

# Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten – Vurdering av endringer i ISF-ordningen for 2019

<b>1</b>	<b>Oppdraget</b>	<b>2</b>
1.1	Kjerneoppdraget	2
1.2	Tilleggsmomenter	2
1.3	Avgrensing	2
<b>2</b>	<b>Problemforståelse, premisser og målbilde</b>	<b>4</b>
2.1	Eksisterende, overordnede mål	4
2.2	Problemforståelse	7
2.3	Premisser	8
2.4	Konkretisering av særskilte målsetninger i utviklingsarbeidet	10
<b>3</b>	<b>tilnærming langs tre hovedakser</b>	<b>11</b>
3.1	Utvikling langs tre hovedakser	11
3.2	«Horisontalt» – Mer forløpstenkning innen dagens DRG- og STG-system	11
3.3	«Vertikalt» – Aggregering og samlet finansiering på tvers av DRG og STG	15
3.4	«Dybde» – Inklusjon av tjenester som finansieres gjennom andre ordninger	17
<b>4</b>	<b>Øvrige forhold</b>	<b>19</b>
4.1	Egenandeler	19
4.2	Resultatdata	19
4.3	Pakkeforløp	19
<b>5</b>	<b>Mulige endringer for 2019</b>	<b>20</b>

# 1 OPPDRAGET

## 1.1 Kjerneoppdraget

---

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i tillegg nr 24 til tildelingsbrevet for 2017 Helsedirektoratet i oppdrag å utføre *«et forprosjekt med siktemål å utrede hvordan gradvis utvidelse av mer forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten ev. kan gjennomføres»*. Følgende presisering av siktemålet med oppdraget ble gitt:

*«Arbeidet skal ta sikte på å avklare hvilke forutsetninger som må være oppfylt for å kunne igangsette ev. endringer, hvilke endringer som er mulig og tilrådelig å gjennomføre fra 2019 og hva som kan være en gradvis utvidelse av forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten.»*

Frist for besvarelse av oppdraget ble satt til 24. november 2017.

## 1.2 Tilleggsmomenter

---

Følgende føringer for prosess og innhold ble også gitt i oppdraget:

- Gjennomføring i samarbeid med regionale helseforetak (RHF)
- Vurdering av *«hvordan resultatdata kan benyttes som del av grunnlaget for ev. forløpsbasert finansiering»*
- *«Behov for ev. tilpasninger i egenandelsregelverket skal videre vurderes som en del av utredningen.»*

## 1.3 Avgrensing

---

Gjennomføring av oppdraget ble i august 2017 meldt forsinket som følge av prioritering av ISF-utviklingsoppgaver for 2018. I løpet av høsten har også prioritering av andre oppgaver i Helsedirektoratet medført utilstrekkelig kapasitet til å utføre oppdraget fullt ut i tråd med oppdragsbeskrivelsen. Konsekvensen varslet i august 2017 var *«reduert omfang av leveransen i november, dog slik at denne legger tilstrekkelig grunnlag for videre arbeid»*.

Begrensningene i leveransen sett opp mot opprinnelig oppdrag er i hovedsak følgende:

- Utredning har ikke funnet sted i samarbeid med RHF-ene, og det er behov for noe mer forankringsarbeid overfor dem. Hovedtenkningen ansees dog forankret gjennom forarbeidene og ved at tiltakene som presenteres i stor grad er rettet mot problemstillinger som er løftet frem fra spesialisthelsetjenesten.
- Utredningen er konsentrert om endringstiltak for 2019, men innenfor en generell og overordnet tenkning om hva en utvikling i retning av mer forløpsorientert finansiering innebærer.
- Spørsmål om egenandelsordningen og rollen til resultatdata er behandlet kortfattet da det ikke ansees realistisk med vesentlige endringer på disse områdene til 2019.

Det presiseres at oppdraget har vært klart avgrenset til å gjelde finansiering av spesialisthelsetjenester isolert, og at problemstillinger knyttet til forholdet mellom kommuner og spesialisthelsetjenester ikke berøres i denne omgang.

# 2 PROBLEMFORSTÅELSE, PREMISSE OG MÅLBILDE

## 2.1 Eksisterende, overordnede mål

---

En overordnet målsetning er at «*Finansieringsordningene skal bidra til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet*».

Det legges til grunn at utvikling av «*mer forløpsbasert finansiering*» ikke dreier seg om noe fundamentalt nytt prinsipp i finansieringen av spesialisthelsetjenesten, men at det dreier seg om en dreining i måten den variable finansieringen fra staten er innrettet på, og da særlig knyttet til hvordan aktivitetsmålet beregnes. Det innebærer at utvikling i retning av mer forløpsorientering ikke nødvendigvis forutsetter helt nye mål for de aktivitetsbaserte ordningene, men at de grunnleggende intensjonene bak dagens ordninger kan videreføres.

Med utgangspunkt i årlig omtale i statsbudsjettet, fremheves nedenstående målsetninger med den innsattsstyrte finansieringen (ISF-ordningen). Det legges til grunn at disse i all hovedsak også gjelder for de øvrige aktivitetsbaserte finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten. De to siste målsetningene følger ikke direkte av statsbudsjettomtalen, men gjelder implisitt.

### 2.1.1 Understøttelse av spesialisthelsetjenester

«*Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Innsattsstyrt finansiering (ISF) er derfor rettet mot de regionale helseforetakene.*»

Av dette følger at helsehjelp og behandlingstilbud som skal være tellende i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen må være spesialisthelsetjenester.

