

DRG-Forum 9-10 mars



Helsedirektoratet

**Finansieringsordningene i dag og i
fremtiden- hvilke insentiver skal de gi?**

Bjørn-Inge Larsen, Helsedirektør

Innhold

- Formålet med ISF-ordningen
- Kort historikk
- Fremtidens utfordringer
- Fremtidens finansieringsordning?

Formålet med ISF-ordningen

- **1997:** Redusere ventetider og antall ventende og samtidig øke effektiviteten.
- **2010:** Understøtte “sørge for” ansvaret til RHF. Bidra til oppfyllelse av **aktivitetsmål** på en effektiv måte.
- **Formålet er ikke å være styrende for prioriteringer**
 - med hensyn til hvilke pasienter som tilbys helsehjelp og hvilken type helsehjelp som velges.

Utfordringer med dagens ordning



Det ble påvist feil i koding av pasientdiagnoser ved Sykehuset Sorlandet. Sykehuset måtte tilbaketreffe flere millioner kroner.

6 NYHETER

Aftenposten
torsdag 18. februar 2010

Pengestrømmen

Juli 1997 ble det innført inn-sassyt finansiering (DPS) av norske sykehus. Sykehusene får penger gjennom løstselvbetaling på utvalgte pasienter og gjennom DPS.

Det innebærer at hver eneste helseoglege, biologi og behandling (medisinsk) er en kostnad som dekkes av pasientene.

Diagnoser og prosedyrer er kodet i ICD-10 og ICD-9. ICD-9 er den gamle diagnosekoden som brukes i mange land. ICD-10 er den nye kodingen som brukes i Norge.

Aftenposten fortalte

«Vi ser ikke noen saklig grunnlag for at sykehusene skal bruke et datasystem som har en sånn funksjon».

Helse direktør
Bjørn Inge Lærum

Frykter diagnosetriksing

Datasystem kan ha motivert sykehus til å øke inntjeningen

Minst fem sykehus bruker et datasystem som enkelt viser hvordan de kan få mer penger av staten for hver pasient.

JUNE WESTERVELD
Bjørn Inge Lærum

«Det høres nærmest ut som et system som har som formål å vite om hvordan man kan gjøre flere diagnoser for å få høyest mulig inntjening. Vi ser ikke noen saklig grunnlag for at sykehusene skal bruke et datasystem som har en slik funksjon, sier helse direktør Bjørn Inge Lærum. Han ble fortro utvalgte sår over at flere av landets sykehus bruker et datasystem som viser dem økonomisk gevinst ved å endre på kodingen av pasientdiagnoser.

Helse direktoratet de foretatte ikke har noen grunnlag for å mene at det som sykehusene for å ha brukt systemet for å øke inntjening.

Helse direktoratet setter nå i gang en gjennomgang av de fem sykehusene i tillegg til noen flere, for å se om de har gjort noe som kan være problematisk. Men de utvalgte sykehusene har skjedd hos dem.

Økonomidirektør ved Sorlandet sykehus, Per Quarmstrøm, kalte det «en bløff» av systemet» refererte til de dataene som brukes på legenes PC-skjermer når de koder diagnoser.

«Kan du fortelle systemet er problematisk?»

«Ja, det har jeg foreslått ut fra en rekke tekniske og økonomiske problemer».

«Hvorfor har dere de funksjonene?»

8 NYHETER

Aftenposten
fredag 19. februar 2010

Forskrevet over sykehusenes datasystem

Det er beviset på at økonomi har fått for stor plass i norske sykehus, sier flere politikere. De vil revurdere hele stykkprisfinansieringen.

JUNE WESTERVELD

«Jeg er forskrekket over at man i det hele tatt tillater slike systemer i norske sykehus, sier

partileder Dagfinn Høybråten i KrF. Han mener gårdsdagens avsløring av at flere sykehus bruker et datasystem som viser hvor mye de tjener på å endre rekkefølge på pasientenes diagnoser, er svært urovekkende.

