Finansiering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

En oppsummering av virkninger av ulike finansieringsordninger

Utarbeidet på oppdrag for Norsk Psykologforening

oslo**economics**

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder samfunnsfaglige problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndigheter, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller for interesseorganisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsfaglig rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt basert på bransjeerfaring, fagkompetanse og et nettverk av samarbeidspartnere.

Helseøkonomi og finansiering

Oslo Economics har lang erfaring med å evaluere helsetiltak og å utrede problemstillinger knyttet til finansiering av helsetjenester. Vi utarbeider analyser for departementet og direktorat, helseforetak, kommuner, bransjeorganisasjoner, pasientforeninger og legemiddelselskaper. Vi har omfattende erfaring med analyser innen helsetjenesten og arbeids- og velferdsområdet. Vi benytter både kvantitative og kvalitative metoder for informasjonsinnhenting i disse analysene. Vi har solid kompetanse på relevante veiledere og rundskriv innenfor helse- og samfunnsøkonomi og lang erfaring med hvordan disse skal anvendes. Vi kjenner godt til de politiske prosessene og hvordan analysene bør utformes for å gi best mulig beslutningsgrunnlag for mottaker.

Finansiering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling / Rapportnummer 2023_12
© Oslo Economics, 3. mars 2023
Kontaktperson:
Erik Magnus Sæther / Partner
ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Innhold

Sammendrag 4

1. Kunnskapshull: virkninger av ulike finansieringsordninger 8

1.1 Konsekvenser av innføringen av innsatsstyrt finansiering 8

1.2 Informasjonsgrunnlag og metode 9

2. Underprioritering av psykisk helse og TSB 11

2.1 Finansieringskilder og utvikling i helseutgifter i Norge 11

2.2 Behov for finansieringsordninger: flere kilder til markedssvikt 13

3. Finansieringsordninger og virkninger av disse 14

3.1 Finansieringsordninger i helsetjenesten 14

3.2 Særlig kjennetegn ved psykisk helsevern og TSB som kan ha betydning for virkninger av ulike finansieringsmodeller 20

3.3 Innspill fra tillitsvalgte og ledere i tjenesten 21

3.4 Virkninger av ulike finansieringsordninger i psykisk helsevern og TSB 22

4. Finansieringsordninger må ses i sammenheng med flere forhold 26

4.1 Forhold som har betydning for klinisk praksis og prioritering 26

4.2 Hvilke hensyn bør en finansieringsmodell ivareta? 28

5. Hvordan sikre varig styrking av tjenesten? 29

5.1 Finansieringsgrunnlag i tråd med behovsutviklingen 29

5.2 Alternative finansieringsordninger? 29

5.3 Utbyggingsprosjekter 30

5.4 Aktiv rolle i videre utforming av finansieringsmodellene 30

Vedlegg A Litteraturoppsummering 31

Vedlegg B Beskrivelse av kilder til markedssvikt 37

6. Referanser 38

Sammendrag

Psykiske plager og lidelser er en stor og økende samfunnsutfordring, og tap av helserelatert livskvalitet og kostnader ved frafall i skole og arbeidsliv er betydelige. Kartlegginger tyder på at tilgangen til tjenester er utilstrekkelig og ulikt fordelt, med den konsekvens at pasienter med psykiske plager ikke mottar den helsehjelpen de har behov for. Utformingen av finansieringsordninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) påvirker behandlingstilbudet, behandlernes arbeidshverdag og prioriteringer av feltet.

I dag benyttes ulike modeller for å finansiere helsetjenester, herunder basisbevilgning, aktivitetsbasert finansering og resultatbasert finansiering og ulike kombinasjoner av disse. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en variant av aktivitetsbasert finansiering og ble innført i psykisk helsevern og TSB i 2017, men med en lavere finansieringsandel enn i somatikken. Norsk Psykologforening har tatt initiativ til en kartlegging av erfaringer med ordningen, og særlig hvordan modellen påvirker pasienttilbudet, prioritering og den enkelte behandler.

For å sikre god klinisk praksis og styrking av psykisk helsevern og TSB er det viktig å forstå virkningene av finansieringsordningen og vurdere disse opp mot alternative modeller. Alle finansieringsmodeller har skjevheter og må balanseres med andre virkemidler som en velfungerende handlingsregel for prioritering, tydelige ledelsessignaler og kliniske retningslinjer. Uavhengig av innretning av finansieringsordningen vil det være den samlede ressurstilgangen som vil være den viktigste faktoren for behandlingstilbudet innen psykisk helsevern fremover.

Innhenting av erfaringer og kunnskap om ulike finansieringsordninger

Andelen av befolkningen som er i kontakt med helsetjenesten knyttet til en psykisk diagnose er økende (Bang, et al., 2022; Tesli, et al., 2021). Samfunnskostnadene forbundet med psykiske lidelser omfatter sykdomsbyrde (helsetap), utenforskap, arbeidstilknytning, trygdeutbetalinger og helsetjenestekostnader. De årlige samfunnskostnadene forbundet med psykiske lidelser er av Helsedirektoratet anslått til 37 milliarder i helsetjenestekostnader, 48 milliarder i tapt verdiskaping og 195 milliarder i tapte leveår og tapt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2019). Dette innebærer at psykiske plager og lidelser er blant sykdomsgruppene med de høyeste samfunnskostnadene i Norge. Det er i dag varierende tilgang til psykiske helsetjenester i ulike deler av landet og for ulike grupper i befolkningen (Oslo Economics, 2022). Kommunehelsetjenester sliter med rekruttering av psykologer, og i psykisk helsevern og TSB er det lange ventetider, høy avvisningsgrad og bemanningsutfordringer. Reduksjonen i antall døgnplasser har også vært svært stor de siste årene. Norsk Psykologforening sin medlemsundersøkelse for 2021 viser at én av tre psykologer i spesialisthelsetjenesten opplever at de ikke får møtt pasientene nok til å gi god behandling (Norsk Psykologforening, 2021). Én av tre opplever også at de ikke oppfyller behovet for samhandling for pasienter. Undersøkelsen viser at rammebetingelsene i psykisk helsevern og TSB ikke gir psykologene mulighet til å tilby tilstrekkelig helsehjelp til pasientene. Forholdene som beskrevet over bidrar til større ulikhet i tilgangen til psykiske helsetjenester, som kan føre til at mange mennesker med psykiske plager ikke mottar behandling som kunne gitt økt livskvalitet og samfunnsdeltakelse.

Utformingen av finansieringsordningene i psykisk helsevern og TSB har betydning for psykologenes og andre behandleres arbeidshverdag, og kan påvirke behandlingstilbudet og prioriteringene i tjenesten. Innsatsstyrt finansering ble innført i psykisk helsevern og TSB i 2017, og har i dag en lavere andel enn i somatikken. Det foreligger lite informasjon om hvordan en slik aktivitetsbasert finansiering har påvirket effektivitet, prioriteringer og tjenestetilbudet, og særlig hvordan psykologene som jobber i tjenesten opplever innføringen.

Oslo Economics har på oppdrag av Norsk Psykologforening gjennomført en kartlegging av ulike finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten, for å innhente erfaringer og bedre forstå virkningene for pasienter, behandlere og prioriteringer. Prosjektets formål har vært å belyse følgende overordnede problemstillinger:

- Hvordan sikre en varig prioritering av psykisk helsevern og TSB i tråd med politiske føringer og befolkningens behov?
- Hvordan samtidig minimere risiko for vridningseffekter der finansieringssystemet påvirker/innskrenker faglige vurderinger og intervensjoner?

Arbeidet er basert på en gjennomgang av nasjonal og internasjonal forskningslitteratur om ulike finansieringsordninger, tidligere utredninger og rapporter (grålitteratur), samt dybdeintervjuer, workshops og gruppeintervjuer med tillitsvalgte psykologer og ledere i psykisk helsevern og TSB. I prosjektet har vi sammenstilt erfaringer med ulike finansieringsordninger, og belyst fordeler og ulemper ved ulike løsninger.

Aktivitetsbasert eller resultatbasert finansiering i psykisk helsevern og TSB er utfordrende

Helsetjenester i Norge finansieres hovedsakelig over offentlige budsjetter. Det har lenge vært politiske føringer om at psykisk helsevern og TSB skal prioriteres, for eksempel gjennom den gylne regel som sa at psykisk helsevern og TSB skulle prioriteres sterkere enn somatikken. Analyser viser imidlertid at i helseforetakene har kostnadsveksten vært høyere i somatikken enn i psykisk helsevern, i alle årene den gylne regel var gjeldende.

Utformingen av finansieringsordninger er viktig for å tilrettelegge for god behandlingskvalitet og god ressursutnyttelse. I dag er ordningene i somatikken og psykisk helsevern/TSB ulike, både hva gjelder andelen som er aktivitetsbasert og hvordan ordningen er utformet. I somatikken var ISF-andelen (andelen av den samlede finansieringen som er ISF-finansiert) 50 prosent i 2022, mens andelen var omtrent 25 prosent i psykisk helsevern og TSB samlet. I tillegg er det kun ISF-finansiering for poliklinisk aktivitet og ikke for døgnbehandling i psykisk helsevern/TSB.

ISF-systemet omfatter både DRG-systemet (DiagnoseRelaterteGrupper), STG-systemet (SærTjenesteGrupper) og TFG-systemet (TjenesteForløpsGrupper). DRG-finansiering er finansiering basert på kontakter/opphold, mens STG/TFG-finansiering kan beskrives som former for forløpsfinansiering.

Det er flere forhold ved psykisk helsevern og TSB som gjør at ulike finansieringsordninger kan ha ulike virkninger, og at effektene kan avvike fra i somatikken. Pasienter i psykisk helsevern og TSB har ofte komplekse og sammensatte lidelser, i tillegg til at det er stor heterogenitet i gruppen. I behandlingsforløp er det særlig viktig med tillitt og relasjonsbygging for å oppnå behandlingseffekt. Andre forhold som er spesielle for psykisk helsevern og TSB er at det kan være særlig vanskelig å utvikle objektive resultat- og kvalitetsmålinger.

Gjennom intervjuer og workshops har tillitsvalgte psykologer og ledere delt sine erfaringer fra tjenesten og gitt innspill til fordeler og ulemper ved ulike finansieringsmodeller. Tilbakemeldingene er noe motstridende, som kan indikere at finansieringsordninger påvirker tjeneste i samspill med en rekke faktorer, for eksempel foretaks- eller avdelingskultur. Enkelte peker på at ISF legger føringer for valg av behandling og prioritering av pasienter, mens andre trekker frem at ISF i liten grad påvirker vurderinger i møte med pasienter. Av de som peker på at det påvirker valg av behandling og prioritering pekes det blant annet på at innføringen av ISF:

- fører til oppstykking og standardisering av behandlingen
- bidrar til oppretting av kortidspoliklinikker
- skaper frustrasjon omkring tidsbruk til koding, og det er mangel på egnede koder for prosedyrer og behandlinger
- kan føre til feilkoding med hensikt om å utløse mer inntjening (kreativ kodepraksis)
- trekker fokus vekk fra fagligheten
- medfører at pasienter får utilstrekkelig behandling, som kan føre til høy grad av reinnleggelser

Andre gir tilbakemeldinger om at:

- ISF i liten eller ingen grad påvirker vurderinger i møte med pasienten
- avvikling eller reduksjon av ISF i psykisk helsevern/TSB vil innebære ulemper, fordi psykisk helsevern og TSB kan bli nedprioritert til fordel for somatikken

Oppsummert peker tillitsvalgte og ledere på en rekke utfordringer ved dagens utforming av ISF i psykisk helsevern og TSB, både i form av uønskede tilpasninger og administrasjonsbyrde. Flere peker på at dagens ordning ikke bidrar til økte insentiver til å behandle nye pasienter eller å redusere ventetidene. Videre trekkes det frem eksempler på at adferden på individnivå endres (for eksempel gjennom kreativ kodepraksis og kursing for inntektsoptimalisering), og at dette ikke er i tråd med intensjonene om at ordningen skal fungere på

helseforetaksnivå. Allikevel synes det som at flere opplever at avvikling av ISF vil gi enda større ulemper, særlig i «budsjettkampen» mot somatikken.

Alle finansieringsordninger har sine ulemper

Ulike finansieringsordninger har ulike fordeler og ulemper. Basisbevilgning eller rammefinansiering skaper forutsigbarhet og tar ofte utgangspunkt i forrige års bevilgning, selv om det er noe fleksibilitet til omprioritering i helsetjenesten. Basisbevilgning er særlig egnet for å finansiere grunnfunksjonene som kompetanseutvikling, innovasjon, beredskap og kapasitet, men gir lite insentiver til aktivitet og effektiv ressursutnyttelse. På sikt kan dette påvirke tilgjengeligheten i tjenestene og øke kostnadsnivået. Det kan også svekke insentivene til tjenesteutvikling, fordi effektivisering ikke gir økt inntjening. Erfaringer fra andre land som Skottland og England kan tyde på at basisbevilgning medfører lavere aktivitet og høyere enhetskostnader enn ved andre finansieringsordninger. Samtidig er det utfordrende at innsikten fra Skottland er begrenset til utvalgte måleparametere, og det er usikkerhet rundt de samlede konsekvensene av endringer i finansieringssystemet (både på arbeidsmetoder, kvalitet i behandling og langsiktig tjenestebehov for pasientene og kostnader for samfunnet). Det kan tenkes at basisbevilgning er den finansieringsformen som sikrer best mulighet for behandlerne til å kunne tilby tilstrekkelig behandling av god kvalitet til den enkelte pasient. De faktiske konsekvensene for kvalitet i behandlingen er imidlertid usikre da disse er krevende å måle på en god måte. Erfaringer fra England og evalueringer av modellen Improved Access to Psychological Therapies (IAPT) kan tyde på at løsninger som innebærer at pasienter ikke får dekket sine behov i tilstrekkelig grad kan innebære høye kostnader på lang sikt, f.eks. knyttet til flere rehenvisninger (Steen, 2020).

Fordelen med aktivitetsbasert finansiering er at det stimulerer til aktivitet i form av konsultasjoner og behandlingsforløp. Utviklingen kan i noen grad styres i ønsket retning ved at aktiviteter man ønsker mer av kan vektlegges høyere (ønskede vridningseffekter). Aktivitetsbasert finansiering kan imidlertid gi insentiver til overbehandling av enkelte tilstander og medføre (uønskede) vridninger i faglige prioriteringer. I tillegg kan behandlere kode feil med vilje, for å utløse mer inntjening. Feilkoding kan også forekomme som følge av at systemet er forvirrende for behandlerne, og systemet og språket kan i seg selv virke faglig fremmedgjørende. Koding kan også være upresist, dersom det ikke finnes tilstrekkelig medisinske koder eller dersom systemet er utdatert. En fordel med forløpsfinansiering er at det gir insentiver til å koordinere og samordne tjenester, både over tid og på tvers av tjenestenivået. Dette kan gi en bedre pasientopplevelse. Ulemper er knyttet til at det er vanskelig å definere egnede koder basert på tjenesteforløp innen psykisk helse, fordi det er vanskelig å standardisere innholdet i et tjenesteforløp basert på diagnoser der pasienter med samme diagnoser kan ha svært ulike behov. Det at pasientens diagnose i liten grad er drivende for kostnadene forbundet med en poliklinisk konsultasjon innen psykisk helsevern trekker i retning av at andre (enklere) aktivitetsmål er å foretrekke for å redusere belastningen knyttet til rapportering og koding, samt unngå unødvendig utredningsaktivitet.

Resultatbasert finansiering er finansiering basert på grad av måloppnåelse på sentrale mål for tjenesten. Fordelen med slik finansiering er at det stimulerer kvalitet på parameterområder og innovasjon. Det kan imidlertid svekke kvaliteten på andre områder. Samtidig er det ofte krevende å utarbeide gode resultatmål, noe som særlig er tilfellet innen psykisk helsevern og TSB. Som pekt på av Norsk Psykologforening, kan det også innebære risiko for uønskede vridningseffekter, for eksempel ved at tjenesten prioriterer pasienter med høy sannsynlighet for måloppnåelse. Internasjonal forskning viser at effekten av slik finansiering i noen tilfeller er begrenset, og at den er forbundet med økte administrasjonskostnader. Samtidig kan slik finansiering fungere godt på enkeltområder.

En rekke forhold som påvirker helsetjenestene, men fagkunnskap må definere tilbudet

På sitt beste kan en finansieringsmodell være en hjelper for god behandling, men det er internasjonalt kunnskapsgrunnlag, kliniske retningslinjer, klinikerens kompetanse og brukernes erfaringer som må danne grunnlaget for behandlingen.

Det er i tillegg en rekke andre forhold som også påvirker hvordan tjenester leveres og hvordan behandlere opplever arbeidshverdagen. Dette omfatter blant annet målkrav til aktivitet og effektivisering i tjenestene, nasjonale kvalitetsindikatorer, lovverk, digitalisering og pakkeforløp.

Økte bevilgninger og prioritering innad i helsetjenesten er det viktigste

Den viktigste faktoren er den samlede ressurstilgangen til psykisk helsevern. Helseforetakene opplever allerede bemanningsutfordringer, og framskrivninger tilsier at behovet kun vil øke i fremtiden. Det er økte budsjettmidler som er det viktigste for den videre utviklingen av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern og TSB.

I 2020 var kostnadene til spesialisthelsetjenesten 153,5 milliarder kroner (Helsedirektoratet, 2020). Somatikken utgjør over 70 prosent av de totale kostnadene. Kostnadene i psykisk helsevern har vært fallende eller flat mellom 2010 og 2016. Etter 2016 har kostnadene vært stigende med samlet vekst på 4,1 prosent. I 2020 steg kostnadene med 1,6 prosent. Det har med andre ord vært en vekst i kostnadene i psykisk helsevern etter innføringen av ISF i 2017. Om det er en direkte årsaks-virkningssammenheng mellom innføringen av ISF og kostnadsveksten er imidlertid ukjent. Fra 2008 til 2020 har kostnadsandelen for psykisk helsevern blitt redusert fra 18,1 til 16,3 prosent. Ingen, eller lavere ISF-andel i psykisk helsevern enn i somatikken, kan medføre at det er lettere å kutte aktivitet i innen psykisk helsevern ettersom man i mindre grad blir straffet i form av redusert ISF-betaling. Det kan også gi mindre insentiver til å investere for å øke kapasiteten ettersom det ikke gir økt inntektsgrunnlag. Selv om ISF anvendt innen psykisk helsevern gir vesentlige utfordringer synes det derfor allikevel være å foretrekke å ha lignende finansieringsordninger som somatikken. Finansieringsmodellene har svakheter og justeres fra år til år i håp om å begrense uheldige utfall. Finansieringsmodellen må derfor balanseres med andre virkemidler som en velfungerende handlingsregel for prioritering, tydelige ledelsessignaler og kliniske retningslinjer. Særlige uheldige enkeltutslag av ISF bør korrigeres ved hjelp av regelendringer og endret vekting.

1. Kunnskapshull: virkninger av ulike finansieringsordninger

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Utforming av finansieringsordninger er et av flere forhold som har betydning for psykologers arbeidshverdag, og som vil ha konsekvenser for behandlingstilbudet og prioritering av ressurser i tjenesten. Norsk Psykologforening ønsker å bidra med kunnskap for å utvikle tjenesten og legge til rette for gode tjenestetilbud. I den forbindelse har de igangsatt et prosjekt som skal innhente kunnskap om fordeler og ulemper ved ulike finansieringsordninger, og hvordan man kan sikre en varig prioritering av psykisk helsevern og TSB. Basert på innspill fra tillitsvalgte psykologer og ledere i tjenesten, samt eksisterende litteratur, oppsummerer vi i denne rapporten konkrete erfaringer med finansieringsordninger fra klinisk praksis, drøfter ulike finansieringsmodeller og utviklingen i behov og samlet ressursbruk i tjenesten.

