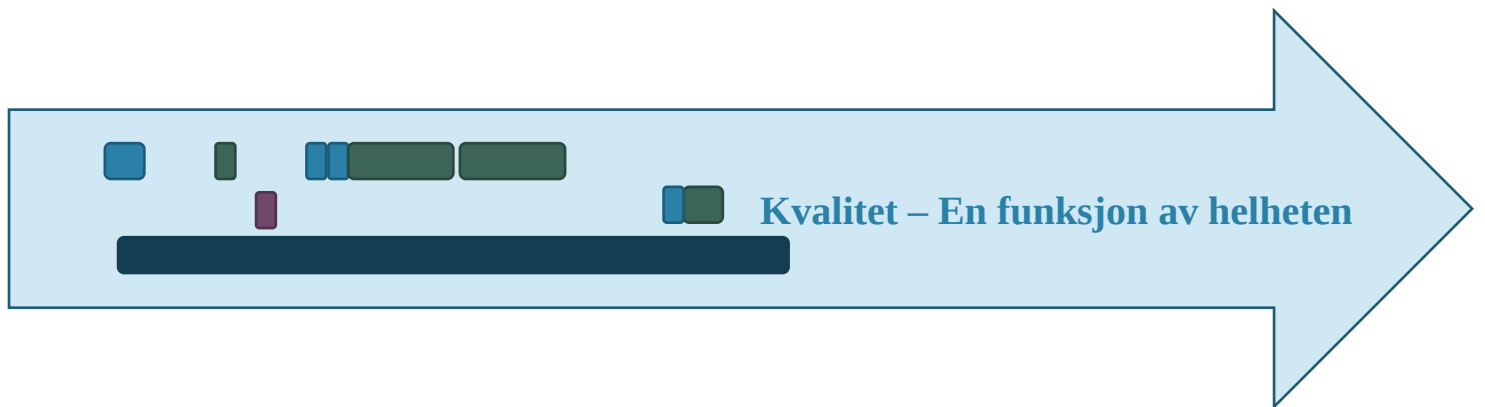


Tjenesteforløp som grunnlag for Innsatsstyrt finansiering

Beskrivelse av videre arbeid

RAPPORT
IS-2788



Innhold

Innhold1

1. Oppdrag, bakgrunn og prosess	3
1.1 Oppdraget	3
1.2 Formål	3
1.3 Bakgrunn	3
1.4 Avgrensning	3
1.5 Prosess - Samarbeid med RHF	5
2. Kort beskrivelse av dagens DRG- og STG-system	7
2.1. DRG – Diagnoserelaterte grupper	7
2.2. STG – Særtjenestegrupper	7
3. utfordringer med dagens finansieringssystem - muligheter ved forløpsbasert finansiering	8
4. Definerer av ulike typer tjenesteforløp	10
4.1. Tjenesteforløp på tvers av sykehusbehandling og hjemmeadministrerte tjenester (DRG og STG)	10
4.2. Tjenesteforløp som inkluderer flere kontakter i en gitt tidsperiode	10
4.3. Tjenesteforløp ved oppfølging av pasienter digitalt	11
4.4. Tjenesteforløp på tvers av organisering/enheter	11
4.5. Tjenesteforløp på tvers av finansieringskilder	11
4.6. Tjenesteforløp på tvers av forvaltningsnivå	11
5. Tjenesteforløp i 2019 - Dialyse og utvalgte legemiddelbehandlinger i og utenfor sykehus	13
5.1. Etablering av nytt aggregeringsnivå	13
5.2. Konsekvenser av endret finansieringsmodell	15

6. Mulige områder med tanke på videreutvikling av tjenesteforløpsfinansieringen	17
7. Hvordan vil endringer påvirke dagens aktivitetsoppfølging og fordelingsystem?	20
7.1. Forløpsbasert finansiering - rapportering og inntektsmodeller	21
7.2. Konsekvens for styringsdata på statlig, regionalt og HF-nivå	21
7.3. Tilrettelegging av data og systemer på nasjonalt nivå	22
8. Forutsetninger for videreutvikling og skalering	23
8.1. Formål og forståelse av dette	23
8.2. Registrering og rapportering av data	24
8.3. STG-rammeverket - Fortsatt utvikling basert på RHF-enes prioriterte tiltak innen tjenesteinnovasjon	24
8.4. Styringsinformasjon	25
8.5. Klassifiseringsystem	26
8.6. Risikjustering innen nye refusjonskategorier	29
8.7. Kostnadsberegninger	30
8.8. Psykisk helsevern og TSB	31
8.9. Prosessering av data på tjenesteforløpsnivå	31
8.10. Omlegging av andre finansieringsordninger?	32
8.11. Gjestepasientoppjøret	33
8.12. Kommunale tjenester og forløp på tvers av forvaltningsnivåene	33
8.13. Budsjettmessige konsekvenser og omfordelingsvirkninger	33
8.14. Videre forankring av endringer for 2020/33	
9. Helsedirektoratets tilrådning	34

1. Oppdrag, bakgrunn og prosess

1.1 Oppdraget

I Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2018 heter det at:

"Helsedirektoratet skal følge opp anbefalingene gitt i rapporten Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten – Vurdering av endringer i ISF-ordningen for 2019. [...] Videre skal Helsedirektoratet innen 1. november 2018 levere en rapport som beskriver videre utviklingsarbeid knyttet til forløpsbasert finansiering."

Gjennomføringen av siste del av oppdraget ble noe forsinket, og rapporten ble således ferdigstilt ultimo november 2018.

1.2 Formål

Formålet med denne rapporten er å beskrive videre utviklingsarbeid knyttet til forløpsbasert finansiering. I rapporten beskrives ulike motiver for å endre dagens finansieringsordning i en mer forløpsbasert retning. Vi diskuterer også andre tilnærminger til utviklingen av et mer forløpsorientert finansieringssystem, og forutsetningene for dette.

1.3 Bakgrunn

Oppdraget må sees i sammenheng med oppdraget Helsedirektoratet svarte ut med rapporten "Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten – Vurdering av endringer i ISF-ordningen for 2019". Det legges vekt på behov for forankring av løsninger mot RHF-ene og å utforme videre strategi for implementering av endringer i forløpsbasert retning.

På linje med de forslagene som ble foreslått for 2019 er det for framtidig strategi viktig å avklare hvilke forutsetninger som må være oppfylt for å kunne igangsette eventuelle endringer.

Helsedirektoratet har tidligere utarbeidet to rapporter som er sentrale for utforming av denne rapporten:

- Strategisk vurdering av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten (april 2017)
- Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten – Vurdering av endringer i ISF-ordningen for 2019 (november 2017)

1.4 Avgrensning

I denne rapporten brukes tjenesteforløp som begrep. Det handler om utføre tjenester som sees i sammenheng og som finansieres samlet. I hovedsak gjelder tjenesteforløp avgrensede/deler av et pasientforløp. I finansieringssammenheng vil derfor forløp ses på som et alternativ til dagens

oppholdsfinansiering, og vil representere en ny måte å telle og måle aktivitet på. Dette betyr at forløp knyttes til beskrivelse av tjenester som henger sammen innholdsmessig og som kan sees i sammenheng for finansieringsformål. Dette kalles tjenesteforløp. Tjenesteforløpene er ikke ment å være normerende for helsehjelpen som gis, da de vil basere seg på empirisk informasjon på pasientnivå registrert i tråd med gjeldende koderegler og rapportert til NPR.

Dagens ISF-finansiering er i hovedsak knyttet til avsluttede og DRG-grupperte opphold (innleggelse og polikliniske kontakter). I tillegg er det utviklet en finansieringsløsning for behandlingsperioder i form av STG (særtjenestegrupper) for avgrensede aktivitetsområder. STG for hjemmeadministrert legemiddelbehandling og hjemmedialyse utgjør hovedtyngden i somatisk sektor. STG-systemet inneholder også forløp basert på avstandsoppfølging og nettbasert kontakt.

I poliklinisk psykisk helsevern og TSB er det tilsvarende utviklet STG for finansiering av perioder istedenfor kontakter når det gjelder nettbasert behandlingsprogram, kontinuerlig legemiddelbehandling som ledd i LAR og behandling og oppfølging gjennom ATC eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam.

Gjennom STG-systemet er det allerede lagt til rette for at finansieringen av aktivitet kan knyttes på andre elementer enn avsluttede og DRG-grupperte opphold. Fra 2018 er STG utvidet til å inkludere og finansiere oppfølging og monitorering av pasienter med epilepsi basert på Patient Reported Outcomes og telemedisinsk oppfølging av pasienter med pacemaker/ ICD. Fra 2019 utvides STG ytterligere til å inkludere digital oppfølging av ulike pasientgrupper. Det vises til egen prosess knyttet til disse områdene (jfr Helsedirektoratet sak 18/6914). Hensikten har vært å legge til rette for at nye måter å følge opp pasienter på kan innkluderes i ISF også når tjenesten skjer utenfor sykehus.

Finansieringssystemet favner derfor allerede i dag bredere enn kun å finansiere enkeltopphold eller enkelttiltak. Samtidig kan dagens finansieringsmodell oppleves slik at den oppfordrer til unødvendig oppstyking av et naturlig behandlingsforløp; for eksempel ved å behandle forundersøkelse, behandling/operasjon og kontroll hver for seg.

Hovedmodellen i dagens ISF er finansiering av opphold, som også er en avgrensning og som kan bestå av flere tjenesteepisoder for pasienten. I motsetning til dette er tjenesteforløp ikke avgrenset til aktivitet i sykehus, men avgrenses ut fra et definert innhold og/eller periode. Samtidig er det verdt å merke seg at dette ikke representerer noe fundamentalt nytt prinsipp i finansiering av spesialisthelsetjenesten, men om en dreining i måten den variable finansieringen fra staten innrettes på. Gitt dagens innsatsstyrte finansieringsordning må det avklares hvordan tjenesteforløp kan defineres og telles for å kunne være et godt alternativ til dagens oppholdsbaserte finansiering.

Begrepet forløp brukes i mange sammenhenger og har ulik betydning avhengig av konteksten. Pakkeforløp, som er introdusert både innen kreftbehandling og psykisk helsevern, er etablert for å sikre pasientene et mest mulig standardisert forløp. Pakkeforløpene viser veiledende tidsfrister for utredning, diagnostikk og behandling som kommer i tillegg til de lovfestede rettighetene. Pakkeforløpene er knyttet til organiseringen av og gjennomføringen av behandlingen og tar ikke stilling til det medisinske innholdet i helsehjelpen. Behandlingsforløp/pasientforløp benyttes når en etablerer en koordinert klinisk prosess for en definert pasientgruppe, som kan omfatte utredning, behandling, oppfølging og omsorg. Denne retter seg mot kvaliteten i behandlingen og er basert på

kunnskapsbasert praksis. Behandlingsprosessen har en logisk sammenheng, men ytes ikke nødvendigvis sammenhengende.

