

# Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten – Langsiktige utviklingsbehov

# INNHold

<b>INNHold</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Oppdraget og forståelsen av dette</b>	<b>3</b>
1.1 Oppdraget .....	3
1.2 Innretning ved besvarelse av oppdraget.....	3
<b>2 Nåsituasjon</b>	<b>8</b>
2.1 Dagens finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten.....	8
2.2 Pågående utviklingstiltak.....	9
2.3 Spesifikke forhold ved ISF-ordningen per 2017 .....	11
<b>3 Endringsdrivere – Utviklingstrekk og andre hensyn av betydning for videreutviklingen av finansieringsordningene</b>	<b>15</b>
3.1 Demografisk utvikling, bærekraft, venstreforskyvning og forebygging .....	15
3.2 Helhetlige og pasientorienterte tjenestetilbud, forløpsorientering .....	16
3.3 Samhandling .....	17
3.4 Teknologisk utvikling og digitalisering av helsetjenestene .....	21
3.5 Sosial ulikhet og likeverdig tjenestetilbud.....	24
3.6 Psykisk helse og rus .....	25
3.7 Omlegging til og intensivering av polikliniske tjenestetilbud.....	26
3.8 NCD-strategien – Tiltak for håndtering av utfordringer relatert til ikke-smittsomme sykdommer med økende forekomst .....	27
3.9 Organisering og videreutvikling av øyeblikkelig hjelp-funksjoner .....	27
3.10 Helsedata.....	29
3.11 KPP – Kostnad per pasient.....	30
3.12 Avtalespesialistenes rolle i spesialisthelsetjenesten.....	30
3.13 Persontilpasset medisin .....	31
<b>4 Andre momenter</b>	<b>32</b>
4.1 Egenandelsordninger.....	32

4.2	Rammefinansiering – videre innretning.....	34
4.3	Forløp – mer enn pakkeforløp.....	35
<b>5</b>	<b>Samlede vurderinger</b>	<b>37</b>
5.1	Overordnet vurdering.....	37
5.2	Konkretisering .....	37

# 1 OPPDRAGET OG FORSTÅELEN AV DETTE

## 1.1 Oppdraget

---

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i tildelingsbrevet for 2017 gitt Helsedirektoratet følgende oppdrag:

«Helsedirektoratet skal innen 1. mars 2017 levere en rapport til departementet med en strategisk vurdering av hvordan finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten bør videreutvikles på lengre sikt.»

Tidspunkt for besvarelse av oppdraget er senere avtalt utsatt til 14. mars 2017.

## 1.2 Innretning ved besvarelse av oppdraget

---

### 1.2.1 Siktemål for besvarelsen av oppdraget

Målsetningen med dokumentet er en «strategisk vurdering av hvordan finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten bør videreutvikles på lengre sikt». Dette innebærer ikke en konseptvalg-utredning der formålet er å berede grunnen for konkret beslutning om videre veivalg. I stedet bør dokumentet leses som et idefasenotat som peker på forhold og konsepter som kan danne grunnlag for nærmere utredning.

Dokumentets viktigste del er dermed kapittel 3, der ulike endringsdrivere belyses og hvilke implikasjoner disse kan ha for fremtidig innretning av finansieringssystemet.

I avsluttende del gis en overordnet vurdering av fremtidige endringsbehov, og hvilke faktorer som særlig bør vektlegges i den forbindelse.

## 1.2.2 Premisser for vurderingene

### 1.1.1.1. Mål for de statlige finansieringsordningene

Vi legger til grunn de langsiktige målsetningene reflektert i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet, herunder:

*«Finansieringsordningene skal bidra til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet.»*

Vi legger også til grunn at «kvalitet» i denne konteksten må tolkes vidt, og at begrepet favner om alle de ulike dimensjonene i kvalitetsstrategien fra 2005 («...og bedre skal det bli») <sup>1</sup>. Dette innebærer at finansieringsordningene skal bidra til tjenester som

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Samtidig presiserer vi at finansieringsordningene kun er ett av flere virkemidler staten benytter for å nå målene. Finansieringsordningene alene kan ikke benyttes for å sikre måloppnåelse på alle områder.

### 1.1.1.2. Organisering

Vurderingene gjøres innenfor rammen av dagens organisatoriske modell for helsetjenesten. Dette innebærer blant annet et organisatorisk skille der regionale helseforetak (RHF) har «sørge for»-ansvar spesialisthelsetjenesten og kommunene har «sørge for»-ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenesten. Selv om helhet i tjenestetilbudet for den enkelte pasient er en viktig målsetning, må de statlige finansieringssystemene hensynta den delte organiseringen.

Rammene for fremtidig organisering og styring av spesialisthelsetjenesten har nylig blitt utredet<sup>2</sup>. Vi har i dette dokumentet lagt til grunn gjeldende organisering med RHF som «sørge for»-ansvarlig og som finansielt mellomledd mellom HOD og utøvende virksomheter. Konsekvenser for finansieringssystemet ved endring av denne strukturen må eventuelt utredes særskilt.

---

<sup>1</sup> Helsedirektoratet, IS-1162, <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

<sup>2</sup> NOU 2016: 25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten — Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/>

### *1.1.1.3. Prioriteringer og finansieringsordninger*

Finansieringsordningene er lite egnet som et virkemiddel for å styre prioriteringer.

Prioriteringer i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Konsekvensen av dette er at et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket, og prioriteten øker desto mindre ressurser tiltaket legger beslag på. Et tiltaks prioritet øker også med alvorligheten av tilstanden, herunder risiko for død og funksjonstap.

Som grunnlag for innføring av nye tiltak fattes prioriteringsbeslutninger på pasientgruppenivå, basert på en metodevurdering i tråd med prinsippene for prioritering. En metodevurdering er en systematisk dokumentasjon av effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet av tiltak. Det kan enten være forebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering eller organisering av helsetjenester. Når den samlede nytten overstiger ressursbruken, også hensyntatt alvorlighetsgrad, tillates tiltaket innført.

Spesialisthelsetjenesten er finansiert dels gjennom en basisbevilgning og dels gjennom ulike aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Det viktigste formålet med finansieringsordningene er å understøtte sørge-for ansvaret til de regionale helseforetakene. Den aktivitetsbaserte finansieringen legger i tillegg til rette for at aktiviteten blir gjennomført på en kostnadseffektiv måte.

I innsatsstyrt finansiering reflekterer den aktivitetsbaserte inntekten for et gitt tiltak de gjennomsnittlige kostnadene knyttet til å utføre tiltaket eller sammenlignbare tiltak. Det gir stimulans til effektiv drift, uten å gi større vridninger i prioritering. En systematisk bruk av finansieringsordningene i prioriteringsøyemed kunne for eksempel tilsi at den aktivitetsbaserte inntekten for et tiltak ble fastsatt vesentlig høyere enn de gjennomsnittlige kostnadene for tiltaket, begrunnet med at dette tiltaket ga høy nytte målt i forhold til kostnadene, eller at det var et tiltak rettet mot en spesielt alvorlig tilstand. Et slikt tiltak ville imidlertid allerede ha høy prioritet gjennom bruk av prioriteringskriteriene, både på klinisk nivå og på gruppenivå.

En slik systematisk innretning av finansieringssystemet ville øke risikoen for overbehandling og kunne vri ressursbruken i større grad enn det bruk av prioriteringskriteriene skulle tilsi. Den ekstra nytten for de som mottok denne behandlingen ville i så fall være mindre enn tapet av helse for de pasientene som alternativt kunne nytt godt av de samme ressursene. I tillegg ville en slik innretning av finansieringssystemet innebære at den aktivitetsbaserte inntekten for enkelte andre tiltak må være vesentlig lavere enn de gjennomsnittlige kostnadene for disse tiltakene, gitt at de samlede endringene skal gjennomføres som en kostnadsnøytral omlegging. Det vil være en krevende oppgave for sentrale helsemyndigheter å identifisere hvilke aktiviteter som bør få høyere og/eller lavere finansiering enn i dag. Det vil også være svært vanskelig å forvalte et slikt system i tråd med den dynamiske utviklingen innenfor medisinfaget.

Dette betyr ikke at dagens finansieringsordninger er uten prioriteringskonsekvenser. Det er heller ikke mulig å etablere finansieringsordninger som virker helt nøytralt på prioritering. Utformingen av dagens aktivitetsbaserte finansieringsordninger representerer en rimelig balanse mellom målet om å understøtte kostnadseffektivitet og målet om prioriteringsnøytralitet. Etter direktoratets vurdering er prioritering i helsevesenet ikke et hensyn som bør påvirkes eksplisitt gjennom finansieringsordninger, og dermed heller ikke alene gi grunnlag for endringer av finansieringsordningene.

#### *1.1.1.4. Relasjonen til finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester*

Finansiering av spesialisthelsetjenesten har hovedfokus. Samtidig kan ikke finansiering av én del av helsesystemet vurderes isolert når viktige deler av utfordringsbildet er knyttet til samhandling mellom aktørene, på tvers av forvaltningsnivåene. Dette innebærer at finansieringssystemet for kommunale helse- og omsorgstjenester også berøres i noen grad, men uten intensjon om helhetlig gjennomgang eller vurdering.

Relasjonen til fylkeskommunale tannhelsetjenester berøres ikke.

#### *1.1.1.5. Finansieringsnivå*

Finansiering av spesialisthelsetjenesten finner sted i flere ledd mellom ulike nivåer:

Staten v/HOD – RHF – Utøvende virksomheter – Klinikker og avdelinger

Vurderingene i dette dokumentet konsentreres om på hvilken måte staten som overordnet ansvarlig for spesialisthelsetjenester til befolkningen kan innrette sine finansieringsordninger overfor de «sørge for»-ansvarlige. Ved eventuelt bortfall av RHF-strukturen, har tenkningen overføringsverdi til forholdet mellom departement og den eller de aktører som ivaretar «sørge for»-ansvaret.

Selv om dette innebærer en avgrensning i hovedsak til overordnet nivå, gjøres vurderingene samtidig ut fra hensyn til operasjonaliserbarhet i forholdet mellom RHF og utøvende virksomheter.

Betalingsordningen knyttet til Fritt behandlingsvalg (FBV) er i denne sammenheng å betrakte som en statlig regulering av hvordan betaling fra RHF til visse utøvende virksomheter skal finne sted for bestemte tjenester. Denne ordningen berøres dermed ikke av de mer overordnede vurderingene i dette dokumentet, og det legges til grunn at denne ordningen kan realiseres uavhengig av på hvilken måte staten finansierer RHF.

#### *1.1.1.6. Forskning og utdanning*

Hovedfokuset er hvordan finansieringssystemet bør utvikles på sikt for å understøtte pasientbehandling. Dokumentet berører ikke finansiering av forskning og utdanning særskilt.

## 2 NÅSITUASJON

### 2.1 Dagens finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten

---

#### 2.1.1 Overordnet beskrivelse

Dagens finansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten er dominert av statlige bevilgninger rettet mot de regionale helseforetakene (RHF) for å understøtte «sørge for»-ansvaret.

Finansieringen består hovedsakelig av rammefinansiering og aktivitetsbaserte ordninger. I tillegg finnes en kvalitetsbasert finansieringsordning der en mindre andel av RHF-enes inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål. Den samlede statlige finansieringen utgjør således en blandingsmodell. RHF står fritt til å velge fordelings- og finansieringsmodeller overfor utøvende virksomheter.

