

En gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten.

INNHold

INNHold	1
INNLEDNING	3
Tilnærming.....	3
Avgrensing.....	4
SAMMENDRAG	5
RAPPORTEN	7
1 Om finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten	7
1.1 Innsatsstyrt finansiering.....	7
1.2 Rammefinansiering.....	9
1.3 Polikliniske takster.....	10
1.4 Kvalitetsbasert finansiering.....	12
1.5 Oppsummering.....	12
2 Tjenesteområder og finansieringsordninger	14
2.1 Somatikk.....	14
2.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	17
2.3 Rehabilitering.....	22
2.4 Laboratorietjenester.....	26
2.5 Radiologi og nukleærmedisin.....	28
3 Samarbeidstiltak mellom forvaltningsnivåene	31
3.1 Generelle betraktninger.....	31
3.2 Spesielle tema relatert til samhandling og samarbeid.....	31

3.3	Større, strukturelle samarbeidstiltak	32
4	Andre særskilte tema	35
4.1	Ambulante og oppsøkende tjenester.....	35
4.2	eHelse og elektronisk dialog.....	36
4.3	Ny teknologi, nye tjenesteformer	38
4.4	Telleenheten i aktivitetsmålesystemet	40
5	Finansieringen sett fra RHF-ene og universitetsmiljøene	42
5.1	RHF	42
5.2	Universitetsmiljøene	44
6	Tilrådning	45

INNLEDNING

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2015 fått følgende oppdrag:

«Direktoratet bes om å foreta en gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten, herunder knyttet til ambulante tjenester, digital samhandling, aktuelle samarbeidsløsninger med kommunehelsetjenesten, og andre relevante tjenesteområder. Siktemålet for oppdraget vil være å identifisere mulige utviklingsbehov. Fristen for oppdraget er 1. mai 2015.»

Tilnærming

De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge for-ansvaret). I lov om spesialisthelsetjenester blir sørge for-ansvaret nærmere presisert, og blant annet følgende fremheves:

- Tjenestetilbudet til pasientene skal være tilgjengelig og av god kvalitet.
- Tjenestetilbudet skal være kostnadseffektivt, i den forstand at ressursene som stilles til disposisjon skal utnyttes best mulig.
- Tjenestetilbudet skal tilpasses pasientenes behov.

I Helse- og omsorgsdepartementet sin budsjettproposisjon for 2015 heter det:

«Finansieringsordningene viktigste formål er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene».

Gjennomgangen av finansieringsordningen vil ha som hovedperspektiv å vurdere om de faktisk understøtter sørge for-ansvaret, og er strukturert etter tjenesteområder/aktivitet. Først omtales kort de aktuelle finansieringsordningene og deres egenskaper.

Avgrensing

I oppdraget er det foretatt et utvalg av målene i sørge for-ansvaret, primært knyttet til behandlingsaktivitet. De regionale helseforetakene har ansvaret for å fremme folkehelsen, bidra til likeverdige tjenestetilbud i hele landet og understøtte forskning og utdanning. Finansieringsordningenes virkninger på disse områdene er ikke nærmere vurdert spesifikt.

Konsekvensen av å innrette finansieringsordninger for prioriteringsformål er heller ikke drøftet. Det er krevende å belyse de samlede virkningene for pasientene av å fremme en bestemt aktivitet på bekostning av andre aktiviteter. Problemstillingen er omfattende og anses å ligge utenfor oppdraget.

Det foretas ingen utredning av egenandelsinstituttet. Finansieringsordningen «*Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte (Raskere tilbake)*» er også utelatt fra gjennomgangen.

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet vil anbefale utvikling av en gjennomgående finansieringsmodell basert på en kombinasjon av basisbevilgning og aktivitetsbaserte ordninger i spesialisthelsetjenesten. Aktivitetsbaserte ordninger må være basert på en entydig dokumentasjon, som legger til rette for måling av utført pasientbehandling. Finansieringsordninger har ulike egenskaper og ved å kombinere flere typer ordninger oppnås en sammensetning av virkemidler, som bedre støtter opp om realisering av sørge for-ansvaret. Etter Helsedirektoratet vurdering er det behov for justeringer og endringer i ordningene på flere områder.

Ulike tjenesteområder innen spesialisthelsetjenesten finansieres i dag forskjellig. Døgnbehandling for psykisk helsevern og rus finansieres i dag gjennom rammebevilgning uten noen kobling til aktiviteten. Uten en aktivitetsbasert ordning vil dette tjenesteområdet ha svakere insentiver til høy aktivitet og god ressursutnyttelse, noe som kan svekke tilgjengeligheten.

Takstsystemet for polikliniske pasienter innen psykisk helsevern og TSB stimulerer til høy aktivitet, men en takst er en grov kobling mellom aktivitet og finansiering som gjør det vanskelig å måle aktiviteten presist.

Tjenesteformer som ambulant virksomhet herunder ACT, elektronisk kommunikasjon med pasient, telemedisinsk oppfølging og samhandlingsaktiviteter mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er i liten grad inkludert i aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Når basisbevilgningen er eneste tilgjengelige finansieringsordning kan det hevdes at disse områdene prioriteres ned i forhold til aktiviteter som gir inntekt for utført aktivitet. På flere av områdene mangler også en medisinsk klassifikasjon av aktiviteten, som svekker muligheten for at aktiviteten kan telles og måles.

På rehabiliteringsområdet bidrar lokal variasjon i oppgavefordelingen mellom RHF og kommuner til at operasjonalisering av aktivitetsbasert finansiering er krevende. Det er også svakheter i nåværende klassifikasjon. Etter utviklingen av kommunal medfinansiering er det få ordninger som *aktivt stimulerer til* samarbeid mellom tjenestenivåer. Videre vil noen hevde at dagens finansieringsordninger gjør det komplisert for RHF og kommuner å inngå økonomisk forpliktende

samarbeid om tjenestetilbud og kan være til hinder for en hensiktsmessig og dynamisk oppgavefordeling.

Det pekes også på utfordringer innen finansieringen av somatikken, men det fremmes ingen konkrete forslag om utviklingsprosjekter på dette området. Uønskete virkninger av f.eks. ISF-ordningen, foreslås håndtert gjennom den løpende forvaltningen av ordningen.

1 OM FINANSIERINGSORDNINGENE I SPESIALISTHELSETJENESTEN

1.1 Innsatsstyrt finansiering

1.1.1 Beskrivelse av ordningen

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en aktivitetsbasert finansieringsordning som omfatter somatisk aktivitet. Gjennom ISF gjøres deler av bevilgningene fra staten til regionale helseforetak (RHF) avhengig av hvor mange og hva slags type pasienter som får behandling. Av den grunn er ISF-ordningen en overslagsbevilgning.

Hvert pasientopphold klassifiseres i en Diagnose Relaterte Gruppe(DRG) basert på koding av diagnose og behandling(prosedyrer). Hver DRG har en kostnadsvekt som fastsetter dens økonomiske verdi. Kostnadsvekten reflekterer de nasjonale gjennomsnittskostnadene for pasientbehandlingen i en DRG. Refusjonsandelen i ISF er gjennom statsbudsjettet i 2015 fastsatt til 50 prosent av kostnadsvekten.

RHF-et har et selvstendig ansvar for finansiering av helseforetakene (HF-ene) i egen region. ISF-inntektene utgjør, sammen med basisbevilgningen det samlede grunnlag for utøvelsen av dette ansvaret. RHF-ene står fritt til hvordan de vil innrette finansieringen av egne helseforetak. På samme måte står HF-ene fritt med hensyn til hvordan de fordeler ISF-inntektene innad i eget HF. I realiteten er ISF-ordningen en finansieringsform som foregår i en 3-trinns prosess. Først

utbetales midlene fra staten til RHF-ene, dernest fra RHF-ene til HF-ene i egen region. Tilslutt fordeles ISF-midlene innad i det enkelte HF.

Det er grunn til å fremheve at det kun foreligger nasjonale føringer for utbetalingen fra HOD til RHF-et. ISF-inntekter er øremerket til pasientens hjemmeregion, men ikke til bestemte pasientgrupper, helseforetak eller fagområder. Både de regionale helseforetakene og det enkelte helseforetak har stor grad av frihet med hensyn til valg av finansieringsmodell på eget nivå. Denne fleksibiliteten i ISF-ordningen er tilsiktet i det ordningen ikke er presist utformet og ikke er ment å styre prioriteringene.

1.1.2 ISF- ordningen og insentiver

Disse kan oppsummeres i to hovedgrupper:

- insentiv for økt aktivitet (aktivitetsmål)
- insentiv for kostnadseffektiv drift

I prinsippet gir en aktivitetsbasert finansieringsordning insentiver til økt aktivitet. Styrken i ISF-ordningens insentivkraft for økt aktivitet henger sammen med refusjonsandelen. Jo høyere refusjonsandel desto sterkere blir insentivet. Høyere aktivitet vil gi høyere inntekt til RHF-et. En redusert aktivitet vil tilsvarende føre til et fall i ISF-inntektene. I senere år har ISF-inntektene stort sett vært i tråd med budsjettet. Det skyldes blant annet at sentrale myndigheter har fastsatt klare mål for aktivitetsnivået. Dette demper insentivet til økt aktivitet, men fjerner det ikke, siden fall i aktiviteten under målnivået vil gi negative økonomiske konsekvenser. Høy aktivitet alene er ingen garanti for at prioritering i samsvar med sørge for-ansvaret realiseres. Aktivitetsveksten kan komme innen tjenesteområder der det økonomisk er minst ressurskrevende å gjennomføre pasientbehandling og dermed medføre uønskede vridninger i tjenestetilbudet.

ISF-ordningen er en prospektiv finansieringsordning. Enhetsprisen per DRG-poeng er fastsatt på forhånd. Dersom pasientbehandlingen kan realiseres med mindre bruk av ressurser enn DRG-vekten er basert på, vil kostnadene reduseres uten at ISF-inntektene faller tilsvarende. Helseforetaket vil gjennom mer effektiv drift oppnå et bedre økonomisk resultat. På den annen side kan en kostnadsbesparelse også oppnås gjennom reduksjon i kvaliteten på behandlingen.

Aktivitetsbaserte finansieringsordninger, herunder ISF-ordningen, vil i noen grad kunne øke usikkerheten når det gjelder budsjettkontroll. Jo høyere refusjonsandelen i ISF-ordningen, desto større blir usikkerheten. I de senere år viser erfaringer fra helseforetakene at budsjettene stort sett har gått i balanse.

Hvordan helseforetakene innretter ISF-inntektene kan påvirke kontrollen. For et HF er felleskostnadene (ikke pasientspesifikke kostnader) betydelige og kan utgjøre nærmere 30 prosent av kostnadene. Felleskostnadene finansieres i praksis via basisbevilgningen, siden mange fellesenheter ikke kan generere ISF-inntekter. I de kliniske avdelingene der DRG-relatert aktivitet finner sted, innebærer dette at inntektskravet vil utgjøre mer enn de formelt vedtatte 50 prosent. I en del tilfeller vil kliniske avdelinger i praksis kunne møte en aktivitetsbasert finansieringsandel på drøye 70 prosent. (Anslaget er et stilisert eksempel, beregnet på følgende vis: $\{50\% / (100\% - 30\%) \approx 70\%\}$).

Et pasientopphold består av en rekke ulike tjenester, og kan utløse ressursbruk i andre avdelinger enn der inntektene allokteres. En forutsetning for å sikre at budsjettbalansen holdes, er at det for helseforetaket som helhet er slik at marginalinntekten er høyere enn marginalkostnaden for de enkelte pasientene. Økt aktivitet forutsetter både god dokumentasjon av behandlingen og kjennskap til kostnadene, både før og etter en endring i aktivitetsnivå.

1.2 Rammefinansiering

1.2.1 Beskrivelse av ordningen

Rammefinansiering er en basisbevilgning som bestemmes av bl.a. antall innbyggere i en helseregion, dens alderssammensetning, ulike sosioøkonomiske kriterier og kostnadsdata. Bevilgningens størrelse forutsetter således ingen kobling mellom aktivitet og inntekt. Midlene forutsettes benyttet i samsvar med «sørge for- ansvaret», og skal dekke kostnadene ved utført aktivitet. Den bevilges til de regionale helseforetak som fordeler midlene videre til helseforetakene.

Prinsipielt vil det være mulig å knytte aktivitetskrav til en rammebevilgning. I realiteten gjelder dette for somatikk allerede, siden dette tjenestetilbudet omfattes av insentivene til høy aktivitet gjennom ISF-ordningen. Indirekte vil forventningen og høy aktivitet omfatte den del av basisbevilgningen som benyttes til somatikk. Basisbevilgningen dekker også kostnaden til psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling.

Også for basisbevilgningen er det grunn til å påpeke at det kun foreligger nasjonale føringer for utbetalingen fra HOD til RHF-et. Basisbevilgningen er øremerket pasientens hjemmeregion, men ikke til bestemte pasientgrupper, helseforetak eller fagområder. Regionale helseforetak og det enkelte helseforetak har stor frihet med hensyn til innretning av finansieringsmodell på eget nivå. Denne fleksibiliteten, er som med ISF-ordningen, tilsiktet.

