

Tilbakemeldinger fra helseforetakene, Diakonhjemmet sykehus AS (DHS) og Lovisenberg diakonale sykehus AS (LDS)

Generelt

- Oslo universitetssykehus HF (OUS) uttrykker sterk bekymring for lands- og regionfunksjonene, psykisk helsevern og TSB ved en innfasing av økonomiske effekter av denne størrelsesorden. Det påpekes at det ikke foreligger noen konsekvensvurdering av hvordan det fremlagte forslaget vil påvirke tilbudet som ytes fra OUS HF.
- DHS og LDS påpeker at det er stor økonomiske omfordelinger som ikke synes tilstrekkelig faglig begrunnet, og at det mangler supplerende analyser som understøtter riktigheten av omfordelingene.
- OUS, DHS og LDS mener at omfordelingene må vente til modellene er mer utviklet og bekreftet, og de prioriterte omstillingene er klarlagt og finansiert
- Sykehuset Innlandet HF (SIHF) og Vestre Viken HF (VVHF) kommenterer at prosjektet har hatt for liten tid, men den uheldige effekt at forankringen har blitt mindre god enn ønskelig.
- Sørlandet sykehus HF (SSHF) uttrykker misnøye med håndteringen av arbeidsgruppen for psykisk helsevern og den manglende fremdriften i dette arbeidet.
- SSHF understreker allikevel viktigheten av å innføre objektive modeller på så mange områder som mulig, så raskt som mulig.

Private avtaler

- OUS, DHS og LDS kommenterer for lab/rad at "det er tvilsomt om det store volumet av private tjenester reduserer sykehusets oppgave i tilsvarende omfang".
- Akershus universitetssykehus HF (AHUS) mener at HF-ene må få ta større del i bestillingene og at kostnadene avregnes basert på forbruk.
- SIHF, SSHF, VVHF vil ha større vekt på avregning etter forbruk i TSB, og mener at det må være likt på alle tjenesteområder og ulike avtaleporteføljer.
- Sykehuset i Vestfold (SIVHF) ber om at effekten av endringer i private lab-avtaler vurderes og at disse endringene vil gi lavere forbruk i Telemark og Vestfold som må kompenseres med lavere uttrekk for slike kostnader enn hva historisk forbruk skulle tilsi.

Kostnadsnivå

- OUS, DHS og LDS mener at det er høyere kostnadsnivå Oslo enn i regionen for øvrig, og at dette må kompenseres dersom det skal skapes like forutsetninger for å levere samme tjenestetilbud.

Finansiering av lands- og regionfunksjoner

- OUS vil ha en modell som gir konkret kompensasjon for kostnadene basert på en KPP-løsning. Denne er imidlertid ikke klar til umiddelbar implementering og må jobbes videre med. Med dagens modell mener OUS at prisen er for lav og at nivået (antall DRG-poeng pr 1000-innbyggere) må verifiseres, og inkludere poliklinikk.
- AHUS har kommentert at det må jobbes videre med modellen, at eksterne sammenligninger må vurderes, og at prisen må ses opp mot endringer i kostnadsvekter og "grupper-effekter".
- SIHF har kommentert at prisen er for høy, og anslår riktig pris til 100% av ISF. Flere peker på at nye vekter og endret logikk i ISF-systemet må hensyntas når pris på abonnementet fastsettes.
- Sykehuset Østfold HF (SØHF) mener prisen må vurderes i lys av nytt vektsett og endret logikk i ISF-systemet.
- SSHF ber om at det utvikles en mer konkret modell som direkte angir hvilke tjenester som inkluderes, samtidig som prisnivået må sammenholdes med tilsvarende tjenester fra eksempelvis St.Olav og Helse Bergen.
- SSHF påpeker også mangler i finansieringen av spesialiserte tjenester utenfor Oslo, så som PCI, ICD og kreftbehandling ved SSHF.
- VVHF vil ha en vurdering som tidsmessig samsvarer med det arbeidet som foretas med inntektsmodellen. De påpeker også at effekter av endringer ISF-systemet må vurderes i forhold til abonnementet.

Kostnadskomponentene

- AHUS vil ha en utvikling av disse med fokus på utviklingstrekk, som økning andel innvandrere.
- OUS kommentarer at universitetsfunksjoner utover forskning ikke er hensyntatt i modellen. Dette gjelder særlig i forhold til undervisning av medisinerstudenter.

