

Kinge, J. M. & Hagen, T. P. (2026). Finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten.
I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og
finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 229–252).
Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180910>

10

Finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten

Jonas Minet Kinge og Terje P. Hagen

De grunnleggende betalingsmodellene er presentert i kapittel 3 i boken. I Norge har vi benyttet flere av de mulige modellene for finansiering av sykehus: kurdøgnfinansiering, som er en retrospektiv finansieringsform fra 1945 til og med 1979; rammefinansiering, som er en prospektiv finansieringsform med faste budsjetter fra 1980 til 1997; og innsatsstyrt finansiering (ISF), som er en prospektiv finansieringsform med innslag av aktivitetsbasert finansiering fra 1997 og videre. Etter å ha beskrevet disse modellene nærmere (10.1), gir vi en nærmere beskrivelse av hvordan den såkalte basisrammen for RHF-ene etableres (10.2). Deretter diskuterer vi effektene av overgangen fra ramme-finansiering til ISF, med særlig vekt på effekter for aktivitet og ventetider, kvalitet og kostnadskontroll (10.3).

Som vi så i kapittel 9, ble valg av behandlingssted (tidligere kalt fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg) innført gradvis fra 1990-årene. Hvilke effekter har valg av behandlingssted for ventetidene til behandling (10.4)? Vi avslutter kapittelet med en diskusjon av avveiningene en står overfor når en velger finansieringsmodell for sykehusene.

10.1 Tre finansieringsepoker

Kurdøgnfinansiering 1945–1979

Kurdøgnfinansiering ble introdusert i Norge i 1945 og gradvis utfaset i løpet av 1970-tallet (Nerland, 2001). Gjennom ordningen dekket kommunene eller fylkeskommunen (fra 1970 kun fylkeskommunene) sykehusenes samlede kostnader basert på to forhold: antall liggedøgn (kurdøgn) og den faktiske kostnaden for et liggedøgn. Kurdøgnsystemet var altså et retrospektivt aktivitetsbasert finansieringssystem (se kapittel 3, Tabell 3.1). Staten dekket så kommunenes og fylkeskommunenes kostnader etter den samme modellen.

Kompensasjonen per pasientdøgn (kurdøgnssatsen) var i starten lik for alle sykehusene. Dette ble senere endret slik at de spesialiserte sykehusene fikk høyere kurdøgnssats. Det var et mål for helsepolitikken i denne perioden at det skulle investeres i sykehus, og at sykehusene skulle bygges ut. Siden kurdøgnfinansiering var en nokså raus ordning, ga den stimulanser til å øke investeringene i bygningsmassen.

Det var flere utfordringer med kurdøgnfinansieringssystemet. For det første gir kostnadskompenserende finansieringssystemer svake incentiver for helseprodusentene til å holde utgiftene nede. Ved å refundere sykehusene basert på liggedøgn, ga man sykehusene incentiver til å forlenge liggetiden for å oppnå høyest mulig inntekt. Sykehusene ble også motivert til å prioritere innleggelse framfor poliklinisk behandling (Carlsen, 1990). «Det kan rett og slett ha vært lønnsomt å la pasienter ligge lengst mulig, fremfor utskrivning eller overføring til billigere institusjoner på lavere nivå. Fylkeskommunen på sin side fikk incentiver til å prioritere investeringer i nye sengeplasser på bekostning av vedlikehold, kvalitetsheving og effektivisering av eksisterende tilbud» (Nærland, 2001).

Utgiftene til helsesektoren økte følgelig vesentlig. I løpet av 1970-tallet ble imidlertid myndighetene mer opptatt av å dempe utgiftsveksten. Etter hvert reduserte derfor staten kompensasjonsgraden til fylkeskommunene. Fylkeskommunene måtte dermed finansiere en økende andel av sykehuses drifts- og kapitalutgifter gjennom skatteinntektene. Dette ble starten på arbeidet med å legge om til full rammefinansiering.

Rammefinansiering 1980–1997

Staten hadde to målsettinger med introduksjonen av rammefinansiering: bedre kostnadskontroll og begrensning i utbyggingstakten av sykehusene. Rammefinansiering innebærer at helseprodusentene får overført en fast sum.

I den første perioden etter 1980 ble den økonomiske rammen bestemt av historiske kostnader. Etter hvert ble de økonomiske rammene basert på antall innbyggere i opptaksområdet, og justert for variasjoner i alderssammensetning og sosioøkonomiske forhold (NOU 1997: 8). Ettersom rammeoverføringen var fast og ikke direkte avhengig av tjenesteyternes aktivitet, økte dette fylkeskommunenes innflytelse. Fylkeskommunen fordeler nå ressursene selv, i stedet for at sykehusenes budsjett bestemmes av sykehusenes aktivitet i form av antall pasientdøgn.

Omleggingen ga fylkeskommunene og staten bedre kostnadskontroll. Det viste seg imidlertid at budsjettrammene var «myke» i betydningen at de i noen grad kunne påvirkes av sykehusene (Nærland, 2001). Ved å gå med underskudd kunne sykehusene «presse» fylkeskommunene til tilleggsbevilgninger. Dette skapte igjen underskudd i fylkeskommunene som måtte dekkes av staten.

En frikobling mellom tildelte budsjetter og faktisk aktivitet, sammen med en mangel på data om kostnader og aktiviteter, førte til informasjonsasymmetri. Både fylkeskommunene og sykehusene hadde insentiver til å utnytte denne asymmetrien til egen fordel.

En annen utfordring var at rammefinansieringen heller ikke ga sykehusene tilstrekkelige insentiver til å øke behandlingen av pasienter, noe som skapte køer. Videre manglet myndighetene styringsinformasjon. Sykehusene hadde ikke insentiver til å produsere god statistikk for styringsformål, noe som igjen påvirket helsepolitikernes bruk av denne informasjonen (Carlsen, 1990).

For å bedre sykehusenes insentiver til å effektivisere driften ble det foreslått å innføre en form for stykkprisfinansiering på 1990-tallet (jf. diskusjonen i kapittel 9 om Eilertsens-utvalgets forslag). Man startet et prøveprosjekt i 1990, hvor fire sykehus var involvert. Her ble 40 % av sykehusenes utgifter dekket basert på stykkprisfinansiering, og de resterende 60 % ble gitt til sykehusene av fylkeskommunen som basistilskudd.

