

# Finansieringsordninger (spesialisthelsetjensten)

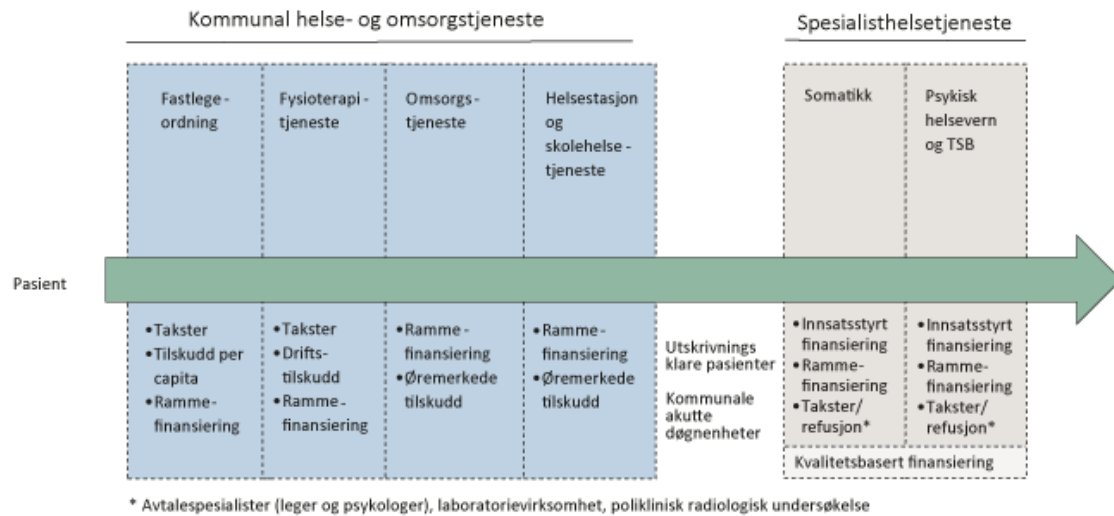
Innsatsstyrt finansiering

Rehabilitering

# Finansieringsmodeller?

- Litt om:
  - Nasjonal helse og sykehusplan
  - Finansiering spesialisthelsetjenesten
    - ISF og rehabilitering

# Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23

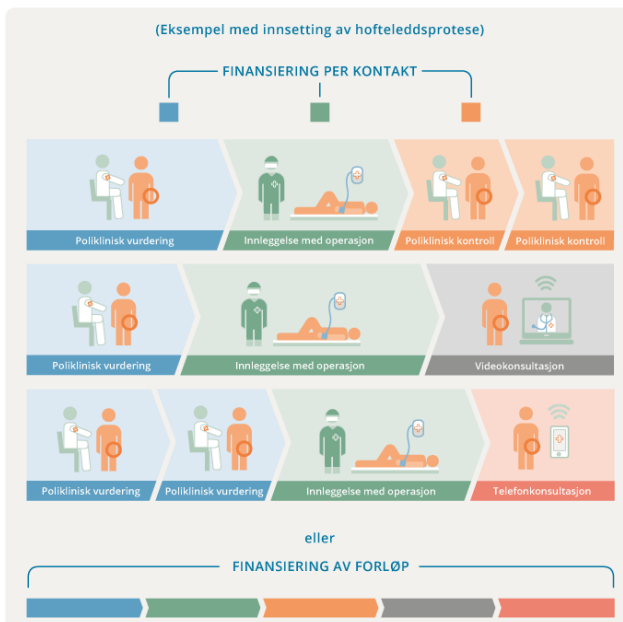


## 11.5 Videreutvikling av finansieringsordningene

Regjeringen vil videreutvikle innsatsstyrt finansiering for å understøtte ønsket utvikling av tjenesten, jf. kapittel 1. Regjeringen vil videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten langs følgende hovedspor:

- Finansieringen skal i større grad knyttes til innholdet i tjenestene, ikke til hvem som yter behandling, hvor behandlingen ytes eller hvordan behandlingen ytes.
- Finansieringen skal understøtte helhetlige tjenesteforløp.
- Finansieringen skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.
- Kvalitetsbasert finansiering skal knyttes tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten.

### FINANSIERING AV TJENESTEFORLØP



«Å knytte finansiering til tjenesteforløp på tvers av forvaltningsnivåene vil kreve mer utredning. Det må i første omgang utvikles løsninger for og høstes erfaringer fra forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten.»

# Fra Helsedirektoratet presentasjon: ISF informasjonsmøte 17. oktober 2019

## Understøtte ønsket tjenesteutvikling

«Ikke være til hinder  
for»

vs.

«Aktivt stimulere til»

Digitale tjenester  
og helsehjelp på  
avstand

Arenafleksibilitet

Harmonisering og  
integrasjon somatikk  
& PHV/TSB

Teambasert  
tjenester

Forenkling

Samarbeid og  
integrasjon med  
kommunale tjenester

De vanlige og  
viktige  
oppdateringene

Personell-  
nøytralitet

Samarbeid

# Prop. 1 S (2019-2020) – Programkategori 10.30

## Spesialisthelsetjenester

2019–2020

Prop. 1 S  
Helse- og omsorgsdepartementet

99

### Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, kan overføres	14 619	59 710	19 401
70	Særskilte tilskudd, kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75	695 607	874 059	945 110
71	Kvalitetsbasert finansiering, kan overføres	539 252	552 116	566 434
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, kan overføres	51 380 490	53 571 938	56 113 159
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, kan overføres	18 108 181	18 781 421	19 588 777
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, kan overføres	13 698 766	14 270 445	14 916 217
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, kan overføres	12 252 747	12 726 632	13 261 484
76	Innsatsstyrt finansiering, overslagsbevilgning	36 139 373	37 843 728	39 960 745
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, overslagsbevilgning	2 877 199	3 119 112	3 145 547
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, kan overføres	1 170 188	1 216 053	1 234 392
80	Kompensasjon for merverdiavgift, overslagsbevilgning	6 594 975	7 030 632	7 378 243
81	Protonsenter, kan overføres	95 500	96 723	26 032
82	Investeringslån, kan overføres	2 767 520	5 212 381	5 782 762
83	Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, overslagsbevilgning	38 905	81 000	186 000
86	Driftskreditter	1 107 001	3 359 000	4 459 000
	Sum kap. 0732	147 480 323	158 794 950	167 583 303

### Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene.

Videre skal ordningen stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling.

Gjennom innsatsstyrt finansiering gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling.

Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering. Arbeidet utføres i dialog med de regionale helseforetakene.

# ISF-regelverket 2020:

## 4.2 Hovedregler om hvilke typer helsehjelp som inngår i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen

### 4.2.1 Fellesregler

a) Helsehjelpen må være spesialisthelsetjeneste, jf. spesialisthelsetjenesteloven.

e) Helsehjelpen må være organisert og utført av et HF eller annen virksomhet som har drifts- eller kjøpsavtale med RHF om gjennomføring av relevant aktivitet, eller av virksomhet som er godkjent for relevante tjenester innen ordningen **Fritt behandlingsvalg**. Helsetjenester utført innen rammen av driftsavtaler mellom RHF og avtalespesialister inngår ikke i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen. Unntak fra dette er pasientadministrert legemiddelbehandling. Dagkirurgisk aktivitet utført av avtalespesialister i henhold til særskilt avtale med RHF inngår i ISF-beregningsgrunnlaget under forutsetning av at det ikke samtidig er krevet takstrefusjon for samme aktivitet gjennom HELFO. **Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan inngå i beregningsgrunnlaget når kravene i punkt 4.3 og øvrige regler er oppfylt.**

f) Virksomheter og enheter som inngår i spesialisthelsetjenesten, og som er forutsatt finansiert gjennom andre mekanismer enn ISF-ordningen, **skal ikke registrere og rapportere sin aktivitet som ISF-aktivitet. Dette gjelder blant annet private rehabiliteringsinstitusjoner, hvis aktivitet er forutsatt finansiert gjennom basisbevilgningen til RHF.**

## 4.3.6 Spesialisthelsetjenester utført av kommuner

**Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene.** Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR.

Når følgende kriterier er oppfylt, kreves ingen søknad for at kommunalt utførte tjenester skal kunne inngå i ISF-beregningsgrunnlaget:

- Hovedinnholdet i tjenestene er velavgrensede spesialisthelsetjenester som kan identifiseres på en sikker måte basert på rapportert prosedyreinhold

I øvrige tilfeller **forutsetter inklusjon i beregningsgrunnlaget særskilt godkjenning etter søknad til Helsedirektoratet.** Krav til søknadens innhold:

- Utkast til eller inngått avtale mellom partene skal foreligge, forankret i generell samarbeidsavtalestruktur
- Avtaleteksten skal synliggjøre hvordan partene **sikrer at omfattet tjenesteinnhold er spesialisthelsetjenester og hvordan dette skilles fra tilgrensende kommunale helse- og omsorgstjenester**
- Det skal foreligge informasjon om **behandlingsvolum og finansieringsmåte for eksisterende tjenestetilbud som skal flyttes, slik at eventuell endring kan finne sted budsjettneutralt**

## 4.3.4 Somatikk – Utvidelse av eksisterende spesialisthelsetjenestetilbud

Organisatoriske eller andre endringer som medfører at en virksomhet øker sitt reelle behandlingsvolum av tjenester som allerede er omfattet av ISF, utløser ingen søknadsplikt.

Unntak fra hovedregelen gjøres gjeldende på områder der det er særskilt risiko for manglende samsvar mellom tjenesteinnhold og kostnadsnivå for nytt og eksisterende tjenestetilbud. **Unntak gjelder også på områder i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenestens og den kommunale helse- og omsorgstjenestens «sørge for»-ansvar.** Vesentlige utvidelser på følgende områder medfører derfor søknadsplikt:

- **Rehabilitering** og habilitering, bortsett fra rehabilitering i akuttfasen etter sykehusinnleggelse
- Konservativ behandlingstilbud for overvekt (før, etter, eller i stedet for kirurgisk behandling)
- Tjenestetilbud der hovedinnholdet er trening eller opplæring eller kombinasjon av dette
- Tjenestetilbud som i stor grad finner sted som grupperettede aktiviteter, herunder fysisk trening og aktivitet i gruppe
- **Tjenestetilbud som gjennomføres i samarbeid med kommunen eller som omfatter tjenester som kommunen har «sørge for»-ansvar for**