



STORTINGET

Representantforslag 49 S

(2017–2018)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Liv Signe Navarsete, Sigbjørn Gjelsvik og Sigrid Simensen Ilsøy

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

Til Stortinget

Bakgrunn

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 består 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 innsatsstyrt 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».

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble tatt i bruk i norsk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997, for somatiske tjenes-

ter. Innsatsstyrt 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 (Diagnose Relaterte 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 innsatsstyrt finansiering. Helse- og omsorgsdepartementet bruker antall DRG-poeng som et mål på aktivitet og til å finansiere de regionale helseforetakene.

Da ISF ble innført, var det ikke meningen at finansieringsmåten skulle videreføres ned på helseforetaksnivå, sykehusnivå og klinikk- og avdelingsnivå. ISF var ment som en finansieringsmåte fra departement og ned til regionale helseforetak. 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. Samtidig kan ordningen gi incentiver for sykehusene til å velge pasienter og behandlingsmåter hvor inntektene forventes å være høyere enn behandlingstkostnadene. 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 incentiv til å hindre unødvendige innleggelse eller prioritere forebyggende arbeid, som var blant samhandlingsreformens viktigste målsettinger. En slik reduksjon av innsatsstyrt finansiering ble imidlertid ikke iverksatt i 2012. Regjeringen Solberg, som overtok i 2013, økte ISF-andelen av sykehusenes finansiering til 50 pst. og reduserte basisfinansieringen tilsvarende. Samtidig ble nye pasientgrupper inkludert.

Behov for endring og evaluering av finansieringsordningen

Forslagsstillerne viser til at da Hagen-utvalget (NOU 2003:1) vurderte finansieringsmodeller for de regionale helseforetakene, anbefalte et stort flertall å gå over til en ordning med rammebudsjettering av RHFene, uten at dette skjedde.

Forslagsstillerne viser også til at Helse- og omsorgsdepartementet ba Sosial- og helsedirektoratet i 2007 om å foreta en gjennomgang av systemet med innsatsstyrt finansiering (Rapport IS-1479). Sosial- og helsedirektoratets vurdering var at ISF-ordningen i mange tilfeller får for stor plass i det samlede styringssystemet, og at det er helt nødvendig med en kritisk vurdering av om DRG skal ha styringskraft ned på avdelingsnivå. Etter direktoratets vurdering var det viktig å rette oppmerksomhet mot at ISF-ordningen isolert sett kan gi uheldige vridningseffekter i form av uønskede prioriteringer.

Forslagsstillerne viser så til Prioriteringsutvalget, NOU 2014:12, Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, og deres vurdering av ISF-finansiering opp mot rettferdig prioritering. Utvalget mente det var behov for mer kunnskap om hvordan innsatsstyrt finansiering virker på prioriteringsbeslutninger i sykehusene, og at det bør settes i gang et kontrollert forsøk for å få mer kunnskap om dette. Utvalget tilrødde at Helse- og omsorgsdepartementet nøye vurderer og evaluerer hvordan den økte ISF-andelen påvirker behandlingstilbudet for de pasientgruppene som ikke omfattes av ISF. Videre mente utvalget at det er behov for å vurdere om den forhøyede ISF-andelen påvirker prioriteringen mellom lite kostnadskrevenne pasienter og meget kostnadskrevenne pasienter innenfor hver enkelt DRG i ISF-ordningen. De mente også at nye vekter i ISF-systemet, knyttet til nye behandlingsformer, ikke bør innføres uten at det er avklart at behandlingsformen bør prioriteres.

Forslagsstillerne viser til slutt til Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene (Dokument 3:5 (2016–2017)). Riksrevisjonen påpekte overfor Stortinget at svak kodekvalitet i sykehusene har negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonens rapport viser til Helsedirektoratet, som mener at DRG-systemet ikke er «robust» nok til å bli brukt til å legge grunnlaget for finansiering av klinikker og avdelinger. Riksrevisjonen avdekket store avvik mellom medisinske koder for tilstander som er rapportert, og informasjon i de undersøkte pasientjournalene. Flertallet av avdelingene fikk en samlet reduksjon i antall DRG-poeng for de undersøkte oppholdene etter koderevisjon. Flertallet av oppholdene ble endret fra en komplisert DRG til en ukomplisert DRG. Et opphold i en komplisert DRG gir høyere refusjon fra staten.

Riksrevisjonen har også gjennom flere tidligere revisjoner avdekket betydelige svakheter i kvaliteten på den medisinske kodingen.

Etter forslagsstillerens syn er et viktig formål med medisinsk koding å få oversikt over sykdommer i befolkningen. Men kodingen danner også grunnlag for planlegging, administrasjon, finansiering, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester. Slik blir diagnosesystemet koblet direkte mot økonomisk inntjening, som igjen påvirker grunnlaget for riktig og rettferdig behandling lokalt. Forslagsstillerne viser også til at helse- og omsorgsminister Bent Høie i sitt innlegg i Stortinget 1. juni 2017 under debatten om Riksrevisjonens rapport om kodepraksis i helseforetakene, jf. Innst. 297 S (2016–2017), Dokument 3:5 (2016–2017), var tydelig på at DRG-ordningen og dens påvirkning på den innsatsstyrte finansieringen ikke er ment å finansiere den enkelte sykehusavdeling.

Forslagsstillerne viser til at mens helsetjenesten i norske kommuner i all hovedsak skjer gjennom rammeoverføring til kommunene, finansieres spesialisthelsetjenesten gjennom en kombinasjon av rammefinansiering (50 pst.) og innsatsstyrt finansiering (50 pst.) til de regionale helseforetakene. Forslagsstillerne kan ikke se at det er grunn til å finansiere helsetjenester i samfunnet på så ulike måter.

Forslagsstillerne frykter at aktivitetsbasert finansiering av sykehus får for sterk vekt på inntjening. Mange rapporterer om at dette nå blir styrende helt ned på avdelingsnivå i helsetjenesten, og at det kan føre til uheldig praksis og feilprioriteringer. Forslagsstillerne mener at effektivitet i en mer rammefinansiert modell kan sikres gjennom styringskrav slik som ventelistetid, krav til behandlingsforløp osv.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

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.

25. oktober 2017

Kjersti Toppe

Liv Signe Navarsete

Sigbjørn Gjelsvik

Sigrud Simensen Ilsøy