Dertil kommer øvrige ordninger regulert av staten, men som avviker fra de ovennevnte ordningene med hensyn til bl.a. hvem som betaler og hvem som er betalingsmottager. Dette omfatter:

- Folketrygdbaserte, aktivitetsrelaterte ordninger rettet mot private aktører for utførelse av polikliniske radiologiske tjenester og laboratorietjenester.
- Folketrygdbaserte helserefusjoner (takstrefusjoner) rettet mot private avtalespesialister for utførelse av polikliniske tjenester.
- Egenandeler og annen pasientbetaling, i all hovedsak for polikliniske tjenester, og med tilhørende folketrygdbaserte refusjonsordninger for begrensnings av pasientenes egenandelsbetaling.
- Øremerkede, søknadsbaserte tilskuddsordninger spiller en liten rolle i spesialisthelsetjenesten, men det er enkelte eksempler på at slike ordninger bidrar til gjennomføring av spesifikke tjenestetilbud (hovedsakelig innen psykisk helsevern).

#### 2.1.2 Blandingsmodellens begrunnelse

Finansieringsordninger har ulike egenskaper og ved å kombinere flere typer ordninger oppnås en sammensetning av virkemidler som bedre støtter opp om sørge for-ansvaret enn om én

finansieringsmåte ble benyttet alene. I OECD-rapporten «Better Ways to Pay for Health Care»<sup>3</sup> formuleres dette slik:

*«Blending payment methods and adapting traditional modes of payment include combining different payment mechanism and adjusting for population characteristics in payment methods. They have worked well to attach specific health policy objectives to delivery, or to balance the negative and positive incentives of different payment mechanisms. These approaches encourage a greater focus on quality and to discourage skimping of care and “cherry-picking”»*

### 2.1.3 Egenskaper ved ulike enkeltordninger

Finansieringsordningene som er i bruk i spesialisthelsetjenesten og deres virkemåte ble vurdert i rapporten «Gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten» fra mai 2015<sup>4</sup>.

Ulike finansieringsordningers egenskaper er også beskrevet i den tidligere nevnte OECD-rapporten «Better Ways to Pay for Health Care» fra 2016. Styrker og svakheter ved ulike ordninger er tilsvarende behandlet i en canadisk rapport fra 2012 der formålet var vurdering av mulige finansieringsmuligheter for helsetjenester i Canada<sup>5</sup>. Den sistnevnte rapporten har en særlig fylldig vurdering av aktivitetsbaserte finansieringsordninger.

De ovenstående kildene har sammenfallende vurderinger av de ulike ordningenes fordeler og ulemper, og det henvises til disse for en generell teoretisk tilnærming til styrker og svakheter ved de ulike ordningene.

## 2.2 Pågående utviklingstiltak

---

Nedenunder gis en summarisk oversikt over pågående eller nylig gjennomførte utviklingstiltak relatert til finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten (utover vanlig vedlikehold). Listen er ikke uttømmende.

- Aktivitetsbasert finansiering for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB er lagt om og inkludert i ISF-ordningen f.o.m. 2017. Viktige deltiltak for å understøtte tjenestene relatert til omleggingen har bl.a. vært:
  - Egne refusjonskategorier for *strukturerte polikliniske dagtilbud* for å understøtte intensiverte og sammensatte tjenestetilbud samme dag.

---

<sup>3</sup> <http://www.oecd.org/els/health-systems/better-ways-to-pay-for-health-care-9789264258211-en.htm>

<sup>4</sup> Helsedirektoratet 2015, saksnr. 15/357-10

<sup>5</sup> Sutherland J, Repin N., Crump R.T. Reviewing the Potential Roles of Financial Incentives for Funding Healthcare in Canada Canadian Foundation for Healthcare Improvement 2012. <http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Reviewing-Financial-Incentives-Sutherland-E.sflb.ashx>

- Poengtilllegg (tilleggsrefusjon) for synliggjøring og delvis dekning av merkostnader ved ambulans behandling når dette er begrunnet i særskilte behov hos pasienten.
- Videreføring av særskilt håndtering av telefonkonsultasjoner, samarbeidsmøter, pårørende kontakter og andre indirekte aktiviteter som tradisjonelt ikke hensyntas spesifikt innenfor ISF-ordningen.
- Liberalisering av det generelle henvisningskravet; ISF beregnes med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestene som finner sted, uavhengig av på hvilket grunnlag tjenestene initieres (presumpsjon om at gode faglige vurderinger og prioriteringer ligger til grunn, uten formalitetskrav til henvisning).
- Egne aktivitetsmål/refusjonskategorier (forløpsfinansiering («bundled payments»)) knyttet til tjenestetilbud som vanskelig lar seg måle gjennom tradisjonell telling av konsultasjoner/kontakter, herunder
  - Nettbaserte behandlingsprogram (til erstatning for vanlige konsultative tilbud).
  - Ambulante oppsøkende tjenestetilbud gjennom team sammensatt på tvers av forvaltningsnivåene.
  - Kontinuerlig LAR-behandling, likt innrettet uavhengig av praktisk gjennomføringsmåte.
- ISF-modellen for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB videreutvikles for 2018 og videre, herunder med sikte på:
  - Harmonisering av spesifikke regler for hhv. somatikk og psykisk helsevern/TSB slik at gode elementer fra hvert underområde gjøres generelt gjeldende så langt det er mulig og kan finne sted budsjettneutrytalt.
  - Gradvis harmonisering av refusjonsandel mellom somatikk og psykisk helsevern/TSB slik at integrerte tjenester på tvers av subsektorene understøttes best mulig. (Tilstrekkelig gode kostnadsdata er p.t. viktigste begrensning.)
  - Utvidelse av beregningsgrunnlaget til å omfatte polikliniske tjenester også utenfor rammen av «godkjente poliklinikker». Dette er blant annet viktig for understøttelse av omlegging fra døgnbasert til poliklinisk behandling der det er hensiktsmessig.
- Prinsippene vedrørende beregning av ISF-refusjon ved samarbeid mellom RHF/HF og kommuner om gjennomføring av spesialisthelsetjenester er utredet og implementert i ISF-regelverket f.o.m. 2017 slik at denne typen samarbeid understøttes av finansieringssystemet på en tydeligere måte.
- ISF-reglene justeres årlig m.t.p. understøttelse av mest mulig fleksibel oppgavedeling mellom helsepersonelltyper i spesialisthelsetjenesten. Endringer for blant annet ortoptister og optikere planlagt fra 2018.
- Omfanget av pasientadministrert legemiddelbehandling forutsatt finansiert av RHF øker hvert år. ISF-beregningssystemet er tilpasset dette, og arbeid med løsninger for å øke graden av prioriteringsnøytralitet mellom sykehus- og pasientadministrert

legemiddelbehandling er pågående. Tilsvarende gjelder nye beregningsmekanismer for å muliggjøre bedre understøttelse av beslutninger fattet gjennom Nye metoder og Beslutningsforum.

- Endringer i ISF-systemet for å understøtte omlegging til og mer lik bruk av dagkirurgi utredes med sikte på implementering f.o.m. 2018.
- ISF-regelverket planlegges tilpasset også for somatikk f.o.m. 2018 med sikte på bedre understøttelse av ambulant poliklinisk virksomhet (samme mekanisme som implementert innen psykisk helsevern og TSB).
- ISF-regelverket planlegges tilpasset f.o.m. 2018 for å ta høyde for at telekardiologisk oppfølging av pasienter hensyntas i beregningssystemet. Tilsvarende vurderes på andre områder der teknologi gir nye måter å yte tjenester på til erstatning for ordinære tilbud.
- ISF-beregningssystemet er lagt om slik at det er enklere å inkludere også andre former for medisinsk avstandsoppfølging eller telemedisinske tiltak som kommer til erstatning for polikliniske konsultasjoner.
- Finansieringssystemet for polikliniske laboratorietjenester legges om f.o.m. 2018.
- Den kvalitetsbaserte finansierungsordningen (KBF) videreutvikles årlig med utgangspunkt i økt tilgjengelighet av data i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

## 2.3 Spesifikke forhold ved ISF-ordningen per 2017

---

ISF-ordningen er den største av de aktivitetsbaserte finansierungsordningene. For 2017 forventes utbetalingene gjennom ordningen å utgjøre om lag 34 milliarder kroner. Ordningens størrelse tilsier særskilt omtale for å øke grunnlaget for forståelse av utfordringsbildet beskrevet i neste kapittel.

### 2.3.1 Gjeldende overordnede beregningsprinsipper

I statsbudsjettets omtale av ISF-ordningen heter det bl.a.:

*«Gjennom finansierungssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling.»*

Den klassiske implementeringen av dette er gjennom DRG-systemet, som legger grunnlag for måling av aktivitetsnivå relatert til innleggelser og tradisjonelle polikliniske tjenester.

I tillegg påvirkes aktivitetsmålet og ISF-refusjon gjennom to andre mekanismer:

- Beregning av poengtillegg (og -fradrag) benyttes for justering av hvilken ISF-refusjon innleggelser og konsultasjoner skal bidra med.

- Spesialisthelsetjenester som faller utenfor rammen av tradisjonelle innleggelses og polikliniske kontakter, og som det ikke er hensiktsmessig å ivareta gjennom DRG-systemet, grupperes til eget grupperingssystem (STG; *særtjenestegrupper*). STG-ene er kostnadsberegnet og vektet etter samme prinsipp som i DRG-systemet, og aktiviteten måles i poeng tilsvarende som for DRG-gruppert aktivitet. STG-ene representerer en enkel form for forløpsfinansiering («bundled payments») der finansieringsenheten er et tjenestetilbud som strekker seg over et tidsrom (måned, tertial eller år), og der det er variabelt hva slags type tjenesteinnhold som er forutsatt finansiert samlet i stedet for basert på enkelthendelser.

De to tilleggsmekanismene legger til rette for blant annet følgende:

- Spesielle, kvalitative aspekter som øker pasientens verdi av tjenestetilbudet kan i enkelte tilfeller prissettes høyere gjennom beregning av tilleggspoeng. Eksempler: Spesialiserte palliative tjenester; Ambulante konsultasjoner særskilt begrunnet i pasientens behov.
- STG-systemet åpner for at spesielle tjenestetilbud som faller utenfor de tradisjonelle tjenesterammene kan inngå i aktivitetsmålet, uavhengig av om det er ny teknologi, samhandling eller andre forhold som gjør at de tradisjonelle rammene brytes. Eksempler: Pasientadministrert legemiddelbehandling; hjemmedialyse; nettbaserte behandlingsprogram; oppfølging gjennom ambulante oppsøkende team (ACT m.v.).

Gjennom aktiv bruk av ovennevnte mekanismer kan ISF-ordningen tilpasses og videreutvikles med sikte på å være dekkende også for nye tjenesteformer og for å kunne ta særskilt hensyn til viktige kvalitative aspekter ved behandlingstilbudet.

### 2.3.2 Eksempler på utfordringer med dagens ISF-modell

Her gis en oversikt over aktuelle utfordringer knyttet til ISF-beregningsmodellen for tjenester internt i spesialisthelsetjenesten. Problemstillinger relatert til samhandling og øvrige forhold som påvirker oppgavedeling på tvers av forvaltningsnivåene belyses i neste kapittel.

