



STORTINGET

Innst. 111 S

(2017–2018)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:49 S (2017–2018)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Liv Signe Navarsete, Sigbjørn Gjelsvik og Sigrid Simensen Ilsøy om å redusere andelen innsattsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten og ikke la innsattsstyrt finansiering videreføres ned på sykehus- og avdelingsnivå

Til Stortinget

Sammendrag

I dokumentet fremmes følgende forslag:

1. Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 øke rammefinansieringen og redusere andelen innsattsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten.
2. Stortinget ber regjeringen snarest sørge for at innsattsstyrt finansiering (ISF) ikke blir videreført ned på sykehus- og avdelingsnivå.
3. Stortinget ber regjeringen følge opp Prioriteringsutvalget (NOU 2014:12) og evaluere hvordan innsattsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.»

Forslagsstillerne viser til at de regionale helseforetakene (RHF) har det helhetlige ansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning. Dette omtales som «sørge-for-ansvaret». Finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten har som hovedformål å understøtte dette sørge-for-ansvaret. Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og be-

står av en basisbevilgning og en aktivitetsstyrt bevilgning. I tillegg finnes en kvalitetsbasert finansieringsordning der en mindre andel av RHFenes inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål. Gjennom den aktivitetsbaserte finansieringen, som ofte omtales som innsattsstyrt finansiering eller ISF-ordningen, gjøres deler av bevilgningen avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. Finansiering av spesialisthelsetjenesten foregår i flere trinn. Staten overfører penger til de regionale helseforetakene, som på sin side har et selvstendig ansvar for å benytte disse midlene til å finansiere egne helseforetak og private virksomheter i egen helseregion i samsvar med «sørge-for-ansvaret».

Innsattsstyrt finansiering (ISF) ble tatt i bruk i norsk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997 for somatiske tjenester. Innsattsstyrt finansiering ble videreført da helseforetaksreformen ble innført i 2002. Det er i dag en sentral del av bestiller–utfører-modellen. Til grunn for beregningen av ISF-refusjonen ligger DRG-systemet (Diagnoserelaterte Grupper). DRG er et pasientklassifiserings-system som gir en forenklet beskrivelse av sykehusenes aktivitet og pasientsammensetning, og det danner også grunnlaget for finansiering. Pasienter som grupperes til den samme DRG, er tilnærmet like i medisinsk forstand og krever tilnærmet like mye ressurser å behandle. DRG legger grunnlaget for utbetalingen i innsattsstyrt finansiering. Helse- og omsorgsdepartementet bruker antall DRG-poeng som et mål på aktivitet og til å finansiere de regionale helseforetakene.

Forslagsstillerne påpeker at da ISF ble innført, var det ikke meningen at finansieringsmåten skulle videreføres ned på helseforetaksnivå, sykehusnivå eller klinikk- og avdelingsnivå. ISF var ment som en finansieringsmåte fra departementet og ned til de regionale hel-

seforetakene. Men i store deler av spesialisthelsetjenesten er det nå vanlig at innsatsstyrt finansiering er videreført fra regionale helseforetak til helseforetak og videre ned på hvert enkelt sykehus og avdeling. Det betyr at de fleste klinikker og mange avdelinger delvis finansieres etter hvor mange DRG-poeng de genererer. Slik blir diagnosesystemet direkte koblet mot økonomisk inntjening.

ISF gir en direkte kobling mellom aktivitet og inntekter og er ment å stimulere både til økt aktivitet og reduserte kostnader. Forslagsstillerne viser til at ordningen samtidig kan gi incentiver for sykehusene til å velge pasienter og behandlingsmåter hvor inntektene forventes å være høyere enn behandlingkostnadene. Dette kan gi uønskede prioriteringer, og faren antas å være høyere jo høyere refusjonsandelen er.

Under den rød-grønne regjeringen lå ISF-andelen av sykehusenes finansiering på 40 pst. I forbindelse med Stortingets behandling av samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008–2009), jf. Innst. 212 S (2009–2010)), ble det satt mål om å redusere den samlede aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) av regionale helseforetak fra 40 til 30 pst. fra 2012 og øke basisfinansieringen tilsvarende. Argumentasjonen var at innsatsstyrt finansiering isolert sett ikke ga incentiver til å hindre unødvendige innleggelser eller prioritere forebyggende arbeid, som var blant samhandlingsreformens viktigste målsettinger. Forslagsstillerne peker på at en slik reduksjon av innsatsstyrt finansiering imidlertid ikke ble iverksatt i 2012. Regjeringen Solberg, som overtok i 2013, økte ISF-andelen av sykehusenes finansiering til 50 prosent og reduserte basisfinansieringen tilsvarende. Samtidig ble nye pasientgrupper inkludert.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Tore Hagebakken, Siv Henriette Jacobsen, Ingvild Kjerkol, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Torill Eidsheim, Erlend Larsen, Sveinung Stensland og Marianne Synnes, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud og Jan Steinar Engeli Johansen, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Sheida Sangtarash, fra Venstre, Kari-Lise Rørvik, og fra Kristelig Folkeparti, lederen Olaug V. Bollestad, viser til at finansieringsmetoden er et viktig styringsverktøy med stor innvirkning på driften av spesialisthelsetjenesten. Komiteen viser til Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. I meldingen blir det påpekt at selv om finansieringsordningen er lite egnet til å styre prioriteringer, har de prioriteringskonsekvenser.

Komiteen mener finansieringssystemene skal understøtte gode faglige vurderinger, ikke overstyre dem. Beslutningene bør sikre best mulig helse innenfor et økonomisk bærekraftig helsevesen.

Komiteen mener ressursene som tildeles spesialisthelsetjenesten, i størst mulig grad skal gå til behandling av pasienter og til forebygging og i minst mulig grad til administrasjon. Finansieringssystemene må understøtte effektivitet i driften.

Komiteen mener finansieringssystemene er midler, ikke mål i seg selv, og dersom det er konflikt mellom gode faglige vurderinger og finansieringssystemene, er det finansieringssystemene som må endres, ikke de faglige vurderingene.

Komiteen viser til helse- og omsorgsministerens uttalelse til forslaget, jf. brev av 23. november 2017, og til skriftlige innspill fra Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, Norsk Psykologforening, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening og Forandringfabrikken.

Innsatsstyrt finansiering

Komiteen viser til at innsatsstyrt finansiering ble innført for å stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Dette var også begrunnelsen regjeringen Solberg brukte da den økte andelen innsatsstyrt finansiering fra 40 til 50 prosent i 2014. Refusjonene gjennom ordningen er ment å dekke deler av kostnadene ved økt aktivitet.

Komiteen merker seg at innsatsstyrt finansiering er avhengig av kvaliteten på den medisinske kodingen. Komiteen viser til Riksrevisjonens Dokument 3:5 (2016–2017) om medisinsk kodepraksis i helseforetakene.

Komiteen viser til at innsatsstyrt finansiering krever at de regionale helseforetakene måler og rapporterer på behandlingene de utfører, for å få mer finansiering.

Komiteen merker seg at det er satt i gang et arbeid for å utrede om finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten kan vris i mer forløpsbasert retning, for slik å bedre kunne understøtte helhetlige behandlingsforløp for pasientene.

Komiteen merker seg videre at helse- og omsorgsministeren i sin uttalelse skriver at finansieringsordningene skal understøtte spesialisthelsetjenestens mulighet til å innrette tjenestetilbud med faglige behov og ønskede prioriteringer, og at finansieringsordningene skal bidra til effektiv bruk av ressursene. Statsråden mener dagens kombinasjon av rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering gir en god balanse mellom disse hensynene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, merker

seg at Norsk Sykepleierforbund, Norsk Psykologforening, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening og Forandringsfabrikken er bekymret for vridningseffektene av innsatsstyrt finansiering. Flertallet merker seg at dersom det er manglende sammenheng mellom inntektene i finansieringssystemet og pasientenes behov, kan det gi uheldige tilpasninger som fører til at pasientene får dårligere behandling, eller at samfunnsøkonomisk mer kostbare behandlinger gjennomføres fordi behandlingen likevel kan være regnskapsmessig gunstig for helseforetaket.