Innsatsstyrt finansiering 1997-

På bakgrunn av forsøket ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført fra 1. juli 1997 (HOD, 2000). Hovedmålet var at sykehusene skulle gi flere pasienter raskere behandling, uavhengig av om de hadde behov for innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjon. Ordningen skulle ivareta flere av fordelene med rammefinansiering, samtidig som den skulle inneholde en aktivitetsbasert komponent basert på diagnoserelaterte grupper (DRG) (se kapittel 3).

Ordningen liknet på prøveordningen fra 1990, men fylkeskommunen dekket i 1997 kun 70 % av forventet kostnad. De resterende 30 % ble dekket av staten gjennom DRG-baserte refusjoner. Allerede i 1998 ble satsen i ISF økt til 45 % og så til 50 % i 1999 (HOD, 2000). Ordningen eksisterer fortsatt (2025), men andelen av inntektene som har vært knyttet til aktivitet, har variert fra opptil 60 % og ned til dagens nivå på 30 %. Tabell 10.1 gir full oversikt over variasjonene i den aktivitetsbaserte komponenten i perioden 1997–2025.

Tabell 10.1*Andel innsatsstyrt finansiering i Norge 1997–2025*

År	Andel ISF	År	Andel ISF	År	Andel ISF
1997:	30%- %–35 %	2007:	40 %	2017:	50 %
1998:	45 %	2008:	40 %	2018:	50 %
1999:	50 %	2009:	40 %	2019:	50 %
2000:	50 %	2010:	40 %	2020:	50 %
2001:	50 %	2011:	40 %	2021:	50 %
2002:	55 %	2012:	40 %	2022:	50 %
2003:	60 %	2013:	40 %	2023:	40 %
2004:	40 %	2014:	50 %	2024:	40 %
2005:	60 %	2015:	50 %	2025:	30 %
2006:	40 %	2016:	50 %	2026:	30 %

Kilder: Helsedirektoratets årlige notater om ISF-regelverket (1997–2024), Hagen mfl. (2001), Godager mfl. (2023), Statsbudsjettet for 2025

I 1997 inkluderte ISF kun døgnbehandling på somatisk sykehus. Fra 1999 ble også somatiske polikliniske konsultasjoner og dagbehandling inkludert. Poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og rus- og avhengighetsbehandling ble gradvis inkludert fra og med 2017, mens døgnbehandling innen psykisk helsevern har forblitt rammefinansiert.

Hvor stor andel av finansieringen som er aktivitetsbasert, er avgjørende for egenskapene til finansieringsmodellen. Tabell 10.2 viser at med lav ISF-andel i finansieringen vil insentivene nærme seg insentivene i en modell med ren rammefinansiering. Valg av finansieringsmodell – uten ISF eller med *høy* eller *lav* ISF-andel – avgjør hvilke konsekvenser økt aktivitet får for sykehuset. Tabellen beskriver virkninger for sykehuset av å øke antallet behandlinger med 1 når marginalkostnaden er C. Eksemplet er hentet fra Godager mfl. (2022).

Tabell 10.2*Finansieringsmodell og sykehusets beslutning om endret aktivitet*

Sykehusets finansieringsmodell	Marginal inntekt	Marginal profitt	Kommentar
I) Basisbevilgning (Ren rammefinansiering)	0	-C	Sykehuset får kostnadsøkning ved å behandle flere pasienter uten å få inntektsøkning. Økning i antall behandlinger gir dermed redusert økonomisk overskudd. Sykehuset står overfor finansielle insentiver som ikke oppmuntrer til økt aktivitet.
II) Basisbevilgning + lav ISF-andel ($A > 0$)	A	A-C	Sykehuset får kostnadsøkning ved å behandle flere pasienter, men mottar også en inntektsøkning. Med lav ISF-andel vil inntektsøkning ofte bli mindre enn kostnadsøkningen ($A < C$). Sykehuset står uansett overfor finansielle insentiver som oppmuntrer til større aktivitet sammenliknet med en situasjon med ren rammefinansiering.
III) Basisbevilgning + høy ISF-andel ($B > A$)	B	B-C	Sykehuset får kostnadsøkning ved å behandle flere pasienter, men mottar også en inntektsøkning. Med høy ISF-andel kan inntektsøkning bli større enn kostnadsøkningen ($B > C$). Sykehuset står overfor finansielle insentiver som oppmuntrer til større aktivitet enn sykehus som mottar rammefinansiering kombinert med lav ISF-andel.

Kilde: Godager mfl. (2022)

Sykehus med ren rammefinansiering står overfor finansielle insentiver som ikke oppmuntrer til økt aktivitet. Grunnen er at økt aktivitet vil medføre kostnadsøkninger som sykehuset ikke kompenseres for i form av større betaling. Ved innsatsstyrt finansiering vil aktivitetsøkninger framstå mer fordelaktige (eller mindre ufordelaktige) sammenliknet med en situasjon der sykehus bare mottar ren rammefinansiering.

På denne måten representerer ISF en økonomisk risikodeling mellom stat og sykehus. Staten (som betaler) kompenserer sykehusene økonomisk

for økt aktivitet, mens sykehusene selv bærer den økonomiske risikoen for at den økte aktiviteten koster mindre enn hva ISF-andelen er. Dette impliserer også at aktivitetsøkninger framstår mer fordelaktige (eller mindre ufordelaktige) dersom ISF-andelen er *høy* sammenliknet med en situasjon der ISF-modellen har *lav* ISF-andel, og dersom det i basisbevilgningen budsjetteres med aktivitetsvekst.

På den annen side: Dersom sykehusene ikke opprettholder aktiviteten, vil ISF innebære en reduksjon i inntektene. Dette er ikke tilfelle med rammefinansiering, da inntekten er uavhengig av *aktivitet*. Ved en økning av rammen fra et år til det neste kan aktivitetsveksten da bli lavere enn forventet, fordi sykehusene tar ut den økte bevilgningen på andre måter enn ved å øke aktiviteten, f.eks. ved å endre vaktordninger slik at belastningen på de ansatte blir mindre eller ved høy lønnsvekst. En nedgang i aktivitet kan imidlertid føre til at staten velger å redusere rammebevilgningen i framtiden.

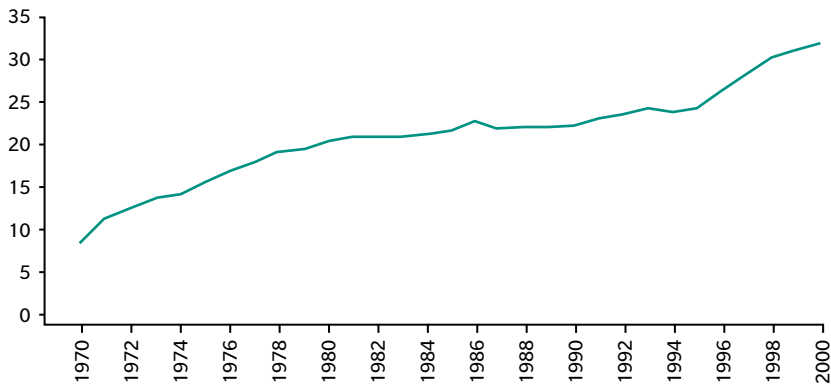
Dette siste poenget er viktig, fordi det illustrerer at effektene av ISF må forstås i den konteksten finansieringsordningen opererer i. For eksempel kan insentivene ISF gir til å øke aktiviteten være forskjellige, avhengig av om det budsjetteres med aktivitetsøkninger i basisbevilgningen eller ikke. I Norge har det fra 90-tallet blitt satt konkrete styringsmål i form av vekst i antall DRG-poeng i de årlige budsjettene, med målsetning om å opprettholde eller øke aktiviteten. Fra 2016 har aktivitetskravet vært tonet ned eller fjernet i de årlige budsjettene.

Utgiftsvekst 1970–2000

Figur 10.1 viser endringen i driftskostnader for somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 1970–2000. Her ser vi tydelige endringer i veksttakt de årene endringer i finansieringssystemet ble gjennomført (1980 og 1997). Rammefinansieringen innebar at utgiftsveksten ble dempet, og innføringen av ISF førte til at den økte igjen.

Figur 10.1

Brutto driftsutgifter til somatiske sykehus, 1970–2000 (i milliarder 1999-kroner)



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Teoretisk kan vi forstå disse effektene som resultater av at risikoen ved aktivitets- og kostnadsvariasjoner fordeles mellom ulike aktører. Ved kurdøgnfinansieringen plasserer man risikoen både for kostnads- og aktivitetsvariasjoner hos den som finansierer tjenestene. Ved rammefinansiering plasserer man risikoen både for kostnads- og aktivitetsvariasjoner hos den som utfører tjenestene. Ved ISF fordeler man risiko for aktivitetsvariasjoner hos den som finansierer, og risikoen for kostnadsvariasjoner hos dem som utfører tjenestene.

ISF gir altså sterkere incentiver til kostnadseffektivitet enn kurdøgnfinansiering, og kanskje også noe sterkere incentiver til kostnadseffektivitet enn rammefinansiering (for en nærmere diskusjon, se Hagen & Iversen, 1998).

10.2 Statens finansiering av RHF-ene

Statens finansiering av RHF-ene har endret seg etter at staten overtok sykehusene. Dagens modell (2025) følger i hovedsak anbefalingene fra NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak. Finansieringen

av spesialisthelsetjenesten er i hovedsak todelte og består av en aktivitetsuavhengig del og en del som bestemmes av hvor mange og hva slags pasienter som behandles (ISF). Det vesentlige unntaket fra denne hovedregelen er at døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er rammefinansiert, og inngår som en del av den aktivitetsuavhengige basisbevilgningen.

Basisrammen

Den aktivitetsuavhengige finansieringen, også kalt basisrammen, består av tre komponenter (dette er tilsvarende som innad i RHF-ene – se neste kapittel): en kostnadskomponent, en behovskomponent og en mobilitetskomponent.

Kostnadskomponenten er etablert på grunnlag av analyser av kostnadsforskjeller mellom helseforetakene. Selve forslaget er basert dels på predikerte verdier (75 %) og dels på historiske kostnader slik det går fram av Tabell 10.3.

Tabell 10.3

Kostnadsindeks for somatiske tjenester

Helseregion	Historiske kostnader 2003–2005	Dagens indeks	Historiske kostnader 2015–2017	Utvalgets forslag
Helse Sør-Øst	0,987	0,985	0,975	0,977
Helse Vest	0,956	0,980	0,952	0,974
Helse Midt-Norge	1,024	1,020	1,030	1,010
Helse Nord	1,121	1,095	1,208	1,182

Kilde: NOU 2019: 24

Modellen innebærer at Helse Nord gis en kompensasjon for aktiviteten i somatisk sektor som ligger 18,2 % over landsgjennomsnittet. Hovedforklaringen er at Helse Nord skårer høyt på kriterier som beskriver spredtbygdhet og reiseavstander.

Behovskomponenten er etablert på grunnlag av analyser av faktisk forbruk av helsetjenester på individnivå. I analysene identifiseres variabler som er assosiert med variasjonen i forbruket. Variablene inngår som kriterier

i behovskomponenten. Tabell 10.4 viser kriteriene og kriterievektene for somatiske helsetjenester.

Tabell 10.4

Kriterier og kriterievekter i behovskomponenten for somatiske tjenester

Kriterier	Vekter	Sum
Andel av aldersgruppen 0–5 år	0,050	
Andel av aldersgruppen 6–12 år	0,032	
Andel av aldersgruppen 13–17 år	0,025	
Andel av aldersgruppen 18–29 år	0,059	
Andel av aldersgruppen 30–39 år	0,049	
Andel av aldersgruppen 40–49 år	0,049	
Andel av aldersgruppen 50–59 år	0,058	
Andel av aldersgruppen 60–69 år	0,091	
Andel av aldersgruppen 70–79 år	0,115	
Andel av aldersgruppen 80–89 år	0,068	
Andel av aldersgruppen 90 år og eldre	0,012	
Andel menn	0,013	Kjønn og alderskriterier: 0,621
Dødelighet (0–19 år)	0,061	
Dødelighet (20–39 år)	0,035	
Dødelighet (40–79 år)	0,080	
Dødelighet (80 år og eldre)	0,003	
Andel med uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (18–66 år)	0,066	
Andel sykmeldte (18–66 år)	0,084	
Andel ikke i arbeid (18–66 år)	0,052	Helse og sosiale kriterier: 0,379
Sum	1,000	1,000

Kilde: NOU 2019:24

Alderskriteriene er her, som i mange andre slike analyser, de viktigste elementene i fordelingsmodellen. En kriterievekt på 0,115 for aldersgruppen 70–79 år innebærer at 11,2 % av utgiftene som fordeles gjennom denne modellen,

fordeles på grunnlag av RHF-enes befolkningsandeler i denne aldersgruppen. Tabell 10.5 viser behovsindeksene for de fire RHF-ene.