Forløpstenkning og digitalisering av tjenestetilbud utfordrer de (for pasienten) kunstige grensene mellom spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Økt grad av forløpsorientering i finansieringssystemet må likevel ta hensyn til det todelte forvaltnings- og budsjettssystemet som en forutsetning.

### 2.1.2 Kostnadseffektiv behandling

*«Formålet med ordningen er å stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling.»*

Den vanligste og viktigste tolkningen av denne formuleringen er at den prospektive finansieringen basert på historiske gjennomsnittskostnader per DRG, premierer virksomheter som reduserer egne kostnader over tid og som klarer å øke aktivitetsnivået sitt uten økning i basistilskuddet.

En annen (og ikke motstridende) tolkning er at beregningssystemet må tilpasses slik at det ikke i seg selv oppleves som hinder for den mest kostnadseffektive behandlingen. Dette kan være tilfelle dersom overgang til nye behandlingsprinsipper eller organisatoriske løsninger som er medisinsk likeverdige med tidligere behandling, medfører at ISF-finansiering helt eller delvis bortfaller.

### 2.1.3 ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem

*«ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem. Prioriteringene skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter angir. Basisbevilgningene skal brukes til å understøtte ønsket prioritering.»*

Ovenstående er viktig for forståelsen av avgrensningen av ordningens formål; det er ikke gjennom ISF-ordningen staten legger grunnlag for at RHF-enes samlede midler først og fremst anvendes til fordel for prioriterte pasientgrupper. På den annen side bidrar ISF til transparens i ressursbruken slik at man kan monitorere hvorvidt faktiske prioriteringer er i tråd med ønskede prioriteringer.

Formålet med utvikling i retning av mer forløpsorientert finansiering er dermed ikke å etablere et mer finmasket finansieringssystem som avspeiler detaljforskjeller i tjenestene eller kostnadene på en mer detaljert måte. Det er heller ikke slik at noe finansieringssystem kan innrettes slik at det er blottet for mulige incentiver til uønsket behandling eller ineffektiv organisering. Det er likevel et sentralt siktemål at finansieringssystemet i så liten grad som mulig skal innby til gale prioriteringer, men hovedforutsetningen til en hver tid er at de vedtatte prioriteringskriteriene etterleves.

### 2.1.4 Risikodeling

Økonomisk risikodeling er en viktig effekt av ISF-ordningen, selv om dette ikke eksplisitt omtales som formål for ordningen i det årlige statsbudsjettet. «Ren rammefinansiering» og «total kostnadsrefusjon» utgjør ytterpunktene for finansieringsordninger med hensyn til risikodeling mellom finansør og ansvarlig/utøvende ledd. Dagens modell fordeler risikoen gjennom to hovedmekanismer:

- Blandet finansieringsmåte; ramme + aktivitetsbasert finansiering.
- Den aktivitetsbaserte finansieringen er ikke en ren kostnadsrefusjonsmodell, men er en prospektiv variant der refusjonene frem i tid fastsettes basert på empiriske kostnader for samme eller lignende typer tjenester.

Et viktig premiss for at økonomisk risiko faktisk fordeles i tråd med intensjonen, er at den prospektive prisfastsettelsen finner sted basert på representative kostnadsdata for de ulike typer av tjenester.

### 2.1.5 Styringsinformasjon

ISF-ordningen er sterkt knyttet til de nasjonale mekanismene for etablering av styringsinformasjon fra spesialisthelsetjenesten, hovedsakelig fra Norsk pasientregister (NPR). DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper) som ISF-ordningen er fundert på, er i seg selv et instrument for statistikk og styringsinformasjon, ikke et takstsystem som kun er ment eller egnet for finansieringsformål.

ISF-ordningen bidrar til god styringsinformasjon på tre hovedmåter:

- Finansiering gjennom ordningen forutsetter rapportering av data til NPR, hvilket bidrar til komplett i de data som er relevante for ISF-ordningen og generell oppmerksomhet omkring betydning av rapportering av data.
- Finansieringen baseres på et system av aktivitetskategorier (DRG) som også er meningsfulle for styringsformål og statistikk.
- Gjennom systemet for kostnadsberegninger etableres informasjon om hva ulike typer tjenester koster og hvordan kostnadene endrer seg over tid.

God styringsinformasjon forutsetter blant annet at det er tydelig hvor pasientene har mottatt tjenestene, hvem som har stått for utførelsen, og hva kostnadene forbundet med tjenestene er. M.a.o. er det et viktig premiss at de organisatoriske forholdene omkring tjenesteytingen er klare ved rapportering til NPR, og at utøvere som yter tjenester i vesentlig omfang også bidrar med kostnadsinformasjon.

Ved dreining av det statlige finansieringssystemet i retning av mer forløpsorientering, er det vesentlig at dette ikke går på bekostning av behovet for detaljert styringsinformasjon på lokalt, utøvende nivå. Gode aggregeringsmekanismer muliggjør at lokale behov for detaljerte styringsdata lar seg kombinere med nasjonale behov for informasjon om tjenestetilbudene i et mer helhetlig pasientperspektiv, uten at registrerings- og rapporteringsbyrden øker.

## 2.2 Problemforståelse

---

Oppdraget er gitt på bakgrunn av vurderinger i rapporten «Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten – Langsiktige utviklingsbehov» (Rapport mars 2017, saksreferanse 17/4033-3).

To andre relevante dokumenter som er med å danne grunnlag for problemforståelsen er

- «En gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten» (Rapport mai 2015, saksreferanse 15/357-10)
- «Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak» (Rapport juli 2007, IS-1479)

Rapporten fra 2017 fremhever i oppsummeringen følgende:

*«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.»*

Ovenstående oppsummering er overordnet, men dekkende for den mer detaljerte problembeskrivelsen som fremgår av selve rapporten.