«Det mest alvorlige er at man drar et pengefordelings-system ned i den medisinske virksomheten, hvor det absolutt ikke hører hjemme».

Norske sykehus får 40 prosent av refusjonen fra staten på

bakgrunn av stykkprisfinansiering. Det vil si at de får betalt for hvor mange pasienter de behandler og hvilke diagnoser de stiller. Noen diagnoser gir bedre betalt enn andre, og hoveddiagnosen veler tyngst. Norge innførte stykkprisfinansiering i 1997. Nå mener Høybråten man bør revurdere hele finansieringsystemet.

Han får støtte av to av regjeringspartiene, som understreker at Regjeringen har planer

om å gjennomgå hele finansieringsystemet for sykehusene. Senterpartiets Kjersti Tjøppe er ikke overrasket over at sykehus bruker denne type systemer. «Det er en direkte konsekvens av at man har innført bedriftsøkonomiske prinsipper i styringen av spesialisthelsetjenesten. Jeg mener vi må bort fra stykkprisfinansieringssystemet».

Informasjonen avgjør hvor mye sykehusene får refundert, bl.a. avhengig av hvilke rekkefølge diagnoser de registrerer.

Dette er saken

Aftenposten fortalte i går at minst fem sykehus bruker et datasystem som enkelt viser hvordan de kan få mer penger av staten for hver pasient.

Sykehusene rapporterer pasienters diagnoser til Norsk Pasientregister. Informasjonen avgjør hvor mye sykehusene får refundert, bl.a. avhengig av hvilke rekkefølge diagnoser de registrerer.

Aftenposten fortalte

”Det mest alvorlige er at man drar et pengefordelings-system ned i den medisinske virksomheten, hvor det absolutt ikke hører hjemme” (Dagfinn Høybråten)

Vedgår problematisk system

Sykehusene på Sorlandet og i Nord-Norge innrømmer at datasystemet kan misbrukes. Men de utvalgte sykehusene har skjedd hos dem.

Økonomidirektør ved Sorlandet sykehus, Per Quarmstrøm, kalte det «en bløff» av systemet» refererte til de dataene som brukes på legenes PC-skjermer når de koder diagnoser.

«Kan du fortelle systemet er problematisk?»

«Ja, det har jeg foreslått ut fra en rekke tekniske og økonomiske problemer».

«Hvorfor har dere de funksjonene?»

«Denne funksjonen kommer som del av en pakke. Det er ikke noe man kan rykke ut eller slippe».

«Leverandøren har utviklet funksjonen sett opp for foretaket fra sykehusene og sier funksjonen enkelt kan fjernes».

«Det har aldri vært noen diskusjon rundt dette. Dette har vært gjort på et rent administrativt nivå, ikke økonomisk nivå».

«Fagdirektøren ved Helse Nord Jan Norman sier at alle sykehusene i Nord-Norge bruker verktøyet i forbindelse med å kode pasienter og hvor mye sykehusene tjener på de diagnoser de stiller».

«En annen årsak er at stadiet er teknisk koding. Vi har et stadi

«I 2007 fikk vi uttrykket en av funksjon som kunne vise en diagnoseoppsett og diagnosekode for lovlig og bilagene er byttet om. Dette fra nasjonalen har det vært foreslådd, da, for å forklare administrerende direktør i DPS, Tor Arne Våge».

«Hvorfor ville sykehusene ta denne funksjonen? Det er svært fokus i sykehusene på å øke inntjening og inntekt. Men det er vanskelig for meg å vite hva motivasjonen til sykehusene har vært. Jeg foreslår hvorfor Helse direktoratet synes dette er uheldig, det er ikke noe problem for oss å fjerne funksjonen».

«I 2007 fikk vi uttrykket en av funksjon som kunne vise en diagnoseoppsett og diagnosekode for lovlig og bilagene er byttet om. Dette fra nasjonalen har det vært foreslådd, da, for å forklare administrerende direktør i DPS, Tor Arne Våge».