1.1 Konsekvenser av innføringen av innsatsstyrt finansiering

Psykiske lidelser er blant sykdomsgruppene som medfører den største byrden i samfunnet, i form av kostnader som sykdomsbyrde (helsetap), produksjonstap, trygdeutbetalinger og kostnader til helsetjenester. Ifølge beregninger fra Helsedirektoratet er de årlige samfunnskostnadene forbundet med psykiske lidelser estimert til 37 milliarder i helsetjenestekostnader, 48 milliarder i tapt verdiskaping og 195 milliarder i tapte leveår og tapt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2019). Det har lenge vært et politisk mål om å styrke det psykiske helsetjenestetilbudet, men det er mye som tyder på at det fortsatt er ulikheter i tilgangen til psykiske helsetjenester i ulike deler av landet og blant ulike grupper i samfunnet (Oslo Economics, 2022). I mange kommuner er det begrenset tilgang til psykisk helsehjelp, og flere kommuner rapporterer om vanskeligheter med å rekruttere psykologer. Det er i tillegg varierende tilgang til lavterskel psykisk helsehjelp i kommunene. Spesialisthelsetjenesten er preget av kapasitets- og bemanningsutfordringer, noe som fører til at det i psykisk helsevern og TSB er lange ventetider og høy avvisningsgrad. Dette gjør at mange mennesker blir stående uten et tjenestetilbud.

I Norsk Psykologforening sin medlemsundersøkelse for 2021 fremkommer det at én av tre psykologer i spesialisthelsetjenesten opplever at de ikke får møtt pasientene nok til å gi god behandling (Norsk Psykologforening, 2021). Psykologene mener at i underkant av én av fem av pasientene ikke får ofte nok behandling til at det vil være virksomst. De oppgir også at minst 12 prosent av pasientene må avsluttes før de er ferdigbehandlet. Denne undersøkelsen viser at rammebetingelsene i psykisk helsevern og TSB ikke gir psykologene mulighet til å tilby tilstrekkelig helsehjelp til pasientene, som kan bidra til at pasientene øker sin samfunnsdeltakelse og opplever økt livskvalitet. I en undersøkelse av psykiske helsetjenester finner Riksrevisjonen at mange med psykiske lidelser må vente lenge på helsehjelp, og tilgangen til helsehjelp er ulik for personer avhengig av hvor de bor. De finner at helseforetakene de siste åtte årene ikke har prioritert en nødvendig styrking av psykisk helsevern i tråd med politiske føringer (Riksrevisjonen, 2021).

Modell for framskrivning av psykisk helsevern og TSB (Helsedirektoratet, 2020) estimerer en stor økning i behov for poliklinisk aktivitet for avtalespesialister, psykisk helsevern for voksne, og barn og unge, og særlig stor økning for TSB. Modellen estimerer også en stor økning i behovet for liggedøgn i psykisk helsevern for barn og unge i 2040. Dette tyder på at kapasitetsutfordringene i tjenestene kun vil bli større i fremtiden. For å imøtekomme utfordringene i tjenestene er det behov for utvikling på flere områder. På oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet ble det i 2021 utarbeidet framskrivninger av behovet i psykisk helsevern og TSB basert på aktivitetstall fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Framskrivningene viser blant annet at det er store variasjoner mellom helseforetakene og at det er en underdekning for mange lidelser.

Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten påvirker arbeidshverdagen til behandlere, og kan ha betydning for behandlingstilbudet og prioriteringer i og av tjenestene. I Norge finansieres helsetjenester i hovedsak over offentlige budsjetter. I 2017 ble det innført innsatsstyrt finansiering (ISF) i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Mens ISF-andel utgjør om lag 50 prosent i somatikken, er den lavere innen psykisk helsevern og TSB (ca. 25 prosent for de to tjenesteområdene samlet). I forslag til Statsbudsjett for 2023

er det foreslått å beholde en ISF-andel på om lag 25 prosent innen psykisk helsevern og TSB, mens for somatikken er det foreslått å redusere andelen til 40 prosent.

Det pågår i dag diskusjoner om hvorvidt man skal justere ISF-andelen også for psykisk helsevern og TSB, samtidig som det er uklart hvilke virkninger dette vil ha for pasienter, behandlere og prioritering av psykisk helsevern og TSB fremover. Dette gjelder både hvordan finansieringsordningen påvirker adferden og hverdagen til den enkelte behandler, og hvilken betydning det kan ha for prioritering av feltet fremover. Det er derfor behov for økt forståelse av fordeler og ulemper ved ulike finansieringsordninger, og hvilke konsekvenser eventuelle justeringer av ordningen vil ha.

På bakgrunn av dette har Norsk Psykologforening satt i gang et arbeid for å bedre forstå virkningene av ulike finansieringsordninger, gjennom å samle kunnskap fra tidligere forskning og innspill fra tjenesten (tillitsvalgte psykologer og ledere). Prosjektets formål har vært å belyse følgende overordnede problemstillinger:

- Hvordan sikre en varig prioritering av psykisk helsevern og TSB i tråd med politiske føringer og befolkningens behov?
- Hvordan samtidig minimere risiko for vridningseffekter der finansieringssystemet påvirker/innskrenker faglige vurderinger og intervensjoner?

1.2 Informasjonsgrunnlag og metode

I det følgende presenteres en kort beskrivelse av prosjektgjennomføringen, informasjonsinnhentingen og gjennomføringen av analyser og presentasjon av funn.

Overordnet om prosjektgjennomføringen

Oslo Economics har gjennomført utredningen på oppdrag for Norsk Psykologforening. Prosjektet ble organisert i tre arbeidsfaser (Figur 1-1). I første fase har vi sammenstilt erfaringer med ulike finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten og i psykisk helsevern/TSB spesielt, basert på litteratur og intervjuer, workshops og fokusgruppemøter med tillitsvalgte og ledere i tjenesten. Vi har deretter gjort en samlet vurdering av fordeler og ulemper ved ulike finansieringsordninger, samt en vurdering av andre forhold som også kan påvirke klinisk praksis og prioritering. I siste fase har vi sammenstilt funnene i denne rapporten.

Figur 1-1: Oversikt over prosjektfaser

Illustrasjon Oslo Economics. PHV: Psykisk helsevern. TSB: Tverrfaglig spesialisert behandling

1.2.1 Informasjonsgrunnlag og analyse

Utredningen er basert på innhentede erfaringer fra ledere og tillitsvalgte, samt kunnskap fra forsknings-litteraturen og tidligere utredninger og rapporter. Informasjonsinnhentingen er nærmere beskrevet i det følgende.

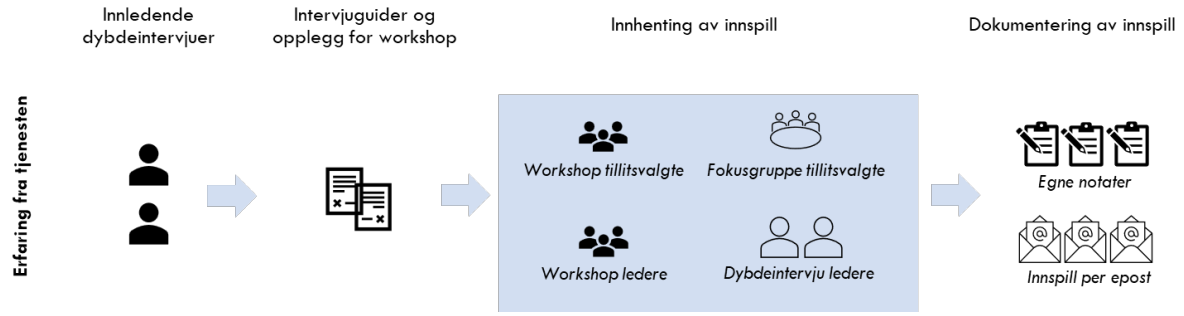
Innspill fra tillitsvalgte psykologer og ledere

Innledningsvis i prosjektet ble det gjennomført dybdeintervjuer med et lite utvalg psykologer. Informasjon fra intervjuene ble benyttet for å videreutvikle intervjuguider og planlegge den kommende informasjonsinnhentingen. Etter de innledende intervjuene ble det i samråd med Norsk Psykologforening besluttet at det skulle innhentes erfaringer langs to overordnede dimensjoner: 1) *erfaringer fra klinisk praksis / den individuelle behandlers hverdag*, og 2) *virkninger på systemnivå (dvs. avdelings-, klinikk- eller helseforetaksnivå)*.

Hovedvekten av informasjonsinnhentingen bestod av å innhente innspill fra tillitsvalgte psykologer og ledere gjennom workshops, dybdeintervjuer og en fokusgruppe/gruppeintervju. Det ble gjennomført en fysisk workshop med tillitsvalgte i forbindelse med Norsk Psykologforenings FTV-konferanse, og en digital workshop med ledere i psykisk helsevern og TSB. Informantene ble bedt om å dele erfaringer om hvordan innføringen av ISF i psykisk helsevern og TSB har påvirket klinisk praksis, herunder om det har hatt betydning for deres arbeidshverdag og

hvordan de praktiserer, samt om ISF har påvirket avdelingen, klinikken eller helseforetaket. Informasjonen ble dokumentert gjennom egne notater og skriftlige innspill fra informantene.

Figur 1-2: Prosess for innhenting av erfaringer fra ledere og tillitsvalgte

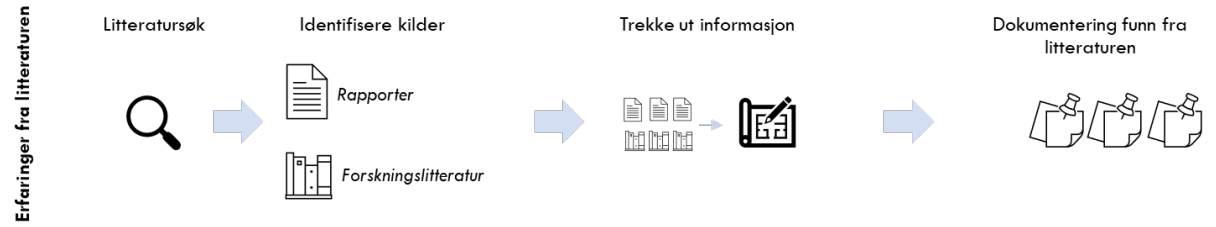


Illustrasjon Oslo Economics

Gjennomgang av rapporter og forskningslitteratur

Vi har gjennomgått nasjonal og internasjonal forskningslitteratur, samt tidligere utredninger og rapport (såkalt grålitteratur) for å belyse fordeler og ulemper ved ulike finansieringsmodeller. En stor del av forskningen omhandler finansieringsmodeller i somatikken, mens noen undersøker effekter spesifikt for psykisk helsevern og TSB. Prosessen for å gjennomgå rapporter og forskningslitteratur er oppsummert i Figur 1-3.

Figur 1-3: Prosess for gjennomgang av rapporter og forskningslitteratur

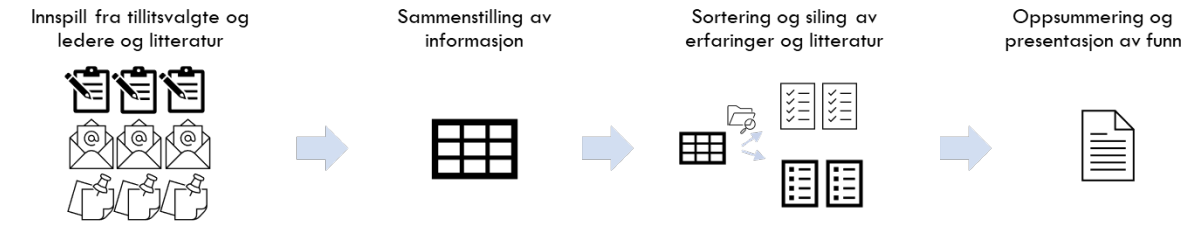


Illustrasjon Oslo Economics

Strukturering av informasjon og analyse

Erfaringer og innspill fra informasjonsinnhentingen, herunder egne notater, e-postinnspill og hovedfunn fra litteraturen, ble i forkant av analysearbeidet sammenstilt av medarbeidere i Oslo Economics. Deretter ble de ulike innspillene og erfaringene sortert tematisk og basert på informasjonskilde (litteratur og innspill fra tjenesten), før sentrale funn og erfaringer ble trukket ut. Materialet ble gjennomgått av to ressurser separat, før hovedfunn ble diskutert i arbeidsmøter med prosjektgruppen før de ble inkludert i analysen. Gjennom informasjonsinnhentingen ble det pekt på flere forhold som grenser til tematikken for utredningen, men som ble sortert ut ettersom de ikke traff kjernen i problemstillingene som skulle belyses. Sentrale funn og innspill fra informasjonsinnhentingen er oppsummert i denne rapporten, supplert med våre vurderinger basert på det samlede informasjonsgrunnlaget. Ved formidling av innspillene i denne rapporten skiller vi mellom funn fra litteraturen, innspill fra ledere og innspill fra tillitsvalgte.

Figur 1-4: Metode for analyse og dokumentering av funn



Illustrasjon Oslo Economics

2. Underprioritering av psykisk helse og TSB

I dag finansieres helsetjenestene i Norge hovedsakelig med offentlige midler. Til tross for sterke politiske føringer om at psykisk helsevern og rusbehandling skulle prioriteres høyere enn somatikken, har kostnadsveksten vært større innen somatikken de siste årene. Helsetjenester er preget av flere mulige kilder til markedssvikt, som innebærer at markedskrefter alene ikke nødvendigvis gir de riktige tilpasningene i markedet og effektiv ressursbruk. Dette medfører at det er behov for tilpassede finansieringsmodeller som legger til rette for effektiv utnyttelse av samfunnets ressurser.

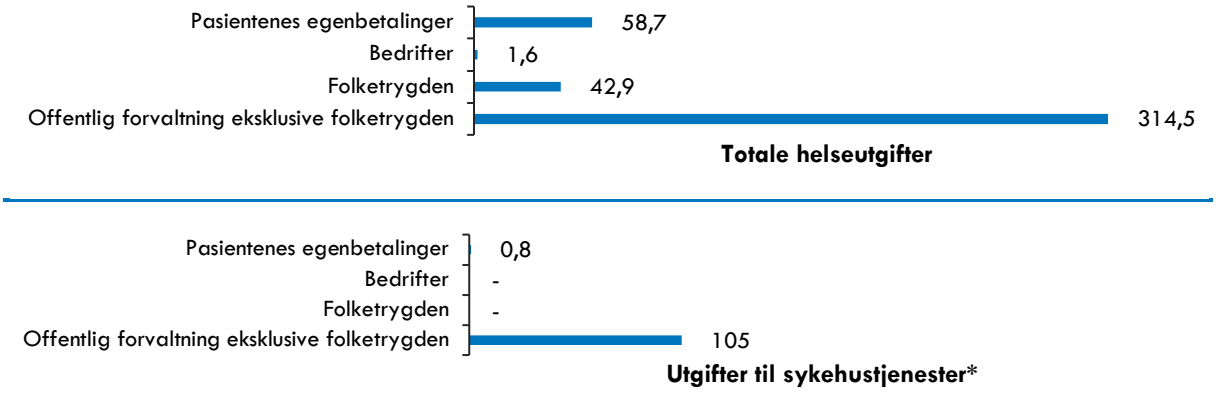
2.1 Finansieringskilder og utvikling i helseutgifter i Norge

Helsetjenester i Norge finansieres i hovedsak over offentlige budsjetter. Utviklingen i utgiftene de siste årene er preget av vekst både innen somatikken og psykisk helsevern og TSB, men veksten har vært avtakende og det er nå varslet om kutt i helseforetakenes virksomheter.

2.1.1 Offentlig finansiering av helsetjenester

De samlede helseutgiftene i Norge utgjorde 418 milliarder kroner i 2021. Av disse ble om lag 85 prosent finansiert av det offentlige, mens 15 prosent ble finansiert gjennom egenbetalinger fra pasientene (Figur 2-1). For heldøgnsopphold og dagbehandling/poliklinikk i sykehus utgjorde kostnadene 106 milliarder kroner i 2020, hvor så godt som alt ble finansiert av det offentlige. Andelen offentlig finansiering av psykisk helsevern og TSB er altså høy sammenlignet med øvrige helsetjenester.

Figur 2-1: Finansiering av helsetjenester i Norge, 2021, milliarder kroner



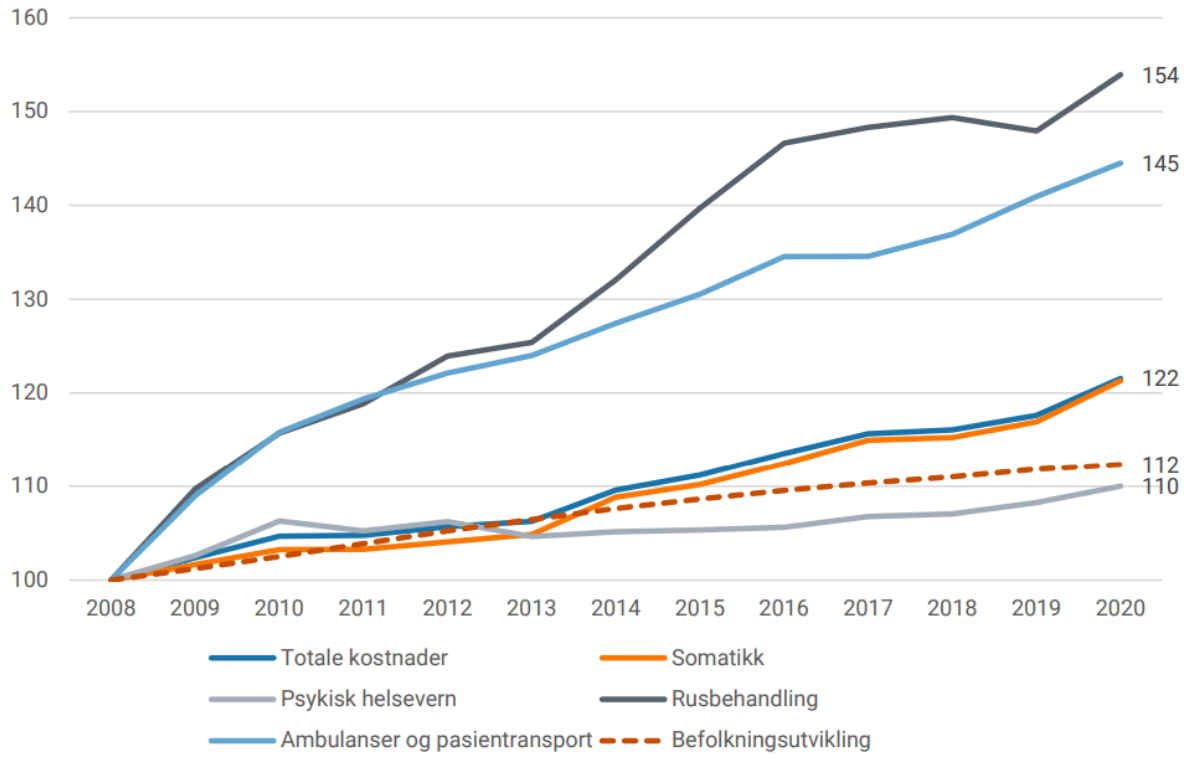
Illustrasjon: Oslo Economics. Datakilde: Helseregnskapet. Merk: pasientenes egenbetalinger er basert på selvrapportering og er usikker. *Heldøgnsopphold og dagbehandling/poliklinikk

Andelen offentlig finansiering av helsetjenester i Norge er det høyeste i Europa (OECD, 2021). Utgifter til helsetjenester per innbygger har over de siste årene også vært blant de høyeste, selv om utgifter som andel av BNP kun ligger litt over det europeiske gjennomsnittet. Siden 2015 har utgifter som andel av BNP i Norge vært relativt stabile, med unntak av en økning i 2020. Dette er samme trend som i andre europeiske land.

2.1.2 Totale helseutgifter i spesialisthelsetjenesten og utvikling over tid

I 2020 var kostnadene til spesialisthelsetjenesten 153,5 milliarder kroner (Helsedirektoratet, 2020). Somatikken utgjør over 70 prosent av de totale kostnadene. Kostnadene i psykisk helsevern har vært fallende eller flat mellom 2010 og 2016. Etter 2016 har kostnadene vært stigende med samlet vekst på 4,1 prosent. I 2020 steg kostnadene med 1,6 prosent. Fra 2008 til 2020 har kostnadsandelen for psykisk helsevern blitt redusert fra 18,1 til 16,3 prosent. TSB har hatt sterkere vekst siden rusreformen i 2004, og har fra 2008 og frem til 2020 økt med totalt 54 prosent. I 2020 utgjorde kostnadsandelen til TSB 3,7 prosent av totalkostnadene.

