

15-1479 RAPPORT

Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten

En vurdering og aktuelle tiltak

Hefkets tittel: Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten.
En vurdering og aktuelle tiltak

Utgitt: 07/2007

Bestillingsnummer: IS-1479

ISBN-nr. 978-82-8081-092-2

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Divisjon Helseøkonomi og finansiering
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling.
Oppgi bestillingsnummer:
IS-1479

Forfattere: Sosial- og helsedirektoratet

Forord

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ba i februar i år Sosial- og helsedirektoratet om å foreta en gjennomgang av systemet med innsatsstyrt finansiering (ISF).

Oppdraget har reist mange utfordrende og interessante problemstillinger. Kontakten med regionale helseforetak, berørte organisasjoner, samt en egen spørreundersøkelse til ledere i helseforetak, har avdekket at det er flere gjenstående utfordringer i finansierings-systemet.

Målstrukturen og virkemiddelbruken i helsetjenesten er kompleks og til dels konfliktfylt. I den foreliggende rapporten har Sosial- og helsedirektoratet i tillegg til å utrede de forhold ved finansieringsordningen som er vektlagt i oppdraget, også vurdert finansierings-systemets rekkevidde og begrensinger generelt. Sosial- og helsedirektoratet konkluderer med å anbefale flere forbedringstiltak.

De hovedtrekk ved finansieringsordning som er etablert ved politiske vedtak har ikke vært gjenstand for en vurdering. Sosial- og helsedirektoratet mener at utfordringene lar seg håndtere innenfor det gjeldende systemet.

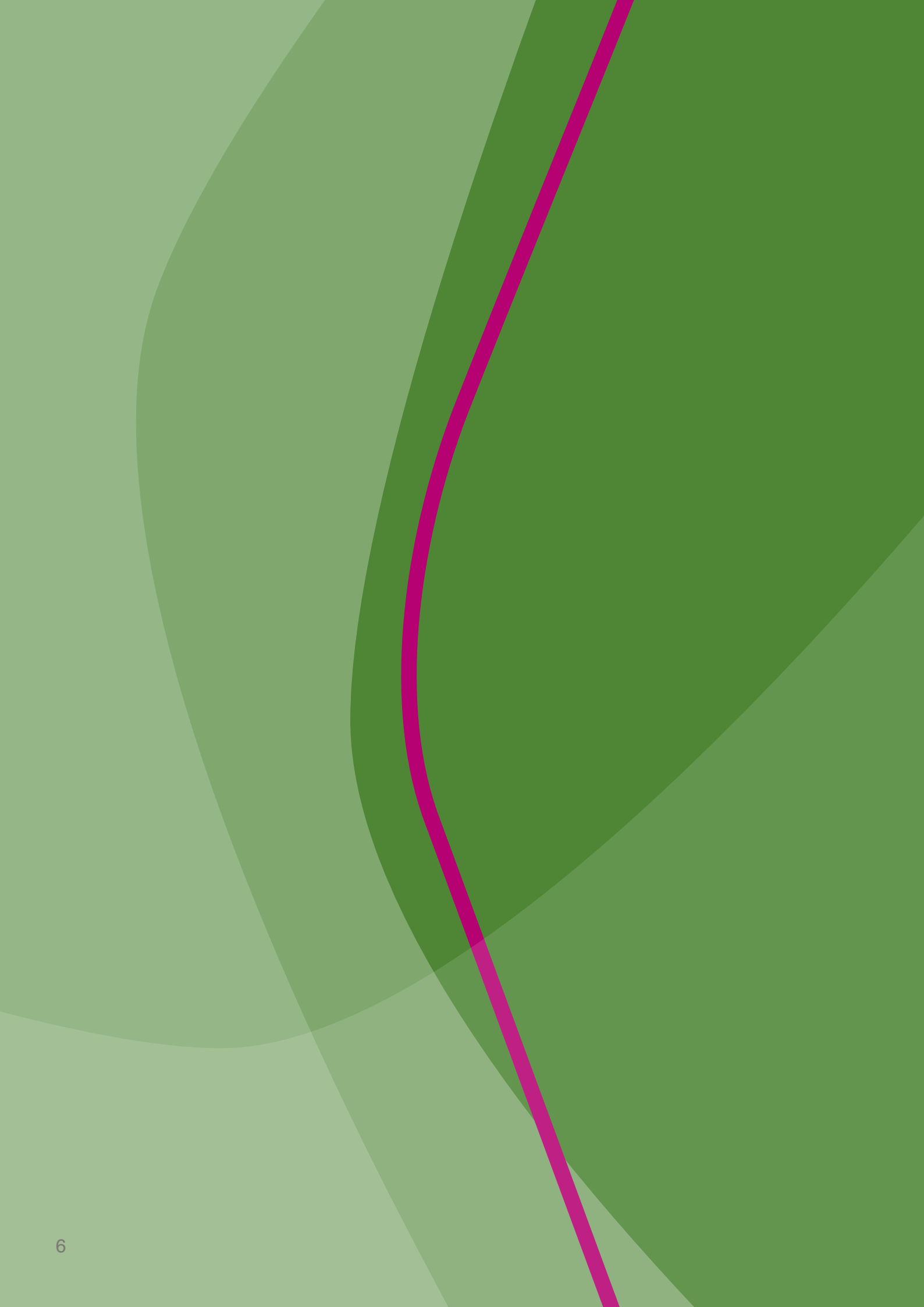
Sosial- og helsedirektoratet, juli 2007

Bjørn-Inge Larsen,
direktør

Innhold

Forord	3
1 Innledning	7
1.1 Om oppdraget	7
1.2 Kildegrunnlag og arbeidsmetoder	7
1.3 Avgrensning og forståelse av oppdraget	8
1.4 Finansiering som virkemiddel	8
2 Finansieringen av spesialisthelsetjenesten	11
2.1 Hovedtrekk ved finansieringen	11
2.2 Aktivitetsbasert finansiering fra staten til RHF nivået	12
2.3 Finansieringen fra RHF til utførende virksomheter	13
2.4 DRG-systemet	14
2.5 Oppdatering av DRG-systemet	15
3 Erfaringer med ISF-ordningen	17
3.1 Mangler ved systemet	17
3.2 Systemets virkemåte	18
3.3 ISF-ordningen i et ledelsesmessig perspektiv	20
4 Utgiftskontroll	21
4.1 Aktivitetsutviklingen	21
4.2 Kostnadsutviklingen	22
4.3 Utviklingen i samlede utgifter	23
4.4 Utgiftsvekst i forhold til budsjett	24
4.5 Direktoratets vurdering	25
5 Vridningseffekter	27
5.1 Prioritering mellom sektorer og oppgaver	27
5.2 Prioritering mellom pasientgrupper	28
5.3 Direktoratets vurdering	30
6 Gode pasientforløp og samhandling	31
6.1 Pasientforløp og etablerte myndighetskrav	31

6.2	Utviklingstrekk i liggetid	32
6.3	Overflyttinger og oppstyking av pasientforløp	33
6.4	Samhandling mellom tjenestenivåene	34
6.4.1	Ambulante team	35
6.4.2	Telemedisin	36
6.4.3	Distriktsmedisinske sentre	37
7	Eldre med sammensatte lidelser	39
7.1	Kjennetegn ved Eldres sykehusforbruk	39
7.2	DRG-systemet og eldre	40
7.3	Samhandling og eldre	42
7.4	Direktoratets vurdering	43
8	Igangsatt tiltak	45
8.1	Utviklingsarbeid innen for ISF-ordningen	45
8.2	Utvidelse av ISF-ordningen til nye områder	46
8.3	Kostnad per pasient data (KPP)	47
9	Samlede vurderinger og forslag til tiltak	49
9.1	Tydliggjøring av mål	50
9.2	Bedre utgiftskontroll	51
9.3	Bedre oppdatering av ISF-ordningen	53
9.4	Vridningseffekter	54
9.5	Gode pasientforløp	55
9.6	Bedre samhandling	55
9.6.1	Stimulering av partnerskapsutvikling kommuner-foretak	56
9.6.2	Ambulante tjenester	57
9.6.3	Telemedisin	57
9.6.4	Finansiering av private aktører	58
9.7	Igangsatt tiltak	58
9.8	Økonomiske og administrative konsekvenser	58
10	Kilder	59



1. Innledning

1.1 Om oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet ba i februar 2007 Sosial- og helsedirektoratet om å foreta en gjennomgang av systemet med innsatsstyrt finansiering. Oppdraget ble i brev fra departementet av 21. februar skissert som følger:

"Helse- og omsorgsdepartementet ber Sosial- og helsedirektoratet gjennomgå aktivitetsbasert finansiering med sikte på bedre utgiftskontroll og hvordan unngå uhensiktsmessige vridninger mellom somatikk og bl.a. psykisk helsevern og rus og eventuelt mellom ulike grupper innenfor somatisk virksomhet. Sosial- og helsedirektoratet skal i denne forbindelse analysere i hvilken grad DRG-systemet understøtter god tverrfaglig praksis for eldre med sammensatte lidelser.

Sosial- og helsedirektoratet skal videre gjennomgå aktivitetsbasert finansiering med sikte på å legge til rette for bedre pasientforløp, herunder finansieringssystemets håndtering av overflytting mellom institusjoner i spesialisthelsetjenesten, og foreslå eventuelle tiltak på finansieringsområdet som kan forbedre pasientforløpet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, for eksempel ambulante team".

1.2 Kildegrunnlag og arbeidsmetoder

Sosial- og helsedirektoratet har hatt forholdsvis kort tid på å gjennomføre oppdraget. Direktoratet har derfor lagt til grunn at arbeidet skal bygges på erfaringer som er gjort i den tid ordningen har vært praktisert, og på tidligere analyser og evalueringer.

Oppdraget er utført i Sosial- og helsedirektoratet. Det er avholdt møter og innhentet synspunkt fra de regionale helseforetak, KS, Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon. Organisasjonene har kommet med viktige erfaringstilbakemeldinger og innspill. Sosial- og helsedirektoratet står ansvarlig for alle vurderinger og konklusjoner i rapporten.

1.3

Avgrensning og forståelse av oppdraget

Det er lagt til grunn at Stortingets forutsetninger ved behandlingen av St.meld. nr 5 (2003-2004) gjelder, i den betydning at det ikke er selve prinsippet om innsatsstyrt finansiering som skal evalueres, men de utvalgte trekk ved ordningen som er særlig nevnt i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Direktoratet har valgt å avgrense utredning og vurdering av ISF til ordlyden i oppdraget. Det vil dermed være enkelte sider ved DRG og ISF-systemet som ikke tas opp i denne rapporten. I et samhandlings- og integreringsperspektiv er det gjort en vurdering av finansieringssystemet for private aktører og foreslått at det arbeides videre med en omlegging.

1.4

Finansiering som virkemiddel

I den offentlige debatt har det ofte fremkommet utsagn som tillegger finansieringsordningene stor betydning når det gjelder å nå ulike mål for spesialisthelsetjenesten. Det har vært viktig for Sosial- og helsedirektoratet som fagorgan på feltet å bidra til å klargjøre i hvilken grad finansieringssystemet kan være et egnet virkemiddel for å nå ulike målsetninger.

Selv om det må legges til grunn at økonomiske insentiver er effektive virkemidler er det direktoratets vurdering at gode faglige løsninger må fremmes ved hjelp av andre styringsverktøy, bl.a. ledelse og organisering, klare ansvarlinjer og riktige faglige prioriteringer. Det innebærer ikke en redusert ambisjon på disse målene isolert sett. Det er snarere en erkjennelse av at ett virkemiddel alene ikke kan bidra direkte til måloppnåelse på alle områder.

Dette gjør det selvsagt ikke mindre viktig å se på hvordan mål for samhandling og kvalitet oppfylles i dagens helsetjeneste, også med utgangspunkt i finansieringsordningene. Dersom grunnleggende målsetninger om tjenestenes innhold ikke er oppfylt, kan det nettopp ha sin årsak i at finansieringsordningene oppfattes som et hinder for dette.

Sosial- og helsedirektoratet legger stor vekt på å at ISF-ordningen bare i begrenset grad er egnet som finansieringssystem på alle styringsnivå. Men vi erkjenner at aktører på ulike nivåer i helsetjenesten kan ha forskjellig oppfatning av hvordan finansieringsordningene faktisk virker og hvordan de bør virke.

Problemstillingene i oppdraget fra departementet er komplekse. På flere punkter har det kun vært mulig å signalisere retningen på videre arbeid, uten at analysene og konklusjonene er fullført. Det vil være behov for ytterligere utrednings- og utviklingsarbeid på flere områder. Finansieringsordningene er komplekse og fragmenterte. Mål og styringsvirkemidler må tilpasses i henhold til samfunnsmessige og faglige utviklingstrekk. Det er naturlig at finansieringsordningene er under kontinuerlig overvåkning og vurdering.



2. Finansieringen av spesialisthelsetjenesten

2.1

Hovedtrekk ved finansieringen

De regionale helseforetakene (RHF) har det helhetlige ansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning. Dette omtales som "sørge for ansvaret" og skal realiseres gjennom de helse-tjenester som leveres av de helseforetakene RHFet selv eier eller de private virksomheter som RHFet har inngått avtale med.

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte "sørge for"-ansvaret til de regionale helseforetak. Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. I tillegg avtales kjøp og salg av tjenester mellom de regionale helseforetakene. I 2007 finansieres somatisk pasientbehandling med 60 prosent basisbevilgning og 40 prosent aktivitetsbasert bevilgning. Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes bl.a. av antall innbyggere i en region og dens alderssammensetning, og er uavhengig av produksjon av helsetjenester.

Gjennom den aktivitetsbaserte finansieringen, som ofte omtales som innsatsstyrt finansiering eller ISF-ordningen, gjøres deler av bevilgningen avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. Til grunn for beregningen av ISF-refusjonen ligger DRG-systemet, som er omtalt i kapittel 2.4. Finansieringen av poliklinikk, laboratorier og røntgen er aktivitetsbasert gjennom et takstsystem som inntil videre forvaltes av arbeids- og velferdsetaten.