Flertallet mener dagens praksis med 50/50 fordeling av rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering kan få uheldige konsekvenser. Dette kan være særlig utfordrende for mindre sykehus, som ikke har de samme mulighetene til å tilpasse aktiviteten som større sykehus.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre understreker at finansieringsordningene skal bygge opp under spesialisthelsetjenestenes mulighet til å innrette tjenestetilbudet i tråd med ønskede prioriteringer og faglige behov. Disse medlemmer viser til at finansieringsordningene samtidig må bidra til effektiv bruk av ressurser innenfor de økonomiske rammene som er vedtatt av Stortinget. Disse medlemmer støtter statsrådets syn på at dagens kombinasjon av rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering gir en god balanse mellom disse hensynene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at regjeringspartiene mener dagens 50/50 fordeling av rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering gir en god balanse, men likevel åpner for å øke den innsatsstyrte finansieringen ytterligere. I regjeringserklæringen heter det at regjeringen vil:

«Videreutvikle aktivitetsbasert finansiering til å omfatte mer sammenhengende pasientforløp, og i den forbindelse vurdere å øke den aktivitetsbaserte finansieringen.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er oppsiktsvekkende at regjeringen ikke lytter til alle tilbakemeldingene fra sykehusene om betydelige svakheter i det aktivitetsbaserte finansieringssystemet og heller ikke tar innover seg de tydelige tilbakemeldingene om at innføringen av innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern ikke er vellykket. I stedet for å ta disse varslene på alvor vurderer regjeringen å øke den aktivitetsbaserte finansieringen.

Disse medlemmer merker seg at finansieringssystemet genererer større administrative kostnader fordi det kreves rapportering for hver utbetaling. Systemet

undergraver faglig tillit, med målstyring, rapportering og skjemavelde fra det utøvende avdelingsnivået helt opp til de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

Disse medlemmer mener gode faglige vurderinger er en forutsetning for effektivitet. Disse medlemmer er derfor uenige med statsråden i at dagens kombinasjon av rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering gir en god balanse mellom hensynene. Flertallet av høringsinnspillene til komiteen rapporterer at innsatsstyrt finansiering overstyrer faglige vurderinger. Disse medlemmer mener at dersom det er konflikt mellom faglige vurderinger og finansieringssystemet, er det de faglige vurderingene som skal støttes. Dermed er det klart at andelen innsatsstyrt finansiering må reduseres eller fjernes til fordel for rammefinansiering som understøtter gode faglige vurderinger.

Andelen innsatsstyrt finansiering

Komiteen mener det er Stortingets ansvar å velge finansieringssystemer som sikrer god behandling innenfor et økonomisk bærekraftig helsevesen, og at andelen innsatsstyrt finansiering er et av styringsverktøyene Stortinget kan bruke for å nå disse målene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, viser til høringsinnspillene fra Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund, som begge er kritiske til dagens ordning med 50 prosent innsatsstyrt finansiering.

Flertallet merker seg at innsatsstyrt finansiering gir finansiering på bakgrunn av gjennomsnittlig kostnad for behandling av en diagnoserelatert gruppe. Dette gir økonomisk gevinst til dem som klarer å strømlinjeforme behandlingen for slik å bli mer økonomisk effektive. Flertallet merker seg høringsinnspillet fra Norsk Sykepleierforbund, som mener dette er lettere å oppnå for lettere og avgrensede lidelser tilpasset «samlebåndproduksjon».

