

KS

Finansieringsordninger for bedre samhandling

SLUTTRAPPORT

22. oktober 2009

Oppdragsgiver: KS

Rapportnr.: 6632

Rapportens tittel: Finansieringsordninger for bedre samhandling

Ansvarlig konsulent: Kari Sletnes

Kvalitetssikret av: Finn Arthur Forstrøm

Dato: 22. oktober 2009

Innhold

0	SAMMENDRAG	7
0.1	DANMARK	7
0.2	SVERIGE	8
0.3	FINLAND	9
0.4	SKOTTLAND	9
0.5	FORHOLD MED RELEVANS FOR SAMHANDLINGSREFORMEN I NORGE	9
0.5.1	Mer helhetlig tilnærming nødvendig	10
1	BAKGRUNN OG METODISK TILNÆRMING	12
1.1	BAKGRUNN	12
1.2	METODISK TILNÆRMING	13
1.2.1	Modell for oppgave løsning	14
2	STRUKTUREN I DAGENS FINANSIERINGSSYSTEM	16
2.1	DANMARK	16
2.1.1	Finansieringssystemets oppbygning	16
2.1.2	Formelle mål med finansieringssystemet etter strukturreformen	20
2.1.3	Finansieringssystemets målsatte styringseffekter	21
2.2	SVERIGE	22
2.2.1	Finansieringssystemets oppbygning	22
2.2.2	Formelle mål med finansieringssystemet	23
2.3	FINLAND	26
2.3.1	Finansieringssystemets oppbygning	26
2.3.2	Formelle mål med finansieringssystemet	28
2.3.3	Finansieringssystemets målsatte styringseffekter	29
2.3.4	Endring av kommunestruktur som virkemiddel	30
2.4	SKOTTLAND	30
3	ERFARINGER FRA DANMARK	32
3.1	EVALUERINGER FRA DANMARK	32
3.2	KOMMUNAL MEDFINANSIERING OG HELSEAVTALER	35
3.3	FORHOLD MED RELEVANS FOR SAMHANDLINGSREFORMEN I NORGE	36
4	NYTTIGE ERFARINGER FRA ANDRE LAND	39
4.1	ERFARING FRA SVERIGE OG FINLAND	39
4.1.1	Samkommune etter finsk modell	41
4.2	OMLEGGINGER AV STYRINGS- OG FINANSIERINGSPRINSIPPER FRA 2004–2005 I SKOTTLAND	42
5	VÅRE VURDERINGER	44
5.1	DANMARK	44
5.1.1	Nærmere om virkninger av kommunal medfinansiering	45
5.1.2	Praksissektorens betydning	47
5.1.3	Betydningen av andre finansieringssystemer	48
5.2	OVERORDNEDE PERSPEKTIVER	49
5.3	OPPSUMMERING	51

6	FORESLÅTTE ENDRINGER AV FINANSIERINGEN – VURDERING AV KONSEKVENSENE	53
6.1	FORESLÅTTE ENDRINGENE AV FINANSIERINGEN AV HELSESEKTOREN	53
6.1.1	Bakgrunn for etablering av de økonomiske insentivene	53
6.1.2	Konkret utforming	53
6.2	VURDERINGER AV VIRKNINGER AV DE FORESLÅTTE ØKONOMISKE INSENTIVENE	54
6.2.1	Kommunal medfinansiering	54
6.3	ALTERNATIVE FINANSIERINGSGREP	57
6.3.1	Nærmere om kommunal medfinansiering	57
6.3.2	Mer helhetlig tilnærming nødvendig	58
6.3.3	Flytting av definerte oppgaver til kommunehelsetjenesten	59
7	VEDLEGG – EKSEMPLER FRA DANMARK	60
7.1.1	Sundhedscentre i Danmark – organisering og samarbejdsrelasjoner	60
7.1.2	Sammenhengende Innsats for Kronisk Syge.	61
7.1.3	Rapport vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne	62
7.1.4	Det Ambulante Team	64
7.1.5	Ambulant psykiatri og distriktskykiatri – Århus	65
7.1.6	Ambulante funktioner og teams – Geriatrisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	66
7.1.7	Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani) (MTV-rapport)	66
7.1.8	Flere kræftpatienter behandles ambulant – færre indlægges (SST, 2004)	67
7.1.9	Strukturreformens økonomiske medfinansiering som incitament for oprettelse af kommunale rehabiliteringstilbud til borgere med KOL	67
7.1.10	Sundhedsaftaler i Region Sjælland	68

Forord

AGENDA/Implement har vært engasjert av KS for å vurdere finansieringsordninger for bedre samhandling og hvilke konsekvenser dette vil få for kommunenes økonomiske styringsmulighet med utgangspunkt i erfaringer fra Danmark og andre land det er relevant å sammenlikne Norge med. Utgangspunktet for prosjektarbeidet er samhandlingsreformen og forslagene som fremkommer av Stortingsmelding nr. 47. Vi har tatt med erfaringer først og fremst fra Danmark, som nylig har vært gjennom en strukturreform, og som har innført et system med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.

