

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 27.05.2008
Sakhandsamar: Ingvill Skogseth
Saka gjeld: **Legefording i Helse Vest**

Arkivsak
2007/72/321
Styresak 064/08 B

Styremøte 04.06. 2008

Bakgrunn

Helse Vest RHF får kvart år tildelt nye legestillingar i Oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Vest RHF fordeler stillingane til helseføretaka, avtalespesialistar og private institusjonar som har avtale med Helse Vest RHF med bakgrunn i innspel frå helseføretaka.

Helse Stavanger HF har ved fleire høve hevda at det er ei skeiv fordeling av legestillingar internt i Helse Vest RHF og at Helse Stavanger HF har færre stillingar enn folketalet og funksjonsfordelinga skulle tilsei. Helse Fonna HF har også påpeika det same.

Det er på denne bakgrunn gjennomført ei vurdering av legefordinga i regionen med ekstern bistand. Prosjektet har hatt som mål å beskrive og analysere den faktiske legefordinga i regionen. Prosjektet skal kunne gi Helse Vest RHF mulighet til å vurdere om det er ei skeivfordeling av legeressursane i regionen.

PricewaterhouseCoopers (PwC) fekk oppdraget med å gjennomføre ein analyse av fordeling av legeressursane i Helseregion Vest. Det er utarbeida ein omfattande rapport (vedlegg 1) som her blir lagt fram og presentert for styret.

Det kan også leggst til at Riksrevisjonen i 2007 bad om ei oversikt over legestillingar. Det blei i gjennomgangen i helseføretak då også avdekka eit betydelig tal på stillingar som er oppretta utanom ordinær tildeling (heretter kalla "grå stillingar"). Helse Stavanger HF hadde på dette tidspunktet 62,5 "grå stillingar". (Dette er med seinare tildelingar blitt redusert til 42,5 stillingar (april 2008)).

Styret i Helse Vest RHF har tidlegare behandla spørsmåla knytt til "grå stillingar" og legefording, og er informert om at administrasjonen i Helse Vest RHF ville starte opp eit eige utredningsarbeid (styresak 063/07).

Styresaka er todelt, og omhandlar:

- I Rapport om legefording i Helse Vest
- II Fordeling av legestillingar i 2008

Kommentarar

I Rapport om legefordeling i Helse Vest

1. Legefordelingssystemet

Legefordelingssystemet for legar blei etablert i 1999 og er lovfesta, jf. Lov om spesialisthelsetjenesten § 4-2. Departementet har høve til årleg å fastsette tal på nye legestillingar fordelt mellom helseregionane og mellom dei ulike spesialitetane.

Dei regionale helseføretaka får tildeling av kvote i oppdragsdokumentet saman med andre styringskrav. Dei regionale helseføretaka skal fordele legestillingane innbyrdes i helseregionen og sørge for at fordelingssystemet blir overhaldd. Systemet skal bidra til god utdanningskapasitet for legespesialistar, samt bidra til god lokal, regional og nasjonal fordeling av legar og spesialistar.

Departementet fastset tal på nye legestillingar ut frå innrapporterte behov frå kvart av dei regionale helseføretaka til Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av legar og legefordeling (NR). Nasjonalt Råd, som har som hovudoppgåve å overvake legemarknaden og som driftar den nasjonale databasen for legestillingar (NR-basen), gir si tilråding til departementet.

I perioden 2002-2007 blei det fordelt til saman 203 nye legeårsverk til helseføretaka og til private institusjonar.

Det følgjer ikkje med eigne midlar til finansiering av stillingane. Helseføretaka og dei private institusjonane som får tildelt heimlar må sjølve finansiere legestillingane innan eigne budsjettammer.

Helse- og omsorgsdepartementet har kvart år gitt føringar for kva fagområde som skulle prioriterast. Stort sett kan ein sei at det er peika på opptrappingsplanar og fagfelt i oppbyggingsfase som rus/psykiatri. Indremedisin (særleg geriatri) og kreftrelevante spesialitetar er også blitt framheva. Helseføretaka søker om stillingar og prioriterer etter behov. Helse Vest RHF har ut frå nasjonale føringar, søknader og i samråd med helseføretaka, fordelt stillingar ut frå ei samla vurdering.

2. Organisering av prosjektet

Gjennomgang av legefordelingane blei organisert som eit prosjekt. Prosjektet er gjennomført med følgjande rollefordeling:

- Oppdragsgivar er Helse Vest RHF v/fagdirektør
- Fagdirektørmøtet, supplert med konserntillitsvalgte, er styringsgruppe for oppdraget
- PwC er engasjert til å gjennomføre oppdraget.
- Det er oppretta ei fagleg referansegruppe med eit avgrensa tal personar med kompetanse innan medisin, helseøkonomi og helsetenesteforskning. Referansegruppa har vært rådgivande organ for prosjektet i faglege/metodiske spørsmål.

Referansegruppe har bestått av:

- Konst. FOU-direktør/professor Ernst Omenaas, Helse Bergen HF / Forskningsrådgiver Ane Johannessen
- Seksjonsleder Emil Mohr, Helse Fonna HF
- Klinikkdirektør/professor Jan Petter Larsen, Helse Stavanger HF / Klinikkdirektør Sverre Uhling
- Personaldirektør Jan Birger Moe, Helse Førde HF / Fagdirektør Hans Johan Breidablikk
- Professor Terje P. Hagen, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO
- Dekan/professor Olav Helge Førde, Det medisinske fakultet UiT

Mandatet for oppdraget blei definert slik:

Det skal lages en deskriptiv statusbeskrivelse av fordeling av legespesialister og utdanningsstillinger (inkl. turnusleger og "grå" stillinger) mellom de fire helseforetakene i Helse Vest, samt de private institusjonene som inngår i denne analysen. Variasjon i den faktiske fordelingen skal analyseres i forhold til relevante forhold som naturlig må forventes å påvirke den kvantitative fordelingen. Dette kan eksempelvis være befolkningsgrunnlag, dybde- og breddekompleksitet gjennom sykehusstruktur, spesialiteter, funksjoner, vaktordninger, inntektsfordeling m.m.