#### 2.3.2.1 Skifte mellom omsorgsnivå

Omlegging fra døgn- til dagbaserte tjenester har til dels stor betydning for beregning av ISF-refusjon fordi døgn- til dagbaserte tjenester i all hovedsak DRG-grupperes og kostnadsberegnes hver for seg. Terskelen for gruppering som døgnbasert tjenester er én overnatting i sykehusavdeling, og beregnede gjennomsnittskostnader for opphold med 1 eller flere overnattinger er vesentlig høyere enn for opphold uten overnattinger.

Flere argumenterer for at ovenstående forskjeller er til hinder for omlegging til den mest kostnadseffektive tjenesteformen på særlig to områder: Dagkirurgi og håndtering av pasienter henvist til akuttmottakene for øyeblikkelig hjelp.

Ut fra et kostnadsrefusjonsperspektiv er systemet rimelig innrettet: Gjennomsnittskostnadene er lavere i den éne gruppen enn den andre, og refusjonen reduseres tilsvarende. Men ut fra et insentivperspektiv, eller hvis marginalkostnadsbetraktninger legges til grunn, kan det fremstå som urimelig dersom svært likt tjenesteinnhold håndteres forskjellig i finansieringssystemet.

ISF-ordningen er gjennom DRG-systemet ment å stimulere til kostnadseffektiv behandling. Men eksempelet her viser at den teoretiske stimulansen til kostnadseffektivitet som DRG-systemet gir primært gjelder for behandling innen samme gruppe, og ikke på tvers av grupper som er ulikt definert.

Det er igangsatt arbeid med sikte på å redusere betydningen av nevnte forskjeller i ISF-systemet f.o.m. 2018.

#### 2.3.2.2 Prioriteringsnøytralitet mellom tjenester på tvers av DRG- og STG-systemet?

Problemstillingen her har prinsipielle likhetstrekk med den foregående. Men i stedet for skillet mellom døgn- og dagbasert behandling, dreier det seg om håndtering av skillet mellom tjenester som gis i en tradisjonell poliklinisk kontekst og pasientadministrerte eller andre tjenester som ikke på samme måte forutsetter jevnlig polikliniske kontakter i sykehus.

Gode eksempler er dialysebehandling og behandling med biologiske legemidler. I begge tilfeller eksisterer det et behandlingstilbud basert på jevnlig behandling i poliklinikk (opphold gruppert i DRG-systemet) og et tilbud basert på pasientadministrasjon/egenbehandling hjemme (særtjenester gruppert i STG-systemet). Kjerneinnholdet i tjenestene er det samme, men gjennomføringsformen er variabel. Særlig på legemiddelområdet kan varierende priser skape uforutsigbarhet og utfordre hensynet til systemets nøytralitet knyttet til behandlingsvalg.

Fjerning av forskjeller her kan ikke gjennomføres innenfor rammen av DRG-systemet alene. Årsaken er at den pasientadministrerte tjenesteformen ikke kan innpasses i det oppholdsbaserte DRG-systemet. Alternativet er da å samle behandlingsaktiviteten i et felles forløpsorientert aktivitetsmål.

Endringer på dette området er foreløpig ikke besluttet, men er gjenstand for videre vurderinger.

#### 2.3.2.3 Understøttelse av intensiverte tjenestetilbud samme dag

Dagens beregningsmodell er sensitiv for endringer i måten polikliniske tjenestetilbud organiseres på. Både innen psykisk helsevern, TSB og somatikk er det et uttalt ønske å kunne intensivere

utrednings- og behandlingstilbud der dette etter faglig vurdering er bedre eller like godt som å fordele tjenestene på ulike dager. Det legges til grunn at dette generelt virker effektiviserende, både med hensyn til spart tid og kostnader. Slik omlegging fremheves blant annet som viktig for å kunne nå målene fastsatt gjennom standardiserte pakkeforløp.

Insentivmessige utfordringer oppstår når ny organisering av noe som er ment å være et likeverdig eller bedre tjenestetilbud medfører lavere ISF-refusjon enn ved tradisjonell og sekvensiell innretning av tjenestetilbudet.

Den beregningstekniske og kontrollmessige utfordringen er med utgangspunkt i det rapporterte datagrunnlaget å kunne skille mellom situasjoner der det reelt sett dreier seg om et sammensatt, ressurskrevende og merverdiskapende tjenesteinnhold, fra tilfeller med registreringsmessig oppsplitting av behandlingsaktiviteten uten samme merverdi og ressursinnsats. ISF-beregningssystemet inneholdt ulike mekanismer for å håndtere denne utfordringen, blant annet slik at visse spesifikke tjenester telles uavhengig av andre tiltak samme dag. Noe ulike valg er gjort innen somatikk og psykisk helsevern/TSB. Med innføringen av ISF på sistnevnte område er det basert på samarbeid med sektoren utviklet dokumentasjonskrav knyttet til «strukturede polikliniske dagtilbud», som ressurs- og innholdsmessig er forutsatt å skille seg vesentlig fra vanlige polikliniske tjenester. Slike tjenester er høyere vektet og medfører høyere ISF-refusjon.

I forbindelse med harmonisering av ISF-reglene for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern/TSB, vurderes det også hvordan håndteringen av intensiverte tjenestetilbud kan gjøres mer lik, f.eks. gjennom å introdusere «strukturede polikliniske dagtilbud» også innen somatikk.

En alternativ tilnærming innebærer overgang til mer forløpsorientering som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering, da dette vil nøytralisere skillet mellom på hvilke dager deltjenestene finner sted.

### 2.3.3 Avsluttende kommentarer

Drøftingen her illustrerer ulike problemstillinger relatert til gjennomføring av aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Slike utfordringer er vanlige også i andre land, og ulike løsninger velges. Et fellestrekk ved vurderingene ovenfor er vektleggingen av *likeverdig tjenesteinnhold* som premiss for å gjennomføre endringer i grupperings- og beregningssystemet, selv om dette i noen tilfeller medfører større kostnadmessig variasjon innen DRG-er. Eventuell videre vektlegging av et slikt hensyn kan være et argument for å utrede forløpsbaserte finansieringsordninger nærmere.

# 3 ENDRINGSDRIVERE – UTVIKLINGSTREKK OG ANDRE HENSYN AV BETYDNING FOR VIDEREUTVIKLINGEN AV FINANSIERINGSORDNINGENE

I dette kapittelet gjennomgås ulike utviklingstrekk og andre hensyn som vurderes å være av betydning for videreutviklingen av finansieringsordningene. Utvalget er blant annet gjort med utgangspunkt i tematikk i Nasjonal helse- og sykehusplan, Helsedirektoratets strategiske plan og ulike relevante nasjonale satsinger.

Momentene går i noen grad over i hverandre, og må vurderes i sammenheng.

## 3.1 Demografisk utvikling, bærekraft, venstreforskyvning og forebygging

---

Momentene nevnt i overskriften reflekterer viktige utfordringer og endringsbehov i helsesystemet. Demografisk/epidemiologisk utvikling og helsesystemets bærekraft var en viktig del av utfordringsbildet som dannet grunnlag for Samhandlingsreformen<sup>6</sup>, og er også en viktig del av fundamentet for Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016-2019<sup>7</sup>. Tilsvarende problembeskrivelse går igjen i flere stortingsmeldinger og øvrige sentrale dokumenter og strategier, herunder NCD-strategien.

Det er også bred enighet om at nødvendige tiltak i helsesystemet er økt vektlegging av forebygging (primær og sekundær), og venstreforskyvning av oppgaver og ressursinnsats fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse- og omsorgstjenester.

---

<sup>6</sup> [St.meld. nr. 47 \(2008–2009\) Samhandlingsreformen](#)

<sup>7</sup> [Meld.St. 11 \(2015-2016\) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019](#)

Spørsmålet om hvordan finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten på ovennevnte bakgrunn bør utvikles videre for å understøtte nødvendig omlegging, behandles nærmere under avsnittet om samhandling.

### **3.2 Helhetlige og pasientorienterte tjenestetilbud, forløpsorientering**

---

Helhetlige tjenestetilbud med utgangspunkt i pasientens ståsted, og slik at pasientrollen styrkes, er en viktig målsetning. Etablering av pakkeforløp for utredning og behandling av ulike tilstander inngår i målet om helhetlige tjenester. I mange tilfeller, for eksempel for pasienter med langvarige og sammensatte behov, dreier helhet seg også om etablering av integrerte tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene, og med pasienten som aktiv medspiller. Teknologisk utvikling, med nye modeller for digital trepartssamhandling mellom pasienten og tjenesteyterne i både spesialist- og primærhelsetjenesten, er en viktig faktor for å nå målene.

Dagens aktivitetsbaserte finansieringsordning inneholder noen elementer som understøtter integrerte tjenestetilbud og som er orientert mot helhet i tjenestetilbud over tid. Beregningsmetoden for å hensynta oppfølging av pasienter gjennom ACT-team eller lignende ambulante, oppsøkende team er et tydelig eksempel.

Hovedinnretningen av dagens aktivitetsbaserte finansieringssystem er imidlertid ikke spesifikt tilpasset helhetstenkningen, hverken hva angår tjenesteinnholdet i spesialisthelsetjenesten isolert eller på tvers av forvaltningsnivåene. Det tradisjonelle DRG-systemet for innleggelser og konsultasjoner stimulerer godt til effektivisering innenfor rammen av eksisterende tjenestetilbud. Ved vesentlige omlegginger som påvirker antall innleggelser eller konsultasjoner kan det oppstå motstridende insentiver. Den sterke orienteringen i finansieringssystemet mot hva man gjør for pasientene relatert til den enkelte innleggelse eller konsultasjon, i den enkelte virksomhet, kan dermed fremstå som et hinder for etablering av mer helhetlige tjenesteforløp for pasientene.

Hensynene beskrevet her tilsier behov for nærmere vurdering av innretningen av den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen. Utvikling i retning av mer forløpsbasert finansiering er et mulig grep, enten isolert i spesialisthelsetjenesten eller på tvers av forvaltningsnivåene. Et alternativ er dempet betydning av dagens aktivitetsbaserte finansieringsordning.

Det vises også til relatert omtale under temaet Samhandling, samt under tema om teknologisk utvikling.

### 3.3 Samhandling

---

#### 3.3.1 Innledning

Samhandling er et vidt begrep. Her gis det først en generell bakgrunnsomtale, etterfulgt av et avsnitt som omhandler tidligere utredning og gjeldende løsninger. Derneft fokuseres diskusjonen mot to hovedtema:

- Hensiktsmessig oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene og ønsket venstreforskyvning
- Integreerte tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene

I Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016-2019 fremheves det at fremtidens helsetjenester må bli bedre med hensyn til oppgavedeling, samhandling, helhet og sammenheng i pasientbehandlingen. Målet er at pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp, og at de skal få hjelpen nærmest mulig sitt eget bosted og nærmiljø. Det er i dag bred politisk enighet om behovet for mer samhandling på tvers av forvaltningsnivåene for å nå målet om mer pasientsentrerte og integreerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Fragmenterte tjenester og mangelfull koordinering fører i dag til at mange pasienter som trenger behandling og oppfølging fra flere deler av helsesektoren må vente lenge, og opplever at tjenestene ikke henger sammen. En annen utfordring er at det er ulik tilgang på helsetjenester og for store forskjeller i kvaliteten på tilbudene. En tredje utfordring er demografi. Det forventes stor vekst i antall eldre som har eller vil få kroniske sykdommer.

