

Innspill om rammevilkår, finansieringsmodell og henvisningspraksis for ideelle aktører i psykisk helsevern

Vi er glade for den brede politiske viljen til å styrke ideell sektors rolle i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig er vår erfaring at politiske mål alene får begrenset virkning når finansierings- og henvisningsordningene lenger ned i systemet gjør det økonomisk ugunstig for helseforetakene å bruke ideelle tilbud.

Utfordringen synes derfor ikke først og fremst å være mangel på politiske ambisjoner, men hvordan ansvar, budsjettbelastning og beslutningsmyndighet er organisert. Når kostnaden ved henvisning til en ideell avtaleinstitusjon belastes det enkelte helseforetakets budsjett, samtidig som foretaket skal finansiere egne tilbud og investeringer, kan økonomiske hensyn begrense bruken av avtalt ideell kapasitet. Vi håper utvalget vil se nærmere på dette styringsleddet, fordi avstanden mellom politisk intensjon og praksis blir særlig tydelig her.

Hovedbudskap: Dersom ambisjonen om å styrke ideell sektor skal få reell virkning, må finansierings- og henvisningsmodellen endres. Vi ber utvalget anbefale en øremerket regional finansieringsramme og økonomisk og organisatorisk nøytrale henvisningsordninger. Det vil sikre at pasientens behov og den faglige vurderingen – ikke det henvisende helseforetakets budsjett – styrer valg av behandlingssted.

Ideelle aktørers behandlingstilbud og faglige bidrag

Ideelle avtaleinstitusjoner leverer offentlig finansierte tjenester innen blant annet psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering. Flere har bygget opp spesialiserte døgnmiljøer for pasienter med alvorlige og sammensatte behov, særlig der kortere eller polikliniske forløp ikke har gitt tilstrekkelig eller varig bedring.

For disse pasientene kan behandlingens varighet, kontinuitet og døgnsramme være avgjørende for stabilisering, symptomreduksjon og bedret funksjon. Gevinsten må derfor vurderes ut fra hele forløpet, herunder livskvalitet, deltakelse i arbeid eller utdanning og redusert behov for nye behandlings- og oppfølgingstiltak.

Ideelle aktører kombinerer klinisk virksomhet med kvalitetsarbeid, brukermedvirkning, forskning og fagutvikling. Samarbeid med kunnskapsmiljøer gjør det mulig å dokumentere behandlingsresultater, prøve ut nye behandlings- og samhandlingsmodeller og dele kunnskap med resten av helsetjenesten. Korte beslutningsveier og nærhet mellom klinikk, ledelse og fagutvikling gjør flere ideelle institusjoner godt egnet som utviklingsarenaer.

Finansieringsmodell, ISF og valg av behandlingsnivå

Dagens finansieringsmodell kan gjøre en faglig begrunnet henvisning til en ideell avtaleinstitusjon økonomisk ugunstig for helseforetaket. Når foretaket både skal finansiere og utnytte egne tilbud, dekke investeringer og samtidig belastes for behandling hos ideelle, oppstår et insentiv til å beholde pasienten i egen organisasjon.

Denne mekanismen står i kontrast til målet om å styrke ideell sektor. Flere ideelle institusjoner opplever redusert henvisningsstrøm og svakere forutsigbarhet, selv om behovet for spesialisert behandling ikke er tilsvarende redusert.

Vi er kjent med at døgnbehandling i psykisk helsevern ikke finansieres gjennom ISF på samme måte som poliklinisk aktivitet. Det sentrale er hvilke insentiver forskjellen kan skape

lokalt: Poliklinisk aktivitet kan gi aktivitetsbasert inntekt, mens henvisning til en ideell døgninstitusjon gir en direkte og synlig budsjettbelastning for helseforetaket.

Resultatet kan bli at økonomi påvirker både behandlingsnivå og behandlingssted. Dette gjelder særlig når helseforetaket står overfor store innsparinger eller investeringsforpliktelser.

Gjennom bred og gjentatt dialog med henvisende behandlere er vi blitt kjent med at økonomiske føringer begrenser eller hindrer henvisninger til ideelle tilbud. Behandlerne beskriver at dette ikke skyldes manglende faglig relevans eller kvalitet, men budsjettbelastningen for det henvisende helseforetaket. Erfaringen er etter vår vurdering så gjennomgående at hovedbehovet ikke er ytterligere kartlegging, men en finansierings- og henvisningspraksis som sikrer at faglige vurderinger og pasientens behov får være styrende.

Helseforetakenes sørge-for-ansvar og behovet for regional kapasitetsstyring er legitime hensyn. Problemet oppstår når pasienter med sammenlignbare behov ikke får likeverdig tilgang i praksis. Flere ideelle aktører har registrert betydelige endringer i henvisninger fra enkelte opptaksområder uten kjente tilsvarende endringer i pasientgrunnlag eller prioriteringskriterier.

Når redusert henvisningsaktivitet sammenfaller med store innsparinger og byggeprosjekter, er det grunn til å se dette i sammenheng med de økonomiske styringssignalene som møter henvisende behandlere. Erfaringene understøtter behovet for å endre finansierings- og henvisningspraksisen, slik at lokale innsparingskrav ikke begrenser tilgangen til faglig anbefalt behandling.

For noen pasienter med alvorlige og komplekse psykiske lidelser er et sammenhengende døgnforløp faglig nødvendig, på samme måte som komplekse somatiske tilstander kan kreve innleggelse. Når pasientens tilstand og prioriteringskriteriene er uendret, bør økonomiske insentiver ikke føre til at et anbefalt døgntilbud erstattes av et mindre egnet behandlingsnivå.

Vi har forståelse for at helsetjenesten må prioritere innenfor begrensede rammer, og at døgnbehandling verken er riktig eller nødvendig for alle. Poenget er å sikre tilgang for den avgrensede gruppen pasienter med de mest komplekse lidelsene, der spesialisert døgnbehandling vurderes som nødvendig og forventes å gi bedre samlet ressursbruk enn gjentatte eller utilstrekkelige tiltak på et lavere behandlingsnivå.

I dialog med henvisende behandlere blir ideelle tilbud tidvis vurdert som svært kostnadskrevende sammenlignet med behandling i helseforetakets egen regi. Denne vurderingen kan bygge på at kostnaden ved henvisningen fremkommer direkte i foretakets budsjett, mens kostnadene ved behandling i egen regi er fordelt på drift, administrasjon og investeringer. Erfaringstall fra ideelle døgninstitusjoner tyder imidlertid på at det faktiske kostnadsnivået ofte er betydelig lavere ved sammenlignbare tilbud. Den direkte budsjettbelastningen ved en henvisning gir derfor ikke et riktig bilde av den reelle kostnadsforskjellen.

Henvisningspraksis og likeverdige tjenester

Målet om likeverdige tjenester innebærer at pasienter med sammenlignbare behov skal ha tilgang til relevante behandlingstilbud uavhengig av bosted og helseforetakstilhørighet. Flere ideelle avtaleinstitusjoner mottar pasienter fra store deler av landet, og enkelte tilbud benyttes på tvers av helseregioner. Tilgangen bør derfor styres av behov og prioriteringskriterier, ikke av den økonomiske situasjonen i det henvisende helseforetaket.

Et argument som er brukt mot egne rammer for ideelle, er at dette kan utfordre regional styring og likeverdig fordeling av tjenester. Vi har forståelse for hensynet, men mener dagens løsning kan gi motsatt effekt. Når kostnaden ved et ideelt tilbud belastes det enkelte helseforetakets budsjett, blir pasientens tilgang påvirket av foretakets økonomiske handlingsrom. Pasienter med sammenlignbare behov kan dermed få ulike tilbud avhengig av bosted. En regionalt forvaltet og øremerket ramme vil etter vår vurdering bevare regional styring, samtidig som lokale budsjettforskjeller får mindre betydning.

Felles henvisningsmottak

Felles henvisningsmottak gir en særskilt utfordring når helseforetaket både vurderer henvisningen, har egne behandlingstilbud og bærer kostnaden ved bruk av en ideell institusjon. Denne rolleblanding kan føre til at egne tilbud vurderes først, mens relevante ideelle alternativer ikke synliggjøres eller vurderes på samme grunnlag.

Etter vår erfaring ble ideelle døgningstusjoner uten rettighetsvurderingskompetanse ikke involvert da felles henvisningsmottak ble etablert, selv om ordningen har fått direkte betydning for deres henvisninger og kapasitetsutnyttelse. Avtalespesialistene var derimot involvert i utviklingen av ordningen. For de ideelle institusjonene som ikke selv kan rettighetsvurdere henvisninger, innebærer dette at tilgangen til pasienter er avhengig av vurdering og videreformidling gjennom helseforetakets felles henvisningsmottak. Konsekvensene for denne gruppen ideelle ble etter vår vurdering ikke tilstrekkelig belyst ved etableringen av ordningen.

Henvisningsmottakene bør derfor være økonomisk og organisatorisk nøytrale. Relevante ideelle tilbud må inngå i vurderingen fra starten, og avvik fra henviserens anbefaling bør begrunnes skriftlig med faglige kriterier. Budsjettmessige hensyn alene bør ikke kunne begrunne avslag eller omdirigering.

Langsiktige rammevilkår, kvalitet og innovasjon

Spesialiserte fagmiljøer bygges over mange år. Avtaler med kort tidshorisont eller uforutsigbar pasienttilgang kan føre til tap av kompetanse og kapasitet som senere er krevende og kostbart å bygge opp igjen. Avtaleperiodene bør derfor være lange nok til å sikre stabil drift, fagutvikling og planlagt kapasitet.

Rammevilkårene bør også gi ideelle aktører reelle muligheter til kvalitetsutvikling, forskning og innovasjon. Dette omfatter tilgang til relevante data og infrastruktur, deltakelse i forskningssamarbeid og finansiering av utviklingsoppgaver som ikke kan dekkes innenfor en presset driftsramme.

Konkrete anbefalinger for finansierings- og henvisningsmodellen

Vi anbefaler tre overordnede reformgrep: en øremerket regional finansieringsramme som gjør henvisninger økonomisk nøytrale; et tydelig skille mellom finansiering av behandling og helseforetakenes investeringsforpliktelser; og krav om likeverdig faglig vurdering av offentlige og ideelle tilbud. Tiltakene nedenfor konkretiserer disse grepene.

1. **Etabler en særskilt og øremerket regional finansieringsramme for ideelle avtaleinstitusjoner.** Midlene bør forvaltes av det regionale helseforetaket og holdes utenfor det enkelte helseforetakets ordinære drifts- og investeringsbudsjett. Dette er nødvendig for at lokale budsjettensyn ikke skal skape geografiske forskjeller i

tilgangen til ideelle tilbud. Rammen bør dimensjoneres etter avtalt kapasitet og dokumentert regionalt behandlingsbehov.

2. **Gjør henvisning til ideelle økonomisk nøytral for det henvisende helseforetaket.** Behandlingskostnaden bør dekkes av den øremerkede regionale rammen og ikke trekkes fra sykehusets løpende driftsbudsjett. Henvisningsbeslutningen skal bygge på pasientens behov, behandlerens faglige vurdering og forventet behandlingsnytte – ikke på hvilket budsjett som belastes.
3. **Skjerm pasientbehandlingen mot økonomiske utslag av store bygge- og investeringsprosjekter.** Helseforetakenes innsparingskrav knyttet til bygg og investeringer må ikke gi reduserte henvisninger til ideelle tilbud. Finansiering av behandling og finansiering av investeringer bør derfor skilles tydeligere.
4. **Gjør felles henvisningsmottak økonomisk og organisatorisk nøytrale.** Mottakene bør dokumentere at relevante offentlige og ideelle tilbud er vurdert fra starten og på samme faglige grunnlag. Pasientens bosted eller helseforetakstilhørighet skal ikke avgjøre tilgangen til spesialisert behandling, og avvik fra henviserens faglige anbefaling bør begrunnes skriftlig med faglige kriterier.
5. **Etabler regional oppfølging av henvisningsmønstre og kapasitetsutnyttelse.** Det regionale helseforetaket bør minst årlig rapportere henvisninger til ideelle fordelt på opptaksområde, avslag og hovedbegrunnelse, ventetid og bruk av avtalt kapasitet. Vesentlige eller uforklarte avvik bør utløse gjennomgang og korrigerende tiltak.

Avslutning

Vi ber utvalget anbefale at ideelle aktører inngår i den nasjonale og regionale planleggingen av kapasitet, kompetanse og pasientforløp. Finansierings- og henvisningsmodellen bør bygge på en øremerket regional finansieringsramme og økonomisk og organisatorisk nøytrale henvisningsmottak. Langsiktige avtaler, kvalitet, forskning og innovasjon bør behandles som egne rammevilkår for ideell sektor.

Hensikten er ikke å skjerme ideelle fra krav til kvalitet, ressursbruk og dokumentasjon, men å fjerne økonomiske mekanismer som gjør en faglig riktig henvisning ugunstig for det henvisende helseforetaket. Valg av behandlingssted bør styres av pasientens behov og forventet behandlingsnytte.

På vegne av Friskstiftelsen

Eirin Valerie Kårevik

Daglig leder

Friskstiftelsen