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 redusere andelen innsatsstyrt finansiering i somatikken til å utgjøre maksimalt 40 prosent.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet ønsker å dempe ISF-andelen i somatikken til å utgjøre maksimalt 40 prosent.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet har programfestet at sykehus må

finansieres på samme måte som andre velferdsområder, som eldreomsorg og skole, altså gjennom rammefinansiering ut fra behov. Senterpartiets mål er at norske sykehus i all hovedsak skal rammefinansieres. Dette medlem viser til at andelen ISF i sykehusene i dag er svært høy.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti er positiv til alle reduksjoner i den innsatsstyrte finansieringen og viser til at flertallet av dem som har sendt inn skriftlige innspill, er tydelige på at ISF-ordningen ikke fungerer godt. Dette medlem foreslår å fjerne hele ISF-ordningen i somatikken, men vil subsidiært stemme for en reduksjon til maksimalt 40 prosent.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre viser til at ISF-ordningen ikke et prioriteringssystem, og at prioriteringer skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter angir. Disse medlemmer støtter statsrådets vurdering om at utformingen av dagens aktivitetsbaserte finansieringsordninger representerer en rimelig balanse mellom hensynet til kostnadseffektivitet og hensynet til prioriteringsnøytralitet.

Disse medlemmer viser til at de regionale helseforetakene står fritt til å tilpasse samlet finansiering av helseforetak og private institusjoner de har avtale med, i tråd med behov og ønskede prioriteringer i regionen. Disse medlemmer viser til at det er en del av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar å beslutte hensiktsmessig organisering og finansiering av tjenestene de har ansvar for.

Disse medlemmer viser til at innsatsstyrt finansiering stimulerer til kostnadseffektiv pasientbehandling, i motsetning til hva rammefinansiering gjør. Samtidig må de aktivitetsbaserte ordningene legge til rette for at de regionale helseforetakene kan innrette sine tjenestetilbud i tråd med ønskede prioriteringer og faglige behov. Disse medlemmer viser til at det skal skje et betydelig utviklingsarbeid knyttet til ISF i løpet av 2018 for at ordningen bedre skal understøtte god faglig praksis og helhetlige pasientforløp. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å spesifisere tiltak som bidrar til å utvikle ISF i mer forløpsbasert retning. Ett eksempel på slike tiltak er harmonisering av finansiering av enkelte behandlinger gitt i sykehus og pasientadministrert behandling. For eksempel vil hjemmedialyse ofte både være mer kostnadseffektivt og oppleves enklere for pasienten enn jevnlig å måtte møte opp på sykehuset. Det er da viktig at tjenesten ikke har økonomiske insentiver til å velge den ene eller andre organiseringen, men at finansieringssystemet bidrar til prioriteringsnøytralitet mellom alternativene. Disse medlemmer viser til at teknologisk utvikling og innovasjon i tjenesteutformin-

gen muliggjør nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på innad i spesialisthelsetjenesten. ISF må tilpasses for å understøtte en slik utvikling. Målet er å utvikle finansieringsordningene på en slik måte at tjenesten ikke opplever hindre mot å organisere forløpene og pasientbehandlingen på den mest kostnadseffektive måten.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti vil understreke at fokus på økonomi ikke bør være styrende for prioritering og kvalitet i helsetjenesten. Disse medlemmer mener dette ikke var intensjonen med innføring av innsatsstyrt finansiering. Hva sykehuset tjener, skal ikke være styrende for den helsehjelpen som gis pasientene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er behovet for helsetjenester som skal avgjøre hjelpen pasienten får, ikke hvor inntektsgivende pasienten er for sykehuset. Om pasienter som lettere kan behandles, får raskere hjelp, mens pasienter med kroniske og sammensatte lidelser nedprioriteres, er det alvorlig. Disse medlemmer mener dette er nok en grunn til å være skeptisk til innsatsstyrt finansiering i helsevesenet.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 foreslå å avvikle ordningen med innsatsstyrt finansiering i somatikken.»

Dette medlem viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative statsbudsjett, der det foreslås å flytte 36,131 mrd. kroner fra innsatsstyrt finansiering til økt rammefinansiering for Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i alternativt budsjett for 2017 foreslo å flytte 1 638 mill. kroner fra innsatsstyrt finansiering over til basisbevilgningen til sykehusene for å styrke driften og kvaliteten på pasientbehandlingen. Dette medlem mener det er behov for å tydeliggjøre at ISF ikke er et prioriteringsverktøy, og dette medlem mener et riktig nivå vil være at andelen ISF reduseres til 30 prosent, og at rammeandelen økes til 70 prosent.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet i sitt alternative budsjett for 2018 foreslo å redusere innsatsstyrt finansiering til 30 prosent og øke rammefinansiering til 70 prosent.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er positive til alle reduksjoner i den innsatsstyrte finansieringen, som flertallet av høringsvar er tydelige på at ikke fungerer godt. Disse medlemmer foreslår å fjerne hele ISF-ordningen i somatikken, men vil subsidiært stemme for en redusert andel innsatsstyrt finansiering.

Innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, merker seg at Norsk Psykologforening, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening og Forandringsfabrikken i sine skriftlige innspill har fokusert på innsatsstyrt finansiering for psykisk helsevern.

Flertallet anerkjenner at der diagnoser i somatikken er årsaksbaserte, er diagnoser i psykiatrien som regel symptombaserte. Dermed fungerer innsatsstyrt finansiering, som er basert på diagnoserelaterte grupper, annerledes i psykisk helsevern enn i somatikken.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til høringsinnspill fra Norsk Psykologforening, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening samt Forandringsfabrikken angående ISF i psykisk helsevern. Disse medlemmer deler høringsinstansenes bekymring for at behandlingen vris mot tiltak som ikke er til det beste for pasienten. Det er komplisert å anslå hva behandlingen vil koste basert på en diagnose for psykiske lidelser. Disse medlemmer mener derfor ISF må avvikles innenfor psykisk helsevern og erstattes med 100 prosent rammefinansiering.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 avslutte bruken av innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern og i stedet gå over til 100 prosent rammefinansiering.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre understreker at det for behandling innen psykiske lidelser og rusavhengighet er svært viktig med et sammenhengende pasientforløp. Det er ofte også kompliserte årsaksforhold som ligger til grunn for helseutfordringene som gjør det vanskelig å stille riktige og presise diagnoser. Disse medlemmer anerkjenner at det for mange, og ofte svært traumatiserte, pasienter vil være behov for livslang og helhetlig behandling, noe finansieringssystemet også må ta høyde for. Disse medlemmer er glad for at det er satt i gang et arbeid for å utrede om finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten kan

vrises i mer forløpsbasert retning. Disse medlemmer mener at mer forløpsbaserte finansieringsordninger vil kunne understøtte helhetlige tjenesteforløp for pasientene, og at dette er særlig viktig for pasienter med psykiske lidelser, rusavhengighet og/eller kombinasjoner av begge. Disse medlemmer viser til at ISF-ordningen for psykisk helsevern og rus, som nylig er innført, må adressere og justere eventuelle uheldige effekter raskt.

Disse medlemmer viser til at ISF-finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling mot rusmiddelavhengighet ikke er avhengig av diagnose, og at mye av kritikken mot ordningen av denne grunn faller bort. Disse medlemmer viser videre til at ISF-ordningen fortsatt er en to-delt ordning i 2018, noe som betyr at midlene i praksis holdes adskilt mellom somatikk og psykisk helsevern/TSB. Disse medlemmer viser til at dette sikrer bedre aktivitets- og kostnadskontroll, da ISF for psykisk helsevern/TSB fortsatt er i en omleggingsfase.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er feil at mye av kritikken mot innføring av ISF faller bort. Disse medlemmer viser til at en rekke avdelinger for psykisk helsevern oppga svikt i inntektene etter innføringen av ISF i psykisk helsevern og TSB vinteren 2017 (f.eks. Dagens Medisin 26. oktober 2017). Disse medlemmer viser også til mange tilbakemeldinger om at systemet for utbetaling ikke harmonerer med de faglige anbefalingene i pasientbehandlingen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det gjennom innsatsstyrt finansiering utbetales støtte basert på diagnoserelaterte grupper, som igjen baserer seg på gjennomsnittlige kostnader ved en diagnose. Når kostnadene for én og samme diagnose varierer mye, fungerer innsatsstyrt finansiering derfor spesielt dårlig. Diagnoser i psykiatrien er sammenfallende symptombilder, i motsetning til i somatikken, der de oftest er årsaksbaserte. Dette gjør psykisk helsevern spesielt dårlig egnet til innsatsstyrt finansiering.