Økt grad av samarbeid og oppgavefordeling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste er en nødvendig aktivitet for å kunne sikre koordinerte pasientforløp og ivareta pasientens behov for et helhetlig tilbud.

Pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester utgjør en heterogen gruppe med ulike behov. Det er særlig pasientgrupper med sammensatte og komplekse behov som har størst behov for samtidighet i tjenestene, både i og utenfor sykehus. Eksempler på slike pasientgrupper er personer med flere diagnoser og hyppige sykehusinnleggelsler. Et annet eksempel er pasientgrupper med kroniske lidelser og/eller med behov for rehabilitering. Disse vil ha behov for tett oppfølging og vedvarende behandling både fra spesialist- og primærhelsetjeneste. Barn og unge med alvorlige psykiske eller somatiske lidelser er et fjerde eksempel. Felles for alle disse pasientgruppene er at de har behov for løsninger som er tverrfaglige, koordinerte og med utgangspunkt i individuelle behov. Tjenestene må være sammensatte, samtidig som geografisk nærhet til bosted (som følge av skole og familie) skal hensyntas.

Finansieringssystemer, sammen med lovverk og styringsordninger, utgjør en vesentlig rammebetingelse for helsetjenestene og bestemmer hvordan henholdsvis kommuner og

helseforetak skal bli finansiert. Og på samme måte som med lovgiving, kan finansieringsordninger utformes slik at de enten støtter opp under eller hemmer samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer. Sammenlignet med land som Sverige, Danmark, og England finnes det i Norge i dag få operative samhandlingstiltak mellom spesialist- og kommunale helsetjenester<sup>8</sup>.

En forklaring kan være at de tverrsektorielle ressursene finansieres fra ulike kilder, og at en fragmentert finansiering vanskeliggjør en hensiktsmessig oppgave-, ansvars- og kostnadsfordeling, og dermed hindrer tilstrekkelig koordinert pasientbehandling.

### 3.3.2 Dagens løsninger

Det vises til vurderingen av samhandlingsutfordringer i Helsedirektoratets gjennomgang av finansieringsordningene i 2015<sup>9</sup>, samt rapport om samhandlingstiltak fra 2016<sup>8</sup>.

En viktig vurdering i førstnevnte dokument var at finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten ikke utgjorde et direkte hinder for samhandling i seg selv, men at asymmetri med finansieringsmodellen for kommunale helse- og omsorgstjenester skaper utfordringer.

Presiseringer i ISF-regelverket for 2017 gjør det tydeligere at RHF og kommuner kan samarbeide om gjennomføring av spesialisthelsetjenester uten at dette medfører reduksjon av aktivitetsbasert finansiering for disse tjenestene. Jf. også egen rapport om dette<sup>10</sup>. Dette løser imidlertid ikke utfordringen med at partene samlet sett mister aktivitetsbasert finansiering dersom de gjennomfører tiltak innenfor rammen av kommunale helse- og omsorgstjenester som gjør behovet for spesialisthelsetjenester mindre eller overflødig.

I mange tilfeller vil de kommunale tiltakene for forebygging eller alternativ håndtering av pasientene være langt billigere enn aktuelle spesialisthelsetjenester. Men oftest er det uansett en viss kostnad til stede for kommunen, og liten eller ingen aktivitetsbasert finansiering sammenlignet med den i spesialisthelsetjenesten. Dagens adskilte finansieringssystemer gir dermed partene (RHF og kommuner) svake insentiver til å velge det rimeligste tiltaket for å opprettholde innbyggernes helse.

### 3.3.3 Mulige endringer for understøttelse av hensiktsmessig oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene og ønsket venstreforskyvning

Problems beskrivelsen i avsnittet om demografisk utvikling og bærekraft m.v. legges til grunn. Nedendunder omtales forskjellige, mulige endringer.

---

<sup>8</sup> Samhandlingstiltak. Finansieringsløsninger og betalingsmodeller. Svar på oppdrag i tillegg til tildelingsbrev 2015/27. Referanse 15/8731-8

<sup>9</sup> Helsedirektoratet 2015, saksnr. 15/357-10

<sup>10</sup> [ISF for spesialisthelsetjenester utført av kommunale aktører. Svar på oppdrag i tildelingsbrev for 2016. Referanse: 16/40261](#)

Økt innslag av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten vil i prinsippet redusere spesialisthelsetjenestens insentiver til å behandle mange pasienter på høyt omsorgsnivå. Et slikt tiltak vil imidlertid ikke i seg selv skape noen insentiver for den kommunal helse- og omsorgstjenesten til å styrke eget tjenestetilbud eller til å forebygge mer. Men RHF-enes frihetsgrader til å skape slike insentiver lokalt gjennom avtaleinngåelse med kommunene øker med større innslag av rammefinansiering (fordi konsekvensen av bortfalt aktivitetsbasert finansiering minimeres).

Etablering av økonomiske koblinger mellom forvaltningsnivåene var ett av hovedgrepene i Samhandlingsreformen. *Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter* er fortsatt gjeldende, mens *Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten* (KMF) ble avvirket etter få års drift. Prinsippene som lå til grunn for KMF-ordningen er fortsatt relevante, men erfaringene tilsier behov for noe mer nyanserte og målrettede modeller dersom ønsket virkning skal oppnås. Utredning av nye modeller forutsetter god involvering av både kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten.

Etablering av statlige aktivitetsbaserte finansieringsløsninger for kommunal helse- og omsorgstjeneste, relatert til kommunenes «sørge for»-ansvar, er et mulig mottrekk mot den asymmetrien som eksisterer mellom ordningene for RHF og kommuner i dag. Dette vil bidra til at partenes (kommuner og RHF) samlede rammer i mindre grad reduseres når kommuner øker sin ressursinnsats med redusert aktivitet i spesialisthelsetjenesten til følge. Eventuell aktivitetsbasert finansiering av kommunal helse- og omsorgstjeneste forutsetter behørig utredning. Aktuelle hensyn som bør være med i videre vurderinger:

- Understøtte «sørge for»-ansvaret basert på moderne og helhetlig innretning av tjenestene, jf. Primærhelsemeldingen
- Videreføre og styrke kommunenes frihetsgrader m.h.t. hvordan utøvende virksomheter finansieres, herunder gjennom omlegging av statlige tredjepartsfinansieringsordninger basert på takster («fee for service»). Eventuell omlegging på dette punktet bør ledsages av samarbeid med kommunene om vurdering og gjennomføring av gode finansieringsløsninger overfor utøvende virksomheter.
- Utnytte muligheten for godt samspill og synergieffekter mellom styringsdata (KPR) og finansiering, på samme måte som innen spesialisthelsetjenesten.
- Vurdere *forløp* («Episode of Care») som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering for å ivareta helhetshensynene.

Forløpsbasert finansiering på tvers av forvaltningsnivåene er en annen måte å etablere økonomisk kobling på. Tanken her er en pasientorientert ordning som er økonomisk nøytral for partene samlet sett, men som gjennom å være aktivitetsbasert stimulerer til å velge den mest kostnadseffektive behandlings- eller oppfølgingsformen, og som gir kommunene et særskilt

insentiv til å håndtere pasientene så langt det er mulig. En slik ordning kan innrettes slik at de separate inntektssystemene for RHF og kommuner respekteres. Hovedprinsipper:

- Aktivitetsbasert finansiering fra staten relatert til hvor mange og hva slags pasienter som mottar behandling i helsetjenesten.
- Prospektiv prissetting basert på empiriske kostnader for tilsvarende behandling (stimulerer til kostnadseffektivitet)
- Klinisk meningsfulle grupper (bidrar til styringsinformasjon)
- Behandlingsentiteten er *forløp* («Episode of Care»), med pasienten som utgangspunkt og på tvers av forvaltningsnivåene (understøtter helhet)
- Byggestenene for forløp og gruppering av disse er deltjenestene som ytes i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Tilsvarende tjenesteinnhold (samme verdi for pasienten) gir samme gruppering og finansiering uavhengig av på hvilken måte partene har samarbeidet om det samlede tjenestetilbudet.
- Statens aktivitetsbaserte finansiering av partene bestemmes av hvor mange forløp av ulike typer som finner sted. Fordelingen til hver av partene skjer gjennom de respektive inntektssystemene, basert på hva og hvor mye partene har bidratt med til forløpet.
- Prinsipielle likhetstrekk med DRG-systemet, men anvendt på et forløpsnivå og ikke sykehusnivå, samt slik at det er det helhetlige tjenestetilbudet til pasientene som danner grunnlaget for finansieringen.
- Innebærer at fordelene ved *samfinansiering* og «*bundled payments*» oppnås, men slik at partenes separate inntektssystemer respekteres.
- Stiller ikke krav til forhåndsdefinisjon av hva kommunene kan håndtere eller forebygge.

### 3.3.4 Mulige endringer for understøttelse av integrerte tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene

Økt innslag av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten vil gi spesialisthelsetjenesten økte frihetsgrader til å finansiere integrerte tjenestetilbud, og med redusert risiko for inntektsbortfall dersom nytt tjenestetilbud ikke faller innenfor rammen av aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Slik innretning påvirker imidlertid ikke partenes direkte insentiver til å inngå samarbeid.

Tilpasning av spesialisthelsetjenestens aktivitetsbaserte finansieringsmodell slik at integrerte tjenestetilbud hensyntas på spesifikk måte, er en annen tilnærming. Den forløpsbaserte modellen for oppfølging av pasienter gjennom ACT-team og lignende ambulante oppsøkende team, er et tjenelig eksempel. Den aktivitetsbaserte finansieringen er beregnet ut fra spesialisthelsetjenestens gjennomsnittlige ressursinnsats, og det er kun spesialisthelsetjenesten

som mottar finansiering basert på modellen. Men det er integrasjon av tjenestetilbudet i samarbeid med kommunen som utløser finansieringen. Således økes insentivene i spesialisthelsetjenesten til å inngå i slikt samarbeid. Kommunens insentiver påvirkes imidlertid ikke. Det er innenfor dagens rammeverk mulig å utvide dette konseptet til også andre typer tjenester og pasientgrupper, herunder teambaserte løsninger.

Aktivitetsbasert finansiering av kommunene er et annet mulig grep for å stimulere også kommunene til å inngå samarbeid om integrerte tjenestetilbud. Det vises til tidligere omtale av hvordan dette eventuelt kan innrettes, enten som isolert modell for kommunene, eller som samlet aktivitetsbasert finansiering fra staten som fordeles mellom RHF og kommuner basert på objektive kriterier.

### 3.4 Teknologisk utvikling og digitalisering av helsetjenestene

---

#### 3.4.1 Innledning

Ibruktage av ny teknologi og digitalisering av tjenestetilbudet er viktige virkemidler for å møte nåværende og fremtidige utfordringer i helsetjenesten. Slik utvikling er både viktig for å heve kvaliteten i helsetjenesten og for å kunne redusere behandlingskostnadene.