I arbeidet med utredningen skal den eksisterende funksjons- og oppgavefordeling i regionen legges til grunn.

Styringsgruppa behandla rapporten i møte den 22.5.2008 og gjorde følgjande vedtak:

- 1. Styringsgruppa er nøgd med den prosessen som er gjennomført og har ikkje merknader til rapporten slik den nå ligg føre (datert 22. mai 2008)*
- 2. Styringsgruppa meiner rapporten gir eit godt grunnlag for vidare samarbeid om legebemanning og legefording i Helse Vest*
- 3. Rapporten blir lagt fram for styret i Helse Vest RHF i eiga sak.*

Det var viktig å gjere klare avgrensingar for analysane (bilde nr. 5 i rapporten). I det vidare saksframlegget vil det bli vist til bildenummer der kjeldegrunnlaget er rapporten (evt. tilleggsrapport; sjå seinare).

Det skulle ikkje gjennomførast ein behovsanalyse av kor mange legestillingar Helseregion Vest som region treng, berre ei vurdering av den relative fordelinga innan regionen. Det skulle heller ikkje lagast ein modell for legefording. Helseforetaka og dei private institusjonane si finansieringsevne er heller ikkje inkludert som eit fordelingskriterium. Det var berre legestillingar der arbeidet i hovudsak er av klinisk art (og som dermed treng stillingsheimel) som skulle rapporterast, og som dermed går inn i denne analysen. Stillingar ved spesialiserte institusjonar innan rusbehandling og rehabilitering er ikkje inkludert i rapporten.

Tilnærming og metode er omtalt i bilde nr. 6 i rapporten. Her går det fram at (direkte sitat frå rapporten):

- Den primære analyseenhet er de fire bostedsområder (opptaksområdene) til Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger. For å unngå forveksling i forhold til helseforetakene som institusjoner omtales bostedsområdene bare med geografisk navn.*
- Det er også i noen grad utarbeidet analyser med utgangspunkt i helseforetak og private behandlingssteder.*
- Hvert helseforetak har innhentet og kvalitetssikret data om bemanning, vaktordninger og funksjoner. Prosjektet har fulgt opp rapporteringen for å sikre en enhetlig praksis, men det er hvert helseforetak som er ansvarlig for rapporteringen.*
- Referansegruppen, med representanter fra hvert HF, er konsultert i forhold til fremgangsmåte, datainnhenting og analyser.*
- Alle data om hjemlede stillinger, faktiske ansatte og innleide refererer til rapporteringstidspunktet i hvert HF. Utgangspunktet var en rapportering per 1. oktober 2007, men som en konsekvens av forsinkelser i rapporteringen refererer tallene til utgangen av 2007.*

Etter at hovudrapporten låg føre, blei PwC bedt om nokre utfyllande analyser. Dette gjeld analyser som tek utgangspunkt i eit utvida tal legeheimlar i forhold til i dag etter nokre av dei same fordelingsnøklane som i hovudrapporten. Vidare blei det sett på omfanget av legestillingar ved nokre HF i andre regionar (vedlegg 2).

Det blei under saksførebuinga peika på nokre tilhøve som verka uklære. I samtale med PwC kom det fram at det var nokre mistydingar i høve til finansiering av forskning i inntektsfordelingmodellen. Det er difor utført korrigererte analyser som er lagt fram for referansegruppa som er innforstått med endringane. Vedlegg 1 er den endelege rapporten.

3. Innhaldet i rapporten

Innhaldet i rapporten er inndelt etter tema (bilde 2) slik:

- Innledning
- Antall leger etter bostedsområde og institusjon
- Analyse – Leger etter bostedsområde
- Analyse – Leger etter helseforetak og private institusjoner
- Analyse av særlege forhold
 - Pasientbehandling
 - Struktur og vaktberedskap
 - Private avtalespesialister
 - Private ideelle
 - Private kommersielle - Oversikt over avtaler inkl. lab/rtg.
 - Regionale funksjoner, kompetansesenter og register
 - Forskning og undervisning
- Samlet vurdering

Rapporten kan delast i hovudbolkar:

1. Ei beskriving av fordeling av legar i spesialisthelsetenesta i Helse Vest etter bustadområde (hovudeining for analyse) og HF. Dessutan er det gjort ei kartlegging av legestillingar i dei private ideelle sjukehusa og av avtalespesialistar.
2. Basert på tildelte (heimla) stillingar til Helse Vest samla, er det vist til ulike fordelingsprinsipp som stillingane kunne fordelast etter.
3. Det er og gjeve utfyllande analyser av tilhøve som kan vere relevante og som kan påverke analyseresultata. Dette er tilhøve som viser likskap/ulikskap mellom bustadsområda/HFa i Helse Vest.

Rapporten peikar på at det finns element (som rapporten ikkje tek stilling til) som må vegast inn i dei vurderingane Helse Vest til slutt må gjere i si innstilling til styret. Dette gjeld mellom anna vurderingar knytt til økonomisk bereevne og særlege styrkingar av prioriterte spesialistområde (sjå seinare).