1.2.2 Rammefinansiering og insentiver

Ved rammefinansiering er marginalinntekten null for all pasientbehandling i den forstand at uansett valg av behandling vil inntekten ikke øke. Rammefinansiering er således en prioriteringsnøytral finansieringsordning. En basisbevilgning gir også svake insitament til å redusere kvaliteten på behandling gjennom kostnadsbesparelser.

Tradisjonell rammefinansiering har historisk sett vist seg å gi relativt god kostnadskontroll, men har og vist seg å være mindre velegnet til å stimulere til aktivitetsøkninger. En basisbevilgning har også svake insentiv til effektiv drift. Selv om aktivitetsnivået faller, reduseres ikke basisbevilgningen. Det vil likevel være slik at mer effektiv drift også med rammefinansiering vil gi et helseforetak større handlingsrom. Hvilke av disse effekter som virker sterkest er et empirisk spørsmål. Fallende aktivitet kan motvirkes med fastsettelse av aktivitetskrav. Men dette forutsetter at aktiviteten kan måles på en meningsfull måte.

1.3 Polikliniske takster

1.3.1 Beskrivelse av ordningen

Polikliniske takster er en aktivitetsbasert finansieringsordning som omfatter voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, laboratorievirksomhet og radiologi utført ved statlige helseinstitusjoner, samt privat laboratorie- og røntgenvirksomhet. Takstbeløpene utbetales fra HELFO til RHF-ene for statlige virksomheter, mens private aktører får oppgjør direkte. Siktemålet for innretning av refusjonen, er at takstene sammen med egenandelen skal utgjøre om lag 40 prosent av kostnadene for utført aktivitet.

Takstrefusjonene er tilskudd som gis etter faste satser per konsultasjon eller undersøkelse. Takstene utløses når en aktivitet eller en prosedyre er utført. Takster kan innebære at en får refusjon for hver aktivitet uten at det legges begrensninger på hvor mange aktiviteter, prosedyrer eller prøver som tas eller hvor mange kontroller som utføres («fee for service»). Jo flere aktiviteter, desto høyere inntekt. Én takst kan imidlertid også dekke flere enkeltaktiviteter.

Dagens takstsystem inneholder takster av ulike karakterer:

Konsultasjonstakster o.l. er knyttet til bestemte hovedtyper av aktivitet, f.eks. en konsultasjon eller en spesifikk samarbeidsaktivitet. Slike takster har likhetstrekk med kategoriene i DRG-systemet, men skiller seg fra disse ved at de er grovere inndelt, inneholder mindre medisinsk informasjon, og ved måten refusjonsbeløpet fastsettes på. *Tilleggstakster* og *spesifikke undersøkelsestakster* er de som klartest representerer «fee for service», ved at de innebærer refusjon for svært spesifikke og ofte detaljerte deltjenester eller prosedyrer. Et mindretall av takstene utgjør hovedsakelig en kostnadsrefusjonsordning. Dette inkluderer *timeverkstakstene* i

bruk innen psykisk helsevern og TSB. Her er takstene i liten grad relatert til hvilket tjenesteinnhold som har blitt levert, men til hvor mye ressurser (timeverk) som har blitt forbrukt.

Ulike typer takster har ulike kvaliteter og svakheter med hensyn til virkning og insentiver. Det er derfor vesentlig at man i vurderingen av finansieringsordningene ikke bare betrakter alle taksttypene som én gruppe, men får frem nyansene knyttet til de ulike hovedkategoriene.

Ofte representerer ikke takstene en presis medisinsk dokumentasjon av pasientbehandlingen, siden mange ulike aktiviteter og pasienter med ulike diagnoser kan finansieres gjennom samme takst. I slike tilfeller er takster et lite egnet mål for utført aktivitet. Prinsipielt er det mulig å knytte polikliniske takster til en entydig medisinsk beskrivelse, slik det f. eks er gjort for radiologi. Der er hver radiologiske prosedyre koblet til en og bare en refusjonssats. Fravær av entydig informasjon om behandlingsaktivitet gjør det vanskeligere å drive planlegging av behandlingsaktiviteter basert på takstinformasjonen.

1.3.2 Polikliniske takster og insentiver

En takstbasert finansieringsordning inneholder et insentiv for økt aktivitet, siden ny aktivitet vanligvis utløser en ny takst. Enten ved at antall behandlede pasienter øker eller hver pasient får en mer omfattende behandling. I takstsystemet for poliklinisk virksomhet gjelder dette konsultasjonstakstene og de mer spesifikke undersøkelsestakstene. Timeverkstakster o.l. stimulerer derimot ikke til økning av spesifikk behandlingsaktivitet.

Når det gjelder insentiv for mer kostnadseffektiv drift, er bildet også blandet. Også her vil timeverkstakster og tilsvarende kostnadsrefusjonsmodell ha liten virkning og endog virke motsatt. De aktivitetsrelaterte takstene kan prinsipielt gi stimulans til kostnadseffektiv drift, men den lave nyanseringsgraden (få takster for mange typer tjenesteinnhold) og måten refusjonsstørrelsen fastsettes på (uten kobling til empirisk kostnadsnivå), gir svakere virkning enn case mix-systemer så som DRG.

Takstordningene som er i bruk i dag, avviker fra ISF-ordningen basert på DRG-systemet. Takster er som hovedregel ikke diagnoserelatert slik som ISF-refusjonen er. ISF-ordningen har et insitament til effektiv behandling når en diagnose er stilt. Til grunn for ISF-refusjonen ligger det da en forutsetning om hvilke aktiviteter eller prosedyrer som forventes å være nødvendig for å behandle den aktuelle diagnosen. Organiserer man det mer effektivt enn forventet, oppnås en gevinst. Et slikt insentiv er i mindre grad til stede når ytterligere aktivitet kan utløse en ny takst. Men også takstsystemer kan innrettes med et klart insentiv til å redusere kostnader, slik som takstsystemet for radiologi. Dette er prosedyrebasert, der hver prosedyre er tilknyttet en unik refusjon. Da vil en mindre ressurskrevende gjennomføring av prosedyren enn forventet, gi virksomheten en økonomisk gevinst.

På samme måte som for ISF-ordningen kan en ulempe være at takster kan gi insitament til kostnadsreduksjon gjennom kvalitetskutt.

1.4 Kvalitetsbasert finansiering

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) er en finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten hvor en andel av RHF-enes inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål med bruk av kvalitetsindikatorer. KBF utbetales årlig, og skal særskilt godtgjøre kvalitet i pasientbehandlingen. KBF kommer i tillegg til eksisterende finansieringsordninger, dvs. basisbevilgning og ISF.

KBF innebærer en alternativ fordeling av budsjettmidler. I KBF tas det hensyn til målt kvalitet i helsetjenesten, mens rammefordeling for øvrig er basert på objektive kriterier. Til grunn for beregning av KBF ligger et sett med utvalgte kvalitetsindikatorer med tilhørende prestasjonsmål. Målt kvalitet brukes til å beregne poeng som i tillegg vektes for å ta hensyn til RHF-enes størrelse og pasientsammensetning. KBF fordeler midler fra staten til RHF mens RHF-ene står fritt til å omfordele inntektene fra KBF-ordningen i tråd med behov og ønskede prioriteringer i regionen.

1.5 Oppsummering

Målsetningene i spesialisthelsetjenesten er mange og til dels motstridende. Det finnes ikke én enkelt finansieringsordning som kan oppfylle alle mål. Spesialisthelsetjenesten kan mest hensiktsmessig finansieres med en sammensetning av flere typer finansieringsordninger som har ulike egenskaper, med en fleksibilitet som kan møte varierende behov over tid.

Et viktig hensyn er å kunne dokumentere utført behandling på en enkel og nasjonalt standardisert måte. Det legger til rette for å følge opp prioriteringer og ambisjoner med hensyn til aktivitetsutvikling.

For å utnytte ressursene på en god måte må sykehusene stimuleres til en kostnadseffektiv pasientbehandling og god organisering av pasientforløp. Incentiver kan bygges inn i finansieringsordningene ved at godtgjørelsen baseres på forventede kostnader. I en prospektiv finansieringsordning overføres et fast beløp til tjenesteleverandør for utført aktivitet uavhengig av hva kostnaden hos utfører er. ISF-ordningen er et eksempel på en slik fast-pris ordning, med en direkte kobling til målt aktivitet. Polikliniske takster representerer en annen fast-pris ordning, som både kan utformes med en direkte kobling til målt aktivitet, og mer indirekte ved at samme takst dekker flere ulike aktiviteter.

Uansett hvor godt man organiserer og planlegger pasientforløp og pasientbehandling i et sykehus, er det likevel slik at sykdomsforløp kan variere betydelig, selv for samme diagnose. Det gjør behandlingskostnader uforutsigbare. Rammefinansiering sikrer sykehusene nødvendig handlefrihet. Basisbevilgning gir i tillegg til finansiell fleksibilitet, også rom for klinisk skjønn i prioriteringene.

Kombinasjoner av ulike finansieringsordninger trenger ikke innebære samme innretning på alle tjenesteområder innen spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig å ta hensyn de ulike tjenesteområdenes egenart. Sammensetning av finansieringsordninger og vektleggingen av aktivitetsbaserte ordninger opp mot rammefinansiering, må alltid vurderes for hvert enkelt tjenesteområde utfra hva som er formålstjenlig i forhold til det rådende utfordringsbilde.

2 TJENESTEOMRÅDER OG FINANSIERINGSORDNINGER

2.1 Somatikk

Somatisk behandling i spesialisthelsetjenesten utføres i helseforetakene eller private institusjoner som har en avtale med et regionalt helseforetak. All somatisk aktivitet, knyttet både til polikliniske og innlagte pasienter klassifiseres i DRG-systemet. Det gjelder også for den aktiviteten som utføres av private virksomheter.

Innenfor somatikken benyttes flere typer finansieringsordninger. De omfatter basisbevilgningen, ISF-ordningen, takster og Kvalitetsbasert finansiering. For alle ordningene gjelder det at inntektene initialt overføres til de regionale helseforetakene (kapittel 732 i St. prop. 1 S). Disse har på sin side ansvaret for å fordele midlene videre til de utførende virksomheter. De regionale helseforetakene har stor frihet med hensyn til utforming av inntektsmodellene de anvender på dette nivå. Når virkemåten til de ulike ordningene skal vurderes med hensyn til hvordan de ivaretar sørge-for-ansvaret, må dette perspektivet trekkes inn.

2.1.1 Finansiering av somatikk i lys av sørge-for-ansvaret.

Tilgjengelighet av tjenester av god kvalitet

ISF-ordningen inneholder et insentiv til høy aktivitet. Fram til og med 2013 ble insentivet dempet noe ved at tjenestevolum ble utformet som et fast aktivitetsmål i form av antall DRG-poeng. Det ble signalisert at aktiviteten ikke skulle økes utover målet. Fra og med 2015 er dette aktivitetstaket fjernet, men kravet er at veksten i aktivitet må realiseres innenfor gitte budsjettammer, inkludert ISF-inntektene som følger av høyere aktivitet.

Det er likevel ikke slik at høy aktivitet alltid er i samsvar med befolkningens behov.

Aktivitetsvekst i form av DRG-poeng gir ingen føringer for hvilke type pasienter som skal prioriteres. I en situasjon med køer i helsevesenet, kan det oppstå tilfeller der det foreligger en motsetning mellom hva som er god prioritering i samsvar med behov og hva som gir et høyt antall DRG-poeng. Aktivitetsveksten kan komme innen tjenesteområder der aktiviteten er minst ressurs- og kompetansekrevende, og dermed medføre uønskede vridninger i tjenestetilbudet.

Helsedirektoratet vil ikke utelukke at dette i en del tilfeller vil kunne skape uklarhet i hvordan tjenestene skal dimensjoneres og prioriteres. I regelverket fremgår det tydelig at ISF-ordningen ikke skal være styrende for de prioriteringer som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som tilbys helsehjelp eller hvilken type helsehjelp som ytes. Det er ingen tvil om at prioritering etter «sørge for ansvaret» skal veie tyngst. Derfor er det viktig at helseforetakets ledelse erkjenner dette og sørger for at en slik forståelse nedfelles i alle ledd i helseforetaket.

Basisbevilgningen er i utgangspunktet prioriteringsnøytral. Koblet til ISF vil imidlertid økt aktivitet i de pasientgrupper der kostnadsnivået i et helseforetak er lavt, i forhold til det nasjonale gjennomsnittet, gi høyest dekningsbidrag for det enkelte helseforetak. Ved å øke pasientbehandling for slike pasienter vil belastningen på basisbevilgningen bli mindre og dermed spres på flere pasienter dvs. at konsekvensene samlet sett blir økt aktivitetsvekst. En prioritering av slike pasientgrupper kan i prinsippet stride mot prioritering etter sørge for-ansvaret. KBF er finansieringsordning der høy kvalitet i pasientbehandlingen skal gi økonomisk uttelling.

Samlet er det direktoratet vurdering at finansieringsordningene som benyttes innen somatikken stimulerer til høy aktivitet, samtidig som krav til kvalitet settes i fokus. Mens ISF stimulerer til god tilgjengelighet, representerer basisbevilgningen og KBF-ordningen virkemidler som legger til rette for at behandlingskvalitet også gis finansiell understøttelse.