Finansieringen av spesialisthelsetjenester foregår i flere trinn. Staten overfører penger til de regionale helseforetakene, som på sin side har et selvstendig ansvar for å benytte disse midlene til å finansiere egne helseforetak og private virksomheter i egen

helseregion i samsvar med "sørge for"-ansvaret. RHFene kan fastsette godtgjørelsen av de ulike leverandørene av helsetjenester, med høy frihetsgrad når det gjelder valg av modeller. Et slikt selvstendig finansieringsansvar for RHFene legger til rette for en fleksibel finansiering av de utførende enheter.

Fleksibiliteten gir RHFene mulighet til å tilpasse godtgjørelsen av helseforetak og private institusjoner til virksomhetenes faktiske kostnadsnivå. Kostnadsnivået kan variere betydelig mellom ulike virksomheter av mange grunner. For eksempel kan private institusjoner spesialisere seg på undergrupper av pasienter som avviker fra gjennomsnittet. Funksjonsfordeling innen en region kan videre medføre systematiske ulikheter i pasientsammensetningen ved de ulike helseforetakene. Da er det rimelig at finansieringen kan reflektere dette. Flexibiliteten legger også til rette for at RHF kan skreddersy finansieringen av utførende virksomheter i henhold til ønsket prioritering.

Staten overfører ISF-midler til RHFene med DRG-klassifisert aktivitet som utgangspunkt. ISF-refusjonen utgjør 40 prosent av hva det i gjennomsnitt koster å behandle pasienter som plasseres i samme DRG. Gjennom utbetalingen av ISF-refusjonen utjevnes ikke variasjoner i lokale behov og lokale kostnadsforhold.¹ En trinnvis finansieringsmodell med et selvstendig ansvar, legger til rette for at de regionale helseforetak eventuelt kan avvike fra den modellen som staten benytter for å kunne ivareta "sørge for ansvaret" på en treffsikker måte.

2.2

Aktivitetsbasert finansiering fra staten til RHF nivået

Formålet med en aktivitetsbasert finansieringsordning er ikke høyest mulig aktivitet men å stimulere til oppnåelse av de aktivitetsmål myndighetene setter på en effektiv måte. Dersom produksjonen av helsetjenester blir lavere enn forutsatte mål, får det økonomiske konsekvenser. RHFene mister inntekter. På den andre siden vil kostnadene ved økt aktivitet bare delvis kompenseres gjennom ISF-ordningen. En blandingsmodell skal legge til rette for styring og kontroll med det samlede aktivitetsnivået, samtidig som den skal være fleksibel nok til at sykehusene kan utnytte ledig kapasitet innenfor gitte rammer.

De aktivitetsbaserte tilskuddene skal sammen med basisbevilgningen legge grunnlaget for gjennomføring av de aktivitetsmål som staten fastsetter for et RHF. Det er ikke lagt opp til at den

¹ Gjennom fordelingen av basisbevilgningen utjevner staten variasjoner mellom regionene når det gjelder variasjoner i behov for spesialisthelsetjenester, og variasjoner i enhetskostnadene i spesialisthelsetjenesten.

aktivitetsbaserte finansieringen alene skal dekke alle kostnadene ved et sykehusopphold. Innenfor hver enkelt DRG kan det være forholdsvis stor variasjon i faktiske behandlingskostnader. ISF-refusjonen vil i noen tilfeller kunne dekke større deler av behandlingskostnaden og andre ganger langt mindre. Det vil dermed, innenfor en DRG, være økonomisk fordelaktig å behandle mindre ressurskrevende pasienter fremfor mer kostnadskrevede. Prioritering av pasienter ut fra slike lønnsomhetsvurderinger er i strid med intensjonen med ISF-ordningen. I kapittel 5 er det drøftet hvorvidt ISF medfører uheldige vridningseffekter.

ISF-refusjonen har ikke som siktemål å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingsaktivitet. Marginalkostnad er ikke en lett identifiserbar størrelse, og vil variere mellom sykehus, innad i sykehus og mellom behandlingsformer. Dersom ISF-refusjonen blir høyere enn marginalkostnadene, kan aktiviteten øke utover fastsatte mål samtidig som alle kostnader dekkes. I slike tilfelle vil den aktivitetsbaserte finansieringen ikke ivareta hensynet til prioriteringsnøytralitet. Da vil ISF-ordningen være unntatt ordinær budsjettmessig prioritering, og en eventuell økning i produksjon av helsetjenester vil måtte skje på bekostning av andre viktige pasientgrupper, for eksempel å sikre et godt behandlingstilbud til pasienter som ikke omfattes av ISF-ordningen.

En ISF-andel på 40 prosent ansees i gjennomsnitt å ligge under marginalkostnaden. Det kan ikke utelukkes at en ISF-refusjon på 40 prosent i noen få tilfeller dekker marginalkostnaden. Dersom dette styrer prioriteringen av hvilke pasienter som skal tilbys behandling, vil imidlertid det være i strid med intensjonen med ISF-ordningen.

2.3

Finansieringen fra RHF til utførende virksomheter

Midlene fra staten fordeles til RHF i henhold til vedtak truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Selv om dette styringsrammeverket stiller en rekke økonomiske krav til et RHF, inneholder det ikke bestemte regler for hvordan det enkelte RHF skal godtgjøre de utførende virksomheter. Det enkelte RHF har stor frihet i utformingen av finansieringen av både egneide helseforetak og private aktører. Spesielt viktig er det å understreke at det ikke trenger å være samsvar mellom de inntekter et foretak generer gjennom ISF-ordningen og den godtgjørelse de mottar for dette arbeidet.

Med private virksomheter er det i mange tilfeller inngått avtaler der

finansieringen samsvarer med virksomhetenes respektive kostnadsnivå. For de helseforetak som RHFet selv eier, er det fortsatt mest vanlig at de kompenseres i samsvar med inntektene pasientbehandlingen i helseforetaket genererer.

Samtlige RHF har egne inntektsmodeller som fordeler midler til de respektive helseforetak. Et fellestrekk ved disse modellene er at den satsen staten benytter som ISF-refusjon (40 prosent) i hovedsak videreføres til egne HF.

2.4 DRG-systemet

DRG (Diagnose Relaterte Grupper) er et pasientklassifiserings-system som gir en forenklet beskrivelse av sykehusenes aktivitet og pasientsammensetning, og danner også grunnlaget for finansiering. Hver enkelt DRG representerer både medisinsk og økonomisk informasjon. Pasienter som grupperes til den samme DRG er tilnærmet like i medisinsk forstand og krever tilnærmet like mye ressurser å behandle. Det gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om disse skulle behandle helt ulike type pasienter.

Det første DRG-system ble utviklet ved Yale University i USA på 70-tallet. I dag brukes DRG-systemer i mange land. Det er utviklet forskjellige versjoner som bl.a. skiller seg fra hverandre med hensyn til antall grupper. Den norske versjonen av DRG-systemet består av om lag 500 grupper/DRG-er, og er et resultat av et felles nordisk samarbeid om tilpasning.

Hver DRG er tilordnet en kostnadsvekt som uttrykker hva et opphold i en DRG i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittet av alle opphold. Det er diagnoser og medisinske prosedyrer som representerer den medisinske informasjon og kostnadsvekten som representerer ressursbruken. Basert på medisinske og administrative opplysninger, blir hvert sykehusopphold gruppert i én DRG. Årlig grupperes om lag 1 million opphold, og resultatet brukes til aktivitets- og produktivitetmålinger, samt til finansieringsformål.

Det er viktig å være oppmerksom på at kostnadsvekten for en DRG uttrykker hva gjennomsnittspasienten i en gruppe koster. Noen opphold vil være mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet, mens andre opphold vil være mer ressurskrevende enn gjennomsnittet. Det innebærer at kostnadene i forhold til enkeltpasienter i noen tilfeller kan bli overkompensert, og i andre tilfeller underkompensert. Når alle opphold på landsbasis innenfor DRG-en ses

under ett, vil imidlertid kostnadsvekten gi et godt uttrykk for hvor ressurskrevende oppholdene i gjennomsnitt er innenfor en DRG.

2.5

Oppdatering av DRG-systemet

Regelmessig oppdatering og utvikling av DRG-systemet er nødvendig dels fordi behandlingspraksis endrer seg, og til dels fordi nye metoder tas i bruk. Informasjon om nye prosedyrer i pasientbehandling og diagnostikk integreres i DRG-systemet gjennom at kodeverkene, som beskriver prosedyrene, regelmessig oppdateres. Kostnadene knyttet til enkeltpasienter vil også kunne endre seg når behandlingspraksis og metoder endrer seg.

Kostnadsvektene i DRG-systemet har i de siste årene blitt oppdatert årlig for å fange opp dette, slik at de i størst mulig grad gjenspeiler det faktiske kostnadsbildet innenfor hver DRG. Oppdateringene og beregningene av kostnadsvektene er nærmere beskrevet i rapporten: Beregning av kostnadsvekter til den norske versjonen av DRG-systemet 2005 (Sintef Helse 2006).

Oppdateringen og utviklingen av DRG-systemet som er i bruk i Norge, skjer i samarbeid med andre nordiske land (NordDRG). Det er etablert rutiner for håndtering av innspill fra sektoren. Nasjonale innspill kommer dels inn gjennom et etablert mottaksapparat (e-post til drginfo@shdir.no) og dels gjennom samarbeid med spesialforeningene i Legeforeningen. Gjennom NordDRG håndteres i tillegg innspill fra andre nordiske land. Norge deltar aktivt i det nordiske utviklingsarbeidet og endringer i NordDRG blir som regel også innført i Norge.

Statistiske analyser må gjennomføres regelmessig for å kontrollere kvaliteten i DRG-systemet. Et forhold som systematisk kontrolleres er om kostnadsvariasjonene innenfor en DRG er akseptable. Et annet forhold som testes jevnlig er "forklaringsverdi". Hvor godt kan endringer i aktivitet (målt i DRG-poeng) forklare endringer i faktisk ressursbruk?



3. Erfaringer med ISF-ordningen

ISF-ordningen og DRG-systemet har vært gjenstand for kritiske merknader både fra administrative og kliniske miljøer. I dette kapitlet drøftes noe av kritikken. Videre omtales erfaringene med ISF fra et ledelsesmessig perspektiv.

3.1 Mangler ved systemet

Regelverket for ISF-ordningen oppdateres årlig med utgangspunkt i et oppdatert DRG-system. Flere RHF har reist kritikk mot at nytt regelverk for ISF-ordningen og ny DRG-programvare for et gitt budsjettår, har vært klart for implementering først to måneder inn i budsjettåret.

Resultatet av dette er usikkerhet knyttet til årets inntektsside. Noen sykehus har i denne situasjonen opplevd at inntektene ble mindre enn det man beregnet ut fra de regler og beregningsrutiner man hadde til disposisjon under utarbeidelse av budsjettet. Når ISF utgjør en betydelig del av sykehusene inntektsgrunnlag, er det viktig at RHFene tidligst mulig er gjort kjent med både regelverk og refusjonsgrunnlag.

Noe av kritikken som rettes mot ISF og DRG-systemet er at systemene oppdateres for sent med hensyn til implementering av ny medisinsk praksis. Det kan gjerne ta to år før et endringsforslag blir meldt, til det blir implementert i den norske versjonen av DRG-systemet. Alle endringsforslag blir gjenstand for en prosess som har til hensikt å kvalitetssikre innspillene. Oppdateringen og utviklingen av DRG-systemet i Norge skjer i dag gjennom et samarbeid med andre nordiske land, jfr. kapittel 2.4.

Et nordisk samarbeid om oppdatering og utvikling av DRG-systemet bidrar til at erfaringer fra et land kan utnyttes i de andre landene. Siden den medisinske praksis i nordisk land er tilnærmet

lik er det også kostnadseffektivt å forvalte en nordisk modell i fellesskap. Forslag til endringer i DRG-systemet påfølgende år blir diskutert i nordiske fora og vedtatt av nordisk styringsgruppe innen utgangen av april. Det vises også til at DRG anvendes på ulike måter i finansieringssystemene i de ulike nordiske land. Et nordisk samarbeid utelukker ikke at Norge kan fatte en beslutning om å innføre egne norske løsninger om dette viser seg å være hensiktsmessig.

En forutsetning for rask implementering av ny medisinsk praksis er at leger og sykehus kjenner prosedyrene for hvordan DRG-systemet oppdateres. Det må erkjennes at treghet i oppdatering også henger sammen med at kunnskapen om dagens forvaltningsregime er lite utbredt. Det er trolig behov for bedre pedagogisk presentasjon om DRG-systemets virkninger og forutsetninger.

I dag er det en mangelfull standardisering av kodepraksis på tvers av sykehus og regioner. Dette er også påpekt i en rapport fra Riksrevisjonen (dok. nr. 3:7 (2005-2006)). Det foreligger ikke en nasjonal standard for kodepraksis knyttet til koding av hoved- og bi-diagnoser. Opplæring i koding har heller ikke hatt noe felles nasjonalt utgangspunkt. Det er imidlertid i de senere år iver satt tiltak for å bedre kodekvaliteten (bl.a. gjennom Kvalitetsprosjektet)². I 2007 er det også etablert et samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og regionale helseforetak om kodekvalitet med sikte på å etablere et nasjonalt opplæringsprogram. God kodekvalitet er ikke bare viktig i forhold til finansieringsordningen ISF, men også i forhold til behov for gode data for bl.a. forskning og styringsinformasjon.

Grupperingen av et sykehusopphold til en gitt DRG skjer ut fra registrerte opplysninger. Det er derfor mulig å endre grupperingsresultat ved å endre registreringspraksis, uten at det nødvendigvis har skjedd reelle endringer i sykdomsbildet. Siden 1997 har det vært et erkjent behov for å følge utviklingen i kodepraksis. Det har derfor blitt innført systemer for å kontrollere (kryptak og dekomponering av indeks) konsekvensene av endret kodepraksis. For det enkelte RHF vil det være usikkerhet knyttet til estimeringen og avkortingen i DRG-poeng grunnet "koderelaterte" endringer. God og ensartet kodepraksis vil redusere denne usikkerheten.