4. Hovudfunna i rapporten

Ulike kjelder gjev ulike svar på tal legestillingar

I rapporten frå PwC er det heimla legestillingar som er rapportert av helseføretaka som er lagt til grunn for analysane. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefördeling (NR-basen) hadde ikkje registrert dei siste fordelingane av heimla stillingar i Helse Vest.

Det er også til samanlikning sett på tal frå andre kjelder som; Den Norske Legeforening, Statistisk sentralbyrå (SSB) og lønns- og personalsystem i helseføretaka. Av desse er det NR-basen som framstår som den mest relevante etter som dei andre kjeldene ikkje skil mellom heimla og uheimla stillingar.

Tala frå SSB viser at Helse Vest har eit noko lågare tal på legeårsverk per 1000 innbyggjarar enn snittet for Noreg.

Tildeling av nye stillingar frå 2002

I perioden 2002-2007 blei det fordelt til saman 203 nye legeårsverk til helseføretaka og til private institusjonar (bilde 8). Det har vært ei relativ jamn fordeling av stillingane til helseføretaka basert på innmelde behov og prioriteringar. Dei private institusjonane har i perioden fått 12 % av stillingane.

Legar etter bustadområde- generell omtale

Tabellen (bilde 15) under inneheld informasjon om korleis legeressursane er fordelt etter bustadområde i Helse Vest.

Tabell I

Antall leger etter bostedsområde

Leger etter bostedsområde*

Bostedsområde	Årsverk, heltidsekvalenter								
	NR-basen	Hjemlede stillinger	Ansatte - Faktiske årsverk	Uhjømlede stillinger	Turnusstillinger	Innleie	HF finansiert forskning	Regionale/ nasjonale kompetanse-sentra	Regionale og nasjonale tjenestetilbud
Helse Vest HF	1625,1	1659,7	1565,4	50,5	144,0	21,4	48,0	10,0	58,0
Private institusjoner Helse Vest	124,0	126,6	118,8	3,0	4,0	3,3	0,3	0,0	0,0
Private avtalespes. Helse Vest	135,6	135,6	135,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sum Helse Vest	1911,1**	1921,8	1819,7	53,5	148,0	24,7	48,3	10,0	58,0
Helse Bergen HF	799,9	812,2	769,4	8,0	40,0	2,5	31,5	9,2	42,5
Private institusjoner Bergen	98,5	101,1	98,0	3,0	4,0	1,9	0,3		
Private avtalespes. Bergen	73,9	73,9	73,9						
Sum Bergen	972,2	987,2	941,3	11,0	44,0	4,4	31,8	9,2	42,5
Helse Fonna HF	220,7	223,7	189,2		36,0	8,2	2,7		
Private institusjoner Fonna	14,5	14,5	11,5			0,4			
Private avtalespesialister Fonna	20,8	20,8	20,8						
Sum Fonna	256,0	259,0	221,5	0,0	36,0	8,6	2,7	0,0	0,0
Helse Førde HF	192,3	192,3	153,1		39,0	6,7	1,0		1,5
Private institusjoner Førde	0,0	0,0	0,0						
Private avtalespesialister Førde	5,4	5,4	5,4						
Sum Førde	197,7	197,7	158,5	0,0	39,0	6,7	1,0	0,0	1,5
Helse Stavanger HF	412,3	431,5	453,7	42,5	29,0	4,0	12,8	0,8	14,0
Private institusjoner Stavanger	11,0	11,0	9,3			1,0			
Private avtalespes. Stavanger	35,4	35,4	35,4						
Sum Stavanger	458,7	477,9	498,4	42,5	29,0	5,0	12,8	0,8	14,0

*Leger ansatt hos private kommersielle institusjoner med kontrakt med RHF er ikke inkludert. Dataene har ikke latt seg innhente som del av dette prosjektet.

**Noen hjemler i NR-basen er ikke registrert som fordelt mellom helseføretakene

PricewaterhouseCoopers

Side 14

Tabellen gir oversikt over årsverk som er tildelt Helse Vest og over faktiske årsverk. Det blei rapportert til saman 1921,8 heimla stillingar for legespesialistar og legar i utdanningsstillingar, medan faktisk tilsette ved utgangen av 2007 utgjorde 1816,6 stillingar. Det betyr at det var meir enn 100 ledige legeheimlar i Helse Vest. Talet på ledige legeheimlar er slik det var på dei tidspunkta oppteljinga fann stad. Innleie tilsvarte 24,7 stillingar.

Innan fagområdet psykiatri er legar per 1000 innbyggjarar etter bustadområde nokså likt fordelt i regionen. Innan somatikk er det registrert forskjellar (bilde 23). Tala er ikkje korrigert for strukturelle forhold, regionale funksjonar, etc.

Uheimla "grå" stillingar

Det er rapportert 53,5 uheimla ("grå") legestillingar i Helse Vest. Bustadområde for Stavanger har 42,5 uheimla stillingar, mens Bergen etter rapporten har 11.

Dei grå stillingane i Bergen var ikkje kjende på tidspunktet for Riksrevisjonen si etterspurnad. Helse Vest har derfor bedt om tilleggsinformasjon frå Helse Bergen HF og frå Haraldsplass Diakonale sjukehus (HDS) om desse til saman 11 stillingane. Legestillingane (3) ved HDS er knytt til Sunniva klinikken og dei meiner og dokumenterer at dei har stillingsnummer. Saka er tatt opp med Helsedirektoratet.

Dei grå stillingane i Helse Bergen er førelagt Nasjonalt råd (NR). NR viser til regelverket (sjå fotnote¹). Etter ei samla vurdering meiner vi at det reelle talet på grå stillingar i Bergen er fem.