Bruk av ny teknologi og digitalisering påvirker også måten statlig finansiering av spesialisthelsetjenesten bør innrettes på, som følge av konsekvensene slik utvikling har på utformingen av tjenestene. I de følgende avsnitt belyses dette nærmere.

#### 3.4.2 Ny teknologi muliggjør konseptuelt nye måter å yte spesialisthelsetjenester på

Noen konsekvenser av ny teknologi ble belyst i Helsedirektoratets gjennomgang av finansieringsordningen i 2015<sup>4</sup>. Vi pekte her på hvordan spesialisthelsetjenester som tradisjonelt ytes i en sykehuskontekst kan erstattes av pasientadministrert behandling (f.eks. legemiddelbehandling; dialyse) og medisinsk avstandsoppfølging (f.eks. telekardiologi; monitorering av pasienter med kroniske tilstander).

Den umiddelbare konsekvensen er at aktivitetsbaserte finansieringsordninger må innrettes slik at de hensyntar også de nye, alternative måtene å gjennomføre spesialisthelsetjenester på. ISF-ordningens tekniske rammeverk er f.o.m. 2017 utvidet med løsninger for gruppering og aktivitetsberegning for aktuelle typer tjenester på en slik at nye tjenesteformer basert på pasientadministrasjon eller andre kontinuerlige tiltak på en enklere måte enn tidligere kan understøttes (STG-systemet; særtjenestegrupper).

STG-systemet er forløpsorientert i stedet for å relatere seg til de enkelte hendelsene innad i forløpet. Videre og mer utstrakt forløpsorientering av aktivitetsbaserte finansieringsmodeller

ansees som nødvendig forutsetning for å kunne håndtere nye tjenesteformer utløst av ny teknologi også i fremtiden.

### 3.4.3 Nye former for digital kommunikasjon mellom pasient og behandlere

Helsehjelp kan sies å ha et todelt hovedinnhold:

- En *instrumentell del* som dreier seg om fysisk interaksjon mellom pasientens kropp og en behandler eller apparat/instrument, enten i diagnostisk eller terapeutisk øyemed.
- En *kommunikativ del* som dreier seg om formidling av informasjon *fra* pasienten til behandlere (oftest for å muliggjøre diagnostikk og evaluering av behandlingseffekt), eller *til* pasienten fra behandlere (informasjon m.t.p. bl.a. involvering i behandlingsvalg, fremme egenmestring og kontroll over egen sykdom, samt kommunikasjon som tiltak for å gi omsorgsfull behandling).

Ny teknologi påvirker måten begge ovenstående komponenter av helsehjelp kan finne sted på. Endringer vedrørende den instrumentelle delen er belyst gjennom eksemplene i forrige avsnitt, og har et allerede etablert fokus.

Teknologisk medierte endringer i den kommunikative delen er kommet kortere i dagens finansieringssystem. Samtidig er det på dette området det er enklest å gjennomføre vesentlige endringer i måten helsehjelpen finner sted på, blant annet fordi mellommenneskelig kommunikasjon kan bygges på generiske løsninger for digital kommunikasjon som krever vesentlig mindre grad av spesifikk tilpasning for helseformål, sammenlignet med den nyutvikling som kreves for å erstatte ordinære fysiske undersøkelser og intervensjoner. Dertil kommer at kommunikasjonsløsninger kan gjenbrukes på tvers av fagområder, mens den instrumentelle nyutviklingen må finne sted for hver enkelt medisinske problemstilling.

Et eksempel for å tydeliggjøre problemstillingen:

- En pasient utredet med gastroskopi grunnet magesmerter. Selve gastroskopien må inntil videre finne sted i fysiske fasiliteter tilpasset formålet. Men gitt ny og styrket pasientrolle, og gitt det digitale mulighetsrom som finnes for kommunikasjon synkront eller asynkront, er det sannsynlig at foretrukket kommunikasjonsform i for- og etterkant for en stor andel av pasientene vil trekke i retning av digitale løsninger. Dette vil også i mange tilfeller bidra til mer effektiv gjennomføring for helsetjenesten (gitt klokt innrettet tjenestedesign).

Et annet eksempel illustreres av et forskningsprosjekt ved Nasjonalt senter for e-helseforskning: 3P - Pasienter og profesjonelle i partnerskap (<https://ehealthresearch.no/prosjekter/3p>). Fra prosjektbeskrivelsen:

*«Pasienter, myndigheter og profesjonelle uttrykker et stort behov for en radikal omorganisering av helsetjenester for pasienter med langvarige og sammensatte behov. 3P-prosjektet skal understøtte utvikling av en trygg helhetlig helse- og omsorgstjeneste for denne gruppen pasienter. 3P-prosjektet skal danne et kunnskapsgrunnlag for å forandre et profesjonscentrert helsesystem til et pasientsentrert system basert på erfaringer fra fire piloter i Norge og Danmark.*

*[...]*

*Sentralt i å utvikle en slik tjeneste er bruk av IKT-verktøy for samhandling mellom pasienter og helsearbeidere. Prosjektet tar utgangspunkt i fire miljøer som har utviklet nye omsorgsmodeller basert på Chronic Care Model (CCM) og som drar nytte av nye ledende teknologier og radikal organisasjonsredesign.*

*»*

To øvrige prosjekter ved samme institusjon er også egnede eksempler:

- eTeam-Surgery - Moving pre-surgical planning from the hospital to the patient at home through electronic collaboration <https://ehealthresearch.no/prosjekter/eteam-surgery>
- Gruppeutdanning og mobiltelefoner innen diabetes <https://ehealthresearch.no/prosjekter/gruppeutdanning-og-mobiltelefoner-innen-diabetes>

Det gjenstående spørsmålet er hvorvidt dagens finansieringsordninger er tilpasset en mulig fremtid der store andeler av kommunikasjonen finner sted med digitale verktøy, i stedet for gjennom tradisjonelle konsultasjoner eller konsultasjonslignende hendelser.

Det aktivitetsbaserte finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten er sterkt orientert mot tradisjonelle konsultasjoner, og med innslag av at konsultasjoner basert på videokonferanse eller telefon inngår i beregningsgrunnlaget. Med *eMeistring* (Helse Bergen HF) som modell, er ISF-ordningen innen psykisk helsevern innrettet med en håndteringsmetode for *Nettbaserte behandlingsprogram*. Sistnevnte er utformet ut fra et forløpsperspektiv.

Tilpasning av de aktivitetsbaserte finansieringssystemene for å understøtte nye digitale kommunikasjonsformer fremstår som et viktig hensyn både på kort og lengre sikt. På kort sikt er det viktig å bidra til at innovasjon i tjenesteutformingen som innebærer overgang bort fra tradisjonelle konsultasjoner ikke hemmes i urimelig stor grad, gjennom tilpasninger innenfor dagens rammeverk. Det er også viktig å understreke at løsningene også i fremtiden skal understøtte kommunikasjon basert på direkte, mellommenneskelig kontakt. Forankring av spesifikke behov og ønsker i RHF-ene anses særlig viktig her da særtilpasninger av dagens

rammeverk er administrativt krevende, kan forutsette ekstra kodingskrav, og kan utfordre hensynet til statlig kostnadskontroll.

På lengre sikt tilsier utviklingen behov for gjennomgående økt forløpsperspektiv, og mindre konsultasjonsperspektiv, ved innretningen av aktivitetsbaserte finansieringsordninger.

Utviklingen på området er også et argument for revurdering av dagens egenandelssystem.

#### 3.4.4 Ny teknologi muliggjør integrasjon av tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene og styrker pasientens deltagelse

Ny teknologi bidrar til å realisere integrasjon av tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene og styrker pasientens delaktighet i tjenesten. *Én innbygger – én journal* er hoveddriveren. Dette suppleres av app-teknologi og systemer for medisinsk avstandsoppfølging som muliggjør en endring av tjenestene *fra* i stor grad å være to separate samarbeidsflater (spesialisthelsetjenesten og pasienten + kommunale tjenester og pasienten); *til* å være et treparts-samarbeid mellom pasienten og de to forvaltningsnivåene.

Ovenstående innebærer en tendens i retning av vagere skiller mellom spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester, og det utfordrer det statlige finansieringssystemets evne til å understøtte den fleksible samarbeidsformen og ressursinnsatsen som pasientenes individuelle behov tilsier.

Ovenstående leder til de samme endringsbehov som nevnt i omtalen av samhandling og integrasjon av tjenester, og det vises til dette.

### 3.5 Sosial ulikhet og likeverdig tjenestetilbud

---

Norsk helsetjeneste har et overordnet mål om at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Alle med like behov skal motta samme omfang og kvalitet av helsetjenester. Disse likeverdsprinsippene er viktige for at helsetjenesten skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller.

Når man sammenlikner grupper i samfunnet, finner man likevel systematiske forskjeller i helse; jo høyere utdanning og inntekt en gruppe har, desto høyere andel av gruppens «medlemmer» har god helse. Dette kalles sosiale helseforskjeller eller sosial ulikhet i helse. Det er også slik at helsa blir bedre for hvert trinn på den sosioøkonomiske stigen; jo lengre utdanningen er eller jo høyere inntekten er, desto bedre er helsa. De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle

sykdommer, skader og plager, og vi ser forskjellene i alle aldersgrupper. Det innebærer mange tapte arbeidsdager og leveår med god helse og livskvalitet.

Det meste av disse sosiale helseforskjellene oppstår utenfor helsesektoren og er et resultat av strukturelle forhold i samfunnet. Tilgjengelige virkemidler ligger ofte i andre sektorer.

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er i Norge i all hovedsak statlig. Unntaket fra dette er egenandeler for polikliniske tjenester, samt noen former for pasientbetaling. Egenandelens betydning for den sosioøkonomiske fordelingen av helsetjenester er uklar, men det blir ofte hevdet at økninger i egenandelene vil medføre større sosial ulikhet. Dette er et argument for at gjennomgang av gjeldende egenandelsordninger bør vurderes nærmere. Det vises også til annen omtale vedrørende egenandeler.

Et annet moment av betydning er at innretningen av aktivitetsbaserte finansieringsordninger i praksis kan få betydning for prioritering av ulike lidelser og pasientgrupper, og at det oppstår (uintenderte) vridningseffekter der lidelser som er mer utbredt i lavere sosiale lag får lavere prioritet. For å øke graden av transparens er det behov for vedvarende oppmerksomhet mot dette, og at videreutvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger hensyntar tilbud overfor pasientgrupper med udekkede behov på en god måte. Dette gjelder f.eks. pasienter med komorbiditet på tvers av psykiske, rusrelaterte og somatiske lidelser.

### 3.6 Psykisk helse og rus

---

Området psykisk helse og rus omtales særskilt da dette over lang tid har vært et satsingsområde. Det er flere ulike utfordringer på området som må løses med ulike sett av virkemidler. For eksempel er aktuelle problemstillinger som riktig bruk av tvang lite egnet å løses gjennom finansielle virkemidler (utover eventuelt å være del av indikatorgrunnlaget for kvalitetsbasert finansiering).

Utfordringsbildet innen psykisk helse og rus vurderes ikke å være fundamentalt annerledes enn på øvrige områder av helsetjenesten. De samme typer av behov gjør seg gjeldende, enten det er tale om økt grad av samhandling og integrasjon av tjenester; stimulans til tilgjengelighet av tjenester; omstilling fra innleggelser til poliklinisk aktivitet; kostnadseffektivitet m.v.