Mer helhet *på tvers av enkeltaktører* ble også fremhevet i evalueringen fra 2007, kapittel 6.3 (Overflyttinger og oppstyking av pasientforløp). Et sentralt moment var at «*Avhengig av lokal organisering av tjenestetilbudet og av hvilket sykehus pasienten først innlegges ved, kan prinsipielt samme pasientforløp medføre ett, to eller tre sykehusopphold.*» Et hovedpoeng er da at selv om ISF-ordningen kan sies å stimulere til at det enkelte oppholdet gjennomføres effektivt, gir ikke ordningen incentiver til mest mulig kostnadseffektiv behandling i det helhetlige perspektivet de «sørge for»-ansvarlige aktørene må ha.

Fra gjennomgangen av finansieringsordningene i 2015, er det særlig relevant å fremheve dens påpekning av behovet for gjennomgående finansieringsordninger. Dagens system for finansiering av spesialisthelsetjenester er unødig fragmentert, med flere små og supplerende ordninger for bestemte deltjenester eller rettet mot særskilte utøvergrupper. Selv om slike ordninger kan ha sin begrunnelse i finansiering av utøvende nivå, bidrar de til å svekke RHF-enes incentiver til kostnadseffektiv innretning av det helhetlige tjenestetilbudet.

Det sentrale fellestrekket ved alle problembeskrivelsene er at de særlig dreier seg om systemets evne til å stimulere til kostnadseffektiv behandling. Eksempler:

- Bortfall av aktivitetsbasert finansiering ved overgang til bruk av ny teknologi eller nye behandlingsformer gir mangelfulle incentiver til innovasjon
- Kontaktbasert aktivitetsmål stimulerer til mange kontakter og gir dårligere incentiver til integrasjon av tjenestene eller til å forebygge reinnleggelser
- Ulik finansiering ved behandling gitt i sykehus eller tilsvarende behandling gjennomført pasientadministrert kan påvirke behandlingsvalgene bort fra det mest kostnadseffektive alternativet

## 2.3 Premisser

---

Nedenunder oppsummeres sentrale hensyn som må ivaretas i utviklingsarbeidet. Sammen med problembeskrivelsen, danner dette utgangspunkt for formulering av målsetninger for det videre arbeidet.

### 2.3.1 Endring av eksisterende ordninger, ikke helt nye ordninger

Utvikling av finansieringsordningene i mer forløpsorientert retning innebærer *ikke* etablering av en ny finansieringsordning; det er kun tale om tilpasninger og justering av innretning av eksisterende finansieringsordninger rettet mot spesialisthelsetjenesten.

### 2.3.2 Budsjettøytralitet. Endring innen eksisterende rammer

Det legges til grunn budsjettøytralitet på statlig nivå. Det legges videre til grunn at omfang av samtidige overføringer mellom ulike budsjettposter bør begrenses.

### 2.3.3 Operasjonaliserbarhet. Håndterbare endringskonsekvenser for RHF-enes styrings- og inntektsfordelingssystemer

Endringer i finansieringsordningene påvirker komplekse systemer for økonomisk og øvrig styring både på RHF- og HF-nivå. Endringer må finne sted slik at RHF fortsatt har grunnlag for fordeling av midler til utøvende nivå og for styringsmessig oppfølging av de ulike virksomhetene. Det må fremdeles være mulig å operere med et aktivitetsmål på utøvende nivå, selv om statens finansiering av RHF-ene i større grad baseres på helhetlige aktivitetsmål på tvers av utøvende virksomheter.



#### 2.3.4 Håndterbare omfordelingsvirkninger

Omfordelingsvirkninger mellom RHF må begrenses, og simulering av endringseffekter må foreligge tidsnok til at disse kan håndteres i RHF-enes budsjettprosesser.

#### 2.3.5 Et mer pasientorientert aktivitetsmål

Grunnprinsippet i ISF-ordningen er pasientorientert: «*Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling.*» Økt forløpsorientering innebærer at aktivitetsmålet som avgjør finansieringen går i retning av den bokstavelige tolkningen av sitatet fra statsbudsjettet. I sin ytterste konsekvens kunne det bety en ren telling og vektning av behandlede pasienter. Det er ikke en forutsetning eller et nødvendig hensyn. Det er likevel et viktig hensyn at pasienten i større grad enn tidligere danner utgangspunkt for måten aktivitet og tjenesteyting i helsetjenesten måles på, til erstatning for mål som tar utgangspunkt i de ulike tjenesteytneres perspektiv og organiseringen av disse.

#### 2.3.6 Stabil eller redusert registrerings- og rapporteringsbyrde

Endringer må bygge på etablerte kodings- og rapporteringsløsninger, uten vesentlige endringer i registrerings- og rapporteringskrav.

#### 2.3.7 Videreført rammefinansiering av innleggelser innen psykisk helsevern og TSB

Det legges ikke til grunn endringer i finansieringsform for innleggelser innen psykisk helsevern og TSB. Det finansieringsmessige skillet utgjør en delvis barriere mot etablering av fullt ut integrerte tjenestetilbud på tvers av somatikk og psykiatri-/rusfeltet, men utgjør ikke et absolutt hinder for at pasientforløp kan sees samlet på tvers av disse fagområdene.