Ledige stillingar

Helse Vest har samla over 100 fleire tildelte legeheimlar enn tilsette legestillingar ved rapporteringstidspunktet. Det er ledige stillingar i tre av fire helseføretak. Berre Helse Stavanger har tilsett fleire legar enn dei har heimlar (det er dei grå stillingane som er årsaka).

Raten mellom faktisk tilsette (heiltidsekvivalentar) og heimla legestillingar varierer frå 80 % i Førde bustadområde til 104 % i Stavanger bustadområde (bilde 11).

Tabellen under viser differansen mellom faktiske årsverk minus heimla stillingar. Differansen er framstilt både på bustadområde og på helseføretaksnivå (bilde 15).

¹ Helse Bergen har ubesatte stillinger som kan omgjøres/søkes omgjort innenfor eget helseføretak. Vedlegger link til NRs regelverk for omgjøringar. http://www.shdir.no/nasjonalt_rad/regelverk/omgj_ring_av_legestillinger_53875

Tabell II

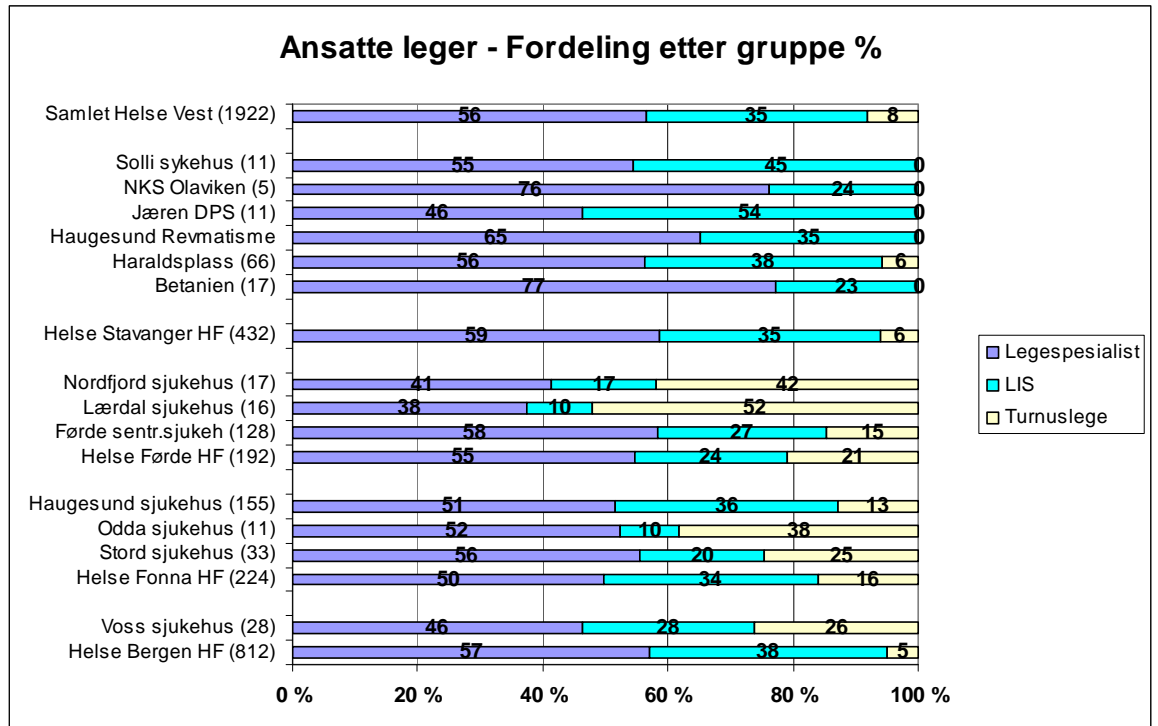
Absolutt fordeling av legestillingar fordelt på bustadområde og HF
(Utdrag frå bilde 15)

	Bustadsområde		Helseføretak	
	Heimlar	Differanse: heimla stillingar minus faktisk årsverk	Heimlar HF	Differanse: heimla stillingar minus faktisk årsverk (HF)
Førde	198	39	192	39
Bergen	987	46	812	43
Fonna	259	38	224	35
Stavanger	478	- 21	432	- 22
”Ledige”		102		94

Turnuslegar

Det er rapportert 148 turnuslegar i Helse Vest. Desse er fordelt med 44 i Bergen, 36 i Fonna, 39 i Førde og 29 i Stavanger. Dei mindre helseføretaka har ein relativt høg andel turnuslegar i forhold til tal på legestillingar (bilde 13). Dette er illustrert i biletet under som viser tilsette legar – Fordeling etter gruppe i prosent. Talet i parentes bak kvar institusjon viser det samla talet på heimlar.

Ansatte leger – Prosentvis fordeling mellom gruppene



- Innleide er ikke medregnet
- Hjemlede stillinger i parentes bak institusjonsnavn– ikke faktisk antall overleger + LIS

PricewaterhouseCoopers

Slide 1

Stillinger til forskning, regionale og nasjonale funksjonar

Det er rapportert om at 116,3 av legeheimlane blir nytta til forskning, samt regionale og nasjonale funksjonar. 83,5 årsverk (71,8 %) er knytt til Bergen bustadområde, 27,6 årsverk (23,7 %) er knytt til Stavanger bustadområde. Fonna hadde 2,7 årsverk og Førde 2,5 årsverk.

Legeressursar til dei private ideelle sjukehusa og avtalespesialistar.

For private institusjonar og avtalespesialistar viser analysen at tildeling frå 2002 har vore rimeleg fordelt. Ein direkte bruk av fordelingsnøkkelen gir grunnlag for marginale justeringar.

5. Prinsipp for fordeling av legestillingar

Innleiande kommentarar

Ein ressurs, i dette tilfelle legestillingar, kan fordelast på fleire ulike måtar og etter ulike prinsipp.