«Hvorfor ville sykehusene ta denne funksjonen? Det er svært fokus i sykehusene på å øke inntjening og inntekt. Men det er vanskelig for meg å vite hva motivasjonen til sykehusene har vært. Jeg foreslår hvorfor Helse direktoratet synes dette er uheldig, det er ikke noe problem for oss å fjerne funksjonen».

«I 2007 fikk vi uttrykket en av funksjon som kunne vise en diagnoseoppsett og diagnosekode for lovlig og bilagene er byttet om. Dette fra nasjonalen har det vært foreslådd, da, for å forklare administrerende direktør i DPS, Tor Arne Våge».

«Hvorfor ville sykehusene ta denne funksjonen? Det er svært fokus i sykehusene på å øke inntjening og inntekt. Men det er vanskelig for meg å vite hva motivasjonen til sykehusene har vært. Jeg foreslår hvorfor Helse direktoratet synes dette er uheldig, det er ikke noe problem for oss å fjerne funksjonen».

«I 2007 fikk vi uttrykket en av funksjon som kunne vise en diagnoseoppsett og diagnosekode for lovlig og bilagene er byttet om. Dette fra nasjonalen har det vært foreslådd, da, for å forklare administrerende direktør i DPS, Tor Arne Våge».

«Hvorfor ville sykehusene ta denne funksjonen? Det er svært fokus i sykehusene på å øke inntjening og inntekt. Men det er vanskelig for meg å vite hva motivasjonen til sykehusene har vært. Jeg foreslår hvorfor Helse direktoratet synes dette er uheldig, det er ikke noe problem for oss å fjerne funksjonen».

Utfordringer med dagens ordning

- **Feilinformasjon om hovedtilstand i NPR?**
 - Det finnes dataprogram som enkelt synliggjør konsekvenser av alternative valg av hovedtilstand ved å bytte koder
- **Regelverket er klart**
 - *Hovedtilstanden er den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for under oppholdet eller konsultasjonen.*

Historikk (1)

I en tid man ønsket ...

.. økte investeringer i sykehus og økt aktivitet



• insitament til økte investeringer og aktivitet



Kurpengefinansiering

...reduert kostnadsvekst



• insitament til lavere vekst i investeringer og aktivitet

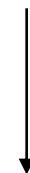


Rammefinansiering

...å redusere ventelister og samtidig øke effektiviteten



• Insitament til økt aktivitet og effektivitet



Innsatsstyrt finansiering (ISF)