Arbeidet er også avgrenset til at vurdering av forløpsbasert finansiering innad i spesialisthelsetjenesten. Finansieringsmodeller på tvers av forvaltningsnivåene kan fortsatt være del av overordnet, langsiktig målbilde, men dette er ikke belyst særskilt i dette arbeidet.

1.5 Prosess - Samarbeid med RHF

Direktoratet ønsket å involvere RHF-ene i arbeidet med videre utvikling av forløpsbasert finansiering. De ble derfor invitert til å delta med 3-5 personer hver, der det ble uttrykt ønske om at deltakerne hadde god kompetanse om dagens aktivitetsbaserte finansieringsordninger og innretningen av regionale inntekts- og rapporteringssystemer.

Motivasjonen for å involvere regionene i dette arbeidet er å sikre at målbildet og eventuelle nye tiltak understøtter ønsket tjenesteutvikling reflektert i nasjonale og regionale planverk og strategier, samt at konsekvenser av foreslåtte tiltak blir tilstrekkelig belyst. Videre er det et ønske om at de bidrar inn i vurdering av hvilke konkrete endringstiltak som kan tenkes gjennomført og i hvilken rekkefølge, herunder peke på videre utredningsbehov knyttet til de ulike tiltakene.

Arbeidet ble lagt opp slik at videreutviklingen må ta utgangspunkt i systemet slik det foreligger i dag, der de ulike elementene utgjør byggesteiner for en mer vidtgående utvikling av en aktivitetsberegningmodell basert på aggregerte pasientforløp:

- Videreutvikling av STG-systemet (understøttelse av digitale tjenester m.v.)
- Utredning og implementering av endringer i DRG-systemet for utjevning av forskjeller mellom døgn- og dagbehandling for likeverdige tjenester. (Jf. igangsatt arbeid på kirurgiområdet, samt prosess knyttet til øyeblikkelig hjelp pasienter i samarbeid med RHF)
- Lik finansiering for legemiddelbehandling gitt i sykehus og pasientadministrert (aggregering og poengberegning av tilsvarende behandling på nytt og forløpsorientert nivå)
- Lik finansiering for dialysebehandling i og utenfor sykehus (aggregering og poengberegning av tilsvarende behandling på nytt og forløpsorientert nivå)
- Pilotering av mekanismer for inklusjon av avtalespesialisters aktivitet i RHF-enes inntektssystem og ISF-ordningen (jf. etablert samarbeidsstruktur mellom HOD, Legeforeningen og RHF)

Arbeidet hadde oppstart i august og i perioden 24.8-11.10 er det avholdt 4 arbeidsmøter. RHF-ene har bidratt inn i arbeidet gjennom faglige innspill knyttet til ulike mulige tjenesteforløp, samt til å belyse hvilke faktorer av styringsmessig karakter som må være på plass ved en overgang til mer forløpsbasert finansiering. Arbeidsgruppens kompetanse og sammensetning har bidratt til å belyse og problematisere forutsetninger som må være på plass før en videre skalering av konseptet forløpsbasert finansiering bør være på plass.

Vi anser ikke at vi gjennom arbeidet har gjennomført en dekkende forankringsprosess mot RHF eller andre. Helsedirektoratet står derfor selv ansvarlig for vurderingene i rapporten. Vi peker i nest siste

kapittel på formelle og nødvendige forankringsprosesser i 2019 som en del av forutsetningene for endringer av ISF-ordningen for 2020.

2. Kort beskrivelse av dagens DRG- og STG-system

2.1. DRG – Diagnoserelaterte grupper

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. DRG gir en oversiktlig beskrivelse av aktivitet som i hovedsak utføres innenfor rammen av innleggelser eller polikliniske kontakter i sykehus. Finansiering basert på DRG er begrenset til å gjelde kontakter med sykehus som er sammenhengende i tid.

2.2. STG – Særtjenestegrupper

På samme måte som opphold kategoriseres og poengberegnes gjennom DRG-systemet, blir særtjenestene kategorisert og poengberegnet gjennom STG-systemet (Særtjenestegrupper). STG-systemet bygger på samme rammeverk som DRG-systemet, men i dette systemet telles ikke enkelt kontakter som i DRG-systemet. STG inneholder aktivitet som strekker seg over tid, og slik at pasienten selv i større grad står for administrering av behandlingen. Dette kan være pasientadministrert legemiddelbehandling eller dialyse. I STG finnes også grupper for medisinsk avstandsoppfølging som nettbasert oppfølging av pasienter med pacemaker eller pasienter med epilepsi. Aktiviteter i STG er forløpsorienterte (tjenester per måned, tertial eller år), og er egnet for asynkrone tjenester (uten kontakt i sanntid mellom pasient og tjenesteyter); tjenester med et høyt innslag av indirekte aktiviteter; og pasientadministrert behandling med kostbar apparatur eller legemidler finansiert av spesialisthelsetjenesten.

3. utfordringer med dagens finansieringssystem - muligheter ved forløpsbasert finansiering

I rapporten "Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten – Vurderinger av endringer i 2019" oppsummeres de overordnede målene for finansiering av spesialisthelsetjenesten gjennom ISF. En overordnet målsetning er at «*Finansieringsordningene skal bidra til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet*». Det pekes i rapporten på tre ulemper med dagens oppholdsbaserte finansieringsordning, noe som aktualiserer ønsker om alternative aktivitetsmål i mer forløpsorientert retning:

1. Bortfall av aktivitetsbasert finansiering ved overgang til bruk av ny teknologi eller nye behandlingsformer gir mangelfulle incentiver til innovasjon
2. Kontaktbaserte aktivitetsmål stimulerer til mange kontakter og gir dårligere incentiver til integrasjon av tjenestene eller til å forebygge reinnleggelser
3. Ulik finansiering ved behandling gitt i sykehus eller tilsvarende behandling gjennomført pasientadministrert kan påvirke behandlingsvalgene

Arbeidsgruppen har i tillegg konkretisert utfordringer med dagens ISF-regelverk som støtter opp om endringer i forløpsbasert retning:

- Endringer i ISF (logikk og vekter) er retrospektivt forankret og forutsetter at nye teknologiske løsninger og behandlingsformer egenfinansieres i starten.
- Det tar tid før nye teknologiske løsninger og arbeidsmetoder finansieres gjennom ISF
- Det er vanskelig å motivere for korrekt koding når det ikke gir uttelling gjennom finansieringssystemet
- Finansieringsløsning for elektronisk dialog med pasientene via nye IKT-løsninger mangler både når det gjelder oppfølging av resultater og forberedelse før konsultasjoner
- Bruk av flere personellgrupper samtidig i kompleks utredning og kontroll av pasienter er krevende å lage treffsikre finansieringsløsninger for
- Ulike finansieringsløsninger for behandling i sykehus versus behandling hjemme kan gi utilsiktede vridningseffekter

På overordnet nivå er det lett å støtte intensjonen om å endre finansieringsløsningen i retning tjenesteforløp for å gi stimulans til innovasjon, integrasjon og beslutningsvalg som vil gi bedre

kostnadseffektivitet. Samtidig vil det være ulike synspunkter på i hvilken grad det er finansieringsordningen som er problemet og/eller løsningen på utfordringene. Endring i finansieringen er uansett ikke tilstrekkelig for å få til ønsket innovasjon og utvikling. Samtidig må det sikres at finansieringen ikke blir til hemsko for utvikling av helhetlige og kostnadseffektive tjenester. For å knytte finansiering på utviklede tjenesteforløp kreves det at tjenesteforløpet defineres godt, og at aktivitet kodes for å gi relevant informasjon om tjenesteinnholdet som grunnlag for finansieringen. Det er mer enn finansieringsløsninger som må på plass for å støtte opp om ønsket tjenesteutvikling, bla ser vi at det er organisatoriske, teknologiske og juridiske utfordringer med å etablere sikre løsninger. Dette tas ikke opp her, da fokuset i rapporten er rettet mot finansieringsordningene.

Behovet for helsetjenester er økende (aldrende befolkning og nye behandlingsmetoder) og utvikling av nye arbeidsmetoder etterspørres. Det er forventninger til at ny teknologi gir ressursbesparende muligheter til beste for både pasient, behandler og sykehus. Finansiering av tjenesteforløp kan understøtte overgang til nye behandlingsmetoder og tiltak som kan gi bedre muligheter for oppgaveglidning og som dermed vil utnytte fagmiljøene på en bedre måte. Dette kan bidra til ny funksjonsfordeling og samarbeid både mellom store og små sykehus og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Pasientstyrt oppfølging ved hjelp av digitalisering, utvikling av brukerstyrte poliklinikker og bruk av ny teknologi vil gi nye arbeidsformer som kan komme til erstatning for flere av dagens konsultasjoner. Dette er alle tiltak som forventes å bidra til bedre pasientopplevelser i kontakt med spesialisthelsetjenesten gjennom å øke pasienters mulighet for aktiv deltakelse.

Det er forventninger til at implementering av forenklet oppfølging basert på nye teknologiske løsninger kan bidra til bedre pasientoppfølging uten at dette medfører oppmøte i sykehus. Samtidig er det viktig å etablere løsninger som sørger for at pasientene føler trygghet for at de vil bli ivaretatt på en god måte i hele pasientforløpet. Det er variasjon i pasientens ønsker og muligheter for å ivareta egenomsorg, men det er uansett viktig at pasientens ressurser tas i bruk med sikte på mer brukerstyring og større innflytelse over helsetjenestetilbudet. Målet er økt tilgjengelighet til helsetjenesten når det er behov for det, men uten unødvendige konsultasjoner.

Nye løsninger for kommunikasjon mellom pasient og helsetjenesten kan bidra til at pasienten føler seg bedre ivaretatt og vil legge til rette for mer (ønsket) hjemmebehandling.

Finansiering via ISF skal bidra til en riktig og rettferdig fordeling av ISF-midlene. Når dagens tjenester endrer seg, må finansieringen tilpasses og støtte opp under omforent prioritering. Dersom tilpassing til dagens finansiering bidrar til at tjenestene organiseres ut fra hva som gir størst finansieringsmessig uttelling, fremfor hensynet til kostnader, nytte og alvorlighet, bør finansieringsordningen justeres, jf. «inntektsgivende konsultasjoner».

4. Definerings av ulike typer tjenesteforløp

Tjenesteforløp kan, som nevnt i kapittel 1.4, avgrensnes ut fra et definert innhold og/eller periode. I dette kapitlet gis en kort beskrivelse av ulike mulige tjenesteforløpskategorier/-grupper. De ulike tjenesteforløpskategoriene representerer ulike utfordringsbilder ved en eventuell implementering ut fra hvordan organisering, ansvar og finansiering er i dag.

4.1. Tjenesteforløp på tvers av sykehusbehandling og hjemmeadministrerte tjenester (DRG og STG)

I dagens finansieringsordning er det utviklet ulike finansieringsløsninger for like tjenester avhengig av om tjenesten mottas på sykehus (DRG) eller om tjenesten gis hjemme (STG). Dette kan bidra til uheldige vridningseffekter der en ikke velger den mest kostnadseffektive behandlingen eller den løsningen som er til beste for pasienten.

Forslaget om likt grunnlag for finansiering for dialyse og utvalgte legemiddelbehandlinger uavhengig av om tjenesten gis hjemme eller i sykehus (på tvers av DRG/STG) var foreslått i forkant av arbeidsgruppens arbeid, men har vært videre belyst i dette arbeidet. Løsningen er tenkt implementert i ISF for 2019. Kapittel 5 beskriver hvordan et slikt tjenesteforløp for tjenestene dialyse og legemiddelbehandlinger i og utenfor sykehus defineres og er tenkt finansiert.

4.2. Tjenesteforløp som inkluderer flere kontakter i en gitt tidsperiode

Helsehjelp gitt en pasient kan i mange tilfeller innebære flere kontakter med helsetjenesten for samme tilstand innenfor en gitt periode. Dette kan være et forløp som går fra utredning til behandling og deretter kontroll eller oppfølging av pasienten. Et tjenesteforløp kan da inkludere alle kontakter uavhengig av om det dreier seg om utredning, behandling eller oppfølging eller bare dekke deler av dette.

Selv om tjenesteforløp kan omfatte alle kontakter for en pasient for samme syketilfelle innenfor et år, finnes det gode argumenter for å skille utredningen av pasientene fra selve behandlingen og oppfølgingen:

1. Diagnostisk forløp av en sykdom vil alltid vil ha en bredere målgruppe enn de som faktisk blir diagnostisert og behandlet for en sykdom. Utredningen vil dekke både de med mistanke om en sykdom og de som faktisk har sykdommen. I behandlings- og oppfølgingsfasen vil kun de som faktisk har sykdommen inngå.

2. Kostnadsbildet i forløp er ofte asymmetrisk i den forstand at diagnostikken ofte kan være dyr sammenlignet med behandlingstkostnadene. Dette kan også være omvendt, slik en ser med de biologiske legemidlene. Uansett vil kostnadsbildet for de to fasene være ulike.

Vi ser også av organiseringen av pakkeforløpene for kreft at man også her ser utredningskapasitet og behandlingsskapasitet som to innbyrdes avhengige, men ulike størrelser.

4.3. Tjenesteforløp ved oppfølging av pasienter digitalt

Gjennom STG-er for digital oppfølging av pasienter vil grunnlaget for finansiering være en definert periode eller et forløp. Det foreslås flere nye STG-er for digital oppfølging av pasienter i ISF 2019, jf egen prosess med RHF/HF. Oppfølging av pasienter med revmatologiske lidelser er nevnt som et område der tjenesteforløp ved at pasienter følges opp digitalt vil være aktuelt. Flere sykehus i alle helseregioner har, eller er i gang med å etablere digitale oppfølgingssystemer for denne pasientgruppen, jf nærmere beskrivelse i kapittel 10. For 2019 er det foreslått å etablere en STG for den digitale delen av denne oppfølgingen. En ytterligere utvidelse av forløpet til å gjelde både den digitale oppfølgingen og frammøtene i sykehus beskrives som en mulig utvidelse senere. Også andre tilstander kan være aktuelle for digital oppfølging og gruppering til STG.

4.4. Tjenesteforløp på tvers av organisering/enheter

Noen typer pasientbehandling krever i dag flytting mellom ulike enheter, både innad i samme HF, mellom HF i egen region og mellom HF på tvers av regioner. Valgt organisering/funksjonsfordeling kan ligge til grunn for en slik pasientstrøm, og dagens finansieringsordning støtter nødvendigvis ikke opp om en slik organisering på en treffsikker måte. Opphold der pasienten flyttes mellom HF vil i dagens system grupperes og finansieres separat.

4.5. Tjenesteforløp på tvers av finansieringskilder

Ulike typer behandling i sykehus kan i dag ha ulike finansieringskilder, f.eks. gjennom kombinasjoner av ISF, egenandler, finansieringsordninger for radiologiske tjenester, m.v. Dette kan være en kilde til at i utgangspunktet helhetlige tjenester stykkes opp unødige.

4.6. Tjenesteforløp på tvers av forvaltningsnivå

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 relatert utfordring er ulik tilgang på helsetjenester og variasjon i tilbudene som gis. En tredje utfordring er at det forventes stor vekst i antall eldre med kroniske sykdommer.

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 integrerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

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.

5. Tjenesteforløp i 2019 - Dialyse og utvalgte legemiddelbehandlinger i og utenfor sykehus

I Helsedirektoratets rapport "Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten – Vurdering av endringer i ISF-ordningen for 2019" ble det foreslått å gjennomføre en begrenset endring i ISF-ordningen der aktivitet i og utenfor sykehus sees i sammenheng. Det foreslås opprettet et nytt aggregeringsnivå for aktivitet som summerer antall pasienter per DRG og STG, kalt tjenesteforløpsgruppering (TFG) for dialysebehandling og utvalgt legemiddelbehandling. Utgangspunktet er at likeverdig tjenesteinnhold for pasienten finansieres mest mulig likt, uavhengig av hvordan tjenestene er organisert.

Her gis en nærmere beskrivelse av hva forslaget til tjenestebasert finansiering for dialyse og utvalgte legemiddelbehandlinger i og utenfor sykehus innebærer. Her vises også eksempel på metode, og konsekvenser av å slå sammen aktivitet til tjenesteforløp, i dette tilfellet på tvers av DRG- og STG-aktivitet. Ved utvikling av nye områder for forløpsorientert finansiering trengs det tilsvarende konkretisering av innhold og definisjoner av hva som skal slås sammen til tjenesteforløp.

5.1. Etablering av nytt aggregeringsnivå

Det opprettes et nytt aggregeringsnivå som teller aktivitet på tvers av DRG og STG, kalt tjenesteforløpsgrupper (TFG).

Selv om vi nå for 2019 piloterer TFG-er for dialyse og behandling med legemidler, bygges det nye finansieringssystemet opp generisk slik at det er lettere overførbart til andre områder senere. Denne piloten tester aggregering av aktivitet på tvers av DRG og STG for medisinsk likeverdige behandlingsområder, hvor aktiviteten kan utføres hjemme eller i sykehus.

Tjenesteforløpsgruppering bygger på gjeldende registreringsrutiner for DRG-aktivitet og STG-aktivitet (ingen nye krav til registrering), men der finansieringsgrunnlaget blir antall unike pasienter per periode samlet sett for de aktuelle områdene, på tvers av helseforetak og regioner. Tabell 5.1 viser hvilke TFG-er som er foreslått opprettet i 2019.

Tabell 5.1 Tjenesteforløpsgrupper i 2019

Det opprettes fem TFG-er for 2019. I tabellen nedenfor går det fram hvilke nye TFG-er som opprettes og hvilken aktivitet som inngår i grunnlaget. I hver TFG hentes informasjon fra DRG-gruppert aktivitet i sykehus og teller antall behandlede pasienter per periode. Denne informasjonen sees i sammenheng med antall pasienter per STG for pasientadministrert behandling for samme indikasjonsområde.

TFG	Navn
AT01	Legemiddelbehandling ved neurologiske lidelser Dette gjelder aggregering av aktivitet i DRG 801H <i>Poliklinisk behandling av neurologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler</i> og STG AS01 <i>Pasientadministrert legemiddelbehandling ved neurologiske lidelser</i> .
FT01	Legemiddelbehandling ved mage-/tarm lidelser Dette gjelder aggregering av aktivitet i DRG 806H <i>Poliklinisk behandling av mage-tarmlidelser med infusjon av særskilte legemidler</i> og FS01 <i>Pasientadministrert legemiddelbehandling ved mage-/tarm lidelser</i>
HT01	Legemiddelbehandling ved revmatologiske lidelser Dette gjelder aggregering av aktivitet i DRG 808H <i>Poliklinisk behandling av revmatologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler</i> og HS01 <i>Pasientadministrert legemiddelbehandling ved revmatologiske lidelser</i>
JT01	Legemiddelbehandling ved hudlidelser Dette gjelder aggregering av aktivitet i DRG 809H <i>Poliklinisk behandling av hudlidelser med infusjon av særskilte legemidler</i> og STG JS01 <i>Pasientadministrert legemiddelbehandling ved hudlidelser</i>
MT01	Dialysebehandling i og utenfor sykehus Dette gjelder aggregering av aktivitet i DRG 317O <i>Dialysebehandling, dagmedisinsk behandling</i> og STG MS01 <i>Pasientadministrert peritonealdialyse</i> og MS02 <i>Pasientadministrert hemodialyse</i>

Tjenesteforløpsgruppene for legemiddelbehandling blir antall unike pasienter per gruppe per år, mens grunnlaget for tjenesteforløpsgruppen for dialysebehandlingen blir antall unike pasienter per måned. Det er de samme tidsperiode som gjelder for STG-grupperingen for de aktuelle områdene i 2018.

For styringsformål kan DRG-aktivitet og STG-aktivitet telles som før, men grunnlaget for ISF-finansieringen er endret og lagt til det aggregerte TFG-nivået. Antall pasienter per periode er telleenhet for pasientadministrert aktivitet som grupperes til STG. Gjennom gruppering til TFG blir også aktivitet i sykehus talt per pasient. Når aktivitet fra STG og DRG sees i sammenheng og grupperes til TFG telles antall unike pasienter per gruppe. Grunnlaget for finansiering fra ISF blir dermed likt uavhengig av hvor mange opphold pasienten har i sykehus og om legemiddelbehandlingen eller dialysen gis som pasientadministrert behandling.

5.2. Konsekvenser av endret finansieringsmodell

Kostnadsvektene for de nye tjenesteforløpsgruppene blir beregnet på basis av kostnadsgrunnlaget for tilhørende DRG og STG aktivitet. Når aktiviteten slås sammen beregnes en ny gjennomsnittskostnad per pasient og ISF-poengene vektet sammen slik at aktiviteten totalt sett gis samme finansiering som før. En overgang til et mer forløpsbasert finansieringssystem representerer en overgang til finansiering av et sett med grovere refusjonskategorier enn hva dagens DRG- og STG-system gir.

En pilotering for et mindre utvalg av behandlinger vil gi oss erfaringer og synliggjøre konsekvenser som må tas hensyn til før en velger å gå videre på nye områder/grupper. Her beskrives nærmere konsekvenser for endringen for valgt løsning for 2019, TFG-er for dialyse og utvalgte legemiddelbehandlinger har og hvordan ulike utfordringer kan tenkes løst.