Kari Sletnes fra Implement Consulting Group har vært prosjektleder. Peter Emmerich Hansen og Jesper Luthman, begge fra Implement Consulting Group, og Finn Arthur Forstrøm og Even Korsvold fra AGENDA, har vært prosjektmedarbeidere.

Vi vil også takke Geir Magnussen, Samhandlingssjef ved Sykehuset Telemark HF, og professor Terje P. Hagen, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, for konstruktive diskusjoner underveis.

Oslo, 22. oktober 2009

0 Sammendrag

Regjeringen har i Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) lagt frem forslag til en samhandlingsreform som etter planen skal gjennomføres fra 2012. Hovedmålsettingene med reformen er blant annet å sikre pasientene raskere og bedre koordinerte helse- og omsorgstjenester, få mest ut av ressursene og dempe kostnadsveksten. Med utgangspunkt i erfaringer fra andre land det er relevant å sammenlikne Norge med, ønsker KS vurdering av mulige endringer i finansieringen av helsesektoren og hvilke konsekvenser dette vil ha for kommunenes økonomiske styringsmulighet og effektivitet i ressursbruk. Det skal også vurderes hvorvidt finansieringsendringene som foreslås i stortingsmeldingen vil gi økt innsats på forebygging, bedre samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten, og endringer i mulighet for lokalpolitisk påvirkning av helsetilbudet lokalt. I forslaget til samhandlingsreform ligger det blant annet en premiss om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.

AGENDA og Implement har i forlengelsen av drøftelser med KS valgt å ta med Sverige, Finland og Danmark i gjennomgangen. I tillegg har vi tatt med mulige effekter fra omlegginger av styrings- og finansieringsprinsipper fra 2004–2005 i Skottland. Siden det er slik at modeller/erfaringer fra hvert av de tre "hovedlandene" (Sverige, Finland og Danmark) er av ulik interesse for utformingen i forhold til forslagene i samhandlingsreformen i Norge, vil vi ha større fokus på Danmark enn de andre landene i arbeidet.

0.1 Danmark

1. januar 2007 trådte den nye strukturreformen i Danmark i kraft. Reformen hadde tre hovedelementer – en oppgavereform med ny arbeidsdeling mellom kommuner, regionalt nivå og nasjonalt nivå, en inndelingsreform med 5 regioner og 98 kommuner, samt en finansieringsreform.

Regionene har etter reformen et gjennomsnittlig befolkningsgrunnlag på mellom 800 000 og 1.6 mill. innbyggere, og det gjennomsnittlige innbyggertallet i kommunene er ca. 55 000.

Regionene har ansvaret for sykehusene samt primærlegene. Kommunene overtok ved reformen en rekke av de tidligere fylkers (amts) helseoppgaver, og har nå ansvaret for blant annet forebygging, pasientrettet gjenopptrening, spesialtannpleie samt rusområdet.

Det ble som ledd i reformen gjort endring i finansierings- og insitamentsystemene og innført et system med aktivitetsbestemt medfinansiering som omfatter både somatisk aktivitet, og aktivitet innenfor psykisk helse. Tanken bak dette prinsippet er at kommunal medfinansiering skal bidra til å gi kommunene en viktig rolle innenfor helsesektoren, og at kommunene i kraft av medfinansieringen vil iverksette tiltak i forhold til forebygging, og etablere egne tilbud.

Ut over kommunal medfinansiering har regionene fra 1. januar 2007 hatt mulighet til å innkreve en pleietakst fra sykehusene for utskrivningsklare pasienter som venter på et tilbud i kommunen. Pleietaksten skal betales fra den dag pasientene registreres som ferdigbehandlet.

Helseavtaler

Med reformen ble det innført et system med helseavtaler. Dette er obligatoriske avtaler som skal understøtte sammenhengen mellom behandling, forebygging og pleie. Avtalene skal blant annet inneholde utskrivningsforløp for syke, eldre pasienter, innsats

innenfor psykisk helsevern samt avtaler om forebygging og gjenopptrening. Helseavtalene har på mange måter fungert som en god basis for dialog mellom de to nivåene – og som grunnlag for fora hvor alle former for problemstillinger omkring finansiering, oppgavedeling, sømløse forløp osv. kan diskuteres og eventuelt avklares.

Erfaringer med omleggingen

I 2008 gjennomførte KL (tilsvarende KS i Norge) en evaluering "Godt i gang – en kvantitativ undersøgelse af den kommunale forebyggelsesindsats i 2008", for å vurdere den kommunale forebyggingsinnsatsen. Resultatene viste at de viktigste innsatsområdene dreier seg om individ- og holdningsrettede tilbud, hvor de såkalte KRAM-faktorene¹, stod for nesten halvparten av all forebyggingsinnsats i kommunene.