3.2 Systemets virkemåte

Noe av kritikken mot ISF-ordningen skyldes at noen forventer at ISF-refusjonen skal gi full kompensasjon for kostnadene knyttet til

et sykehusopphold. Det virker som om det ikke er godt nok kjent at ISF-refusjonen kun er ment å dekke en del av kostnadene (40 prosent i 2007). Det er varierende kunnskap om hvordan et sykehusopphold grupperes til en DRG.

ISF er et finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene. ISF brukes imidlertid ofte også som et finansieringssystem på utøvende virksomhetsnivå. Noe av kritikken som rettes mot ISF har sammenheng med at flere opplever systemet som urettferdig når det ikke "treffer" på det lavere nivået (for eksempel avdelingsnivå). Forutsetninger som er lagt til grunn for ISF i Norge gjør det problematisk å bruke ordningen som gjennomgående prissystem. Det er derfor viktig å være oppmerksom på at ISF ikke er, og heller ikke er ment å være, et system for treffsikker finansiering av enkelt-pasienter eller enkeltavdelinger.

Misnøye med den økonomiske situasjonen i helsetjenesten kan også slå ut i kritikk mot ISF-ordningen. Det er rimelig å anta at man ville fått tilsvarende kritikk mot den økonomiske situasjonen i et system med rammefinansiering. Forskjellen ville vært at man da hadde kritisert rammen, mens man med dagens aktivitetsbaserte finansiering kan få kritikk for manglende finansiering knyttet til refusjonen for hver enkelt DRG.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med TNS Gallup gjennomført en spørreundersøkelse for å kartlegge kunnskap og holdninger til ISF-ordningen. Undersøkelsen ble gjennomført blant administrerende direktører, økonomidirektører, fagdirektører og avdelingsledere ved landets helseforetak, sykehus og klinikker. Undersøkelsen er først og fremst egnet til å få frem viktige synspunkt fra sentrale aktører i sektoren. Undersøkelsens resultat tilsier en nærmere oppfølging i regi av de regionale helseforetakene i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet. Resultatene må tas alvorlig men tolkes med forsiktighet.

Tilbakemeldingen fra lederne er at ISF-ordningen kan påvirke hva som prioriteres, hvordan den enkelte pasient behandles, og at ordningen kan være til hinder for god kvalitet i behandlingen. Nær halvparten av lederne oppgir at de oppfatter at systemet gjelder mellom staten og det enkelte sykehus. Undersøkelsen viste videre at effektivisering av driften oppfattes som helsemyndighetenes viktigste formål med ISF-ordningen. Når det gjelder hva sykehuse-sene selv kan oppnå med ordningen viste lederne/sykehuset til at inntektsøkning oppleves som det viktigste.

Mye kan tyde på at informasjonen har vært mangelfull og ikke tilstrekkelig konsistent. Mål og ambisjoner med systemet har ikke vært klart nok kommunisert. Videre er kritikken også et uttrykk for at det mangler en god felles forståelse av systemet blant de ulike aktørene. I spørreundersøkelsen som direktoratet gjennomførte svarte nær 70 prosent av respondentene at det er behov for mer informasjon om ISF-ordningen.

3.3 ISF-ordningen i et ledelsesmessig perspektiv

I et system med rammefinansiering er det RHFene som må bære all usikkerheten knyttet til endringer i antall pasienter og pasientsammensetning. I et system som kun er basert på aktivitetsbasert finansiering vil det derimot være staten som bærer all usikkerheten. Med innføring av ISF i 1997 tok staten på seg et delansvar for usikkerheten knyttet til endringer i antall pasienter og pasientsammensetning. I intervjuer med ledelsen på ulike sykehus i 2000 framkom det også at den sentrale tankegangen i ISF-ordningen ble oppfattet som en forbedring i forhold til utelukkende rammebudsjettering (Iversen 2000).

Et av de mest åpenbare endringstrekkene over tid i sykehusenes ledelses- og myndighetsstrukturer og budsjett rutiner er økt ansvarliggjøring og delegering til avdelingsnivået. Ansettelse av personell gjøres i større grad desentralisert i forhold til tidligere, avdelingenes inntekter og utgifter synliggjøres i avdelingsvise budsjetter (lønnsutgifter, pasientbehandlinger, internkjøp, gjestepasientoppgjør o.a.), avdelingsledelsen blir enhetlig (dvs. fra todelt ledelse til én leder for hver organisatoriske enhet) og stykkprisrefusjonene videreføres til avdelingene i en fordelingsnøkkel mellom kliniske moderavdelinger og serviceavdelinger.

ISF stiller økte krav til ledelse og økonomistyring i sykehussektoren i den forstand at sykehusene i større grad enn tidligere må beskrive og kartlegge sin tjenesteproduksjon med fokus på pasientgjennomstrømning og identifisering av flaskehals i pasientbehandlingen. Ved å klargjøre slike forhold vil sykehusene kunne identifisere et grunnlag for å kunne bedre behandlingstilbudet, gi tilbud til flere pasienter og dermed øke sine inntekter. En utfordring for mange sykehus er at de har for lite kunnskap om hva pasientbehandlinger koster, og følgelig hva en aktivitetsøkning gir av utgiftsøkning.

4. Utgiftskontroll

De samlede utgifter til spesialisthelsetjenesten påvirkes både av aktivitetsutviklingen, og utviklingen i enhetskostnadene. Analysen av utgiftskontroll tilsier derfor en tilnærming der begge disse forhold inkluderes.

4.1 Aktivitetsutviklingen

Et viktig hensyn ved innføring av innsatsstyrt finansiering i 1997 var å stimulere til økt aktivitet ved landets somatiske sykehus. I perioden fra 2003 til 2007 har ambisjonsnivået vært å opprettholde aktiviteten på samme nivå som året før. Krav til aktivitetsnivå står sentralt i styringsdialogen mellom staten og de regionale helseforetakene, og uttrykkes eksplisitt bl.a. i de årlige styringsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Resultatet har likevel blitt at aktiviteten innenfor de aktivitetsbaserte ordningene har vært høyere enn forutsatt.

Etter at ISF ble innført har sykehusenes tjenesteyting, målt i antall sykehusopphold og DRG-poeng økt. I perioden 1997-2000 økte produksjonen årlig med 3,2 prosent. Til sammenligning var den årlige økningen på 2,0 prosent i perioden 1992-1996. Fra 2001 til 2005 økte antallet sykehusopphold med totalt 24,5 prosent, noe som tilsvarer et årlig gjennomsnitt på 5,6 prosent. Korrigert for befolkningsutviklingen økte de somatiske sykehusene aktiviteten med 52 opphold per 1 000 innbygger.³ Økningen har vært størst når det gjelder planlagt aktivitet og dagbehandling (Huseby 2007).

Teknisk effektivitet er et mål på hvor mye aktiviteten øker når man øker ulike innsatsfaktorer.⁴ Analyser viser at økning i aktivitet har vært større enn økningen i innsatsfaktorer etter innføringen av ISF i år 1997. Den tekniske effektivitetsforbedringen har vært særlig sterk ved sentralsykehus og regionsykehus.

I en studie fra Magnussen, Hagen og Kaarboe (2007) analyseres konsekvensene av sykehusreformen i 2002. Denne analysen viser

³ Dette er inklusive alle opphold unntatt opphold hos privat avtalespesialister.

⁴ Eksempel på innsatsfaktorer: årsverk, legemidler og medisinsk forbruk.

at man fra 2002-2004 hadde en årlig økning i teknisk effektivitet på 2,5 prosent. Til sammenligning var den tilsvarende økningen på 0,4 prosent fra årene 1999-2001. Studien viser også at en økning i refusjonsandelen i ISF medfører en økning i observert effektivitet og en reduksjon i ventelister. Men forskerne påpeker at det er usikkert om den observerte økningen i effektivitet utelukkende skyldes økt bruk av aktivitetsbaserte finansieringsordninger, den kan også være påvirket av sykehusreformen.

I tabell 4.1 vises aktivitetsvekst i perioden 2002-2006 for de aktivitetsbaserte ordningene ISF, poliklinikk og refusjon avtalespesialister. For ISF vises endring i DRG poeng justert for kode-relatert registreringsendring, for poliklinikk vises endring i antall polikliniske konsultasjoner innenfor somatikken, mens det for avtalespesialistene er beregnet anslag ut fra refusjonsregnskapet.

Tabell 4.1 Aktivitetsvekst i ISF, poliklinikk og private avtalespesialister

	Aktivitetsvekst ISF	Poliklinikk	Private avtalespesialister
2002-2003	6,2%	5,9%	8,9%
2003-2004	0%	4,1%	10,3%
2004-2005	2,4%	2,5%	4,3%
2005-2006	omlag 1,5%*	2,7%	1,1%

*Kilde: For aktivitetsvekst ISF, Årsrapport fra BUS (2007), for poliklinikk er kilden norsk pasientregister, for private avtalespesialister er kilden NAV. *Anslag per 28.6 2007*

Som det framgår av tabell 4.1 har det vært en vekst i alle de aktivitetsbaserte ordningene, men veksttakten har en avtagende tendens. Dette reflekterer at det fra 2003 har vært en målsetning om å opprettholde aktiviteten på samme nivå som året før.

4.2 Kostnadsutviklingen

Den økte aktiviteten i pasientbehandlingen har medført økte kostnader for sykehusene. Analyser (Bjørn m. fl. 2003) viser også at enhetskostnadene ved bruk av de enkelte innsatsfaktorer på sykehus økte betydelig i løpet av perioden 1992-2000, bl.a. som følge av økte lønnskostnader. Dette medførte at man fikk mindre helse igjen for hver helsekrone i 2000 enn hva man gjorde i 1992.

Helseforetaksreformen ble bl.a. begrunnet med behov for bedre ressursutnyttelse, behovet for strammere styring av økonomien, og mer målrettet innsats for å sikre bedre driftsmessig effektivitet og kapasitetsutnyttelse. I en studie fra Magnussen, Hagen og Kaarboe (2007) analyseres konsekvensene av sykehusreformen. Denne analysen viser at man har fått mer igjen for hver helsekrone

etter reformen enn før reformen. Dersom man sammenligner årene 1999-2001 med årene 2002-2004 finner man at mens kostnads-effektiviteten ble redusert med 0,7 prosent per år før reformen, har det vært en årlig økning på 2,3 prosent etter reformen

4.3 Utviklingen i samlede utgifter

I tabell 4.2 vises regnskapsførte utgifter i spesialisthelsetjenesten for basistilskudd og aktivitetsbaserte finansieringsordninger for perioden 2002-2006. De samlede utgiftene har nominelt vokst med 20 milliarder i perioden fra 2002 til 2006. I denne utgiftsveksten ligger også endringer i helseforetakenes oppgaver bl.a. knyttet til rusreformen.

Tabell 4.2 Regnskapsførte utgifter i spesialisthelsetjenesten 2002-2006.

	Basistilskudd	ISF	Poliklinikk	Avtale- spesialister	Sum	Andel aktivitets- basert
2002	29 651	15 141	3 889	1 021	49 702	40,3 %
2003	29 772	18 667	4 307	1 091	53 837	44,7 %
2004	43 446	12 538	3 689	1 032	60 705	28,4 %
2005	40 465	20 322	3 721	989	65 498	38,2 %
2006	51 578	14 000	3 258	1 011	69 847	26,2 %

Kilde: St.prp. nr. 1 for Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 2003-2007 (merk at tall for 2006 er foreløpige)

Tabell 4.2 viser at den aktivitetsbaserte andelen av total finansiering har blitt redusert fra 2002-2006. I 2006 utgjør denne andelen 26,2 prosent av total finansiering av spesialisthelsetjenesten. For ISF har refusjonsandelen variert mellom 60 og 40 prosent, 55 prosent i 2002, 60 prosent i 2003 og 2005 og 40 prosent i 2004 og 2006.

For den polikliniske aktiviteten som inkluderer somatikk og psykiatri, samt refusjon til laboratorier og røntgen, har det vært gjennomført flere endringer i finansieringssystemet i perioden. Fra 1. januar 2004 ble deler av inntektene fra poliklinisk virksomhet overført til de regionale helseforetakene, og ikke lenger direkte overført fra Rikstrygdeverket til helseforetakene. Bakgrunnen for endringen var ønske om større grad av kostnadskontroll og samordning med den samlede aktiviteten i regionen.

I 2005 vedtok Stortinget å halvere satsene for refusjoner i poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet, og øke basisbevilgningen til de regionale helseforetakene tilsvarende. Begrunnelsen var å sikre prioritering av radiologiske tjenester innenfor gitte rammer.

I 2003 ble det anslått at refusjonssats og egenbetaling dekket om lag 50 prosent av kostnadene, jf. St.prp. nr 1 (2002-2003). Refusjonssatsene ble i 2005 justert ned samtidig med endringene i ISF-satsen.

Selv om de aktivitetsbaserte utgifter til poliklinikk har blitt redusert i denne perioden har aktiviteten økt fra 2002-2006. Inntektsnedgangen for helseforetakene er blitt kompensert med økning i basistilskudd og gjennom inntekt fra egenbetaling.

4.4 Utgiftsvekst i forhold til budsjett

Utgiftene til spesialisthelsetjenesten har ikke bare økt i perioden, men også økt utover det de årlige budsjettvedtakene skulle tilsi.

Tabell 4.3 Avvik mellom saldert budsjett og regnskapstall

	Innsatsstyrfinansiering	Poliklinikk
2003	10,77 %	12,47 %
2004	1,56 %	6,32 %
2005	3,10 %	16,33 %
2006	1,11 %	8,13 %

Kilde: St.prp. nr. 1 for Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 2003-2007 (merk at tall for 2006 er foreløpige) og statsregnskapet for 2006.