I prosjektet har ein sett på fordeling etter:

- Folkemengde (per 1000 innbyggjarar) (bilde 22)
- Etter produsert DRG-poeng (bilde 24)
- Etter aktivitet (bilda 24 og 30)
- Etter eigendekning; dvs kor stor del av pasientane i eit område som vert behandla av eit føretak (bilde 25 og 30)
- Etter inntektsfordelingsmodellen (jf styresak 104/05; med og utan korreksjonar for forskning og regionale og nasjonale oppgåver).

Analysane gjev noko ulike fordelingar mellom bustadområda, illustrert og oppsummert i bilde 31.

Det største utslaget i høve til den heimla (og faktiske) legefordinga slik den er i dag, finn ein dersom ein fordeler stillingane etter folkemengde slik Helse Stavanger tidlegare har argumentert for (styresak 40/2007 Helse Stavanger HF).

Tabellen under viser endringar i legeheimlar ved bruk av utvalde fordelingsnøklar i forhold til legeheimlar per bustadområde i dag (Talet på 1922 legeheimlar i Helse Vest ligg fast. Dei grå stillingane (uheimla) stillingane er ikkje tatt med). Første rad viser bruk av ein "rein" (matematisk) fordelingsnøkkel basert på inntektsfordelingsmodellen. Andre rad viser fordeling etter inntektsfordelingsmodellen, men der stillingar til forskning og regionale og nasjonale oppgåver er som i dag.

Tabell III

Endringar i legeheimlar ved bruk av utvalde fordelingsnøklar i forhold til legeheimlar per bustadområde i dag.

Fordelingsnøkkel	Avvik per bustadområde			
	Førde	Bergen	Fonna	Stavanger
"Rein" inntektsfordelingsmodell	0	- 61	+ 26	+ 35
Inntektsfordelingsmodell, men forskning og regionale og nasjonale oppgåver som i dag	- 9	- 37	+ 12	+ 33

Minus tyder at området har for mange legestillingar, pluss tyder at området har for få

6. Vurderingar

Fordeling etter prinsippa i inntektsfordelingmodellen

Det er ikkje uventa at interessentane i legefordingsspørsmålet vil velje noko ulike fordelingsprinsipp og då helst med preferanse for den analysetilnærming som passar best for seg.

Utan å gå detaljert gjennom og å drøfte kvart av dei nemnde fordelingsprinsippa, kan ein slå fast at det kan reistas innvendingar mot alle.

Det største utslaget i høve til den heimla og faktiske legefordinga slik den er i dag, finn ein dersom ein vel å fordele stillingane etter folkemengde slik Helse Stavanger tidlegare har argumentert for (styresak 40/2007 Helse Stavanger HF).

Hovudkonklusjonen i rapporten er at inntektsfordelingsmodellen står fram som eit rimeleg robust fordelingsprinsipp.

Det er brei nasjonal semje om at fordeling av ressursar (dvs inntekter) til spesialisthelsetenesta må bygge på analyser og tilnærmingar som så godt som mogeleg fangar opp dei faktorane som påverkar befolkninga sine behov for spesialisthelsetenester. Fordeling berre etter folkemengde er eit for snevert grunnlag i så måte. For drøftingar om slike spørsmål blir det vist til Hagen-utvalget si innstilling (NOU 2003:1), St. melding nr. 5 (2003-2004), og seinast Magnussen-utvalet si innstilling (NOU 2008:2).

Helse Vest har og utvikla sin eigen inntektsfordelingsmodell som det er semje om (styresak 104/05 og 054/06 B). Den er som dei nasjonale modellane ikkje statisk og vil endre seg etter behova i befolkninga, til dømes ved endringar i folketal eller aldersfordelinga i folkemengda.

Modellen inneheld følgjande komponentar:

1. Demografi og sosiale indikatorar ("behovskomponenten")
2. Sjukehusstruktur ("strukturkomponenten")
3. Kostnadsvariasjonar mellom sjukehusa (utover strukturkomponenten): "kostnadskomponenten".
4. Pasientbehandling ("aktivitetskomponenten")
5. Behandling av pasientar utanfor eige bustadområde ("mobilitetskomponenten").

Bruk av inntektsfordelingsmodellen, korrigert for kapitalkostnader og store investeringar, ser ut til å gi ein rimeleg fordelingsnøkkel samla sett. Det er enkeltelement innan alle komponentane; behovs-, struktur-, kostnads-, aktivitets- og mobilitetskomponenten som kan problematiserast, men samla sett ser desse effektane til å jamne seg rimeleg ut.

Ein fordelingsnøkkel basert på inntektsfordelingsmodellen synest på denne bakgrunn å gi det beste grunnlaget for ei overordna vurdering av legefordelinga i Helse Vest slik det er foreslått i rapporten.

Avgrensingar i bruken av ein "rein" inntektsfordelingsmodell

Inntektsfordelingsmodellen skal sikre ressursar til å møte befolkninga sine behov for spesialisthelsetenester. Helseføretaka har etter føretaksløva (Lov av 15. juni 2001 nr 93 om helseforetak m.m.) også andre oppgåver, mellom anna forskning.

Dagens inntektsfordelingsmodell dekker ikkje forskning og regionale funksjonar direkte. Forsking blir og mellom anna dekkja via særskild og øyremerka tildeling over statsbudsjettet med tillegg frå RHFet. På same måte er det særskild finansiering for nasjonale og nokre regionale oppgåver/funksjonar over statsbudsjettet og over Helse Vest RHF sitt konsernbudsjett.

I mandatet for arbeidet står at den funksjons- og oppgåvefordeling som gjeld i dag skal leggest til grunn for arbeidet (bilde 5).