Disse medlemmer viser til at diagnoser i psykisk helsevern aldri har vært tenkt å brukes som et administrativt verktøy for utbetaling av tilskudd. Disse medlemmer mener innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern vitner om manglende forståelse for psykiatriske diagnoser og arbeidsmåter i psykisk helsevern.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at egen merknad i innstillingen til budsjettet for 2018 uttrykte:

«Fra 2017 er finansiering av poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling inkludert i ISF. Kristelig Folkeparti er i tvil om dette er klokt, og vil se på om det finnes alternative løsninger.»

Innsatsstyrt finansiering på sykehus- og avdelingsnivå

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti er kjent med at innsatsstyrt finansiering basert på DRG-koding ikke kun brukes til planlegging og styring på et overordnet nivå, men at det brytes helt ned på avdelingsnivå.

Disse medlemmer viser til at det ved innføring av innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten aldri var meningen at dette skulle videreføres på sykehusnivå eller avdelingsnivå. ISF var ment som en finansieringsmåte mellom departementet og RHFene. Disse medlemmer viser til at det likevel har utviklet seg en praksis der dette er opp til helseforetakenes direktører og styret å avgjøre. Disse medlemmer viser til at det ikke er noe i veien for at sykehus og avdelinger kan rammefinansieres, men at dette likevel ikke gjøres. Disse medlemmer viser til Riksrevisjonens Dokument 3:5 (2016–2017), som fant at det var svak kodekvalitet i sykehusene, og at dette har negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten. I debatten om Riksrevisjonens rapport uttalte helse- og omsorgsministeren i Stortinget 1. juni 2017 at:

«DRG-ordningen, som har vært oppe i debatten, og dens påvirkning på den innsatsstyrte finansieringen er ikke ment å finansiere en enkelt sykehusavdeling. Der er det enkelte DRG-koder på et nivå som gjør at det er større enheter som kan finansieres på den måten. Dette er også noe som hele veien kommuniseres, både fra departementet og fra Helsedirektoratet, mot tjenesten.»

Disse medlemmer mener de direkte faglige beslutningene må baseres på faglig skjønn, og at misbruk av finansieringssystemet på avdelingsnivå kan gjøre det vanskeligere å samordne innsats på tvers av avdelinger.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at innsatsstyrt finansiering ikke blir videreført ned på avdelingsnivå.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at innsatsstyrt finansiering ikke blir videreført ned på sykehusnivå.»

Disse medlemmer viser til at kostnadene ved enkeltpasienter i de regionale helseforetakene deles på mange pasienter. Dermed blir den gjennomsnittlige

kostnaden per pasient mer lik finansieringen gjennom innsatsstyrt finansiering for diagnoserelaterte grupper. På sykehusnivå, og spesielt på avdelingsnivå, kan enkeltpasienter med kompliserte sykdomsbilder føre til store utslag på kostnadene. På samme måte kan enkelte pasienter gi store økte inntekter. Innsatsstyrt finansiering ned på avdelings- og sykehusnivå kan dermed føre til sterke vridningseffekter som overstyrer gode faglige vurderinger. Svingningene gjør det lite stabilt og gir lite forutsigbarhet for tjenestene.

Evaluering av innsatsstyrt finansiering

Komiteen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid for å utrede om finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten kan vris i mer forløpsbasert retning. Komiteen mener det er bra at en slik delvis evaluering av innsatsstyrt finansiering er i gang.

Komiteen mener det er viktig å drive et kontinuerlig arbeid for å bedre kvaliteten og effektiviteten i spesialisthelsetjenesten. Fordi finansieringssystemet er et så viktig styringsverktøy i spesialisthelsetjenesten, må dette verktøyet også kontinuerlig forbedres.

Komiteen mener det på denne bakgrunnen er viktig å tilegne seg mer kunnskap om de positive effektene innsatsstyrt finansiering kan ha på driften sammenlignet med andre finansieringssystemer, og hvilke negative effekter innsatsstyrt finansiering kan ha.