Av tabell 4.3 ser vi at regnskapsførte utgifter i perioden fra 2003 til 2006 har vært høyere enn vedtatt budsjett både for innsatsstyrt finansiering og for polikliniske refusjoner. Over denne perioden har avvikene blitt redusert. Det er størst prosentvis budsjettavvik for poliklinisk virksomhet, noe som indikerer at dagens poliklinikk finansiering er mindre robust med hensyn til utgiftskontroll.

Foretakene gis ISF refusjon i henhold til gjennomført aktivitet. Dvs. at enhver reell vekst i aktivitet skal medføre økte utbetalinger. ISF refusjonen øker når kompleksitet dokumenteres gjennom utførelse av mer ressurskrevende behandlingsprosedyrer og/eller kompliserende bidiagnoser. Endring i medisinsk koding kan imidlertid også bidra til økte refusjoner uten at det reelt sett har skjedd en økning i aktiviteten. For å motvirke uønsket effekt av endret registreringspraksis (kodeforbedringer) er det lagt inn justeringsmekanismer ved fastsettelse av enhetsrefusjon. Samtidig er det elementer av kostnadskontroll gjennom regelverket for ISF. Kodepraksis følges også opp gjennom avregningsutvalget som har til oppgave å gi medisinsk faglige råd om riktig registreringspraksis. Utvalgets vurdering legges til grunn for beslutning om eventuell avkorting av ISF refusjon.

Når enhetsrefusjonen fastsettes i budsjettet er den basert på bestemte forutsetninger om nivået på registreringene, herunder vedtatte endringer. Registreringsendring i denne sammenhengen kan noe forenklet fremstilt sies å være endringer gjort av myndighetene (DRG-logikk, kostnadsveker, ISF-regler) eller endringer gjort av sektoren (i første rekke endring i kodepraksis) som gjør at lik aktivitet gir ulikt antall poeng fra et år til et annet. Ved årsoppgjøret beregnes registreringsendringen og vurderes opp mot forutsetningen lagt til grunn ved fastsettelse av enhetsrefusjonen. Endringene vurderes i forhold til forventet endringer som følge av befolkningsutvikling, liggetidsutvikling og endring i DRG-logikk. I avregningen korrigeres utbetalingen i henhold til avviket mellom forutsatt registreringsendring og beregnet registreringsendring.

Det utarbeides prognoser for årsaktivitet basert på 1. tertialdata og 2. tertialdata. Prognoser basert på 1. tertial fremlegges i begynnelsen av august, mens prognoser basert på 2. tertialdata presenteres i slutten av oktober. Prognosene har blitt mer treffsikre etter at det ble innført krav til endelig aktivitetsrapportering hvert tertial. For ISF er prognosearbeidet viktig grunnlag for å justere bevilgningen i tråd med aktivitetsutvikling og for evt. justeringer i enhetsrefusjon på grunnlag av utilsiktet endring i kodepraksis.

4.5 Direktoratets vurdering

Aktivitetsveksten i spesialisthelsetjenesten er påvirket av mange faktorer hvor ISF-ordningen bare er en av disse. Viktige faktorer er også utvikling i befolkningens forventninger, nye behandlingsmuligheter, rett til behandling, gjestepasientavtaler og fastlegens henvisningspraksis. Aktivitetsveksten er også avhengig av hvilken refusjonsandel som brukes og de styringssignaler som gis gjennom departementets styringsdokument til de regionale helseforetak.

Det er gode indikasjoner på at lavere refusjonsandel fører til lavere aktivitetsvekst og gir bedre samsvar mellom planlagt og faktisk aktivitet. En samlet vurdering av hensynet til god utgiftskontroll tilsier derfor at refusjonsandelen ikke bør økes fra dagens nivå.

Forutsigbare rammevilkår er av vesentlig betydning for god planlegging og dermed også for utgiftskontrollen. I denne sammenhengen er det viktig at ordningens forutsetninger og spilleregler er kjent så tidlig som mulig for å kunne innpasses i sektorens budsjettarbeid på institusjonsnivå. Den planlagt omleggingen av dagens poliklinikkssystem til ISF-ordningen vurderes å bidra positivt til å bedre den samlede utgiftskontrollen.



5. Vridningseffekter

I dette kapitlet vurderer vi om ISF har ført til vridningseffekter mellom sektorer, mellom ulike oppgaver og mellom ulike pasientgrupper. Hvorvidt ISF medfører vridningseffekter i forhold til pasientforløp diskuteres i kapittel 6.

5.1

Prioritering mellom sektorer og oppgaver

Isolert sett gir ISF-ordningen et insitamant til å vri ressursbruken bort fra aktiviteter og tjenester som ikke stykkprisfinansieres.

I en studie fra Halsteinli, Ose, Torvik og Hagen (2006) analyseres helseforetakenes ressursfordeling mellom somatikk og psykisk helsevern. Utgangspunktet for studien er at dagens finansierings-system gjør det lønnsomt for helseforetakene å vri ressurser fra psykisk helsevern til somatiske helsetjenester. Studien viser imidlertid at en ressursvridning fra psykisk helsevern til somatiske helsetjenester ikke har funnet sted. I en rapport fra Agenda og Muusmann (2005) påpekes det også at det er vanskelig å identifisere helt klare tendenser til vridningseffekter. En mulig årsak til dette kan være at psykiatrien har hatt en egen opptrappingsplan i analyseperioden. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet i sine oppdragsbrev vært tydelige på at finansieringssystemet ikke skal styre prioriteringene.

I prioriteringsprosessen må ledere veie mellom behandlingsaktiviteter som er lett målbare (for eksempel antall konsultasjoner og DRG-poeng) og vanskeligere målbar aktivitet som forskning, opplæring m.v. ISF forutsetter at behandlingsaktivitet er målbar, og indirekte kan dette sies å bidra til skjevvekting fordi annen viktig aktivitet ikke måles tilsvarende.

Direktoratet kjenner ikke til at det er gjennomført analyser av prioriteringsendringer i forhold til rus, habilitering, forskning og

undervisning. I BI-rapporten "Mer penger eller mer for pengene? Organisering og finansiering av norske sykehus" (Dahlen, Grytten og Sørensen 2002) trekkes det imidlertid fram at ansatte og ledelse i sykehus med stort innslag av "myke tjenester" som forskning og psykiatri, rapporterer at deres virksomhet taper i prioriteringskampen. Det er imidlertid vanskelig å si hvorvidt ISF faktisk har medført en nedprioritering av undervisning og forskning. Det har bl.a. sammenheng med at de indikatorer som måler forsknings- og undervisningsaktiviteten på sykehus både er mangelfullt utviklet og lite brukt. Måling av produksjonspoeng som mål på forskningsaktivitet er imidlertid et begynnende skritt i slik retning.

Legeforeningen (2007) gir i rapporten "*Lang, lang rekke – hvem skal vente hvem skal få?*" uttrykk for at de er bekymret for hvordan utdanningsoppgavene i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt. Legeforeningen argumenter for at det bør legges opp til en prosentvis minimumsramme som øremerkes utdanning, på samme måte som for forskning.

5.2

Prioritering mellom pasientgrupper

De senere årene har budsjettansvaret blitt mer desentralisert, og så godt som samtlige sykehus har nå avdelingsvise budsjetter (Legeforeningen 2007). Videre er det flere sykehus som viderefører ISF-refusjonen ned til avdelingene etter å ha gjort ulike fordelinger mellom kliniske avdelinger og service avdelinger. Det at ISF brukes som et gjennomgående prissystem kan ifølge Legeforeningen medføre at man får uheldige vridningseffekter. Jo lengre ned i ledelseslinjen mot det utførende helsepersonell ISF gjøres gjeldende, desto større er sannsynligheten for at helsepersonellet vil oppleve at rent økonomiske forhold påvirker deres handlingsmønstre og anledning til å prioritere faglig rettede tiltak.

Sosial- og helsedirektoratets spørreundersøkelse om kunnskap og holdninger til ISF-ordningen viser at en stor andel av lederne mener at ISF-ordningen påvirker prioritering av pasienter i stor eller noen grad. Det er også en stor andel av lederne (45%) som mener at den påvirker hvordan pasientene behandles. Et flertall av lederne mener at ISF-ordningen i noen grad eller i stor grad er til hinder for god kvalitet i pasientbehandlingen. Legeforeningen (2007) hevder i rapporten "*Lang, lang rekke – hvem skal vente hvem skal få?*" at ISF og søkelys på ventelister har kommet de "minst syke" somatiske pasientene til gode. Dette har ifølge

Legeforeningen sammenheng med at det ofte er økonomisk rasjonelt for foretakene å behandle pasienter (ofte planlagte dagkirurgiske inngrep) som etter prioriteringsforskriften har lavere prioritet.

Martinussen og Hagen (2006) har i en studie sett på om ISF har medført en vridning mot at sykehusene prioriterer såkalte "lønn-somme" pasienter (pasienter som gir netto inntekter). Konkret undersøker Martinussen og Hagen om pasienter med lang oppholdstid har lengre ventetid enn pasienter med kort oppholdstid.⁵ Martinussen og Hagen ser videre på om sykehusreformen i 2002 medførte noen endring når det gjelder prioriteringen mellom pasientgrupper.

Analysen av pasientdata fra perioden 1999-2005 indikerer at sykehusene i noen grad prioriterer lettere pasienter framfor tyngre pasienter, og da spesielt innenfor lettere ortopediske diagnoser. Forskerne påpeker imidlertid at resultatene må tolkes med forsiktighet. Martinussen og Hagen sier bl.a.:

"The analysis gives some evidence of cream skimming in the period of activity based financing, in particular within the lighter orthopaedic diagnosis. However, cream skimming does not increase after the 2002 organizational reform but is stable, or for some DRGs even reduced. Conclusion: The study indicates that cream skimming may occur if the reimbursement system is not particularly sophisticated, but also that political signaling can reduce the problem".

ISF kan ha uheldige vridningseffekter. Men samtidig viser erfaringer at finansieringssystemet kan brukes for å vri ressursbruken i ønsket retning. I 1999 ble dagkirurgisk behandling inkludert i DRG-systemet og finansiert gjennom ISF. Et av argumentene for å inkludere dagkirurgi i ISF-ordningen var å gi sykehusene insentiver til å vri pasientbehandlingen over fra døgn- til dagbehandling. Og siden 1999 har man hatt en økning i dagkirurgisk behandling.

⁵ Dagens regelverk for ISF innebærer at regionale helseforetak får samme betaling for pasienter som behandles med dagkirurgi, som pasienter (innenfor samme DRG) som må ha flere overnattinger på sykehuset. Dette kan isolert sett gi sykehusene insentiver til å behandle de "letteste" pasientene først.

5.3 Direktoratets vurdering

Spørreundersøkelsen som Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte viser at flere ledere er bekymret for at finansieringsordningen skal påvirke prioriteringen av pasienter, og kvaliteten på pasientbehandlingen. Sosial- og helsedirektoratet deler denne bekymringen og vil i samarbeid med de regionale helseforetak gå igjennom undersøkelsen for å få mer kunnskap om hva som ligger bak svarene.

Studier som er gjennomført har imidlertid i liten grad kunne påvise at ISF-ordningen faktisk har medført uheldige vridningseffekter mellom sektorer, oppgaver og pasientgrupper. Dette kan ha sammenheng med at potensielle vridningseffekter har blitt motvirket av andre tiltak, som for eksempel opptrappingsplanen for psykisk helse og sterke politiske signaler fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsepersonellens holdninger og faglige standard utgjør i seg selv en viktig barriere mot uønskede vridninger.

Dagens ISF-ordning gir helseforetakene insentiver til å prioritere dagkirurgisk behandling. Legeforeningen mener at dette har medført at ISF-ordningen har kommet de "minst syke" pasientene til gode. Dette indikerer at det kan være behov for å vurdere refusjonen for dagbehandling.

Direktoratet mener at det er grunn til å spørre kritisk om DRG-inntjening skal legges som krav på den enkelte enhet i sykehusene. Risikoen for at inntjeningshensyn påvirker handlingsmønster og prioriteringer er stor ved en slik anvendelse.

Etter direktoratets vurdering er det viktig å rette oppmerksomhet mot at ISF-ordningen isolert sett kan gi uheldige vridningseffekter i form av uønskede prioriteringer. Direktoratet vil peke på at det i ethvert finansieringssystem ligger en risiko for uønskede tilpasninger. Det er likevel svært viktig å følge opp den bekymring som kommer til uttrykk i spørreundersøkelsen.

6. Gode pasientforløp og samhandling

Pasientforløp er et vidt begrep med ulikt innhold avhengig av kontekst. Et fellestrekk er likevel at alle pasientforløp dreier seg om kjeder av tiltak med helsehjelp som formål, inkludert eventuell venting mellom tiltakene. Pasientforløp kan være prosessbeskrivelse av en enkelt kontakt med helsevesenet, eller av en serie kontakter med én eller flere aktører. I tekstboks 6.1 gis eksempler på ulike pasientforløp.

Eksempler på pasientforløp

A En middelaldrende kvinne utvikler over tid slitasjegikt i den éne hoften. Hun utredes og behandles først konservativt av fastlege, før hun henvises til vurdering i spesialisthelsetjenesten. Slik vurdering gis poliklinisk, før hun senere innlegges for operasjon. Operasjonen etterfølges av et kort rehabiliteringsopphold. Etter et halvt år avsluttes oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten med poliklinisk kontroll.

B En eldre mann har diabetes mellitus og moderat nyresvikt, samt hjertesvikt etter flere gjennomgåtte hjerteinfarkt. Han er aleneboende i omsorgsbolig, med daglig tilsyn fra hjemmebaserte kommunale tjenester. Han er månedlig hos fastlegen for generell kontroll og medikamentell oppfølging. I tillegg kontrolleres han noen ganger per år i spesialisthelsetjenesten hos nyrelege og på en hjertesviktpoliklinikk. I hans to siste leveår forverres helsen. Han har hyppige akutte innleggelse preget av forverret hjertesvikt og nyresvikt, samt mindre nye hjerteinfarkt. Funksjonsnivået er jevnt fallende, og etter en innleggelse overflyttes han til sykehjem, der han etter noen måneder dør av lungebetennelse.