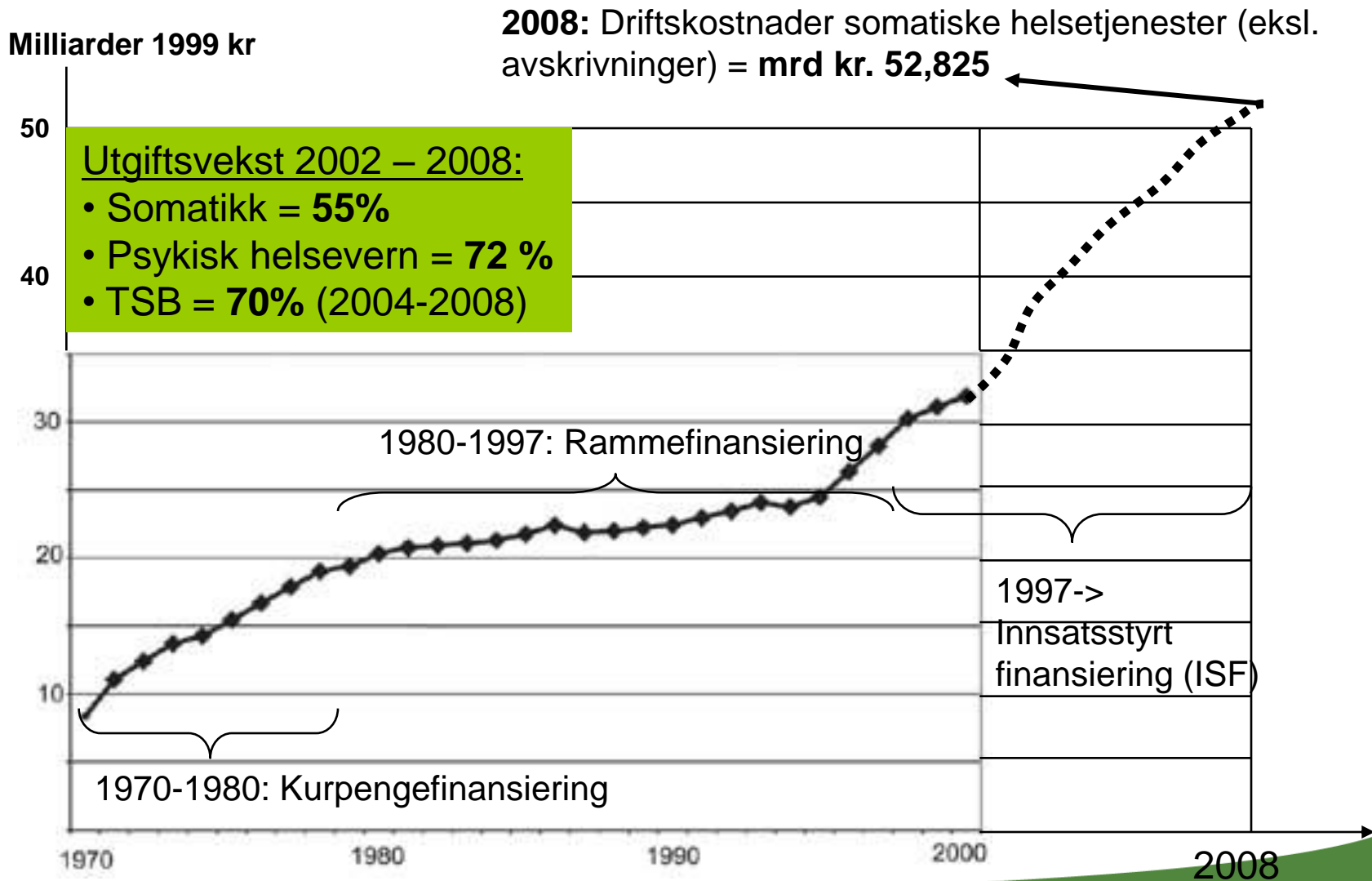
1970

1980

1997



Historikk (2): Veksten i driftsutgiftene over tid



Kilder:

Sintef Unimed 2002, NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. 1970-2000 (1999 kr)
SSB. Nøkkeltall Regnskap. Somatisk spesialisthelsetjeneste (uten avskrivninger) 2000-2008. (justert til 1999 kr)

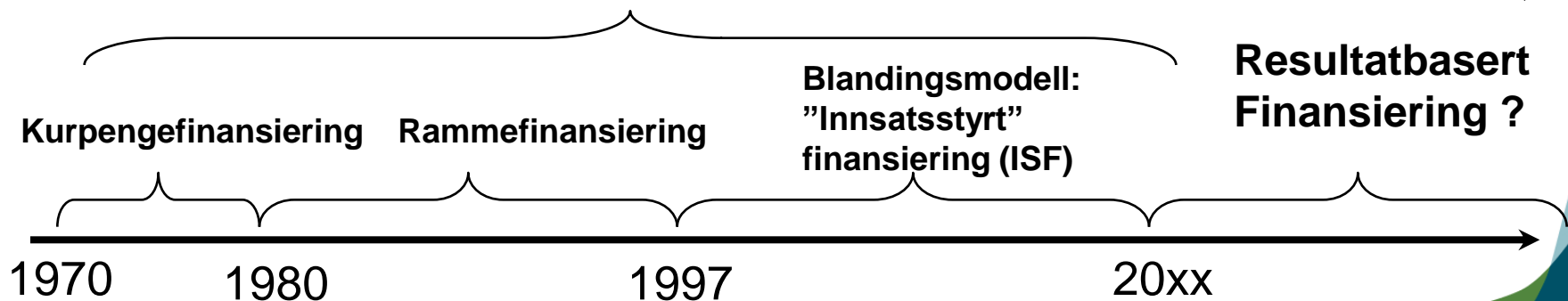
Fremtidens utfordringer

- Befolkningsutviklingen. Aldersbæreevnen.
- Flere demente, kronisk syke.
- Fallende petroleumsinntekter.