Komiteen merker seg spesielt høringsinnspillet fra Norsk Sykepleierforbund, som viser til at innsatsstyrt finansiering ikke premierer spesialisthelsetjenestens ansvar for utdanning og forskning, herunder opplæring, etter- og videreutdanning. Lærings- og mestringløp for pasientene eller langsiktig forebyggende arbeid gir heller ikke gevinst fra innsatsstyrt finansiering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen følge opp Prioriteringsutvalget (NOU 2014:12) og evaluere hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre viser til at det vil skje et betydelig utviklingsarbeid knyttet til ISF i løpet av 2018 for at ordningen bedre skal understøtte god faglig praksis og helhetlige pasientforløp. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å spesifisere tiltak som bidrar til å utvikle ISF i mer forløpsbasert retning.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener erfaring-

ene viser at det er vanskelig å hindre at ISF får konsekvenser på avdelingsnivå om sykehus i stor grad blir finansiert via ISF. Dette gjelder særlig de mindre lokalsykehusene, hvor det er åpenbart at en høy andel ISF-finansiering uansett også vil påvirke avdelingene. Disse medlemmer mener derfor det er svært viktig at ISF heller ikke videreføres ned på sykehusnivå. Disse medlemmer viser til at det er disse partiers mening at dersom en har ISF-finansiering, skal denne kun gjelde på RHF-nivå og ikke videreføres ned til helseforetak, sykehus eller avdelinger. Disse medlemmer mener presset på inntjening i pasientbehandlingen blir for stort når ISF-finansiering virker under RHF-nivå.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre en forsøksordning med 100 prosent rammefinansiering på noen sykehus.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 avslutte bruken av innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern og i stedet gå over til 100 prosent rammefinansiering.

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 redusere andelen innsatsstyrt finansiering i somatikken til å utgjøre maksimalt 40 prosent.

Forslag fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti:

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen sørge for at innsatsstyrt finansiering ikke blir videreført ned på avdelingsnivå.

Forslag fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen sørge for at innsatsstyrt finansiering ikke blir videreført ned på sykehusnivå.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen innføre en forsøksordning med 100 prosent rammefinansiering på noen sykehus.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 foreslå å avvikle ordningen med innsatsstyrt finansiering i somatikken.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding I fremmes av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti. Tilråding II fremmes av medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og råder Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

I

Stortinget ber regjeringen følge opp Prioriteringsutvalget (NOU 2014:12) og evaluere hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.

II

Dokument 8:49 S (2017–2018) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Liv Signe Navarsete, Sigbjørn Gjelsvik og Sigrid Simensen Ilsøy om å redusere andelen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten og ikke la innsatsstyrt finansiering videreføres ned på sykehus- og avdelingsnivå punkt 1 og 2 – vedtas ikke.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 30. januar 2018

Olaug V. Bollestad

leder

Sheida Sangtarash

ordfører

VEDLEGG**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 23. november 2017****Dokument 8:49 S (2017-2018) Representantforslag om å redusere andelen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten og ikke la innsatsstyrt finansiering videreføres ned på sykehus- og avdelingsnivå**

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteen datert 7. november 2017 vedlagt Dokument 8:49 S (2017-2018) Representantforslag om å redusere andelen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten og ikke la innsatsstyrt finansiering videreføres ned på sykehus- og avdelingsnivå.

Storingsrepresentantene Kjersti Toppe, Liv Signe Navarsete, Sigbjørn Gjelsvik og Sigrud Simensen Ilsøy fremmer følgende forslag:

1. Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 øke rammefinansieringen og redusere andelen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten.
2. Stortinget ber regjeringen snarest sørge for at innsatsstyrt finansiering (ISF) ikke blir videreført ned på sykehus- og avdelingsnivå.
3. Stortinget ber regjeringen følge opp Prioriteringsutvalget (NOU 2014:12) og evaluere hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.