Figur 2-2: Utvikling i kostnader for ulike tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten 2008-2020, indeksert hvor 2008=100



Merknad: Korrigert for prisutvikling og nye legemidler. Kilde: (Helsedirektoratet, 2020)

Kostnadsutviklingen i løpende priser, hvor kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon er ekskludert, viser at fra 2016 til 2018 økte kostnadene i somatikken, psykisk helsevern og TSB noenlunde likt. Fra 2018 til 2020 har veksten vært større i somatisk sektor, enn i psykisk helsevern og TSB. Det er kun Helse Nord som oppfylte prioriteringsregelen om større kostnadsvekst i psykisk helsevern og TSB enn i somatikken i perioden 2016 til 2020. I de andre regionene, og i regionene samlet, var kostnadsveksten høyere i somatikken. Det er også mindre variasjon mellom regionene innenfor somatikken, enn for psykisk helsevern og TSB (Helsedirektoratet, 2020).

Siden 2012 har helseforetakene hatt overskudd, som har gitt egenkapital og større økonomisk handlingsrom (Helsedirektoratet, 2020). Denne utviklingen sammenfaller med store investeringer i de regionale helseforetakene over årene. Det har vært gitt tydelige krav til økonomisk styring, både for å unngå underskuddsdrift over tid og som en forutsetning for å investere i nye sykehusbygg. Psykisk helsevern brakte med seg en stor portefølje av eldre bygg og ulike lokasjoner. Fornyelsen av bygg har vært underfinansiert, både av budsjetthensyn, men også med mål om å fremme en restrukturering og effektivisering av bygningsmassen.

2.1.3 Utvikling i antall pasienter og aktivitet

Omtrent 47 prosent av befolkningen var i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste i 2021, og denne andelen har ligget relativt stabilt i årene 2015 til 2021 (med unntak av i 2020) (Helsedirektoratet, 2022). I psykisk helsevern har det imidlertid vært en økning i antall pasienter i perioden, også justert for befolkningsveksten. I psykisk helsevern for voksne var det i 2021 47,9 pasienter per 1 000 innbyggere, noe som tilsvarer en økning på 3 prosent siden 2019. For psykisk helsevern for barn og unge økte antall pasienter med 16 prosent i perioden 2019 til 2021. I TSB har det imidlertid vært en nedgang i antall pasienter (justert for endringer i befolkningen) fra 2019 til 2021.

Både innen somatikken og i psykisk helsevern har det vært en økning i antall polikliniske konsultasjoner, og en reduksjon i antall døgnopphold/innleggelser fra 2019 til 2021. Aktiviteten i poliklinikkene innen både somatikken og psykisk helse vern økte likevel fra 2019 til 2021, som betyr at hver pasient hadde flere kontakter.

I psykisk helsevern for barn og unge og for voksne har den gjennomsnittlige ventetiden gått gradvis ned i perioden 2017-2020, til tross for vekst i antall henvisninger. Fra 2020 til 2021 økte imidlertid ventetiden i

psykisk helsevern for barn og unge. I TSB har ventetiden vært stabil i 2017-20221, og antall nyhenviste pasienter har gått ned i perioden. Ventetiden har også økt i somatikken, selv om antall nyhenviste ikke har økt.

2.1.4 Underprioritering av psykisk helsevern og TSB

Det har over tid vært tverrpolitisk enighet om å styrke tilbudet til personer med psykiske lidelser og ruslidelser. «Den gylne regel» var et politisk virkemiddel som skulle sikre at helseforetakene prioriterte psykisk helsevern og rusbehandling sterkere enn somatisk helsevern. Dette inngikk i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Det var tre måleindikatorer: gjennomsnittlig ventetid, kostnader og aktivitet. Aktivitetsmål gjaldt innen poliklinikk. Det var også mål om at man innenfor psykisk helsevern prioriterer distriktspsykiatriske sykehus og psykisk helsevern for barn og unge.

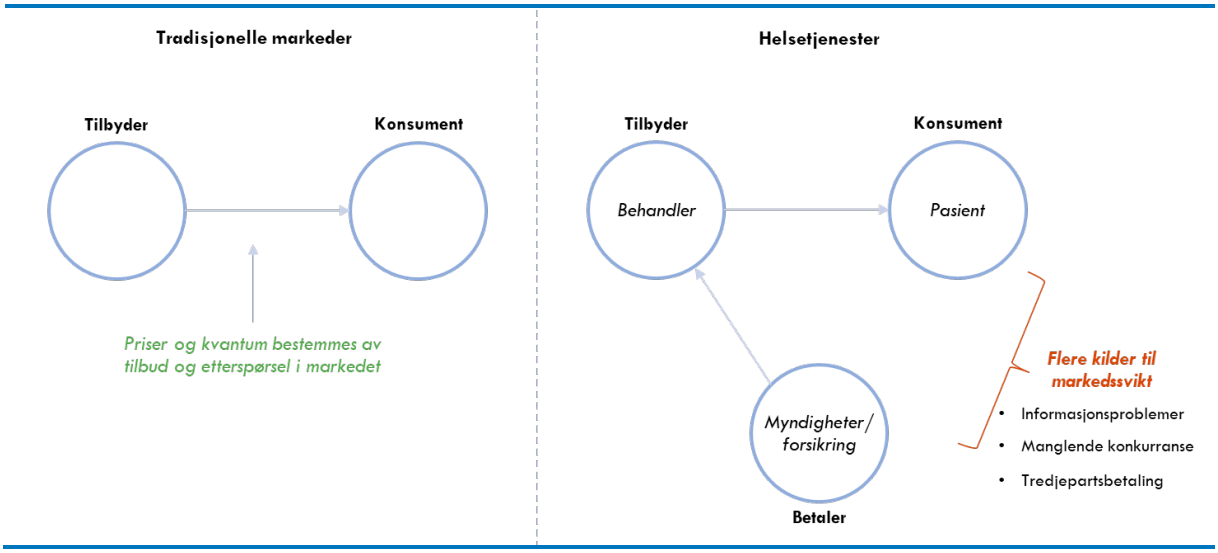
Riksrevisjonen fant i sin undersøkelse av psykiske helsetjenester at den gylne regel ikke fullt ut har vært oppfylt siden den ble innført (Riksrevisjonen, 2021). Ingen av de regionale helseforetakene innfridde målene for alle indikatorene eller for alle tjenesteområdene, hvert år. Det er særlig målet om kortere ventetid som i liten grad er oppnådd. At den gylne regel ikke oppfylles kan først og fremst forklares av at psykisk helsevern i løpet av budsjettåret blir nedprioritert til fordel for somatikken. I tillegg kan mangel på fagfolk, på grunn av rekrutteringsutfordringer, være en årsak.

Den gylne regel ble ikke videreført fra 2021. Det er likevel fortsatt mål om redusert ventetid, i tillegg til at det har blitt innført aktivitetsmål innenfor døgnbehandling i psykisk helsevern (Isachsen, 2022).

2.2 Behov for finansieringsordninger: flere kilder til markedssvikt

Tjenester innen psykisk helsevern og TSB, i likhet med helsetjenester generelt, er preget av flere mulige kilder til markedssvikt. Med markedssvikt menes situasjoner der markedskreftene ikke nødvendigvis fører til en samfunnsøkonomisk effektiv ressursallokering. Markedssviktene i helsetjenesten har betydning både for organiseringen og finansieringen av tjenestene, ettersom markedskrefter alene ikke gir de riktige tilpasningene i markedet. Kilder til markedssvikt inkluderer informasjonsproblemer (asymmetrisk informasjon og insentivproblemer), manglende konkurranse og tredjepartsbetaling (for en mer detaljert beskrivelse, se vedlegg B). Disse forholdene gjør at det er behov for å benytte ulike former for finansieringsmodeller for å legge til rette for effektiv utnyttelse av samfunnets ressurser. Slike finansieringsmodeller er beskrevet nærmere i neste kapittel.

Figur 2-3: Kjennetegn ved helsetjenesten gir grunnlag for markedssvikt



Illustrasjon Oslo Economics. Figuren illustrerer at helsetjenester skiller seg fra tradisjonelle markeder der markedskreftene alene bidrar til de riktige tilpasningene i markedet (som gir effektiv ressursutnyttelse). De ulike kildene til markedssvikt er nærmere beskrevet i Vedlegg B.

3. Finansieringsordninger og virkninger av disse

I dag benyttes ulike modeller for å finansiere helsetjenester, herunder basisbevilgning, ulike former for aktivitetsbasert finansering (eksempelvis innsatsstyrt finansiering) og resultatbasert finansiering. En fordel ved aktivitetsbasert finansiering er at det kan bidra til økt effektivitet, blant annet fordi man kan styre utviklingen i ønsket retning ved at aktiviteter man ønsker mer av kan vektlegges høyere (ønskede vridningseffekter). Uten finansiering som er koblet til aktivitet, kan det være svakere insentiver til høy aktivitet og kostnadseffektiv ressursutnyttelse, som kan svekke tilgjengeligheten i tjenestene. Basisbevilgning innebærer imidlertid mindre risiko for at valg av behandlingsform påvirkes av økonomiske insentiver, i stedet for pasientenes behov og faglige vurderinger (uønskede vridningseffekter). Tillitsvalgte og ledere peker på en rekke utfordringer ved dagens ordning i psykisk helsevern og TSB, både i form av uønskede tilpasninger og administrasjonsbyrde. Flere peker på at dagens ordning ikke bidrar til økte insentiver til å behandle nye pasienter eller å redusere ventetidene. Videre trekkes det frem eksempler på at adferden på individnivå endres (f.eks. gjennom kreativ kodepraksis og inntektsoptimalisering), og at dette ikke er i tråd med intensjonene om at ordningen skal fungere på helseforetaksnivå. Likevel synes det som at flere opplever at avvikling av ISF i psykisk helsevern (og videreføring i somatikken) vil gi enda større ulemper, særlig i «budsjettkampen» mot somatikken.

I dette kapittelet peker vi på fordeler og ulemper knyttet til ulike finansieringsordninger, som vi har identifisert gjennom litteraturgjennomgang og innspill fra tillitsvalgte og ledere i psykisk helsevern og TSB. I kapittel 3.1 presenteres de ulike ordningene og en oppsummering av hovedfunn fra litteraturen. Spesielle egenskaper ved psykisk helsevern og TSB omtales i kapittel 3.2, mens erfaringer fra tjenesten og mulige virkninger av ulike finansieringsordninger oppsummeres og diskuteres i kapittel 3.3 og 3.4. Den fullstendige litteraturgjennomgangen er oppsummert i Vedlegg A.

3.1 Finansieringsordninger i helsetjenesten

Med finansieringsordning mener vi på et overordnet nivå hvordan ressursbruken knyttet til aktiviteten ved en institusjon eller organisasjon dekkes inn og hvem som betaler for denne. Ressursbruk kan dekkes inn gjennom faste eller variable bidrag, eller kombinasjoner av dette. Bidragene kan bestemmes av ulike forhold som befolkningsunderlag, særlig behandlingsbehov, ressursinnsats, tjenestevolum, behandlingsutfall o.l. Inndekningen kan skje gjennom sentral finansiering (statlig finansiering, RHF) eller lokal finansiering (kommunal, fylkeskommunal eller helseforetak), hver av disse alene eller i kombinasjon (samfinansiering), og bidragene kan være obligatoriske eller frivillige.

Innen helsetjenesten benyttes det ulike modeller for å finansiere tjenestetilbudet. I denne rapporten er modellene kategorisert etter tre hovedgrupper (Figur 3-1Figur 3-1): basisbevilgning, aktivitetsbasert finansiering og resultatbasert finansiering. Innenfor de tre hovedgruppene finnes det ulike ordninger, for eksempel er ISF en form for aktivitetsbasert finansiering, som igjen kan utformes på ulike måter (eksempelvis basert på DRG-systemet, STG-systemet eller TFG-systemet).

Figur 3-1: Oversikt over hovedgrupper av finansieringsordninger i helsetjenesten*

Illustrasjon Oslo Economics. *Det finnes andre typer modeller og ulike navn benyttes ofte for å omtale lignende finansieringsordninger. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en form for aktivitetsbasert finansiering og kan være basert på ulike systemer, herunder DRG-systemet, STG-systemet og TFG-systemet.

En kombinasjon av nevnte finansieringsordninger benyttes for å fordele midler fra staten til de regionale helseforetakene, som deretter fordeler til helseforetakene. I Norge foreligger det kun nasjonale føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene (og helseforetakene) har dermed frihet til å bestemme innretning av finansieringsordning for sine underenheter.

3.1.1 Basisbevilgning

Basisbevilgning er en fast rammefinansiering, som er uavhengig av aktivitetsnivå. Basisbevilgningen fordeles til de regionale helseforetakene etter en inntektsfordelingsmodell som hensyntar regionale forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester og kostnadsnivå. Prinsippet for modellen er at fordeling av basisbevilgning mellom de regionale helseforetakene skal gjenspeile ulike behov for spesialisthelsetjenester og driftsmessige betingelser for å dekke behovet. Målet er at de fire regionale helseforetakene skal være i stand til å tilby likeverdige spesialisthelsetjenester.

De regionale helseforetakene har egne inntektsfordelingsmodeller som tar utgangspunkt i den nasjonale modellen, men som er tilpasset lokale forhold. I dagens modell er det separate behovsindekser for somatikk, psykisk helsevern og TSB. I behovsindeksene inngår faktorer som alder, sosioøkonomiske forhold, helserelaterte forhold og forhold ved bosted. Basisbevilgningen skal brukes til å understøtte ønsket prioritering i helseforetaket.

En viktig fordel ved basisbevilgning som finansieringsordning er at det skaper forutsigbarhet, og gir helseforetakene handlingsfrihet og finansiell fleksibilitet med rom for klinisk skjønn. Det er ingen risiko for at valg av behandling og prioritering av pasienter påvirkes av økonomiske insentiver på bekostning av faglige vurderinger. I tillegg støtter det kostnadskontroll og tillitsbasert styring i helseforetakene. I litteraturen pekes det også på at basisbevilgning gir behandlere mulighet til å ta i bruk dyre teknologier og gi behandling basert på pasientenes ønsker (Jacobs, 2014).

Ulemper ved basisbevilgning er knyttet til at det ikke gir insentiver til kostnadseffektiv drift og ressursutnyttelse (Helsedirektoratet, 2015). Dette kan innebære at den behandlingen som gis ikke nødvendigvis er den mest effektive. På sikt kan dette svekke tilgjengeligheten i tjenestene og medføre køer og ventelister for pasientene (Helsedirektoratet, 2021). Det kan også svekke insentivene til tjenesteutvikling og innovasjon, fordi effektivisering ikke gir økt inntjening. I tillegg kan det være vanskelig å dekke kostnader for oppgaver som ikke utløser egen finansiering (Helse Sør-Øst, 2021).

Skottland er et eksempel der man har gått tilbake til full basisbevilgning (og vekk fra aktivitetsbasert finansiering). Det finnes i dag begrenset med litteratur som belyser effektene av denne omleggingen, men Skottland har blitt brukt som «kontrollgruppe» i studier av effektene av andre finansieringsordninger. Eksempelvis har Ferrar, et al. (2009) studert virkninger av resultatbasert finansiering for tjenestevolum, kostnader og tjenestekvalitet i engelske sykehus, ved å sammenligne med utviklingen i Skottland. Forfatterne finner at innføringen av resultatbasert finansiering (sammenlignet med basisbevilgning) bidrar til at lengden på oppholdene faller, og at andelen dagbehandlinger øker. Dette kan tyde på høyere enhetskostnader ved bruk av basisbevilgning. Videre finner forfatterne at resultatbasert finansiering bidrar til noe økning i aktiviteten, men at konsekvensene for behandlingskvaliteten er usikre (signifikant reduksjon i sykehusdødelighet, men ingen signifikant

endring i 30-dagers dødelighet etter kirurgi eller akutt gjeninnleggelse etter behandling for hoftebrudd). Samtidig er det utfordrende at innsikten fra Skottland er begrenset til utvalgte måleparametere, og det er usikkerhet rundt de samlede konsekvensene av endringer i finansieringssystemet (både på arbeidsmetoder, kvalitet i behandling og langsiktig tjenestebehov for pasientene og kostnader for samfunnet). Det kan tenkes at basisbevilgning er den finansieringsformen som sikrer best mulighet for behandlerne til å kunne tilby tilstrekkelig behandling av god kvalitet til den enkelte pasient. De faktiske konsekvensene for kvalitet i behandlingen er imidlertid usikre da disse er krevende å måle på en god måte.

NHS samtaleterapi (tidligere kjent som Improved Access to Psychological Therapies (IAPT)), startet opp i 2008 i England, og er en kunnskapsbasert behandlingsmetodikk og en nasjonal satsing i primærhelsetjenesten for å gjøre evidensbasert behandling av angst og depresjon raskt tilgjengelig for befolkningen (NHS England, 2022). Pilotstudier viste at IAPT bidro til høy grad av «recovery» for pasientene, herunder reduserte depresjon- og angst-symptomer (Clark, et al., 2009). Modellen har bidratt til en signifikant forbedring av tilgangen til psykiske helsetjenester i primærhelsetjenesten (Martin, et al., 2022). Nyere forsking tyder imidlertid på at metodikken kan være forbundet med enkelte ulemper. Stort fokus på utredning i starten av forløpet kan øke risikoen for at pasienter faller ut av behandling, og en pilotstudie publisert i 2019 fant at 40 prosent av pasientene droppet ut etter første samtale (Steen, et al., 2019). En oversiktsstudie viste at rehenvisninger var en stor utfordring og at omtrent en tredjedel av pasientene ble rehenvist til nye forløp etter kort tid (Wakefield, et al., 2020), og på landsbasis i 2021 – 2022 var det kun en tredjedel av henviste pasienter som fullførte behandlingen (Population Health, Clinical Audit and Specialist Care Team, NHS Digital, 2022). Stort frafall og mange pasienter som rehenvises øker kostnadene ved tiltaket, og har sådd tvil om hvorvidt IAPT er kostnadseffektivt (Steen, 2020). Erfaringene fra IAPT indikerer at det kan være høye kostnader knyttet til tiltak eller modeller som medfører at pasienter får mangelfull behandling, ettersom tjenestebehovet øker.

3.1.2 Aktivitetsbasert finansiering

Aktivitetsbasert finansiering er modeller som premierer aktivitet med økt finansiering. ISF er en aktivitetsbasert finansieringsordning rettet mot de regionale helseforetakene. Det innebærer at deler av budsjettet avgjøres av hvor mange og hva slags pasienter som behandles (hvilken behandling som ytes). Hensikten er å gi insentiver til effektiv pasientbehandling. Ordningen ble innført for somatikken i 1997 og for psykisk helsevern og TSB i 2017. Når det først ble innført for somatikken i 1997 var det en oppgjørsordning mellom staten og fylkeskommunene, men staten overtok ordningen da sykehusene ble overført til statelig eide helseforetak i 2002. Siden den gang tildeles midler til de regionale helseforetakene gjennom statsbudsjettet. Formålet med ISF-ordningen er å understøtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil bevilgningene til RHF-ene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til RHF-ene bli høyere. Høyere aktivitet enn forutsatt blir bare kompensert gjennom ISF. Helsedirektoratet styrer ISF-ordningen gjennom ISF-regelverket (2021).

Et viktig prinsipp er at finansieringen ikke skal være til hinder for god organisering av tjenestetilbudet til pasientene. Pasientbehandling skal skje basert på brukers behov, og finansiering av pasientbehandling skal ses i lys av den samlede bevilgningen. RHF-ene skal sikre at den administrative og medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering. Dette gjelder både for egne utførende virksomheter og private aktører RHF har avtale med.