#### 2.3.8 Enkelhet og lave forvaltningskostnader

Raffinering og forbedring av beregningsmodellen for aktivitetsbasert finansiering bærer med seg risiko for økte forvaltningskostnader grunnet økt systemkompleksitet. Hovedpotensialet for effektivisering i dagens system ligger i forenkling av rapporteringskrav, regler og beregningsmekanismer. Foreklingsgrep som ikke i seg selv er nødvendige for å bevege finansieringssystemet i retning av mer forløpsorientering, kan dermed være nødvendige for å frigjøre nødvendige ressurser for å muliggjøre den ønskede utviklingen.

#### 2.3.9 Operasjonalisering i Norsk pasientregister (NPR)

Det legges til grunn at datagrunnlaget for gjennomføring av aktivitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten er NPR, og at maskinell beregninger og tilrettelegging av data finner sted i registeret. Basert på involvering i Helsedataprogrammet og utredning av

Helseanalyseplattformen (i regi av Direktoratet for E-helse), er det lite sannsynlig med endringer av dette i overskuelig fremtid. Dette legger begrensninger for hvilket datainnhold som kan inkluderes som grunnlag for forløpsbaserte finansieringsmodeller, og hvilken endringstakt som kan forutsettes.

### 2.3.10 Inntektsfordelingssystemet utjevner behovsforskjeller som ikke kan knyttes til pasientpopulasjonen

Det presiseres at ikke alle forskjeller i finansieringsmessige behov og forutsetninger bør forsøkes utjevnet gjennom aktivitetsbasert finansiering. Det legges til grunn at behovsforskjeller som primært skyldes geografi, bosetningsmønstre eller strukturelle forhold i liten grad kan utjevnes på en god måte gjennom aktivitetsbasert finansiering. Det gjelder uavhengig av om en detaljert stykkprisinretning eller forløpsbasert modell anvendes.

## 2.4 Konkretisering av særskilte målsetninger i utviklingsarbeidet

---

Målene for videre arbeid ligger innenfor rammen av det eksisterende formålet med ISF-ordningen. Følgende aspekter tillegges særlig vekt i utviklingsarbeidet:

1. **Lik finansiering for likt tjenesteinnhold** i forholdet mellom staten og RHF, uavhengig av organisering og gjennomføringsmåte.
2. **Operasjonaliserbar aktivitetsoppfølging og fordeling av midler** i forholdet mellom RHF og utøvende virksomheter.
3. **Uendret eller redusert registrerings- og rapporteringsbyrde**
4. **Forenkling og harmonisering av finansieringsløsninger der det er mulig**

Punkt 1 utgjør retningen for videre utviklingsarbeid. Lik finansiering for tilsvarende tjenesteinnhold er en forutsetning for å motvirke at inntektssystemet kan anvendes som begrunnelse eller oppleves som hinder for å legge om til den mest kostnadseffektive behandlingsmåten eller organiseringen når flere alternativer finnes. Sikring av at likt finansierte tjenester faktisk representerer tilsvarende innhold og verdi for pasienten, er en sentral forutsetning.

Punkt 2 er en styringsmessig nødvendighet og forutsetning.

Punkt 3 utgjør et relativt krav, men er viktig for ikke å påføre klinikere og øvrig personell i utøvende virksomheter større byrde enn i dag. Ved ikke å forutsette endringer i rapporteringssystemene, reduseres også administrative kostnader og risiko.

Punkt 4 gir forenklingsgevinster i utøvende virksomheter og er også nødvendig for å kunne holde administrasjonskostnadene nede i den sentrale helseforvaltningen.

# 3 TILNÆRMING LANGS TRE HOVEDAKSER

## 3.1 Utvikling langs tre hovedakser

---

Utvikling av det aktivitetsbaserte finansieringssystemet i en slik retning at man oppnår større grad av lik finansiering for likt tjenesteinnhold, krever arbeid langs ulike akser. Det er snakk om ulike typer av utviklingstiltak som er *komplementære* til hverandre, og som alle er nødvendige dersom man skal nå målsetningen fullt ut. I det følgende beskrives overordnet hva de ulike tiltakstypene dreier seg om, med eksempler på hva som potensielt kan være enkelttiltak for 2019 og videre, og med vurdering av egnethet opp mot forutsetninger og risiko. I neste kapittel oppsummeres hvilke tiltak som etter samlet vurdering synes best egnet som helhetlig tiltakspakke for 2019.

## 3.2 «Horisontalt» – Mer forløpstenkning innen dagens DRG- og STG-system

---

### 3.2.1 Generell beskrivelse

Tiltak langs den *horisontale akse*n innebærer endringer innen dagens grupperings- og beregningssystem i ISF-ordningen. Utvikling langs denne akse innebærer optimalisering innen rammen av DRG- og STG-systemet, altså bruk av dagens rammeverk for beskrivelse og måling av aktivitet. Fordelen med slik tilnærming er at det i liten grad krever beregningsteknisk nyutvikling, og det passer inn i det rammeverket for aktivitetsoppfølging som sektoren er kjent med.

### 3.2.2 Videreutvikling av STG-systemet

STG-systemet (SærTjenesteGrupper) er en nøkkelfaktor, fordi dette rammeverket muliggjør gruppering og vektning av tjenester som kommer til erstatning for tradisjonelle spesialisthelsetjenester (gruppert i DRG-systemet). Med felles kalibrert vektsett og samme enhetspris, dannes utgangspunkt for et sammenlignbart aktivitetsmål for både tradisjonelle og nye typer spesialisthelsetjenester. Det er viktig å ha et målesystem som kan komplementere og fange opp spesialisthelsetjenester som faller utenfor rammen av ordinær poliklinisk aktivitet og innleggelse; i motsatt fall kan omlegging til nye måter å yte tjenester på virke som et bortfall av aktivitet.