Kostnadseffektiv ressursbruk

ISF-ordningen har sterke insentiver for høy ressursutnyttelse, men det gjelder ikke basisbevilgningen eller KBF. Omtalen under vil således konsentrere seg om ISF-ordningen.

For å sikre effektiv ressursbruk må også ISF-ordningen virke på HF-nivå. RHF-ene står i utgangspunktet fritt med hensyn til hvordan de vil overføre ISF-inntektene til sine HF. I praksis utbetales ISF-inntektene til et HF helt i samsvar med aktiviteten et HF realiserer. Det kan synes rimelig med tanke på at det bør være en tett kobling mellom aktivitet og inntekt. Det er ikke like opplagt at RHF-et også skal legge de nasjonale kostnadsvektene til grunn for overføring av midler.

Kostnadsvekten knyttet til en bestemt DRG representerer i dag gjennomsnittskostnaden for denne pasientgruppen i landet som helhet. Innenfor hver diagnosegruppe vil det være helseforetak som i gjennomsnitt har kostnader som avviker fra det nasjonale gjennomsnittet. Enten fordi pasientsammensetningen varierer eller fordi den medisinske praksis er ulik. For helseforetak med lite kompliserte pasienter, vil bruk av nasjonale kostnadsvekter på HF-nivå kunne gi ISF-inntekter som relativt til kostnadsnivået, er høye. På den annen side vil sykehus med pasienter med sammensatte lidelser og stor grad av komorbiditet motta ISF-inntekter som ligger lavt i forhold til kostnadsnivået. Det kan medføre at den første typen HF legger mindre vekt på effektivisering enn de med komplekse pasienter, siden dekningsbidraget for enkle pasienter er høyt i utgangspunktet. I tillegg er det også ofte slik at mulighetene for effektivisering er størst jo

mindre komorbiditet som foreligger. Dette innebærer at der mulighetene for effektivisering er stort, er insentivet svakt, mens der effektiviseringspotensialet er lite, er insentivet sterkt.

Uansett hvor oppdatert og korrekt de nasjonale gjennomsnittsvektene er, vil de aldri kunne nå et detaljeringsnivå som gjør det egnet som «automatisk» styringssystem på HF-nivå eller lavere. Selv helt «korrekte» og fullstendig oppdaterte nasjonale kostnadsvekter (basert på KPP-data) løser ikke utfordringene knyttet til finansiering på HF-nivå. Det er helsedirektoratets vurdering at denne forståelsen av hva de nasjonale kostnadsvektene faktisk representerer ikke er godt nok kjent hos alle aktører. En mulighet er at HOD i oppdragsdokumentet til RHF klargjør ansvarsforholdet ytterligere. Det er nødvendig at inntektsmodellene til RHF/HF håndterer avvik fra nasjonale gjennomsnittskostnader på en adekvat måte, både mellom HF-ene innen samme helseregion og innad i HF-ene.

For helseforetakene håndteres manglende samsvar mellom nasjonale kostnadsvekter og lokale behandlingkostnader i dag gjennom korreksjoner i basisbevilgningen fra RHF-et. For at ISF-ordningen insentiverer til effektiv drift skal kunne realiseres på helseforetaksnivå, er det en forutsetning at helseforetaket selv har kjennskap til og evne til å beregne behandlingkostnader på pasientnivå. På generelt grunnlag vil pasientspesifikke behandlingkostnader i et helseforetak være til hjelp når foretaket skal beregne kostnadsvirkninger av endringer og justeringer i pasientforløp eller ved omorganisering av pasientbehandlingen. Uten slike beregninger blir det vanskelig å identifisere potensialet for effektivisering. Slik kostnadsinformasjon vil også kunne danne grunnlag for korreksjoner i basisbevilgningen fra RHF-et.

ISF-ordningen inneholder muligheter for økonomisk motivert koding. DRG-systemet for innlagte (og dagkirurgi) er komplekst, og økonomiske motiv for å tilpasse den medisinske kodingen kan være relativt sterke. I såkalte par-DRG-er skiller det mellom kompliserte og ikke-kompliserte versjoner av «den samme behandling», mens andre DRG-er mangler slik differensiering. De skjønsmessige valgene som må gjøres i forbindelse med medisinsk koding kan ha betydning for om oppholdet tilordnes en vanlig DRG eller en mer komplisert DRG med en høyere vekt. Konsekvensen kan være at man koder flere tilstander enn det nasjonale koderegler tilsier.

For andre DRG-er enn par-DRG-er er det økonomisk fordelaktig å oppnå en DRG med høyest vekt. Hvis kun én tilstand er behandlet er mulighetene for å tilpasse kodingen relativt små. Det legges til grunn at sannsynligheten for at helsepersonell med vilje velger en diagnosekode som helt mangler sammenheng med pasientbehandlingen, er liten. Hvis pasienten har flere (kroniske) sykdommer eller hvis flere sykdommer er behandlet under samme opphold, vil det foreligge muligheter for å kunne velge den hoveddiagnose som gir «best DRG». Uten økonomiske motiv ville det sannsynligvis i større grad blitt valgt hoveddiagnose etter rent helsefaglige kriterier, og i hvert fall ville fokus på optimalisering bli redusert.

Dagens bruk av ISF-ordningen i styringen på HF-nivå, hvor inntektskrav stilles langt nede i organisasjonen, skaper relativt sterke føringer for å produsere antall DRG-poeng som er «bestilt». Det vil kunne forsterke insentivene for økonomisk motivert koding. En ISF-andel på 50 % er tilstrekkelig for å kunne ha uønsket effekt på kodepraksis og rutiner rundt koding.

Med god kvalitet i medisinsk koding menes enhetlig kodepraksis, helsefaglig fokus i valg av koder og riktig bruk av kodeverkene. Frem til i dag har man i hovedsak brukt «ikke-finansielle» virkemidler for å oppnå kodekvalitet, herunder kodeveiledning, brukerstøtte eller e-læringsprogram. Det kan stilles spørsmål om dette er effektivt nok.

Samtidig har staten på overordnet nivå hatt mulighet til å justere utbetalingene til RHF-ene slik at det er det er reell aktivitet som gir ISF-refusjon og at en justerer for det som kun er endringer i kodepraksis. Problemet er at ulik kodingspraksis kan føre til utilsiktede vridninger som gjør at enkelte HF får høyere ISF-refusjon for samme aktivitet enn andre HF. Dette er urimelig og medfører også dårligere kvalitet i nasjonale aktivitetsdata i Norsk pasientregister.

2.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Behandling innen psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) utføres i helseforetakene og hos private aktører med driftsavtaler med de regionale helseforetakene. For døgntilbud benyttes i hovedsak basisbevilgningen som finansieringsordning. Poliklinisk helsehjelp finansieres delvis gjennom takstbaserte refusjoner og egenandeler og delvis gjennom basisbevilgningen. Det er også et innslag av finansiering gjennom øremerkede tilskuddsmidler knyttet til ACT-team (Assertive Community Treatment). I 2015 ble også indikatorer innen psykisk helse og rusbehandling inkludert i KBF-ordningen.

2.2.1 Finansiering av psykisk helsevern og TSB i lys av sørge-for-ansvaret.

Tilgjengelighet av tjenester av god kvalitet

Døgntilbud

Finansiering gjennom basisbevilgningen vil understøtte prioriteringer etter sørge-for-ansvaret og fremme tjenester av god kvalitet. Slik finansiering inneholder imidlertid ingen insentiver til aktivitetsvekst, og det vil foreligge en risiko for dårlig tilgjengelighet av tjenester, herunder også samhandlingstiltak.

Et tilbud som ikke møter etterspørselen kan bidra til lengre ventetider og kødannelse. Denne risikoen forsterkes av at andre områder innenfor RHF-enes ansvarsområde er omfattet av aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Ressurser som benyttes på døgntilbud kan alternativt benyttes til å yte helsetjenester som er omfattet av en aktivitetsbasert

finansieringsordning, som f.eks. polikliniske tjenester innen PH og TSB og behandling innen somatikken.

For å redusere risikoen for at tilgjengeligheten reduseres, eller blir for lav, er det benyttet virkemidler som opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008¹ og regelen om at aktiviteten innen psykisk helsevern og rus skal vokse mer enn aktiviteten innen somatikken. I dag finnes det ingen systematisk klassifisering av aktiviteten innen døgnbehandlingen i Norge, slik en har for somatikken gjennom DRG-systemet. Det bidrar til at det er mer utfordrende å styre aktiviteten i ønsket retning.

Det er i aktivitetskravet ikke spesifisert hvilken måleenhet som benyttes til å måle den ønskede veksten. Om man benytter økt ressursbruk, antall liggedager, antall behandlede pasienter eller antall utskrivninger vil det gi helseforetakene relativt ulike insitamenter.

Et alternativt til å benytte seg av et aktivitetskrav, er å inkludere døgnbehandling innen PH og TSB i en aktivitetsbasert finansieringsordning. Dette vil gi insentiv til vridninger av ressurser over til tjenester som er omfattet av en slik finansieringsordning, og det vil kunne bidra til økt tjenestetilbud. Helsedirektoratet legger til grunn at det er mulig å etablere et hensiktsmessig aktivitetsmålesystem for døgnbehandlingen innen psykisk helsevern og TSB. I tidligere utredninger i forbindelse med kommunal medfinansiering, er ulike modeller belyst. Per i dag fremstår modeller som kombinerer antall oppholdsdøgn med kategorisering av pasientenes behov og tjenesteinnhold, som mest nærliggende.

Poliklinisk behandling

Den takstbaserte finansieringsordningen inneholder insentiver for økt aktivitet fordi ny aktivitet utløser nye inntekter. Økt aktivitet kan gi økt tilgjengelighet for pasientgruppen som en helhet, men det vil ikke nødvendigvis resultere i økt tilgjengelighet for spesifikke pasientgrupper.

Dagens takstbaserte system inneholder insentiver til å øke antall konsultasjoner, redusere tidsbruken og redusere ressursinnsatsen. Samtidig kan dagens innretning gi insentiv til å stykke opp behandlingen for den enkelte pasient, slik at pasientene får flere, men kortere, konsultasjoner. Samt å øke aktiviteten for pasienter med lav komplikasjonsgrad, som krever færre og rimeligere innsatsfaktorer enn gjennomsnittet.

I det takstbaserte systemet knyttes ikke finansieringen alltid til en entydig medisinsk beskrivelse. Samme takst kan dekke flere pasientgrupper og behandlingsaktiviteter og reflekter ikke nødvendigvis hvilken behandling som er gitt eller for hvilket helseproblem. Det innebærer at et takstsystem ikke gir et godt nok samsvar mellom kostnadene for utført aktivitet og tilhørende

¹ <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199/id274864/>

finansiering. En mer entydig klassifisering vil medføre en bedret transparens knyttet til aktivitetsutviklingen, og på den måten synliggjøre prioriteringene.

Takstene innen psykisk helsevern skal dekke deler av gjennomsnittskostnaden for utført aktivitet. på samme måte som for ISF-refusjonen i somatikken. De øvrige kostnader skal dekkes av basisbevilgningen. Ved å øke pasientbehandlingen for pasientene med best dekningsbidrag vil belastningen på basisbevilgningen bli mindre og kan spres på flere pasienter. Det kan dermed virke fordelaktig å prioritere pasientgruppene som oppfattes å generere høye inntekter i forhold til kostnader. Om takst som andel av finansieringen i PH og TSB gjennomsnittlig er lavere enn andelen som refunderes i somatikken vil det gi insentiver til en vridning av ressurser over til somatikken.

Ambulant og oppsøkende virksomhet

Ambulant behandling anses særlig viktig for å sikre tilgjengeligheten av nødvendige tjenester for særskilte pasientgrupper. Dette gjelder f.eks. personer med alvorlig psykisk sykdom med manglede sykdomsinnsikt eller evne til å møte i spesialisthelsetjenestens lokaler. Ambulant virksomhet er også viktig i andre sammenhenger der samarbeid og samtidig vurdering med kommunens helsepersonell er av betydning, eller der forståelsen av pasientens bo- og nærmiljø har betydning for vurdering, behandling og rehabilitering. Ved å møte pasienten/brukeren sammen med familie og/eller lokale hjelpere på hjemstedet er det i mange tilfeller mulig å mobilisere lokale ressurser, etablere relasjoner og finne fram til gode løsninger. Ambulante tjenester tilbys ofte av ulike team som har ulike roller og målsettinger. Slike hensyn er hyppigere gjeldende innen psykisk helsevern og TSB enn innen somatikk.

Finansieringsordningene understøtter per i dag ikke slik ambulant eller oppsøkende aktivitet på en spesifikk måte. Takstsystemet er grovt inndelt og tar ikke høyde for de spesifikke ekstrakostnader som følger av den ambulante tjenesteformen (f.eks. reisetid; oftest reiser to personer sammen av faglige eller sikkerhetsmessige hensyn). Selv om det finnes timeverkstakster, er disse ikke spesifikke for denne typen aktivitet, og refusjonsbeløpet er lavt. Når denne type behandling ikke delfinansieres gjennom en aktivitetsstyrt ordning, risikerer man at etableringen og drifting av flere ambulante team nedprioriteres i forhold til tradisjonell psykiatrisk polikliniske behandling, som i større grad er delfinansiert gjennom takster.