Av rapporten går det fram at 116,3 av legeheimlane blir nytta til forskning finansiert av helseføretaka, samt til regionale og nasjonale funksjonar. 83,5 årsverk (72 %) er knytt til Helse Bergen, 27,6 årsverk (24 %) er i Stavanger bustadområde. Rapporten peikar på at det ikkje er uproblematisk å skilje ut dei legeressursane som går til forskning og til regionale og nasjonale oppgåver. Helseføretaka har sjølve gjort denne kartlegginga og basert på dette er det sannsynleg at tala er rimeleg rette.

Det vil vere urimeleg dersom oppgåver (les: dei 116 årsverka nemnd over) som det til dels finns øyremerka tildeling til, skulle fordelast på alle befolkningsområda og føretak etter ein rein inntektsfordelingsmodell. Dette ville innebere at ein "straffar" dei føretaka og sjukehus som har satsa på forskning og som har klart å få dette til innan dei økonomiske rammene som gjeld.

Det bør derfor gjerast justeringar i fordelingsmodellen slik rapporten viser til (bilde 28). Justeringane inneber at dei 116 årsverka som er fordelt på HF og andre sjukehus blir trekte ut frå det totale talet heimlar (1921) i Helse Vest. Differansen, dvs 1805 heimlar, blir så fordelt matematisk etter inntektsfordelingsmodellen. Dei 116 årsverka blir så ført tilbake til det HFet/sjukehuset dei tilhøyrer.

Andre tilhøve

I bilde E3 (vedlegg 2; bilda vert vist til som E + bildenummer) har PwC framstilt legefordeling i nokre utvalde helseføretak basert på tilgjengelege nasjonale data. Figuren/tala illustrerer at det ikkje finns ei nasjonal norm for "rett" tildeling av legestillingar.

Rapporten har peika på at det er 50,5 grå stillingar i Helse Vest, 42,5 i Helse Stavanger, 3 stillingar ved Haraldsplass Diakonale sjukehus, og 5 i Helse Bergen HF. Dersom desse skulle fasast inn fullt ut, må ein dersom ein skal vere tru mot fordelingsmodellen, fordele dei grå på *alle* bustadområde/HF/sjukehus.

Dersom talet på heimlar i Helse Vest vert auka med 50,5 og fordeling skjer i samsvar med inntektsfordelingsmodellen, vil det gje ei fordeling som vist i bilde E6 og E7.

I tilleggssoppdraget PwC har fått har ein og rekna ut ei teoretisk fordeling av legar dersom antall heimlar i Bergensområdet vert auka med 8 slik at det ikkje er grå stillingar, og dei andre bustadområda vert justert deretter. Resultata frå desse analysane er framstilt i bilete E8og E9.

7. Oppsummeringar

Fordeling av legestillingar

Det blir rådd til at inntektsfordelingsmodellen blir nytta i Helse Vest RHF som grunnlag for vurdering av legefording med justeringar for forskning og nasjonale/regionale funksjonar slik det er omtala tidlegare.

Tala i rapporten og i tilleggsbestillinga kan presenterast i tre alternative forslag til fordeling av legestillingar.

Tabell IV

Fordeling av legeheimlar under ulike føresetnader. Estimat etter inntektsfordelingsmodellen, med årsverk til forskning, regionale og nasjonale oppgåver som i dag

	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3
	Fordeling bustadområde (dagens heimlar)	Fordeling bustadsområde. Tilføre nye heimlar til Helse Vest tilsvarande dagens 50,5 grå stillingar	Fordeling bustadsområde dersom nivå i Bergensområde ikkje skal reduserast (8 grå stillingar i Bergen får heimlar)
Førde	- 9	-4	+ 1
Bergen	- 37	-12	+ 8
Fonna	+ 12	+ 20	+ 26
Stavanger	+ 33	+ 47	+ 58
Sum nye heimlar	0	+ 50,5	+ 93
	Bilde 66 (29)	Bilde E7	Bilde E9

Tal på stillingar som er grunnlaget for utrekningane i Alternativ 3 er justert opp med 5 grå stillingar i Helse Bergen og dei 3 på Haraldsplass som har NR nummer.

Basert på desse tala vil tilråding om eventuelle justeringar i legefordinga bli slik:

- Bustadområdet for Helse Førde har relativt sett ei tildeling av legeheimlar omtrent i tråd med fordelingsmodellen (1 for lite - 9 for mange)
- Bustadområdet for Helse Bergen har relativt sett eit for høgt tal heimlar (12 - 37 for mange). Det blir ingen endring dersom dei andre bustadområda skal ha same legefording som Bergen (8 grå stillingar ved Helse Bergen får heimel).
- Bustadområdet for Helse Fonna har relativt sett for få heimlar (12 - 26 for få)
- Bustadområdet for Helse Stavanger har relativt sett for få heimlar (33 - 58 for få). Her kjem dei 42,5 grå stillingane til fråtrekk.

Det blir vidare lagt til grunn ei vidareføring av dagens forhold mellom private og offentlege aktørar. For private institusjonar er det ikkje grunnlag for å sei at tildelinga er urimelig, då tal på stillingar er relativt lite.

Talet på private avtalespesialistar i forhold til befolkninga i bustadområde ser ut til å være noko høgt i Bergen (5 heimlar), noko lågt i Fonna (2 heimlar), uendra i Førde, og noko lågt i Stavanger (3 heimlar). Dette er basert på dagens andel avtalespesialistar i kvart bustadområde. Dette kan skuldast at pasientar søkjer til spesialistar i Bergen, eller at befolkninga har underdekning i dei andre bustadområda, og dermed har lågare bruk.