6.1

Pasientforløp og etablerte myndighetskrav

Myndighetene har gjennom både lovverk og styringsdokumenter regulert ulike aspekter ved pasientforløp. Slik regulering kan være komplementær eller synergistisk i forhold til andre virkemidler.

Virkningen av aktivitetsbasert finansiering på pasientforløp må sees i relasjon til dette.

Fastsettelse av tidsfrister for vurdering av henvisning og oppstart av nødvendig helsehjelp er hjemlet i pasientrettighetsloven. Bestemmelsen har bidratt til at nye, elektive pasientforløp kommer i gang tidlig, men påvirker i liten grad selve innholdet i pasientforløpet.

Retten til individuell plan er hjemlet i pasientrettighetsloven og egen forskrift. Bestemmelsene legger til rette for at personer med spesielt sammensatte behov skal få oppleve effektive og helhetlige pasientforløp. Bortsett fra innen barne- og ungdomspsykiatrien, foreligger få tall på hvor mange personer som har behov for individuell plan og som har fått utarbeidet slik plan. Virkningen av lovbestemmelsen er derfor så langt usikker.

Forskrift om **pasientansvarlig lege** gir føringer som kan påvirke gjennomføring av individuelle pasientforløp. Formålet med ordningen er å «skape kontinuitet i møtet mellom pasienten og helsetenesta ved å styrke samordna behandling og kommunikasjon mellom lege og pasient». Det er usikkert om det er samsvar mellom registrert ansvarlig lege og den eller de leger som har det faktiske ansvaret.

Helse- og omsorgsdepartementet legger gjennom sine oppdragsdokumenter til RHF klare føringer med hensyn til pasientforløp. I 2007-dokumentene signaliseres tydelig at avtalebasert samhandling mellom tjenestenivåene skal fremmes for å styrke samhandling, og med særlig prioritet for de pasientene som trenger det mest.

6.2 Utviklingstrekk i liggetid

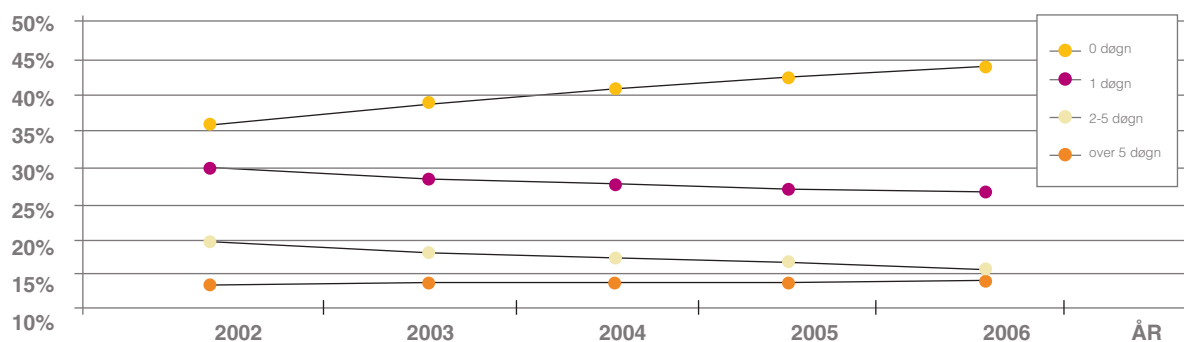
Innsatsstyrt finansiering (ISF) kan ha virkning på varigheten av de enkelte helsehjelpsepisodene som inngår i et pasientforløp. Virkningen på varigheten av forløpet som helhet er derimot begrenset.

Stykkpriselementet i finansieringsordningen kan påvirke varigheten av helsehjelpsepisoder. Når kompensasjonen er fastsatt i forkant vil kostnadene kunne reduseres med kortere polikliniske konsultasjoner og innleggelser. Den viktigste motkraften er forsvarlighetskravet som er knyttet til all utførelse av helsehjelp, og som medfører

faglige grenser for hvor kort varighet som er mulig.

De senere år har det vært reduksjon i liggetid i somatiske sengeavdelinger for pasienter som i utgangspunktet har kort liggetid, ref. figur 6-1. Figuren viser for øvrig at andelen med dagbehandlinger og 1-døgnsopphold øker og at andelen pasienter som ligger over 5 døgn har vært relativt stabil. Kortere liggetid er i mange tilfeller ønskelig, men kan for visse pasientgrupper øke sannsynlighet for reinnleggelser og føre til en økt belastning på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Kortere liggetid kan virke både positivt og negativt på kvaliteten i det samlede pasientforløpet, avhengig av pasient-gruppene. Det er uansett ikke dekning for å hevde at reduksjonen i liggetid utelukkende skyldes ISF-ordningen. Alternative forklaringer er behov ut fra kapasitetsproblemer, og generell effektiviseringstrend i spesialisthelsetjenesten.

Figur 6. 1 Endret liggetidsfordeling 2002-2006.



Figuren viser utvikling i antall opphold innen kategoriene 0 døgner, 1 døgner, 2-5 døgner og over 5 døgner, målt som prosentandel av totalt antall opphold hvert år. (Data fra NPR, 2002-2006)

6.3

Overflyttinger og oppstyking av pasientforløp

Overflyttinger av innlagte pasienter blir mer og mer vanlig fordi funksjoner eller kompetanse er fordelt mellom flere sykehus. Flere sykehus må noen ganger involveres i poliklinisk utredning med samme pasient, og kronikere med sammensatte lidelser får ikke nødvendigvis all helsehjelp på ett sted. Dette har sammenheng med funksjonsfordeling og spesialiseringen som drives frem av faglige hensyn. Bindinger i form av investeringer i sykehusstrukturen vil også påvirke pasientforløpene.

Enhet for finansieringen i ISF-ordningen er sykehusopphold. Dette kan passe dårlig sammen med konsekvenser av funksjonsfordelingen. En illustrasjon kan en få ved å se på innleggelser av pasienter med akutt hjerteinfarkt og behov for PCI som ledd i behandlingsforløpet. PCI er i dag en strengt fordelt funksjon slik at

behov for dette hyppig medfører overflytning. Avhengig av lokal organisering av tjenestetilbudet og av hvilket sykehus pasienten først innlegges ved, kan prinsipielt samme pasientforløp medføre ett, to eller tre sykehusopphold. Hvert opphold kan utløse selvstendig refusjon, og totalrefusjonen kan dermed øke.

Som følge av at det er sykehusopphold som finansieres, vil ISF også kunne stimulere til organisering av helsetilbud som innebærer gjennomføring av flere sykehusopphold for bestemte problemstillinger.

I en studie fra SINTEF Helse (Jørgenvåg og Jensberg 2006) drøftes overflytting mellom institusjoner. Studien viser at halvparten av økningen i antall opphold fra 2001 til 2004 kan tilskrives at flere pasienter får behandling. Den andre halvparten kan tilskrives flere opphold per pasient. Foreløpig er det ifølge Jørgenvåg og Jensberg ikke empirisk grunnlag for å hevde at ISF har medført uønsket oppstyking av pasientforløp gjennom økt overflytning mellom institusjoner.

Et personidentifiserbart NPR vil innebære at en i større grad kan følge pasientforløp. Dette kan både gi bedre tallmessig inntrykk av sykdomsforekomst og aktivitet i helsetjenesten, og det kan bidra til identifisering av overflyttingsproblematikk som kan ha betydning for utviklingen av finansieringsordningene.

6.4

Samhandling mellom tjenestenivåene

Samhandling mellom tjenestenivåene har fått en tydelig posisjon i offentlig debatt og i flere helseforetaks strategidokumenter de senere år. NOU 2005:3 Fra stykkevis til delt (Wisløffutvalget) har bidratt til dette. Viktigheten er også presisert i oppdragsdokumentene til RHF. KS har også påpekt behovet for samhandling. Det er nå etablert en overordnet nasjonal avtale mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og kommunene ved KS. Denne avtalen legger grunnlaget for likeverdige partsforhold og fremhever prioriterte områder. Det er allerede inngått mange konkrete samarbeidsavtaler lokalt. Slike samarbeidsavtaler må også regulere økonomien i de enkelte prosjekt.

Det er i noen sammenhenger hevdet at finansieringsordningene i norsk helsevesen ikke fungerer hensiktsmessig sett fra et samhandlings- og samarbeidsperspektiv. Agenda Utredning og

Utvikling (2007) er enig i at deler av finansieringssystemet kan motvirke et hensiktsmessig samarbeid dersom partene utelukkende legger egne økonomiske interesser til grunn. Agenda mener også at det er behov for å utvikle finansieringssystemene, slik at disse enda større grad støtter opp om god samhandling. Men etter Agendas vurdering er det ingen grunn til å bruke finansieringssystemene som påskudd for ikke å samarbeid. Agenda sier bl.a.:

"Det er mulig å få til gode samhandlingsgrep uten at det behøver å koste mye (...). Måten staten finansierer henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten på, er ikke til hinder for at partene lokalt kan utforme egne finansieringsmodeller. Det er flere eksempler i dette prosjektet som viser at partene har utnyttet denne muligheten på en hensiktsmessig måte – til det beste for pasientene og de deltagende parter. Samarbeidet om sykestuer/forsterkede sykehjemsavdelinger er kanskje det mest gjennomarbeidede eksempelet".

Direktoratet vurderer mange av samarbeidstiltakene som særlig verdifulle.

6.4.1 **Ambulante team**

Med ambulante team menes at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten (eventuelt i samarbeid med personell fra primærhelsetjenesten) yter helsehjelp i en brukers hjem eller nært brukerens hjem. Bruk av ambulante team må sees på som et supplerende tilbud overfor spesielle pasientgrupper med særskilte behov. Palliativ behandling ved livets slutt samt geriatrisk utredning og omsorg for kronikere med betydelig svekket funksjonsnivå er områder der bruk av ambulante team fra spesialisthelsetjenesten kan være velegnet.

Finansiering av aktivitet i form av ambulante team må særlig sees i relasjon til poliklinisk behandling, som er den mest nærliggende behandlingsform. ISF for poliklinisk behandling åpner for takstrefusjon ved noen helt avgrensede former for ambulante behandling, mens hovedregelen hva gjelder poliklinisk finansiering er at behandlingen må finne sted i poliklinikken. Det vil si at på de aller fleste områder er det et økonomisk hinder for at helsehjelp kan ytes utenfor definerte poliklinikker. Dette må også ses i forhold til krav til fasiliteter for forsvarlig gjennomføring av helsehjelp.

I forbindelse med forestående omlegging av finansieringssystemet for poliklinisk behandling (jf. kapittel 8), er det åpnet for evaluering av regelen om krav til sted for behandling. Utvikling i retning av lik finansiering av samme type helsehjelp, uavhengig av hvor og hvordan helsehjelpen finner sted, er en potensiell mulighet som vil kunne understøtte bruk av ambulante team der det er hensiktsmessig. En slik liberalisering ville imidlertid kreve samtidig sterkere kontroll med det konkrete innholdet i helsehjelpen. Dette er viktig for å sikre at det fortsatt er reelle spesialisthelsetjenester som finansieres, og ikke oppgaver innen primærhelsetjenestens kjerneområde.

6.4.2 Telemedisin

Telemedisin favner om et bredt spekter av aktivitetstyper. Det bør skilles mellom særlig tre former for aktivitet som kan gjennomføres med hjelp av telemedisinske midler:

- rådgivningsaktivitet fra spesialisthelsetjenesten overfor primærhelsetjenesten
- gjennomføring av spesialistkonsultasjon
- gjennomføring av bildediagnostikk og andre særskilte undersøkelser.

Inndelingen er av betydning fordi ulike finansieringsordninger gjelder for de ulike områdene. Kun de to førstnevnte elementene kommenteres her.

Spesialisthelsetjenestens rådgivning av primærhelsetjenesten er en lovpålagt oppgave. Tradisjonelle former for rådgivning per telefon og brev finansieres ikke særskilt. Aktivitetsdata finnes ikke, men erfaringsmessig er omfanget betydningsfullt. Rådgivning og diagnostisk bistand med nye telemedisinske metoder gir styrkede muligheter for rådgivning, og har blitt omfattet av ISF gjennom egne polikliniske takster for områdene hud- og øre-nese-hals-sykdommer.

På alle fagområder gis derimot egen takstrefusjon for telemedisinske konsultasjoner, det vil si konsultasjoner som ville ha blitt gjennomført med pasientoppmøte i poliklinikken hvis ikke telemedisinalternativet fantes. Slik refusjon er per i dag noe mindre enn hva som gis for tilsvarende konsultasjon med pasient til stede i poliklinikk. Det totale økonomiske incentivet blir imidlertid først tydelig når RHFes innsparing av transportkostnader tas med i beregningen.

I slikt lys er det i dag ingen vesentlige økonomiske hindre for gjennomføring av telemedisinsk konsultasjonsvirksomhet. Utfordringen ligger mer i å sikre det finansielle grunnlaget for primærhelse-tjenestens medvirkning

6.4.3 Distriktsmedisinske sentre

Distriktsmedisinske sentre (DMS) er sentre hvor desentralisert spesialisthelsetjeneste ofte er samlokalisert med primærhelse-tjenesten. Sykestuefunksjon og halvannenlinjetjenesten brukes ofte også som betegnelse på tjenestene som ytes ved DMS. DMS har hovedsakelig blitt etablert i områder med stor avstand mellom befolkning og sykehus. Foruten å bringe spesialisthelsetjenester nærmere til befolkningen, kan også DMS bidra til tettere samhandling mellom tjenestenivåene. Dette skjer ikke minst som følge av at DMS fungerer som et møtested for personellgrupper innen spesialist- og primærhelsetjenesten.

Så lenge spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten finansieres fra ulike forvaltningsnivåer må vi regne med et press fra begge sider for å unngå å påta seg flere og kostnadskrevenne oppgaver. Dagens finansieringsordning er ikke utformet for å gi direkte incentiver til desentralisering av spesialisthelsetjenestetilbud, eller til samlokalisering med primærhelsetjenesten.

Utfordringen for de regionale helseforetakene er dermed å vurdere om merkostnadene kan oppveies av andre faktorer. De direkte innsparelsene knyttet til redusert omfang av pasienttransport, samt de indirekte gevinstene av tettere samhandling (for eksempel unngåelse av akutte innleggelser), vil være viktige i så måte.

Et prosjekt på oppdrag fra styret i Helse NORD RHF, ledet av Helse Finnmark, har sett på faglige og økonomiske forhold knyttet til sykestuene. Konklusjonen er at sykestuene må utvikles og at det må bli bedre finansieringsordninger for dem. Styret i Helse Nord viser til at en pasient innlagt i sykestuer ikke gir noen inntekter, mens den samme pasienten innlagt i sykehus vil gi inntekter. Helse Nord har vedtatt å arbeide for å utvikle og utprøve en aktivitetsbasert finansieringsordning for sykestueplassene i Finnmark.



7. Eldre med sammensatte lidelser

I oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet er Sosial- og helsedirektoratet bedt om vurdere hvorvidt ISF-ordningen og DRG-systemet understøtter god tverrfaglig praksis for eldre. Eldre pasienter vil ofte ha behov for tjenester både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. God samhandling mellom tjenestenivåene er derfor en forutsetning for å sikre gode pasientforløp for eldre.

7.1

Kjennetegn ved Eldres sykehusforbruk

Eldre bruker mer sykehustjenester enn yngre. De eldste pasientene har ofte mer kompliserte lidelser og sykdommer, må oftere legges inn og har lengre liggetid. (Samdata Huseby, 2004). Tall fra Samdata viser at eldre pasienter over 80 år står for 14 prosent av sykehusoppholdene og 20 prosent av totalt antall liggedøgn i 2005. Hvis man ser forbruk per 1 000 innbyggere i aktuell aldersgruppe gir det følgende forbruksmønster for eldre pasienter sammenlignet med yngre:

- Tre ganger flere operasjoner
- Fem ganger flere innleggelser knyttet til kreft
- Sju ganger flere innleggelser på grunn av langvarig sykdom
- Fire ganger flere rehabiliteringsopphold

Andelen av befolkningen som har flere kroniske sykdommer samtidig er også høyere hos de eldste, særlig hos eldre over 80 år (jfr. Legeforeningens rapport – "Når du blir gammel og ingen vil ha deg").

7.2 DRG-systemet og eldre

DRG-systemet ble først utviklet for akutt sykehus/akuttbehandling i USA. Det var også der systemet ble brukt første gang i finansieringen av såkalte Medicare-pasienter. Dette var en ordning som var gjeldende for befolkningen over 65 år. Eldre pasienter i Norge legges ofte inn akutt.⁶ Mye tilsier derfor at DRG-systemet er godt tilrettelagt for eldre pasienter. I motsatt retning trekker det imidlertid at DRG-systemet har vært mindre egnet for å beskrive langtidsbehandling (som eksempelvis rehabilitering), noe som ofte er aktuelt for eldre.

I tidligere versjoner av DRG-systemet ble eldre pasienter automatisk gruppert til en komplisert DRG, uavhengig av registrerte diagnoser og prosedyrer. I dagens DRG-system har pasientens alder kun innvirkning for barn og unge. Det er gjort flere studier om eldre pasienter, hvor hypotesen har vært at alder kan forklare ressursbruk. Studiene viser imidlertid at det er sykdommer, som har relevans, ikke alder alene.

Tabell 7.1 Gjennomsnittlig DRG-vekt for pasienter i tre ulike aldersgrupper i 2006.

Type tjeneste	Pasienter over 80 år	Pasienter 65 – 80 år	Pasienter under 65 år
Pr. opphold	0,933	0,908	0,703
Pr. opphold med kirurgi	1,746	1,822	0,588
Pr. opphold uten kirurgi	0,701	0,671	0,513

Kilde: NPR-data 2006

Tabell 7.1 viser at pasienter over 65 år er gjennomsnittlig "tyngre" enn pasienter under 65 år. Tabellen viser videre at når man ser på alle opphold under ett, så er det pasienter over 80 år som generer flest DRG-poeng per opphold. Dette gjelder også når man ser på sykehusopphold uten kirurgi. Innenfor kirurgiske DRG-er er det pasienter i aldersgruppen 65-80 år som generer flest DRG-poeng per opphold.

Årsaken til at eldre genererer flere poeng per opphold er at eldre oftere havner i kompliserte DRG-er som har høyere refusjon. Dette har dels sammenheng med at eldre oftere blir operert som innlagte, og dels med at eldre ofte har flere samtidige lidelser. Hele 2/3 av pasientene over 65 år hadde kompliserende diagnose eller komorbiditet i 2005, mot knapp 1/3 hos yngre.

Høyere vekter gir høyere utbetaling av ISF refusjon til RHFene. I 2006 var refusjonsandelen 40 prosent og enhetsprisen var 31 614

kroner. Det innebærer at ISF-refusjonen for aldersgruppene 0-65 år, 65-80 år og 80 år og over i gjennomsnitt var på henholdsvis: 8 890, 11 482 og 11 798 kroner per opphold. ISF-refusjonen varierer dermed lite mellom de to eldste aldersgruppene.

En viktig kostnadskomponent for sykehusene er pasientenes liggetid. Den relative betydning av liggedøgn som kostnadsdrivere varierer mellom diagnoser og pasientgrupper, men for eldre sykehuspasienter framstår liggetid ifølge Holmås m.fl. (2007) som en sentral kostnadskomponent. Tabell 7.2 viser gjennomsnittlig liggetid for pasienter i aldersgruppene 0-65 år, 65-80 år og 80 år og over.

Tabell 7.2 Liggetid for pasienter i ulike aldersgrupper (2006)

Indikator	Pasienter over 80 år	Pasienter 65-80 år	Pasienter under 65 år
Liggetid i gjennomsnitt, alle opphold (dag og døgn)	4,7	3,56	2,40
Liggetid i gjennomsnitt, døgnopphold (LOS=1)	7,50	6,67	4,31

Kilde: NPR-data 2006

Tabell 7.2 viser at eldre i gjennomsnitt lå lengre på sykehuset enn yngre i 2006. Dersom man tar utgangspunkt i døgnopphold ser man at mens pasienter over 80 år i gjennomsnitt hadde 7,50 liggedager, hadde pasienter under 65 år 4,31 liggedager.

ISF-ordningen gir isolert sett et insentiv til å redusere liggetiden ved somatiske sengeavdelinger. Det har sammenheng med at regelverket for ISF innebærer at det i utgangspunktet kun gis en fast refusjon per opphold, uavhengig av liggetid. Eldre pasienter med lang liggetid kan derfor bli betraktet som "ulønnsomme pasienter". I en rapport fra Legeforeningen påpekes følgende: "Sykehus med mange pasienter som ligger lengre, eller som trenger mer pleie, eller dyrere medisiner blir økonomiske tapere".

For å ta høyde for at lang liggetid medfører økte kostnader for sykehusene ble det i 2006 innført en tilleggsfinansiering for pasienter med særdeles lang liggetid. Når det gjelder rehabilitering gis det også tilleggsfinansiering knyttet til forlengelse av opphold.

Planlagt forløp på tvers av medisinskfaglige ansvarsområder er krevende med dagens organisering og ansvarsfordeling. Det er utfordrende å koordinere opphold og utredninger på en effektiv måte i samarbeid mellom ulike medisinske spesialiteter. I et slik perspektiv vil mangel på generalister og geriatrik kompetanse

sannsynligvis være mer avgjørende for å nå målsetningen om god tverrfaglig behandling av eldre enn selve utformingen av finansieringsordningen.

7.3 Samhandling og eldre

Eldre pasienter vil i større grad enn yngre ha behov for pleie- og omsorgstjenester etter at sykehusoppholdet er over. Dette stiller krav til samordning med kommunalt tjenestetilbud for å tilrettelegge for videre oppfølging i kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Informasjonsutveksling og avklaring av hvordan videre omsorg og oppfølging skal skje krever innsats fra personell i spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Utskriving fra sykehuset kan først skje når kommunen har tilrettelagt for videre omsorgstilbud. Det betyr at pasienter kan bli liggende på sykehuset etter at sykehuset har vurdert pasienten som utskrivningsklar, dvs etter at utredning og behandling er gjennomført.

Det er en potensiell interessekonflikt mellom kommunen og sykehuset med hensyn til hvor raskt en pasient skal skrives ut fra sykehuset. For sykehusene vil kort liggetid gi reduserte kostnader. For kommunene vil imidlertid sen utskrivning gi reduserte kostnader.

Den potensielle konflikten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forsøkt regulert fra myndighetenes side gjennom forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. I henhold til denne forskriften kan sykehuset kreve betaling fra kommunen dersom pasienten blir liggende på sykehuset i mer enn ti dager etter at kommunen har fått skriftlig melding om at pasienten er utskrivningsklar. Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter døgnset for betalingen.

Holmås mfl. (2007) viser at det er en klar sammenheng mellom kommunens ressursforbruk på pleie- og omsorgstjenester og pasienters liggetid på sykehus. Mangel på kommunalt helse- og omsorgstilbud kan også medføre høyere tendens til å legge inn pasienter på sykehus. Det taler for samarbeid og samhandling mellom de to forvaltningsnivåene er nødvendig for å få til gode pasientforløp, og en samfunnsøkonomisk mest mulig effektiv og rasjonell ressursforbruk.

7.4 Direktoratets vurdering

Pasientenes liggetid er en viktig kostnadskomponent for sykehusene. Gjennomgangen i dette kapitlet viser at eldre pasienter i gjennomsnitt ligger lengre enn yngre pasienter. Eldre pasienter blir derfor ofte betraktet som "ulønnsomme" pasienter. Gjennomgangen i dette kapitlet viser imidlertid også at RHFene får høyere ISF-refusjon for eldre enn for yngre pasienter. Dette har dels sammenheng med at eldre oftere blir operert som innlagte, og dels med at eldre ofte har flere samtidige lidelser. Videre vil eldre pasienter ofte utløse tilleggsrefusjon fordi de er såkalte langliggere.

Direktoratets vurdering er at ISF-ordningen ikke er til hinder for god tverrfaglig behandling for eldre. Vi mener imidlertid at det kan være behov for å vurdere et utvidet refusjonsgrunnlag for pasienter med ekstra lang liggetid, herunder også hvordan overflyttinger mellom institusjoner bør håndteres.

I den senere tid har det vært en reduksjon i liggetid ved somatiske sykehus. Det har medført at kommunene har fått en utfordring når det gjelder å tilrettelegge for videre omsorgstilbud. Direktoratet vil derfor framheve at god tverrfaglig behandling for eldre krever god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det er behov for å sette fart i gode tiltak rettet inn mot dette. Her er det også nødvendig å vurdere økonomiske stimuleringer.



8. Igangsatte tiltak

ISF-ordningen er gjenstand for kontinuerlig vurdering og utvikling. I dette kapitlet beskrives påbegynt arbeid som sikter på å forbedre ordningen, samt arbeid med å utvide ordningen til nye områder.

8.1

Utviklingsarbeid innen for ISF-ordningen

Et videreutviklet DRG-system, basert på andre premisser enn dagens system, er under utvikling for rehabilitering og habilitering. Pasientens rehabiliteringsbehov, uttrykt som nedsatt funksjons- evne, skal brukes som grupperingskriterie sammen med diagnoser og rehabiliteringsprosedyrer. Dette vil til dels gi en aktivitetsbe- skrivelse som er tilpasset disse fagområdene, og til dels et bedre grunnlag for finansiering. Målet er å tilrettelegge for en implemente- ring av mer egnet ISF-ordning for rehabilitering og habilitering.

DRG-systemet er med rette påpekt å være mindre egnet for å beskrive høyspesialiserte tjenester og ressursbruk knyttet til disse. Det pågår et arbeid med sikte på et mer differensiert ordning, planlagt ferdig for implementering i 2009.

Direktoratet har fått i oppdrag å utvikle et nytt finansieringssystem for poliklinisk radiologi, som skal bygge på et nytt undersøkelses- kodeverk. Kodeverket skal benyttes både av offentlige og private røntgeninstitutt, uavhengig av om pasienten er innlagt eller behandles poliklinisk. Rapporteringen av radiologisk aktivitet skal også baseres på det nye kodeverket, som også skal danne grunn- laget for den nye finansieringsløsningen. De samme kostnads- elementer vil inngå i refusjonsberegningene for både innlagte og polikliniske pasienter.

8.2

Utvidelse av ISF-ordningen til nye områder

I tråd med Stortingets behandling av St.meld. nr 5 (2003-2004) pågår det utviklingsarbeid hvor det tilrettelegges for eventuell utvidelse av ISF-ordningen til nye områder. Her menes det områder hvor det enten brukes andre typer aktivitetsbaserte finansieringsordninger, eller områder hvor slike ordninger ikke foreligger. Det vil uansett ha verdi å komme frem til gode aktivitetsmål for disse områdene.

Behovet for utvidelse begrunnes primært med fare for vridnings-effekter mellom pasienter/behandlinger som omfattes av ISF-ordningen og pasienter/behandlinger som i sin helhet ramme-finansieres. Det er også behov for å styrke insentivene for effektivisering, særlig innen psykisk helsevern.

En ordning som ISF forutsetter at et system hvor aktivitet og kostnader kan beskrives og kobles gjennom gruppering av pasienter (jfr. DRG) er på plass. Det er dette som er i ferd med å bli utviklet i et langsiktig arbeid som er i gang. Man har startet med å etablere systemer for registrering og rapportering av pasientbehandlinger, og man fortsetter med å samle inn informasjon om kostnader og aktivitet. Til slutt skal det ferdigstilles "DRG-lignende" systemer for de aktuelle områdene. Disse kan umiddelbart brukes for å beskrive aktivitet og som grunnlag for finansiering etter at relativt ressursbruk er kjent.