Etablering av et nytt aggregeringsnivå, TFG, på tvers av DRG og STG for dialyse og utvalgte legemiddelgrupper innebærer at kostnadsberegningen favner en større pasientgruppe med risiko for større kostnadsvariasjoner. Selv om tjenesteinnholdet er det samme er ikke kostnadsforholdene de samme, og endringen kan dermed gi sterkere økonomiske incentiv til å velge pasientadministrert eller sykehusbehandling basert på hva som gir lavest kostnad. Når finansieringen er lik uavhengig hvor mange opphold pasienten gis i sykehus endres insentivet til å gi færrest mulig oppmøter i sykehus. Dette i motsetning til dagens finansiering av opphold som kan stimulere til å stykke opp behandlingen i flere opphold. Uansett kan det være uheldig om økonomiske incentiv ikke er i tråd med vurderinger av kvalitet og «riktig behandlingsform», gitt at dette ikke samsvarer med behandlingsform med lavest kostnad. I Statsbudsjettet for 2019 begrunnes endringer i ISF med å stimulere til bruk av pasientadministrert legemiddelbehandling og hjemmedialyse. Pasientadministrert behandling som pasienten kan gjennomføre hjemme kan ofte både være bedre for pasienten og mer kostnadseffektivt. Når det gjelder dialyse er det også i oppdragsdokumentene til RHFene formulert et konkret mål om at 30 prosent av pasientene skal få hjemmedialyse. Samtidig er det slik at det ikke er finansieringen som skal være styrende for pasientens behandlingstilbud, men den medisinske vurderingen. En samlet klinisk vurdering av pasientens behov og forutsetninger er avgjørende for om pasienten behandles på sykehus eller ikke.

Dialyse og pasientadministrert legemiddelbehandling er valgt som pilot fordi en mener dette er to ulike behandlingsformer som på gruppenivå skal gi samme resultat for pasientene selv om behandlingen skjer med ulik teknologi og organisering. Dette er samtidig avgrensede og oversiktlige tjenester der aktiviteten i hovedsak skjer som planlagt aktivitet. I tillegg kan endring gjennomføres uten å endre dagens registrerings- og rapporteringsrutiner. Når behandlinger med ulike kostnader skal finansieres likt, kan en likevel forvente at det vil skje en dreining i retning av den forventet mest kostnadseffektive behandlingsmetoden.

For legemiddelbehandlinger er det ikke nødvendigvis pasientens lokalsykehus som er ansvarlig for behandlingen. Funksjonsfordeling mellom sykehusene gjør at behandlingstilbudet gis ved andre helseforetak enn de som normalt har behandlings- og finansieringsansvar for pasienten. Private ideelle sykehus har behandlingsansvar for legemiddelbehandling i sykehus, men ikke finansieringsansvar for H-resept legemidler. Private avtalespesialister har også fullmakt til å utstede H-resepter, men har ikke noe ansvar for legemiddelkostnadene. Når finansieringen sees i sammenheng i og utenfor sykehus og

knyttet på pasient istedenfor opphold får dette også konsekvenser for finansieringsmodellene fra RHF-ene til HF-ene.

I overkant av 10% av H-reseptene skrives ut av avtalespesialister og over 20% av private ideelle uten opptaksområde. Innen revmatologi skrives 33% av reseptene ut av private ideelle sykehus. For de utvalgte områdene er det allerede en stor andel H-resepter, med unntak av innen gruppen mage/tarm-lidelser. Årsaken til dette er færre behandlingsalternativer utenfor sykehus for denne pasientgruppen.

6. Mulige områder med tanke på videreutvikling av tjenesteforløpsfinansieringen

Dette kapitlet vil gi en beskrivelse av konkrete ulike områder som kan være aktuelle for tjenesteforløpsfinansiering. Tiltakene er ikke fullt ut beskrevet eller prioritert. En implementering av gitte områder krever bred forankring, og at de ulike eksemplene utredes nærmere. De eksemplene på tjenesteforløp som presenteres har framkommet gjennom arbeidsgruppen som har bidratt til denne rapporten, gjennom innspill fra sektoren eller fra Helsedirektoratet gjennom arbeid med videreutvikling av finansieringsordningene.

Dialyse og pasientadministrert legemiddelbehandling for utvalgte områder

Tjenesteforløpsbasert finansiering på disse områdene er foreslått innført i 2019 og er nærmere beskrevet i kapittel 5. Andre former for legemiddelbehandling kan være aktuelle å inkludere på senere tidspunkt.

Utredning og behandling av psykiske lidelser

For utredning og behandling av psykiske lidelser er det innført pakkeforløp som beskriver den prosessuelle gangen gjennom et forløp for en pasient med psykiske lidelser. Pakkeforløpet skiller mellom utredning og behandling. Det er foreslått å lage tjenesteforløp som følger denne inndelingen blant annet argumentert med at det er viktig og riktig med større fokus på helhetlige tiltak gjennom forløpet framfor dagens aktivitetsbaserte finansiering som dreier fokuset mot enkelttiltakene.

Hjerneslagutredning

Mistanke om hjerneslag er en hyppig årsak til akutt innleggelse i sykehus. Slagdiagnostikk er tidskritisk og behandlingsresultat er sterkt avhengig av rask og kompetent ressursinnsats. Utredningen følger i hovedsak et standard forløp.

Utredningen kan inkludere både klinisk nevrofysiologiske undersøkelser, CT, CT angiografi og MR i tillegg til klinisk utredning som inkluderer EKG og blodprøver. Dersom pasientene får påvist slag vil de gå videre til ytterligere diagnostikk med tanke på individualisert skadebegrensende behandling og langsiktig forebyggende terapi.

Ortopedi

Et standardisert pasientforløp ved innsetting av leddproteser kan framstilles enkelt ved at forløpet starter med at et symptom oppstår, via en utredning og gjennomføring av behandling, og til et slutt punkt der pasienten er ferdigbehandling. Forløpet kan inkludere både forundersøkelse, operasjon, eventuelt opptrening, pasientskole og etterkontroll. For å kunne lage hensiktsmessige tjenesteforløp er

en avgrensning av hvilke deler av pasientforløpet som skal inngå i ett tjenesteforløp viktig. Lignende pasientforløp og avgrensninger kan man se for seg ved andre elektive inngrep.

Stråleterapi

Stråleterapi er også nevnt som eksempel på behandlingsserie som kan settes sammen til et tjenesteforløp istedenfor at finansieringen skjer per opphold. Tjenesteforløpsgruppen kan da inneholde både planlegging og gjennomføring av stråleterapien.

Medikamentell abort

Medikamentell abort er et eksempel på et pasientforløp der hele eller deler av forløpet gjøres i spesialisthelsetjenesten og der noe av behandlingen skjer hjemme hos pasienten. Dersom selve aborten gjøres i sykehuset gjøres dette oftest dagmedisinsk. Dersom man velger å fullføre aborten hjemme vil pasienten ha en poliklinisk kontakt i sykehuset i forkant av selve aborten som skjer hjemme. I noen tilfeller kan det være aktuelt med en kontroll på sykehuset etter at aborten er fullført. I forkant av selve abortinngrepet har pasienten vært hos fastlege eller i poliklinikken før man bestemmer seg for å gjennomføre aborten. Medikamentell abort kan egne seg for tjenesterefusjon av hele forløpet uavhengig av hvor mange kontakter man har med sykehuset, og om selve aborten skjer hjemme eller i sykehuset. I dag vil hvert enkelt oppmøte i sykehus gi ISF-refusjon.

Pasienter med revmatologiske lidelser

Pasienter med leddgikt, ankyloserende spondylitt eller psoriasisartritt følges opp med kontroll av sykdomsaktivitet månedlig eller sjeldnere. Også andre tilstander kan egne seg for lignende oppfølging. Dette kan for eksempel gjelde bindevevssykdommer - SLE, Sjøgren, polymyalgia revmatika m.flere. Kontakten i slike forløp vil være hyppigst i starten av sykdomsforløpet, og blir sjeldnere når sykdomsaktiviteten kommer under kontroll. Pasientene følges opp ved hjelp av standardiserte metoder som uttrykker graden av sykdomsaktivitet. Kontakten med pasienten kan skje ved oppmøte i sykehus eller digitalt gjennom at pasienten fyller ut standardiserte skjema om sin sykdom og opplevelsen av denne. Gjennom digitale tilbakemeldinger fra pasienten kan fysiske frammøter i sykehus i større grad tilpasses tidspunkter der sykdomsaktiviteten tilsier slik kontakt. Digital tilbakemelding kan dessuten føre til behov for færre fysiske oppmøter.

Oppfølging av denne pasientgruppen kan være aktuell å beskrive og finansiere i et tjenesteforløp. I et slikt tjenesteforløp kan både den digitale oppfølgingen og de fysiske frammøtene i poliklinikken inngå. Det pekes fra fagmiljøet på at det kan være hensiktsmessig og vurdere om aktiv/ tidlig fase av sykdommen skal skilles fra oppfølging av sykdommen i senere, roligere sykdomsfaser. I den første fasen kan det være snakk om oftere behov for fysiske frammøter, mens den digitale oppfølgingen kan være en større del i roligere faser. For 2019 er det foreslått en egen STG for den digitale oppfølgingen for denne pasientgruppen. Dette kan sammen med fysiske frammøter i sykehuset (DRG) grupperes sammen til TFG på senere tidspunkt om ønskelig.

HIV-pasienter

I følge opplysninger fra Helse Sør-Øst følges om lag 2400 pasienter med HIV. I gjennomsnitt er disse pasientene inne til poliklinisk kontroll 2.4 ganger i året. Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus

peker på at det er ønskelig med en ny behandlingsmodell for alle som lever med en kronisk eller langvarig sykdom. Brukerne opplever at de møter til poliklinikkbesøk når de ikke trenger det, og at det samtidig kan være vanskelig å komme raskt nok til når de har behov. Det er også ønskelig med utvidet bruk av andre kommunikasjonskanaler som sms, telefon og videokonsultasjoner.

Brukerne ved OUS har vært pådrivere for å starte et prosjekt rundt nye oppfølgingsformer for HIV-pasienter. Dette området kan egne seg for forløpsbasert finansiering. Brukerne vil involvere seg i gjennomføringen, og ønsker også å etablere erfaringskonsulenter som del av tilbudet ved poliklinikkene (brukerstyrte poliklinikker). Dette for å ivareta pasienterfaringen slik at denne kan gi bedre oppfølging både på sykehus og i kommuner men også mellom disse.

IVF behandling

IVF behandling er et eksempel på pasientforløp som inkluderer utredning, behandling og oppfølging i og utenfor sykehus. Sykehusets oppfølgingsarbeid skjer når pasienten ikke er tilstede, og et forløp kan inkludere ulike antall forsøk før behandlingen avsluttes. Den samlede tjenesten kan inkludere legemiddelbehandling, kontakter og laboratoriearbeid. Behandlingsforløpet inkluderer også særregler for pasientbetaling. Her kan det være mulig å samle finansieringen for IVF behandling og definere ett tjenesteforløp som grunnlag for den samlede finansieringen.

KOLS

Oppfølging av kolspasienter ved hjelp av kolskofferten er nevnt som eksempel på et tiltak som drives på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten. Siden dette er et tiltak som har vært i drift en stund kan dette være en god kandidat til å utrede nærmere et tjenesteforløp som går på tvers av forvaltningsnivå.

