

Bør ikke ha innsatsstyrt finansiering på avdelingsnivå

- Innsatsstyrt finansiering (ISF) bør ikke brukes ned på avdelingsnivå, det er bare egnet på regionalt nivå, mente flere forelesere på Overlegeforeningens vårkurs.
- Men slik er det ikke i praksis, sa flere overleger.

Helsedirektoratet, en førsteamanuensis ved medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo og én av legemedlemmene i avregningsutvalget for ISF-ordningen var blant dem som påpekte at systemet med DRG (diagnose-relaterte grupper) er et grovkornet system.

– ISF er statens finansiering til helse-regionene, og fungerer ikke like godt på lavere nivå enn hos de regionale helseforetakene. ISF har ikke vært og skal ikke være et prioriteringsverktøy, sa Leena Kiviluoto, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

Men her kunne flere overleger fortelle at de i stedet opplever ISF som en del av deres hverdag, som påvirker helt ned på lege-pasientmøtet.

– Det blir i praksis press på å behandle pasienter på en måte som utløser penger. Når det blir underskudd på avdelingen, f.eks. når man må ha innleggelse istedenfor poliklinikk, burde det vært det regionale helseforetaket som dekket det. I stedet sniker ISF seg inn på avdelingen, sa én.

– Når man reduserer fra 60 % til 40 % refusjon på ISF, oppleves det som et signal fra politikere om å gjøre mindre. På flere typer behandling dekker selv 100 % dårlig, sa en annen.

Økonomi i pasientmøtet

Arne Refsum, leder i Overlegeforeningen, sa at legene har sett en gradvis utvikling mot at økonomi står i sentrum helt ned på

Enige med Ylf om turnus

Yngre legers forening (Ylf) hadde flere innvendinger mot Helsedirektoratets forslag om treårig turnustjeneste. Et enstemmig landsråd i Norsk overlegeforening slutter seg nå til innvendingene i Ylfs turnusresolusjon. I resolusjonen til Yngre legers forening vises det blant annet til at dagens turnustjeneste har spesifikke krav til innhold og ferdighetsmål. Foreningen er også opptatt av at løpet frem til autorisasjon blir mye lengre enn i andre land i EU/EØS, og at man kan risikere at familier splittes i flere år når tjenestestedene skal avgjøres med loddtrekning. Ylf går mot at et år av det foreslåtte treårige løpet skal inngå som en del av spesialistutdanningen, fordi den mener at det vil kunne svekke hovedutdanningen i alle spesialiteter, og forlenge utdanningstiden. Også Legeforeningen har uttrykt skepsis til forslaget.



ISF er ikke egnet til bruk på avdelingsnivå mente fra v. Leena Kiviluoto, Johan Ræder, Jan Eirik Thoresen og Lars Kjekshus. Foto Cecilie Bakken

lege-pasient-møtet. Han mente at vi står i fare for at det er de økonomiske, og ikke de medisinske, prioriteringene som blir de utslagsgivende.

– Det er ikke slik at vi prioriterer snorkeoperasjoner foran kreft, men risikerer vi at vi prioriterer en ung, fotballspillende, frisk mann med lyskebrokk som kan behandles dagkirurgisk fremfor en gammel pensjonist som er enkemann og bor alene med lyskebrokk og hjertesvikt, og som derfor trenger innleggelse og lengre tid på postoperativ avdeling? Den første gir overskudd, den andre underskudd, sa han.

En av foreleserne, Johan Ræder, som sitter i avregningsutvalget for ISF-ordningen, tok også opp bruken av DRG-kodene. Hans inntrykk var at det var mye feilkoding i forhold til journal, men at det gikk omtrent like mye økonomisk i favør som i disfavør av helseinstitusjonene. Han mente også at nye tilbud og gode intensjoner av og til presses inn i for god DRG, slik som ved rehabilitering, dagbehandling og palliativ behandling.

– Man må erkjenne at DRG-systemet er et nullsum-spill. Det er en årlig total pott, som ikke økes, og hvis alle koder «mer», så blir det bare lavere satser, forklarte han.

RHF-ene må mer på banen

Ræder mente at de regionale helseforetakene måtte mer på banen, og at de måtte gå inn med en mye mer aktiv fordelingsrolle videre nedover i systemet. Han etterlyste

også mer bevissthet hos sykehusene på hvordan DRG brukes i avdelingsbudsjettene, og oppmerksomhet mot at ikke alt skal være lønnsomt. Han foreslo også at man gikk tilbake til ren rammefinansiering for tung og ikke målbar aktivitet, en nedenfra- og oppfinansiering av f.eks. øyeblikkelig hjelp, store skader, intensivmedisin, rehabilitering og psykiatri.

– DRG og ISF er egentlig ubrukelig til kostnadskontroll slik det fungerer i dag, men gir incentiv til kostnadseffektivisering, sa han.

Refsum var bekymret for at fokuset i sykehussektoren er gått fra å behandle flere pasienter, og redusere både ventelister og tiden de ventende står i kø, til å administrere disse køene mer eller mindre for-svarlig.

– Jeg oppfordrer myndighetene til å gjøre det helt klart i budsjettene hva som er reell vekst i sykehussektoren, siden det i dag ikke er mulig å skille mellom hva som går til nye oppgaver, hva som er kompensasjon for å dekke fjorårets underskudd, lønnsvekst og prisvekst og hva som er forventet aktivitetsøkning, sa han.

Cecilie Bakken

cecilie.bakken@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk