



HelseVest RHF
Postboks 303, Forus
4066 STAVANGER

Vår ref:

Deres ref:

Dato: 15.11.05

Felles høringsuttalelse fra

**Haraldsplass Diakonale Sykehus,
Haugesund Sanitetsforenings Reumatisesykehus,
Solli Sykehus,
Hospitalet Betanien,
NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus,
Voss DPS, NKS Bjørkeli,
Jæren DPS**

i forbindelse med rapporten "Inntektssystem for helseforetakene i HelseVest".

De private ideelle ønsker å kommentere følgende forhold:

- Formålet
- Modellens hovedprinsipper
- De private ideelle som en del av modellen
- Konkrete svakheter i modellen

Formålet

Arbeidsgruppen har hatt følgende målsetning:

Utvikle og implementere et internt finansieringssystem for HelseVest. Målet er at systemet skal være transparent, oppleves rettferdig, belønner god kvalitet, effektiv drift og omstillingsevne.

De private ideelle stiller seg klart bak målsetningen om at det skal være sammenheng mellom tilskudd og oppdraget.

Modellen slik den fremkommer i dag fordeler basistilskudd i forhold til de geografiske områdene de enkelte helseforetakene representerer. Modellen gir imidlertid ingen klare objektive kriterier for fordelingen videre til de private ideelle. Vi ønsker at det arbeides aktivt med kriterier som gjør det mulig også å fordele midler direkte til de private ideelle.

Det vises her også til rapporten side 8 som sier:

Prosjektgruppen legger derfor til grunn at Helse Vest RHF arbeider videre med finansieringsordninger overfor HDS (og andre private ideelle sykehus i Helse Vest) som sikrer disse et finansielt grunnlag for driften på kort og lang sikt.

Modellens hovedprinsipper

I rapporten heter det:

"Prosjektgruppen har valgt å løse sin hovedoppgave med å foreslå en finansieringsmodell som bygger på to hovedprinsipper. Det første hovedprinsippet er at helseforetakene i Helse Vest får tildelt ulike opptaksområder. Det vil si at hvert helseforetak får et hovedansvar for å sikre at

befolkningen i et tildelt opptaksområde får et tilfredsstillende tilbud av spesialisthelsetjenester”...

”Det andre hovedprinsippet er at finansieringsmodellen skal sette helseforetakene i stand til å gi sin befolkning et likt tilbud av spesialisthelsetjenester av god kvalitet.”

De private ideelle er av den oppfatning at hovedprinsippene kan være i konflikt med deler av målsetningen bak inntektsfordelingsarbeidet. En alternativ modell kunne kanalisert midler til helseforetakene eller private ideelle etter kvalitet og effektivitet. På den måten kunne HelseVest fått bedre og mer helsetjenester for de begrensede ressursene som stilles til rådighet. En slik modell vil også være i tråd med HelseVest sitt sørge for ansvar.

Vi vil gjerne poengtere at modellvalget ikke må svekke HelseVest RHF sitt aktive sørge for ansvar i regionen.

De private ideelle som en del av modellen

Modellen bygger i stor grad på fordeling av midler etter demografiske forhold. De private ideelle har derfor forståelse for at det i en slik modell vil være vanskelig å isolere deler av tilbudet fordi det leveres av andre aktører enn helseforetakene.

De private ideelle har i samsvar med politiske styringssignaler direkte avtaler med HelseVest. Dette er ikke synliggjort i modellen. Det forutsettes at modellen ikke får konsekvenser for relasjonen mellom de private ideelle og HelseVest.

Det interne gjestepasientoppgjøret i regionen

Flere av de private ideelle helseinstitusjonene tar pasienter fra hele regionen. Dette gjelder både psykiatrien og somatikken. Rapporten foreslår at det kompenseres mellom helseforetaksområdene for både somatikk og psykiatri.

De private ideelle må også bli kompensert for den merbelastning pasienter fra andre helseforetaksområder påfører driften.

Konkrete svakheter i modellen

Modellen baserer seg i stor grad på regresjonsanalyser kjørt på et datamateriale fra hele landet. De private ideelle er urolig for at dette kan tildekke spesielle lokale forhold som det er verd å ta hensyn til. Spesielt er vi bekymret for strukturtilskuddet. På den ene siden ser vi at dette tilskuddet kanskje ikke i tilstrekkelig grad kompenserer helseforetak i områder med store avstander og lang reisetid (for eksempel HelseFørde). På den annen side er vi skeptisk til at det automatisk gis tilskudd dersom det er flere enn 1 akuttmottak innenfor et helseforetak. I relasjonen mellom HelseBergen og Haraldsplass ser vi modellen gir større strukturtilskudd til HelseBergen dersom det regnes med 2 akuttmottak på de to sykehusene. Modellen vil derfor feilaktig kunne gi det inntrykk at sammenslåing av de to akuttmottakene automatisk vil gi reduserte kostnader. De private ideelle mener at det ikke er grunnlag for en slik påstand. Vår påstand er at det på grunn av HUS størrelse og kompleksitet fort kan bli slik at kostnadene øker ved sammenslåing.

For de private ideelle

Eivind Hansen, adm dir Haraldsplass Diakonale Sykehus