Når det gjelder erfaringene med kommunal medfinansiering synes det å være enighet om at nåværende innsats ikke har vært effektiv nok. I oktober 2009 presenterte Regjeringen i Danmark det siste nye initiativ på helseområdet i form av "Sundhedspakke 2009". Det legges opp til en skjerpelse av spesielt to forhold:

1. Omlegging av medfinansieringen til å ha en enda større andel aktivitetsbasert finansiering
2. Økning av medfinansieringen i forhold til den eldre, medisinske pasient.

Det legges ikke opp til at de øvrige områder og takster til medfinansiering skal fjernes, eller reduseres på områder hvor man ikke har sett en effekt av medfinansieringen.

0.2 Sverige

I Sverige ligger ansvar for helsetjenestene på fylkene. Dette gjelder både for primær- og spesialisthelsetjenesten.

Det er i Sverige utpreget fokus på forebygging og prioriterte oppgaver som gjøres felles på tvers av fylker og kommuner, som eksempler kan nevnes:

- Fysisk velvære og fysisk aktivitet etter rekvisisjon
- Overvekt og fedme
- Barn og unges psykiske helse
- Forebygging av røyking
- Alkoholforebyggende arbeid
- Livsstiltester (ofte i regi av "Vårdcentraler")

Flertallet av fylkene med "Vårdcentralene" som omdreiningspunkt, har bygd opp og videreutviklet programmer for egenomsorg – ofte ganske omfattende og systematiske programmer – med stor fokus på kampanjer som bidrar til kunnskap, og egenomsorg. Til sammen er det om lag 1 000 "Vårdcentraler" i Sverige.

Samtidig arbeides det med å skape ytterligere insitamenter til effektivisering blant annet med finansieringsformer som kan forbedre grunnlaget for effektive pasientstrømmer, eksempelvis for å redusere "unødvendige" innleggelser.

Disse innsatsene synes ikke på noen måte å berøre problematikken eller muligheten for å anvende kommunal medfinansiering som et virkemiddel.

¹ KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion.

0.3 Finland

Finland består av 348 kommuner og 21 sykehusdistrikter med ett eller flere sykehus. Kommunene er pliktige til å være medlem av et sykehusdistrikt, som er organisert som en samkommune. Til forskjell fra resten av Norden har Finland et desentralisert system, da det er kommunene som organiserer og tilbyr det meste av helsetjenestene. Den enkelte kommune har også ansvaret for pleie- og omsorgssektoren. Ettersom det er færre distrikter enn det er kommuner, vil hvert distrikt ha flere medlemskommuner. Økonomisk sett gir dette kommunene en økonomisk trygghet ved at eventuelt svært høye kostnader knyttet til medisinsk behandling kan deles på flere kommuner. Overføring av midler fra kommunene til sykehusene skjer via sykehusdistriktet kommunene er medlem av, i form av rammetilskudd. Overføring av midler fra kommunene til helse-sentrene skjer også i form av rammetilskudd.

Finland gjennomfører for tiden en omfattende kommunestrukturereform, der målsetningen er at en kommune, eller eventuelt et samarbeidsområde, som har ansvar for primærhelsetjenesten og sosiale tjenester skal ha minimum 20 000 innbyggere. Reformen innebærer blant annet at antall kommuner skal reduseres. Antallet er så langt redusert med ca. 100 til 348 kommuner med et gjennomsnitt innbyggertall på 6000 (2009).

0.4 Skottland

I Skottland har 14 NHS Boards ansvaret for primær- og spesialisthelsetjenesten. Ordningen med "Boards" samt "Community Health Partnerships" ble etablert i 2004. Skottland forlot da satsingen på DRG som grunnleggende element i relasjon til finansiering. Det skotske helsesystem, inkludert sykehusdelen, gikk dermed over til mer tradisjonelle former for rammestyring. Tidligere forsøk med bestiller-utfører modeller, ble formelt også lagt på is med endringene fra 2004.

Et "Board"-område omfatter i regelen større akutt sykehus. Et område omfatter videre også mindre sykehus med eller uten akuttfunksjoner. Det er en del av den skotske tradisjon at eldreomsorgen ivaretas av private driftsoperatører, og at denne oppgaven tradisjonelt ikke har vært betraktet som en offentlig oppgave. Også primærhelsetjenesten ligger innenfor rammene av "Boards", idet det her gjerne er tale om klinikker hvor flere primærleger har gått sammen.