Fordi STG-ene per definisjon er forløpsorienterte (tjenester per måned, tertial eller år), og ikke knyttet til enkelthendelser, er de godt egnet for beskrivelse av sammensatte tjenester; 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.

Per 2017 er det 20 STG-er, mot over 860 DRG-er. De fleste av STG-ene er knyttet til pasientadministrert legemiddelbehandling, men dekker også tjenester så som oppfølging fra ACT-team, nettbaserte behandlingsprogram og hjemmedialyse. De kommende år ansees det strategisk viktig å prioritere arbeid med videreutvikling av STG-systemet, og da særlig på områder RHF og helseforetak vektlegger i sitt eget tjenesteutviklingsarbeid.

Eksempler på kandidatområder:

- Oppfølgingsteam for pasienter med diabetiske fotsår og andre kroniske sår
- Integreerte oppfølgingsteam for pasienter med ulike og sammensatte kroniske tilstander
- Palliative tjenester
- Telemedisinsk oppfølging/monitorering
- Digital, skjemabasert oppfølging av pasienter basert på Patient Reported Outcomes

Etablering av aktivitets- og refusjonskategorier gjennom STG-systemet muliggjør at omlegging til tjenester som høyner kvaliteten og/eller effektiviserer drift inngår i det samlede aktivitetsmålet, og at omlegging til nye tjenesteformer dermed ikke medfører fullt bortfall av aktivitetsbasert finansiering.

Begrensninger:

- Innføring av STG-er gir ikke automatisk lik finansiering som tilsvarende eller lignende tjenester gitt poliklinisk på ordinær måte, men gir vesentlig bedre grunnlag for sammenlignbarhet enn uten slik tellemåte.
- Virksomhetenes PAS-systemer er i all hovedsak ikke tilrettelagt for standardisert registrering av tjenester som strekker seg over tid og faller utenfor rammen av tradisjonelle tjenester.
- NPRs informasjonsmodell er ikke tilrettelagt for registrering av denne typen spesialisthelsetjenester.
- Gjeldende KPP-systemer er ikke tilrettelagt for kostnadsallokering til denne typen spesialisthelsetjenester, og kostnadsberegninger er dermed mer krevende enn for tradisjonell aktivitet gruppert i DRG-systemet.
- På flere av områdene er det glidende overganger mellom kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar, hvilket kan forvanske vurderinger av hva som er reelle spesialisthelsetjenester og spesialisthelsetjenestens forventede ressursinnsats.

Til tross for begrensningene ansees prioritering av utviklingsarbeid på dette området riktig, da mye av innovasjonen i tjenestene finner sted i denne retningen.

### 3.2.3 «Fra døgn til dag» - Redusert betydning av døgnskillet i DRG-systemet

Det vises til omlegging og harmoniseringstiltak knyttet til finansiering av døgn- og dagkirurgi f.o.m. 2018. Omleggingen følger prinsippet om *lik finansiering for likt tjenesteinnhold*, og er et vesentlig skritt i retning av et system som ikke knyttes for sterkt til *måten* tjenestene ytes på, men til selve tjenesteinnholdet og betydningen det har for pasienten.

Utvikling i samme retning er særlig relevant også for pasienter som henvises til øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten. Arbeid på dette området er igangsatt, og samarbeid med RHF-ene om utviklingsarbeid på dette området er igangsatt med planlagt hovedgjennomføring i 2018 og virkning f.o.m. 2019.

Selv om denne typen endringsarbeid ikke primært dreier seg om definisjon av tjenester i et forløpsperspektiv, er det likevel snakk om en viktig byggesten i et mer forløpsorientert finansieringssystem der innhold vektlegges mer en organisering og gjennomføringsmåte.

Endringer på dette området har få avgjørende eksterne avhengigheter, og dreier seg først og fremst om å finne tilstrekkelig gode avgrensingsmetoder for hva som er *likt* eller *sammenlignbart* tjenesteinnhold.

### 3.2.4 Aggregering av sykehusopphold på helseforetaksnivå eller uavhengig av virksomhet

Dagens aggregering av innleggelse i spesialisthelsetjenesten skjer med utgangspunkt i den enkelte rapporteringsenhet. Oftest er det én samlet rapporteringsenhet per helseforetak, men det er flere unntak fra dette som innebærer at det genereres flere tellende sykehusopphold når pasienten forflyttes mellom ulike deler av samme foretak. Tilsvarende effekt oppstår som følge av funksjonsfordeling mellom helseforetak (f.eks. PCI-behandling eller andre akuttbehandlingstiltak), eller ved samarbeid mellom helseforetak og private aktører der deltjenester utføres hos én av partene.

Resultatet er at sykehusoppholdene som danner grunnlag for finansiering og pasientstatistikk er lite pasientorienterte; de speiler i liten grad pasientens sammenhengende innleggelsesforløp i spesialisthelsetjenesten, og i større grad valg av organisering, funksjonsfordeling og inndeling av pasientadministrative datasystemer.

Endring på dette området kan innebære at sammenhengende innleggelse innen samme helseforetak telles som ett opphold uavhengig av rapporteringsmåte. Utvikling ett skritt videre ville innebære telling som ett opphold uavhengig av hvilke virksomheter pasienten var innlagt ved. Den mulige effekten er bedre incentiv på RHF-nivå til tilrettelegging for gode og effektive forløp på tvers av virksomheter, og slik at oppstyking i seg selv ikke blir inntektsdrivende.