For visse pasienter som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, fremgår det av HelseDirektoratets retningslinjer at det bør tilbys behandling og oppfølging etter Assertive Community Treatment-modellen (ACT-modellen). ACT-team og Fleksible ACT-team (FACT-team) er ambulante team som driver aktivt oppsøkende arbeid for psykosepasienter med ulike tilleggsbelastninger, herunder rusproblemer og som ikke fungerer i tradisjonelle behandlingsmønstre. I 2014 var det 10 ACT-team og 7 FACT-team i Norge. ACT-team er tverrfaglig sammensatte team som tilbyr helhetlige tjenester og behandling. FACT-team er en videreutvikling av ACT-team og tilbyr, i tillegg til ACT, case-management. Dette i form av en

koordinering av allerede eksisterende tilbud for de pasientene som ikke trenger ACT-oppfølgning. Et team skal ha minst fem ansatte, men bør ha mellom 7-10 ansatte. Ideell øvre grense for antall pasienter per team er 100 og det anbefales et 1:10 forhold mellom ansatt og brukere. Teamene består av et kjerne-team, et spesialist-team, samt en merkantil ansatt i full stilling. Kjernebemanningen består av minst en teamleder, en psykiater og en sykepleier. Spesialist-teamet består av en rus-spesialist, arbeidsspesialist og en brukerspesialist. Teamene består av aktører fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Aktiviteten finansieres i dag delvis gjennom øremerkede tilskudd, utbetalt gjennom Helsedirektoratet. Tilskuddet kan utbetales til enten helseforetaket eller deltakende kommune, men partene skal ses på som likeverdige parter i teamet. Finansieringsformen understøtter tilgjengelighet til tjenestene, men økt aktivitet utløser ikke aktivtetsbaserte inntekter. Basisbevilgningen kan benyttes til dette formål, alene eller i kombinasjon med midler fra kommunene og det er ingen begrensninger på slik bruk.

ACT-teamene bidrar med variert aktivitet blant annet oppfølging av medisinerings, samtalebehandling og bistand til praktiske gjøremål. Det mangler i dag en entydig medisinsk klassifikasjon av aktiviteten og det vil dermed være vanskelig å telle og måle aktiviteten. En forutsetning for å kunne inkludere ACT-team i en aktivitetsbasert finansieringsordning, er en bedre dokumentasjon av behandlingsaktiviteter og en klassifikasjon av disse.

Innen psykisk helsevern og TSB finnes det også andre aktiviteter og polikliniske tjenester som i dag hovedsakelig dekkes av basisbevilgningen, og i noen grad gjennom timeverkstakstene eller lavt prisede enkelttakster. F.eks. gjelder dette veiledningsaktiviteter, oppfølging av pasienter gjennom elektronisk kommunikasjon, telefonkonsultasjoner og LAR (legemiddelassistert rusbehandling). Noen slike aktiviteter kan det være hensiktsmessig å inkludere i den aktivitetsbaserte finansieringsordningen for å øke tilgjengeligheten av slike tilbud, mens andre aktiviteter vil det fortsatt trolig være nødvendig å holde utenom. Sistnevnte gjelder f.eks. generell veiledning av og samarbeid med kommunale aktører, fordi fraværet av knytning til enkeltindivider ikke gjør det mulig å relatere aktiviteten til pasienter i Norsk pasientregister.

Kostnadseffektiv ressursbruk

Døgnbehandling

Isolert sett gir basisbevilgningen svake insentiver til effektivisering av driften og inneholder ikke insentiver til høy ressursutnyttelse.

Vurderes derimot basisbevilgningen i kombinasjon med de andre finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten og ikke-finansielle intervensjoner innen PH og TSB, vil det trolig foreligge insentiver til effektivisering innen døgnbehandlingen. Føringer fra myndighetene er at veksten innen psykiatri og rus skal være høyere enn veksten innen somatikken. Helseforetakene vil ikke

ha mulighet til finansiere veksten gjennom økte inntekter fra døgnbehandlingen, og vil ikke ha noe insentiv til å effektivisere driften eller å prioritere kostnadseffektive pasienter og pasientgrupper.

Det har ikke direkte konsekvenser for helseforetakene om de ikke når målet om høyere vekst innen psykisk helsevern og rus. Det er rimelig å anta at slike konsekvenser vil kunne påvirke i hvilken grad RHF-ene gjennomfører kravet om høyere vekst. RHF-ene vil trolig ha svakere insentiver til å gjennomføre tilpasningene beskrevet i forrige avsnitt om det ikke er kommunisert noen klare (økonomiske) konsekvenser for RHF-ene.

Poliklinisk behandling

Poliklinikkforskriften stiller flere strukturelle krav til enhetene for at takstbaserte refusjoner skal kunne utløses (merknad P9 og P19). Kravene er knyttet til lokaler, bemanning og en implisitt forutsetning om at polikliniske tjenester finner sted i adskilte lokaler fra avdelinger for innlagte. Fylkesmannen er godkjenninginstans for de polikliniske enhetene. Denne måten å stille krav på i en finansiell forskrift, virker noe malplassert sammenlignet med den øvrige reguleringsformen for spesialisthelsetjenester. Det vanlige er overordnede funksjonelle krav i lov og forskrift, supplert med nærmere krav i nasjonale faglige retningslinjer eller forskrift. De strukturelle kravene slik de foreligger i dagens forskrift, kan bidra til å skape unødige skiller mellom personell og enheter som driver henholdsvis polikliniske og døgnbaserte tilbud. Dette kan motvirke målet om kostnadseffektiv drift samlet sett, f.eks. ved at personell og lokaler ikke kan benyttes fleksibelt.

Det vil foreligge insentiver til effektiv tidsbruk og lite ressursinnsats per konsultasjon. Delvis skyldes dette at takstene er prospektivt satt og kun indeksreguleres hvert år. Dertil kommer grovheten i systemet som innebærer at nesten all konsultativ virksomhet gir samme refusjon.

Tjenestetilbudet skal tilpasses pasientenes behov

Døgnbehandling

Finansieringen av døgnaktivitet er i all hovedsak rammebasert, hvilket gir store frihetsgrader med hensyn til innretning og tilpasning av tjenestetilbudet til den enkelte pasient. Fraværet av aktivitetsbasert finansiering, kan imidlertid bidra til at man avstår fra kostnadsdrivende deltjenester som pasienten kunne hatt nytte av, fordi den ekstra ressursinnsatsen ikke medfører endret finansiering.

Pasienter i overgangen mellom innleggelse og utskrivelse har ofte andre behov enn pasienter innen somatikken. F.eks. er behovet for gradvis overgang sterkere til stede. Et første skritt kan være ikke lenger å overnatte i sengeavdeling, men fortsatt delta i avdelingens aktiviteter på dagtid, eventuelt være tilstede i egne avdelinger for ettervern. I slike tilfeller utviskes grensedragningen mellom ordinære innleggelser (tradisjonell døgnbehandling) og polikliniske tjenester. Slike tjenestetilbud har en uklar posisjon i aktivitetsstatistikk og i finansierings-

systemet. En tydeligere markering av slike og lignende «innleggelse uten overnatting» gjennom det aktivitetsbaserte finansieringssystemet vil kunne stimulere til at flere slike tilbud etableres og opprettholdes.

Poliklinisk behandling

Et for sterkt effektiviseringsfokus kan oppmuntre til å benytte mindre ressurser enn det som er nødvendig for å yte en helsetjeneste av god kvalitet. Ettersom helseforetakene refunderes per konsultasjon vil det være en risiko for at det brukes for liten tid eller for lite personell, f.eks. knyttet til brukere med sammensatte problemer og/eller med behov for tiltak fra ulike deltjenester (både rus og psykiske problemer) eller personellgrupper. Dette vil være i strid med pasientenes behov og intensjonen bak den aktivitetsbaserte finansieringsordningen.

Taksten, som gir refusjon per utførte timeverk kan bidra til økt kvalitet, ettersom aktuelle fagstillinger får en refusjon per timeverk som blant annet benyttes til kompetanseutvikling og internt samarbeid.

Det vises for øvrig til tidligere beskrivelse av ambulante tjenester mv. Å yte tjenestene ambulant i stedet for i spesialisthelsetjenestens lokaler, er et eksempel på tilpasning av tjenestene til pasientens behov. Jo mer presist den aktivitetsbaserte finansieringen gjenspeiler kostnadene ved slik behandling, desto bedre kan finansieringsordningen sies å understøtte målet om behovstilpassede tjenester.

2.3 Rehabilitering

Rehabilitering innebærer tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler. Flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. For å sikre et sammenhengende pasientforløp med godt behandlingsresultat for pasienten er det stor viktighet at tjenestetilbud mellom spesialisthelsetjeneste og kommune er godt koordinert. Rehabilitering er del av tjenestetilbudet både innen psykisk helsevern, TSB og somatikk og tilbys i helseforetakene og ved private rehabiliteringsinstitusjoner.

Området er skilt ut som eget tema i denne gjennomgangen på grunn av spesielle organisatoriske forhold og andre spesielle utfordringer for dette området.

Habilitering har samme definisjon som rehabilitering, men målgruppen for habilitering relateres til funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander. I denne gjennomgangen er fokus i hovedsak rettet mot rehabilitering. Habilitering som område vil bli

gjenstand for særskilt vurdering som et grenseflateområde mot somatikk i forbindelse med eventuell innlemmelse av polikliniske tjenester fra PH og TSB i ISF-ordningen.

2.3.1 Rehabilitering i helseforetakene

I helseforetakene finansieres somatisk rehabilitering gjennom ISF-ordningen (dvs. kombinasjon ramme og aktivitetsbasert refusjon). Rehabiliteringsaktiviteter innen psykisk helsevern og TSB finansieres i all hovedsak over basisbevilgningen til RHF-ene, bortsett fra eventuelle rehabiliteringstiltak som gjennomføres poliklinisk. Skillet mellom ordinær behandling og rehabilitering er vagt innenfor psykisk helsevern og TSB, fordi de rehabiliteringsmessige aspektene henger så tett sammen med øvrig behandling. Hensyn knyttet til rehabilitering må derfor vurderes særskilt i forbindelse med eventuell utvikling av en aktivitetsbasert finansieringsmodell for psykisk helsevern og TSB. Den videre gjennomgangen dreier seg hovedsakelig om rehabilitering innen somatikk.

ISF-ordningen skiller mellom primær rehabilitering, sekundær rehabilitering, dagrehabilitering og poliklinisk rehabilitering.

Primær rehabilitering omfatter innlagte pasienter med i hovedsak døgnopphold. Det skilles mellom vanlig rehabilitering og kompleks rehabilitering og den aktivitetsbaserte delen av finansieringen bestemmes av type rehabilitering og lengden på oppholdet. Jo flere dager døgnoppholdet varer desto høyere blir den aktivitetsbaserte (ISF) refusjonen. Kompleks rehabilitering har gjennomgående en høyere refusjon enn vanlig rehabilitering gitt antall dager oppholdet varer.

Sekundær rehabilitering brukes om rehabilitering som igangsettes ved samme foretak umiddelbart i forlengelsen av et døgnopphold (både akutt og planlagt). Det gis også for sekundær rehabilitering en dagrefusjon for hver liggedag, men dette er knyttet til liggedager over trimpunktet (statistisk liggetidsgrense) for pasientgruppen (DRG-en) akutttoppholdet er gruppert til. Tilleggsrefusjon for sekundær rehabilitering er begrenset til et definert utvalg pasientgrupper (DRG-er).

Dagrehabilitering har samme refusjon som startrefusjonen for døgnopphold med vanlig rehabilitering. *Poliklinisk rehabilitering* omfatter planlagte rehabiliteringsprogram bestående av en serie polikliniske opphold. Det er knyttet innholdsmessige krav til programmet for at det skal kunne gi grunnlag for ISF-refusjon. For slike program kan det kun kreves en egenandel pr program, ikke per kontakt.

Tilgjengelighet av tjenester av god kvalitet

Når det gjelder tilgjengelighet til tjenester kan det hevdes at ISF-ordningen bygger opp under dette, ettersom deler av inntekten er knyttet til aktivitetsnivået. Rehabilitering av døgnpasienter

støtter til dels opp under høyere refusjon for mer ressurskrevende pasienter ved at det er en liggetidsavhengig refusjon, samt at det er et skille mellom vanlig og kompleks rehabilitering.

Kostnadseffektiv ressursbruk

Kombinasjonen av rammetilskudd og aktivitetsbasert refusjon (etter liggedager) trekker ikke entydig i retning av insentiv til kostnadseffektive tjenester. Rammefinansiering alene stimulerer ikke til mer kostnadseffektiv drift, og refusjon som er knyttet til liggetid bidrar heller ikke entydig til dette. Men finansieringsordningen er en miks av rammetilskudd og aktivitetsbasert refusjon, og det er denne kombinasjonen som kan bidra til understøttelse av kostnadseffektivitet. Om dagens aktivitetsbaserte refusjon for rehabilitering (døgnrefusjon på ca. 2000 kr, 2014-priser) er nær eller litt under marginalkostnaden kan det presse foretakene til å tenke ytterligere kostnadseffektive løsninger.