Fremtidens finansieringsordning

Finansielle insentiver som virkemiddel for bedre "kvalitet"?

Kvalitet ivaretas av ikke-finansielle insentiver:
Tilsyn, lovverk, yrkesetiske retningslinjer og faglige retningslinjer



Hvordan kan kvalitet operasjonaliseres til finansieringsformål?

1. Virkningsfulle tiltak
2. Trygge og sikre tjenester
3. Involvere brukere og gi dem innflytelse
4. God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet
5. God ressursutnyttelse
6. Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

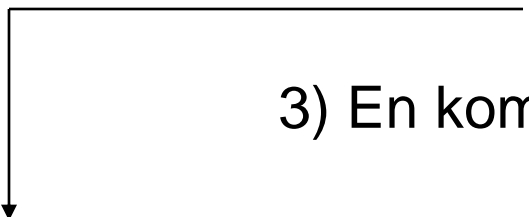
Resultatbasert finansiering og incentiver

De finansielle incentivene kan ta form av:

1) "Gulrot"

2) "Pisk"

3) En kombinasjon av begge



Mulig eksempel: Avkortet finansiering ved "never events" slik som f.eks forebyggbare sykehusinfeksjoner, alvorlige liggesår og uønskede hendelser ved barnefødsler.

Resultatbasert
Finansiering ?

20xx



Resultatbasert finansiering – virker det?

- Evidensbasen er av flere vurdert som svak (Blant annet Kunnskapssenteret, 2008)
- Det vi vet er at *”man blir bedre på det man måles på”*. Men er det tilstrekkelig?
- Det vil som med ISF-ordningen være en risiko for manipulasjon av data, feilregistrering, pasientseleksjon og vridningseffekter.

**Resultatbasert
Finansiering ?**

20xx



Resultatbasert finansiering i helsesektoren – risikofaktorer

- De finansielle insentivene og motivasjonen ”tar overhånd” på bekostning av den ikke-finansielle motivasjonen til helsepersonellet
 - jfr. helsepersonellets ”indre motivasjon” – eller altruisme (Le Grand 2003. ”Knights and Knaves”)
- Viktig å avpasse styrken på de finansielle insentivene, og kombinere finansieringen med andre styringsmekanismer

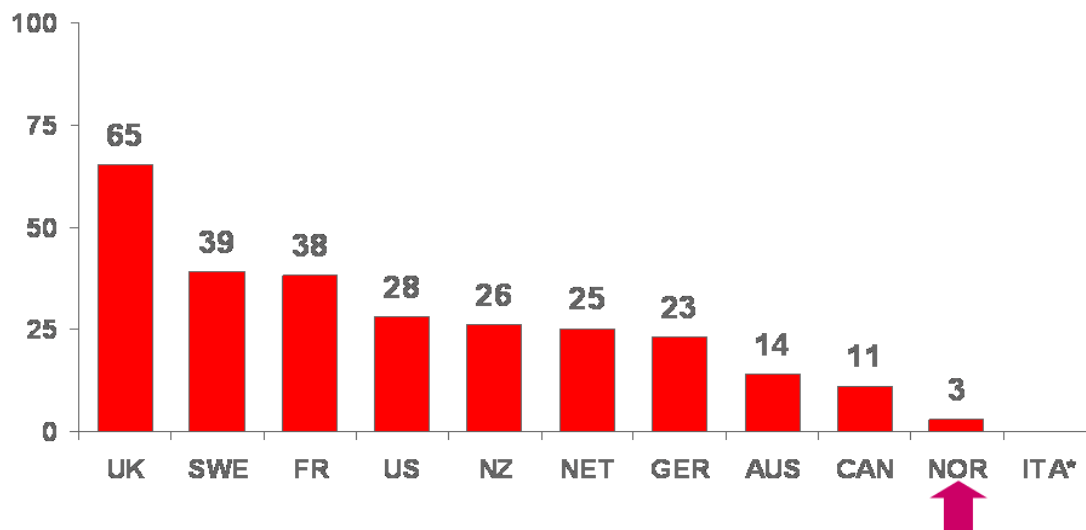
**Resultatbasert
Finansiering ?**

20xx

Kvaliteten i allmennlegetjenesten (4)