Selv om et slikt konsept i prinsippet er enkelt, bærer det med seg en del risiko og utfordringer:

- Databehandlingsprosessen i NPR er p.t. ikke lagt opp slik at denne typen aggregering lar seg automatisere, hvilket også påvirker simuleringsmulighetene og vurdering av omfordelingsvirkninger.
- Ved sammenslåing på tvers av helseforetak behøves en modell for fordeling av midler mellom foretakene for den helhetlige innleggelsen.

Risiko på dette området tilsier forsiktig tilnærming og grundig vurdering av effekter før eventuell implementering. Trinnvis tilnærming med aggregering på helseforetaksnivå som første skritt fremstår tilrådelig, men uten sikkerhet for at dette bør være et prioritert utviklingstiltak for 2019.

### 3.2.5 Integreert gruppering av opphold på tvers av somatikk, psykisk helsevern og TSB

ISF for henholdsvis somatisk og psykisk helsevern/TSB forvaltes per i dag som et todelt system, med separat aggregering og gruppering av behandlingsaktiviteten. Dette innebærer at tjenester for pasienter med behov på tvers av fagområdene i liten grad sees i sammenheng, og det er svake incentiver til etablering av helhetlige og integrerte tjenestetilbud.

I tillegg kommer at et todelt system er unødig komplekst og ressurskrevende å forvalte. Også forenklingshensyn tilsier behov for en mer integrert løsning for hvordan behandlingstilbudene aggregeres og grupperes på i DRG-systemet. En slik endring må imidlertid finne sted forsiktig og trinnvis. Årsakene er blant annet:

- Innleggelser innen psykisk helsevern og TSB er forutsatt kun rammefinansiert, og det foreligger ikke planer om å endre denne forutsetningen.
- Det er kort erfaringstid etter omlegging fra takstsystem til ISF for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB.
- Systemet for kostnad per pasient (KPP) er under etablering i psykisk helsevern og TSB, og det er foreløpig dårlig sammenligningsgrunnlag med somatikk slik at etablering av felles vektsett og enhetspris er utfordrende.

Det er likevel behov og grunnlag for å gjennomføre noen samordningstiltak f.o.m. 2019. Disse kan innrettes slik at forutsetningen om rammefinansiering innen psykisk helsevern og TSB er oppfylt, men samtidig slik at innleggelsesforløp på tvers av fagområdene sees i sammenheng.

Det medfører en aggregering og gruppering av innleggelsen som tar pasientens perspektiv, og virksomhetens perspektiv med skarpe organisatoriske skiller. Dagens løsning med separat gruppering (somatikk vs. ikke-somatikk) av rent polikliniske tjenester kan videreføres inntil videre.

### 3.3 «Vertikalt» – Aggregering og samlet finansiering på tvers av DRG og STG

---

#### 3.3.1 Generell beskrivelse

Tiltak langs den *vertikale akse* innebærer etablering av et nytt aggregerings- og grupperingsnivå for spesialisthelsetjenester. Dette vil kunne bygge på pasientenes data gruppert i DRG- og STG-systemet, men slik at det samlede tjenesteinnholdet grupperes i et utvidet forløpsperspektiv og med én beregnet vekt/poengsum som grunnlag for ISF-refusjon.

Hensikten med en slik tilnærming er å koble finansieringen til helheten i tjenestene pasienten mottar (ikke enkeltlementene), på tvers av ulike utøvende virksomheter, og uavhengig av måten tjenester ytes på. En modell som dette er klart rettet mot «sørge for»-nivået i spesialisthelsetjenesten.

Det er flere avveininger som må finne sted som ledd i vurderingen av slike modeller, herunder:

- Skal alle tjenester for pasienten slås sammen og grupperes, eller tillates noe oppdeling? (Gruppering av «Year of care» vs. gruppering av overordnede deltjenester/parallele forløp)
- Varighet av forløp; hele budsjettåret som én yttergrense vs. f.eks. tertial som annen mulig avgrensning.
- Risikojusteringsmekanismer (finansieringsgrad ved ett vs. mange like opphold i en serie)

I tillegg kommer selve innretningen av gruppene slik at disse fremstår tilstrekkelig ressursmessig homogene og klinisk meningsfulle. Selv om det finnes noen internasjonale erfaringer med gruppering basert på «episode of care», må det påregnes betydelig arbeid med å utvikle et grupperingssystem som er valid og egnet for norske forhold.

Dertil kommer forbehold knyttet til økonomisk kontroll og forutsigbarhet, betydning for RHF-enes interne inntektsfordelingssystem, m.v. Det er m.a.o. flere kritiske faktorer som taler for forsiktig tilnærming langs denne akse.

Samtidig er det utvikling i denne retningen som er nødvendig for å løse noen av de utfordringene dagens todelte system (DRG og STG) innebærer for prioriteringsnøytralitet mellom sykehusbehandling og pasientadministrert behandling. Det kan derfor være grunn til å prøve ut dette konseptet på avgrensede områder.

### 3.3.2 Lik finansiering for legemiddelbehandling gitt i sykehus og pasientadministrert

Legemiddelfeltet er preget av til dels store prisendringer mellom år, og slik at endringer i de relative prisforholdene mellom pasientadministrert og sykehusbehandling kan gi seg store utslag i finansierungsgrad. Variasjon i behandlingsfrekvens mellom ulike legemidler gjør det umulig å beregne vekter for DRG-er og STG-er på en slik måte at finansieringen blir nøytral og lik uavhengig av behandlingsform. En annen svakhet ved dagens todelte system er risiko for overfinansiering i tilfeller der pasienter veksler mellom pasientadministrert behandling og sykehusbehandling.

Implementering av lik finansiering for legemiddelbehandling gitt i sykehus og pasientadministrert kan i prinsippet implementeres på flere ulike måter. En mekanisme som tar utgangspunkt i dagens DRG- og STG- system, og så aggregere informasjonen opp til et nytt, helhetlig tjenestenivå, er å foretrekke fordi det bidrar til god transparens i måten den helhetlige tjenesten er gitt på. I tillegg gir det grunnlag for erfaringer med en ny aggregerings- og beregningsmåte som kan generaliseres til andre tjenesteområder på senere tidspunkt.

Gjennomføring av tiltak på dette området vil både kunne bidra til å løse en konkret og viktig utfordring på finansierungsområdet, og samtidig tjene som pilot for utvikling av tilsvarende forløpsorientert finansiering på andre områder senere. Dette tilsier høy prioritering av dette tiltaket for 2019.

Tiltaket er ikke skjermet for hindre, men disse ansees overkommelige. Det er ikke full sikkerhet for at beregningsmekanismene kan automatiseres i NPR fra oppstart, og at deler av aggregerings- og beregningsprosessen dermed må finne sted etter utlevering av data fra NPR. I tillegg må det sikres mekanismer som gjør det mulig for RHF å bryte ned aktivitet på de ulike virksomhetene som har bidratt til behandlingen.

### 3.3.3 Lik finansiering for dialysebehandling i og utenfor sykehus

Dette tiltaket følger samme logikk og prinsipp som for legemiddelbehandling, og der finansierungs-systemets prioriteringsnøytralitet har blitt utfordret. Også dette området fremstår dermed aktuelt både for å bidra til å løse et konkret problem, samtidig som det har en egenverdi som pilot.

### 3.3.4 Seriefinansiering av visse veldefinerte polikliniske behandlingstilbud

Lysbehandling og strålebehandling er eksempler på tjenester som ytes som serier av lignende behandling. Aggregering av slike behandlingsserier til et nytt nivå som grunnlag for én samlet gruppering og finansiering kan tenkes som et mulig tiltaksområde for pilotering av forløpsbasert finansiering.



Disse tjenestene er ikke beheftet med samme type prioriteringsutfordringer som de forannevnte områdene, og utprøving her bør vente til erfaringer fra de første områdene foreligger.

### 3.4 «Dybde» – Inklusjon av tjenester som finansieres gjennom andre ordninger

---

Fragmentert finansiering gjennom ulike ordninger for lignende spesialisthelsetjenester svekker incentivene til å organisere det samlede tjenestetilbudet på den mest kostnadseffektive måten. Med et forløpsbasert finansieringsperspektiv, der aktivitetsbasert finansiering fra staten til RHF skal være lik uavhengig av organisering og gjennomføringsmåte, må omfang av tilleggsordninger på siden av den ordinære finansieringen begrenses da dette kan stimulere til særskilte måter å organisere tjenestene på, uavhengig av kostnadseffektivitetshensyn.

Gjennom de siste 10 årene har store tjenesteområder blitt overført fra folketrygd- og takstbaserte helserefusjonsordninger til RHF-enes inntektssystem og med delfinansiering gjennom ISF-ordningen. De viktigste gjenstående grenseflateområdene mellom spesialisthelsetjenester finansiert gjennom ISF-ordningen og lignende tjenester finansiert på andre måter er følgende:

- a. Polikliniske tjenester utført av avtalespesialister (folketrygdbasert takstrefusjoner)
- b. Klinisk nevrofysiologiske tjenester
- c. Transfusjonsmedisin (blodtapping; plasmaferese m.v.)
- d. Intervensjoner i radiologiske enheter som tilsvarer eller erstatter kirurgiske inngrep m.v. i ordinære somatiske enheter

Felles for alle punktene a-d er at det dreier seg om tjenester som tilsvarer eller har klare likhetstrekk med tjenester omfattet av ISF-ordningen. I tillegg til den overordnede incentivvirkningen dette har, øker det den samlede systemkompleksiteten og gir i noen tilfeller risiko for dobbeltfinansiering.

Arbeid med disse områdene ansees nødvendig som ledd i å bevege finansieringssystemet for de regionale helseforetakene i forløpsbasert retning. Det presiseres at det på disse områdene er høyt innslag av private og små utøvende virksomheter der grove og gjennomsnittsbaserte finansieringsmekanismer kan være dårlig egnet for finansiering av den enkelte virksomhet. Det legges derfor til grunn at eventuell inklusjon av tjenester på disse områdene i RHF-enes finansieringssystem og ISF-ordningen, fortsatt krever andre og tilpassede betalingsmekanismer i forholdet mellom RHF og utøvende virksomhet.

En full omlegging på de nevnte områdene f.o.m. 2019 er ikke mulig eller tilrådelig. På avtalespesialistområdet vurderes en forsiktig utprøving med utvalgte takster/prosedyrer å være hensiktsmessig. Selv om omfanget gjøres lite, kreves det mange systemtilpasninger for å sikre nødvendig datagrunnlag i NPR og effektive oppgjørsmekanismer mellom RHF og den enkelte avtalespesialist. Likhetstrekk med oppgjørssystemet for Fritt behandlingsvalg (FBV) innebærer noe gjenbrukspotensial knyttet til Helfos løsninger, men fremhever også behovet for håndtering av risiko for mangelfullt samsvar mellom inntekter og utgifter på RHF-nivå.