ISF i somatikken fungerer slik at en mer ressurskrevende behandling gir høyere refusjon enn en mindre ressurskrevende behandling. ISF er imidlertid ikke ment å være et prioriteringssystem. Informasjon om kostnader innhentes fra alle helseforetakene hvert år. I tillegg rapporterer de aktivitetsdata.

ISF-refusjonen beregnes ulikt i somatikken og i psykisk helsevern/TSB. I somatikken blir ISF-refusjonen beregnet ved summen av ISF-poeng, enhetspris og ISF-andel. I psykisk helsevern og TSB er ISF-refusjonen lik summen av ISF-poeng og enhetspris. I både somatikken og psykisk helsevern/TSB er det tre ulike klassifikasjonssystemer som brukes til å beregne ISF-refusjon. Dette er DRG-systemet (DiagnoseRelaterteGrupper), STG-systemet (SærTjenesteGrupper) og TFG-systemet (TjenesteForløpsGrupper).

ISF-refusjonen beregnes på helseforetaksnivå, og ikke på avdelingsnivå. Kostnadsvektene som brukes hensyntar ikke ulikt kostnadsnivå og ulike pasientsammensetninger blant helseforetakene. De nasjonale kostnadsvektene er dermed ikke nødvendigvis i samsvar med helseforetakets faktiske kostnader. Videre er det ikke alle avdelinger som har aktiviteter som genererer ISF-inntekter. Beregningene kan ikke videreføres til den enkelte pasient eller avdeling. Av denne årsak er ISF-refusjonen på helseforetaksnivå og ikke på avdelingsnivå. Adferden til

enkeltavdelinger og behandlere i praksis kan imidlertid avvike fra dette prinsippet, selv om dette ikke er formålet med ordningen.

I litteraturen fremheves det at en viktig fordel med aktivitetsbasert finansiering er at det gir insentiver til kostnadseffektiv drift. Studier fra Norge finner at aktivitetsbasert finansiering bidro til økt effektivitet og kortere sykehusopphold (Bjørn, et al., 2010; Yin, et al., 2013). En metaanalyse finner også at aktivitetsbasert finansiering øker utskrivningshastigheten i sykehus (Palmer, et al., 2014). Studien finner også en mulig økning i reinnleggelser og alvorlighetsgrad av lidelser, som kan reflektere endringer i diagnosekoding. En annen metaanalyse finner at effekten av økonomiske insentiver på kvalitet i helsetjenestene i England er uklar (Mandavia, et al., 2017). Andre fordeler ved aktivitetsbasert finansiering er at prioriteringer kan styres ved å vektlegge ønskede aktiviteter høyere, og på denne måten stimulere beste praksis. Aktivitetsbaserte finansieringsordninger innebærer også økt transparens, og oversikt og dokumentasjon av aktiviteter.

Ulemper med aktivitetsbasert finansiering er at det kan innebære risiko for at prioriteringer påvirkes av økonomiske insentiver. Det kan føre til at pasienter som er «mer lønnsomme» prioriteres fremfor pasienter som er «mindre lønnsomme» (Greeny & Karlsen, 2014; Melberg, et al., 2016). Dette svekker kvaliteten i tjenestene, og kan bidra til uønskede forskjeller. En annen konsekvens er at behandlere kan kode feil med vilje for å utløse mer inntjening, også kalt «oppkoding» (Lægreid & Neby, 2012; Anthun, et al., 2017). Dette kan gjøre at dokumentasjon og oversikt over aktiviteter som fremstilles er uriktig, noe som svekker sammenlignbarheten mellom helseforetak og over år.

I tillegg kan systemet oppleves som komplisert og innebære transaksjonskostnader. Det er også økonomisk risiko for tjenestetilbyderen (Helse Sør-Øst, 2021). Greeny og Karlsen (2014) finner at kvaliteten på de medisinske kodene er utilstrekkelig, fordi koding ikke prioriteres i arbeidshverdagen. Det er også varierende kvalitet på internkontrollen i helseforetakene. Fordi helsetjenestene er i utvikling, kan det medføre at systemene som den aktivitetsbaserte finansieringen er basert på, er utdaterte. I disse tilfeller kan finansieringssystemet oppleves som et hinder for nye og effektive behandlingsmåter.

Etter at aktivitetsbasert finansiering ble innført i psykisk helsevern og TSB i Norge i 2017, har det blitt gjennomført lite forskning på effekten av dette. Det er imidlertid en analyse som finner at ISF i Norge ikke har hatt noen effekt på produktivitet i psykiatriske poliklinikker (Skrede, 2017). Det var imidlertid en positiv effekt på produktivitet ved allmennpsykiatriske poliklinikker ved DPS.

DRG-systemet

Gjennom DRG-systemet sammenstilles aktivitetsdata fra helseforetakene med de ulike DRG-gruppene, og dette benyttes til å fastsette refusjonene. Basert på gjennomsnittskostnader beregnes kostnadsvekter, som sier noe om hva opphold innenfor en DRG koster (i gjennomsnitt), i forhold til andre DRG-er. Dette gir grunnlag for beregning av ISF-refusjonen. I dag er det kun i somatikken man benytter DRG-baserte kostnadsvekter som grunnlag for finansiering.

En rekke studier undersøker effekter av DRG-basert finansiering. DRG-basert finansiering kan medføre reduserte oppholdstider i sykehus (Meng, et al., 2020). Andre studier finner at innføring av DRG-basert finansiering kan innebære noen utfordringer, for eksempel kan det skape forvirring med endringer i pasientklassifikasjonssystemer og redusere sammenlignbarheten av resultater fra år til år (Zeynep, 2014). Sykehusene kan oppleve lite sammenheng mellom referansekostnader og faktiske priser, som gjør det vanskelig å forutse utviklingen i priser og budsjetter fra år til år. I tillegg medfører DRG-basert finansiering insentiver til oppkoding (Zeynep, 2014; Januleviciute, et al., 2015). En annen studie finner at reinnleggelser har økt som følge av DRG-basert finansiering og det pekes på at årsaken kan være at DRG-basert finansiering ikke gir noen insentiver til å forhindre reinnleggelser (Vuagnat, et al., 2018). DRG-basert finansiering gir ingen insentiver til samhandling og koordinering på tvers av tjenester, og kan derfor innebære oppstykking av behandlingen som kan være ugunstig for pasienten (Helsedirektoratet, 2021). Det kan også øke insentivene til tidlig utskrivning, som ikke alltid er i tråd med ønskede kliniske prioriteringer (Mihailovic, et al., 2016). Dette kan medføre økt grad av reinnleggelser (Palmer, et al., 2014).

STG-systemet

ISF-refusjon for aktivitet som defineres som særtjeneste beregnes gjennom STG-systemet. Dette er for avgrensede aktivitetsområder (Helsedirektoratet, 2018). I poliklinisk psykisk helsevern og TSB er det utviklet STG for finansiering av perioder, i stedet for kontakter, for noen typer aktiviteter. Gjennom STG er finansering knyttet til andre elementer enn avsluttede og DRG-grupperte opphold. STG omfatter også tjenester som gis utenfor

sykehuset. Det kan anses som en form for forløpsfinansiering, fordi finansieringsenheten er et tjenestetilbud som går over en lengre tidsperiode, og det er variabelt hva slags type tjenester som inngår.

Innenfor psykisk helsevern og TSB er eksempler på aktiviteter der ISF-andel beregnes gjennom STG-systemet behandling og oppfølging gjennom ambulant behandlingsteam, nettbasert behandlingsprogram, kontinuerlig legemiddelbehandling som ledd i LAR, oppfølging og monitorering av enkelte typer pasienter, og fjernmonitorering og telemedisinsk oppfølging (Helsedirektoratet, 2021). Fra 2023 vil polikliniske samarbeidsaktiviteter med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten grupperes til STG også for PHV og TSB (Helsedirektoratet, 2022).

STG-systemet er en form for forløpsfinansiering, fordi finansieringsenheten er et tjenestetilbud som innebærer flere aktiviteter og strekker seg over tid (Helsedirektoratet, 2021). En fordel med dette er at det gir insentiver til økt koordinering og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, ettersom finansieringsenheten ikke skiller mellom tjenestenivå. Det gir også insentiver for sykehusene til å fokusere på kvalitet og kostnader i hele forløpet. Det kan gi pasientene en bedre opplevelse av tjenestene, og er særlig gunstig for pasienter med behov for samtidige og koordinerte tjenester fra ulike aktører.

Ulempe er at det er krevende å definere egnede grupper basert på tjenesteforløp, særlig dersom pasienter med like diagnoser har ulike behov for behandling (som særlig gjelder de med psykiske lidelser). En mulighet dersom forløpsfinansiering skal vurderes å innføres i større grad, er å se dette i sammenheng med nasjonale pasientforløp, som innebærer en standardisering av behandling og oppfølging av «like» pasienter. Pasientforløpene tar imidlertid ikke stilling til det medisinske innholdet i tjenestene.

TFG-systemet

ISF-refusjon for enkelte tjenesteforløp beregnes gjennom TFG-systemet. Dette er behandlingsaktivitet i et forløpsperspektiv, basert på tidsavgrenset aggregering av utvalgte opphold og særtjenester. Tjenester som utføres i sammenheng, finansieres samlet (Helsedirektoratet, 2018). Forløp ses på som et alternativ til oppholdsfinansiering, og er derfor en alternativ måte å måle aktivitet på. Forløp knyttes til å beskrive tjenester som henger sammen innholdsmessig, og som kan ses i sammenheng for finansieringsformål. Tjenester er begrenset til spesialisthelsetjenesten. De fem første tjenesteforløpsgruppene ble innført i Norge i 2019.

ISF-refusjon beregnet gjennom TFG-systemet for psykisk helsevern og TSB inkluderer forløp for poliklinisk behandling ved ulike diagnoser, for eksempel forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig ved ADHD, eller forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig ved schizofreni (Helsedirektoratet, 2021).

I TFG-systemet er det også noen grupper som inkluderer flere aktiviteter (DRG og/eller STG), men disse aktivitetene er begrenset til spesialisthelsetjenester. Dette kan gi insentiver til å samordne aktiviteter i spesialisthelsetjenesten, som kan skape mer helhetlige tjenester. Det kan motvirke den effekten DRG-systemet innebærer, herunder at det gir insentiver til å oppstykke behandlingen. Helsedirektoratet beskriver i en rapport hvordan TFG-systemet kan innføres som grunnlag for innsatsstyrt finansiering (Helsedirektoratet, 2018).

3.1.3 Resultatbasert finansiering

Ordningen med kvalitetsbasert finansering ble innført i spesialisthelsetjenesten i 2014. Resultatbasert finansiering har fra 2022 erstattet ordningen som ble omtalt som kvalitetsbasert finansiering (Helsedirektoratet, 2021). Resultatbasert finansering skal knyttes tettere til sentrale mål for utvikling i spesialisthelsetjenesten, særlig knyttet til samhandling og digitalisering. Sammenlignet med den kvalitetsbaserte finansieringsordningen, er antall indikatorer redusert. Ved denne typen finansiering tas det hensyn til grad av måloppnåelse på sentrale mål for utvikling av tjenesten, mens rammebevilgning er basert på objektive kriterier med utgangspunkt i behov. Formålet med resultatbasert finansiering er å bidra til høyere måloppnåelse på utvalgte styringsmål.

I beregningen av resultatbasert finansiering ligger det til grunn et sett med utvalgte indikatorer og tilhørende prestasjonsmål. Dette brukes til å beregne poeng, som vektes basert på størrelse og pasientsammensetning i de regionale helseforetakene. Per 2022 er det syv indikatorer, som er såkalte prosessindikatorer. Disse beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløpet. En belønningsmodell utgjør strukturen for hvordan de regionale helseforetakene blir belønnet for sin måloppnåelse på indikatorene.

I tildelingsbrevet for 2020 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å videreutvikle modellen for kvalitetsbasert finansiering. Navnet ble endret til resultatbasert finansiering. Resultatbasert finansiering skal skape insentiver til ønsket tjenesteutvikling, herunder økt grad av digitalisering og bedre samhandling (Helsedirektoratet, 2022). I innføringen av resultatbasert finansiering i psykisk helsevern i land som USA og Canada, har lengde på opphold

blitt valgt som betalingsenhet fremfor enkeltepisoder (Mason & Goddard, 2009). Dette er fordi psykiske lidelser kan innebære uforutsigbare prognoser, og dersom det ikke hensyntas at kostnader kan variere etter tidspunkt i behandlingsforløpet, kan dette påvirke innleggelses- og utskrivningsatferd til behandlerne.

En fordel ved resultatbasert finansiering er at det stimulerer kvalitet på parameterområder og innovasjon. På den annen side kan det gi svekket kvalitet på andre tjenesteområder ved at fokus kun er enkelte steder. I tillegg medfører det administrative kostnader knyttet til oppfølging. Ordningen kan innrettes slik at den balanserer virkninger av andre finansieringsordninger gjennom å utformes slik at den reduserer praksisvariasjon eller forekomst av unødvendige tjenester, eller slik at nødvendige eller ønskede tjenester finansieres ekstra.

Flere internasjonale studier undersøker effekter av resultatbasert finansiering. En metastudie finner at resultatbasert finansiering kan ha positiv effekt, men at størrelsen på effekten ofte er begrenset. Sannsynligheten for positiv effekt er høyere for finansieringsordninger med større insentiver (Ogundeji, et al., 2016). En annen studie finner at til tross for at flere land har innført resultatbasert finansiering i perioden 2010 til 2018, har ikke omfanget av studier som finner positive effekter av finansieringsordningen økt (Zaresani & Scott, 2021). Tilsvarende finner Mathes, et. al., (2019) at det er usikkert hvorvidt resultatbasert finansiering har effekt på utfall for pasienter, behandlingskvalitet, rettferdighet og ressursbruk.

Ved å sammenligne innføringen av resultatbasert finansiering i England, med Skottland som ikke hadde resultatbasert finansiering i perioden, finner en studie at oppholdslengden falt raskere og antall dagsaker økte raskere i England (Ferrar, et al., 2009).

Resultatbasert finansering kan bidra til å forbedre offentlige tjenester ved å premiere det som fungerer (Jacobs, 2014). Det er mest egnet for elektiv behandling (planlagt behandling), og mindre egnet for andre tjenester. I psykisk helsevern er det en særlig utfordring å utvikle kvalitetsmålinger og å endre betaling etter aktivitet til betaling etter resultater. Det kan være nyttigere å definere behandlingsgrupper etter hele behandlingsforløp, som gir insentiv til samlede behandlinger. Insentiver til å opprettholde inntekten er ikke alltid forenelig med å samle behandlingstjenester, noe som kan medføre fragmenterte tjenester, som særlig kan være ugunstig for mennesker med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. I psykiske helsetjenester kan utfordringer være knyttet til å definere behandlingsgrupper etter hele behandlingsforløp, og prise disse gruppene. Det er også risiko for uønskede vridningseffekter, for eksempel ved at tjenesten prioriterer pasienter med høy sannsynlighet for måloppnåelse (Norsk Psykologforening, 2022).

3.1.4 Kostnadskompensasjon og særlige tilskudd

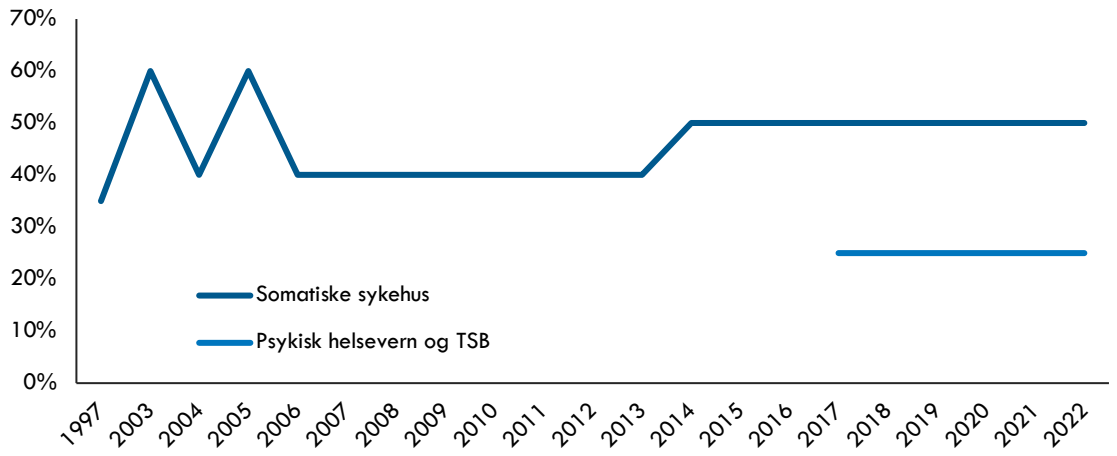
Kostnadskompensasjon er særlig benyttet i land med tradisjonelle helseforsikringsordninger. Helsepersonell og institusjoner får kompensert hele eller deler av sin ressursbruk. Ved særlige satsinger kompenseres utgiftene, for eksempel ved investeringer i sykehusbygg gis det særlige tilskudd og subsidierte lån (mot krav om gevinstrealisering/kostnadsreduksjoner). Se egne budsjettposter i Prop. 1 S (2021-2022), Prop. 1 S Tillegg 1 (2021-2022) og Stortingets budsjettvedtak.

3.1.5 Dagens finansieringsordninger: Kombinasjoner av ulike modeller

I dag benyttes en kombinasjon av ulike finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten i Norge. ISF representerer en del av finansieringsgrunnlaget (aktivitetsbasert finansieringsordning), hvor den andre delen i hovedsak er basisbevilgningen. Resultatbasert finansiering utgjør en svært liten del av den samlede finansieringen av spesialisthelsetjenesten.

Siden ISF ble innført i somatikken i 1997 har ISF-andelen utviklet seg i ulike retninger (Helse Sør-Øst, 2021). Andelen var 35 prosent i 1997 og økte gradvis til 60 prosent i 2003. I 2004 ble andelen redusert til 40 prosent, før den i 2005 ble økt til 60 prosent igjen. Mellom 2006 og 2013 var andelen 40 prosent. Etter 2013 har andelen ligget på 50 prosent. Per 2022 er andelen fortsatt 50 prosent i somatikken, og resten er basisbevilgning. ISF ble innført i psykisk helsevern og TSB i 2017 og er lavere enn i somatikken, på om lag 25 prosent. I tillegg er det kun ISF for poliklinisk aktivitet og ikke døgnbehandling. I regelverket for ISF er det lagt opp til økning i ISF-andelen i psykisk helsevern og TSB. Figur 3-2 viser utviklingen i ISF-andel i somatiske sykehus, psykisk helsevern/TSB.

Figur 3-2: Utvikling i ISF-andel i somatiske sykehus og psykisk helsevern/TSB



Kilde: NOU 2019:24 og ISF-regelverk 2022

I statsbudsjettet for 2023 foreslås det å redusere ISF-andelen i somatikken fra 50 til 40 prosent. Hensikten er å gi de regionale helseforetakene økt strategisk handlingsrom og mulighet til å prioritere oppgaver som ikke gir inntekter gjennom ISF. Det foreslås at ISF-andelen i psykisk helsevern og TSB holdes på samme nivå, som er om lag 25 prosent.

3.2 Særlig kjennetegn ved psykisk helsevern og TSB som kan ha betydning for virkninger av ulike finansieringsmodeller

Ulike finansieringsordninger kan ha ulike virkninger for somatikken og psykisk helsevern/TSB. Psykisk helsevern og TSB skiller seg fra somatiske helsetjenester på mange måter. Det er særlig forhold knyttet til kjennetegn ved pasientene og behandlingsmetoder/forløp som er ulikt mellom psykisk helsevern/TSB og somatikken, og som påvirker hvordan finansieringsordningene virker og bør utformes. I det følgende gis en kort beskrivelse av særlige kjennetegn ved psykisk helsevern og TSB, før erfaringer og innspill fra klinisk praksis oppsummeres i kapittel 3.3.