Det planlegges å utvide ISF-ordningen til å omfatte somatiske poliklinikker for dermed å kunne dekke all behandling i somatiske institusjoner (døgn, dag og poliklinikk). Planlagt implementering er 2008.

For psykisk helse og spesialisert rusbehandling pågår arbeid hvor det utvikles systematiske metoder for å beskrive aktivitet (systemer for elektronisk registrering og pasientklassifisering) og tilsvarende ressursbruk (kostnadsvekker). Systemet skal kunne omfatte alle typer tjenester – døgnbehandling, dagbehandling, poliklinikk og ambulant virksomhet. Resultater skal etter planene foreligge i 2009 for å gjøre det mulig å innføre ISF-ordning for de aktuelle fagområdene.

For privatpraktiserende avtalespesialister bør finansierings-systemene harmoniseres med ISF-ordningen. Helt konkret menes systemer som ligger til grunn for ny ordning for somatiske poliklinikker og systemer som vil bli utviklet i forbindelse av potensiell utvidelse av ISF-ordningen til psykiatri og rusomsorg.

8.3

Kostnad per pasient data (KPP)

En utfordring for mange sykehus er som nevnt i kapittel 3 at de har for lite kunnskap om hva pasientbehandlinger egentlig koster, og følgelig hva en aktivitetsøkning gir av utgiftsøkning. Dette har bl.a. sammenheng med at vi i dag ikke har data som gjør det mulig å beregne hver enkelt pasients kontakt med helsetjenesten.

Kostnad per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for beregning av helsetjenestens kostnader knyttet til hver enkelt pasients kontakt med helsetjenesten. SINTEF Helse leverte høsten 2006 rapporten "*KPP ved norske sykehus. Prinsipper og retningslinjer*". I rapporten beskrives grunnleggende prinsipper og retningslinjer for utvikling av KPP ved norske sykehus. Denne rapporten har nå vært på offentlig høring. Og høringsinstansene er i hovedsak positive til å innføre KPP i Norge.



9. Samlede vurderinger og forslag til tiltak

I kapittel 2 – 8 er ISF-ordningens egenskaper og dokumenterte virkninger gjennomgått. Det er også redegjort for noen av de synspunkt berørte aktører har. Videre baseres vurderingene på en spørreundersøkelse blant ledere i helseforetakene som avdekker ulike oppfatninger om ISF-ordningens virkemåte.

Sosial- og helsedirektoratets vurdering er at ISF-ordningen har bivirkninger som er viktige å møte med gode tiltak. Direktoratets samlede vurdering er likevel at ordningen har gode egenskaper og er bedre enn relevante alternativ.

Generelt preges bildet av at målstrukturen er sammensatt, skiftende og dels konfliktfylt. Forventningene er meget høye i mange ledd av tjenesten til hvilke problemer finansieringssystemet kan løse. Behov for tydeliggjøring av mål og anvendelsesområde er sentralt i direktoratets samlede vurdering.

Direktoratets prinsipielle vurdering er at finansiering som virkemiddel ikke er egnet til å nå alle mål. Det er direktoratets vurdering at aktivitetsbaserte finansieringsordninger er best egnet som virkemiddel for å understøtte mål om effektiv pasientbehandling.

Like viktig som å vurdere om finansieringsordningen støtter opp om de ulike målsetningene, har det derfor vært å vurdere om de omtalte utfordringene krever andre tiltak, og om finansieringsordningene eventuelt kan være til hinder for gode faglige løsninger.

Samhandling og gode pasientforløp mellom nivåene i helse-tjenesten er en del av oppdraget. Dette krever en vurdering også av tiltak i primærhelsetjenesten. ISF kan ikke vurderes isolert.

I vurderingene av finansieringsordningene vil det alltid være vanskelig å skille klart mellom aktørenes ønske om mer ressurser

og ønske om et endret system gitt samme ressursramme. Analysen vil derfor fordre både en nærhet til problemstillingen og et overordnet perspektiv.

Direktoratets vurdering etter å ha gjennomført analysen og lyttet til berørte organisasjoner og myndighetsnivåer, er at det bør iverksettes tiltak langs flere dimensjoner.

9.1 Tydeliggjøring av mål

Vi har pekt på at ISF-ordningen historisk har vært ledsaget av noe skiftende mål. Det synes å være behov for å tydeliggjøre målstruktur og anvendelsesområde.

Spørreundersøkelsen blant lederne tyder på at endringen i målsettingen med ISF-ordningen fra økt aktivitet til målsatt aktivitet i hovedsak har fått gjennomslag. Det er imidlertid fremdeles ulik forståelse av målsettingen med ordningen.

En samlet vurdering av foreliggende tilbakemeldinger er at lokale enheter i for stor grad måles på deres evne til ISF-basert inntjening. Det er avdekket at oppfatningen av ISF-systemets virkemåte varierer noe avhengig av hvilket nivå lederne er på. Det er likevel slik at mange anser at inntjeningskravet er sterkt og påvirker pasientbehandlingens prioritering og kvalitet. Representantene for fagforeningene rapporterer at ledere for de enkelte tjenesteytende avdelinger blir målt på evne til å imøtekomme inntjeningskrav målt etter DRG-poeng. Det kan være svært uheldig.

Debatten om ISF-ordningen preges også dermed av kritikk for manglende treffsikkerhet fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten.

En samlet vurdering av tilbakemeldingene må derfor tolkes som at finansieringsordningen og ISF i mange tilfeller får for stor plass i det samlede styringssystem. Spesielt er dette bekymringsfullt dersom ISF-ordningen får uheldige virkninger for prioritering og kvalitet i helsetjenesten.

Direktoratet legger til grunn at det er helt nødvendig med økt ledelses- og styringsoppmerksomhet på RHF- og HF-nivå for å unngå at finansieringsordningene brukes med større rekkevidde enn de er egnet for. Det er viktig at det stilles krav til god pasientbehandling og god ressursutnyttelse i de utførende ledd av helsetjenesten. Herunder også oppfølging av krav til målsatt aktivitet. Direktoratet mener imidlertid at det er nødvendig med en kritisk vurdering av om DRG skal ha styringskraft ned på avdelingsnivå. Tiltak i forhold til

denne situasjonsbeskrivelsen må utvikles i samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene.

Direktoratet mener at det er behov for å samle de sentrale aktørene i helsetjenesten omkring en mer omforent forståelse og oppfatning av mål og anvendelsesområdet for systemets virkemåte. Spørreundersøkelsen har vist at modellforståelsen varierer for mye.

Både direktoratet og de regionale helseforetak har et selvstendig ansvar for å forsterke informasjon og kommunikasjon mot de ulike ledd i helseforvaltningen og den utøvende tjenesten for å tilrettelegge for en mer presis forståelse av ISF og DRG-systemets virkemåte. Det vil være nødvendig å målrette en større insats på dette området.

Det er direktoratets vurdering at samarbeid og tiltak på dette området kan skape større legitimitet og støtte i alle ledelsesledd i sektoren. Det er mye som tyder på at fremtidige gode resultater av ISF-ordning er avhengig av at modellforståelsen klargjøres langt bedre enn hva tilfelle er i dag.

Direktoratet legger for øvrig til grunn at ISF-ordningen i likhet med enhver finansieringsordning vil kunne ha uønskede effekter. Det er derfor særlig viktig å erkjenne dette og ha den nødvendige oppmerksomhet på problemstillingen i alle ledelsesledd.

Helsetjenestens målstruktur er og må være kompleks. Finansiering kan bare være ett av flere virkemidler og må på alle nivå brukes balansert i forhold til de helhetlige behov som skal møtes.

I vurderingene fra direktoratet legges det til grunn at de faglige og normative budskap primært må formidles gjennom ledelse og faglig forankrede prosesser. Det kan sågar virke mot sin hensikt om finansieringsordningene skal være "veiledende" for hva som skal gjøres og hvordan det skal gjøres i helsetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet vil ta konkrete initiativ for å tydeliggjøre ISF-ordningens funksjon og avgrensning i forholdet mellom nasjonale helsemyndigheter og RHF.

9.2 **Bedre utgiftskontroll**

Uavhengig av finansieringsordninger har det i sykehussektoren vært en historisk utfordring å holde driften av virksomhetene innenfor de årlig vedtatte budsjetter.

De varianter av aktivitetsbaserte finansieringssystemer som forefinnes i ulike ledd av helsetjenesten vil alle i noe ulik grad kunne øke usikkerheten når det gjelder budsjettkontroll. Gjennomgangen i kapittel 4 gir imidlertid ikke holdepunkter for å tilskrive en ISF-ordning med 40 prosent stykkprisandel ansvaret for de tilfelle av budsjettoverskridelser og sviktende budsjettkontroll som er rapportert.

Det er takstsystemene som er mest følsomme for aktivitetsvariasjoner og som dermed representerer den svakeste utgiftskontrollen. Med den omtalte omlegging av disse for spesialisthelsetjenester og med forsterket innsats på lab-røntgen området, er det et realistisk mål i løpet av kort tid å få bedre kontroll.

Målet om bedre aktivitetsstyring utfordres av flere elementer i helsepolitikken, blant annet tildelte pasientrettigheter, og hvor ISF-ordningen bare spiller en mindre rolle. Den vesentlige årsaken til at det er bedre samsvar mellom budsjett og faktisk aktivitet de senere år er etter direktoratets vurdering at refusjonsandelen er satt ned fra 60 til 40 prosent. Med en refusjonsandel på 40 prosent vil det kun unntaksvis være mulig å øke aktiviteten uten en økning i basisbevilgningen. Systemet fremstår derfor primært som et "styrings-system". Dette innebærer at vesentlige aktivitetsøkninger må være prioritert i de ulike ledelsesledd før eventuell realisering.

Det er vanskelig å dokumentere eksakt hvilken refusjonsandel som skiller finansieringssystemet fra å være styringsinnrettet til å være det som kan kalles rettighetsinnrettet. Det er imidlertid direktoratets vurdering at 40 prosent refusjonsandel gir lite rom for tvil om systemets hovedinnretning, og at dette bidrar som en vesentlig faktor til å bedre aktivitetsstyringen. Direktoratet vil derfor anbefale å opprettholde dagens nivå for refusjonsandelen.

I forhold til ren rammebudsjettering vil innslag av ISF alltid kunne representere en økt usikkerhet. Usikkerheten kan øke med størrelsen av stykkprisandelen. Direktoratet har imidlertid ikke funnet grunnlag nå for å foreslå å endre gjeldende ordning med 40 prosent ISF-refusjon. Den aktivitetsavhengige finansieringsandelen er fortsatt hensiktsmessig for å understøtte de aktivitetsmål som er politisk vedtatt og som gis fra Helse- og omsorgsdepartementet i de årlige styringsdokumenter til RHF'ene. Et balansert og godt finansieringssystem bør ha som viktigste egenskap å understøtte de vedtatte helsepolitiske og faglige mål. Stabilitet i de finansielle rammebetingelser bør være så god som mulig.

Som nødvendig beslutningsgrunnlag for RHF'ene utarbeides hvert år regelverket for den innsatsstyrte finansieringen. Krav til forutsig-

barhet og stabilitet over tid er vesentlig i alle viktige budsjetteringsprosesser. Alle endringer av betydning i finansieringsordningene skal foreligge i god tid før iverksetting. Det er en vesentlig svakhet at regelverk og dermed innhold i ISF-ordningen vanligvis har blitt lagt fram to måneder ut i gjeldende budsjettår. ISF-regelverket for gjeldende budsjettår skal heretter foreligge senest i desember året før.

Det er allerede innført tiltak for å bedre kontrollen på DRG-indeksen gjennom den såkalte "indeksmodellen" som dekomponerer registreringsvekst i forbedret koding, systemendringer og reell vekst i pasienttyngde. Relativt store systemendringer i 2006 utfordret imidlertid denne modellen og det er behov for videreutvikling og forbedringer.

Direktoratets vurdering er at kravet til god utgiftskontroll gjennom forutsigbarhet og enkelhet tilsier færrest mulig systemendringer fra det ene året til det andre. Videre at alle endringer må kommuniseres tydelig og i god tid slik at de kan innarbeides i de relevante budsjettprosesser i sektoren.

9.3

Bedre oppdatering av ISF-ordningen

Både DRG-systemet og ISF-ordningen har blitt kritisert for sen innarbeidelse av nye behandlingsmetoder. Her menes ikke bare inkludering av nye metoder som nye koder, men også justering av relative kostnadsforhold i tråd med de endringene som skjer i klinisk praksis.

Det må etableres bedre rutiner for helhetlig oppdatering av DRG-systemet, kostnadsvekter og ISF-ordningen for nye behandlingsmetoder. Direktoratets vurdering er at det er behov for følgende tiltak på området:

- Innmelding av nye metoder må gjøres enklere og bedre kjent
 - Nye prosedyrekoder må etableres fortløpende slik at registreringen straks kan begynne
 - Prosedyrekoder som er etablert innenfor avtalt frist tas inn i DRG-systemet for påfølgende år, og kostnader for aktuelle metoder tas inn i beregning av kostnadsvekter
 - Når systematisk evaluering av kostbar ny medisinsk teknologi er gjennomført, skal det på en rask måte tas hensyn til i DRG-systemet og ISF-ordningen slik at vedtatte nasjonale prioriteringer blir gjort gjeldende. Her vil det nyetablerte rådet for kvalitet og prioritering være en nøkkelfaktor i prosessen
- Alle disse tiltakene kan innføres i løpet av 2008.

9.4 Vridningseffekter

Tilbakemeldingen fra lederne gjennom spørreundersøkelsen gir grunn til uro for at uønskede vridningseffekter kan gjøre seg gjeldende i de utøvende ledd av spesialisthelsetjenesten.

Dette kommer til syne både gjennom at mange rapporterer at de oppfatter finansieringsordningen som hinder for god kvalitet i behandlingen og at ordningen påvirker prioriteringen av pasientene. I nylig publisert statusrapport (legeforeningen 2007) om prioritering i helsetjenesten påpeker DNLF at "en svakhet i ISF-ordningen er en uønsket vridning i pasienttilbudet mot "lønnsomme" aktiviteter". Forskningsrådets resultat-evaluering av sykehusreformen antyder noe av det samme.