Punktene b og c representerer avgrensede områder som i hovedsak utføres av helseforetak og slik at data i stor grad allerede registreres i de ordinære pasientadministrative systemer og med rapportering til NPR. Kompleksiteten ligger i kontroll med faktisk omfang, overføring av midler mellom budsjettposter, etablering av hensiktsmessige grupper innen DRG-systemet, samt kostnadsvektberegning. I tillegg medfører endring behov for arbeid i RHF og helseforetak med tilpasning av interne budsjetteringsmekanismer. Selv om det er snakk om aktivitetsområder med begrenset økonomisk omfang, er endringer på disse områdene tidkrevende.

Punkt d. representerer aktivitet som i stor grad allerede finnes innenfor ISF-systemet, og som dermed ikke innebærer vesentlige utfordringer knyttet til etablering av nye DRG-er eller kostnadsberegninger. Hovedutfordringen her er knyttet til datagrunnlaget: Data om radiologiske intervensjoner registreres primært i egne informasjonssystemer for radiologi (RIS), uten regulær rapportering av denne aktiviteten til NPR. Så lenge det ikke er etablert faste rutiner for datafangst til NPR på dette området, er det grunn til tilbakeholdenhet med endringer i finansieringssystemet på dette området. Alternativet er å avvikle refusjoner for intervensjoner i radiologifinansieringssystemet, og forutsette egen registrering og rapportering til NPR gjennom ordinært pasientadministrativt system. Dette innebærer i så fall noe økt registreringsbyrde for virksomhetene.

I en senere fase kan det også vurderes hvorvidt rent diagnostiske laboratorie- og radiologiske tjenester eventuelt bør innlemmes i en forløpsorientert finansieringsmodell. Det er ikke relevant for 2019, og det er heller ikke sikkert at det er hensiktsmessig på senere tidspunkt.

# 4 ØVRIGE FORHOLD

## 4.1 Egenandeler

---

Det er i oppdraget bedt om vurdering av «*Behov for ev. tilpasninger i egenandelsregelverket*». Endringer skissert i forrige kapittel for å bevege finansieringssystemet og ISF-ordningen i retning av mer forløpsorientering, forutsetter ikke i seg selv endringer i egenandelsreglene. Egenandelsreglene kan altså videreføres slik de er, uten at det har vesentlig betydning for videre innretning av ISF-ordningen.

## 4.2 Resultatdata

---

Det er i oppdraget bedt om en vurdering av «*hvordan resultatdata kan benyttes som del av grunnlaget for ev. forløpsbasert finansiering*». En kobling mellom aktivitets- og resultatdata som grunnlag for finansiering er en god idé, men stiller store krav til måten helsedata registreres og samles på. Basert på status i Helsedataprogrammet, ligger etablering av systemer som muliggjør kobling av aktivitets- og resultatdata fra spesialisthelsetjenesten langt frem i tid. Det vurderes dermed på kort sikt ikke aktuelt å prioritere arbeid med konsepter som forutsetter slik kobling av data.

## 4.3 Pakkeforløp

---

Etablering av standardiserte pakkeforløp på flere områder innen spesialisthelsetjenesten er et viktig satsingsområde. Finansieringsordningene må dekke alle tjenester og pasienter, mens pakkeforløpene kun dekker utvalgte tjenester for noen pasientgrupper. Pakkeforløp dreier seg om normering av hvordan forløp bør være for et flertall av pasientene, mens aktivitetsbasert finansiering forutsetter en beskrivelse av behandlingstilbudet til alle pasienter, der beskrivelsesmåten kan være mer eller mindre forløpsorientert. Inntil videre er det dermed ikke aktuelt å knytte utvikling av forløpsbasert finansiering direkte til pakkeforløpene, og man må heller tenke på dette som to ulike virkemidler som begge bidrar til å understøtte forløpstenkningen i helsetjenesten.

## 5 MULIGE ENDRINGER FOR 2019

Basert på målbildeoppsummeringen i kapittel 2 og gjennomgangen i kapittel 3, anbefales følgende prioritering av utviklingsoppgaver med betydning for innretning av ISF-ordningen i 2019 og utviklingsarbeid i 2018. Tiltakene innebærer arbeid langs flere akser som alle er nødvendige for å trekke finansieringssystemet i retning av mer forløpsorientering og av «lik finansiering for likt tjenesteinnhold».

I vurderingen av hva som kan og bør gjennomføres for 2019, er det lagt stor vekt på risiko knyttet til tilstrekkelig datagrunnlag mv. i NPR, hvilket erfaringsmessig er den usikkerhetsfaktoren som er vanskeligst å håndtere. Følgende områder anbefales fulgt opp i 2018:

- a) **Videreutvikling av STG-systemet** med etablering av nye grupper på tjenesteområder som kommer til erstatning for tradisjonelle tjenestetilbud. Prioritering mellom områder baseres på RHF-enes vurdering av strategisk viktighet, volumbetraktninger og forutsetninger for tilstrekkelig aktivitetsdefinisjon og kostnadsberegninger.
- b) **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 planlagt videre prosess knyttet til ØH-pasienter i samarbeid med RHF.
- c) **Lik finansiering for legemiddelbehandling gitt i sykehus og pasientadministrert.** Aggregering og poengberegning av tilsvarende behandling på nytt og forløpsorientert nivå.
- d) **Lik finansiering for dialysebehandling i og utenfor sykehus.** Aggregering og poengberegning av tilsvarende behandling på nytt og forløpsorientert nivå.
- e) **Pilotering av mekanismer for inklusjon av avtalespesialisters aktivitet i RHF-enes inntektssystem og ISF-ordningen.** Jf. etablert samarbeidsstruktur mellom HOD, Legeföreningen og RHF.
- f) **Overføring av tjenester fra laboratorietakstsystemet til ISF-ordningen.** Gjelder klinisk neurofysiologi og enkelte tjenester innen transfusjonsmedisin.