Tjenestetilbudet skal tilpasses pasientenes behov

Ulike rehabiliteringspasienter (pasientgrupper) har behov for ulike rehabiliteringstiltak og dermed ulike ressursbehov. Den aktivitetsbaserte refusjonen per liggedag er den samme uavhengig av hvilke rehabiliteringsbehov pasienten har, det eneste skillet for døgnaktiviteten er mellom vanlig og kompleks rehabilitering. Når vi skal vurdere dette opp mot pasientens behov opererer vi med grove refusjonsgrupper som vil favne til dels veldig ulikt. Skulle ordningen være mer rettet mot ulike behov hos ulike pasienter, måtte vi trolig ha mer differensierte refusjonsordninger, eller stille nødvendige krav til tilbudet for å kunne utløse refusjon.

2.3.2 Rehabilitering ved private institusjoner

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten som utføres ved private institusjoner finansieres basert på det som er avtalt mellom regionalt helseforetak og den enkelte institusjon. Avtalene er resultatet av anbudsrunder som de regionale helseforetakene setter i gang. I disse avtalene settes det en økonomisk ramme for tilbudet ved den enkelte institusjon. Tilbudet angis i avtalen med antall plasser (til dels fordelt på ulike pasientgrupper) og antall døgn i året disse plassene er tilgjengelig. Finansieringen blir dermed en fast pris per tilgjengelig døgn. I avtalene ligger det også krav til innhold og kvalitet i det tilbudet som skal gis. Dette går både på kompetansemessige krav, samt krav til lokaliteter og utstyr for å nevne noe. Det er gitt særskilte krav for ulike pasientgrupper. Omfanget av avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner var i 2015 på ca. 1,9 mrd. kroner.

Tilgjengelighet av tjenester av god kvalitet

Gjennom avtalene mellom regionale helseforetak og den enkelte private institusjon er det fastsatt en rekke krav til tilbudet som skal gis. Bruk av anbudsordningen og avtaleverk understøtter at tjenestene som leveres er av god kvalitet. Institusjonene må etterleve avtalen for å kunne utløse de økonomiske midlene. Samtidig kan en anbudsordningen bidra til å presse institusjonenes tilbud så lavt at det kun legges opp til et minimum når det gjelder god kvalitet.

Kostnadseffektiv ressursbruk

Dersom det gjennomføres reelle anbudsrunder, hvor kravspesifikasjonen omfatter de viktige elementene og det er reell konkurranse mellom tilbyderne, vil prisfastsettelsen gjennom anbud/avtale bidra til kostnadseffektive tjenester. Tilbyderne vet at de må finne effektive opplegg med tilstrekkelig kvalitet for å vinne anbudet og inngå avtale. Ved brudd på noen av de nevnte forutsetninger (ift. kravspesifikasjon og konkurransebildet) er det ikke sikkert anbudsordningen bidrar til kostnadseffektive tjenester.

Tjenestetilbudet skal tilpasses pasientenes behov

I avtalene som ligger til grunn for finansiering av private rehabiliteringsinstitusjoner er det satt ulike krav til ulike pasientgrupper, samt at det eksplisitt er uttrykt at man skal ta hensyn til den enkelte pasientens behov. På den måten kan man si at finansiering gjennom anbud og avtaler bidrar til tjenester tilpasset pasientens behov. På den annen side er det ikke lagt opp til en differensiering i pris per døgn, verken for ulike pasientgrupper eller på individnivå. Så betalingen institusjonene mottar understøtter ikke tilpassing til pasientens behov. Det er andre deler av avtaleverket som spesifikt sier noe om dette.

2.3.3 Problemstilling i RHF sitt valg mellom offentlig og privat tilbud?

Hvorvidt RHF-ene velger å levere rehabiliteringstjenester gjennom sine egne foretak eller inngå avtale med private rehabiliteringsinstitusjoner kan påvirke inntektsgrunnlaget til RHF-et. Dersom tjenestene leveres av egne helseforetak vil de danne grunnlag for ISF-refusjon. På den måten vil man kunne begrense bruken av basisramme for å finansiere slike tjenester. Ved kjøp av tjenester hos private rehabiliteringsinstitusjoner vil RHF-et måtte hente midlene kun fra basisrammen, da private rehabiliteringsinstitusjoner ikke er en del av ISF-grunnlaget. Det vil derfor være lønnsomt for RHF-et å flytte tjenesteproduksjonen til egne helseforetak, gitt at man kan levere med den samme ressursbruken som private.

2.3.4 Utviklingsområder for finansiering for rehabiliteringsfeltet

For rehabiliteringsfeltet er det noen overordnede utfordringer knyttet til finansieringsordningene. Det er ulik finansiering for offentlig og privat rehabilitering, samt ulik finansiering av rehabilitering og habilitering avhengig av organiseringen. Det vil og være tilfeller hvor det mangler et klart definert skille mellom rehabilitering finansiert av kommunene og rehabilitering finansiert av spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til de mer generelle problemstillingene nevnt over, har gjennomgangen av eksisterende finansieringsordninger avdekket noen konkrete områder hvor det er behov for utviklingsarbeid. Dette gjelder i første omgang eksisterende rehabiliteringsløsning innenfor ISF-ordningen. Dagens skille mellom enkel og kompleks rehabilitering, blant annet basert på antall helsefaggrupper involvert, problematiseres av enkelte aktører. Det hevdes at det i større grad er spesialisering og intensitet i behandlingen, som bør ligge til grunn for kategorisering i en finansieringsordning. Det

påpekes videre at deler av begrepsbruken (f eks primær- vs. sekundærrehabilitering) ikke oppleves som relevant inn mot det kliniske miljø.

En større revisjon av finansieringsordningene for rehabilitering bør finne sted i relasjon til en eventuell ny modell for oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, jf. varslet kommunereform. I påvente av dette er det aktuelt med mindre revisjoner knyttet til måten rehabiliteringsaktiviteten måles på i ISF-ordningen. I tillegg bør det vurderes om det skarpe finansieringsmessige skillet mellom rehabiliteringstjenester utført av HF og private kan justeres på enkelte områder.

2.4 Laboratorietjenester

Poliklinisk laboratorievirksomhet finansieres gjennom basistilskudd, pasienters egenandel og takstrefusjon. Refusjonsordningen er hjemlet i to forskrifter for henholdsvis offentlig² og privat virksomhet³. Laboratorieprøver/analyser for inneliggende pasienter finansieres gjennom basistilskuddet og ISF-ordningen. Finansieringssystemet for polikliniske laboratorietjenester er under revisjon, parallelt med og i tilknytning til nytt klassifikasjonssystem og kodeverk for laboratorietjenester. I det følgende vurderes den polikliniske finanseringen slik den fungerer nå.

2.4.1 Finansiering av laboratorietjenester i lys av sørge-for-ansvaret.

Tilgjengelighet av tjenester av god kvalitet

Laboratorieanalyser er vesentlige for at pasientene sikres rett behandling. I dagens finansieringsordning av poliklinisk laboratorievirksomhet er finansieringen en rettighet som følger pasienten. For å sikre god tilgjengelighet er det et uttalt mål at tjenesten skal bestå av både offentlige og private tjenesteytere. Offentlige helseinstitusjoner har rett til refusjon fra HELFO for all utførte analyser. For at private laboratorier skal kunne utløse en poliklinisk laboratorietakst, må de inngå en avtale med et regionalt helseforetak. Avtalen fastsetter et driftstilskudd til det private laboratoriet og regulerer hvilke prøver som utløser refusjon. I avtalene med RHF fastsettes det således hvor stort volum av tjenester driftstilskuddet skal delfinansiere. En privat aktør kan likevel kreve refusjon fra HELFO ut over de eventuelle volumbegrensninger som er nedfelt i avtalene. Pasientens rett til stønad faller således ikke bort selv om det private laboratoriet utfører laboratorietjenester utover taket som er satt i avtalen med RHF-et.

Ordnningen med avtaler og driftstilskudd ble etablert for å gi de regionale helseforetakene bedre styringsmulighet til å dimensjonere og prioritere tjenesten etter behovene i egen helseregion. Det ble lagt til grunn at 60 prosent av finansieringen skulle bestå av driftstilskudd, og 40 prosent

² Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak

³ Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter

skulle dekkes gjennom takstrefusjon og egenandel. Det er grunn til å anta at den aktivitetsbaserte finansieringen i dag samlet sett utgjør en større del enn 40 prosent for de private laboratoriene. Basert på informasjon fra Helse Vest for 2011, fant Helsedirektoratet at forholdet mellom refusjon fra HELFO og tilskudd fra RHF til de private laboratoriene var langt unna den ønskete fordelingen på 40/60. I stedet var forholdet nærmere 70/30 (HELFO-refusjon 70). Forklaringen er at de private laboratoriene i stor grad utfører laboratorietjenester utover volumet i rammeavtalen med RHF-ene. De tar også i mot prøver fra helseregioner de ikke har avtale med. De regionale helseforetakene har således en mer begrenset mulighet til å styre tjenesten enn det som var tiltenkt. Vi har per i dag ikke informasjon om hvor stor andelen den aktivitetsbaserte finansieringen faktisk utgjør for de offentlige laboratoriene.

En svakhet ved dagens polikliniske finansiering er at refusjon fra HELFO ikke er knyttet til en entydig medisinsk beskrivelse av laboratorieanalysen. Ulike analyser kan dekkes av samme takst. Det er ikke mulig med dagens ordning å utarbeide en nasjonal oversikt over laboratorieaktiviteten. De mange ulike laboratoriekodeverkene som er i bruk i helseforetak og private laboratorier gjør dette umulig. Dermed svekkes RHF-ene evne til å dimensjonere denne aktiviteten adekvat.

Kostnadseffektiv ressursbruk

Det er en utfordring at dagens takstsystem ikke er utviklet seg i samsvar med endringene som har skjedd innenfor laboratiefaget. Dette gjelder både i forhold til analyser som utføres og nivået på takstrefusjonene. En konsekvens er at enkelte nye kostnadsbesparende analyser eller analysemetoder nok blir for godt refundert i forhold til kostnadene. Kvalitativt bedre, men dyrere analyser og analysemetoder, kan være for dårlig refundert. Dette innebærer en risiko for svekket kvalitet. Det kan skje som følge av at kostbare analyser og analysemetoder ikke benyttes, eller at nyere og bedre analyser og metoder ikke tas i bruk på grunn av manglende finansiering. Helsedirektoratet mottar mange henvendelser fra både private og offentlige aktører som går i retning av at takster for kompliserte og tidkrevende analyser ønskes benyttet for nye analyser/prøver, som det ikke finnes takst for i dagens forskrifter.

Det har vært en kontinuerlig og til dels sterk vekst i utførte analyser på laboratorieområdet de siste årene, spesielt for de private aktørene. Dette har til dels vært en ønsket vekst. Samtidig er det sider ved refusjonsordningen som kan bidra til mindre effektiv ressursutnyttelse og medføre en risiko for at bruken av tjenesten blir større enn medisinsk behov tilsier:

- Laboratorieprøver rekvireres både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har ikke vesentlig innflytelse på fastlegenes rekvireringspraksis, og fastlegene har ikke de økonomiske insitamentene til å begrense unødvendige prøver.
- Den polikliniske finansieringen er fleksibel. Mange av takstene kan repeteres og kombineres. Jo flere analyser som utføres, jo mer refusjon kan utløses, noe som kan være insentiv til å utføre flere analyser enn medisinsk nødvendig.

- At de private laboratoriene i stor grad utfører analyser ut over volumbegrensningene i avtalene med RHF-ene, kan tyde på at enkelte takster gir svært god kostnadsdekning.

Tjenestetilbudet skal tilpasses pasientens behov

Siden pasientens behov er tilgang til relevante undersøkelser, samt raskt og korrekt svar, er det vanskelig å se at dagens finansieringsordning vil bidra negativt. Ordningen kunne vært bedre tilrettelagt for pasientnære analyser, slik at svarene på analysene kunne leses av direkte i primærhelsetjenesten. Finansiering av laboratorieprøver i primærhelsetjenesten ligger utenfor dette oppdraget, og vi har ikke nok grunnlag for å vurdere dette.

2.5 Radiologi og nukleærmedisin

For pasienter som er lagt inn på sykehus er bruk av radiologiske tjenester inkludert i kostnadsgrunnlaget for DRG-systemet. Finansieringen av radiologiske tjenester for slike pasienter dekkes gjennom kombinasjon av ISF-refusjon og basisbevilgningen.

Finansiering av poliklinisk radiologi er tredelt. Den består av refusjon fra HELFO, pasientens egenandel og et tilskudd fra basisbevilgningen. Refusjonen fra HELFO krever at radiologisk aktivitet rapporteres ved bruk av det radiologiske kodeverket NCRP. Til hver radiologiske prosedyre vil det være knyttet én unik refusjonssats. Ordningen omfatter diagnostisk undersøkelser, nukleærmedisinske prosedyrer og radiologiske intervensjon. Siktemålet er at refusjonen fra HELFO og pasientens egenandel sammen skal dekke om lag 40 prosent av gjennomsnittlig ressursbruk knyttet til den polikliniske radiologiske aktiviteten.