0.5 Forhold med relevans for samhandlingsreformen i Norge

Danmark har vært gjennom en strukturereform hvor det regionale nivå har ansvaret for spesialisthelsetjenesten, men uten adgang til å kreve inn skatter, samt et kommunalt nivå med ansvar for forebygging, rehabilitering, og med adgang til å kreve inn skatter. Kommunene i Danmark har blant annet fått et utvidet ansvar, eksempelvis for forebygging, og det er innført et system med kommunal medfinansiering. Strukturereformens helt avgjørende element var en reduksjon i antallet regionale enheter (fra 14 amt og H:S til 5 regioner) samt en markant reduksjon i antallet kommuner. Danmarks kommuner har i dag et gjennomsnittlig befolkningsgrunnlag på 55 000, og kun ganske få kommuner har et befolkningsgrunnlag under 20 000. Det ble vurdert som helt avgjørende for strukturen – og for den generelle utvidelse av kommunenes oppgaver, også på helseområdet – at den enkelte kommunes befolkningsgrunnlag ble utvidet.

Det har vært en løpende debatt omkring den praktiserende leges rolle. Det er primærlegen som henviser innbyggerne videre. Da primærlegene samtidig ikke er organisert i tilknytning til kommunene, men til regionene, er det svært vanskelig for kommunene å

ha innflytelse på deres atferd. Denne situasjonen skaper et meget usikkert styringsverktøy for kommunene.

Helt overordnet og på bakgrunn av gjennomførte intervjuer, gjennomgang av eksempler samt noen få gjennomførte evalueringer, er det tvilsomt om den kommunale medfinansiering, slik den har vært brukt og slik regelgrunnlaget har vært frem til nå, har hatt de ønskede effekter i Danmark. Det er i hvert fall sannsynlig at den kommunale medfinansiering ikke i omfang og gjennomslag har hatt de effekter som man opprinnelig hadde håpet.

Regjeringens nye utspill (offentliggjort i oktober 2009) avspeiler at det er behov for tilpasninger av konseptet for kommunal medfinansiering, dersom effekter for alvor skal oppnås. "Sundhedspakke 2009" legger opp til en skjerpelse av spesielt to forhold nemlig en omlegging av medfinansieringen til å ha en enda større andel aktivitetsbasert finansiering, og en økning av medfinansieringen i forhold til den eldre, medisinske pasient. Slik AGENDA og Implement ser det, er det ingen tvil om at kommunenes økonomiske styringsmuligheter og effektiviteten i ressursforbruk i forhold til ivaretagelse av helseformål er best i den finske modellen. Men dette oppnås *ikke* som følge av "kommunal medfinansiering i dansk forstand", men oppnås fordi kommunene i Finland har kontroll over det samlede produksjonsapparatet (sykehusene), fordi kommunene selv utskriver og står til ansvar for de skatter som skal finansiere produksjonsapparatet, og fordi kommunene samtidig selv er ansvarlige for å balansere ressursinnsatsen mellom spesialisert sykehusvirksomhet på den ene siden, og forebygging og rehabilitering på den andre.

Finland demonstrerer at kommunal finansiering (og ikke bare kommunal *med*finansiering) kan være et særdeles effektivt grunnlag for optimal drift av helsetjenester. Men eksemplene på den samlede effektivitet ser ut til å oppnås først når sykehus- og primærhelseressurser samles under "samme tak".

Både i Danmark og i Norge er de samlede helseoppgavene fordelt på to nivåer – et regionalt og et kommunalt. Det kan argumenteres for at dette også er tilfelle i Sverige, men det er allikevel en forskjell. De fleste helseoppgaver også de oppgavetyper som i Danmark og i Norge hører inn under kommunene, er samlet i det samlede system av "Sjukvård og Vårdcentraler".

Etter AGENDA og Implements vurdering kan det rette spørsmål aldri være *hvordan* kommunal medfinansiering påvirker kommunenes effektivitet og styringsmuligheter samt innflytelse på ressursene innenfor helse. Spørsmålet som heller må stilles er *hvordan* de forskjellige finansieringssystemer – samlet sett – påvirker kommunenes effektivitet og styringsmuligheter. Tar vi utgangspunkt i det danske systemet, så vil kommunal medfinansiering uten tvil ha en eller annen innflytelse på balansen mellom ivaretagelse av helseoppgavene enten i kommunal eller regional regi. Men det vil også sykehusenes finansieringsformer, samt konsekvensene av den måte fastleger og private helseprodusenter avlønnes.

0.5.1 Mer helhetlig tilnærming nødvendig

Gjennomgangen viser at kommunal medfinansiering og andre aktuelle virkemidler må vurderes mer helhetlig og vurderes ut fra påvirkning/ samvirkning med andre deler av finansieringssystemet, produsentsystemet, styringssystemet og kundesystemet. Her er etter vår oppfatning fastlegenes funksjon og rolle helt vesentlig.