I tillegg til ovennevnte eksempel er også rehabilitering/ habilitering samt psykisk helsevern nevnt som områder der det er vanlig at aktivitet går på tvers av nivå.

7. Hvordan vil endringer påvirke dagens aktivitetsoppfølging og fordelingsystem?

Regionene vil ha ulike modeller for å fordele inntekt mellom sine HF/tilbydere. Hovedmodellen er at ISF-finansieringen blir fordelt ned til HF-ene ut fra deres ISF-aktivitet, mens det er rammen som brukes til justeringer og annen fordeling av midler. Dersom det blir endringer i ISF-grunnlaget vil det påvirke fordelingsmodellen mellom RHF og HF. Tilgang til god aktivitets- og ressursinformasjon i ny finansieringsløsning er sentralt for styring og fordeling.

Forløpsbasert finansiering vil kunne endre grunnlaget for finansiering fra opphold til finansiering per pasient, tjenesteforløp eller behandlingsperiode. Uansett vil endring innebære at fordeling av den aktivitetsbaserte finansieringen mellom HF må vurderes. Endringer vil også få betydning for gjestepasientoppgjør mellom HF- og RHF. Dersom tjenesteforløpsfinansiering får et visst omfang kan det bidra til å endre på styringsmåter og strukturer. Kanskje vil det bidra til endring i dagens styringsmodell fra ren virksomhetsoppfølging til mer fokus på populasjonsansvar? På lengre sikt kan innovasjon bidra til endrede vurderinger av behov for tjenester som kan påvirke sykehusstruktur og behov for nye eller endrede sykehusbygg.

Forløpsfinansiering synliggjør konsekvens av brudd i link mellom inntekt og kostnad for utøvende enhet med behov for å vurdere hvordan dette skal håndteres på lavere nivå. Det er hensiktsmessig å starte forsiktig for å få erfaring som gir grunnlag for videre utvikling. Dette er en av grunnene til at man for 2019 starter med en pilot på begrensede områder.

7.1. Forløpsbasert finansiering - rapportering og inntektsmodeller

Prinsipper for registrering, rapportering og system for telling av aktivitet må avklares når finansieringen endres i forløpsbasert retning. Sykehusene må fange opp aktivitetsgrunnlaget på ny måte eller gjennom nye rutiner. Når nytt datagrunnlag rapporteres inn til NPR må det også sikres en tilbakemeldingssløyfe for at sektoren skal være kjent med økonomiske konsekvenser av at tjenesteinnholdet telles og finansieres på ny måte. På samme måte må det etableres nye metoder for å fange kostnader for beregning av KPP-vekt for forløp for gjennomsnittspasientene. Dette kan også synliggjøre kostnadsvariasjon for pasientene som ikke følger normalforløpet.

Hvilken løsning som velges og omfanget av denne avgjør hvor stor endringene blir. Det legges til grunn at rapporteringsrutinene i hovedsak blir som før, men at aggregering av aktivitet endres. Avhengig av type tjeneste, kan også bruk av ny teknologi gi økt behov for å aktiviseringsregistrere tiltak som i dag ikke registreres. Aktivitetsoppfølging kan sikres gjennom å gjenbruke systemer for å registrere tekniske episoder og eller aggregering av aktivitet på nye måter. Dette krever trolig systemtekniske tilpasninger. Finansieringshyppighet, måned, tertial eller år for de ulike tjenesteforløpene bør også vurderes.

Dersom en større andel av pasientene forløpsfinansieres vil det få større konsekvens for rapportering, inntekter og fordelingsmodeller enn ved en begrenset omlegging slik det foreslås for 2019. Dette kan også bidra til andre måter å styre på enn gjennom dagens bestilling og oppfølging.

7.2. Konsekvens for styringsdata på statlig, regionalt og HF-nivå

Når det gjelder tjenesteforløpsfinansiering er denne orientert rundt innhold i de tjenestene pasienten mottar over tid. Det innebærer at finansieringen er mer aggregert enn dagens system med telling i DRG- og STG- systemet. Helseforetakene skal fortsatt rapportere aktiviteten på samme måte som før idet aktiviteten grupperes til DRG-er og STG-er. Det vil fortsatt være mulig å telle DRG- og STG aktiviteten som før, selv om finansieringen legges på TFG-nivået.

Finansiering via TFG gjør at RHF får oversikt over inntekten de får per pasient per periode, men hvilken sammensetning av aktiviteten finansieringen dekker er først klart når perioden er avsluttet. Den aktiviteten som er valgt for pilotering er oversiktlig i den forstand at pasienten i hovedsak følges opp av samme behandler/HF i løpet av hele perioden. De regionale helseforetakene trenger informasjon både på TFG-, DRG-, og STG-nivå for å kunne fordele midlene på en hensiktsmessig måte til utøvende virksomheter og for håndtering av gjestepasientoppgjør. For 2019 vil oppgjørsdata fra H-reseptordningen være basis for ISF-finansiering for pasientadministrert legemiddelbehandling. Med ny datakilde og datagrunnlag må det legges til rette for at RHF og HF gis tilgang til nødvendige styringsdata. Hvordan dette kan løses må diskuteres med sektoren, for eksempel vil NPRs forvaltningsgruppe kunne være et aktuelt fora.

Endringer vil gi omfordelingseffekter på RHF/HF-nivå og vil få konsekvenser for systemet for videre fordeling av midler til tjenestene.

7.3. Tilrettelegging av data og systemer på nasjonalt nivå

For størst mulig grad av transparens må det nye nivået, tjenesteforløpsgrupper (TFG) synliggjøres og behandles i nasjonal programvare NPK på lik linje med dagens DRG og STG. Det nye nivået vil framstå med ISF-poeng, og også med en kobling til hvilke DRG-er og eventuelt STG-er som inngår. I tilfeller der det vil være ulike enheter som tar del i den aktiviteten som bidrar inn i tjenesteforløpsgruppene er det ønskelig å kunne si noe om hvor stor del av aktiviteten som kan tilskrives hvilken DRG/ STG.

For at en omlegging til større grad av tjenesteforløpsfinansiering skal kunne ivaretas vil det være nødvendig med en endring i måten data prosesseres på i NPR. Fra dagens system som behandler data fra hvert HF separat og til en mer pasientrettet måte å prosessere data på. Dette slik at aktivitet knyttet til samme pasient ved ulike foretak, og uavhengig av om aktiviteten skjer i sykehuset eller utenfor sykehuset kan knyttes sammen. En slik dataprosessering vil også være nødvendig for at RHF og HF skal få full oversikt over den pasientaktiviteten som inngår i den tjenesteforløpsbaserte finansieringen. For den begrensede innføringen som er foreslått for 2019, vil dette kunne håndteres med stor grad av oversikt. Men, dersom systemet utvides til å gjelde større grad av aktivitet på tvers av enheter innebærer det utvidet behov for tilgang på data. Det bør derfor utredes om utvidelser på sikt vil kunne utfordre måten data gjøres tilgjengelig på fra Helsedirektoratet sin side med tanke på større grad av utlevering av data fra NPR til RHF/ HF.

8. Forutsetninger for videreutvikling og skalering

I det følgende gjennomgås ulike forutsetninger og konkrete utviklingsområder som Helsedirektoratet må arbeide med i 2019 dersom omfanget av finansiering basert på tjenesteforløp skal kunne økes fra 2020 og videre etter det. Momentene her er dels en gjentakelse og presisering av diskusjon tidligere i rapporten, og dels andre momenter. Listen er lang, og viser at et utviklingsarbeid som dette er komplekst, og at omlegging av finansieringsordningen bør finne sted stegvis for å oppnå tilstrekkelig grad av kontroll.

8.1. Formål og forståelse av dette

Arbeidet med denne rapporten har avdekket at det er noe varierende forståelse av formålet med utviklingen av et forløpsorientert finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. I det videre arbeidet er det derfor viktig å styrke kommunikasjonen av målbildet. Dette bør trolig finne sted slik at dette enda sterkere knyttes opp til arbeidet med ny nasjonal helse- og sykehusplan.

Det synes å være stor enighet om at dagens STG-system som dekker forløpsbaserte tjenester utenfor rammen av fysiske frammøter i sykehuset er en viktig og riktig retning å gå. Dette systemet vil derfor bygges videre på fordi det danner grunnlag for klassifisering og synliggjøring av nye typer tjenester som ellers ikke ville være inkludert i systemene for aktivitetsmåling, styring og finansiering. Flere nye tjenester blir implementert for 2019. I 2019 vil Helsedirektoratet fortsette utviklingen basert på RHF-enes prioriterte tiltak innen tjenesteinnovasjon, herunder for å dekke digitale tjenester som kommer til erstatning for ordinære tjenester.

Den største endringen dreier seg likevel om en overgang fra finansiering basert på *Opphold* (DRG-systemet) og *Særtjenester* (STG-systemet) til det nye nivået *Tjenesteforløp* (TFG-systemet). Slik endring reflekterer samme utviklingsretning som i engelsk litteratur sorteres under begreper som *bundled payments* og *payments based on episodes of care (EoC)*. Slik endring beveger også ISF-ordningen nærmere den overordnede beskrivelsen av finansieringssystemet: "*gjennom ISF-ordningen gjøres bevilgningen [...] avhenging av hvor mange og hva slags pasienter som mottar behandling*". Hovedbegrunnelsen for endring er

- Stimulering til bedre koordinering av helheten i tjenestetilbudet til pasientene, også på tvers av enkeltaktører.
- Stimulering til kostnadseffektiv behandling i et forløpsperspektiv, og ikke bare innenfor rammen av den enkelte deltjeneste.
- Bidra til at kostnadseffektive behandlingsvalg gjennom harmonisering av prissetting og betaling for ulike metoder (teknologi og organsiering m.v.).

8.2. Registrering og rapportering av data

Vi legger som tidligere til grunn at omleggingsarbeidet og implementering av den nye dimensjonen *Tjenesteforløp* kan skje uten endrede krav til registrering og rapportering av data til NPR. Dette er et designvalg, som innebærer at algoritmene for konstruksjon av *Tjenesteforløp* baseres på eksisterende data, i stedet for å forutsette at sykehusene koder opplysninger om hvilke tjenester som hører til samme forløp.

Innføringen av *pakkeforløp* på flere områder innebærer at det registreres og rapporteres koder som sier noe om hvilke typer utrednings- eller behandlingsforløp visse pasientgrupper er inne i. Så lenge dette ikke gjelder gjennomgående for alle pasienter, er det imidlertid ikke mulig å basere et generelt system for aktivitetsmåling på slike data.

Videreutvikling av dimensjonen *Særtjenester* og STG-systemet forutsetter som tidligere i noen grad endringer i registrering og rapportering, men i hovedsak gjennom tilpasning av eksisterende kodeverk. Informasjonsstrukturen i PAS/EPJ-systemene og i NPR-meldingen er som tidligere nevnt lite tilpasset pasientadministrert behandling og digitaliserte, asynkrone tjenestetilbud. Noe bedring oppstår med implementering av *Dips Arena* (3 av 4 regioner) og senere *Helseplattformen Midt-Norge*.