Stortinget har vedtatt at finansiering av polikliniske radiologiske tjenester skal skje på like vilkår for private og offentlige virksomheter. Det er en forutsetning at private røntgeninstitutt inngår avtale med et regionalt helseforetak for å kunne motta refusjon etter folketrygden og godtgjørelse fra det regionale helseforetaket.

For offentlige aktører utbetales refusjon fra staten (HELFO) til et regionalt helseforetak (RHF), basert på informasjon om pasientens bostedskommune ved tidspunkt når kontakt med radiologisk avdeling finner sted. For private aktører utbetales refusjon direkte til det enkelte røntgeninstitutt. Refusjonsordningen er hjemlet i to forskrifter for henholdsvis offentlig⁴ og privat virksomhet⁵.

⁴ Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak

⁵ Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter

2.5.1 Finansiering av radiologi og nukleærmedisin i lys av sørge-for-ansvaret.

Tilgjengelighet av tjenester av god kvalitet

Ordningen er en kombinasjon av aktivitetsbaserte tilskudd og rammefinansiering, og slik sett innehar ordningen insentiver til et høyt aktivitetsnivå. Aktiviteten hos private aktører begrenses heller ikke av avtalene de inngår med de regionale helseforetakene. Aktivitet utover volumbegrensningene i disse avtalene gir fortsatt rett til refusjon fra HELFO.

Siden refusjonen er direkte knyttet en radiologisk prosedyre, vil RHF-ene kunne bestille ønsket omfang av prosedyrer fra de private aktørene relativt nøyaktig. Det legger til rette for å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet.

Kostnadseffektiv ressursbruk

Finansieringsordningen er prospektiv i den forstand at godtgjørelsen for hver radiologiske prosedyre er fastsatt på forhånd. Dersom en radiologisk virksomhet utfører prosedyrene mer effektivt, vil ikke refusjonen reduseres. Det foreligger insentiv for ressursbesparende drift.

Tjenestetilbudet skal tilpasses pasientenes behov

På samme måte som for laboratoriene har pasientene behov for tilgang til relevante undersøkelser, samt rask og korrekt beskrivelser av funn. Det vanskelig å se at dagens finansieringsordning vil bidra negativt.

Det er en utfordring for RHF-ene med hensyn til dimensjonering av aktiviteten at også fastlegger kan henvise til polikliniske radiologiske undersøkelser.

2.5.2 Grenseflaten mot andre somatiske tjenester omfattet av ISF-ordningen

Finansieringsordningen for polikliniske radiologiske og nukleærmedisinske tjenester dreier seg i all hovedsak om diagnostiske tjenester. Samtidig forekommer det og utvikles stadig også nye terapeutiske tilbud med utspring i den teknologien som radiologi og nukleærmedisin utgjør. Eksempler på dette er bildeveiledet, kateterbasert behandling av tilstander i blodkar, eller kreftbehandling med hjelp av legemidler som inneholder radioaktive komponenter.

Fellesnevneren for disse eksemplene er at det dreier seg om terapeutiske tiltak der det for samme tilstand ofte finnes behandlingsalternativer som tradisjonelle kliniske spesialister er ansvarlige for. Det kan føre til at noen behandlingsformer omfattes av finansieringssystemet for radiologi og nukleærmedisinske tjenester, mens annen behandling av samme tilstand omfattes av ISF-ordningen. Dette innebærer et unødige fragmentert finansieringssystem som gir mulighet for utilsiktede vridningseffekter.

En mulig endring på kort sikt, og som det allerede jobbes mot, innebærer at alle terapeutiske tiltak omfattes av ISF-ordningen, mens polikliniske bildedannende tjenester i rent diagnostisk øyemed beholdes som et takstbasert «fee for service»-system på utsiden av ISF-ordningen.

Hovedutfordringene er knyttet til de kunstige skillene mellom de tradisjonelle spesialitetene, ulike pasientadministrative systemer på tvers av fagområdene, samt at radiologiske tjenester ennå ikke gjennomgående rapporteres til NPR. Slike utfordringer tilsier at det bør etableres bedre systematikk i finansieringen av de terapeutiske tjenestene før man eventuelt vurderer om også systemet for diagnostiske tjenester bør endres.

3 SAMARBEIDSTILTAK MELLOM FORVALTNINGSNIVÅENE

3.1 Generelle betraktninger

Samhandling mellom forvaltningsnivåene omfatter blant annet:

- Oppgavefordeling
- Koordinering
- Kompetanseoverføring
- Samordning og deling av ressurser

Fordi samhandling omfatter så mange ulike typer av samarbeid, og fordi gode løsninger i så stor grad er avhengig av tilpasning til lokal geografi og lokale organisatoriske forhold, er det også krevende å peke på hva som er de generelle, ideelle måtene å samhandle på. Dermed er det også i utgangspunktet krevende å gi en generalisert fremstilling av hvilke typer samhandlingstiltak finansieringsordningene må understøtte.

For å tilnærme oss problemstillingen, har vi benyttet kontakter i Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. Deltagere i nettverket har blitt forespurt om eksempler på ulike typer samhandlingstiltak der de gjeldende finansieringsordningene oppleves å være til hinder for ønskede samarbeidsløsninger. Tilsvarende tema ble behandlet i et miniseminar med deltagelse fra bl.a. fag- og økonomisiden i RHF.

De fleste tilbakemeldingene dreier seg om finansieringen av enkelttjenester og mindre samhandlingstiltak. Få tilbakemeldinger har blitt gitt vedrørende de større, strukturelle samarbeidstiltakene som innebærer investeringer i lokaler og utstyr.

3.2 Spesielle tema relatert til samhandling og samarbeid

Tema og problemstillinger som har kommet opp kan deles i ulike grupper. Ikke alle temaene representerer i seg selv samarbeidstiltak, men reflekterer likevel konkrete utfordringer relatert til gjennomføringen av samhandling, herunder oppgavedeling eller målsetning om desentralisering av behandling. Sentrale tema:

- Finansieringsansvar for mange dyre medikamenter og blodprodukter følger med ansvar for gjennomføring av behandling, hvilket oppleves som hinder for at behandlingsoppgaver overføres til kommuner.
- Gjeldende rundskriv for utgiftsdekning ved følge av fagpersonale til sykehus oppleves som uklart. Det har ført til at ulike helseforetak har avtalt ulike ordninger med "sine" kommuner om hvem som skal dekke lønn og andre utgifter knyttet til at kommunens ansatte følger ved innleggelse av pasienter.
- Dialysebehandling utenfor sykehus, herunder pasientadministrert hemodialyse
- Ambulant virksomhet fremheves som viktig samhandlingstiltak, fordi det skaper rom for at personell fra begge forvaltningsnivå kan samarbeide konkret og samtdig med en pasient, og dermed oppnå både koordinering og kompetanseoverføring.
- Veiledning av kommunale tjenesteutøvere, generelt eller i tilknytning til enkeltpasienter, finansieres ikke spesifikt gjennom aktivitetsbasert finansiering, og det fremholdes at det i for liten grad stimuleres til slik aktivitet. Dette er et tema som i første rekke følges opp i forbindelse med videreutvikling av finansieringssystemet for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB.
- Telemedisin og elektroniske kommunikasjonsformer trekkes også frem som samhandlingstiltak. Dette er dels tiltak som kan forenkle pasientens kontakt med helsetjenesten. Bruk av telemedisin har også et klart samhandlingsaspekt knyttet til muligheten for samtidige telemedisinske konsultasjoner, hvilket kan ha lignende effekter som ved ambulant behandling.
- Rask teknologisk utvikling på laboratorieområdet. Det oppleves som en utfordring at dagens takstsystem på laboratorieområdet ikke er i samsvar med den utviklingen som har skjedd innenfor laboratiefaget. Dette gjelder både i forhold til analysemetode og prisnivået på takstene. Aktuelle utfordringer vil i stor grad bli håndtert gjennom den pågående revisjonen av finansieringssystemet for polikliniske laboratorietjenester.

Flere av de nevnte temaene er behandlet særskilt i kapittel 2 eller 4. Problemstillinger knyttet til konkret finansieringsansvar for ulike produkter eller deltjenester, behandles ikke nærmere i denne gjennomgangen, men representerer også tema som det er aktuelt å jobbe videre med.

3.3 Større, strukturelle samarbeidstiltak

I forbindelse med gjennomgangen har vi særlig spurt om eksempler på større, strukturelle samarbeidstiltak der finansieringsordningene oppfattes som hinder for at tiltakene kan realiseres. Det har kommet få konkrete eksempler på dette.

3.3.1 Mobile eller desentraliserte radiologiske tjenester

Mobile eller desentraliserte radiologiske tjenester kan øke tilgjengeligheten for pasientene og kan effektivisere diagnostisk arbeid for fastleger, sykehjem, kommunale akutte døgntilbud (KAD) mv. Samtidig er slik organisering fordyrende for spesialisthelsetjenesten. Det legges til grunn at RHF gjennom prioritering av basisbevilgningen er i stand til å kompensere for slike merkostnader som takstfinansieringen ikke tar høyde for. Spørsmålet dreier seg da om i hvilken grad staten gjennom takstsystemet skal stimulere aktivt til at slik diagnostikk finner sted ambulant eller desentralisert. Dette spørsmålet besvares ikke nærmere her, men eksemplifiserer et mulig utviklingsormåde.

3.3.2 Behandling av pasienter med akutte eller subakutte tilstander

Det blir beskrevet flere ulike utfordringer knyttet til døgnbasert behandling av pasienter med akutte eller subakutte tilstander. Dette er et område der oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er gjenstand for endring som følge av samhandlingsreformen og den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunene er pålagt plikt til et selvstendig tilbud f.o.m. 2016, og får i den forbindelse økt sin økonomiske ramme for å ivareta denne plikten. Samtidig er det flere eksempler på at kommuner og RHF ønsker å etablere utvidede samarbeidsløsninger knyttet til aktuelle øyeblikkelig hjelp-tilbud, og finansieringsmessige problemstillinger reises i denne forbindelse.

Én modell innebærer samlokalisering av det kommunale KAD-tilbudet med desentraliserte sengetilbud i regi av spesialisthelsetjenesten. Sambruk av lokaler og medisinsk teknisk utstyr vil i så fall være kostnadsbesparende for begge parter. Vi har ikke mottatt innspill som tilsier at partene ikke klarer å fordele slike kostnader mellom seg med utgangspunkt i respektive rammebevilgninger.

Problemstillinger reises imidlertid knyttet til hvordan partenes samlede inntektsside påvirkes av de ulike organisatoriske modellene. Dersom partene ønsker å gå lengre i oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunen enn kommunen er lovpålagt, medfører dette at kommunen blir stående som tjenesteutøver, og grunnlaget for ISF fra stat til RHF for aktuell aktivitet faller vekk. Dette kan utgjøre et hinder for at partene seg imellom avtaler økt oppgaveoverføring til kommunene.

Problemstillingen over er ikke bare relatert til samarbeidsmodeller basert på samlokalisering. Og i noen tilfeller er det etablert spesielle finansieringsmodeller som helt eller delvis kompenserer partene når utøvelsen av spesialisthelsetjenester er overført fra RHF til kommuner. F.eks. er deler av aktiviteten ved sykestuene i Finnmark ment å representere spesialisthelsetjenester utført av kommunene. I det tilfellet bidrar staten med et særlig tilskudd over statsbudsjettet. Oslo kommune driver et observasjonstilbud i tilknytning til legevakten som har mange likhetstrekk med KAD, men som av historiske årsaker kommer i tillegg til det nyere KAD-tilbudet. Dette er delfinansiert gjennom ISF-ordningen.

Det er behov for å arbeide videre med ovennevnte problemstillinger. Ikke bare rent økonomiske og finansieringsmessige spørsmål må vurderes, men også forhold vedrørende formell ansvars plassering m.v. Eksempler på aktuelle spørsmål:

- Under hvilke forutsetninger og i hvilke tilfeller kan en kommune være *utøvende virksomhet* av spesialisthelsetjenester på vegne av et RHF? Kan i så fall aktiviteten være gjenstand for ISF på samme måte som når helseforetak eller private aktører utfører tjenestene? Hvordan skilles det i så fall mellom spesialisthelsetjenester og tjenester på kommunalt nivå?
- Kan det etableres aktivitetsbaserte finansieringsordninger knyttet til de kommunale tjenestene som motsvarer ISF for lignende behandling i spesialisthelsetjenesten?
- Er det andre forhold enn assymmetrisk innslag av aktivitetsbasert finansiering for tjenester utført av henholdsvis helseforetak eller kommuner som påvirker partenes samarbeid og oppgavefordeling?

Tettere dialog mellom Helsedirektoratet, RHF og kommuner om disse spørsmålene vil kunne være hensiktsmessig både for å kunne gi veiledning i forbindelse med etablering av større samarbeidstiltak, for å kunne etablere forsøksordninger, og som ledd i videre utredningsarbeid.

4 ANDRE SÆRSKILTE TEMA

4.1 Ambulante og oppsøkende tjenester

I gjennomgangen av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern, ble momenter knyttet til ambulante og oppsøkende tjenester nøye beskrevet. Den ambulante arbeidsformen er imidlertid også relevant på somatiske områder, herunder rehabilitering.