- **Allmennlegetjenesten:** Vi vet svært lite om kvaliteten på tjenestene i allmennlegetjenesten i dag (Bukholm 2010).

Doctor Routinely Receives Data Comparing Practices' Clinical Performance to Other Practices

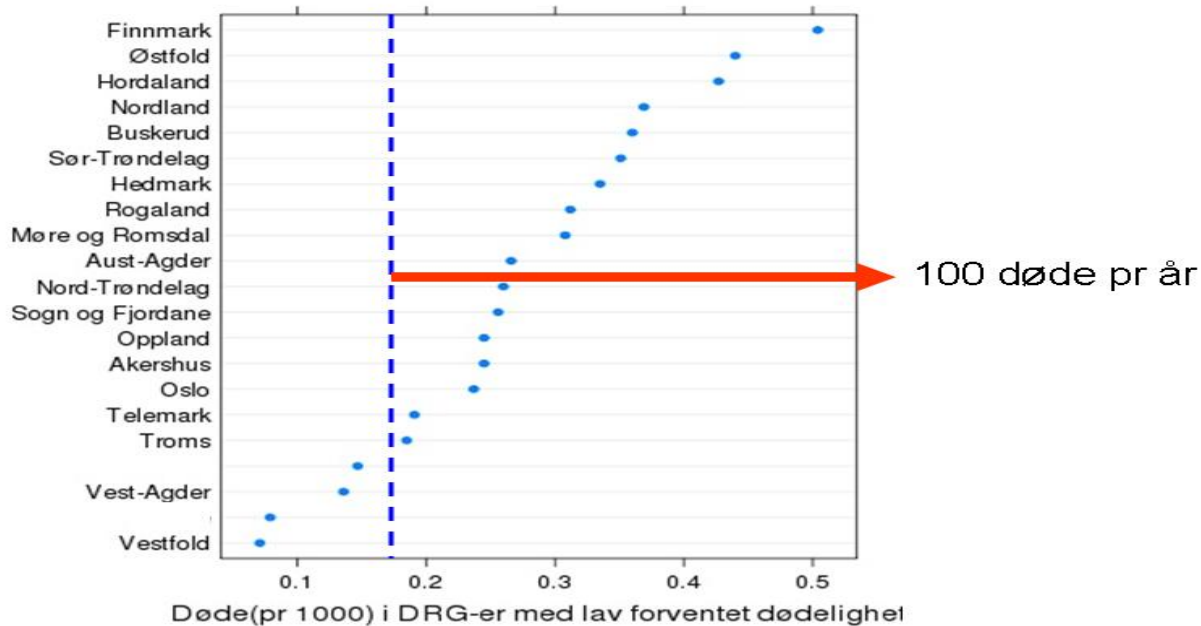


Source: The Commonwealth Fund 2009 International Health Policy Survey of Primary Care Doctors in Eleven Countries

Kvaliteten i spesialisthelsetjenesten

- **Spesialisthelsetjenesten:** Vi vet lite om kvaliteten, men vi vet at det er store variasjoner i for eksempel dødelighet i DRG-er med lav forventet dødelighet (Bukholm 2010)

Overdødelighet i forhold til laveste kvartil



Oppsummering og konklusjon

- Alle finansieringsordninger gir incentiver, og kan ha uønskede virkninger
- Historisk sett har incentivene vært innrettet for å nå gjeldene utfordringer for helsetjenesten



Fremtidens utfordringer og resultatbasert finansiering:

- Veier positive virkninger opp for mulige negative virkninger / uønskede effekter ?
- Behov for mer kunnskap!