Det spesielle er imidlertid at man innen psykisk helsevern og rus på mange utfordringsområder er kommet kortere enn innen somatikken, samt at behovene for tjenesteomlegging gjør seg ekstra sterkt gjeldende. Eksempler på sistnevnte er behov for samhandling mellom

forvaltningsnivåene, og behov for helhetlige integrerte tjenestetilbud som involverer og styrker pasientene og deres mestringsevne.

De viktigste implikasjonene av ovenstående er:

- Behovene innen området psykisk helse og rus bør stå sentralt i videreutviklingen av finansieringsordningene.
- Eventuelle nye modeller må vurderes opp mot deres evne til å oppfylle målsetninger innen psykisk helse og rus.
- De særlige samhandlingsbehovene innen psykisk helse og rus tilsier at man på sikt må tillate seg å gå langt i nytenkningen av hvordan helhetlige tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåer skal finansieres fra statens side.

Tilleggsvurderinger:

- Integrasjon av tjenestetilbud på tvers av psykisk helsevern/TSB og somatikk er viktig for å understøtte nødvendige tjenester til pasienter med sammensatte behov. Harmonisering av finansieringsmodellene for somatikk og psykisk helsevern/TSB er dermed viktig for at ikke økonomiske barrierer skal være hinder for fremvekst av sammensatte tjenestetilbud tilpasset pasientenes behov.
- Harmonisering av finansieringsmodeller mellom somatikk og psykisk helsevern/TSB betyr ikke med nødvendighet innføring av generalisert aktivitetsbasert finansiering for innleggelser innen psykisk helsevern/TSB etter modell fra somatikk. Dette må vurderes særskilt opp mot andre alternativer for å nå målene.

### 3.7 Omlegging til og intensivering av polikliniske tjenestetilbud

---

Det vises til omtale i avsnitt 2.3, der utfordringer er diskutert relatert både til omlegging fra døgn- til dagbasert aktivitet, samt ved intensivering av polikliniske tilbud samme dag. Vi legger til grunn at slike omlegginger er viktige utviklingstrekk som krever oppmerksomhet ved videreutvikling av finansieringssystemet.

Innefor rammen av dagens aktivitetsbaserte finansieringsmodell, er det viktig at de diagnoserelaterte gruppene utformes og vedlikeholdes slik at de tar høyde for slike endringer i tjenestetilbudet, herunder med mekanismer for harmonisering av beregnet aktivitetsnivå når det faktiske tjenesteinnholdet er det samme.

Utfordringene kan også vurderes håndtert gjennom innføring av mer forløpsorientert, aktivitetsbasert finansiering.

I tillegg aktualiserer denne typen omlegginger behovet for å gjennomgå dagens system for egenandeler og pasientbetaling i spesialisthelsetjenesten. Dagens ordning er basert på et arbitrært skille mellom *polikliniske* og *innlagte pasienter* som det er krevende for sykehusene å forholde seg til, og som også gjør det vanskelig for pasientene å vite i hvilke tilfeller de skal betale eller ikke. I tillegg påvirkes egenandelsbetalingen i stor grad med hensyn til de organisatoriske valgene som gjøres (døgn versus poliklinikk; «samme dag»-tjenester versus tjenester på flere dager).

### **3.8 NCD-strategien – Tiltak for håndtering av utfordringer relatert til ikke-smittsomme sykdommer med økende forekomst**

---

NCD-strategien for 2013-2017 omhandler «forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft». Hovedtiltak i strategien er:

- videreføring og utvikling av det primærforebyggende arbeidet, slik Folkehelsemeldingen beskriver
- økt vektlegging av arbeidet med tidlig diagnostikk
- økt vektlegging av sekundærforebygging
- sikre pasientforløp med god kvalitet på behandling og oppfølging i alle ledd
- styrke brukerne og pasientenes rolle og trekke dem mer aktivt med i behandlingen av egen sykdom

Utfordringene på NCD-området henger nært sammen med utfordringene beskrevet i avsnitt 3.1 og 3.3. NCD-utfordringene aktualiserer i stor grad de samme mulige endringer av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten som beskrevet i nevnte avsnitt, og det vises til disse. Dette gjelder særlig tiltak for å stimulere til venstreforskyvning og til etablering av adekvate integrerte tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene.

Særskilte tjenesteutviklingsbehov på NCD-området sammenfaller i stor grad med behov relatert til psykisk helse og rus. Dette gjelder særlig samhandling mellom forvaltningsnivåene, og behov for helhetlige integrerte tjenestetilbud som involverer og styrker pasientene og deres mestringsevne. På samme måte som for psykisk helse og rus, er et naturlig valg at utfordringer innen NCD-området har høyt fokus i videreutviklingen av finansieringsordningene.

### **3.9 Organisering og videreutvikling av øyeblikkelig hjelp-funksjoner**

---

#### **3.9.1 Innledning**

En stor del av ressursene i helsetjenesten går med til håndtering av pasienter med øyeblikkelig hjelp-problemstillinger. God organisering av tjenester på dette området er dermed av stor

betydning for samlet ressursutnyttelse, på tvers av forvaltningsnivåene. Her peker vi kortfattet på noen sentrale utviklingstrekk som også har betydning for videre innretning av finansieringsordningene. Tematikken har nær relasjon til andre tema diskutert tidligere i dokumentet, men tjener som ytterligere eksemplifisering av allerede påpekte endringsbehov.

### 3.9.2 Effektiv håndtering av pasienter med ØH-problemstillinger i sykehus

Effektiv håndtering av pasienter med ØH-problemstillinger i sykehus har over lang tid dreid seg om å kunne forskyve mest mulig av behandlingen fra de mest ressurskrevende behandlingsformene (innleggelse i ordinær sengepost) til enklere observasjonstilbud og poliklinisk vurdering eller behandling. Utfordringer i finansieringssystemet ved endring av omsorgsnivå er beskrevet under punkt 2.3.2.1.

Håndtering av utfordringene innenfor rammene av et aktivitetsbasert finansieringssystem forutsetter økt vektlegging av *likeverdig tjenesteinnhold* som premiss for grupperings- og beregningssystemet, for eksempel gjennom mer forløpsbasert finansieringsordning.

Et alternativ er økt innslag av rammefinansiering for å dempe negative effekter av å legge om tjenestetilbudet. En ren rammefinansiering vil imidlertid ikke gi de samme insentiver til effektivisering og omlegging av tjenestetilbudet som en prospektivt innrettet forløpsorientert aktivitetsfinansiering kan gi.

Egenandelsordningene er innrettet slik at pasientens eventuelle betaling er avhengig av på hvilken måte sykehuset håndterer pasienten på. Egenandelsbetaling tilkommer i dag dersom sykehuset klarer å håndtere pasienten som poliklinisk pasient, men ikke når pasienten rubriseres som innlagt. I travle akuttmottak er grensedragningen særlig krevende. Det bør vurderes nærmere hvordan egenandelsordningene kan innrettes i en retning som er mindre avhengig av hvordan øyeblikkelig hjelp-pasienter ivaretas.

### 3.9.3 Utvikling av prehospitale tjenester kommer til erstatning for tradisjonell diagnostikk og behandling i sykehus

Teknologisk utvikling gjør at avansert diagnostikk og behandling i stadig økende grad kan gjennomføres prehospitalt. En slik utvikling innebærer endringer i hvordan pasientforløpene blir seende ut, hvilke pasienter som i det hele tatt vurderes på sykehus, eller i hvilken grad det er nødvendig med vurdering på lokalsykehus forut for overføring til spesialisert behandling på annet sykehus.

Ovenstående utvikling bidrar til bedre forløp for pasientene og økt kostnadseffektivitet. Samtidig utfordres den gjeldende aktivitetsbaserte finansieringsformen. Årsaken til dette ligger i

tellesystemet som hovedsakelig er orientert om det som skjer i sykehusene, og også til dels hvor mange ulike sykehus pasienten er innom før definitiv diagnostikk og behandling i akuttforløpet er oppnådd.

Tematikken har overføringsverdi også til psykisk helsevern. Etablering av ambulante akutteam som rykker ut til pasienten for å kunne gjøre nødvendig vurdering av pasienten og aktuelle behandlingstiltak, kan komme til erstatning for innleggelse. Dette hensynet er allerede inkludert i tenkningen som ligger til grunn for håndtering av ambulant virksomhet innenfor ISF for psykisk helsevern, men kan vurderes videreutviklet ytterligere.

Ovenstående problemstillinger kan innebære blant annet følgende m.h.t. videreutvikling av finansieringsordningene:

- Forløpsorientering i den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen
- Helsehjelp som finner sted i det prehospitalle leddet og som kommer til erstatning for tilsvarende tjenester i sykehus må hensyntas i aktivitetsbaserte finansieringsmodeller
- Fortsatt vektlegging av ambulante ØH-tjenester

#### 3.9.4 Riktig oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene relatert til ØH-tjenester

Det vises her til omtale av utfordringer relatert til samhandling tidligere i dokumentet.

### 3.10 Helsedata

---

Norge har i internasjonal kontekst en god infrastruktur for tilgang til helsedata for bl.a. styrings- og finansieringsformål. Norsk pasientregister (NPR) danner basis for det meste av aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten i dag. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er under utvikling, nytt legemiddelregister muliggjøres blant annet basert på utvikling av Felles legemiddelliste. Gjennom Helsedataprogrammet, herunder utredning av Helseanalyse-plattformen, kan det oppstå nye muligheter for styring og finansiering av helsetjenesten basert på et rikt, samlet datagrunnlag om tjenestene pasientene mottar på tvers av tjenestenivåene.

Tidsperspektivet for realisering av ovenstående nye løsninger er foreløpig usikkert. Det sentrale poenget her er å synliggjøre at et rikere datagrunnlag, tilgjengeliggjort på en moderne måte på tvers av kilder, skaper også nytt rom for utvikling av datadrevne finansieringsløsninger.

Eksempler:

- Bruk av sammenstilte opplysninger fra NPR, KPR og nytt legemiddelregister kan danne grunnlag for aktivitetsbaserte finansieringsmodeller som tar utgangspunkt i helheten i tjenestetilbudet til den enkelte pasient, også på tvers av forvaltningsnivåene.
- Eventuelt supplement av opplysninger fra øvrige sentrale helseregistre og eventuelt kvalitetsregistre, muliggjør modeller der kvalitetsaspekter hensyntas i større grad, i tillegg til aktivitetsinformasjon.

- Aktuelle modeller som muliggjøres er ikke avgrenset til forløpsbasert finansiering, men også for eksempel nye former for risikjusterte kapasjonsmodeller til bruk både overfor «sørge for»-ansvarlige og på utøvende nivå.

Nye muligheter som beskrevet ovenfor ligger et stykke frem i tid før de kan realiseres fullt ut i et tilrettelagt og effektivt produksjonssystem. Grunnlag for videre utredning av hvilke muligheter som åpner seg, er imidlertid til stede.

I tillegg ligger det et fortsatt et ubenyttet potensiale knyttet til dagens NPR-infrastruktur. Dagens løsninger innebærer uten endring av rapporteringssystemer at de aktivitetsbaserte finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten kan dreies i retning av f.eks. forløpsbasert finansiering.

### 3.11 KPP – Kostnad per pasient

---

Kostnad per pasient (KPP) innebærer en viktig satsing på bruk av økonomiske data for å understøtte god virksomhetsstyring i spesialisthelsetjenesten. KPP-data kan eksempelvis bidra til bedre kostnadseffektivitet gjennom synliggjøring av kostnadsdrivere og målretting av tiltak for å redusere behandlingstkostnader. I tillegg kan KPP-data benyttes for å understøtte kvalitetsarbeid.

KPP-data skal etableres i helseforetakene etter standardiserte modeller, rapporteres til NPR, og tilgjengeliggjøres gjennom en nasjonal KPP-database. Dette gir også rom for bruk av disse data som grunnlag i de nasjonale finansieringssystemene. På kort sikt, og innenfor rammene av dagens finansieringssystem, representerer KPP-data nytt grunnlag for kostnadsvektberegning og for forbedringer av DRG-systemet.

Prinsipielt kan man tenke seg finansieringsordninger der utbetalingene knyttes mer direkte til rapporterte KPP-data, for eksempel gjennom generelle kostnadsrefusjonsmodeller (blandet med rammefinansiering), eller som tilleggsfinansiering til ordinær aktivitetsbasert finansiering for å kompensere for uvanlig høye kostnader (f.eks. i.f.m. høyspesialiserte tjenester).

KPP-data fra offentlige foretak kan også utgjøre en viktig referanseramme ved prisfastsettelse for tjenester levert av private aktører, og således understøtte finansiering av utøvende virksomheter med lavt eller spesifikt behandlingsvolum slik at grove, gjennomsnittsbaserte priser ikke er formålstjenlig.

### 3.12 Avtalespesialistenes rolle i spesialisthelsetjenesten

---

Med avtalespesialister menes privatpraktiserende lege- og psykologspesialister med driftsavtale med RHF. Regulering og finansiering av denne aktørgruppen avviker fra øvrig spesialist-

helsetjeneste, både med hensyn til avtalegrunnlaget for virksomheten og innslaget av tredjepartsfinansiering.

Avtalespesialistene representerer en alternativ måte å organisere spesialisthelsetjenestetilbudet på, komplementært til tjenestetilbudet i regi av helseforetak og virksomheter med anbudsbaserte avtaler med RHF. Hensyn til helhetlig styring, dimensjonering og prioritering i spesialisthelsetjenesten, kan tale i retning av at den overordnede statlige finansieringen av spesialisthelsetjenester harmoniseres i retning av lik statlig finansiering for likt tjenesteinnhold, uavhengig av organisering.

Ovenstående hensyn forsterkes dersom man ønsker å vurdere en mer forløpsorientert, aktivitetsbasert finansieringsmodell i spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistenes tjenester vil da i mange tilfeller kunne inngå som viktige komponenter i forløpene, til erstatning for deltjenester som ellers ville funnet sted i helseforetakene.

Det legges samtidig til grunn at detaljfinansiering av avtalespesialistene som individbaserte utøvende virksomheter forutsetter fortsatt tilpassede finansierings- og prissettingsmekanismer, dog uten begrensning til videreføring av dagens takstsystem.

### 3.13 Persontilpasset medisin

---

Med persontilpasset medisin menes at diagnostikk, behandling og forebygging tilpasses eller skreddersys biologiske forhold hos den enkelte pasient. Gevinstene av tiltakene for pasientene er knyttet til raskere diagnostikk, bedre individuelt tilpasset behandling, større effekt av behandling med færre bivirkninger, tidligere intervensjon og større grad av forebygging.

Persontilpasset behandlingsaktivitet antas i hovedsak å kunne finansieres gjennom de etablerte finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten. Det vil kunne oppstå utfordringer knyttet til vedlikehold av DRG-systemet eller andre grupperingsystemer grunnet små pasientgrupper med spesielle behandlingsmessige og kostnadsmessige karakteristika, dog ikke slik at dette representerer noe prinsipielt nytt sammenlignet med dagens situasjon. Vi legger til grunn at videreutvikling av persontilpasset medisin ikke vil utgjøre en vesentlig endringsdriver for den overordnede innretningen av finansieringsordningene.

Risiko for kostnadsvekst forutsettes håndtert gjennom etablerte prioriteringsmekanismer, herunder gjennom Nye metoder.

# 4 ANDRE MOMENTER

## 4.1 Egenandelsordninger

---

### 4.1.1 Innledning

Utfordringer relatert til innretningen av dagens egenandelsordninger er omtalt flere steder i dokumentet. Egenandeler er koblet til polikliniske tjenester, som av historiske årsaker er svært konsultasjonsorientert, og som i liten grad reflekterer måten spesialisthelsetjenester ytes på nå og i fremtiden. Dette medfører av og til motsatte insentivvirkninger, samt vansker med forståelse av ordningen på utøvende nivå i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg har vi pekt på mulige problemstillinger relatert til sosial ulikhet.

I det følgende suppleres det ovenstående med noen nærmere vurderinger som også peker i retning av behov for større gjennomgang av hvordan ordningene for egenandeler, pasientbetaling og skjerming i spesialisthelsetjenesten bør videreutvikles.

### 4.1.2 Egenandelsordningens intensjon og virkning

Dagens ordning med egenandeler (i spesialisthelsetjenesten) har en todelt funksjon: ordningen skal til en viss grad virke dempende på etterspørsel og den skal bidra til offentlige inntekter. For at utgiftene ikke skal bli for belastende for enkeltindivider er det innført en ordning med egenandelstak som gjelder på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Enkelte pasientgrupper, slik som barn og gravide er fullstendig fritatt fra å betale egenandeler, for å sikre at ingen blir hindret fra å motta helsehjelp av økonomiske hensyn.

I 2016 bidro pasienters egenandeler i spesialisthelsetjenesten med 1,6 milliarder kroner i inntekter til staten. Dette er egenandeler som er betalt av pasient i poliklinikk, hos avtale-spesialist eller hos private laboratorier og røntgeninstitutt, og som ikke dekkes gjennom frikortordningen eller gjennom andre skjermingsordninger. Pasientbetalte egenandeler utgjør 9 % av samlet aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten, det vil si refusjon fra Helfo til spesialisthelsetjenester<sup>11</sup>, ISF til behandling som utløser egenandel, og pasientbetalte egenandeler i spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>11</sup> Herunder refunderte egenandeler på frikort og andre fritaksgrunner.

Det er grunn til å anta at dagens egenandelsordning i mindre grad virker dempende på etterspørselen av spesialisthelsetjenester. Skjermingsordningen med egenandelstak 1 skal sørge for at belastningen ikke blir for stor for den enkelte, og mange av pasientene som behandles i spesialisthelsetjenesten vil opptjene frikort. Når man ser på egenandeler til pasienter som ikke får frikort, utgjorde dette kun 19 % prosent av samlede egenandeler innenfor tak 1-ordningen til spesialisthelsetjenester i 2016. Det betyr at for hver kroners økning av egenandeler innenfor spesialistordningene, vil minst 81 % bli dekket på frikortordningen. Den marginale effekten av endringer i egenandelene innenfor frikortordningen er således liten<sup>12</sup>. Et eksempel på dette er at man i 2016 økte egenandelene uten at frikort tak 1 ble satt opp. Dette førte til 85 000 flere frikortmottakere.

Nordheimutvalget drøftet muligheten for å bruke betydelig egenbetaling for å begrense lavt prioriterte tjenester. Et eksempel på et område der man kan se for seg at en betydelig økning av egenandelen vil kunne ha en effekt på etterspørselen, er MR. Mye tyder på at det i dag er et overforbruk av tjenesten, og at mange pasienter henvises først og fremst etter eget ønske. Vi vil ikke gå videre inn på dette her, men viser til prioriteringsmeldingen der departementet skriver at en ordning med graderte egenandeler kan medføre ulik praksis og betydelige forvaltningskostnader.

Samtidig som vi antar at dagens ordning generelt sett i mindre grad demper etterspørsel i spesialisthelsetjenesten, ser det allikevel ut til at kostnaden kan føre til underbehandling ved at enkelte pasientgrupper forhindres fra å oppsøke nødvendig helsehjelp. Dette gjelder spesielt for personer med alvorlige ruslidelser, men kan også gjelde eksempelvis ungdom eller minstepensjonister. Det er behov for mer kunnskap om hvordan nivået på egenandeler påvirker adferd for ulike inntektsgrupper.

#### 4.1.3 Andre utfordringer

Egenandeler skal kun kreves der det er hjemmel i lov, og i spesialisthelsetjenesten er det gitt flere forskrifter<sup>13</sup> som regulerer dette. Utviklingen innenfor medisin og teknologi fører imidlertid til at det stadig reises problemstillinger knyttet til egenandeler eller pasientbetaling som ikke er regulert av forskrift. Eksempler på dette er om pasienten frivillig kan velge å betale mer for en dyrere eller annen type tjeneste enn spesialisthelsetjenesten tilbyr, noe som også tas opp i prioriteringsmeldingen. Videre tilrettelegger velferdsteknologien for flere egenadministrerte

---

<sup>12</sup> Av samtlige pasienter som har utløst en egenandel innenfor refusjon til behandlere på tak1-ordningen, var det om lag 35 % som fikk frikort i 2016. Helsedirektoratet mener denne andelen er ennå høyere innenfor spesialisthelsetjenestene i tak1-ordningen.

<sup>13</sup> Forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesta, forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter, forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykolog.

behandlingsformer, slik som for eksempel hjemmedialyse og ulike former for nettbaserte behandlingsformer innenfor psykisk helsevern.

Et annet utviklingstrekk som Helsedirektoratet mener utfordrer dagens regulering av egenandeler er stadig flere samarbeidsarenaer mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, der det ikke er tydelig på hvilket nivå en gitt helsetjeneste ytes. Eksempelvis lavterskeltilbud innen for psykisk helsevern på skoler, der psykologer fra spesialisthelsetjenesten samarbeider med primærhelsetjenesten. Et annet eksempel er telemedisinske konsultasjoner med pasienter der både fastlege og lege fra spesialisthelsetjenesten deltar.

#### 4.1.4 Vurdering

Dagens ordning med egenandeler og skjerming i spesialisthelsetjenesten bringer inn relativt sett begrensede inntekter for staten, og virker antagelig i mindre grad dempende på etterspørselen. Samtidig kan ordningen forhindre enkelte ressursvake grupper fra å motta nødvendig helsehjelp. Det brukes også mye ressurser til forvaltning og administrering av egenandeler, både hos helseaktører og helseforvaltningen for øvrig. Dette er momenter som må tas i betraktning når det skal vurderes forenklinger og endringer av dagens ordning.

Vi anbefaler at skjermingsordningene gjøres mest mulig generelle, slik at de er robuste i forhold til medisinsk og teknologisk utvikling, samt ulik organisering over tid. De bør derfor helst ikke baseres på ulike diagnosegrupper eller organisering i spesialisthelsetjenesten. Alder og inntekt vil være et slikt generelt vilkår. En annen mulighet er å skille mellom ulike pasientforløp, for eksempel mellom pasienter som har rett til utredning og pasienter som har rett til behandling. Man kan for eksempel se for seg at pasienter som har rett til behandling kan fritas for egenandel.