Kunstige rapporteringsløsninger basert på *Nasjonale særkoder* m.v. må derfor videreføres i 2020 for å understøtte fortsatt utvikling av STG-systemet inntil bedre rapporteringsløsninger er på plass. Omfanget av slike særkoder må imidlertid begrenses, både av hensyn til registreringsmessig og forvaltningsmessig byrde.

8.3. STG-rammeverket - Fortsatt utvikling basert på RHF-enes prioriterte tiltak innen tjenesteinnovasjon

Utviklingen av STG-rammeverket de senere år har vært et viktig tiltak for å kunne måle behandlingsaktivitet og finansiere tjenester som faller utenfor rammen av ordinære konsultasjoner og innleggelse, og særlig for tjenester som strekker seg over tid med pasienten selv som aktiv part i behandlingen.

Videreutviklingen av STG-systemet vil fortsette m.t.p. 2020 og senere, med samme hovedprosess i 2019 som i 2018: Helsedirektoratet spør RHF (og indirekte helseforetakene) om hvilke typer tjenester de har innført eller implementert (eller eventuelt som er under implementering) og som ikke i tilstrekkelig grad ivaretas gjennom etablert system for aktivitetsmåling. I 2019 vil direktoratet justere prosessen noe, ved blant annet å:

- Rette forespørselen til RHF-ene enda tidligere på året (januar eller februar i stedet for april)
- Være enda tydeligere på spørsmålsstillingen om hvordan aktiviteten kan eller bør registreres og rapporteres til NPR
- Be om konkretisering av hvilke tradisjonelle tjenester de nye tjenestene kommer til erstatning for eller supplerer
- Etterspørre kostnadsinformasjon/-estimat parallelt med at innspillene gis

- Etterspørre informasjon om hvilke metodevurderinger og beslutningsprosesser (nasjonale eller lokale) som ligger til grunn for de nye tjenestene, jf. Nye metoder, eventuelt RHF-ets vurdering av tiltakets kost-/nyttebalanse dersom ordinær metodevurdering ikke er utført.

Det siste punktet er prinsipielt viktig. Selv om det er gode grunner til å være optimistisk knyttet til bruk av ny teknologi og nye former for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, er det også grunn til å utvise noe forsiktighet slik at statens utbetalinger knyttet til tjenester med usikker effekt ikke blir urimelig høye. Vi vurderer at det her må finnes en balanse mellom de ordinære kravene til metodevurdering og forventningen om å understøtte innovasjon og nytenkning. Vi legger til grunn at det primært er RHF-enes ansvar å ivareta denne balansen gjennom hvilke tjenester de beslutter å innføre.

8.4. Styringsinformasjon

Behandling av aktivitetsdata på forløpsnivå utforder de etablerte mekanismene for etablering og deling av styringsinformasjon. Dagens styringsinformasjon har et klart virksomhetsperspektiv:

- Det enkelte helseforetak behandler og rapporterer i all hovedsak kun informasjon om egen aktivitet. Dette aggregeres på RHF-nivå, som grunnlag for videre rapportering til HOD.
- Rapporterte opplysninger fra utøvende virksomheter til NPR behandles per virksomhet (ikke per pasient) når det etableres statistikk og mål for behandlingsaktivitet i spesialisthelsetjenesten.

Overgang til mer finansiering basert på tjenesteforløp inneærer en dreining fra *virksomhetsfokus* til *pasientfokus* i det aktivitetsmålet som danner grunnlag for finansiering i forholdet mellom staten og RHF-ene. De enkelte helseforetakene har imidlertid ikke hver for seg det nødvendige datagrunnlaget for å kunne ivareta et slikt perspektiv i analyser eller rapportering. Prinsipielle muligheter for å håndtere utfordringen, slik at relevante aktører får tilgang til nødvendig informasjon:

- Deling av styringsinformasjon fra NPR. Helsedirektoratets primære kilde for informasjon og instans for behandling av data for aktivitetsbasert finansiering, er NPR. Det er således nærliggende at ferdigprosserte data om tjenesteforløp deles som styringsinformasjon med RHF og helseforetak. Dette forutsetter i tillegg til nødvendige omlegginger av de grunnleggende databehandlingsprosessene i NPR, også videreutvikling av måten Helsedirektoratet deler styringsinformasjon med RHF og helseforetak på. En nærliggende mulighet, er videreutvikling av gjestepasientoppfølgingssystemet i NPR. Et fremtidig alternativ er at Helseanalyseplattformen (HAP) blir ny arena for prosessering av data for finansieringsformål og for deling av relatert styringsinformasjon, men også her er realiseringstidspunktet for HAP en vesentlig usikkerhetsfaktor, i tillegg til at øvrige konsekvenser av slik mulig omlegging ikke er vurdert.
- Én innbygger – én journal. Konseptet innebærer at helseforetakene vil ha tilgang til informasjon om behandlingsaktivitet ikke bare utført av dem selv, men også av andre. Det skaper prinsipielt mulighet for at helseforetakene vil kunne analysere tjenesteforløpene helhetlig ut fra samlet behandling pasienten mottar, og vil kunne forstå og rapportere sin aktivitet ut fra dette. Tidsperspektivet for realisering er usikkert.

- Regionsvis databehandling. RHF-ene mottar per i dag, basert på konsesjon, detaljerte pasientdata fra NPR som med mindre justeringer gjør det mulig å prosessere data i et forløpsperspektiv. Ulempen er etablering av NPR-kopier og parallelle databehandlingsprosesser. En fremtidig variant vil kunne innebære at HAP benyttes som grunnlag for RHF-enes (og helseforetakenes) behandling av data om tjenesteforløp. HAP vil kunne redusere administrative kostnader, men tidsperspektivet for realisering er usikkert.

Kulepunktene ovenfor er ikke nødvendigvis uttømmende for hvilke muligheter som finnes, men viser at det ikke finnes en ferdig og åpenbar løsning for å sikre alle involverte virksomheter informasjon om behandlingsaktivitet i et forløpsperspektiv. Det presiseres at denne usikkerheten primært gjelder ved funksjonsdeling og i andre tilfeller der tjenesteforløpene i stor grad skjer på tvers av virksomheter. Dette tilsier at videreutvikling av ISF-ordningen i størst grad bør knyttes til behandling med liten grad av funksjonsdeling inntil systemene for deling av styringsinformasjon er tilstrekkelig tilrettelagt.

I tillegg til *tilgjengelighetsaspektet* gjennomgått ovenfor, vurderer vi også at det er behov for å bruke tid på *forståelse* av den nye typen styringsinformasjon som tjenesteforløp innebærer. Piloteringen i 2019 gir et godt utgangspunkt, men erfaringsmessig vil både RHF og helseforetak bruke noe tid på å tilvenne seg den nye dimensjonen i styringsinformasjonen og hvordan den kan benyttes i oppfølging av behandlingsaktiviteten. For brukerne av data er det snakk om en overgang fra virksomhet til pasient som hovedfokus, og en gradvis tilnærming til denne måten å forstå data på er tilrådelig.

8.5. Klassifiseringsystem

8.5.1. Innføring av TFG-systemet (TjenesteForløpsGrupper)

Dagens ISF-ordning baserer seg på kategorisering av informasjon om behandlingsaktivitet i to hoveddimensjoner: Opphold og særtjenester, klassifisert i henholdsvis DRG- og STG-systemet.

Både DRG- og STG-systemet er *sekundære klassifikasjonssystemer*, og begge er fundert på prinsippene bak utviklingen av de første DRG-systemene på 1970-tallet. Begge systemene benytter det samme tekniske rammeverket og grunnalgoritme for gruppering av aktiviteten.

Tjenesteforløp som ny måte å beskrive behandlingsaktivitet på, gjennom aggregering av de deltjenestene pasienten mottar (opphold og særtjenester). På samme måte som opphold og særtjenester må klassifiseres/grupperes i henholdsvis DRG- og STG-systemet, er det tilsvarende behov for et klassifikasjonssystem for den nye dimensjonen tjenesteforløp. Et slikt system innføres f.o.m. 2019, med navnet TFG-systemet (TjenesteForløpsGrupper).

8.5.2. TFG-systemet i 2019

I 2019 har systemet 6 kategorier, hvorav 5 er spesifikke for de tjenesteforløpene som omfattes av ny finansieringsmodell (1 for dialysebehandling og 4 for legemiddelbehandling for ulike indikasjoner).

Den sjette kategorien i 2019 blir en samlekategori for alle andre tjenester pasientene mottar, uten å påvirke beregning av ISF. Formålet med samlekategorien er å danne grunnlag for videreutvikling av systemet.

8.5.3. Konkretisering og utdypning av TFG-systemet – En del av beslutningsgrunnlaget for hvordan ISF-ordningen kan dreies videre i forløpsorientert retning

Legitimiteten til ISF-ordningen (og andre gjennomsnittorienterte, aktivitetsbaserte finansieringsordninger) beror i all hovedsak på hvor godt refusjonskategoriene i systemet

- beskriver og avgrenser behandlingsaktivitet, og
- predikerer ressursbruk for sammenlignbar behandling.

Risikojusteringsmekanismer (regler for poengtillegg og -fradrag) innen hver av refusjonskategoriene bidrar også til legitimitet, men er kompliserende og bør som hovedregel bare anvendes der det ikke i rimelig grad er mulig å balansere risiko gjennom strukturen av refusjonskategorier.

For at Helsedirektoratet, i dialog med RHF-ene, skal kunne gjøre tilstrekkelig gode vurderinger av på hvilke områder det kan være aktuelt å utvide omfanget av forløpsbasert finansiering i 2020 og senere, er det nødvendig å arbeide med en systematisk og hurtig utvikling av TFG-systemet i 2019. Målet må ikke være et ferdig system som kan benyttes gjennomgående som finansieringsgrunnlag, men at det er i stand til å beskrive hoveddelen av behandlingsaktiviteten gjennom grove, men likevel meningsfulle kategorier tjenesteforløp. Videre analyser av disse kategoriene kan så danne grunnlag for å vurdere på hvilke områder det kan være egnet å endre finansieringsmåten fra 2020.

8.5.4. Tilnæringsmåter ved utvikling av TFG-systemet

8.5.4.1. Forslagsdrevet og kvalitativ tilnærming.

Tidligere i rapporten har vi beskrevet områder for mulig videre utvikling av forløpsorientert finansiering, og som har blitt sondert med representanter for RHF og enkelte helseforetak. Fordelen med slik kvalitativ tilnærming, er at man kan ta utgangspunkt i helsefaglige vurderinger og kunnskap om hvordan gjeldende finansieringsmekanismer virker på konkrete områder. Ulempen er faren for at utvalg av områder i noen grad blir preget av subjektivitet, og at det er krevende å lage en skalerbar og dekkende løsning for all behandlingsaktivitet.

