

På sikt bør det være elementer av aktivitetsbasert finansiering i all spesialisthelsetjeneste

Sykehusreformen fortsatt i støpeskjeen

Organisering og finansiering av helsetjenester henger nøye sammen. Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten må derfor understøttes av et nytt finansieringssystem slik at potensialet i reformen kan høstes. I så måte innebærer den nye stortingsmeldingen om finansiering av denne tjenesten, *St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*, mange positive forslag. I meldingen har Helsedepartementet videreført det meste av det som var positivt i Hagen-utvalgets innstilling, *NOU 2003: 1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Samtidig har departementet fulgt mindretallets innstilling i synet på finansiering av de regionale helseforetakene.

På dette punkt gav Legeforeningen i høringsrunden støtte til Hagen-utvalgets mindretall. Vi mener flertallsinnstillingen representerer en sofistikert variant av rammefinansiering av de regionale helseforetakene, ved den såkalte toppfinansieringsmodellen. I stedet ønsket Legeforeningen en aktivitetsbasert finansiering av sykehusene. Vi mente at de regionale helseforetakene ville vegre seg for å aktivt finansiere sykehusene, dersom de selv ble finansiert gjennom et rammepreget system. Derfor støttet vi mindretallet, som ønsket å videreutvikle dagens modell med innsatsstyrt finansiering (ISF) gjennom en gradvis utvidelse av stykkprisrefusjoner til også å gjelde poliklinisk behandling, rehabilitering og habilitering samt psykiatri. Det er derfor gledelig at Helsedepartementet har fulgt mindretallets syn – og ikke minst flertallet av høringsinstansenes innsigelser – ved å foreslå å videreføre og videreutvikle dagens blandingsmodell med innsatsstyrt finansiering.

Legeforeningen er imidlertid kritisk til forslaget om å redusere ISF-satsen fra 60 til 40 %. Vi har forståelse for at aktivitetsbasering av somatisk spesialisthelsetjeneste alene kan føre til uheldige vridningseffekter i forhold til psykiatri, forskning og utdanning. Vi mener også det er usikkert hvilket ISF-nivå som er mest hensiktsmessig – om 50 %, 55 % eller 60 % refusjon er det optimale. Viktigere enn selve prosentsatsen er imidlertid at det mellom behandlingsområder og fagområder etableres en ISF-ordning uten vesentlige skjevheter, og som dekker de reelle merkostnader ved å behandle flere pasienter. En senking av refusjonsandelen ned til 40 % fra det ene året til det neste er imidlertid et altfor stort sprang – av flere grunner.

For det første innebærer et så stort kutt i refusjonen et budskap som er egnet til å skape usikkerhet om departementet fortsatt har den samme tiltro til aktivitetsfinansiering, men nå snarere primært ønsker å fokusere på kostnadskontroll. For det andre gir endringen en helt gal signaleffekt i forhold til regjeringens budskap om at de vil videreutvikle ISF, slik at også forskning, poliklinikkene, psykiatri, rusomsorg osv. blir aktivitetsbasert. Til dette er det imidlertid å bemerke at når endringen innføres, faller departementets innvending om vridningseffekt bort. For det tredje vil det medføre at de regionale foretakenes inntektsstid blir enda mer usikker. Helt siden innføringen av ISF har aktiviteten vært høyere enn planlagt. Samlet aktivitetsnivå i 2003 forventes å ligge 12 % høyere enn nivået i 2000. Med den foreslåtte refusjonsandelen vil de regionale helseforetakene måtte bære en vesentlig større del av risikoen, og få betydelig mindre midler – dersom de ikke greier å få aktivitetstallene ned. For det fjerde er det urimelig av departementet å foreta en så stor endring av rammebetin-

gelsene med så kort tidsmargin. Dette innebærer at forutsigbarheten i de statlige styringssignaler blir lav og tilfeldig.

Legeforeningen var også sterkt uenig i Hagen-utvalgets forslag om å kanalisere trygderefusjonene til privatpraktiserende avtalespesialister gjennom de regionale helseforetak (RHF) fra 2004. Vi støttet utvalgets forslag om at avtalene med spesialistene skulle forankres i RHF, og var positive til å utvikle finansieringen bort fra betaling for utførte enkelttjenester og over til betaling etter diagnoserelaterte grupper (DRG), behandlingsprogrammer eller behandlingsforløp. Men vi var helt klare på at refusjonene måtte gå direkte til de privatpraktiserende spesialister. Vi mente at en endring av det finansielle, og dermed rettslige, grunnlaget for privatpraktiserende spesialister ville være uklokt.

Dagens system med trygderefusjoner er tuftet på pasientrettigheter. Det innebærer at pengene følger pasientene, selv om systemet nå er videreutviklet med direkteoppgjørsavtaler. En omlegging, slik Hagen-utvalget foreslår, ville innebære en vesentlig uthuling av pasientenes rettigheter. Det er derfor ytterst gledelig at Helsedepartementet, i tråd med Legeforeningens innsigelser, foreslår at trygderefusjonen fortsatt skal utbetales direkte til den enkelte legespesialist eller psykolog.

For pasientene er det avgjørende at behandlingsskjeden fungerer som et sammenhengende hele, og at ikke finansieringssystemet utilsiktet fører til svarteperspill mellom forvaltningsnivåene. Det er derfor meget prisverdig at departementet følger opp Hagen-utvalgets forslag og utvider den innsatsbaserte finansieringen til også å omfatte desentralisert spesialisthelsetjeneste utenom sykehus for dialyse og cellegiftbehandling. Kombinert med overføring av ansvaret for syketransport til de regionale helseforetakene vil dette legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad legges nær pasientens bosted.

Dagens finansieringsmodell for forskning og undervisning er uklar. Den gir få incitament om å øke oppmerksomheten overfor disse aktivitetene. Legeforeningen mener at både forskningen og undervisning i større grad må aktivt finansieres. I den nye stortingsmeldingen gjøres konstruktive grep for forskningen, mens aktivitetsbasert finansiering av grunnutdanning i medisin vil bli vurdert senere. Legeforeningen anbefaler at det både for grunnutdanning og spesialistutdanning i medisin utvikles et system for aktivitetsbasering, og at dette fremkommer i både budsjett og regnskap.

Sykehusreformen er fortsatt i støpeskjeen. Legeforeningen mener at Helsedepartementets videreutvikling av finansieringssystemet er i tråd med reformen, og derfor vil være et positivt bidrag til utvikling av spesialisthelsetjenesten. Det som dessverre fortsatt gjenstår er en innholdsreform som tar utgangspunkt i den medisinsk-faglige utviklingen av spesialisthelsetjenesten.



Hans Kristian Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president