Det generelle aspektet ved ambulante spesialisthelsetjenester er at det innebærer at personell fra spesialisthelsetjenesten reiser til pasienten i stedet for motsatt, og at helsehjelp dermed kan finne sted i pasientens hjem eller nærmiljø, gjerne sammen med pasientens familie, nettverk, eller deltagere fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Arbeidsformen åpner også for at behandling eller diagnostiske tiltak som vanligvis forutsetter tilstedeværelse i sykehus, kan finne sted i pasientens hjem.

Kostnadene per helsehjelpsepisode er gjennomgående høy for denne typen aktivitet sammenlignet med annen konsultativ virksomhet grunnet reisetid, varighet av kontakten, samt at ofte mer enn ett helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten deltar.

Et hovedspørsmål i finansieringssammenheng er hvorvidt ambulans virksomhet som beskrevet skal finansieres på en annen måte enn lignende tjenester gitt i sykehuspoliklinikk. Ut fra rent effektivitetshensyn, vil det ikke være rimelig å legge til grunn en annen finansiering for ambulante tjenester dersom ikke tjenestene også representerer noe kvalitativt annerledes enn lignende tjenester utført i sykehus.

Vi legger til grunn at det er noen særlige aspekter ved den ambulante og oppsøkende virksomheten som bidrar til merverdi for pasienten, og som kan legitimere at den aktivitetsbaserte finansieringen tilpasses særskilt for denne typen tjenester:

- Tilgang til nødvendige helsetjenester. For noen pasienter er ambulans og oppsøkende virksomhet nødvendig for at pasienten i det hele tatt skal kunne motta spesialisthelsetjenester.
- Omsorgsfull behandling. For noen pasienter i spesielle situasjoner, f.eks. pasienter i palliativ fase eller barn med omfattende behandlingsbehov, vil det ut fra hensynet til omsorgsfull behandling være rimelig å tilby oppfølging i hjemmet eller nærmiljøet.

- Tilstrekkelig utredning og kartlegging av behandlingssmessige muligheter. Innen flere sykdoms- og fagområder er forståelsen av pasientens bosituasjon, familierelasjon og nettverk av avgjørende betydning for å forstå pasientens helseproblem (stille korrekt diagnose) eller for å planlegge og koordinere behandlingstiltak som også mobiliserer pasientens nettverk på hensiktsmessig måte.
- Samarbeid med kommunens helse- og omsorgstjeneste. Ambulant virksomhet åpner for at samhandling omkring den enkelte pasient finner sted, direkte mellom ansvarlig helsepersonell fra begge tjenestenivåer.

Det ansees på bakgrunn av ovenstående naturlig å gjennomgå og revidere finansieringsystemet for ambulante tjenester. I videre arbeid med dette er det særlig viktig å finne løsninger som kombinerer treffsikkerhet overfor aktuelle pasientgrupper med tilstrekkelig kostnadskontroll.

4.2 eHelse og elektronisk dialog

Utviklingen i helsetjenesten tilsier behov for økt digital kommunikasjon mellom pasient og sykehus. Det er grunn til å tro at denne utviklingen vil fortsette i årene som kommer og det blir viktig at finansieringsordningene understøtter dette.

Begrepet eHelse favner vidt og omfatter all IKT-virksomhet rettet mot helseformål. Det vil føre for langt i denne omgang å gjennomgå tema om eHelse og finansieringsordninger i sin fulle bredde, og vi vil derfor avgrense omtalen til elektronisk dialog mellom pasient og spesialisthelsetjenesten. Dette vil omfatte ulike typer elektronisk kommunikasjon rettet inn mot behandling og oppfølging av pasienter der dette kan være hensiktsmessig. Et eksempel er «eMeistring» ved Helse Bergen hvor det tilbys terapeutassistert kognitiv atferdsterapi via internett for utvalgte pasientgrupper. Programmene kan utvides til å omfatte depresjon, andre angstlidelser og andre helseproblemer. Et annet er telemedisin der en videokonferanse erstatter tradisjonell konsultasjon. Den kan bidra til at pasienter blir spart for reisetid, samtidig som spesialisthelsetjenesten sparer reisekostnader.

Det foregår en rask utvikling i befolkningens bruk av nye teknologiske løsninger og nye sosiale medier. I økende grad vil derfor mange pasienter være kjent med og komfortabel med bruk av elektronisk kommunikasjon i ulike sammenhenger. I den grad det for utvalgte pasientgrupper vil være hensiktsmessig å bruke ny kommunikasjonsteknologi i behandling og oppfølging, vil dette kunne bidra til en bedre ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten, samt at det kan redusere pasientens tidsbruk i forbindelse med konsultasjoner. Det er viktig å understreke at dette vil være mest relevant for noen utvalgte pasientgrupper i bestemte faser av oppfølgingen. Fysisk tilstedeværelse som grunnlag for å muliggjøre klinisk undersøkelse og for å etablere den trygghet en pasient-behandler-relasjon må være preget av, forventes i overskuelig fremtid å danne basis for behandlingsaktiviteten.

For somatisk aktivitet er telemedisin med bruk av videokonferanse på bestemte vilkår finansiert gjennom ISF-ordningen. Når det gjelder psykisk helsevern og TSB er ikke telemedisinsk behandling direkte omtalt i poliklinikkforskriften. Helsedirektoratet har imidlertid tolket forskriften slik at P-takster kan anvendes og egenandel avkreves ved telemedisinske konsultasjoner, på samme vilkår som behandling ved poliklinikk og ambulant behandling i somatikken.

Spørsmålet er om dagens finansieringsordning bør understøtte elektronisk dialog mellom pasienter og tjenesteutøvere i større grad enn i dag, og med en mer presis definisjon av hvilken aktivitet som skal omfattes. Dagens aktivitetsbaserte finansiering dekker ikke fullt ut alle eksisterende former for elektronisk kommunikasjon mellom pasient og tjenesteutøver. Terskelen i ISF-ordningen er i dag satt på en slik måte at det kreves et kommunikasjonsomfang som tilsvarer en konsultasjon der pasient og lege kan se og høre hverandre. Terskelen er satt slik hovedsakelig av kostnadskontrollhensyn. Andre kommunikasjonsformer, f.eks. gjennom løpende meldingsutveksling, eller tiltak utført av annet personell enn lege, inngår ikke i grunnlaget for aktivitetsberegningen.

En tydeligere aktivitetsbasert finansiering av elektroniske behandlingsformer vil gi incentiver til økt aktivitet for den behandlingen som vil omfattes av ordningen. Rammefinansiering gir som kjent ingen incentiver til økt aktivitet, og dermed vil en bedre tilpasset aktivitetsbasert finansiering kunne bidra til økt tilgjengelighet på utvalgte områder. Konsekvenser for tjenestekvaliteten vil avhenge av hvordan en eventuell aktivitetsbasert ordning utformes. Det er særlig viktig at aktiviteten kan dokumenteres medisinsk meningsfullt. Videre må det undersøkes hvordan dette vil påvirker ressursbruken. Problemstillingene krever nærmere analyse før man f.eks. kan innføre aktivitetsbaserte finansieringsordninger for flere typer elektronisk pasientbehandling.

En rekke forhold må avklares eller vurderes nærmere i videre arbeid:

- Personvernmessige forhold og informasjonssikkerhet ved kommunikasjon over nettet.
- Avgrensingsproblematikk mellom behandling og ren administrativ oppfølging av pasienten.
- Hvilke pasientgrupper og behandlinger vil dette være relevant for, herunder slik at kvaliteten i spesialisthelstjenestetilbudet opprettholdes selv om kommunikasjonsformen endres?
- Hvilke teknologiske kommunikasjonsformer bør inkluderes?
- Digital kommunikasjon i sanntid vs. utveksling av meldinger (tekst, bilde, lyd, video) over tid – hvordan registrere dette i NPR på en hensiktsmessig måte slik at det overordnede tjenesteinnholdet blir beskrevet, uten utilbørlig rapporteringsbyrde?
- Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste utfordres på noen områder. Det må unngås at spesialisthelsetjenesten stimuleres til å utføre oppgaver som kommunen er ansvarlig for.

4.3 Ny teknologi, nye tjenesteformer

Den foregående omtalen av eHelse var konsentrert om nye former for elektronisk dialog og kommunikasjon mellom pasient og spesialisthelsetjeneste, som alternativ til tradisjonelle konsultasjoner. Men også annen teknologisk utvikling er en driver i retning av nye tjenestetilbud eller nye måter yte spesialisthelsetjenester på. Dette utfordrer igjen måten aktivitetsbasert finansiering innrettes på. Nedenunder belyses dette med tre eksempler.

4.3.1 Pasientadministrert hemodialyse

Pasientadministrert hemodialyse innebærer prinsipielt den samme behandlingen av pasienter med terminal nyresvikt som hemodialyse gitt i sykehusavdeling eller satellitt. Hovedforskjellen er at pasienten selv (eventuelt med hjelp av familien eller ressurser i nærmiljø eller kommunen) utfører den jevnlige behandlingen. Spesialisthelsetjenesten er faglig og økonomisk ansvarlig for behandlingen, på samme måte som om pasienten ble behandlet i sykehus av sykehusets personell.

Hemodialyseapparater egnet for hjemmebruk representerer ikke helt ny teknologi. Men den teknologiske utviklingen innebærer enklere og mindre apparater, hvilket åpner for at flere pasienter er aktuelle for hjemmebehandling.

Behandling med hemodialyse i sykehus eller satellitt medregnes i ISF-grunnlaget gjennom DRG-systemet, med en gitt poengverdi per behandlingsfremmøte. Tilsvarende behandling, med samme hyppighet, utført av pasienten selv, medregnes ikke i beregningsgrunnlaget for ISF. Årsaken til denne forskjellen er i all hovedsak relatert til spørsmål om informasjonsinnhenting og systemene for registrering av behandlingsinformasjon i PAS/EPJ-systemene og i NPR. Når behandlingen finner sted i sykehus, har helsepersonellet dokumentasjonsplikt for den enkelte behandling som gis. Registrerte opplysninger danner grunnlag for rapportering til NPR, og dernest for ISF beregningsgrunnlaget. Når enkeltbehandlingene skjer i regi av pasienten, er det ikke grunnlag for dokumentasjon av den enkelte behandling i PAS/EPJ. At pasientadministrert behandling finner sted over tid, og med hvilken metode osv., vil være omfattet av dokumentasjonsplikten til helsepersonellet, men systemene er ikke utformet med sikte på å etablere strukturert informasjon om hvilken type behandling som er igangsatt, i hvilket omfang eller over hvor lang tid.

Innlemmelse av pasientadministrert dialysebehandling er til vurdering i forbindelse med etablering av ISF-regelverket for 2016. Det vurderes da krav om registrering av nasjonale særkoder for å etablere det informasjonsgrunnlaget som aktivitetsbasert finansiering forutsetter.

Eksempelet med pasientadministrert hemodialyse berører også andre problemstillinger som ikke behandles videre her. Dette gjelder bl.a. spørsmål knyttet til forholdet mellom kapitalkostnader og driftskostnader i beregningsgrunnlaget for kostnadsvekter i ISF-ordningen.

4.3.2 Telekardiologi

Telekardiologisk oppfølging av pasienter er et annet eksempel på at ny teknologi gir mulighet for ny måte å yte helsetjenester på, uten at dette automatisk fanges opp gjennom dagens aktivitetsbaserte finansiering. Et system for fjernavlesning av implanterte pacemakere eller hjertestartere gjør at pasienten ikke må stille til fysisk kontroll på poliklinikken like hyppig som ellers. Dersom pasienten hadde vært på poliklinikken og fått utført avlesning i tilknytning til konsultasjon der, ville dette medført beregning av ISF-refusjon gjennom DRG-systemet. Dette finner ikke sted når oppfølgingen skjer telekardiologisk og det ikke finner sted en konsultasjon.

Fraværet av aktivitetsbasert finansiering for oppfølgingen basert på telekardiologi, gir ingen inntektsmessige insentiver til å velge slik behandling. Samtidig foreligger insentiver knyttet til kostnadsreduksjon, i form av redusert tidsbruk for pasient og lege, reduserte reisekostnader, mv.

De sentrale problemstillingene i dette tilfellet tilsvarer i noen grad utfordringene knyttet til pasientadministrert hemodialyse. For det første er registreringssystem og -rutiner knyttet til *indirekte kontakter* (her: legens vurdering av avlesningene, uten samtidig pasientkonsultasjon) lite robust. For det andre er det også her problemstillinger knyttet til kostnadsgrunnlaget for beregning av kostnadsvekter.

4.3.3 Nye legemidler

Legemiddelteknologisk utvikling medfører stadig flere legemidler som er kostbare, som defineres som spesialisthelsetjenestens ansvar, og som kan administreres av pasienten selv. I en rekke tilfeller finnes det tilsvarende legemidler som er aktuelle for samme tilstand, men som forutsetter at behandlingen administreres av helsepersonell i sykehus eller satellitt. For å bidra til likebehandling i ISF-systemet, har den pasientadministrerte behandlingen siden 2009 vært tellende i beregningsgrunnlaget gjennom et særskilt aktivitetsmål knyttet til antall pasienter behandlet per år.