Tildeling av nye stillingar til føretak med ledige heimlar.

Helse Fonna og Helse Førde bustadområde har allereie fleire heimlar enn dei klarer å rekruttere tilsette til:

- Fonna har et avvik på 29 legeheimlar fleire enn dagens tilsette + innleigde (8)
- Førde har et avvik på 33 legeheimlar meir enn dagens tilsette + innleigde (7)

Ein del av desse stillingane er langtidsledige som i stor grad skuldast rekrutteringsvanskar innan nokre spesialitetar.

Ei tildeling av ytterligere legeheimlar i medhald av fordelingsnøkklane frå inntektsfordelingsmodellen, vil auke avviket dersom ikkje spesielle tiltak blei sett i verk. Førde og spesielt Fonna må intensivere arbeidet med å rekruttere nye legar, spesielt spesialistar, eller lage langsiktige utdanningsløp.

Det kan argumenterast med at andre føretak i regionen i denne situasjonen ikkje må få høve til å tilsette fleire legar/spesialistar og såleis kanskje betre rekrutteringa til Fonna. Det er sannsynlegvis ikkje eit særleg effektivt tiltak.

Økonomi og økonomisk bereevne.

Det er ei stor utfordring i denne analysen å balansere to styringssystem:

- Legeheimlar i forhold til fordelingsnøkkel frå inntektsfordeling
- Dei økonomiske rammene i helseføretaka

Det er i innleiingsvis peika på at det med den årlege tildelinga av legestillingar til Helse Vest RHF og til helseføretaka ikkje følgjer med midlar. Tilleggsrapporten viser at tilsetting i ledige heimlar og innfasing av grå stillingar vil medføre store kostnader (bilde E7 og E9).

Når det gjeld dei grå stillingane der det er tilsett legar, vil dei direkte kostnadene knytt til lønn, osv, allereie belaste budsjetta. Det inneber at å dekke opp dei grå stillingane innan for den tildeling RHF-et har fått, ikkje vil innebere ei ekstra belastning i budsjetta for dei aktuelle sjukehusa.

Det går fram av tabell IV at Helse Fonna og Helse Stavanger nok må få justert sine tal på legestillingar (opptil 26 i Fonna, opptil 58 (minus 42,5 grå) i Stavanger). Føresetnaden må likevel vere at føretaket har budsjettert med desse stillingane, eller kan dokumentere at føretaket er i regnskapsmessig balanse, jf rapport frå verksemda pr 31. mars 2008 (styresak 037/2008).

Behov for legestillingar

Dette prosjektet gjev ein status for talet på legestillingar i Helse Vest, og korleis dei heimla stillingane er fordelt i dag og kjem med forslag til justeringar.

Prosjektet seier lite om det generelle behovet for legestillingar i regionen. Her er det forskjellar mellom regionane på same måte som det er forskjellar i tildeling av økonomiske resursar, jf NOU 2008:2.

Behovet for legestillingar vil m.a. vere påverka av faglege normer, grad av spesialisering og tilhøyrande vaktordningar, føringar (nasjonale og regionale) for satsingar på spesifikke fagområde, endringar i aktivitetstypar, endringar i medisinsk teknologi, behov eller ønskje for sentralisering eventuell desentralisering av oppgåver, utdanningsbehov i dei ulike spesialitetane, tariffavtalar, osv.

I tillegg må tilførsel av stillingar vere avhengig av tilgjengelege ressursar, og den bereevna RHF-et og HF-a har økonomisk sett.

Helse Vest har eit noko lågare tal legeårsverk per 1000 innbyggjarar enn snittet for Noreg.

Ei drøfting av slike spørsmål ligg utanfor mandatet for dette arbeidet.

II Fordeling av legestillingar i 2008

Helse- og omsorgsdepartementet fastsett årlig tal på nye legestillingar, eventuelt fordelt på dei ulike spesialitetane. Innanfor denne rammetildelinga har RHFa eit ansvar i å bidra til at det blir utdanna eit tilstrekkelig tal på legespesialistar innan dei ulike spesialitetane, og til god lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og mellom spesialitetar. For 2008 er fordelinga gitt i oppdragsdokumentet som følgjer:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Spesialiststillingar (overlege/avtalespesialist)	27	36	11	8	82
Utdanningsstillingar (herunder fordjupningsstillingar)	32	40	13	8	93
"til RHFets disposisjon"	10	5	5	5	25
SUM	69	81	29	21	200

Helse Vest er tildelt **81 årsverk** nye legestillingar for 2008.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefording og Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelinga teke omsyn til at Helse Vest har eit noko lågare tal på legeårsverk per 1000 innbyggjarar enn snittet for Noreg.

Helse Vest RHF skal i si fordeling av stillingane, særskilt vurdere situasjonen innan psykiatri/rus som er eit fagfelt i oppbyggingsfase, samt innan indremedisin (særleg geriatri, lungesjukdommar) og kreftrelevante spesialitetar (som onkologi, patologi, radiologi og kirurgi). Bryst- og endokrinkirurgi er ein ny kirurgisk greinspesialitet, og Helse Vest skal sørge for eit tilstrekkeleg tal på stillingar i den nye spesialiteten.

Helse Vest RHF skal vidare være merksam på situasjonen for rekrutteringsutsette spesialitetar, dvs det er diskrepans mellom forventa behov og tilgang på spesialistar (som øyre- nase- hals sjukdommar, augesjukdommar, hudsjukdommar, medisinsk biokjemi, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin). Helse Vest skal, i tillegg til å etablere utdanningsstillingar, også sørge for effektive utdanningsløp. Stillingar "til RHFets disposisjon" skal bidra til fleksibilitet, ved at RHFet disponerer stillingane etter behova i helseregionen.