8.5.4.2. Gjenbruk og inspirasjon

Oppbyggingen av et TFG-system for tjenesteforløp kan i stor grad hente inspirasjon fra andre klassifikasjonssystemer. Ulike mulige kilder er identifisert og kan være relevante for vårt videre arbeid. Eksempler er referert nedenunder, og i det videre arbeidet vil det også være relevant å søke også etter andre kilder.

- Det eksisterende DRG- og STG-systemet. Disse systemene gir allerede en inndeling av behandlingsaktiviteten på en meningsfull måte. Det er å forvente at nytt TFG-system kan etableres med svært mange av de samme gruppene. Det vil likevel være forventet og ønskelig at ny gruppestruktur blir mindre omfattende og enklere å forholde seg til, fordi nye

TFG-grupper i stor grad vil innebære sammenslåing av eksisterende DRG-er og STG-er som representerer lignende pasienter og tjenesteinnhold.

- Inspirasjon fra CMS Innovation Center. CMS administrerer de offentlige ordningene Medicare og Medicaid i USA. CMS' innovasjonssenter har mange ulike pågående forsøk med nye betalingsmodeller. Selv om det amerikanske systemet for styring, tilgjengeliggjøring og finansiering av helsetjenester avviker mye fra det norske, er det likevel verdifull inspirasjon å hente når det kommer til måter å klassifisere tjenester på, også i et forløpsperspektiv. Et særlig relevant program, med oppstart i 2018, er kalt Bundled Payments for Care Improvement Advanced1 (BPCI Advanced). I dette programmet er det etablert 32 kategorier for Episodes of Care, og slik at betalingen til tjenesteytere som inngår i forsøket vil vurderes opp mot målpriser for hvert forløp, som alternativ til ren stykkprising. Senteret har også andre forsøk og modeller for bundled payments, men det er så langt den nevnte som ligger tettest opp til vår egen tenkning om oppbygging av TFG-systemet.
- Inspirasjon fra Prometheus Analytics. Dette er en leverandør av programvare og analysetjenester til aktører på det amerikanske helsemarkedet. Som ledd i dette har de utviklet løsninger for gruppering av Episodes of Care, tilsvarende våre tjenesteforløp. Det finnes også flere andre amerikanske leverandører av lignende programvareløsninger, men fordelene er at gruppestruktur og definisjoner er gjort offentlig og gratis tilgjengelig:

"All these definitions are available for public use as part of our overall mission to improve the quality and affordability of care. There is a need for scientifically designed and validated episode of care definitions that have a multi-purpose use. Because the definitions are freely available, implementations of payment reform programs and cost and quality analysis initiatives have a comprehensive starting point from which to build."²

Det er også andre interessante aspekter ved løsningen, herunder hvordan de har knyttet ulike kvalitetsmål til gruppedefinisjonene, herunder omfang av *Potentially Avoidable Complications* (komplikasjoner som kan unngås), *Core Services* (nødvendige deltjenester) og *Potentially Avoidable Services* (potensielt unødvendige deltjenester).

8.5.4.3. Data- og analysedrevet utvikling

I tillegg til ovenstående tilnærminger, må *data- og analysedrevet utvikling* av TFG-systemet være hovedgrunnlaget for arbeidet. Dette innebærer iterative prosesser der

1. Nye grupper og grupperingsregler defineres
2. Resultatene testes mot hovedkriteriene innholdsmessig meningsfullhet og gruppenes evne til å forklare/predikere ressursbruk
3. Vurdering av hvilke endringer som er viktigst for å bedre det samlede resultatet

¹ <https://innovation.cms.gov/initiatives/bpci-advanced/> (per 29.11.2018)

² <http://prometheusanalytics.net/deeper-dive/episode> (per 29.11.2018)

8.5.4.4. *Analyser av ressurskrevende brukere og forebyggbare hendelser*

Helsedirektoratet utfører p.t. omfattende analyser i tilknytning til arbeidet med ny nasjonal helse- og sykehusplan. Analysene som gjøres her, blant annet knyttet til ressurskrevende brukere og potensielt forebyggbare innleggelser m.v., vil kunne være et godt utgangspunkt for vurderinger av konkrete pasientgrupper det er relevant å lage tilpassede kategorier for i TFG-systemet.

8.5.4.5. *Nordisk samarbeid*

Norge deltar i et etablert nordisk samarbeid om DRG-systemet gjennom *Nordic Casemix Centre*. Vi kan i noen grad søke inspirasjon og erfaringsutveksling med øvrige nordiske land i arbeidet. Finland har prøvd ut episodebaserte grupperingssystemer for primærhelsetjenester, men ingen av landene har laget eller forberedt forløpsorienterte løsninger for spesialisthelsetjenester slik Norge nå prøver ut. Vi legger uansett opp til deling av våre erfaringer og løsninger med de øvrige landene, og regner i noen grad med å kunne benytte dem som sparringspartnere i vår modellutvikling.

8.6. Risikojustering innen nye refusjonskategorier

Overgang til Tjenesteforløp som telleenhet i ISF-ordningen innebærer behov for vurdering av hvordan økonomisk risiko i forholdet mellom den som betaler og den som er ansvarlig for utførelse av tjenester. Slike risikohåndteringsmekanismer er nødvendig i alle tilfeller med aktivitetsbasert finansiering og gjennomsnittspriser. Eksempler fra DRG-systemet for ordinær sykehusbehandling:

- Kostnadsvekten for hoved-DRG-en er fastsatt ut fra en gjennomsnittsvurdering av kostnader innen DRG-en
- Spesielt langvarige innleggelser utgjør økonomisk risiko for utfører av tjenestene, og kompenseres i Norge p.t. gjennom tillegg for særlig lang liggetid (med utgangspunkt i øvre trimpunkt, tilsvarer 95-persentilen, innen DRG-en)
- I motsatt ende representerer kortvarige kontakter og innleggelser en økonomisk risiko for den som betaler for tjenestene, ved at det oppstår mulighet for at et høyt antall av lite kostnadskrevende hendelser prissettes for høyt. Denne typen risiko er p.t. håndtert gjennom utskillelse av egne refusjonskategorier for henholdsvis polikliniske konsultasjoner og innleggelser uten overnatting, men kunne også ha blitt håndtert gjennom regler for avkortning av refusjon basert på betraktninger om nedre trimpunkt e.l.

Ved utvikling av et refusjonssystem basert på Tjenesteforløp, må det tilsvarende vurderes på hvilke måter risiko skal håndteres:

- Hvordan hindre urimelig høye utbetalinger for forløp med svært liten ressursinnsats? (Eks: Pasient med 1-2 kontakter hvis gjennomsnittet er 5 kontakter og en innleggelse)
- Hvordan bidra til at behandlingstilfeller med avvikende høye kostnader kompenseres for dette når dette skyldes faktorer som utførende virksomhet ikke selv kontrollerer, og hvilke faktorer skal ansees å være innenfor eller utenfor virksomhetens kontroll? (Eks: KOLS-pasient med mange innleggelser og ressursbruk 4-5 ganger mer enn gjennomsnittet)

Det er mange mulige svar på spørsmålsstillingen, herunder:

- Fordelingsnøkler for basisbevilgningen kan benyttes til å justere for risiko mellom RHF og helseforetak, slik at ytterligere håndteringsmekanismer ikke behøves
- Risikoen håndteres gjennom å lage et finmasket grupperingssystem (mange refusjonskategorier som tar høyde for forventet variasjon i kostnadsnivå mellom pasienter)
- Bruk av rapporterte KPP-data (kostnad per pasient) som justeringsmekanisme i.f.m. årsavregning
- Bruke informasjon om antall opphold og særtjenester, og deres vekt, innen hvert tjenesteforløp som grunnlag for prisjustering opp- eller nedad

I.f.m. piloteringen i 2019, er den viktigste risikohåndteringsmekanismen at forløpsperioden for dialysebehandling er *måned* og ikke *tertiel* eller *år*. Det betyr at pasienter som unntaksvis mottar noen få enkeltbehandlinger ikke utløser refusjon tilsvarende en gjennomsnittlig årskostnad, men kun 1/12 av dette. Lignende mekanisme kan være aktuell for noen andre behandlingsformer, men for flertallet av forløpene vil det trolig være behov for andre måter å justere risiko på. En gradvis og forsiktig overgang til tjenesteforløp som finansieringsnivå er å anbefale fordi dette gir anledning til å prøve ut og etablere gode mekanismer som er akseptable både for de som betaler og de som leverer tjenestene.

8.7. Kostnadsberegninger

Det legges til grunn at det ikke trengs nye typer kostnadsdata rapportert fra helseforetakene for å kunne beregne kostnadsvekter m.v. for refusjonskategorier på tjenesteforløpsnivå. Dette er en konsekvens av at tjenesteforløpene representerer en aggregering av opphold og særtjenester, og kostnadene kan aggregeres tilsvarende.

Det er likevel noen forhold som krever oppmerksomhet:

- Det må vurderes noen tiltak for forenklinger i måten kostnadsvekter beregnes på for opphold, slik at samlet forvaltningsmessig byrde kan holdes på rimelig nivå. Etablering av KPP-database i NPR i 2019 vil gi viktig bidrag til forenkling og legge grunnlag for ytterligere automatisering av noen arbeidsprosesser. I tillegg vil det være aktuelt å vurdere forenklinger knyttet til måten egenandeler håndteres på i.f.m. vektberegningene på oppholdsnivå.
- I 2019 påbegynnes arbeidet med vektberegninger basert på rapporterte KPP-data fra psykisk helsevern og TSB. Reell kostnadsinformasjon på dette området letter arbeidet med å vurdere kategorier av tjenesteforløp som stimulerer til integrerte tjenester på tvers av somatikk og psykisk helsevern/TSB.
- Kostnadsberegninger for særtjenester krever spesielle arbeidsprosesser både i helseforetakene og i Helsedirektoratet. Årsaken er at denne typen tjenester i liten grad er reflektert på en entydig måte i sykehusenes pasientadministrative systemer (PAS), og er derfor også i liten grad en integrert del av helseforetakenes KPP-beregningsmodeller. Innføring av nye refusjonskategorier for særtjenester medfører dermed mer arbeid for kostnadsberegning enn ved innføring av nye DRG-er.

8.8. Psykisk helsevern og TSB

Utvikling av og utprøving av finansiering basert på tjenesteforløp relatert til psykiske og rusrelaterte problemer, samt for pasienter som også har behov for somatiske tjenestebehov, ansees særlig relevant.

Innføringen av pakkeforløp forventes å øke fokuset på effektivisering og forbedring av tjenestene, herunder gjennom intensivering av de polikliniske utrednings- og behandlingsseriene. Finansiering på forløpsnivå vil gi økonomiske incentiver til slik utvikling. Det er krevende å tilpasse DRG-systemet for enkeltopphold til å gi en tilsvarende stimulans til omlegging.