Uavhengig av eventuelle endringer av dagens skjermingsordning vil det være nødvendig med en gjennomgang av områder der det i dag er usikkerhet knyttet til regelverk, slik som ved samarbeid mellom primær og spesialisthelsetjeneste. Videre må skjermingsordningene ses i sammenheng. Dette gjelder også om man ønsker å endre eller utvide skjermingsordninger knyttet til generelle vilkår som alder eller inntekt.

## 4.2 Rammefinansiering – videre innretning

---

Tilstedeværelse av rammefinansiering som en stor og vesentlig komponent i det samlede finansieringssystemet, problematiseres svært sjelden. Gjennomgangen her har heller ikke pekt på behov for vesentlige endringer ved dette finansieringsprinsippet. Flere steder er overgang til mer rammefinansiering omtalt som et mulig tiltak for å møte spesifikke utfordringer.

Spørsmålet om på hvilken måte rammefinansieringen skal fordeles, er ikke gjennomgått detaljert. I *En gjennomgang av finansieringsordningene...* fra 2015, pekte vi basert på innspill fra RHF og akademiske miljø, på at det kunne være aktuelt med enkelte justeringer av dagens inntektsfordelingsmodell. Vi legger til grunn at det fortsatt er aktuelt.

Ved en eventuell revisjon av inntektssystemet kan det også være aktuelt å vurdere bruk av modeller for populasjonsprofilering, så som f.eks. det amerikanske systemet Adjusted Clinical Groups (ACG)<sup>14</sup> eller lignende. Slike systemer innebærer gjenbruk av helseregisterbaserte styringsdata, og innrettes helhetlig ut fra innbyggernes tjenestebehov slik at systemet også kan brukes helhetlig og på tvers av forvaltningsnivåene. Systemet innebærer at hver pasient kategoriseres til gitt antall grupper basert på likheter i kliniske behov og tjenesteinnhold, samt ressursbruk.

I likhet med dagens inntektsfordelingsmodell gir populasjonsprofilering mulighet for å risiko- eller behovjustere rammefinansiering som ellers baseres på kapitalasjon. Hovedforskjellen er at dagens inntektsfordelingssystem er basert på grove, aggregerte størrelser for å reflektere forskjeller i behov, mens et system for populasjonsprofilering er individbasert og gjør nytte av opplysninger i helseregistrene for å gi et detaljert bilde av den aktuelle populasjonens sammensetning og behov.

Innføring av systemer for individbasert populasjonsprofilering kan neppe forsvares alene ut fra hensyn til inntektsfordeling mellom RHF, men kan være aktuelt dersom man samtidig ønsker å dra nytte av øvrige muligheter slike styringsverktøy gir, også på tvers av forvaltningsnivåene og utover rene finansieringsformål.

### 4.3 Forløp – mer enn pakkeforløp

---

Vi har i dokumentet flere steder påpekt forløpsorientering som et mulig grep dersom de aktivitetsbaserte finansieringsordningene skal innrettes på annen måte for å møte nåværende og fremtidige utfordringer.

Vi presierer her at aktivitetsbasert finansiering basert på forløp (*forløpsbasert finansiering*; «*bundled payments*») ikke er det samme som finansiering av pakkeforløp. Forløpsbasert finansiering kan i hovedsak utformes i to hovedretninger:

- Standardisering av hva et forløp minimum *skal* inneholde av tjenester, og prissetting av dette.

---

<sup>14</sup> <https://www.hopkinsacg.org/applications/>. ACG-systemet er et kommersielt produkt fra Johns Hopkins University. Dette tjener her som eksempel, og alternative tilsvarende systemer er ikke undersøkt.

- Empirisk basert definisjon av ulike typer forløp, med kategoriseringer basert på faktorer så som klinisk meningsfullhet, likhet i tjenesteinnhold og ressursbruk.

Begge tilnærminger er prinsipielt mulige, men har ulike styrker og svakheter. Førstnevnte kan gi mest målrettethet og understøtte konkrete kvalitetskrav på mest direkte vis, men antas mer krevende å vedlikeholde, både m.h.t. oppdateringer i tråd med endring av faglige standarder og for prissetting.

Sistnevnte tilnærming vil ikke være like målrettet og spesifikk, men tar høyde for den faktiske variasjonen i pasientenes behov og er enklere å administrere fordi den ikke forutsetter kontinuerlig oppdatering i tråd med endringer i faglige standarder. En empirisk basert modell for forløpsfinansiering kan etableres med etablerte styringsdata som fundament (aktivitetskategoriseringer og ressursbehov basert på bl.a. DRG- og STG-systemet, eventuelt helserefusjonstakster). Dette forenkler også operasjonalisering av finansiering av de enkelte utøvende virksomheter.

Tilstedeværelse av KPP-data er også en faktor som bidrar til øke mulighetsrommet for forløpsbasert finansiering. Men selv om grunnforutsetningene er til stede gjennom gode aktivitets- og kostnadsdata, vil utforming av forløpsbaserte grupperingssystemer kreve tid for å sikre legitimitet og for å kunne teste systemets robusthet for finansieringsformål.

Forutsetningene for videre arbeid med mulig forløpsbasert finansiering av tjenesteinnhold innad i spesialisthelsetjenesten er tilstede med dagens tilgjengelige data. Arbeid med forløpsbaserte modeller på tvers av forvaltningsnivåene ligger langt fremme, og er avhengig av blant annet etableringen av KPR.

# 5 SAMLEDE VURDERINGER

## 5.1 Overordnet vurdering

---

Vi har i dette dokumentet pekt på en lang rekke utviklingstrekk som dreier seg om hvordan helsetjenesten utvikler seg eller må utvikle seg for å møte samfunnets fremtidige behov. Disse trekkene er vurdert opp mot hvordan finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten er innrettet i dag, og hvordan systemet kan eller bør innrettes på sikt for å understøtte den ønskede utviklingen.

Innenfor den tilmålte tidsrammen har det ikke vært tilsiktet å gjennomføre en fullstendig utredning med henblikk på definitive veivalg. Gjennomgangen og vurderingene i denne er likevel til støtte for en mulig større utredning av hvordan finansieringssystemet bør innrettes for fremtiden.

Gjennomgangen har også belyst at vi gjennom pågående utviklingsarbeid kontinuerlig tilstreber å tilpasse de eksisterende systemene slik at de kan virke mest mulig understøttende for videreutviklingen av helsetjenestene. Dagens system og rammeverk gir et betydelig rom for dette, herunder med innslag av forløpsorientering og direkte undersøttelse av kvalitetsfremmende tiltak.

På kort sikt kan finansieringssystemet fortsatt forbedres trinnvis basert på eksisterende rammeverk. Ulike former for tilpasninger kan målrettes for å ivareta mange av de hensyn som er omtalt i dokumentet.

Samtidig tilsier vurderingene i dokumentet at en utredning av andre mulige konsepter, herunder forløpsbaserte finansieringsmodeller, kan være hensiktsmessig for å ivareta de behov som de gjennomgåtte utviklingstrekkene representerer.

## 5.2 Konkretisering

---

### Generelt

- Kombinasjonsmodeller anses fortsatt hensiktsmessig. Det kan bygges videre på det som fungerer godt med dagens løsninger. Dagens modell med blanding av

rammefinansiering, aktivitetsbasert finansiering, og kvalitetsbasert finansiering har mange styrker. Det er utfordringer knyttet til innretningen av den aktivitetsbaserte finansieringen, men ikke nødvendigvis aktivitetsbasert finansiering som prinsipp.

- Like finansieringsmodeller på tvers av somatikk og psykisk helsevern og rus understøtter integrerte tjenestetilbud, og tilstrebes der det er mulig.
- Utfordringsbildet innen psykisk helse og rus, samt NCD-området, tilsier at innretningen av eventuelle nye finansieringsmodeller må innrettes slik at tjenesteutviklingsbehovene på disse områdene ivaretas på en god måte.
- Mange utviklingstrekk, særlig relatert til ny teknologi, innovativ tjenesteutvikling og effektiv samhandling, tilsier behov for forløpsorientering ved innretningen av finansieringsordningene for å kunne stimulere til helhet i behandlingen og kostnads-effektivitet.
- Nye registerløsninger og teknologi for tilgjengeliggjøring av helsedata muliggjør pasientrelaterte, datadrevne finansieringsordninger basert på grunnlag av aktivitetsdata kombinert med større innslag av resultatdata. Sammen med bedre kostnadsdata (KPP), kan dette utgjøre en vesentlig utvidelse av mulighetsrommet for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten.
- Samhandlingsutfordringene mellom forvaltningsnivåene kan ikke løses gjennom tiltak knyttet til finansieringen av spesialisthelsetjenesten alene. En tilsvarende vurdering av finansieringssystemet for kommunale helse- og omsorgstjenester fremstår som hensiktsmessig.

### **Oppfølging på kort sikt**

- På kort sikt videreutvikles og forbedres finansieringssystemet langs de akser som er beskrevet i kapittel 2, herunder med økt innslag av forløpsorientering der det er hensiktsmessig for operasjonalisering av aktivitetsmål.
- Den kvalitetsbaserte finansieringsordningen videreutvikles i tråd med anbefalinger fra evaluering gjennomført i 2016.

### **Videre utredning for å møte behov på mellomlang sikt**

- Utfordringsbildet gjennomgått i rapporten tilsier behov for å vurdere innretningen av dagens aktivitetsbaserte finansieringsmodell for spesialisthelsetjenesten nærmere, utover det som er mulig å oppnå gjennom justeringer innenfor dagens rammeverk. Dette

bør inkludere vurdering av forløpsbasert finansiering av spesialisthelsetjenester som alternativ til dagens system orientert mot enkelttjenester. Dette er viktig blant annet for å kunne understøtte kvalitet og helhet i tjenestetilbudet på tvers av enkeltaktører, av hensyn til den teknologiske utviklingen, og generelt for å understøtte nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på innad i spesialisthelsetjenesten.

- Alternativ innretning av dagens modell for fordeling av rammefinansiering er aktuelt å utrede videre. Ambisjonsnivået og vurderingen av hvor finmasket system det er behov for, bør sees i sammenheng med den videre innretningen av aktivitetsbasert finansiering.
- Egenandelsordningene og tilhørende skjermingsordninger bør vurderes nærmere, både for å kunne speile utviklingen i måten spesialisthelsetjenester ytes på, men også ut fra perspektiver som systemforenkling og sosiale forskjeller.
- Det kan være aktuelt å revurdere modeller som etablerer økonomisk kobling mellom tjenestenivåene og som gir insentiver til oppgavedeling for å møte samhandlingsutfordringene.

#### **Videre utredning for å møte behov på lang sikt**

- På lengre sikt er det særlig samhandling mellom forvaltningsnivåene og utfordringer knyttet til den samlede bærekraften i helsetjenesten som særlig må ivaretas.
- Fremtidig tilgang til helsedata på tvers av tjenestenivåene muliggjør nye helhetlige finansieringsmodeller fra statens side for helsetjenester på tvers av forvaltningsnivåene. Dette forutsetter også revisjon av måten kommunale helse- og omsorgstjenester finansieres på. Da vil det også være fordelaktig å ha gjort seg erfaringer med mulig forløpsfinansiering innad i spesialisthelsetjenesten først.