- SØHF påpeker at reiseavstandskompensasjon innen TSB og psykisk helsevern er svakt begrunnet og dokumentert, og at utfordringen kun gjelder en liten andel av befolkningen.
- SØHF påpeker at det er gjort endringer i ISF-systemet som gjør at innleggelses nå gir høyere vekter enn en tilsvarende prosedyre utført ved dagkirurgi. Dette gjør at avstandskompensasjonen innen ISF må vurderes på nytt, da argumentasjonen var høyere kostnad, som ikke kompenseres i de variable inntektene.
- SØHF kommenterer at ikke-vestlig innvandrere er underrepresentert innen TSB, og derfor ikke bør inkluderes i kostnadskompensasjonene.
- SØHF kommenterer at forholdet mellom kostnads- og behovskomponenter bør låses.
- SSHF ber om at det jobbes videre med om, og eventuelt defineres hvordan, vekst i kostnadskomponenten skal begrenses.
- VVHF mener at kostnadskomponentenes andel av fordelte midler bør låses.

Behovskomponenten i psykisk helsevern og rus

- OUS påpeker behov for å jobbe med analyser for å kunne tallfeste storbykriteriet på en bedre måte.
- Psykiatrien i Vestfold HF (PIVHF) kommenterer at det skjønn som er utøvd i forhold til behovskomponentene for psykisk helsevern og TSB ikke gir tilstrekkelig omfordeling til å nå målet ut utbygging av likeverdige tjenester til alle.
- SIHF mener at storby-kriteriet er for høyt innvektet i begge behovskomponentene og at det må gjøres utviklingsarbeid for på et bedre grunnlag kunne fastsette disse vektene. Det er tatt inn at kriteriet synes legitimt også i modellen for psykisk helsevern. SIHF konkretiserer at nivået fra analysene innen TSB kan benyttes (mellom 1,3 og 2%) og at i underkant av 4% innen psykisk helsevern synes rimelig.
- SØHF påpeker at det fortsatt hefter stor usikkerhet rundt begge behovskomponentene.
- SSHF påpeker at det ikke er jobbet tilstrekkelig med grunnlaget for å kunne konkretisere og begrunne vektingen av storby-kriteriet, særlig i forhold til modellen for psykisk helsevern. SSHF påpeker at de innenfor både psykisk helsevern og TSB ville hatt et predikert "behov" over gjennomsnittet av befolkningen i Helse Sør-Øst, og at utformingen av behovskomponentene i stedet gjør at dette faller til under gjennomsnittet. Særlig at mange levekårsundersøkelser peker på dårlige vilkår i Agder.

- VVHF vil ha lavere innvekting av storbykriteriet, og konkretiserer at nivået fra analysene innen TSB kan benyttes (mellom 1,3 % og 2 %) og at i underkant av 4 % innen psykisk helsevern synes rimelig.

Kapital

- AHUS kommenterer at større byggeprosjekter må kunne håndteres utenfor modellen, og at denne håndteringen må gjøres mer forutsigbar.
- SIHF, SSHF SØHF støtter fordeling av kapital i modellene. SØHF påpeker at det er viktig at også disse modellene og endringene i satsene revideres når vektorer og logikk endres i ISF-systemet.

Inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger

- SIHF ønsker at denne inntekten kommer til fordeling etter modellene.
- SIVHF ønsker at det legges til grunn en modell som ” gjør at konsekvensene på kort sikt blir så små som mulig for HF-ene.”
- SSHF støtter at dette ikke implementeres i fordeling etter inntektsmodellene.
- VVHF mener at disse inntektene også må inngå i fordeling på bakgrunn av modeller.

Implementering

- AHUS mener RHF-et må ta ansvar for å være tydelig på ressursfordelingen mellom tjenesteområdene.
- AHUS støtter full implementering med skjevfordeling. Omfanget av skjevfordeling og plan for nedtrapping må være tydelig.
- OUS mener at omfordelingene må vente til modellene er mer utviklet og bekreftet, og de prioriterte omstillingene er klarlagt og finansiert
- OUS ønsker en tydelighet rundt fordeling pr tjenesteområde.
- PIVHF kommenterer at det er uheldig å forskyve implementering i forhold til tidligere forutsatt implementeringstakt.

- SIHF ser full implementering som beste løsning, men mener også at innfasing innen somatikk skal fullføres og at det ikke skal kunne benyttes til argumentasjon for skjevfordeling.
- SØHF mener at implementering bør fortsette som forutsatt.
- SSHF mener at det må gjøres en full implementering, og at skjevheter i "finansieringen" av omstillingsutfordringen i Oslo må fordeles jevnere enn i dag på øvrige sykehusområder, og at implementeringen for øvrig må gjøres raskt som mulig.
- VVHF gir støtte full implementering, men poengterer at det må jobbes videre med modellen, særlig TSB, før modellene gis full økonomisk effekt.
- DHS/LDS mener at omfordelingene må vente til modellene er mer utviklet og bekreftet, og de prioriterte omstillingene er klarlagt og finansiert.