Tabell 10.5

Behovsindeks for somatiske tjenester. Regional fordeling per innbygger basert på dagens behovsnøkkel og forslag til ny behovsnøkkel. Målt i forhold til landsgjennomsnittet (=1)

Region	Dagens indeks	Ny indeks
Helse Sør-Øst	0,999	1,000
Helse Vest	0,934	0,955
Helse Midt-Norge	1,023	1,023
Helse Nord	1,122	1,071
Norge	1,000	1,000

* Dagens behovsnøkkel er den nøkkelen som eksisterte før 2022 og ny indeks er den som eksisterer fra 2023

Fortolkningen av indeksene er som følger: En indeks på 1,023 (Helse Midt-Norge) innebærer at en gjennomsnittspasient i Midt-Norge har 2,3 % høyere behov for somatiske spesialisthelsetjenester enn gjennomsnittspasienten for landet.

Det siste hovedelementet i statens inntektsfordelingsmodell er en justering for bruk av høyspesialiserte, nasjonale funksjoner. Dette er det vi kan kalle mobilitetskomponenten. Elementet innebærer en viss nettostrøm av inntekter inn til Helse Sør-Øst som følge av at OUS Rikshospitalet har mange nasjonale funksjoner (mer om dette i kapittel 11).

Finansiering av investeringer

Stortingets bevilgninger til RHF-ene skal dekke kostnader til arbeidskraft, bygninger, utstyr, medikamenter og andre forbruksvarer i spesialisthelsetjenesten. Innenfor dette beløpet prioriterer, planlegger og beslutter de regionale helseforetakene investeringer, blant annet i sykehusbygg. I tillegg kan de regionale helseforetakene få tilført likviditet i form av investeringslån fra staten til investeringsprosjekter over 500 mill. kroner. Investeringslånene

bevilges og utbetales over de årlige statsbudsjettene i tråd med framdriften i prosjektene (NOU, 2023: 8).

Departementet godkjenner ikke de enkelte sykehusinvesteringene i de regionale helseforetakene. Det følger av helseforetaksloven § 30 at foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet, eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Derimot skal RHF-ene, som ledd i styringsdialogen med departementet, legge fram resultatene etter konseptfasen av et investeringsprosjekt. I praksis skjer dette ved at det regionale helseforetaket legger fram søknad om lån til investeringen. Departementet og Stortinget vil derfor indirekte bestemme investeringsnivået i det enkelte RHF.

Et viktig moment etter innføringen av helseforetaksmodellen fra 2002 er at avskrivninger på helseforetakenes kapital (i all hovedsak bygninger og utstyr) belastes de årlige regnskapene. Disse avskrivningene utgjør en likviditet som, sammen med positive økonomiske resultater, gir handlingsrom for reinvesteringer. De regionale helseforetakene kan også tilføre likviditet til helseforetakene i form av interne lån.

Avskrivninger representerer kostnaden ved bruk av kapital – kapitalslit. Dersom investeringsnivået er høyere enn kapitalslitet, innebærer dette at helseforetakene øker verdien på sin kapital. Dette kan skje ved å oppgradere kvaliteten på kapitalen (bygninger eller utstyr), eller ved å utvide arealet eller utstyrsparken. Avskrivningsbeløpene gjenspeiler kostnaden på investerings-tidspunktet. I 2021 investerte helseforetakene for 16,8 mrd. kroner i bygg, utstyr og immaterielle verdier (NOU, 2023: 8). Investeringsnivået i helseforetakene har jevnt over vært høyere enn de årlige avskrivningene. Det har dermed vært en økning i helseforetakenes realkapital.

10.3 Nærmere om aktivitetsbasert finansiering

Overgang fra rammefinansiering til ISF medfører at en andel av sykehusenes inntekter avhenger av antall og sammensetning av pasientene, slik disse er klassifisert i DRG-systemet. At pasientene nå medfører inntekter, kan oppmuntre til å utnytte kapasiteten bedre, slik at en kan behandle flere pasienter.

Bedre utnyttelse av kapasiteten, for eksempel ved bedre utnyttelse av operasjonsstuen, forventes samtidig å medføre økt sykehuseffektivitet (Godager, Iversen & Kaarbøe, 2022).

Samtidig gir ikke innføring av ISF garanti for at sykehusene behandler de «riktige» pasientene. Dersom prisene i DRG-systemet ikke er riktige, eller dersom kostnadsstrukturen ved sykehusene varierer, kan det være at sykehusene prioriterer behandling av de pasientene som gir høyest inntekt i forhold til kostnadene. Det kan også være at en reduserer kvaliteten i pasientbehandlingen for å tilpasse kostnadene til inntektene (Ellis, 1998). Hvilke effekter kan vi observere i Norge?

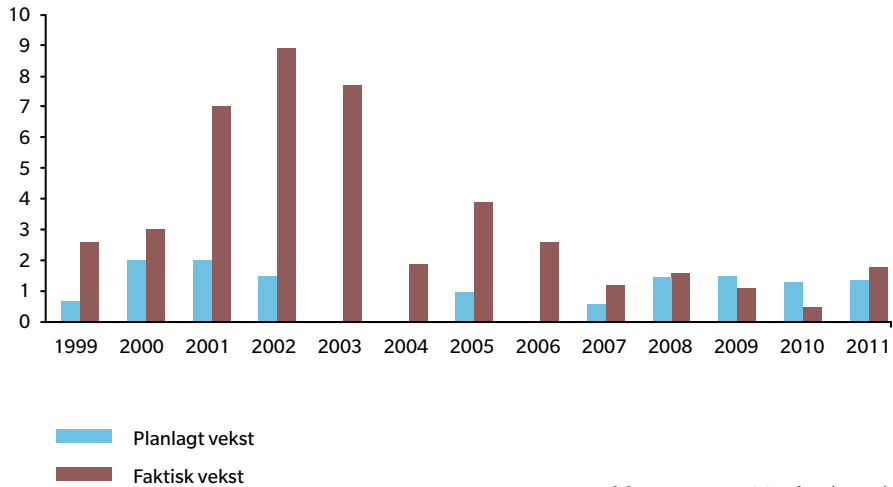
Aktivitet og ventetider

Innføringen av ISF førte til sterkere aktivitetsvekst enn under finansieringssystemet basert på rammer. For eksempel var det en gjennomsnittlig årlig økning på 3,2 % i sykehusaktivitet for inneliggende pasienter fra 1997 til 2000, sammenliknet med gjennomsnittlig vekst på rundt 2 % fra 1992 til 1996 (Biørn mfl., 2003).

Aktivitetsøkningen hadde sin bakgrunn i flere forhold: økning i teknisk effektivitet på 2 % på grunn av ISF-reformen (se nærmere beskrivelse under), økte bevilgninger til sykehussektoren og underskuddsoppbygging i sykehus og fylkeskommuner. Det ble faktisk et styringsmessig problem at aktivitetsveksten ble sterkere enn planlagt, slik dette er illustrert i Figur 10.2. Siden den aktivitetsbaserte komponenten i ISF ikke dekket (marginal)kostnadene ved denne veksten, fikk vi store underskudd.

Figur 10.2

Planlagt og realisert vekst i somatiske spesialisthelsetjenester mål i DRG-poeng (1999–2011)

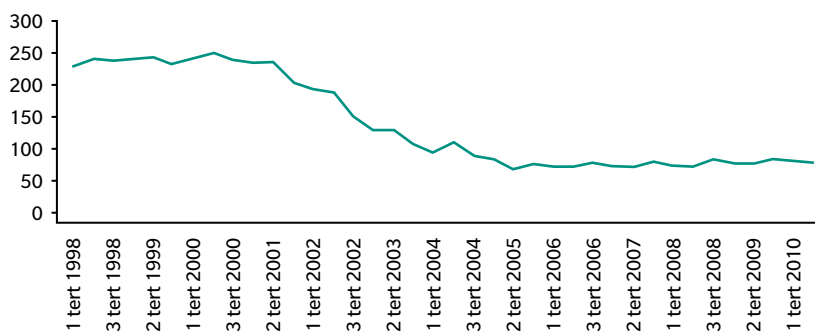


Kilde: Hagen og Tjerbo (2013)

Den betydelige aktivitetsveksten i perioden etter innføringen av ISF hadde effekter for ventetidene til behandling. Figur 10.3 viser ventetidene for avviklede pasienter i perioden fra 1998 (første året da ventetider ble systematisk registrert) til 2010. Etter 2010 var ventetidene til behandling relativt stabile inntil pandemien bidro til reduksjon i sykehusenes aktiviteter i 2020, og ventetidene igjen økte.

Figur 10.3

Ventetider til elektiv behandling (start av behandlingsforløpet) innen somatiske helse-tjenester, 1998–2010



Kilde: Helsedirektoratet

Reduksjonen i ventetider starter i 2. tertial 2000, i overkant av to år etter innføringen av ISF. I de påfølgende årene skjer det en betydelig reduksjon i ventetider, som sammenfaller med den sterke økningen i aktivitet.¹

Effektivitet

Biørn mfl. (2003) undersøkte effekten av innføring av ISF på sykehuseffektiviteten. Studien omfatter data for 48 somatiske sykehus over en periode på ni år: fem år før reformen og fire år etter reformen. I den empiriske analysen inngikk to produkter: Innleggelser ble målt ved antall DRG-poeng, og poliklinisk aktivitet ble målt ved refusjonsinntekter. Ressursbruk ble målt enten ved legeårsverk, andre årsverk og øvrige driftsutgifter, eller ved sykehusets samlede driftsutgifter. Relativ effektivitet ble beregnet med DEA-metoden (se del E). Teknisk effektivitet ble beregnet ved hjelp av det første settet av

1 En årsak til reduksjon i de registrerte ventetidene var også at en 'ryddet' i ventelistene, f.eks. tok ut pasienter som var døde.

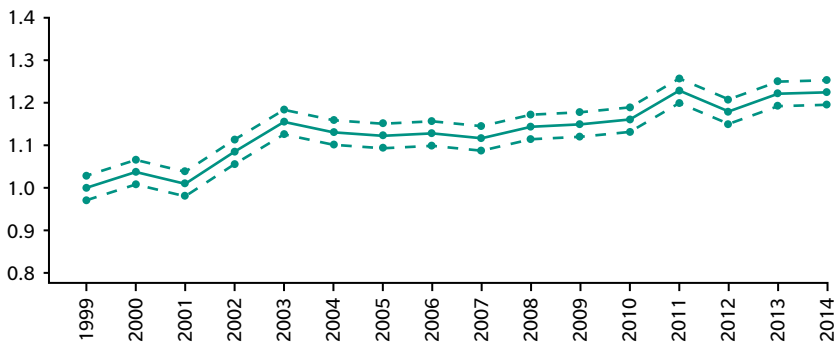
mål på ressursbruk, mens kostnadseffektivitet ble beregnet ved hjelp av det andre målet på ressursbruk.

Forfatterne finner en positiv sammenheng mellom ISF og teknisk effektivitet. Sammenhengen mellom ISF og kostnadseffektivitet er mer sammensatt, og i noen tilfeller til og med negativ. Forfatterne antyder en mulig forklaring: Innføring av ISF gikk sammen med et sterkt signal til sykehusene om å øke antall behandlede pasienter for å redusere ventelistene. Dette var vellykket, siden antallet innlagte pasienter målt i DRG-ekvivalenter økte. Denne økningen kan ha medført økte lønnskostnader som følge av et stramt arbeidsmarked. Sykehusene måtte altså enten kjøpe de ansattes fritid (overtidsarbeid) eller leie inn arbeidskraft.

Anthun mfl. (2017) analyserer produktivitetsveksten i norske sykehus i perioden 1999–2014. Dataperioden deres startet dermed etter at ISF var innført, men før Sykehusreformen, da staten overtok eierskapet til sykehusene. De finner en betydelig vekst i produktivitet i første del av analyseperioden. I siste del av dataperioden finner de at produktivitetsveksten var betydelig mindre (Figur 10.4).

Figur 10.4

Produktivitet i somatiske sykehus, 1999–2014



Kilde: Anthun mfl. (2017)

Som vi ser, øker produktiviteten fra 1999 til 2000 og videre fra 2001 til 2003. Reduksjonen fra 2000 til 2002 er vanskelig å tolke, men kan skyldes ukontrollert ressursbruk ved overføringen av sykehusene fra fylkeskommunene til

staten dette året. At produktivitetsveksten går ned i 2004, kan både skyldes at mulighetsrommet på dette tidspunktet er fullt utnyttet, eller at ISF-satsen settes ned (se tabell 10.1).

Erfaringene fra Norge når det gjelder aktivitet og effektivitet har paralleller i andre land. Godager m.fl (2022) viser til Farrar mfl. (2009) som undersøker om innføring av Payment by Results (PbR) i National Health Service (NHS) i England fra 2003 har hatt effekter på ressursbruk og kvalitet. PbR er den engelske varianten av ISF. Sykehus i Skottland og sykehus i England som ikke hadde innført PbR, blir brukt som kontrollgruppe. Forfatterne finner større reduksjon i liggetid og større økning i andel dagbehandlinger i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. De finner ingen endringer i kvalitetsvariablene i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen og konkluderer med at reduksjon i enhetskostnadene kan ha blitt oppnådd uten at kvaliteten på sykehusoppholdet har blitt redusert. Kvalitet ble målt ved dødelighet i sykehus, dødelighet de første 30 dagene etter utskrivning og akutte reinnleggelser. Studien til Farrar mfl. (2009) ble fulgt opp av Aragón mfl. (2022). De studerte effekten på liggetid av innføringen av PbR i det engelske helse-systemet. Etter 10 år med PbR finner de reduksjon i liggetid på mellom 20 og 70 prosent. Så lenge det er sammenheng mellom liggetid og kostnader, ville denne reduksjonen i liggetid også innebære at PbR medfører reduksjon i kostnader sammenlignet med tidligere finansieringsmåte. Som vi skal se senere, kan reduserte liggetider i sykehus føre til økte kostnader i primærhelsetjenesten.

Prioriterer sykehusene «lønnsomme» pasienter?²

Flere DRG-er skiller mellom tilfeller med og uten komorbiditet eller komplikasjoner. Tilfeller med komplikasjoner har en større vekt og dermed større utbetaling enn tilfeller uten komplikasjoner. ISF gir dermed en økonomisk oppmuntring til å være nøye med å registrere komplikasjoner. Et viktig spørsmål er om økning i prisforskjell mellom kompliserte og ukompliserte pasienter medfører at flere pasienter blir registrert som kompliserte – såkalt

2 Dette og neste underkapittel er basert på Godager, m.fl. (2022).

oppkoding eller DRG-kryp. Flere studier har undersøkt om denne oppmuntringen til oppkoding kan spores i data.

Januleviciute mfl. (2016) undersøker om prisendringer som et resultat av endringer i DRG-vekter for ulike behandlinger påvirker antall behandlede pasienter og pasientsammensetningen ved norske sykehus. De utnytter prisendringer som oppstår ved at enkelte DRG-vekter for norske sykehus endres over 5-årsperioden 2003–2007. Forfatterne finner at en 10 % økning i prisen fører til omtrent 0,8–1,3 % økning i antall pasienter innenfor medisinske DRG-er (både akutt tilfeller og elektive pasienter). De finner ingen priseffekt for DRG-er som er kirurgiske (både akutte og elektive pasienter). De finner dessuten at en 10 % økning i prisforholdet mellom pasienter med og uten komplikasjoner øker andelen pasienter som er kodet med komplikasjoner med 0,3–0,4 prosentpoeng.

Utgangspunktet for Melberg mfl. (2016) er hypotesen om at aktivitetsbaserte betalingssystemer gjør at sykehus fokuserer på de diagnosegruppene som er mest fordelaktig gitt kostnader og refusjonssatser. De tester hypotesen ved å utforske sammenhengen mellom endringer i refusjonssatsene og endringer i antall registrerte behandlingsepisoder for alle diagnoserelaterte grupper i Norge mellom 2006 og 2013. Resultatene viser at sykehus økte antall innleggelser i en bestemt DRG-gruppe fire ganger mer når refusjonen ble økt i forhold til endringen i DRG-grupper med reduserte satser. Fortegnet på resultatet er konsistent over tidsperioder og undergrupper som kirurgiske versus medisinske DRG-er, og innleggelse versus poliklinikk. Effekten er mindre, men fortsatt statistisk signifikant etter å ha fjernet DRG-er som kan ha blitt påvirket av oppkoding. Innleggelser som sykehuset har liten kontroll over, som antall fødsler, viste små eller ingen effekter, mens innleggelser der skjønn har en større rolle, er mer påvirket. Forfatterne konkluderer at sykehusenes pasientinntak og rapportering ser ut til å bli påvirket av økonomiske oppgjørsordninger.

Martinussen og Hagen (2009) undersøker om sykehusene velger bort kostnadskrevende pasienter etter at ISF ble innført i 1997, samt etter Sykehusreformen i 2002. I denne perioden fikk sykehus ISF-refusjon for dagkirurgiske DRG-er uavhengig av om pasienten ble dagbehandlet eller innlagt. Pasientenes ventetider brukes som indikatorer på pasientprioritering, og liggetid er en indikator på alvorlighet innenfor hver diagnose. Resultatene viser enkelte tegn på seleksjon av pasienter, særlig i den første perioden etter at ISF

ble innført, og særlig innenfor mindre ortopediske operasjoner. De finner ikke at Sykehusreformen bidrar til videre økning i seleksjonen av pasienter. Forfatterne konkluderer med at seleksjon av pasienter kan forekomme med ISF, spesielt hvis refusjonssystemet er grovmasket.

Huitfeldt (2021) undersøker effekten av en reduksjon i DRG-vektene for dagkirurgi. Huitfeldt finner ingen tegn på at sykehus i større grad flytter pasienter fra dagbehandling til innleggelse for diagnosegrupper som er utsatt for store prisendringer, sammenliknet med grupper som er utsatt for små prisendringer. Huitfeldt finner heller ingen forskjeller i innleggesesratene. Når Huitfeldt sammenlikner sykehus med høy utnyttelse av sengekapasitet før reformen, med sykehus med lavere utnyttelse av sengene, gir resultatene ingen støtte til hypotesen om at kapasitetsbegrensninger er til hinder for innleggelse. Huitfeldt konkluderer med at innenfor ortopedisk kirurgi påvirker ikke prisene hvordan pasientene blir behandlet.

Kvalitet

ISF oppmuntrer til kortere liggetider, siden kortere liggetider kan gi rom for å behandle flere pasienter og dermed oppnå større inntekter. Kortere liggetider kan samtidig innebære en risiko for økning i akutte reinnleggelser dersom forverring av tilstanden oppstår etter utskriving. Dismuke og Guimaraes (2002) gjennomførte en av de første studiene i Europa av om aktivitetsbasert finansiering kan påvirke sykehusoppholdets kvalitet. Med individdata fra Portugal fra 1992–1994 undersøker de om dødeligheten i sykehus av cerebrovaskulære sykdommer har endret seg etter at Portugal introduserte aktivitetsbasert finansiering av sykehusene. Forfatterne finner ingen tegn på at dødeligheten i sykehus har økt.

ISF-satsen i Norge har variert mellom år fra 40 prosent til 60 prosent. En høyere ISF-sats vil kunne medføre kortere liggetider og større sjanse for reinnleggelse. Yin mfl. (2016) undersøker om størrelsen på andelen av sykehuskostnadene som refunderes gjennom ISF, har betydning for sjansen til å oppleve uplanlagt reinnleggelse innen 30 dager etter utskriving. Datamaterialet består av akuttinnleggelse av pasienter eldre enn 70 år i perioden 2000 – 2007. Trettidagers reinnleggesrate er 6,6 prosent. De finner at sjansen for å oppleve reinnleggelse avhenger av pasient- og sykehuskarakteristika. De finner ingen sammenheng mellom størrelsen på ISF-satsen og sjansen for reinnleggelse.

Hagen mfl. (2006) undersøker utvikling i effektivitet og pasienttilfredshet etter før og etter innføring av ISF i Norge. Data er på sykehusavdelingsnivå. Data om pasienttilfredshet blir hentet fra de nasjonale PasOpp-undersøkelsene. Forfatterne finner at ISF går sammen med større teknisk effektivitet. De finner ingen sammenheng mellom innføring av ISF og pasienttilfredshet. Samtidig finner de at reduksjon i ventetid før sykehusbehandling påvirker pasienttilfredsheten positivt. De argumenterer for at ISF kan ha påvirket pasienttilfredshet indirekte, gjennom reduksjonen i ventetid som har funnet sted i perioden.

Kort oppsummering

Empiriske studier fra Norge og fra land med spesialisthelsetjeneste som likner den norske, tyder på at overgang fra rammefinansiering til ISF medfører økning i antallet behandlede pasienter, reduksjon i liggetid og økning i teknisk effektivitet. Mange studier viser at endringer i relative priser innenfor ISF påvirker prioriteringer, men effektene er ikke store. En studie av ortopedisk kirurgi finner ingen slike effekter. Det finnes få studier av sammenhengen mellom ISF og behandlingskvalitet. Studiene vi kjenner, viser ingen sammenheng.

10.4 Valg av behandlingssted

Rett til valg av behandlingssted ble presentert i kapittel 9. Her gjengir vi kort noen analyser av effekten av ordningen.

En analyse av Ringard og Hagen (2011), basert på data fra 2004, viste at 13 prosent av de elektive pasientene innen utvalgte diagnoser selv valgte sykehus og samtidig valgte et annet sykehus enn det som var nærmest. Effektene på ventetidene for de som benyttet ordningen med fritt sykehusvalg var betydelige. De som selv valgte sykehus, og valgte et sykehus som ikke var nærmest, fikk i gjennomsnitt kortere ventetider enn de som benyttet det nærmeste sykehuset. Selv om ventetidene for de som selv aktivt velger sykehus går ned, trenger ikke det bety at de samlede ventetidene går ned. Dersom fritt sykehusvalg også fører til bedre utnyttelse av kapasiteten, eller at sykehusene øker effektiviteten for å tiltrekke seg pasienter, kan imidlertid også de samlede ventetidene gå ned.

Når det gjelder spørsmålet om hvem som bruker ordningen med fritt sykehusvalg, er resultatene sprikende. Det ser likevel ut som om sannsynligheten for å benytte ordningen med fritt sykehusvalg øker noe med økende utdanning (Kaarbøe & Carlsen, 2014). I en analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse undersøker Godager og Iversen (2004) sosioøkonomiske forskjeller og finner at tilbøyeligheten til å benytte seg av retten til fritt sykehusvalg varierer avhengig av den enkeltes utdanningsnivå. Dersom personer med høyere utdanning lykkes bedre med å skaffe seg rask tilgang til helsetjenester enn personer uten høyere utdanning, kan valgfrihet medføre eller forsterke ulikhet i tilgjengelighet til helsetjenester.

10.5 Diskusjon av dilemmaene

Resultatene over fanger opp essensen i ISF: På den ene siden bidrar ISF-ordningen til økt aktivitet, kortere liggetider og til at flere pasienter får behandling. På den annen side innebærer finansieringsordningen en risiko for at prioriteringen av pasientgrupper, det være seg mellom tjenesteområder eller innen somatikken, påvirkes av økonomiske betraktninger og dermed kan avvike fra prioriteringene fastsatt i lov og forskrift. ISF vil også påvirke risikofordelingen mellom betaler og utfører av helsetjenestene, og gi lavere kostnadskontroll enn et rammefinansieringssystem. En utvidelse av bruken av rammefinansiering, eksempelvis gjennom å redusere ISF-andelen eller ved å utvide bruken av rammefinansiering til flere tjeneste-områder/pasientgrupper, kan redusere risikoen for at faktiske prioriteringer avviker fra prioriteringene fastsatt i lov og forskrift. Dette har imidlertid en kostnad, ettersom vi må forvente at kostnadene ved pasientbehandling blir høyere og aktivitetsveksten blir lavere, sammenliknet med tilfellet hvor ISF-andelen opprettholdes.

Et eksempel på en utvidelse av bruken av rammefinansiering innen somatikken kan være å rammefinansiere øyeblikkelig hjelp-behandlinger, mens elektive behandlinger beholder sin aktivitetsbaserte finansiering. Et argument for en slik finansiering kan være at sykehusene har liten kontroll over øyeblikkelig hjelp-pasienter, slik at aktivitetsbasert finansiering av dem har liten innvirkning. Dette argumentet kan imidlertid ikke begrunnes i den

empiriske gjennomgangen vi har gjennomført, da to norske studier finner at aktiviteten økte også for øyeblikkelig hjelp-DRG-er. En mulig forklaring på dette funnet er at sykehusene kan påvirke andelen øyeblikkelig hjelp-pasienter som legges inn.

På den annen side kan det være samspillseffekter mellom ressurser brukt på øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling, eksempelvis at både behandlingspersonell og behandlingsrom kan brukes til begge typer pasientbehandling. I tillegg kan en tenke seg at det er samspillseffekter knyttet til kvaliteten av behandlingen, eksempelvis at behandling av elektive pasienter gir økt kompetanse hos behandlingspersonell som kommer øyeblikkelig hjelp-pasienter til gode. Samspillseffektene kan imidlertid også være negative, for eksempel hvis lengre ventetid for elektive behandlinger fører til en forverring i helse-tilstanden og flere øyeblikkelig hjelp-besøk. Samspillseffekter mellom elektiv og øyeblikkelig hjelp-behandling kompliserer bildet rundt hva effektene kan bli av å rammefinansiere øyeblikkelig hjelp-behandling, mens man beholder ISF for elektive behandlinger.

En risiko er at sykehusene vrir ressurser mot elektiv behandling fordi disse behandlingene er delvis aktivitetsfinansierte. Dette kan redusere kapasiteten til øyeblikkelig hjelp-behandlinger. Det innebærer igjen en risiko for at færre pasienter blir innlagt som øyeblikkelig hjelp-pasienter, og at de heller sendes tilbake til primærhelsetjenesten eller til eget hjem. Det kan også være en risiko for redusert kvalitet dersom pasientene skrives ut for tidlig for å frigjøre kapasitet til nye pasienter.

Sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet er ikke entydig. For det første avhenger den av i hvilken grad pasientenes valg av sykehus styres av kvalitet. For det andre avhenger den av i hvilken grad sykehusene ønsker å bruke kvalitet for å tiltrekke seg pasienter. Dette vil igjen avhenge av hvordan sykehuset er finansiert, om det er en kø av pasienter som venter på behandling, og hvilket tjenestevolum sykehuset opererer på.

Sykehus kan for eksempel finne det nødvendig å bremse etterspørselen ved å gjøre behandlingstilbudet mindre attraktivt for pasientene. Dette kan skje dersom et kvalitetsnivå som lot seg opprettholde ved et moderat tjenestevolum, blir kostbart å opprettholde ved et større tjenestevolum. Det vil dermed være nødvendig med detaljkunnskap, blant annet om sykehusenes målsetninger og kostnadsstruktur, for å forutse hvordan endringer i konkurranse vil påvirke aktivitet, kostnader og tjenestekvalitet.

Med utgangspunkt i resonnementet ovenfor er det ikke overraskende at vår litteraturgjennomgang både finner studier som finner en positiv sammenheng mellom konkurranse og kvalitet, og studier som finner ingen eller en negativ sammenheng mellom konkurranse og kvalitet. Det som imidlertid er klart, er at finansieringsordningene sykehusene står overfor, er med på å påvirke effektene av konkurranse. En avgrensning i bruken av ISF vil føre til at det er mindre økonomisk gunstig for sykehusene å tiltrekke seg pasienter. Dette vil bidra til å svekke konkurransen i spesialisthelsetjenesten. Basert på vår litteraturoversikt er det usikkert hvilke effekter endringen vil ha for tjenestekvalitet på norske sykehus.

10.6 Oppsummering

Kapittelet har beskrevet og analysert utviklingen av finansieringssystemer for norske sykehus gjennom tre distinkte epoker, og deres effekter på aktivitet, effektivitet og kvalitet. De tre epokene omfatter kurdøgnfinansiering (1945–1979), som var retrospektiv og kostnadsrefunderende, rammefinansiering (1980–1997) med faste budsjetter, og innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 1997, som kombinerer fast basisbevilgning med aktivitetsbasert betaling. ISF-andelen har variert betydelig over tid, fra 30–35 % ved innføring til opptil 60 %, og er i dag redusert til 30 %.

Dagens finansieringsmodell for RHF-ene består av en aktivitetsuavhengig basisramme med tre komponenter: kostnadskomponent (kompenserer for geografiske kostnadsforskjeller), behovskomponent (basert på demografiske og sosioøkonomiske faktorer) og mobilitetskomponent (justerer for bruk av nasjonale funksjoner). Investeringer finansieres gjennom avskrivninger og statlige investeringslån for prosjekter over 500 millioner kroner.

Overgangen til ISF medførte betydelig aktivitetsøkning (fra 2 % til 3,2 % årlig vekst) og kraftig reduksjon i ventetider. Studier viser økt teknisk effektivitet på 2 %, men også risiko for «oppkoding» og prioritering av lønnsomme pasienter. Effektene på kvalitet er mer usikre, med begrenset evidens for negative konsekvenser på dødelighet eller reinnleggelser.

Ordningen med fritt sykehusvalg har gitt pasienter mulighet til å velge behandlingssted, med 13 % av elektive pasienter som aktivt velger et annet sykehus enn det nærmeste. Dette gir kortere ventetider for brukerne, men kan skape sosioøkonomiske ulikheter da høyere utdannede bruker ordningen mer enn andre.

Om en skal benytte ISF eller rammefinansiering representerer en fundamental avveining mellom økt aktivitet/effektivitet og risiko for feilprioritering og svekket kostnadskontroll. Valg av ISF-andel påvirker insentivstrukturen betydelig, og redusert ISF kan gi bedre prioriteringer, men lavere aktivitet og høyere kostnader per pasient.

SPØRSMÅL TIL KAPITTEL 10

1. Analyser de tre finansieringsepokene for norske sykehus. Hvilke problemer førte til overgangen mellom systemene, og hvordan adresserte hvert system de forrige systemenes svakheter?
2. Forklar hvordan ISF-andelen påvirker sykehusenes insentiver ved hjelp av tabell 10.2. Hvorfor har norske myndigheter valgt å variere ISF-andelen over tid?
3. Vurder effektene av ISF på sykehusaktivitet og ventetider (figur 10.2 og 10.3). Hvilke positive og negative konsekvenser hadde den sterke aktivitetsveksten etter 1997?
4. Diskuter funnene om «oppkoding» og prioritering av lønnsomme pasienter under ISF. I hvilken grad representerer dette et problem for likeverdig behandling?
5. Analyser den nye finansieringsmodellen for RHF-ene med kostnads-, behovs- og mobilitetskomponent. Hvordan bidrar hver komponent til utjevning av forskjeller mellom regionene?
6. Sammenlign produktivitetsutviklingen i norske sykehus (figur 10.4) med innføringen og endringene i ISF-systemet. Hva kan forklare variasjonene i produktivitetsvekst?
7. Evaluer ordningen med valg av behandlingssted. Hvilke effekter har den hatt på ventetider og likhet i helsetjenestene?
8. Diskuter dilemmaet mellom aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering. Under hvilke omstendigheter bør hver finansieringsform foretrekkes?
9. Beregningsoppgave: Et sykehus behandler en ekstra pasient som koster 50 000 kroner. Ved 40 % ISF-andel mottar sykehuset 60 000 kroner i ISF-refusjon. Hva blir marginalprofitten, og hvordan endres denne ved 30 % ISF-andel?
10. Kritisk analyse: Vurder forslaget om å rammefinansiere øyeblikkelig hjelp-behandlinger mens elektive behandlinger beholder ISF. Hvilke fordeler og ulemper kan dette ha?