Tilbakemeldingene er tydelige på at vridningseffektene har sammenheng med at systemet brukes til å legge krav om inntjening ved de enkelte tjenesteytende avdelinger. Dette er forhold som tilsier en vurdering av tiltak fra de respektive eier- og styringsledd.

Direktoratets vurdering er at potensielle vridningseffekter først og fremst må møtes med ledelsemessige og faglige tiltak. Dette forutsetter systemer for kontinuerlig dokumentasjon av prioriteringer og medisinsk praksis. I en virksomhetskultur der det tillates å søke etter bedriftsøkonomisk snevre og kortsiktige gevinster vil ethvert finansieringssystem ha uheldige konsekvenser. Derfor må denne problemstillingen også møtes med noe langt mer enn systemmessige tiltak. Det ligger her en stor utfordring.

Denne utvikling kan også delvis skyldes systemmessige forhold. Dagkirurgi ble i 1999 innlemmet i ISF-ordningen for å legge forholdene til rette for behandling av flest mulig pasienter uten innleggelse. Refusjonene ble fastsatt til å være like, uavhengig av hvorvidt pasienten ble behandlet ved innleggelse eller som dagkirurgi. Dette har gitt sterke økonomiske insentiver til omlegging mot dagkirurgisk behandling.

Tall fra NPR viser at man i 2006 utførte ca 32 500 (+ 20%) flere dagkirurgiske operasjoner enn i 2002. Av disse representerte ortopedi om lag 1/3, ØNH og øye sammen 1/3 og andre operasjoner 1/3. I samme perioden ble ventetiden for disse inngrepene sterkt redusert. Det er derfor neppe like hensiktsmessig å stimulere til dagkirurgi i dag. Tvert imot er det ønskelig å gjøre finansieringssystemet mest mulig nøytralt i forhold til beslutninger om valg av behandlingsform. For å styrke prioriteringsnøytraliteten i systemet, foreslås det en

justering av ISF-ordningen hvor det legges opp til å lage skille mellom refusjon for dagkirurgi og refusjon for kirurgi ved innleggelse som i større grad gjenspeiler reell forskjell i ressursbruk.

Tiltaket kan vurderes gjennomført fra 2008/2009.

9.5 **Gode pasientforløp**

Ulike sykehus kan ha ulik organisering av behandlingsforløp og det er viktig at finansieringsordningen ikke stimulerer til noen spesifikk organisering av virksomheten. Noen kan imidlertid i dag benytte flere sykehusopphold der andre benytter ett (eksempelvis invasiv behandling av hjerteinfarkt). Med dagens ISF-ordning kan ulik organisering utløse ulike refusjoner selv om den grunnleggende utredning og behandling er lik. At finansieringsordningen er påvirket av organisatoriske forhold kan fremme oppsplitting av opphold i stedet for faglig fornuftige løsninger. Selv om ikke direktoratet har faktisk kunnskap om at en slik tilpasning skjer er det i det videre utviklingsarbeidet ønskelig å arbeide mot en mer nøytral utforming av ordningen på enkelte behandlingsområder.

Norsk pasientregister blir etablert med pseudonyme personnummer i nær fremtid. Det blir da mulig å observere pasientforløp på tvers av opphold og sykehus. En slik kunnskap om pasientforløpene gjør det mulig å utvikle en finansiering som i større grad er basert på selve tilbudet og mindre grad avhengig av hvordan dette er organisert. Det vil være nødvendig å se på hvordan definisjonen av behandlingsepisode i finansieringen vil kunne gjøre ISF-ordningen mer robust i forhold til organisatoriske endringer.

På grunnlag av data fra NPR bør det arbeides mot at ISF-ordningen kan legges om i retning av finansiering av andre behandlingsepisoder enn sykehusopphold som i dag. I denne sammenhengen bør det også vurderes om vurdering og kontroll skal defineres inn sammen med eventuell behandlingkontakt i en og samme behandlingsepisode.

Dette tiltaket vil kreve noe lengre tid for realisering, anslagsvis 2-3 år.

9.6 **Bedre samhandling**

Flere utredninger om samhandling peker på at det her ligger viktige utfordringer for helsetjenesten, både med hensyn til de nasjonale og lokale rammebetingelsene og med hensyn til hva fagmiljøene lokalt kan gjøre

uavhengig av dagens rammebetingelser (her vises det blant annet til Wisløff-utvalget NOU 2005:3).

I vurderingene fra direktoratet legges det til grunn at de faglige og normative budskap primært må formidles gjennom ledelse og faglig forankrede prosesser. Det kan sågar virke mot sin hensikt om finansieringsordningene skal være "veiledende" for hva som skal gjøres og hvordan det skal gjøres i helsetjenesten. Likevel blir det en viktig ambisjon at ikke finansieringsordningene skal kunne være til hinder for de gode faglige løsningene, herunder samarbeid. Derfor er vurderingen at det også er behov for systemmessige justeringer.

Samhandlingens viktigste rammebetingelser legges gjennom relevante aktørers interesse for å få til gode løsninger for pasientene. Initiativet med etablering av en rammeavtale mellom KS og staten er derfor særlig viktig utgangspunkt for de lokale konkrete avtalene som også må understøttes av økonomiske avtaler om deling av kostnadene på samarbeidstiltak.

9.6.1

Stimulering av partnerskapsutvikling kommuner-foretak

Direktoratet mener det er viktig å velge kommunehelsetjenesten som ståsted og utkikkspunkt. Det er fordi det er i den kommunale helsetjenesten helhetsspektivet for tilrettelegging, henvisning og tilbakehenvisning av pasienten ligger. Nødvendige tjenester i grenseland mellom kommunenes ansvar og helseforetakene bør da skje på kommunehelsetjenestens premisser i hovedsak.

Direktoratet anser at det bør etableres flere tiltak rettet mot bedre samhandling. I en overgangsfase kan det derfor være nødvendig med statlig stimulering. Det argumenteres for at finansierings-systemer ikke i tilstrekkelig grad åpner for eller motiverer til gode tiltak i grenseland mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. De konkrete samarbeidstiltakene må imidlertid først og fremst ta utgangspunkt i den nytten de gir for pasienten, og hensynet til en best mulig ressursbruk.

Sosial- og helsedirektoratet foreslår følgende:

- Økonomisk stimuleringsordning for utvikling av partnerskap mellom kommuner og helseforetak hvor det er utformet konkrete partnerskapskontrakter med statlig medfinansiering. Det vil da kunne ha karakter av øremerkede tilskudd på bestemte vilkår, og uten et omfattende søknads- og godkjenningsbyråkrati. Dette kan omfatte kjente og faglig velbegrunnede tiltak i gråsonen

mellom forvaltningsnivåene, så som distriktsmedisinske sentra, felles akuttinntak, forsterkede sykehjemstilbud og eventuelt andre.

- Forsøksordning for aktivitetsbasert finansiering av sykestuer. Forsøket avgrenses til Finnmark. Enkelte sider ved saken må utredes nærmere. Det vises til sykestueutredning fra RHF Nord.

9.6.2

Ambulante tjenester

For å støtte primærhelsetjenesten og legge til rette for bedre samhandling generelt kan det være hensiktsmessig å etablere ambulant virksomhet hvor "spesialisten rykker ut til pasienten". Det finnes eksempler av denne type tilbud for eksempel innenfor kreftomsorg og også av finansiering av disse (jf. takster for ambulering poliklinisk virksomhet). Her menes det tilbud som kan karakteriseres som polikliniske spesialisthelsetjenester, men hvor behandlingen finner sted utenfor sykehuset i stedet for sykehuset. Eksempel er spesialisert rehabilitering hjemme hos pasienten.

Spesialisthelsetjenester som organiseres ambulant kan integreres i planlagt ny ISF-ordning for poliklinikk som en ordning innenfor aktuelle fagområder. Dette kan gjøres gjeldende fra 2008 /2009.

9.6.3

Telemedisin

Moderne informasjonsteknologi i diagnostikk og behandling bidrar til at informasjon om og kommunikasjon med den enkelte pasient kan være tilgjengelig uavhengig av avstand. I noen tilfeller kan bruk av "telemedisin" bidra til at pasientene i fortsatt kan behandles i primærhelsetjenesten. Her menes det tilbud som kan karakteriseres som polikliniske spesialisthelsetjenester, men hvor pasienten møter opp lokalt i stedet for i sykehuset.

Spesialisthelsetjenester som organiseres ved hjelp av moderne informasjonsteknologi kan vurderes i planlagt ny ISF-ordning for poliklinikk som en generell ordning innenfor aktuelle fagområder. Det er imidlertid lite som tyder på at det er finansieringen i spesialisthelsetjenesten som er mangelfull når det gjelder utviklingen av telemedisin. Det vil dessuten være spesialisthelsetjenesten som sparer reiseutgiftene. Målet med telemedisin er å desentralisere helsetjenestene. Det vil derfor i hovedsak kreve tilstedeværelse av lege eller annet helsepersonell i primærhelsedelen av linja. Det anbefales at det vurderes å utrede en særskilt finansieringsordning for telemedisin i primærhelsetjenesten. Eventuelt kan dette utprøves i mindre skala før iverksetting. Dette kan vurderes gjennomført i løpet av 2008/2009.

9.6.4

Finansiering av private aktører

Finansiering av privatpraktiserende helsepersonell avviker fra finansieringsordningene for de offentlige aktørene gjennom at finansieringsansvaret i hovedsak hviler på en "tredjepart" uten styrings- og prioriteringsansvar. Det er viktig at de private aktørenes rolle i et helhetlig tjenestetilbud tydeliggjøres. I dette perspektivet er det nødvendig med en nærmere vurdering av finansieringsordningene.

De regionale helseforetaks muligheter til å stille vilkår i forhold til private avtalespesialister bør utvides slik at disse tjenestene kan inngå som bedre integrert med regionale helseforetaks tilbud til befolkningen. Dette vil både understøtte en bedre prioritering av de samlede ressurser og være et element i kvalitetsutviklingen av tjenestene gjennom faglig integrasjon.

9.7

Igangsatte tiltak

Det er grunn til å gå videre med det utviklingsarbeid som er startet med å tilrettelegge for aktivitetsmål innen rus, psykisk helsevern og rehabilitering. Dette vil på sikt kunne gi viktige bidrag til forbedringer av disse tjenesteområdene.

9.8

Økonomiske og administrative konsekvenser

I hovedsak kan de tiltak som er foreslått gjennomføres innen for de gjeldende ressursrammer.

Utredningskapasiteten i Sosial- og helsedirektoratet på dette område må imidlertid vurderes i forhold til de tiltakene som er beskrevet i det foregående og følges opp i de årlige budsjettprioriteringene.

Partnerskap med tilhørende avtaler er i denne saken kun utformet som en skisse. Før realisering kreves ytterligere konkretisering og mer detaljert utformning av avtaler og økonomiske ordninger. Det er imidlertid ikke lagt opp til omfattende søknads- og godkjenningsprosedyrer.

Det bør på disse vilkår være mulig å håndtere oppgavene innenfor gjeldende rammer.

KILDER

Agenda Utredning og Utvikling (2007) Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten. FOU-prosjekt.

Agenda og Muusmann research & consulting (2005) Belyse Helse- foretaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer.

Beate M. Huseby (2007) Er aktivitetsutviklingen etter reformen forskjellig fra perioden før reformen? SINTEF Helse.

Bjørn Erik, Terje P. Hagen, Tor Iversen og Jon Magnussen (2003) The effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992-2000.

Dahlen, Dag Morten, Jostein Grytten og Rune Sørensen (2002): Mer penger eller mer for pengene? Handelshøyskolen BI. Forskningsrapport 16/2002.

Den norske legeforening:
"Når du blir gammel og ingen vil ha deg."

Forskningsrådet (2007). Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse.

Halsteinli, Vidar, Soveig Oseberg Ose, Hedi Torvik og Terje P. Hagen (2006): Allocation of labour to somatic and psychiatric specialist care - The effects of earmarked grants.

Holmås T, Kjerstad E, Kristiansen, F, Lurås H (2007) "Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgs-tilbudet".

Husby, Beate (2004) SAMDATA Somatikk 1/04. Rapport STF78 A045015. Trondheim, SINTEF Helse.

Jorid Kalseth, Vidar Halsteinli, Solveig Osborg ose, Heidi Torvik og Marit Pedersen (2007) Helseforetakenes prioriteringer mellom somatikk og psykisk helsevern: Forekommer det uønskede overføringer av psykisk helseverns ressurser til fordel for somatisk sektor? SINTEF Helse.

Jørgenvåg Ronny, Jensberg Heidi. Befolkningens bruk av sykehustjenester - opphold eller pasient som enhet?, SINTEF A141, 2006

Knut Iversen (2000) En bred kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon. Uforutsigbarhet i ISF-ordningen. HERO. Skriftserie 2000-2.

Legeforeningen (2007):
Lang, Lang rekke – Hvem skal vente hvem skal få?

Legeforeningen: Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten: Når du blir gammel – og ingen vil ha deg...

Magnussen, Jon, Terje P. Hagen og Oddvar M.Kaarboe (2007) Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform.

Martinussen, Pål E og Terje Hagen (2006) Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: Evidence from day surgery.

NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.

Rapport fra arbeidsgruppe: Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede.

Rapport fra faggruppe (2006): Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord. Helse Finnmark, Helse Nord.

Rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2002): Distriktsmedisinske sentre (DMS). Utvikling av sykestuer til fremtidens "desentraliserte" spesialisthelsetjeneste.

Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvalitet ved helseforetakene dok.nr. 3:7 (2005-2006).

St.meld nr. 5 (2003-2004): Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

St. meld nr. 25 (2005-2006) Mestring muligheter og mening, Omsorgsplan 2015.

St.prp. nr 1 (2002-2003) fra Helse- og omsorgsdepartementet

Sosial - og helsedirektoratet

Pb 7000, St Olavs plass

0130 Oslo

Tlf: 810 200 50

www.shdir.no