus på pasienter fra Helse Førdes område.*

Disse forholdene gir et ekstra finansieringsbehov som av to grunner ikke fanges opp av Helse Vest-modellen: (i) ISF-inntektene fanger ikke opp økt pasienttyngde innenfor en DRG. (ii) Økt pasienttilstrømming utover det demografien i området tilsier utløser i beste fall en begrenset og forsinket økning i tilskudd (avhengig av valg av modell for B4), slik at denne behandlingen blir underfinansiert.

4. Prioriteringer innen Helse Vest

Helseforetakene gjennomfører nå reduksjoner som går på bekostning av enkelte pasientgrupper. Det er da viktig at Helse Vest RHF pålegger alle som yter helsetjenester og belaster det felles budsjettet å gjøre likest mulig prioriteringer. Dette er selvsagt komplisert, og spesielt i forhold til private aktører som finansieres via Helse Vest.

Dersom det er et rimelig samsvar mellom avtalt aktivitet og faktisk aktivitet, og også mellom totalkostnad og totalinntekt ved avtalt aktivitet, vil en modell som foreslått være et godt verktøy for en effektiv ressursbruk. Dersom totalinntekten blir omtrent som forslått i statsbudsjettet vil dette ikke være tilfelle. I så fall kan modellen ha store og utilsiktede konsekvenser for hvordan foretakene må prioritere når det skal foretas svært store kostnadskutt. Helse Vest bør foreta en eksplisitt vurdering av dette problemet.