Aktivitetsmålet som er etablert knyttet til pasientadministrert legemiddelbehandling, er grovt, men godt nok på det nivå ISF-ordningen er ment å virke. Aktivitetsmålet er et eksempel på at det har blitt etablert nye måter å måle aktivitet på og som avviker fra tradisjonell telling og vekting av konsultasjoner og innleggelser. Men med stadig flere legemidler og indikasjonsområder, er det i økende grad utfordrende at strukturerte opplysninger om behandlingsvarighet er fraværende i PAS/EPJ-systemene og i opplysninger rapportert til NPR. På samme måte som for pasientadministrert hemodialyse, kan slike begrensninger i datagrunnlaget være begrensende

for i hvilken grad og med hvilken robusthet ny pasientadministrert legemiddelbehandling kan inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen.

4.4 Telleenheten i aktivitetsmålesystemet

ISF-ordningen baserer seg på at aktivitet måles i et system der innleggelser og konsultasjoner telles, men der hver av disse innleggelsene og konsultasjonene er gjenstand for en vekting gjennom DRG-systemet og tilhørende kostnadsvekter. Samtidig er det etablert innslag av andre telleenheter i systemet. For pasientadministrert legemiddelbehandling og pasientadministrert peritonealdialyse er det *antall pasienter behandlet en viss periode* som er telleenheten.

I en aktivitetsbasert finansieringsmodell kan man velge mange ulike typer av telleenheter. Fellesnevneren for ulike telleenheter er at de representerer et tidsrom der en pasient har mottatt helsetjenester. Ved betalingsordninger for enkelttjenester («fee for service») er tidsrommet den tiden tjenesten tar å utføre. Når polikliniske konsultasjoner er telleenhet, åpnes det for at flere ulike tjenesteelementer innen samme konsultasjon inngår. Ved telling av innleggelser inkluderer man en lang rekke deltjenester som prinsipielt kunne blitt talt som en lang rekke enkeltkontakter og -tiltak. Man kan videre tenke seg *forløp*, der ulike konsultasjoner og innleggelser slås sammen til en helhet som gjøres til gjenstand for telling og vekting.

Et sentralt spørsmål er på hvilket nivå det er relevant og hensiktsmessig å telle. Svaret er avhengig av hvilket perspektiv man har eller ønsker å innta. Hvis man tar pasientens perspektiv, er det naturlig å tenke bredt og på tvers av de organisatoriske skillene mellom f.eks. avdelinger i sykehus eller mellom ulike foretak. Jo større grad av pasientorientering, desto større tilbøyelighet til å tenke i retning av pasientforløp som kan omfatte flere innleggelser og konsultasjoner over et lengre tidsrom. Et slikt perspektiv er særlig nyttig når kvalitet og likeverdighet i tjenestetilbud skal vurderes, fordi enkeltinnleggelsene eller -konsultasjonene da ikke sier så mye om det samlede tjenesteinnholdet pasientene har mottatt. Men et aktivitetsmålesystem knyttet til slike lange forløp kan ha liten praktisk nytteverdi i et finansieringssystem som også skal treffe det utøvende ledd.

Reglene i dagens ISF-ordning for når pasientbehandling skal telles som én, to eller flere enkelthendelser, er til dels uoversiktlige og også følsomme for organisatoriske og administrative forskjeller mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette er tellemåten ved flere ulike polikliniske deltjenester samme dag, overflyttinger mellom institusjoner innen samme foretak, samt overflyttinger mellom foretak. Her gir tellesystemet ulike utfall avhengig av hvor i landet pasienten bor og hvilke utøvende virksomheter som er involvert, selv om selve tjenesteinnholdet for pasienten er det samme. Det er grunnlag for å videreutvikle tellesystemet

slik at aktivitetsmålet som beregnes i mindre grad påvirkes av organisatoriske forskjeller når det grunnleggende tjenesteinnholdet er det samme.

Videre kan det være grunn til å vurdere nærmere løsninger for forløpsbasert finansiering, evt. «bundled payments». Sistnevnte er et amerikansk uttrykk for en samlet betaling for et sett av bestemte tjenester som er faglig definert å inngå i et standardisert behandlingsforløp for en viss tilstand. Bundled payments har vært mye omtalt de siste 10 år, men har ikke fått vesentlig praktisk utbredelse, trolig knyttet til vansker med å etablere omforente tjenestepakker som dekker pasientenes uensartede behov.

5 FINANSIERINGEN SETT FRA RHF-ENE OG UNIVERSITETSMILJØENE

Helsedirektoratet arrangerte et miniseminar om finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten, der fagdirektører og økonomidirektører fra RHF-ene og sentrale helseøkonomer fra universitetsmiljøene ble invitert til å komme med forslag til revideringer og forbedringer. Nedenunder gjengis utvalgte momenter som kom frem under seminaret.

5.1 RHF

Fag- og økonomidirektørene hadde samordnet sine synspunkter til en felles anbefaling. Under redegjøres det for hovedpunktene.

Videreutvikling av eksisterende takstsystem

I løpet av seminaret ble det pekt på flere områder hvor det var ønsket en videreutvikling av dagens takstsystem. RHF-ene fremhevet både tjenester som de ønsket inkludert i takstordningen og personell som ved dagens system ikke utløser takst. Tjenestene står dermed i fare for å bli nedprioritert. Følgende videreutvikling av takster var ønsket:

- takstene skal omfatte telemedisin
- takstene skal omfatte hjemmebehandling (dialyse)
- takstene skal omfatte et større spekter av personell. Eksempelvis fysioterapeuter som i dag ikke kan utløse takst.
- rehabiliteringstakstene må differensieres fordi de er litt for grove i dag.

Det var samtidig en viss skepsis rundt om en eventuell videreutvikling av takstene vil resultere i økt rapportering.

Ambulante team

Økonomi- og fagdirektørene i de regionale helseforetakene fremhevet problemer rundt aktivitetsregistrering av ambulante team. Det ble hevdet at det manglet samsvar mellom måten de registrerte aktiviteten og hvordan den fremkom i statistikken. Dette gjør det vanskelig å følge opp aktiviteten.

I tillegg til registreringsproblematikk fremhevet RHF-ene at det er et høyere ressursbehov ved ambulant behandling enn ved tradisjonell poliklinisk behandling på et sykehus eller DPS. Ettersom de to formene for behandling i dag utløser like takster vil det foreligge insentiver til en vridning i systemet. De ønsket derfor at inntektssystemet i større grad gjenspeilet den reelle ressursbruken, innen psykisk helsevern og rus. RHF-ene la samtidig vekt på at regionene må tilpasse egne finansieringsordninger for å unngå vridninger. Helse-Midt Norges ordning for ambuleringer ble trukket frem som et eksempel.

Samhandling med kommuner

Innenfor mange områder er det et behov for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De regionale helseforetakene ønsket en økonomisk driver for å få samhandling med kommunene til å fungere. Spesielle samhandlingsområder som ble trukket frem av RHF-ene var:

- Finansiering/takst for rådgivning av fastleger.
- En egen sats for utskrivningsklare pasienter innen psykiatrien og TSB. Det var RHF-ene sin oppfatning at kommunene heller tar i mot pasienter fra somatikken enn langliggere innenfor psykiatrien.

Videreutvikle eksisterende ISF-system

De regionale helseforetakene nevnte flere utviklingsområder, som de mener må vurderes når det gjelder utvidelser av ISF-ordningen:

- Finansiering av partikkelterapi
- H-resept, hvordan håndteres de som blir godkjent i et budsjettår?
- Kostnadsvektene i ISF-ordningen må inkludere kapital?

RHF-ene viste til at Magnussen-utvalget i 2008 konstaterte at det ikke var foretatt tilfredsstillende kostnadsberegninger for å anslå og fordele kapitalkostnadene til den enkelte DRG. RHF-ene mener det er ønskelig at kapitalkostnader for medisinsk utstyr skal omfattes av ISF-ordningen.

Finansiering av kapital

En del av investeringene til de regionale helseforetakene vil være samfunnsøkonomiske lønnsomme, men ikke nødvendigvis lønnsomme for RHF-ene. Under seminaret ble det etterspurt en ny vurdering av finansieringsmodellen for investeringer. Flere aspekter ved modellen ble trukket frem:

- Fordelingen mellom RHF-ene
- Lån versus egenfinansiering.
- Lokalt versus regionalt versus nasjonalt ansvar for finansieringen.

Kvalitetsbasert finansiering

RHF-ene fremholdt at utvidelser av kvalitetsbasert finansiering var ønskelig.

5.2 **Universitetsmiljøene**

Helsedirektoratet hadde også invitert Jon Magnussen fra NTNU og Terje P Hagen og Oddvar Kårbø fra Universitet i Oslo til å delta på seminaret. Alle pekte i sine innlegg på ulike svakheter i modellen for fordeling av basisbevilgningen til RHF-ene.

Oppdatering av den aktivitetsuavhengige finansieringsmodellen.

Basisbevilgningen fordeles mellom RHF-ene basert på indekser beregnet av Magnussen-utvalget i 2008 (NOU 2008:2). Magnussen selv trakk fram at datagrunnlaget for modellen nå var blitt nærmere 10 år gammelt, og tok til ordet for å oppdatere grunnlagsdataene i modellen. Trolig vil fordelingen innenfor flere av behovsnøkkleene ha endret seg siden 2008 og fordelingen vil ikke lenger samsvare med behovene til de regionale helseforetakene. Terje P Hagen fokuserte særlig på det han så som en særlig svakhet med modellen, nemlig datagrunnlaget for prehospitale tjenester. Han mente dette datagrunnlaget kunne oppdateres separat uten at hele modellen måtte gjennomgå og oppdateres. Oddvar Kårbø på sin side fremholdt at behovsanalysene som ligger til grunn for fordelingen av basisbevilgningen burde oppdateres.

6 TILRÅDNING

Basert på gjennomgangen har Helsedirektoratet identifisert følgende utviklingsbehov for finansieringsordningen i spesialisthelsetjenesten.

1. *Utvikle en gjennomgående finansieringsstruktur basert på kombinasjon av basisbevilgning og aktivitetsbasert finansiering som også inkluderer psykisk helse og TSB.*
 - a) Igangsatt arbeid med ny aktivitetsbasert finansieringsmodell for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og rus prioriteres. Særtrekk ved feltet må tas aktivt høyde for i utviklingen av telle- og aktivitetsmålingssystemet, herunder at andre tjenesteformer enn tradisjonelle konsultasjoner utgjør en sentral del av aktiviteten. Eksempler: Veiledning, telefonkonsultasjoner, oppsøkende virksomhet.
 - b) Aktivitetsbasert finansieringsmodell for døgnbehandling innen psykisk helsevern og rus bør utvikles i etterkant av poliklinikkområdet.

2. *Videreutvikle og vurdere tellesystemet som legges til grunn for aktivitetsbasert finansiering*
 - a) Håndtering av pasientadministrert behandling som RHF er faglig og finansielt ansvarlig for, og som utgjør alternativ til behandling i sykehus.

 - b) Telemedisinske alternativer til tradisjonell poliklinisk oppfølging av pasienter, herunder gjennom elektronisk kommunikasjon, telekardiologi m.v.

 - c) Ambulante tjenester. Vurderinger av i hvilke tilfeller det kan være aktuelt at ambulante og oppsøkende tjenester i pasientens hjem eller nærmiljø skal telles på en annen måte enn konsultasjoner som finner sted i sykehus/DPS.

3. *Revisjon av den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen for rehabiliteringstjenester*
 - a) Vurdere nye måter å avgrense beregningsgrunnet for Innsatsstyrt finansiering på, slik at dette i mindre grad er følsomt for organiseringen av tjenestetilbudet, herunder forholdet mellom statlig og privat eide virksomheter og en nødvendig avgrensning til kommunale tjenester.

 - b) Justeringer av dagens aktivitetsmålesystem for rehabiliteringstjenester, herunder slik at svakheter knyttet til «primær» og «sekundær» rehabilitering håndteres.

4. *Bidrag til å gjøre det praktisk enkelt for RHF og kommuner å inngå økonomisk forpliktende samarbeid om tjenestetilbud som møter pasientens behov*
 - a) Videreutvikling av finansieringsordninger knyttet til gode og fleksible samarbeidsløsninger mellom forvaltningsnivåene. Det må vurderes om dagens finansiering i tilstrekkelig grad stimulerer til økt samhandling og samarbeid.
 - b) Kommunikasjonstiltak. Det kan være behov for en bedre forståelse for hva som er mulig innen gjeldende finansieringsordninger og derfor mer aktiv veiledning til partene

5. *Vurdering av forløpsbasert finansiering, herunder bundled payments.*

Vurderinger knyttet til mer forløpsbasert finansiering, innad i eller på tvers av juridiske enheter i spesialisthelsetjenesten.

6. *Revisjon av kvalitetsbasert finansiering (KBF)*

KBF er gjenstand for evaluering jf. eget oppdrag i tildelingsbrevet for 2015. Helsedirektoratet vil gi sine endelige tilrådninger mot slutten av 2015.

7. *Mindre revisjon av modellen for fordeling av basistilskudd mellom RHF*

I gjennomgangen er det identifisert behov for å revidere deler av modellen for fordeling av basisbevilgningen («Magnussenmodellen»). Dette dreier seg bl.a. om oppdatering av modellen basert på nye grunnlagsdata.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no