Et sentralt virkemiddel for gjennomføring av helsepolitikken er finansieringsordningene for helsetjenesten. Stortinget har bestemt at de regionale helseforetakene skal finansieres dels gjennom en basisbevilgning og dels gjennom ulike aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Finansieringsordningene skal understøtte spesialisthelsetjenestens mulighet til å innrette tjenestetilbud i tråd med faglige behov og ønskede prioriteringer. Samtidig skal finansieringsordningene bidra til at ressursene brukes effektivt og innenfor rammen av de bevilgningene som Stortinget har stilt til disposisjon for tjenesten. Jeg mener dagens kombinasjonen av rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering gir en god balanse mellom disse hensynene.

Innsatsstyrt finansiering ble innført 1. juni 1997, dvs. noen år før sykehusreformen i 2002. Jeg mener at ordningen fungerer godt. I motsetning til rammefinansiering, stimulerer ordningen til kostnadseffektiv pasientbehandling. Dette var en av grunnene til at Regjeringen økte andelen innsatsstyrt finansiering fra 40 til 50 pst. i 2014.

De regionale helseforetakene er pålagt sørge for-ansvaret for spesialisthelsetjenester innenfor bevilgninger

og rammebetingelser som Stortinget vedtar. Det er en integrert del av de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar å beslutte hensiktsmessig organisering og finansiering av tjenestene de har ansvar for. ISF-refusjon utbetales til de regionale helseforetakene slik at de regionale helseforetakene kan finansiere tjenestene ut fra bl.a. lokal kunnskap om sykehus og pasientsammensetning ved disse.

Gjennom innsatsstyrt finansiering gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Refusjonene gjennom innsatsstyrt finansiering er i gjennomsnitt bare ment å dekke deler av kostnadene ved økt aktivitet. Resten må dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Prioriteringer skal foretas ut fra gjeldende lover og forskrifter, samt retningslinjer. Basisbevilgningen skal understøtte riktige prioriteringer.

I forslaget er det vist til Riksrevisjonens Dokument 3:5 (2016-2017) om medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Undersøkelsen understøtter viktigheten av å ha oppmerksomhet på medisinsk kodepraksis. Kvaliteten på den medisinske kodingen har betydning for hvor presist slik informasjon kan brukes i arbeidet med å utvikle tjenestene. Alle aktører med ansvar for medisinsk koding må bidra til å sikre god kvalitet på statistikken. Riksrevisjonens undersøkelse er behandlet i Stortinget. Jeg har i revidert oppdragsdokument for 2017 bedt de regionale helseforetakene følge opp Riksrevisjonens undersøkelse, herunder sette i gang et arbeid for å følge opp de områder som Riksrevisjonen har påpekt og som er innenfor de regionale helseforetakenes ansvarsområde.

Finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten ble omtalt i Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. Det ble i meldingen pekt på at finansieringsordningene er et lite egnet virkemiddel for å styre prioriteringer. Det betyr ikke at dagens finansieringsordninger er uten prioriteringskonsekvenser. Det er heller ikke mulig å etablere finansieringsordninger som virker helt nøytralt på prioritering. Jeg mener imidlertid at utformingen av dagens aktivitetsbaserte finansieringsordninger representerer en rimelig balanse mellom hensynet til kostnadseffektivitet og hensynet til prioriteringsnøytralitet.

Det konkrete innholdet i sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene vil utvikle seg over tid i lys av utvikling i bl.a. behov, teknologi og medisinsk-faglig kunnskap. Det innebærer at også finansieringsordning

gene må forvaltes og utvikles i tråd med slike endringer. Dagens aktivitetsbaserte system i spesialisthelsetjenesten er i hovedsak orientert mot enkelttjenester og i mindre grad mot sammenhengende tjenestetilbud. Det er satt i gang et arbeid for å utrede om finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten kan vris i mer forløpsbasert retning. Mer forløpsbaserte finansieringsordninger vil kunne understøtte helhetlige tjenesteforløp for pasientene. Departementet har gitt Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale helseforetakene, i oppdrag å utrede hvordan gradvis utvidelse av mer forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten ev. kan gjennomføres. Et slikt utredningsarbeid er omfattende og det må utredes nøye hvilke forutsetninger som må være oppfylt for å kunne igangsette ev. endringer.