Helse Vest skal sørge for at stillingsstrukturen i føretaksgruppa er i tråd med opplysningane i NRs database <http://www.nr.dep.no/> og skal systematisk og fortløpande melde inn avviksendringar. Helse Vest RHF skal på førespurnad kunne innrapportere korleis fordelte stillingar er nytta, samt oversikt over ledige stillingar.

Forslag - tildeling av legestillingar 2008

I forslag til fordeling av stillingskvoten for 2008 er det tatt omsyn til fleire tilhøve som fordelingsnøklane frå inntektsfordelingsmodellen, forholdet mellom private og offentlege aktørar, private avtalespesialistar etter bustadområde og ledige heimlar. Vurderingane fører fram til følgjande tilråding om justeringar i legefordinga og tildeling for 2008.

Tabell V

	Justering av stillingar	Tildeling 2008		
		Nye stillingar	Inndekning av grå stillingar	Sum 2008
Førde	0	0	0	0
Bergen	0	1 ²	5	6
Fonna	+ 26	5	0	5
Stavanger	+ 12,5 ¹	6 ³	42,5	48,5
Avtalespesialistar	3 ⁴	1	-	1
På vent	-		-	20,5
Sum	40,5	13	47,5	81

¹ 58 stillingar (tabell IV) minus 42,5 grå stillingar (allereie på plass). I tillegg skal det dekkast inn 3 heimlar for avtalespesialist, sjå note 4

² Overlegestilling nevrokirurgi, jf styresak 20/08 og føretaksprotokoll 7.3.2008

³ Tre av desse stillingane er innan Barne- og ungdomspsykiatri, (jf Styresak i Helse Stavanger 27/2007) og vaksenpsykiatri

⁴ Tre heimlar for avtalespesialistar i bustadområde Stavanger. Av desse vert ein avtalespesialistheimel i augesjukdomar oppretta i 2008.

I kolonna "Justeringar av stillingar" går det fram kva for langsiktig utjamning som er målsettinga for at bustadområda skal framstå med ei legefordeling som er i tråd med inntektsfordelingsmodellen (med naudsynte korreksjonar, jf tidlegare).

Det er foreslått 13 nye stillingar til helseføretak og avtalespesialistar i år.

Helse Bergen får 6 stillingar. 1 ny stilling og 5 stillingar til inndecking av dei grå stillingane.

Helse Fonna får 5 nye stillingar til justering/utjamning.

Helse Stavanger får 48,5 stillingar. 42,5 stillingar skal gå til inndecking av grå stillingar. I tillegg får dei 6 nye stillingar til justering. Tre av desse stillingane er innan Barne- og ungdomspsykiatri, (jf Styresak i Helse Stavanger HF 27/2007), og vaksenpsykiatri.

Det er satt av 1 stilling til avtalespesialist i bustadområdet Stavanger (augesjukdomar).

Til saman utgjer dette fordeling av 60,5 stillingar.

Det er sett av 20,5 stillingar som ikkje blir fordelt så langt i år, men satt "på vent". Grunngevnaden for dette er ønskje om å ha ein større fleksibilitet i høve til nye prioriterte oppgåver som spesialisthelseteneste til eldre (planarbeid starta opp i 2008), endringar i behov for tenester (inkludert aktivitetsauke), endringar i rekrutteringsbiletet, etc.

Fordeling på fagområde og fordeling mellom overlegar og legar i spesialisering vil bli avklart med helseføretaka i tråd med nasjonale føringar og prioriteringar i Helse Vest RHF.

Framtidig tildeling av legestillingar

Saka vil danne grunnlag for framtidig fordeling av legestillingar i Helse Vest med sikte på utjamning i tråd med rapporten og i tråd med tabell V over. Det vil likevel vera slik at økonomisk bereevne kjem til å bli nytta som eit meir aktivt kriterium. Nye stillingar må finansierast innafor den økonomiske ramma, og det betyr at HFa må ha kontroll og balanse i drifta.

Forslag til vedtak

1. Styret tar rapporten om legefordeling i Helse Vest til etterretning og støttar administrerande direktør si avveging og tilråding slik det går fram av styresaka.
2. Styret ber om at det blir føreteke justeringar i legefordelinga med sikte på å jamne ut ulikskapar. Justeringane må ta omsyn til økonomisk bereevne på RHF-nivå (private ideelle sjukehus og avtalespesialistar) og på HF-nivå og moglegheiter for rekruttering. Nye legestillingar kan ikkje grunnjevast og finansierast med auka aktivitet innan somatikk (ISF-finansiering) ut over det som er føringar i Statsbudsjettet og i RHF-budsjettet.
3. Justeringane må gjerast med omsyn til nasjonale føringar i oppdragsdokument og til regionale føringar i styringsdokument.
4. For 2008 blir fordeling av legestillingar slik det går fram av saksførelegget. Dei 42,5 grå stillingane i Helse Stavanger og dei 5 grå stillingane i Helse Bergen blir dekkja inn. Føresetnaden for inndeckning av grå utdanningstillingar (LIS-stillingar) er at føretaka kan dokumentere at stillingane er godkjende for utdanning.
5. Helseføretaka må i sine søknader om nye legestillingar fom 2009 prioritere iht føringar (jf pkt 3). Søknadane må innehalde opplysningar om korleis stillingane skal finansierast og skal styrehandsamast saman med budsjettet.
6. Helseføretaka må i større grad enn tidligare bruke dei mogelegheitene dei har iht reglane i Nasjonal Råd for omdisponering av tildelte heimlar.
7. Styret vedtar legefordeling gjennom det årlege budsjettet.