I tillegg kommer at pasienter med alvorlige psykiske og rusrelaterte problemer har et særlig behov for godt koordinerte tjenester. Dette gjelder både innad og mellom psykisk helsevern og TSB, men også i relasjon til somatiske tjenestetilbud. Innføring av tjenesteforløp som grunnlag for måling av behandlingsaktivitet stimulerer til å vurdere og videreutvikle tjenestetilbudet på en mer helhetlig og integrert måte for de pasientene som trenger det.

I det videre arbeidet må bl.a. følgende forhold ivaretas:

- Forholdet til innleggelser. Innleggelser innen psykisk helsevern og TSB er kun rammefinansiert, mens poliklinisk aktivitet er delfinansiert gjennom en aktivitetsbasert komponent. Det er ikke en forutsetning for utvikling av tjenesteforløp innen dette området at disse forutsetningene endres. Det finansieringsmessige skillet krever imidlertid oppmerksomhet i modellutformingen og innebærer etablering av unntaksmekanismer i.f.m. implementering av programvareløsninger.
- Kostnadsberegninger. Se eget kapittel.
- Harmonisering av regler med ISF somatikk. Reglene for ISF innen somatikk og psykisk helsevern/TSB er i hovedsak de samme, men noen forskjeller eksisterer. Harmonisering og enhetliggjøring av regler vil både virke generelt forenkende på ISF-ordningen samlet, men også forenkle arbeidet med etablering av tjenesteforløp som grunnlag for ISF-finansiering.

8.9. Prosessering av data på tjenesteforløpsnivå

Innføring av tjenesteforløp som grunnlag for aktivitetsmåling og finansiering forutsetter at data om pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten kan omsettes til relevante kategorier av tjenesteforløp. ISF-ordningen 2019 innebærer en avgrenset pilotering av finansiering på tjenesteforløpsnivå, hvilket betyr at manuelle arbeidsprosesser kan benyttes for å operasjonalisere regelverket og gjennomføre beregninger etter utlevering av data i NPR. Videre skalering av forløpsorientert finansiering til nye områder, forutsetter etablering av generelle grupperings- og beregningsmekanismer som muliggjør automatisering. Nedenunder beskrives kortfattet hvilket endringsarbeid som må finne sted for å oppfylle forutsetningen om automatisering.

Tilpasning av NPK (Norsk pasientklassifisering). NPK er designet med henblikk på å kunne lage, gruppere, og poengberegne tjenesteforløp, basert på en aggregeringsmekanisme fra de DRG-grupperte opphold og STG-grupperte særtjenester som også lages i NPK. Høsten 2018 er NPK tilpasset slik at

grunnfunksjonalitet for prosessering av tjenesteforløp er på plass, men tilpasset den avgrensede piloteringen i 2019.

Utviklingsarbeidet for NPK videreføres vinteren 2018/2019 med særlig henblikk på å lage generell funksjonalitet for

- Aggregering av opphold og særtjenester til tjenesteforløp
- Gruppering tjenesteforløp i TFG-systemet (TjenesteForløpsGrupper; analogt til DRG-systemet, og med gjenbruk av samme grupperingskomponent)
- Risiko-/poengjusteringsmekanismer

NPK til bruk i 2020 må ferdigstilles høsten 2019 for å ta høyde for endelig innretning av ISF-regelverket. Tidlig arbeid i 2019 med utvidelse av aggregerings- og grupperingsfunksjonaliteten er likevel hensiktsmessig fordi dette da kan integreres med analyse- og designprosessen som ligger til grunn for hvordan kategoriseringssystemet for tjenesteforløp (TFG-systemet) bør innrettes.

Tilpasning av databehandlingsprosesser i NPR. NPK er en del av databehandlingsrutinene i NPR, for formål utover ISF-ordningen alene. Gjeldende rutine innebærer at data om den enkelte pasient prosesseres i NPK per sykehus/rapporteringsenhet. Tjenesteforløpsperspektivet innebærer at alle relevante data om pasienten må prosesseres samlet i NPK for å kunne gi et bilde av pasientenes ulike tjenesteforløp, uavhengig av hvilke virksomheter som står for de ulike deltjenestene i behandlingen. Her er det som tidligere nevnt behov for endringer i databehandlingen i NPR. Eventuelt endringsarbeid må sees i relasjon til øvrig omleggingsarbeid i NPR og eventuelle forenklinger i de øvrige ISF-relaterte databehandlingsoppgavene i NPR. Dersom endringer ikke finner sted vil det ha betydning for omfanget av forløpsbasert finansiering fra 2020. Det vises også til eget kapittel om styringsinformasjon.

8.10. Omlegging av andre finansieringsordninger?

Vi har tidligere pekt på at omlegging av finansiering for noen typer spesialisthelsetjenester som per 2018 i hovedsak håndteres på utsiden av ISF-ordningen, kan være relevant for å sikre et helhetlig system med lik finansiering for like eller utvekslbare tjenester. Dette gjelder f.eks.:

- Klinisk nevrofysiologi
- Radiologiske tjenester
- Deler av avtalespesialistenes aktivitet
- Rehabiliteringstjenester utført av private rehabiliteringsinstitusjoner

I tillegg er avgrensningen mellom hvilke innleggelses i spesialisthelsetjenesten som skal regnes som henholdsvis somatikk og psykisk helsevern på noen områder uklare og ulikt praktisert. Dette gjelder særlig innen habiliteringsfeltet.

Endringer på disse områdene vurderes *ikke* som avgjørende for å kunne arbeide videre med tjenesteforløp som grunnlag for ISF. Arbeid med disse områdene må i stedet prioriteres opp mot øvrige oppgaver i det løpende ISF-utviklingsarbeidet.

8.11. Gjestepasientoppjøret

Konsekvenser for gjestepasientoppjøret mellom RHF (og dere underliggende helseforetak) er ikke ferdig vurdert. Oppgjørsordningen er RHF-enes ansvar. Konsekvensene for oppgjørsordningen må vurderes nærmere i det videre arbeidet.

8.12. Kommunale tjenester og forløp på tvers av forvaltningsnivåene

Våre tidligere anbefalinger knyttet til systemer for forløpsbasert finansiering på tvers av forvaltningsnivåene ligger i hovedsak fast, da forutsetningene ikke er vesentlig endret. Det innebærer at det er viktig å utvikle løsninger og gjøre seg erfaringer med forløpsorientert finansiering *innad* i spesialisthelsetjenesten før man går løs på den mer komplekse oppgaven med å inkludere kommunenes tjenester i modellene.

Samtidig har vi med det samlede forløpsperspektivet påbegynte vurderinger av finansieringsordningene for fastlegetjenester. Gitt at deler av dagens problemer er relatert til en glidende oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger, er det relevant å vurdere hvordan mer symmetri i de aktivitetsbaserte finansieringsmodellene for hvert av forvaltningsnivåene kan bidra til ønsket fleksibilitet i oppgave- og ressursfordelingen. Slik symmetri vil i så fall også gjøre det lettere på senere tidspunkt å vurdere modeller for forløpsfinansiering på tvers av forvaltningsnivåene.

8.13. Budsjettmessige konsekvenser og omfordelingsvirkninger

Vurdering av budsjettmessige konsekvenser og overordnet vurdering av omfordelingsvirkninger er en sentral del av alt ISF-relatert utviklingsarbeid. I.f.m. innføring av tjenesteforløp som telle- og måleenhet, er det noe større sannsynlighet enn ved øvrige endringer for at det kan oppstå omfordelingseffekter mellom regioner og foretak, knyttet til historiske praksisforskjeller og ulike grader av funksjonsfordeling. Vi anser det derfor særlig viktig at slike konsekvenser er vurdert før vi gir nærmere anbefalinger om på hvilke områder forløpsbasert finansiering bør innføres i 2020.

8.14. Videre forankring av endringer for 2020

Videre innføring av tjenesteforløp som grunnlag for ISF i 2020, bør forankres hos RHF-ene basert på konkrete forslag til hvilke tjenester som Helsedirektoratet vurderer eventuelt bør finansieres på denne måten. Vi legger til grunn at utredning og arbeid i tråd med beskrivelsene tidligere i dette kapitlet må finne sted i hovedsak første tertial 2019, og med høringsprosess i løpet av våren. Det vil i noen grad også være hensiktsmessig å involvere RHF-ene i deler av utredningsfasen, men det viktigste er at RHF-ene kan motta konkrete, konsekvensvurderte forslag som de kan ta stilling til og gi skriftlige kommentarer til.

9. Helsedirektoratets tilrådning

Gjennomgangen i denne rapporten viser at det er mange forutsetninger som må være på plass før det er tilrådelig å anbefale hvilket ambisjonsnivå som bør legges til grunn for 2020 og senere i den videre utviklingen av et mer forløpsorientert finansieringssystem. Selv om konseptet "forløpsbasert finansiering" har mange gode sider som vil kunne bidra til å håndtere mange av svakhetene i dagens aktivitetsbaserte finansieringsmodell, er det viktig å utrede grundig og sørge for en gjennomføring som innebærer tilstrekkelig grad av kontroll ikke bare for staten, men også for regionale helseforetak og utøvende virksomheter. Utvikling av et godt klassifiseringssystem for tjenester i et forløpsperspektiv, TFG-systemet, er en grunnforutsetning.

Helsedirektoratet vil derfor foreslå å opprettholde en forsiktig implementering av forløpsorientert finansiering basert på tjenesteforløp også etter 2019, samtidig som det opprettholdes en sterk satsing på kateogisering og finansiering av nye tjenestetilbud som kommer til erstatning for eksisterende tjenester. Slik vi ser det, og etter innspill fra RHF/ HF, vil en utbygging av dagens STG-system til å inkludere finansiering av nye tjenesteområder som følge av teknologisk utvikling og muligheter for digital oppfølging av stadig nye pasientgrupper vurderes å være i tråd med innmeldte behov på kort sikt jf. regionale utviklingsplaner.

Oppsummert anbefaling:

1. Fortsatt gradvis og kontrollert utvikling og innføring av tjenesteforløp som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenester anbefales.
2. Utvikling av TFG-systemet (TjenesteForløpsGrupper) er en prioritert del av utviklingsarbeidet. Dette danner grunnlag for nødvendig konkretisering av hva eventuelle finansieringsmessige endringer innebærer og hvilke virkninger dette gir.
3. Det må utvises forsikthet med å gjennomføre endringer før forutsetninger for automatisert databehandling er oppfylt.
4. Det må utvises forsiktighet med å gjennomføre store endringer før forutsetninger knyttet til tilgjengelighet av relevant styringsinformasjon er oppfylt.
5. Arbeid med videreutvikling av STG-systemet (SærTjenesteGrupper) prioriteres også i 2019 for å understøtte målsetninger om teknologi- og metodenøytralitet i ISF-ordningen.

Tjenesteforløp som grunnlag for Innsatsstyrt finansiering

Utgitt

20181214

Bestillingsnummer

IS-2788

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen

0213 Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

E-post: postmottak@helsedir.no

Forsidefoto

Krediteres

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no