3.2.1 Heterogenitet i pasientgruppen

Pasienter i psykisk helsevern og TSB kjennetegnes ofte ved at det har komplekse og sammensatte lidelser. Mange pasienter har komorbide lidelser som gjør at de har behov for ulike typer behandlinger. Det er også stor heterogenitet i pasientgruppen. Det kan være svært stor spredning i alvorlighet mellom personer som har samme lidelse. Pasienter med samme diagnose kan ha svært ulikt årsaksgrunnlag som påvirker behov for behandling. Pasienter med samme lidelser kan dermed ha behov for ulik behandling, både i type behandling, intensitet og omfang. Dette kan være lite forenelig med et system med fastsatte kostnadsvekter basert på diagnosegrupper, som i liten grad gir insentiv til å tilpasse behandlingen til individuelle behov.

3.2.2 Svakere holdepunkter for spesifikke prosedyrer til spesifikke diagnoser

Det kan være vanskelig å utarbeide egnede kostnadsvekter per diagnosegruppe når sammenhengen mellom diagnose og egnet behandling er svak. For mennesker med psykiske lidelser og/eller ruslidelser er det flere behandlingsformer og tilnærminger som er dokumentert effektive innen de ulike diagnosegruppene. Det er dermed ikke gitt at det er en type behandling som er standarden for en type diagnose. Evidensbasert praksis innen psykisk helsevern og TSB krever kontinuerlig tilpasning av forskningsbaserte behandlinger til den enkelte pasients behov, tilstand og preferanser.

3.2.3 Behov for relasjonsbygging

Det kan være andre forhold ved behandling som er viktig for pasientenes utfall i psykisk helsevern/TSB, som ikke er like viktig i somatikken. For mennesker med psykiske lidelser er en særlig viktig del av behandlingen relasjonsbygging mellom pasient og behandler. Forskning tyder på at tillitt mellom behandler og pasient er avgjørende for at behandling skal være effektivt, og relasjonsbygging og kontinuitet blir derfor viktig for å sikre god pasientbehandling (Lambert & Barley, 2002; Flückiger, et al., 2018). At behandler og pasient har felles forståelse for målet er viktig, og det vil variere fra pasient til pasient hvor lang tid det tar for å bygge en god

relasjon. Aktivitetsbasert finansiering kan gi insentiv til å oppstykke behandlingen, for å utløse mest mulig inntjening. Dette kan være særlig ugunstig for mennesker med psykiske lidelser som har behov for kontinuerlig og helhetlig oppfølging og behandling, med tett relasjon til behandler.

3.2.4 Mangel på kvalitetsmål

Jacobs (2014) peker på at en utfordring i psykiske helsetjenester er å utvikle egnede kvalitetsmålinger. Det kan derfor være vanskelig å ha betaling basert på resultater. Det fremkommer også at behandlingsforløp i psykiske helsetjenester skiller seg fra behandlingsforløp i somatikken, ved at det i større grad er behov for langsiktige og samtidige tjenester fra primærhelsetjenesten for psykiske lidelser. Samarbeid med primærhelsetjenesten kan være komplisert, og dette kan påvirke finansieringen, for eksempel ved at det er vanskeligere å utvikle kostnadsvekter.

Norsk Psykologforening har utarbeidet et notat som beskriver hvordan direkte pasientrelaterte målinger kan benyttes som kvalitetsmålinger (Norsk Psykologforening, 2022). Det er mange utfordringer knyttet til å bruke aggregerte data fra pasientrelaterte målinger som nasjonale kvalitetsindikatorer. Det kan være nyttig med bruk av pasientrelaterte målinger i lokal sammenheng og eventuelt i nasjonale kvalitetsregistre, men det må sørges for å minimere rapporteringsmengden for klinikerne. Risiko for feilbruk og feiltolkning for spesifikke pasientgrupper og andre etiske problemstillinger knyttet til pasienter må hensyntas. Målinger bør ikke inngå i sammenligning mellom klinikker eller områder. Aggregering av data på nasjonalt nivå kan påvirke fordelingen av ressurser i tjenestene på en uhensiktsmessig måte. Det kan også bidra til mer brukerinvolvering, dersom det brukes riktig. Samtidig kan pasienter oppleve mye målinger som belastende.

3.3 Innspill fra tillitsvalgte og ledere i tjenesten

Gjennom informasjonsinnhentingen for denne utredningen har tillitsvalgte psykologer og ledere gitt innspill på fordeler og ulemper vel ulike finansieringsmodeller for psykisk helsevern og TSB, samt delt sine erfaringer fra tjenesten. Metoden for informasjonsinnhentingen er beskrevet nærmere i kap. 1.2.1. Vår oppfatning er at det innad i begge grupper kommuniseres ulike vurderinger av hva som er mest hensiktsmessig for å styrke prioriteringen av psykisk helsevern og TSB, samt legge til rette for god pasientbehandling. Det presiseres at det i enkelte tilfeller kan være andre drivere enn finansieringsordningen (for eksempel aktivitetskrav, lovverk eller kvalitetsmål) som kan forklare adferden og oppfatningen til den enkelte informant. Dette er forsøkt ivaretatt i oppsummeringen av innspillene.

Blant de tillitsvalgte trekkes det blant annet frem:

- Samkjøring av timer for pasienter samme dag lønner seg ikke (anbefales å dele opp over flere dager). Dette er ikke forenlig med ønsket klinisk praksis.
- ISF bidrar til oppretting av korttidspoliklinikker fordi det økonomisk lønner seg med korte pasientforløp.
- Bruk av fagdager for å lære om «kreativ koding» forekommer.
- Det finnes eksempler på at behandlere involveres i prosjekter der konsulenter/ledere gir råd om inntektsoptimalisering (maksimering av DRG-poeng).
- Frustrasjon omkring tidsbruk, bruk av ressurser og bruk av «psykologens tankemessige innhold».
- Det kan oppstå gnisninger mellom personell på grunn av mye mas omkring koding.
- Innføringen av ISF har hatt liten betydning for den kliniske praksisen (de jobber som før). Påvirker hverken prioriteringer eller innholdet i konsultasjonene.
- ISF legger føringer for hvordan tilbud som gis og hvordan psykologen prioriterer tiden sin.
- Stor variasjon i hvor detaljorientert ulike ledere er, ulik praksis knyttet til hvor langt ned kodingen «presses» i systemet.
- Mangler gode indikatorer på hvilken behandling som er god, dvs. det er krevende med resultatbasert finansiering i psykisk helse.
- Bekymring knyttet til en vridning omkring diagnose, både i diagnostisering og behandling.
- ISF har fokus på diagnose og utredning, ikke nødvendigvis behandling. Systemet legger ikke til rette for at pasienter får mulighet til å «modnes i terapi».
- Utfordringen med rammefinansiering er at somatikken vil bli prioritert over psykisk helsevern og TSB.
- ISF medfører prioritering av direkte møter med pasienter fremfor journalskriving, veiledning og andre møter.
- ISF innebærer prioritering av aktivitet, ikke effekt.
- Krevende å dokumentere negative vridningseffekter som følge av finansieringsordningen.
- ISF kan påvirke ledelseskultur og skape mer arbeidspress enkelte steder.

- Arbeid med koding er frustrerende da det tar mye tid, og det mangler prosedyrekoder for enkelte av tiltakene som gjøres ofte. Klinikere bruker ofte mye tid på koding.

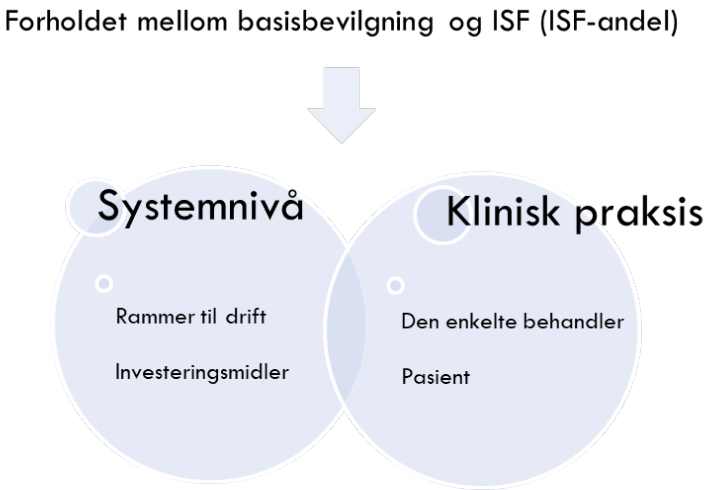
Lederne trekker blant annet frem:

- ISF kan bidra til at pasienter skrives ut når helseforetaket ikke får mer inntjening, selv om vurderingen kunne vært annerledes dersom det fulgte med finansiering.
- Psykologer kan dras inn i forløp der det egentlig ikke er behov for det, fordi det da kan kodes på en måte som utløser høyere inntjening.
- Ofte kunne man hatt en konsultasjon med både lege og psykolog til stede, disse splittes heller opp for å få uttelling for begge konsultasjonene.
- Nødvendig med aktivtetsbasert finansiering så lenge dette også finnes i somatikken. Konsekvens av lavere andel er at psykisk helsevern og TSB blir nedprioritert.
- ISF kan i noen tilfeller bidra til at pasienter ikke får tilstrekkelig behandling, noe som medfører reinnleggelser og økte kostnader for tjenesten.
- ISF har medført at det skapes «interne ventelister», noe som innebærer at pasienter kommer inn i systemet, men ikke få plass på det tilbudet de skal ha.
- Det er lederens oppgave å sørge for at ISF ikke påvirker adferden til den enkelte kliniker i møte med pasienten.
- Økt avstand mellom somatikk og psykisk helsevern fordi man krangler om midler.
- ISF fører til standardisering (f.eks. bruk av 45 minutters konsultasjoner, til tross for at annen lengde kan være optimalt.
- Krevende å spisse og detaljere prosedyrer og behandlinger innen psykisk helsevern.
- Utfordringer kan oppstå grunnet feil koding (feil beskrivelse av aktivitetsnivå).

3.4 Virkninger av ulike finansieringsordninger i psykisk helsevern og TSB

En finansieringsordning kan ha virkninger på ulike nivåer. Den kan både ha konsekvenser på systemnivå (avdeling eller helseforetak) eller for den enkelte behandler (klinisk praksis). Ved vurdering av fordeler og ulemper ved ulike ordninger kan det være behov for prioritering av ulike hensyn da modeller kan treffe ulikt på de ulike nivåene. I det følgende presenteres en vurdering av virkninger av finansieringsordninger i psykisk helsevern og TSB, basert på funn i litteraturen og innspill fra tillitsvalgte og ledere i tjenesten. Oppsummeringen har særlig fokus på virkninger av dagens ISF-ordning.

Figur 3-3: Virkninger på ulike nivåer



Illustrasjon Oslo Economics

3.4.1 Konsekvenser for klinisk praksis

Med klinisk praksis menes virkninger for den enkelte behandler og pasientene (individnivå).

Risiko for uønskede vridninger i klinisk praksis

Flere trekker frem at ISF i utgangspunktet kun burde være på systemnivå, og at det ikke skal påvirke adferden på avdelings- eller seksjonsnivå. Det trekkes likevel frem at det er vanskelig å forhindre at ISF påvirker behandlere lenger ned i systemet. Det pekes blant annet på eksempler der behandlere involveres i prosjekter der konsulenter/ledere gir råd om hvordan inntjeningen kan optimaliseres. Dette oppfattes som en uønsket adferdsendring på individnivå, som bryter med prinsippene og intensjonene med ISF.

En konsekvens av aktivitetsbasert finansiering er at behandlere kan få insentiver til å endre behandlingspraksis. Det kan være økonomiske hensyn som veies tyngre enn faglige, slik at det dermed ikke er pasientens behov som primært påvirker behandlingen som gis. Flere peker på at behandlere tilpasser behandling etter hva som utløser mest inntjening, og at signaler fra ledelsen kan bidra til å forsterke dette. Det blir trukket frem at det for eksempel lønner seg å unngå å samkjøre pasienter på samme dag, og at man derfor deler opp behandlingen over flere dager. Dette til tross for at det ikke vurderes som optimalt for pasientbehandlingen utfra et faglig ståsted. Videre er det flere som trekker frem at evidensbaserte behandlinger nedprioriteres fordi det ikke utløser samme inntjening. Et eksempel som har blitt pekt på av flere er at pasienter kan ha nytte av lange konsultasjoner, men fordi utformingen av dagens ISF-ordning er standardisert med 45 minutters konsultasjoner, deles konsultasjonene heller opp. Dette kan gi suboptimal behandling, samt innebære økt byrde for pasienten i form av tids- og reisekostnader.

Flere rapporterer om at dagens ISF-ordning ikke nødvendigvis er forenelig med riktig behandling, og enkelte løfter frem at innføringen av ISF har bidratt til flere reinnleggelser. Behandlere opplever at pasienter som kommer inn får mangelfull behandling, og at systemet innebærer mye vurderinger, særlig fordi pasienter i psykisk helsevern og TSB kjennetegnes av komplekse lidelser. Det er tidkrevende å gjøre gode faglige vurderinger, noe det ikke nødvendigvis er rom for. Disse utfordringene kan også være knyttet til at den samlede bemanningen og bevilgningen oppleves å være for lav. Videre peker flere på at dagens utforming ikke bidrar til økte insentiver til å behandle nye pasienter eller å redusere ventetidene. Dette henger sammen med at det er mer ressurskrevende å gjøre mottak og utrede nye pasienter, sammenlignet med å følge opp enkeltpasienter over tid.

Det er altså detaljer ved kodingen i systemet som påvirker atferden, som kan være uheldig. Systemet fører også til at mange pasienter kommer inn i helsesystemet, men ikke får tilstrekkelig behandling, og dermed blir gående i et passivt forløp. På denne måten kan det fremstå effektivt, fordi ventetiden kan gå ned, men i realiteten blir det heller en intern venteliste.

Ønskede vridninger i klinisk praksis

Samtidig som at flere peker på at innføringen av ISF har medført uønskede vridningseffekter, må det også påpekes at mange klinikere trekker frem at finansieringsordningen i ingen eller svært liten grad påvirker deres vurderinger i møte med pasienten. Flere peker på ledelsen som viktig for at dette skal være tilfelle, og at dersom signalene fra ledelsen er tydelige på at faglige vurderinger skal ligge til grunn, vil ordningen i liten grad medføre uønskede vridninger i pasientbehandlingen.

Enkelte peker på at en viss grad av aktivitetsbasert finansiering kan ha positive vridningseffekter, ved at behandlere i større grad får et forhold til prioritering av og effektiv utnyttelse av ressurser. Det pekes på at aktivitetsbasert finansiering kan gi insentiver til å ta inn og behandle flere pasienter, og at dette kan være positivt selv om behandlingsomfanget potensielt blir lavere. På denne måten kan en god utforming av ISF bidra til at flere får tilbud om psykisk helsehjelp, og mindre køer/reduserte ventetider.

Økt fokus på prioritering i klinisk praksis

Det trekkes frem flere positive sider av ISF-systemet. Systemet legger tydelige føringer for hva man skal bruke tid på, ved at aktiviteter verdsettes ulikt. Dette gir signaler om hva det er ønskelig at man skal prioritere. Det pekes også på at det at aktivitet synliggjøres, kan være positivt og bidra til transparens. I tillegg vil økt aktivitet bety mer midler, slik at man blir kompensert for å øke produksjonen. Enkelte trekker frem at dette kan virke motiverende.

Konsekvenser for samhandling

Innretningen av finansieringsordninger kan ha konsekvenser både for samhandlingen mellom helsepersonell og på tvers av ulike tjenester. Gjennom prosjektet har det blitt trukket frem at helsepersonell ikke samhandler i like stor grad (som kanskje kunne vært effektivt), fordi det ikke gir økt inntjening ved å ha for eksempel lege og psykolog i samme konsultasjon. Særlig aktiviteter og prosedyrer som ikke utløser inntjening blir nedprioritert, selv om dette

kan være oppgaver som er nødvendig å gjennomføre. Andre peker på at psykologen kan bli trukket inn i tilfeller der det ikke er nødvendig, fordi dette gir en høyere takst eller inntjening til helseforetaket. Det oppleves som frustrerende å bli involvert i saker der det ikke er behov, og dette går på bekostning av behandlingen til øvrige pasienter. Videre kan finansieringsordningen slik den er utformet i dag, svekke insentivene til å samhandle på tvers av tjenester, for eksempel med kommunehelsetjenester eller NAV og utdanningssystemet. Mennesker med psykiske lidelser har behov for kontinuerlige og helhetlige tjenester, og det er dermed behov for samhandling og koordinering mellom ulike tjenester. I dagens system er det egne koder for FACT gjennom TFG-systemet, men det er mangel på insentiver til annen type samhandling.

Økt administrasjonsbyrde

ISF-systemet generelt kan være tidkrevende og vanskelig å forstå. Flere opplever det som en belastning å måtte forholde seg til systemet, og at det tar for mye plass i hverdagen. Det er også enkelte aktiviteter som det ikke finnes koder for, eller som det oppleves at ikke er riktig vektet. Flere peker imidlertid på at det var mer krevende ved innføringen av ISF, og at de opplever at det har blitt enklere med tiden.

Konsekvenser for rapportering

Enkelte trekker frem at innføringen av ISF har ført til «kreativ koding». Det kan være at det ikke nødvendigvis er vridningseffekter og adferd som er påvirket av økonomiske insentiver, men at det heller registreres koder som ikke reflekterer virkeligheten. Dersom koder som registreres ikke reflekterer virkelige aktiviteter som gjennomføres, vil dette påvirke statistikken og fremstille feil bilde av virkeligheten. Det kan for eksempel se ut til å være ulikt aktivitetsnivå mellom avdelinger og helseforetak, mens det i realiteten egentlig bare er ulik registreringspraksis. Det kan også skapes en skjevhet, ved at behandlere opplever kodesystemet som avansert, og dermed kun registrerer koder man husker. Fokus på koding trekkes frem som frustrerende, og at det bidrar til redusert trivsel.

3.4.2 Konsekvenser på systemnivå

Som beskrevet tidligere fordeles midler fra staten til de fire regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene (og helseforetakene) har videre stor frihet til å bestemme innretningen av finansieringsordninger for sine underenheter. Hvilke tjenester som omfattes av ISF og graden av ISF-finansiering kan ha betydning for hvordan midlene fordeles nedover i systemet.

Økt prioritering av psykisk helsevern og TSB

Gjennom informasjonsinnhentingen er det flere ledere og tillitsvalgte som har trukket frem at det i dag er utfordringer knyttet til allokering av midler fra de regionale helseforetakene ned til ulike avdelinger. Det pekes særlig på at psykisk helsevern og TSB nedprioriteres til fordel for somatiske tjenester, og at dette har pågått over lang tid til tross for sterke politiske føringer om at psykisk helse skal prioriteres høyere. Forskjeller i ISF-andelen nevnes som en mulig forklaring på årsaken til at psykisk helse nedprioriteres av de regionale helseforetakene og helseforetakene. Ettersom aktiviteten i somatikken i større grad har betydning for de regionale helseforetakenes finansiering, kan det bidra til ønske om å prioritere midler til disse tjenestene. En økning av ISF-andelen for psykisk helsevern og TSB (eller reduksjon for somatikken) pekes på som en mulig løsning for å hindre nedprioritering ved fordeling av midler fra de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Sammenligning på tvers av helseforetak og avdelinger

Enkelte har trukket frem at innføringen av ISF i psykisk helsevern og TSB kan skape uheldig variasjon og sammenligning mellom avdelinger og helseforetak. Det pekes på at ledelsen kan ha ulik oppfatning knyttet til viktigheten av aktivitetstall og rapportering, og at dette skaper forskjeller i registrerings- og rapporteringspraksis på tvers av ulike avdelinger og helseforetak. Dette kan bidra til at det gjøres sammenligninger på uegnet grunnlag, som igjen skaper økt press på behandlere. Utfordringer knyttet til forskjeller i lederkultur kan potensielt forsterkes ved bruk av aktivitetsbaserte finansieringsordninger.

3.4.3 Sammenheng mellom diagnose og kostnader

Som diskutert tidligere er det noen utfordringer med å benytte DRG-systemet i psykisk helsevern, og forhold som gjør at tjenesten skiller seg fra somatiske tjenester (se avsnitt 3.2). Dette er blant annet knyttet til heterogenitet i pasientgruppen, svake holdepunkter for spesifikke prosedyrer til diagnoser, behovet for relasjonsbygging og mangel på kvalitetsmål. Ressursbruken (kostnaden) for en poliklinisk konsultasjon innen psykisk helsevern påvirkes i

mange tilfeller i liten grad av pasientens diagnose (dette reflekteres blant annet i forholdsvis like kostnadsvekster). At diagnosen ikke er drivende for ressursbruken knyttet til konsultasjonen trekker i retning av at finansieringen av slik aktivitet ikke bør knyttes til diagnose, og at det kan være mer hensiktsmessig å operere med enklere aktivitetsmål. Dette kan bidra til å redusere belastningen knyttet til rapportering og koding, samt unngå unødvendig utredningsaktivitet.

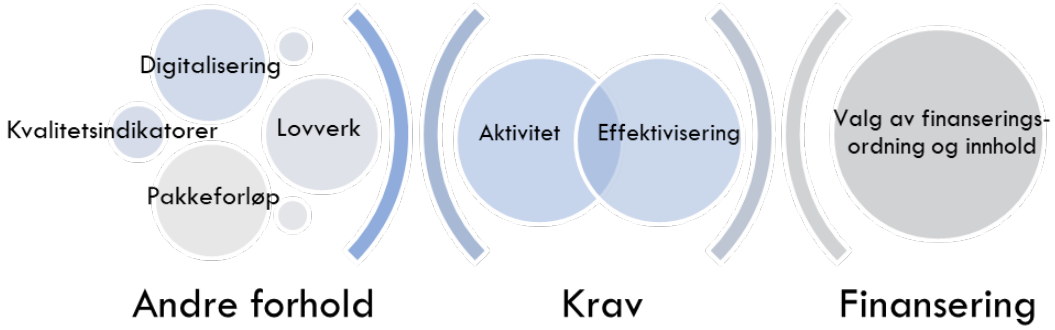
4. Finansieringsordninger må ses i sammenheng med flere forhold

God utforming av finansieringsordninger er viktig for å legge til rette for at samfunnets ressurser utnyttes på en effektiv måte. I tillegg til hvordan tjeneste finansieres, vil en rekke andre forhold også påvirke hvordan tjenester leveres og hvordan behandlere opplever arbeidshverdagen. Krav til aktivitet og effektivisering i tjenestene, nasjonale kvalitetsindikatorer, lovverk, digitalisering og pakkeforløp er eksempler på forhold som virker sammen med finansieringsordningen. Disse forholdene kan i flere tilfeller ha like stor eller større betydning for klinisk praksis og prioritering, som valg av finansieringsmodell.

4.1 Forhold som har betydning for klinisk praksis og prioritering

Det er en rekke forhold som må ses i sammenheng med finansieringsordningene (Figur 4-1Figur 4-1). Disse er diskutert nærmere i det følgende.

Figur 4-1: Sammenheng mellom andre forhold, krav og finansiering



Illustrasjon Oslo Economics

4.1.1 Pakkeforløp (nasjonalt pasientforløp fra 2023)

Pakkeforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling er en organiseringsform for tjenestene, der hensikten er å gi helhetlige og forutsigbare behandlingsforløp, uten unødig ventetid. Opplysninger om tidsbruk og aktiviteter i det enkelte pasientforløp skal registreres. Det er opprettet koder for de nasjonale pasientforløpene i Norsk pasientregister, for å kunne følge med på om målene oppnås. Det er også utviklet kvalitetsindikatorer som kan brukes til styringsinformasjon. Pakkeforløp innebærer innføring av en normering, som gir føringer for hvordan et tjenesteforløp bør være for pasienter. Pakkeforløp vil på denne måten påvirke hvordan tjenestene innrettes.

Evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse- og rus viser at fagfolk opplever at pakkeforløpene er en belastning, og at det ikke er forståelig hvilken funksjon det skal ha (Ådnanes, et al., 2021). Det er særlig mangel på gode datasystemer og flere administrative oppgaver som gjør at det oppleves belastende.

4.1.2 Digitalisering

Det er økende bruk av IT og komplekse informasjonssystemer i helse- og omsorgssektoren. Dette stiller høye krav til teknisk og digital kompetanse for helsepersonell, og for mange kan det være tid- og ressurskrevende å sette seg inn i nye systemer. I tillegg medfører digitalisering merarbeid til dokumentasjon. En årsak til utvidet dokumentasjon er relatert til lovkrav og pasientrettigheter, for eksempel automatisk kopi av journal. Digitalisering påvirker både organisering og arbeidsprosesser, og dermed hvordan helsepersonell utfører tjenester. I tillegg kan det påvirke hvordan pasientene opplever møte med helsetjenesten. Økt bruk av digitale løsninger kan gi bedre behandlingstilbud og utnyttelse av samfunnets ressurser, men kan også innebære økte kostnader i tjenesten. Før nye løsninger introduseres, bør nytte og kostnader vurderes og sammenlignes.

Digitalisering er imidlertid en viktig faktor i arbeidet med å imøtekomme de fremtidige utfordringene i helsesektoren, blant annet fordi effektive digitale systemer kan bidra til å avlaste helsepersonell og øke effektiviteten i behandlingsforløp.

4.1.3 Lovverk og forskrifter

Helsetjenesten reguleres av en rekke lover og forskrifter, eksempelvis pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022), helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021) og lov om spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Lov om psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022) regulerer psykiske helsetjenester i spesialisthelsetjenesten. Formålet med loven er å etablere og gjennomføre psykisk helsevern på en forsvarlig og rettssikker måte, og at tiltakene i loven tar utgangspunkt i pasientens behov og respekt for menneskeverdet. I tillegg til loven finnes en tilhørende forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Lovverket og forskriftene har stor betydning for hvordan psykiske helsetjenester leveres og hvilke rettigheter pasientene har, noe som igjen har betydning for den enkelte kliniker og prioritering av ressurser mellom pasientgrupper og tjenesteområder.

4.1.4 Krav som del av oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet

Som del av det årlige oppdragsdokumentet gir Helse- og omsorgsdepartementet føringer til helseforetakene knyttet til aktivitets- og effektivitetskrav og juridiske krav. Dette omfatter også psykisk helsevern. I oppdragsbrevet for 2022 fremkommer det at styrking av psykisk helsevern og TSB er ett av tre hovedmål. Det fremkommer også at det arbeides med en opptrappingsplan for psykisk helse, som blant annet skal sikre økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten og hindre nedbygging av sengeplasser. Det er særlig fokus på barn og unge, og personer med ROP-lidelser.

Målene inkluderer styrking av psykisk helsevern og TSB slik at tilbudet kan trappes opp, og at forebygging og kvalitet skal prioriteres og utfall av behandling skal vektlegges. Det er også mål om å forhindre feil bruk av tvang og tilrettelegge tjenestene for å forebygge aggresjon og vold. Det nevnes en rekke indikatorer i oppdragsbrevet:

- Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager i psykisk helsevern for voksne, 35 dager i psykisk helsevern for barn og unge, og 30 dager i TSB.
- Aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 enn i 2021 (for både døgnbehandling og poliklinisk behandling).
- Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern og TSB skal være minst 80 prosent.
- Andel pasienter i pasientforløp som har utarbeidet behandlingsplan sammen med behandler skal være minst 80 prosent.
- Minst 70 prosent av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.

4.1.5 Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem er statistikk som belyser kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2022). Det skal være et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på det området som måles, som kan brukes i forbedringsarbeidet. Det er tre typer indikatorer: strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer. NKI har blitt brukt i kvalitetsbasert finansiering, der midlene i den kvalitetsbaserte andelen ble fordelt med bakgrunn i noen utvalgte NKI med tilhørende prestasjonsmål. Som tidligere pekt på av Norsk Psykologforening, må en pakke av ulik informasjon til for å få et helhetlig bilde av kvaliteten i tjenesten (Norsk Psykologforening, 2022). Mange klinikere opplever at dagens indikatorer er for lite relevante, og at de i virkeligheten kan virke mot målsetningen om bedre kvalitet til brukere. Norsk Psykologforening peker på at de nasjonale kvalitetsindikatorene bidrar til en forskyvning i mål i tjenestene, ved at aktiviteter som gir resultater på indikatorer prioriteres fremfor mer komplekse faglige aktiviteter.

Videre har Riksrevisjonen pekt på at de nasjonale kvalitetsindikatorene ikke gir kunnskap om hvorvidt behandlingen faktisk virker, eller om det er god ressursutnyttelse (Riksrevisjonen, 2021). Indikatorer legger føringer for hvilke aktiviteter som skal gjøres og hva som skal prioriteres, som kan gå på bekostning av pasientens beste i enkelte tilfeller. Videre er det en utfordring at kvantitative mål ikke nødvendigvis er gode for å si noe om effekt, samtidig som økt krav til rapportering kan gå på bekostning av tid til pasientbehandling. Et alternativ til nasjonale kvalitetsindikatorer kan være lokale tilnærminger for å skape insentiver til forbedring og økt kvalitet. Det er utenfor mandatet i denne utredningen å vurdere virkningene av NKI, og hvorvidt alternative

løsninger kan tenkes å være bedre. For en nærmere omtale av kvalitetsmålinger, se Norsk Psykologforenings utredning (Norsk Psykologforening, 2022).

4.1.6 Tilskudd til byggeprosjekter

Sykehusbygg koordinerer utviklingen av sykehusbygg sammen med helseforetakene og de regionale helseforetakene. Det er flere veiledere for hvordan dette skal skje. I veileder for tidligfaseutredning, kap. 9 heter det:

«Innenfor helsesektoren er det ofte slik at et byggeprosjekt isolert sett ikke har tilstrekkelig økonomisk bæreevne. Derfor må også helseforetakets samlede økonomiske bæreevne tas med i vurderingene. Det vises til Veileder for økonomiske analyser av investeringsprosjekter for nærmere beskrivelser: www.sykehusbygg.no. Helsedepartementet/de regionale helseforetakene kan yte lån til helseforetakene, men dette forutsetter gevinstrealisering og økonomisk bæreevne.»

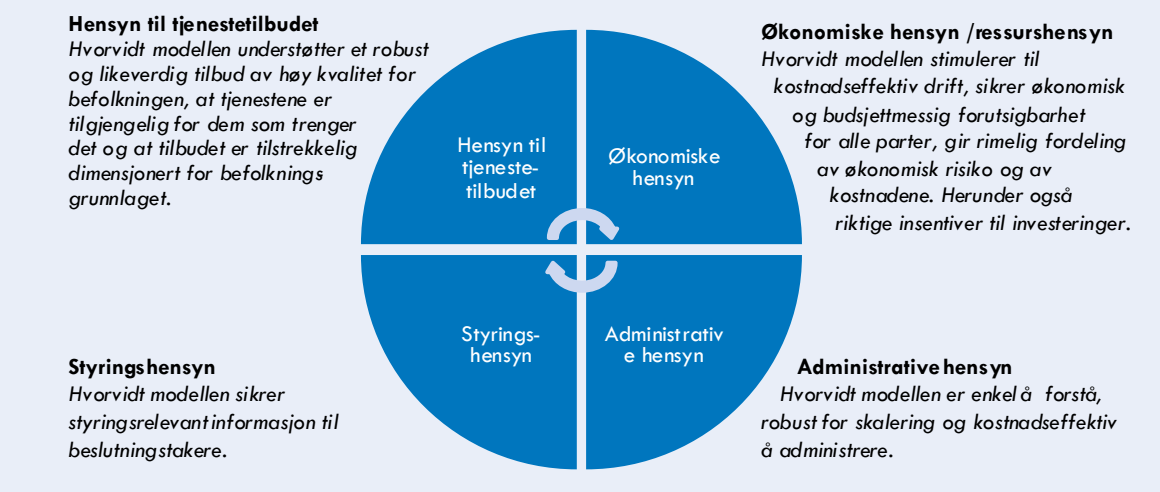
4.2 Hvilke hensyn bør en finansieringsmodell ivareta?

Knapphet på offentlige midler og samfunnets ressurser innebærer at beslutningstakere må forvalte fellesskapets ressurser, og prioritere mellom ulike alternativer og grupper. Samtidig må de legge til rette for en organisering og finansiering som både bidrar til effektiv ressursutnyttelse og at ressursene fordeles på en rettferdig måte i befolkningen. Finansieringsordninger er et av verktøyene beslutningstakere har for å legge til rette for riktig bruk av samfunnets ressurser.

4.2.1 Hvilke hensyn skal en finansieringsordninger ivareta?

En finansieringsordning kan utformes for å ivareta ulike hensyn. I mange tilfeller utformes modellen på en måte som gjør at den ivaretar flere hensyn samtidig, som i noen tilfeller kan være motstridende og må veies opp mot hverandre. Generelt utformes og vurderes ofte finansieringsordninger ut ifra fire overordnede hensyn; hensyn til tjenestetilbudet, økonomiske hensyn/ressurshensyn, administrative hensyn og styringshensyn (Figur 4-2Figur 4-2).

Figur 4-2: Hensyn som ofte skal ivaretas av en finansieringsordning



Illustrasjon Oslo Economics

Kategorien ***hensyn til tjenestetilbudet*** handler om at finansieringsordningen skal stimulere til riktig lokal tjenesteinnretning ved hver enkelt institusjon eller avdeling, og samtidig stimulere til et likeverdig tilbud til hele befolkningen. Videre bør finansieringsordningen ivareta institusjonen eller avdelingens fleksibilitet og egenart. Mens hensynet til tjenestetilbud skal sikre en riktig innretning, skal prinsippet om ***økonomiske hensyn*** ivareta kostnadseffektivitet. Dette innebærer at ressursene utnyttes på en kostnadseffektiv måte, som sikrer økonomisk og budsjettmessig forutsigbarhet, samtidig som det gir en rimelig fordeling av økonomisk risiko og kostnad. Dette hensynet omfatter også hensynet til investeringer, som innebærer at modellen bør legge til rette for at det gjøres investeringer der ressursene gir høyest avkastning i form av nytte til befolkningen. De ***administrative hensynene*** ved valg av finansieringsordning innebærer at forvaltningen av ordningen skal være så enkel som mulig, i betydningen at berørte aktører ikke påføres en betydelig ressursbruk. ***Styringshensynet*** skal ivareta hensynet til overordnet politisk og administrativ styring, som innebærer at finansieringsordningen skal sikre styringsrelevant informasjon til beslutningstakerne.

5. Hvordan sikre varig styrking av tjenesten?

Helseforetakene opplever allerede bemanningsutfordringer, og framskrivninger tilsier at behovet kun vil øke i fremtiden. Det er økte budsjettmidler som er det viktigste for den videre utviklingen i sektoren. Ingen, eller lavere ISF-andel i psykisk helsevern enn i somatikken, kan medføre at det er lettere å kutte aktivitet der man i mindre grad blir straffet i form av redusert ISF-betaling. Ulemper ved ISF bør balanseres med en faktisk handlingsregel for prioritering, tydelige ledelsessignaler og kliniske retningslinjer. Særlige uheldige utslag av ISF bør korrigeres ved hjelp av styringssignaler og regelendringer. For å sikre varig styrking av psykisk helsevern og TSB er det viktig at det ikke ligger økonomiske insentiver til å prioritere somatikken i finansieringsordningene.

5.1 Finansieringsgrunnlag i tråd med behovsutviklingen

Helse- og omsorgssektoren står overfor store utfordringer i de kommende årene. Den demografiske utviklingen og utviklingen i sykdomsforløp vil medføre økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, og økt aktivitetsnivå innebærer økte kostnader i spesialisthelsetjenesten. Utviklingen medfører også økt behov for bemanning i helseforetakene. Mer kompleks medisinsk behandling og utvikling i retning av flere digitale informasjonssystemer gjør at det stilles høyere krav til kompetanse enn tidligere. Helseforetakene opplever allerede bemannings-utfordringer, og framskrivninger tilsier at behovet kun vil øke i fremtiden. Over de siste 30 årene har det vært en betydelig styrking av spesialisthelsetjenesten, men i årene fremover er det usikkerhet knyttet til veksten. Dette skyldes blant annet at vi ikke venter samme velstandsøkning i Norge fremover som vi har hatt de siste årene. Helseforetakenes økonomiske situasjon er kritisk, og det er usikkert hvordan bildet vil se ut fremover. Samtidig er det grunn til å tro at befolkningen og samfunnet generelt vil ønske å prioritere helsetjenester høyt fremover, både som et resultat av at velstanden øker og behovet blir større.

Med offentlig finansiering og uten vesentlig egenbetaling vil det alltid være en kø etter tjenester. Det kan derfor ikke være et mål å ikke ha helsekøer, men at ventetidene ikke er uheldige og at pasientene som behandles prioriteres i henhold til prioriteringskriteriene.

Argumenter for økt budsjettandel til psykisk helsevern og TSB omfatter:

- En økende andel av befolkningen er i kontakt med helsetjenesten med en psykisk diagnose og mange får ikke den behandlingen de har behov for. Som beskrevet i kapittel 1, har Helsedirektoratet anslått de årlige samfunnskostnadene forbundet med psykiske lidelser til 37 milliarder i helsetjenestekostnader, 48 milliarder i tapt verdiskaping og 195 milliarder i tapte leveår og tapt livskvalitet. Tiltak som bidrar til redusert sykdomsbyrde og økt arbeidsdeltakelse vil kunne være lønnsomt fra et samfunnsperspektiv.
- Det har vært en omfattende omlegging til poliklinisk behandling og en systematisk nedbygging av sengepostene. Flere er bekymret for at denne utviklingen har gått for langt og at det er grunn til å reversere denne utviklingen, noe som vil kreve økte budsjettmidler.
- Mange avdelinger driver fortsatt i gammel bygningsmasse. Det er mange planer for nybygg og samlokalisering med somatikken, men disse synes å være underfinansiert. Gevinstrealisering i form av kostnads-reduksjon i driften synes ikke å være forsvarlig, særlig ikke i det omfanget som er nødvendig for å finansiere tidsmessige bygg. Kanskje er kravet om samlokalisering så dyrt at kostnad og nytte ved en slik strategi må revurderes.

5.2 Alternative finansieringsordninger?

Som redegjort for i kapittel 4.2 innebærer vektingen av de ulike virkemidlene i en finansieringsordning en prioritering mellom ulike mål, som helt eller til dels er i konflikt med hverandre. Typisk ser man også endringer i vektene i finansieringsmodeller mellom tjenesteområder, geografiske områder og over tid, i tråd med de områdene man særlig ønsker å prioritere. Det er således ingen finansieringsordninger som er «perfekte».

Det synes imidlertid å være noen finansieringsordninger som i større grad påvirker de samlede rammene. De mest robuste ordningene er rettighetsfestede ytelser slik vi kjenner de fra trygdeområdet, der politikerne har et begrenset handlingsrom i budsjettprosessene. Motsatt synes det som rammefinansiering og tilskudd er de

finansieringsformene som det er lettest å endre i de årlige budsjettprosessene. Dette gjelder både økninger og reduksjoner. Aktivitetsbasert finansiering som ISF kommer i en mellomposisjon og vurderes å være mer robust for endringer, selv om det også her kan gjøres endringer i form av å justere aktivitetstak og kompensasjonssatser. Om man fortsetter med ISF bør man se etter løsninger der vi har enkle aktivitetsmål som sammenfaller med ressursbruken og bidrar til positive vridningseffekter (økt aktivitet der man ønsker at aktivitet skal øke). Om ISF avvikles er det viktig med andre mekanismer som sikrer en varig styrking av tjenestetilbudet og gir riktige insentiver til aktivitet.

Det viktigste er trolig at ulik bruk av ISF i somatikk og psykisk helsevern kan medføre at det er lettere å kutte aktivitet der man i minst grad blir straffet i form av redusert ISF-betaling. Selv om ISF anvendt innen psykisk helsevern gir vesentlige utfordringer synes det allikevel være å foretrekke å ha lignende finansieringsordninger som somatikken.

Helsedirektoratet peker på at spesialisthelsetjenesten har mange og til dels motstridende mål, og at det derfor ikke er en finansieringsordning som kan oppfylle alle mål (Helsedirektoratet, 2015). Det er derfor mest hensiktsmessig med en sammensetning av flere ordninger, som gir en fleksibilitet som kan imøtekomme varierende behov. Fordelen med ISF er at det kan stimulere til god tilgjengelighet og effektivitet. Basisbevilgningen legger til rette for at behandlingskvalitet også gis finansiell understøttelse. Dette gjelder for både somatikken og psykisk helsevern/TSB. For psykisk helsevern/TSB er det mer uklart hvorvidt resultatbasert finansering er egnet. Årsaken til dette er at resultatbasert finansiering krever presis kunnskap og dokumentasjon av resultater, noe som kan være vanskeligere for psykisk helsevern og TSB enn for somatikken.

For å understøtte intensjonen om at finansieringsordninger skal understøtte god behandling kan det være andre hensiktsmessige virkemidler, som for eksempel handlingsregler og tilsyn. På denne måten kan man holde på ISF i, samtidig som at andre virkemidler kan bidra til å motvirke de vridningseffektene som ISF skaper. En annen fordel ved ISF som finansieringsordning er det gir et bedre underlag og mer kunnskap om tjenestene over tid.

Eksempler på andre ordninger som kan balansere de negative konsekvensene av finansieringsordningen er:

- Handlingsregel for prioritering, som «den gylne regel», men der kriteriet er mer bindende for budsjettandeler enn praktiseringen i de senere år.
- Tydelige signaler fra ledelse om at finansieringsmodellen skal understøtte god faglig praksis, ikke motsatt. Dette vil over tid føre til at vektene i DRG-systemet oppdateres.
- Synliggjøre uheldige utfall og tilpasninger til finansieringsordningene og bidra med konkrete forslag slik at særlige uheldige atferdsendringer i klinisk praksis og i virksomhetens drift unngås.
- Kliniske retningslinjer og nøkkeltall for god klinisk praksis, som også kan benyttes til å synliggjøre avvik og uønsket variasjon.
- Teknologiske løsninger og støttepersonell som kan avlaste den administrative byrden.

5.3 Utbyggingsprosjekter

Mange av innspillene vi har mottatt i intervjuer og møter synes å være rettet mot krav til kostnadsreduksjon for å frigjøre økonomiske midler til nybygg og mer funksjonelle lokaler. Det kan synes som det er behov for å vurdere realismen i en del av gevinstrealiseringsløftene fra HF til RHF for å underbygge at de har økonomisk bærekraft til å finansiere nybygg. Det synes å være grunnlag for å revurdere finansieringsbehovet, og se på kostnadsnivået i byggeprosessene. Er for eksempel ønsket om samlokalisering med somatikken så fordyrende at kostnad og nytte bør revurderes. Tillitsvalgte og ledere kan peke på manglende realisme i innsparingstiltak i tidligfaseutredning og KSK.

5.4 Aktiv rolle i videre utforming av finansieringsmodellene

Finansieringsmodellene er i stadig endring og det er nedsatt et utvalg ledet av Jon Magnussen. Sykehusutvalget skal blant annet gi en vurdering av erfaringene med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen og foreslå tiltak som kan bidra til effektiv ressursutnyttelse og spesialisthelsetjenester av god og likeverdig kvalitet. Videre skal de vurdere tiltak for å redusere markedstenkningens plass innen styringen av helseforetakene og vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg, samt vurdere tiltak for å redusere mål- og resultatstyringens plass i styringen av helseforetakene med sikte på å fjerne unødvendig rapportering og detaljstyring. Utvalget skal legge fram sin tilrådning innen 31. mars 2023. Norsk Psykologforening bør aktivt bidra til dette arbeidet.

Vedlegg A Litteraturoppsummering

Det er gjennomført mye forskning på virkninger av ulike finansieringsordninger. Store deler av forskningen fokuserer på somatiske helsetjenester, men det er også gjort forskning på virkninger for psykiske helsetjenester. I det følgende presenteres en oppsummering av litteraturgjennomgangen gjennomført i forbindelse med dette prosjektet.

A.1 Rapporter som sammenligner aktivitetsbasert finansiering og basisbevilgning

En gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015)

Helsedirektoratet gjorde i 2015 en gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten med mål om å identifisere mulige utviklingsbehov. Direktoratet fremhever at en basisbevilgning innebærer lite insentiver, fordi inntekten er den samme uavhengig av aktivitet. Det er derfor en prioriteringsnøytral finansieringsordning. En slik ordning gir svake insentiver til å effektivisere drift, fordi finansieringen ikke reduseres når aktivitet reduseres. Det kan likevel være insentiver til å effektivisere, fordi mer effektiv drift øker helseforetakets handlingsrom. Ved å innføre aktivitetskrav, kan man til dels sikre at aktivitetsnivået ikke faller til et uønsket nivå. Ettersom behandlingskostnader er varierende og uforutsigbare, medfører en fast basisbevilgning forutsigbarhet og kan bidra til å sikre handlingsfrihet i helseforetakene. Ordningen gir også en finansiell fleksibilitet, samt rom for klinisk skjønn.

Helsedirektoratet trekker frem at ISF-ordningen hovedsakelig bidrar til to insentiver:

- insentiv for økt aktivitet
- insentiv for kostnadseffektiv drift

En aktivitetsbasert finansieringsordning som ISF vil i prinsippet gi insentiver til økt aktivitet, fordi dette utløser økt bevilgning. Styrken på insentivene vil avhenge av refusjonsandelen (hvilken andel ISF utgjør av den samlede finansieringen). Over de siste årene har myndigheter hatt fastsatte mål for aktivitetsnivå, og dette demper insentivene til høy aktivitet. Høy aktivitet betyr imidlertid ikke nødvendigvis tjenester og prioritering i samsvar med sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. De økonomiske insentivene kan som følger av ordningen kan medføre utilsiktede virkninger, for eksempel uønskede vridninger i tjenestetilbudet. Fordi DRG-vektene er fastsatt på bakgrunn av gjennomsnittskostnader, vil pasientbehandling som innebærer mindre ressursbruk enn DRG-vekten er basert på betyr at helseforetaket tjener penger på å utføre slike behandlinger. Dette kan bidra til uønskede vridningseffekter i tjenestetilbudet.

Utvikling av finansieringssystemer for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene (Helsedirektoratet, 2021)

I en rapport fra Helsedirektoratet fra 2021 trekkes det frem styrker og svakheter ved ulike ordninger. Direktoratet peker på at basisbevilgning stimulerer til effektiv drift, samt støtter kostnadskontroll og tillitsbasert styring. Svakhetene som trekkes frem er at det kan oppstå kødannelse/økt ventetid, samt manglende prioritering av tjenesteutvikling. I rapporten diskuteres det også hvorvidt de ulike ordningene stimulerer til sammenhengende tjenester gjennom samhandling og koordinering. Basisbevilgning vurderes til å være nøytral på sammenhengende tjeneste, mens det pekes på at det er godt dokumentert at aktivitetsbaserte ordninger stimulerer effektiv drift, innovasjon og aktivitet. Samtidig pekes det på at slike ordninger innebærer risiko for kostnadsovervelting, at det kan hindre optimalt tjenestenivå og at det er et komplisert system som innebærer transaksjonskostnader. Diagnoserelaterte grupper som betalingsordning vurderes å kunne utgjøre en fare for fragmenterte tjenester. Styrker ved resultatbasert finansiering er at det stimulerer kvalitet på parameterområder og innovasjon, mens svakheter er at det kan gi svekket kvalitet på andre tjenesteområder. Resultatbasert finansiering vurderes videre til å kunne stimulere sammenheng i tjenestene.

Økonomisk langtidsplan 2022-2025 - forholdet mellom ISF og basisbevilgning (Helse Sør-Øst, 2021)

Helse Sør-Øst publiserte i 2021 en økonomisk langtidsplan for 2022-2025 der forholdet mellom ISF og basisbevilgning ble belyst. Rapporten diskuterer fordeler og ulemper ved endring i refusjonsandelen for ISF, med fokus på somatikken. Ved ISF er det ulik risikodeling mellom den som finansierer og den som utfører aktivitet. Dersom andelen aktivitetsbasert finansiering er høy, ligger den den økonomiske risikoen i større grad hos den som

utfører aktiviteten. Dersom helseforetak bruker ISF-systemet til å finansiere avdelinger, er det risiko for under- eller overfinansiering. Å øke andelen basisbevilgning vil redusere denne risikoen. Basisbevilgning innebærer økt forutsigbarhet, fordi høyere andel basisbevilgning gir høyere inntekt selv ved lavere aktivitet enn forutsatt i statsbudsjettet. På den annen side kan de totale midlene til finansiering av spesialisthelsetjenesten være høyere ved høyere ISF-andel, fordi økt aktivitet øker inntjeningen. Det trekkes frem noen potensielle ulemper ved å ha lavere ISF-andel i rapporten. For eksempel innebærer ikke nye oppgaver alltid egen finansiering, og ved lavere ISF-andel kan det bli vanskeligere å dekke kostnadene knyttet til nye oppgaver. En høyere ISF-andel kan gi insentiv til å redusere kostnader på bekostning av kvalitet. Det er imidlertid andre mekanismer som kompenserer for deler av dette, for eksempel krav fra eier og kliniske retningslinjer. Videre er helsetjenestene i utvikling hele tiden, og ISF-ordningen kan dermed være utdatert til tider. Dette kan gi uønskede prioriteringer. Ved å redusere ISF-andelen svekkes slike uønskede vridningseffekter. Isolert sett er en fordel ved ISF-systemet at det gir insentiver til økt aktivitet og begrensede kostnader, som betyr kostnadseffektiv drift.

A.2 Forskning på aktivitetsbasert finansiering

Activity-Based Funding of Hospitals and Its Impact on Mortality, Readmission, Discharge Destination, Severity of Illness, and Volume of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis (Palmer, et al., 2014)

En internasjonal systematisk litteraturgjennomgang undersøker effekten av aktivitetsbasert finansiering på sentrale faktorer som potensielt kan påvirke pasienter og helsesystemet, som for eksempel dødelighet, reinnleggelsesrate, utskrivningshastighet til postakutt behandling etter sykehusinnleggelser, alvorlighet av lidelser, og volum av helsetjenester. Studien finner konsistente og robuste differanser mellom aktivitetsbasert finansiering og ikke-aktivitetsbasert finansiering i utskrivningshastighet til postakutt behandling etter sykehusinnleggelser. Resultatene indikerer også en økning i reinnleggelser ved aktivitetsbasert finansiering, samt økt alvorlighet av lidelser, noe som kan reflektere forskjeller i diagnosekoding. Det var mindre entydige resultater om effekten på dødelighet og volum av tjenester.

Effectiveness of UK provider financial incentives on quality of care: a systematic review (Mandavia, et al., 2017)

Metaanalyse som undersøker forskning gjennomført i England på effekt av finansielle insentiver på kvalitet på helsebehandling. Av 28 inkluderte studier viste ni av disse positive effekter, 16 viste middels effekter, to viste ingen effekt og en viste negativ effekt. Effektene av økonomiske insentiver på helsevesenets kvalitet er uklare. På grunn av denne usikkerheten og de betydelige kostnadene, kan bruk av dem være kontraproduktivt i forhold til deres mål om å forbedre helsevesenets kvalitet og effektivitet.

The effects of DRGs-based payment compared with cost-based payment on inpatient healthcare utilization: A systematic review and meta-analysis (Meng, et al., 2020)

Metaanalyse (av 13 studier) for å sammenligne effekter av DRG-basert finansiering og kostnadsbasert betaling på helsetjenestebruk i form av lengde på opphold, total forbruk per pasient per innleggelse og reinnleggelsesrate. Metaanalysen konkluderer med at det kan være kostnadsbesparende med DRG-basert betaling gjennom kortere lengde på opphold, men at det så vidt reduserer reinnleggelsesrater. Til sammen viste estimatene en reduksjon i oppholdstid på 8 prosent etter implementering av DRG-basert finansiering, sammenlignet med kostnadsbasert finansiering.

Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments (Zeynep, 2014)

Studien undersøker hvilke utfordringer innføring av DRG-basert finansiering medførte i sykehus i Frankrike. Selv om systemet kan øke effektiviteten og transparens i sykehusmarkedet, kan det innebære noen risikoer. Endringer i pasientklassifikasjonssystemet har medført forvirring og reduserer sammenlignbarheten av resultater av finansieringssystemet fra år til år. Den økonomiske relevansen kan det også stilles spørsmål til, ettersom noen grupper er basert på kun noen få saker per år. En annen utfordring er metoden for å kalkulere referansekostnader og mangel på informasjon som forklarer kostnadsdata. For sykehusene virker det å være liten sammenheng mellom referansekostnader og priser, noe som gjør det vanskelig å forutse utviklingen i priser og budsjetter fra år til år. Det er også en makronivå-regulering i priser, som også gjør det vanskelig å forutse endringer i budsjetter.

DRG-basert finansiering har medført insentiver til «oppkoding» av praksiser. Eksterne datakvalitetsundersøkelser viste at mange sykehus med intensjon oppkodet pasienter eller klassifiserte pasienter feil. I Frankrike ble det innført en resolusjon som beskriver prosedyrene som ikke skulle kodes som dagsaker. I tillegg kan sykehusene få

bøter. Det kan være vanskelig å skille mellom reell etterspørsel etter sykehustjenester og kunstig etterspørsel. Økningen i enkelte typer prosedyrer kan indikere at en del av den økte etterspørselen i sykehusene er kunstig.

Did case-based payment influence surgical readmission rates in France? A retrospective study (Vuagnat, et al., 2018)

Studien viser at reinnleggelsesrater har økt, noe som kan være fordi DRG-basert finansiering ikke gir insentiver til å forhindre reinnleggelser. Studien undersøker omfanget av reinnleggelser etter 30 dager etter operasjon, og sammenligner reinnleggelsesraten før og etter implementering av DRG-basert finansiering. I offentlige sykehus økte reinnleggelsesraten med 1,2 prosentpoeng, og 2,5 prosent i private sykehus. Det var kun en signifikant sammenheng i private sykehus.

Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care (Mihailovic, et al., 2016)

Studien undersøker erfaringer med å introdusere DRG-basert finansiering i vestlige land, basert på studier fra WHO, OECD og andre. Fordelene ved DRG-baserte finansieringsordninger omfattet økt effektivitet og transparens og redusert gjennomsnittlig innleggelsestid. Ulemper som ble trukket frem var knyttet til at det skapes økonomiske insentiver til tidligere utskrivninger og dette ikke alltid er i tråd med ønskede kliniske prioriteringer. I Norge ble ISF introdusert i 1997 og det er gjennomført en effektevaluering av aktivitetsbasert finansiering på effektivitet i sykehusene i Norge. Fra 1992 til 1997 økte produktiviteten i norske sykehus med 2 prosent årlig. I årene 1997 til 2000 økte effektiviteten med 3,2 prosent årlig. Analysene viste at aktivitetsbasert finansiering hadde en positiv effekt på teknisk effektivitet på mellom 4 og 5 prosent, mens effekten på kostnadseffektiviteten var ikke var signifikant. Fra 2001 til 2005 økte sykehusaktiviteten med 18,3 prosent, sammenlignet med 9,4 prosent i perioden 1999-2001.

A.2.1 Norske studier

How do Hospitals Respond to Price Changes? Evidence from Norway (Januleviciute, et al., 2015)

Studien undersøker om endringer i priser på ulike prosedyrer påvirker antall pasienter og sammensetningen av aktiviteter i sykehus. Variasjoner i priser etter endringer i DRG-priser utnyttes. Resultatene viser at en 10 prosents økning i priser øker antall pasienter innenfor den aktuelle DRG-gruppen med 0,8-1,3 prosent innenfor medisinske DRG-grupper. Det var imidlertid ingen økning i pasienter ved endring i priser for kirurgiske DRG-grupper. Studien finner også bevis for oppkoding. En 10 prosents økning i prisraten mellom pasienter med og uten komplikasjoner øke andelen pasienter kodet med komplikasjoner med 0,3-0,4 prosentpoeng.

Aktivitetsbasert finansiering. En studie av hvordan innsatsstyrt finansiering har påvirket spesialisthelsetjenesten i Norge (Greeny & Karlsen, 2014)

En masteroppgave fra 2014 undersøker hvordan innsatsstyrt finansiering har påvirket spesialisthelsetjenesten i Norge. Oppgaven finner at en utfordring i helsesektoren er å kommunisere og utarbeide gode mål rettet mot kvaliteten i pasientbehandlingen, ettersom produktivitet og økonomiske mål får mye oppmerksomhet. Videre er kvaliteten på de medisinske kodene utilstrekkelig, særlig fordi legene ikke prioriterer å vektlegge dette i sin arbeidshverdag, samtidig som kvaliteten på internkontrollen varierer mellom helseforetak. ISF kan ha utilsiktede konsekvenser ved at de økonomiske insentivene bidrar til å vri oppmerksomhet bort fra sykehusenes hovedmål. Dersom sykehusene ikke koder tilstrekkelig, kan inntektene fordeles feil og dette kan gå utover drift og tjenestetilbud. Videre kan det være en fare for at «lønnsomme pasienter» prioriteres på bekostning av «ulønnsomme pasienter». Fordi kostnadsvektene endrer seg, kan det også føre til at avdelinger/helseforetak skifter fokusområder fra år til år.

Economic incentives and diagnostic coding in a public health care system (Anthun, et al., 2017)

En studie fra 2017 undersøker sammenhengen mellom økonomiske insentiver og diagnosekodepraksis i Norge ved bruk av data fra tidsperioden 1999-2008. Studien finner at en økning i pris på ett DRG-poeng medførte en økning i andelen kompliserte utskrivninger (flere sykehusopphold med høyere vekt grunnet en kompliserende bidiagnose) på 14,2 prosentpoeng i hele tidsperioden. Det har vært en sterk økning i kompliserte utskrivninger over tid, men dette viser seg å ikke være så tett relatert til prisendringer som forventet.

Gaming the system and accountability relations: Negative side-effects of activity-based funding in the Norwegian hospital system (Lægreid & Neby, 2012)

En studie fra 2012 undersøker de negative virkningene av aktivitetsbasert finansiering i det norske sykehussystemet. Studien tar for seg utvalgte «skandale»-saker relatert til kodepraksis og aktivitetsbasert finansiering, samt en revisjon av Riksrevisjonen og en nasjonal gjennomgang av kodepraksis i norske sykehus. Funnene viser at aktivitetsbasert finansiering og DRG-systemet skaper muligheter for atferd som ikke er i tråd

med målsettingene med resultatstyringsverktøyet og den tillitsbaserte styringslogikken i norsk offentlig sektor. Ansvarsmekanismer som er iverksatt for å motvirke de negative insentivene har ikke vært særlig effektive. Flere skandalesaker omhandler sykehus som systematisk feildiagnostiserer pasienter for å utløse mer refusjon. Disse sakene illustrerer hvordan insentivene som skapes av aktivitetsbasert finansiering kan føre til risikotaking og brudd på tillitt. En annen sak omhandler et sykehus som ikke ga tilstrekkelig oppfølging for pasientene, for å manipulere ventelistene og ventetid. Dette er parametere som måler sykehusets innsats, og ved å manipulere ventelisten fremstod det som at sykehuset hadde høyere måloppnåelse. I riksrevisjonens gjennomgang viser funn av sykehus over tid har hatt en overgang til mer lønnsomme operasjoner, prioritering av mer lønnsomme pasienter og i noen tilfeller vektlegging av økonomiske i stedet for medisinske kriterier. Den nasjonale gjennomgangen viste at selv om den generelle risikoen for økonomisk motivert feilkoding var lav, var den interne styringen og kontrollen for å sikre riktig kodepraksis utilstrekkelig.

Did hospitals respond to changes in weights of Diagnosis Related Groups in Norway between 2006 and 2013? (Melberg, et al., 2016)

En studie fra 2016 undersøker forholdet mellom endringer i refusjonsrate og endringer i antall registrerte behandlinger for alle DRG-grupper i Norge mellom 2006 og 2013. Resultatene viser at sykehus øker antall innleggelser i en spesifikk DRG-gruppe fire ganger mer når refusjonene øker, relativt til endringen i DRG med reduserte satser. Aktiviteter som sykehuset har mindre kontroll over, viste små effekter. Dette viser at økonomiske insentiver påvirker sykehusets rapportering og prioritering.

Innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern for vaksne (Skrede, 2017)

En masteroppgave fra 2017 undersøker om ISF har endret poliklinisk produktivitet i psykisk helsevern for voksne i Helse Bergen HF. Oppgaven kartlegger ressursinnsats, aktivitet og produktivitet i alle psykiatriske poliklinikker i Helse Bergen HF fra 2012 til 2017, og undersøker månedlig produktivitetsmål før og etter ISF ble innført. Effektanalysen viser ingen forskjell i månedlig produktivitet i perioden før og etter ISF. Undergruppeanalyser viste signifikant positiv effekt på produktivitet av ISF ved allmennpsykiatriske poliklinikker ved DPS (12,8 prosent økning). I oppgaven konkluderes det med at det er for tidlig å vite noe om de varige effektene av ISF og om ISF fører til helsegevinst for pasientene i psykisk helsevern.

How different are hospitals' responses to a financial reform? The impact on efficiency of activity-based financing (Bjørn, et al., 2010)

Bjørn et al undersøker om innføringen av aktivitetsbasert finansiering førte til endringer i effektivitet blant sykehusene, og om sykehusene opplevde ulik påvirkning på effektiviteten. Resultatene viser tvetydige effekter av aktivitetsbasert finansiering på effektivitet. Det var en sterk signifikant korrelasjon mellom effekten av aktivitetsbasert finansiering på effektivitet i perioden etter innføringen. Hvor effektive sykehusene var før aktivitetsbasert finansiering hadde ingen effekt på hvordan innføringen påvirket effektivitet. Funnene indikerer at det ikke er grunn til å tro at ulik plassering av sykehusene påvirker pasientenes tilgang til sykehustjenester når en reform innføres.

The effect of activity-based financing on hospital length of stay for elderly patients suffering from heart diseases in Norway (Yin, et al., 2013)

Studien undersøker om aktivitetsbasert finansiering skaper insentiver til å behandle flere pasienter og redusere lengden på sykehusopphold for eldre pasienter med hjertesykdommer. Resultatene viser en negativ sammenheng mellom nivå på aktivitetsbasert finansering og lengde på sykehusopphold. En økning på 10 prosentpoeng i aktivitetsbasert finansiering reduserte lengden på sykehusopphold med 1,28 prosent. Studien konkluderer med at sykehusene ser ut til å respondere til økonomiske insentiver, men at effekten på kostnader per innleggelse er liten.

A.3 Forskning på resultatbasert finansiering

The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes (Ogundeji, et al., 2016)

Studien er en metaanalyse bestående av studier som evaluerer «pay for performance»-systemer. Over 70 prosent av utfallsvariabler som er målt viser en positiv effekt, men den overordnede størrelsen på effekten er begrenset. Studien finner at studier som er randomiserte kontrollerte studier viser mindre effekt av finansieringsordningen sammenlignet med studier uten kontrollgruppe. Det er også lavere effekt i studier som måler utfall, enn studier som måler prosess. Sannsynligheten for positiv effekt var høyere for finansieringsordninger med større insentiver. Det var en (ikke-statistisk signifikant) økning i sannsynligheten for suksess dersom insentivene tilfaller individer i stedet for grupper. Studien konkluderer med at effektiviteten av

slike insentivordninger på helseutfall trolig er kunstig høy, på grunn av svake designede evalueringer og fokus på prosess fremfor utfall.

Is the evidence on the effectiveness of pay for performance schemes in healthcare changing? Evidence from a meta-regression analysis (Zaresani & Scott, 2021)

I en nyere studie basert på studien fra 2018 undersøker studien om effektiviteten ved «pay for performance» i helsesektoren endrer seg når systemet utvikles. I tidsperioden 2010 til 2018 har flere land innført p4p-ordninger, men omfang av studier som viser statistisk signifikante effekter har ikke økt. Det er en svak sammenheng mellom størrelsen på insentivet og andelen statistisk signifikante effekter.

Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis (Ferrar, et al., 2009)

En studie bruker diff-i-diff-metoden for å undersøke om resultatbasert finansiering henger sammen med endringer i volum, kostnader og tjenestekvalitet i engelske sykehus. Studien bruker en kontrollgruppe i Skottland som ikke har innført resultatbasert finansiering i de gjeldende årene. Studien fant lengden på opphold falt raskere og andelen dagsaker økte raskere der resultatbasert finansiering ble innført, noe som antyder reduksjon i enhetskostnader knyttet til resultatbasert finansiering. Det var noe sammenheng mellom innføring av resultatbasert finansiering og økning i aktivitet i akuttsykehus. Det var imidlertid liten målbar endring i kvaliteten på tjenestene. Videre var resultatbasert finansiering i akuttsykehus assosiert med en signifikant reduksjon i sykehusdødelighet, men det var ingen signifikant endring i 30-dagers dødelighet etter kirurgi eller akutt gjeninnleggelse etter behandling for hoftebrudd.

Pay for performance for hospitals (Mathes, et al., 2019)

En studie fra 2019 undersøker effekten av «pay for performance» i sykehus på behandlingskvalitet, ressursbruk og likhet. I studien undersøkes 27 studier om seks ulike «pay for performance»-programmer. De fleste studiene fant ingen eller svært små effekter i favør «pay for performance»-programmet. Konklusjonen er dermed at det er usikkert hvorvidt «pay for performance» har en effekt på utfall for pasienter, behandlingskvalitet, likhet eller ressursbruk.

Payment by results for mental health services: economic considerations of case-mix funding (Jacobs, 2014)

En studie fra England beskriver insentivene som skapes av resultatbasert finansiering av psykiske helsetjenester og beskriver hvordan resultatbasert finansiering fungerer i somatikken, med tanke på effektivitet, kvalitet, aktivitetsvolum, administrasjonskostnader, diagnosekoding og kryssubsidiering. Videre belyser studien utfordringer for psykiske helsetjenester av å innføre resultatbasert finansiering. Fordeler ved basisbevilgning som finansiering er at behandlere kan bruke dyre teknologier og gi behandling som pasientene ønsker. Det er lav risiko for å velge enkelte pasienter foran andre av økonomiske hensyn. Ulempen er «overtilførsel», herunder at behandling som gis ikke nødvendigvis er den mest kostnadseffektive. Fordelen ved aktivitetsbasert finansering er behandlere kan kontrollere enhetskostnader. Ulemper er «undertilførsel», herunder at kvalitet og intensitet på behandling ikke er optimal. Det kan også være en risiko for at behandlere håndplukker pasienter og prioriterer lavrisikopasienter foran høyrisikopasienter. Det kan også være tilfelle av oppkoding og kryss-subsidiering. Ved implementering av resultatbasert finansering i psykiske helsetjenester, er det viktig at de tre byggeblokkene (valuta som er den nasjonalt avtalte enheten aktivitet som medfører betaling, behandlingsgrupper og referansekostnader) i finansieringsordningen blir grundig testet. Det er viktig å evaluere virkningene resultatbasert finansering har i psykisk helse, for å sikre at ordningen er i tråd med nasjonal politikk og strategi på feltet og at systemet generer rette insentiver for kvalitet og tjenesteforbedring, samt effektivitet.

Studien konkluderer med at resultatbasert finansiering kan bidra til å forbedre offentlige tjenester ved at det premierer det som fungerer. Tidligere litteratur peker på at resultatbasert finansiering kanskje ikke er egnet dersom det er endringer i prioriteringer, for eksempel behov for integrerte tjenester, utviklingen i langsiktige sykdommer og endringer i det økonomiske miljøet. Resultatbasert finansiering er mest egnet for elektiv behandling (planlagt behandling), og mindre egnet for andre tjenester som kanskje heller har behov for andre finansieringsordninger. En særlig utfordring for psykiske helsetjenester er å utvikle kvalitetsmålinger, og å endre betaling etter aktivitet til betaling etter resultater. Det kan være nyttigere å definere behandlingsgrupper etter hele behandlingsforløp, som gir insentiver til å samle behandlinger. I somatikken er det sterke insentiver til å opprettholde inntekten og dette er ikke alltid forenelig med å samle behandlingstjenester. Dette kan medføre fragmenterte behandlingsforløp. Problemet i psykiske helsetjenester med å definere behandlingsgrupper etter hele behandlingsforløp er å riktig prise disse behandlingsgruppene. Selv om det er utfordringer knyttet til å innføre resultatbasert finansiering i psykiske helsetjenester, er det også utfordringer knyttet til å beholde

rammefinansiering. Det er risiko for lite investeringer i psykiske helsetjenester relativt til andre tjenester som i større grad synliggjør hva budsjetter brukes til.

Payment by Results in Mental Health: A Review of the International Literature and an Economic Assessment of the Approach in the English NHS (Mason & Goddard, 2009)

Studien tar for seg studier som undersøker resultatbasert finansiering av psykiske helsetjenester. Erfaringer fra USA viser at dersom innføring av resultatbasert finansiering skal være budsjettnøytralt, kan det innføres justeringer i tariff i form av prosentvise reduksjoner. I USA var det forventet forbedret koding av komorbiditet i det nye finansieringssystemet, og det ble dermed foretatt en «atferdskompensasjon»-justering i form av reduksjon i tariffen. Størrelsen på reduksjonen kan justeres dersom forbedringer i koding viser seg å være større enn forventet og setter budsjettnøytralitet i fare. Erfaringene fra USA viser også at det nye finansieringssystemet kan føre til at noen sykehus taper og noen vinner (fordi tariffer er basert på gjennomsnittlige kostnader, vil noen oppleve at inntekt øker mens andre opplever at det faller). Dette kan være en utfordring for stabiliteten til økonomien i lokale helseregioner, og ha finansielle konsekvenser for andre deler av den offentlige sektoren. Justeringer for uunngåelige kostnader er derfor nødvendig for å sørge for et rettferdig system, særlig fordi psykiske helsetjenester er mer bemannings-intensivt. Fordi psykiske lidelser kan innebære uforutsigbare prognoser, er valg av betalingsenhet viktig. Noen land (USA og Canada) kobler dette til lengde på opphold, i stedet for enkeltepisoder. På denne måten hensyntas det at kostnaden er høyest i innleggelsesfasen. Dersom det ikke hensyntas at kostnader kan variere etter tidspunkt i behandlingsforløpet, kan dette påvirke innleggelses- og utskrivningsatferd. Det kreves et tilpasset pasientklassifiseringssystem, og for å få til dette må det samles inn data. Dette gir en mulighet til å samle inn tilleggsdata om ressursbruk eller utfall som kan være nyttig i å evaluere kvalitet og kostnadseffektivitet.

Vedlegg B Beskrivelse av kilder til markedssvikt

I det følgene presenteres en beskrivelse av sentrale kilder til markedssvikt i helsetjenesten.

B.1 Informasjonsproblemer (asymmetrisk informasjon og insentivproblemer)

En pasient er ikke fullstendig informert om hva den trenger av behandling eller oppfølging i helsetjenesten, og behandler har mer kunnskap om pasientens behov for tjenester. Dette kan potensielt gi et uønsket behandlingsnivå:

- **Underbehandling** kan for eksempel oppstå hvis en pasient ikke kjenner til alle de forventede virkningene ved å ikke oppsøke helsehjelp (f.eks. fremtidige tilstander og sykdom eller kostbare medisinske forløp).
- **Overbehandling** kan oppstå hvis den mer informerte behandleren, som har en økonomisk inntjening delvis bestemt av mengden behandlinger, tilbyr pasienten en høyere behandlingsintensitet eller kvalitet enn det som er optimalt.

Et tiltak for å håndtere agent-prinsipal-problemer, som følge av asymmetrisk informasjon, er kontrollmekanismer, som tilsyn av behandlingspraksis og ressursbruk, kombinert med incentiver som kompensasjon ved godt behandlingsutfall eller disiplinering ved behandlingsavvik. For å redusere problemene vil det være viktig å sikre tilsyn og sørge for at pasientene er godt informert. I tillegg kan det være behov for å redusere behandlers økonomiske insentiver gjennom finansieringsordninger. Finansieringsordninger som gir insentiver til overbehandling, vil være særlig problematisk ettersom dette innebærer betydelig kostnader for den enkelte pasient og for samfunnet.

Tjenestene i psykisk helsevern skiller seg fra somatikken ved at det i enda større grad er heterogenitet i tilstander og behandlingsformer. Dette medfører at det selv ikke for en informert tredjepart er lett å avdekke under- eller overbehandling.

B.2 Manglende konkurranse

Hvis man er misfornøyd med de varer og tjenester man mottar kan vi normalt velge en annen leverandør. Tilsvarende velfungerende markeder har vi ikke i helsetjenesten. På grunn av spesialisering og offentlig finansiering er det et begrenset antall institusjoner i hver geografisk region, og pasienten er ofte ikke i stand til å vurdere sitt behov. Graden av konkurranse påvirker atferden til helsepersonellet. På enkelte områder finnes det konkurranse som kan føre til uheldige tilpasninger.

B.3 Tredjepartsbetaling

Ettersom pasientene ikke betaler for behandlingen selv, vil de ha større insentiver til å oppsøke behandling enn dersom de selv måtte dekke utgiftene. Tredjepartsfinansiering fører til økt etterspørsel og helsekøer, men kan motvirke underbehandling, samt bidra til likere fordeling av helsetjenester.

Det er omfattende forskning som viser verdien av en felles helseforsikringsordning som vi har i det offentlige helsetilbudet, men dette gir også konsekvenser for helsepersonellets arbeidshverdag. Det er ikke slik at økt innsats nødvendigvis leder til høyere inntekt. Ofte kan høyere innsats lede til forventninger om fortsatt effektivisering for samme lønn og lavere bevilgning til avdelingen i neste budsjettperiode.

6. Referanser

Anthun, K. S., Bjørngaard, J. H. & Magnussen, J., 2017. Economic incentives and diagnostic coding in a public health care system. *Int J Health Econ Manag*, pp. 83-101.

Bang, L. et al., 2022. *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*, s.l.: Folkehelseinstituttet.

Bjørn, E., Hagen, T. P., Iversen, T. & Magnussen, J., 2010. How different are hospitals' responses to a financial reform? The impact on efficiency of activity-based financing. *Health Care Management Science*.

Clark, D. M. et al., 2009. Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther*.

Ferrar, S. et al., 2009. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. *BMJ*.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath , A. O., 2018. The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*.

Greeny, H. H. & Karlsen, N.-A., 2014. *Aktivitetsbasert finansiering. En studie av hvordan innsatsstyrt finansiering har påvirket spesialisthelsetjenesten i Norge*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. *Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2022. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2022. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2022. *Lov om spesialisthelsetjenesten*, s.l.: s.n.

Helse Sør-Øst, 2021. *Økonomisk langtidsplan 2022-2025 - forholdet mellom ISF og basisbevilgning*, s.l.: Helse Sør-Øst.

Helsedirektoratet, 2015. *En gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2018. *Tjenesteforløp som grunnlag for Innsatsstyrt finansiering*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2018. *Tjenesteforløp som grunnlag for Innsatsstyrt finansiering*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2019. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015*, s.l.: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2020. *Kostnader, produktivitet og økonomisk status i spesialisthelsetjenesten*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2020. *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2021. *ISF-regelverk 2022*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2021. *Resultatbasert finansiering 2022*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2021. *Utvikling av finansieringssystemer for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2022. *Grunnlagsdokument*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2022. *ISF informasjonsmøte*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2022. *Kvalitet og kvalitetsindikatorer*. [Internett]
Available at: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet, 2022. *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og utvalgte pasientgrupper. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021*, s.l.: Helsedirektoratet.

Isachsen, H. B., 2022. Fjerner Den gylne regel: – Ga ikke et riktig bilde av resultatene. *Dagens Medisin*.

Jacobs, R., 2014. Payment by results for mental health services: economic considerations of case-mix funding. *Advances in psychiatric treatment*.

Januleviciute, J. et al., 2015. How do Hospitals Respond to Price Changes? Evidence from Norway. *Health Policy*.

Lambert, M. J. & Barley, D. E., 2002. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome.. I: *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. s.l.:Oxford University Press, pp. 17-32.

Lægreid, P. & Neby, S., 2012. *Gaming the system and accountability relations: Negative side-effects of activity-based funding in the Norwegian hospital system,* s.l.: UniRokkan Centre.

Mandavia, R., Mehta, N., Schilder, A. & Mossialos, E., 2017. Effectiveness of UK provider financial incentives on quality of care: a systematic review. *British Journal of General Practice*.

Martin, C., Iqbal, Z., Airey, N. D. & Marks, L., 2022. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) has potential but is not sufficient: How can it better meet the range of primary care mental health needs?. *Br J Clin Psychol*.

Mason, A. & Goddard, M., 2009. Payment by Results in Mental Health: A Review of the International Literature and an Economic Assessment of the Approach in the English NHS. *CHE Discussion Papers*.

Mathes, T. et al., 2019. Pay for performance for hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*.

Melberg, H. O., Olsen, C. B. & Pedersen, K., 2016. Did hospitals respond to changes in weights of Diagnosis Related Groups in Norway between 2006 and 2013?. *Health Policy*.

Meng, Z. et al., 2020. The effects of DRGs-based payment compared with cost-based payment on inpatient healthcare utilization: A systematic review and meta-analysis. *Health Policy*.

Mihailovic, N., Kocic, S. & Jakovljevic, M., 2016. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*.

NHS England, 2022. *NHS Talking Therapies, for anxiety and depression*. [Internett]
Available at: https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/
[Funnet 2023].

Norsk Psykologforening, 2021. *Kartlegging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling,* s.l.: s.n.

Norsk Psykologforening, 2022. *Psykologforeningens policy for bruk av kvalitetsmålinger,* Vedtatt 17.02.2022: Norsk Psykologforening.

OECD, 2021. *State of Health in the EU: Norway. Country Health Profile 2021,* s.l.: s.n.

Ogundeji, Y. K., Bland, M. J. & Sheldon, T. A., 2016. The Effectiveness of Payment for Performance in health care: a meta-analysis and exploration of variation in outcomes. *Health Policy*.

Oslo Economics, 2022. *Psykiske helsetjenester og tilgang til psykologtjenester i Norge,* s.l.: s.n.

Palmer, K. S. et al., 2014. Activity-Based Funding of Hospitals and Its Impact on Mortality, Readmission, Discharge Destination, Severity of Illness, and Volume of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*.

Population Health, Clinical Audit and Specialist Care Team, NHS Digital, 2022. *Psychological Therapies: Annual report on the use of IAPT services England 2021-22,* s.l.: Health and Social Care Information Centre.

Riksrevisjonen, 2021. *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester,* s.l.: s.n.

Skrede, B. I., 2017. *Innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern for vaksne,* s.l.: Universitetet i Oslo.

Steen, S., 2020. A cost-benefit analysis of the Improving Access to Psychological Therapies programme using its key defining outcomes. *Journal of Health Psychology*.

Steen, S. et al., 2019. A naturalistic pilot study assessing the impact of assessment pathways and intake methods within Improving Access to Psychological Therapies services. *Therapists and Knowledge*.

Tesli, M. S. et al., 2021. *Psykiske lidelser hos voksne,* s.l.: Folkehelseinstituttet.

Vuagnat, A. et al., 2018. Did case-based payment influence surgical readmission rates in France? A retrospective study. *BMJ Open*.

Wakefield, S. et al., 2020. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *Clinical Psychology*.

Yin, J., Lurås, H., Hagen, T. P. & Dahl, F. A., 2013. The effect of activity-based financing on hospital length of stay for elderly patients suffering from heart diseases in Norway. *BMC Health Services Research*.

Zaresani, A. & Scott, A., 2021. Is the evidence on the effectiveness of pay for performance schemes in healthcare changing? Evidence from a meta-regression analysis. *BMC Health Services Research*.

Zeynep, O., 2014. Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments. *Health Policy*.

Ådnanes, M. et al., 2021. *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer,* s.l.: SINTEF.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo