

■ Sykehusene bør fortsatt få «stykkeprisbetaling», men prinsippet bør ikke gjelde for den enkelte sykehusavdelingen eller for sykehusene, helseforetakene. Helseminister Støre bør uansett løsrive pengestrømmen fra «kodingen», skriver professor **Jon Magnussen** ved NTNU.

Støres neste steg

**INNLEGG
Helse**

DNs reportasje om innsatsstyrt finansiering den 29. desember ga et detaljert og interessant innblikk i sider ved denne finansieringsordningen som det er vanskelig å være begeistret for. Helseminister Jonas Gahr Støre svarer i DN den 10. januar, og essensen i hans innlegg synes å være at ting alltid kan bli bedre, men at det tross alt ikke står så aller verst til. Gledelig nok (for noen av oss) ser han fortsatt også en plass for økonomer i helsevesenet.

«Det meste som har gått gal veg i helsevesenet kan spores til stykkeprisene», hevdet Olav Lian fra Universitetet i Tromsø i reportasjen. Støre mer enn antyder at bildet er mer nyanisert, og har selvfølgelig rett i det. Vi må unngå å komme i en situasjon hvor svarmåling og bilig retorikk kveler en konstruktiv helsepolitisk debatt.

Vi har mange mål med helsesektoren, og et begrenset antall virkemidler tilgjengelig for å nå dem. Støres utfordring er å avstemme virkemidlene mot hverandre, det er ingen enkel utfordring, og den gjøres heller ikke enklere av unødig svartmåling.

Finansieringssystemet er et virkemiddel hvor det er knyttet stor usikkerhet til forholdet mellom utforming og resultat. Støre beskriver da også sin løsning passelig upresist som å unngå de to grøftene «ren rammebudsjettering» og «ren stykkepris».

Han vil også innføre forsøk med å knytte inntektene sterkere til kvalitet. Han kan imidlertid gjøre mer enn som så.

Den enkle tankegangen bak innsatsstyrt finansiering er at man ved å knytte sykehusenes inntekt til aktivitet, både får dem til å gjøre mer, og til å gjøre det rimeligere. Ressursene sykehusene sparer kan de benytte på andre gode tiltak (kvalitet, kompetanse, eller lignende).

Feilen sykehusene har gjort er å la ISF inntektene gå direkte videre ned til den enkelte avdeling. Dermed må plutselig frontlinjen – helsepersonellet – forholde seg til hvordan de kan skaffe inntekter til egen virksomhet.

De fleste uheldige utslag visert av ordningen, kan knyttes til at ansatte som egentlig skal



DN 29. desember.



DN 10. januar.

tenke «best mulig resultat med minst mulig ressursbruk» begynner å tenke (eller blir fortalt at de skal tenke) «mest mulig inntekt».

For sykehusene kan det fort bli enklere å manipulere inntektene enn å begrense kostnadene.

Hvor stort problemet er vet vi ikke, men det har tilstrekkelig omfang til at det fortjener å bli tatt på alvor. Etter mitt skjønn kan Støre også forbedre ordningen gjennom noen relativt enkle grep, uten å risikere å falle i noen av sine to grøfter.

For det første kan han slutte å finansiere de regionale helseforetakene på grunnlag av aktivitet. Dette ble påpekt av Hagen-utvalget allerede i 2002.

Noen av de eksemplene som trekkes frem i DNs reportasje kunne trolig vært unngått om ikke det regionale nivået stilltende hadde akseptert handlingene, vel vitende om at staten tok regningen. Reduksjon av ISF-satsen fra 60 til 40 prosent har gjort problemet mindre, men det er vanskelig å se gode argumenter for fortsatt innsatsstyrt finansiering av det regionale nivået.

For det andre kan Støre være

■ STYKKI RIS. For sykehusene kan det for : bli enklere å manipulere inntektene enn å begrense kostnadene, skriver artikkelforfatteren.



AVVENTENDE TIL FINANSIERINGSREFORM. Jon Magnussen.

Støre kan gjøre det uttrykkelig klart at formålet med kodingen utelukkende er å få beskrevet hvor mange som blir behandlet hvor og for hva

mer offensiv enn «å legge til grunn at helsepersonell koder på en etisk riktig måte». Støre kan drive aktiv etstyring, og gjøre det uttrykkelig klart for ledelsen i de regionale helseforetakene at formålet med medisinsk koding er – og bare er – å få beskrevet hvor mange som blir behandlet hvor og for hva.

Når kodingen er gjort, kan det danne grunnlag for finansiering, men det er ikke – og skal ikke være – motivasjonen. I den

reviderte helseforetaksloven poengteres det at departementet, om ønskelig, kan gå så tett på helseforetakene at de, som det heter, «nærmest blir som et underliggende forvaltningsorgan».

Departementet fremhever også finansiering som et eksempel på et område hvor det drives aktiv politisk styring. DNs reportasje illustrerer at det nok er et forberedingspotensial for styring og ledelse på alle nivå.

Det siste Støre kan gjøre er å tenke seg nye om før han vurderer nye finansieringsformer. Kommunal medfinansiering er og blir en dårlig idé, den ble innført på tross av (i trass mot, vil noen av oss mene) klare faglige råd.

Når Støre nå varslar forsøk med den nye moten – finansiering av kvalitet – er det redelig nok, men det er å håpe at han følger nøye med i erfaringer med tilsvarende forsøk i andre land. De har foreløpig ikke mye godt å si om en slik ordning.

■ **Jon Magnussen, professor i helseøkonomi, instituttleder ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU**

FLERE INNLEGG
Side 26 – 27



Gjeste kommentar
Nettverk og tillit
Jan Ketil Arruuf

Innlegg
Taper ikke alt
Ivar Kristiansen
Bivirkninger kan behandles
Nina Ulstein
Dyre i Afrika
enni i Norge
Leif Sande

DN

Epost: debatt@dn.no Telefaks: 22 00 11 10
Hovedinnlegg/kronikk: Maks 4500 tegn
Inklusivt mellomrom Underinnlegg/replikk:
Maks 1500 tegn (ca. 250 ord)
Legg ved portrettfoto

■ Alt stoff som leveres til Dagens Næringsliv, må produseres i henhold til Vær varsom-plakaten.
■ Dagens Næringsliv betinger seg retten til å lagre og utgi alt

stoff i avisen i elektronisk form, også gjennom samarbeidspartnere.
■ Redaksjonen forbeholder seg retten til å forkorte innsendte manuskripter.

Debattinnlegg honoreres ikke.
Debattansvarlig:
Vidar Ivarsen,
tlf. 22 00 10 59 – 932 56 059
debatt@dn.no