Samlet sett viser gjennomgangen at den langt mest effektive – og kanskje også den enkleste vei, hvis man ønsker å endre balansen mellom helseoppgavene i kommunal

og regional/statlig regi, er gradvis å justere størrelsen på rammebevillingene mellom oppgavesystemene i forhold til hverandre. Det vil si som Sverige har gjort siden 2007, hvor bevillingene til län/Landsting gradvis er redusert forholdsmessig i forhold til bevillingene til kommunene. Kommunenes rammebevilgning for å bygge opp tilbud innenfor forebygging i Danmark er et eksempel på en konkret flytting av definerte oppgaver fra spesialist- til kommunehelsetjenesten

Skal en øke den kommunale medfinansierings sin rolle til også å være et virkemiddel for å bygge opp tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten krever dette etter vårt skjønn følgende:

- Det bør være godt dokumentert kausalsamband (forhold mellom årsak og virkning) mellom økt innsats innenfor primærhelsetjenesten og reduserte ytelser innenfor spesialisthelsetjenesten.
- Andelen kommunal medfinansiering må være høyere innenfor prioriterte områder enn de forslåtte 20 % i Stortingsmelding nr. 47.

Dette innebærer i praksis at andelen medfinansiering bør variere og være høy der kausalsambandet er godt dokumentert og kostnadsforskjellen mellom tiltakene i kommunal – og sykehusregi (kommunalt rimeligst) er relativt beskjedent.

Dette er i hovedsak i tråd med de vurderinger som nå gjøres i Danmark hvor det legges opp til en skjerpelse av spesielt to forhold, nemlig en omlegging av medfinansieringen til en enda større andel aktivitetsbasert finansiering, og en økning av medfinansieringen i forhold til den eldre, medisinske pasient.

1 Bakgrunn og metodisk tilnærming

1.1 Bakgrunn

Norge er et av OECD landene som siden 1995 har hatt størst vekst i ressursinnsatsen til helsetjenesten, og Norge har langt større utgifter til offentlige sykehus pr. innbygger enn de andre nordiske landene². På syv år har utgiftene til spesialisthelsetjenesten vokst fra 53 mrd. i 2002 til 103 mrd. kroner i 2009.

For å svare på utfordringene har Regjeringen lagt frem forslag til en ny helsereform – en samhandlingsreform³, som etter planen skal gjennomføres fra 2012. Hovedmålsettingene med samhandlingsreformen er å sikre pasientene raskere og bedre koordinerte helse- og omsorgstjenester, få mest ut av ressursene og dempe kostnadsveksten. Hovedutfordringene er i følge stortingsmeldingen knyttet til at:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Ifølge Stortingsmelding nr. 47 vil det være de samme tiltakene som kan svare på alle de tre utfordringene. I strategien for løsning omtales følgende hovedgrep:

- Klarere pasientrolle
- Ny fremtidig kommunerolle slik at ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene kan innfris i større grad enn hva tilfellet er i dag
- Økonomiske insentiver som understøtter ønsket oppgaveløsning
- En spesialisthelsetjeneste som i større grad skal bruke sin spesialiserte kompetanse
- Tydeligere prioriteringer

I 2007 inngikk Helse- og omsorgsdepartementet og KS en avtale for å bedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. I kjølvannet av den nasjonale rammeavtalen er det etablert avtaler mellom en del helseforetak og kommuner. Disse avtalene er basert på frivillighet. Som ledd i samhandlingsreformen er det krav om at det avtalebaserte samarbeidet skal lovhjemles. Samarbeidsavtalene skal tydeliggjøre ansvar og oppgaver mellom kommuner og helseforetak, og vise planlagt fordeling av oppgaver.

Med utgangspunkt i erfaringer fra andre land det er relevant å sammenlikne Norge med, ønsker KS at mulige endringer i finansieringen av helsesektoren vurderes, og hvilke konsekvenser dette vil få for:

² SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret juli 2009. SINTEF A12200 Rapport. En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge. Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005–2007.

³ St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – på rett sted – til rett tid.

- kommunenes økonomiske styringsmulighet og
- effektivitet i ressursbruk

KS ønsker også vurdering av hvorvidt slike finansieringsendringer vil gi:

- Økt innsats på forebygging
- Bedre samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten
- Endringer i mulighet for lokalpolitisk påvirkning av helsetilbudet lokalt

I forslaget til samhandlingsreform ligger det en premiss om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene belastes for en andel av behandlingskostnadene i spesialisthelsetjenesten. Begrunnelsen for en slik ordning er at den vil kunne gi kommunene incentiver til å utvikle alternative tilbud og prioritere forebygging, for derved å redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester⁴.

Samhandlingsreformen vurderer tre ulike innretninger av modellen for medfinansiering:

- generell medfinansiering for alle diagnoser og aldre
- avgrensning av medfinansiering knyttet til diagnose
- aldersbasert avgrensning av medfinansiering

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen beskrives en rekke forutsetninger dersom kommunal medfinansiering skal virke etter hensikten:

- Kommunene må kunne påvirke omfanget av innleggelser og behandling
- Kommunene må ha tilstrekkelig størrelse for å håndtere risiko
- Forventet gevinst må veie opp for risikoen av omleggingen
- Kommunene må ha tilstrekkelig ressurser, kompetanse, styring over fastlegene og over andre relevante oppgaver
- Ordningen må være enkel, oversiktlig og kostnadseffektiv

I Danmark har man på plass en modell for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, slik som nå foreslås som ledd i samhandlingsreformen i Norge.

KS ønsker et grunnlag for å kunne forholde seg til de aktuelle modellene for medfinansiering, og ønsker kunnskap og vurderinger av erfaringene fra andre land og i særlig grad erfaringene fra Danmark, og hvilke konsekvenser omleggingen der har hatt.

1.2 Metodisk tilnærming

AGENDA og Implement har i forlengelsen av drøftelser med oppdragsgiver valgt å ta med Sverige, Finland og Danmark i gjennomgangen av finansieringsordninger. I tillegg har vi tatt med mulige effekter fra omlegginger av styrings- og finansieringsprinsipper

⁴ Universitetet i Oslo – Helseøkonomisk forskningsprogram – Skriftserie 2009:6. Terje P. Hagen. Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

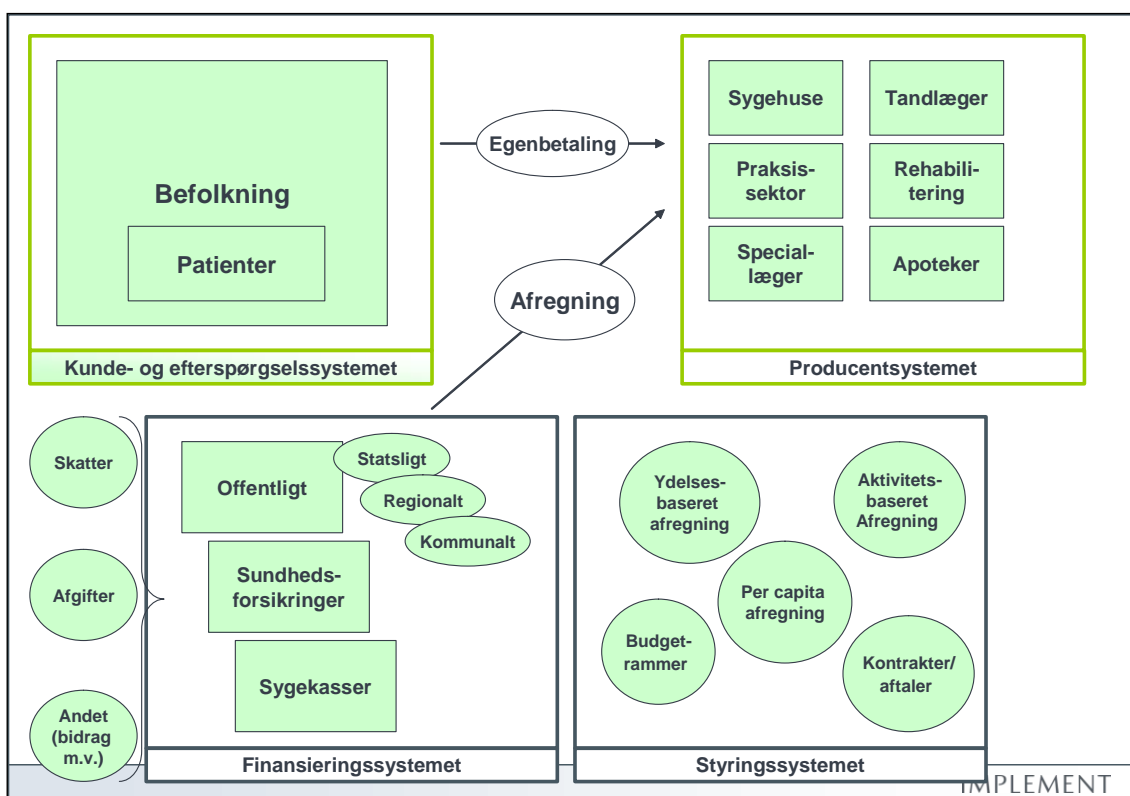
fra 2004–2005 i Skottland, uten at vi har gått like mye i detalj for dette landet, som for de andre landene.

Nedenfor vil vi gå gjennom modellen vi har brukt for løsning av prosjektoppdraget.

1.2.1 Modell for oppgave løsning

I oppgaveløsningen har AGENDA og Implement tatt utgangspunkt i en modell, som omfatter finansieringssystemet og andre relevante systemer (produsentsystemet, kundesystemet og styringssystemet), der dette er naturlig. Modellen avspeiler nødvendigheten av å forholde seg til ikke bare finansieringssystemet "i seg selv", men også til hvordan finansieringssystemet spiller sammen med, påvirker og påvirkes av andre systemer. Dette er vist i figur 1.1.

Det vesentlige er at en analyse av finansieringssystemet "i seg selv" er relativt uinteressant. Det er analysen av finansieringssystemets påvirkningsmessige effekter som først og fremst er interessant.



Figur 1–1. En modell som omfatter finansieringssystemet, produsentsystemet, kundesystemet og styringssystemet og deres innbyrdes påvirkning.

AGENDA og Implement har tatt utgangspunkt i denne modellen, og har brukt denne overordnet som en metodisk tilnærming for å komme fram til målsettingene for prosjektet:

- Vurdere erfaringene fra finansieringsordningene fra andre land i forhold til hvorvidt finansieringsendringer vil bidra til å gi
 - økt innsats på forebygging
 - bedre samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten
 - endringer i mulighet for lokalpolitisk påvirkning av helsetilbudet lokalt

- Hvilke konsekvenser dette vil ha for kommunenes økonomiske styringsmulighet og effektivitet i ressursbruk

Siden det er slik at modeller/erfaringer fra hvert av de tre "hovedlandene" (Sverige, Finland og Danmark) er av ulik interesse for utformingen i forhold til forslagene i samhandlingsreformen i Norge, vil vi ha større fokus på Danmark enn de to andre landene i arbeidet.

2 Strukturen i dagens finansieringssystem

Vi vil nedenfor gå gjennom hovedelementene i finansieringssystemet i hvert av de nordiske landene, og også i noen grad komme inn på Skottland. Danmark har nylig gjennomgått en strukturreform og har innført kommunal medfinansiering, og vi går derfor mer detaljert inn i forholdene i Danmark enn de andre landene.

SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret har nylig levert en omfattende analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge⁵. Denne rapporten inneholder blant annet beskrivelser av finansieringssystemene i de nordiske landene, og har vært til god nytte for oss i vårt arbeid.

2.1 Danmark

Den 1. januar 2007 trådte den nye strukturreformen i Danmark i kraft. Reformen hadde tre hovedelementer – en oppgavereform med ny arbeidsdeling mellom kommuner, regionalt nivå og nasjonalt nivå, en inndelingsreform med 5 regioner og 98 kommuner samt en finansieringsreform med nye og endrede finansierings- og insitamentsystemer. Regionene har et gjennomsnittlig befolkningsgrunnlag på mellom 800 000 og 1,6 mill. innbyggere. I Strukturavtalen ble det anbefalt at kommunene skulle ha minimum 30 000 innbyggere. Resultatet ble at det gjennomsnittlige innbyggertall i danske kommuner er ca. 55 000.

Sykehusene samt primærlegene er regionens ansvar. Samtidig overtok kommunene en rekke av de tidligere fylkers (amt) helseoppgaver.

Kommunene har således nå ansvaret for blant annet forebygging og sunnhet, pasientrettet gjenopptrening, spesialtannpleie samt behandling av alkohol- og stoffmisbrukere.

Primærlegene er ikke en del av strukturreformen, og er fortsatt organisert i regionene. I allmenn praksis er det 3.416 primærleger samt 240 praktiserende leger i delt praksis (september 2008). Primærlegene har i gjennomsnitt om lag 1550 pasienter på liste i egen praksis⁶. Det ble ikke endret på de praktiserende legers oppgaver som følge av reformen.

2.1.1 Finansieringssystemets oppbygning

Størstedelen av den offentlige sektors inntekter kommer fra kommunale og statlige skatter. Med kommunalreformen ble antallet skatteutskrivende nivåer redusert fra tre til to, idet regionene i motsetning til de tidligere fylkene ikke kan innkreve skatt, men får sine inntekter fra staten og kommunene. På helseområdet finansieres regionenes oppgaver av fire former for tilskudd⁷:

- Et rammetilskudd fra staten (ca. 75 %),
- Et statlig aktivitetsbestemt tilskudd (ca. 5 %),

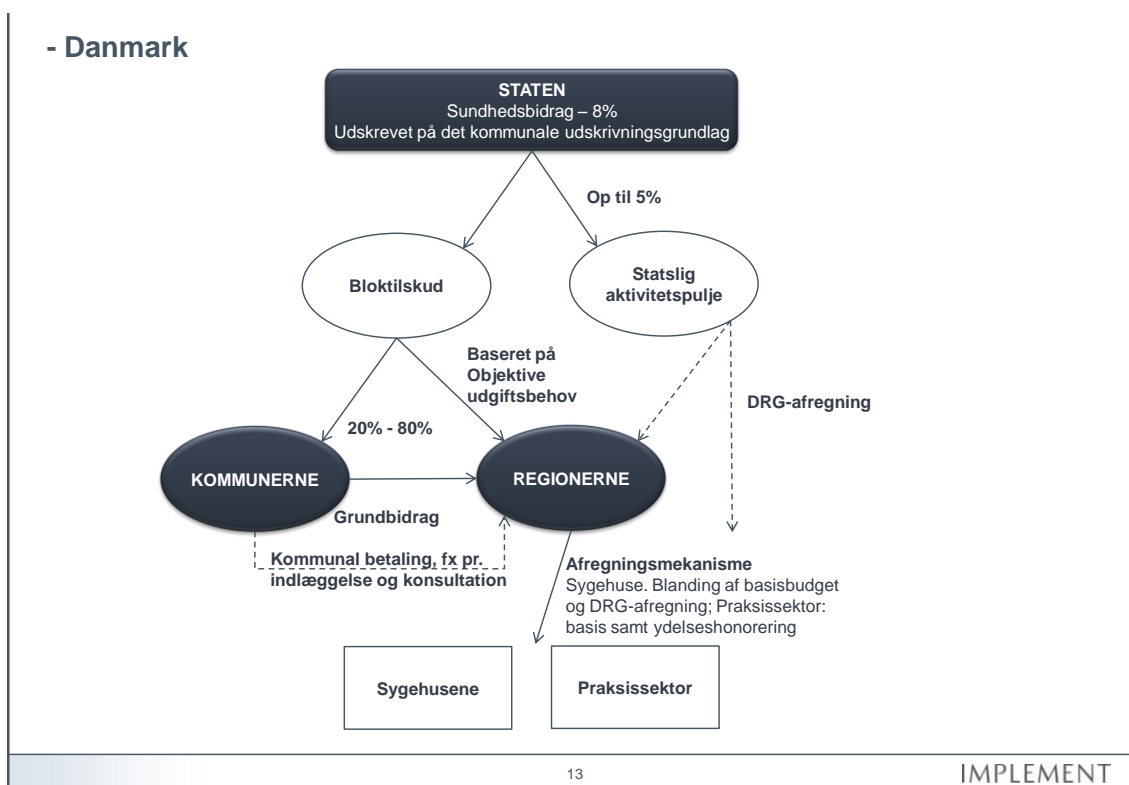
⁵ SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret juli 2009. SINTEF A12200 Rapport. En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge. Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005–2007.

⁶ De 240 legene i delt praksis og leger i utdanning er utelatt.

⁷ Kommunalreformen – kort fortalt, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, desember 2005.

- Et kommunalt grunnbidrag (ca. 10 %) og
- Et kommunalt aktivitetsavhengig bidrag (ca. 10 %)

Til bruk for finansiering av hoveddelen av de regionale og kommunale helseutgifter utskriver staten et helsebidrag, som utgjør 8 % av skattepliktig inntekt, og som delvis har avløst den tidligere fylkeskommunale skatten. Dette illustreres i fig. 2-1.



Figur 2-1 Det regionale nivået inkludert sykehusene, finansieres gjennom bidrag fra stat og kommunene. Det skrives ut skatt både på statlig og kommunalt nivå.

Det samlede statstilskudd blir fastsatt for ett år av gangen – normalt som en del av de årlige kommunaløkonomiske avtaleforhandlinger mellom staten, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (KL). Det er prinsipielt snakk om frivillige avtaleforhandlinger, men det er alltid oppnådd en avtale. Dersom en ikke kommer fram til en avtale, skal det alternativt gjennomføres forhandlinger og godkjenning av avtaler i Folketinget.

Rammetilskuddet

På helseområdet finansieres regionenes aktivitet i hovedsak via rammetilskuddet fra staten. Tilskuddet fordeles etter en rekke objektive fordelingskriterier som avspeiler utgiftsbehovet. Fordelingsmodellen som ligger til grunn for fordelingen ble vedtatt parallelt med strukturreformen.

Utgiftsbehovskriteriene tar dels høyde for den aldersmessige sammensetning av befolkningen i de enkelte regioner, dels den sosiale struktur som kan ha betydning for forbruket av helseytelser. Fordelingsmodellen innføres nå gradvis over en femårig overgangsperiode.

Det statlige aktivitetsbestemte tilskuddet

En del av den statlige finansiering av regionene utbetales som et statlig, aktivitetsbestemt tilskudd. Nivået fastlegges årlig, men utgjør som utgangspunkt høyst 5 % av regionenes helseutgifter. Formålet er å gi regionene et insitament til meraktivitet, det vil si aktivitet utover et på forhånd avtalt aktivitetsnivå for sykehusene.

Det statlige aktivitetsavhengige tilskuddet utgjør omlag 3 % av regionenes inntekter. Tilskuddet utbetales på bakgrunn av regionenes realiserte aktivitet.

Det kommunale grunnbidraget

Ved utlikning av utgiftsbehov utliknes forskjellene i kommunenes beregnede utgiftsbehov, det vil si forskjeller som kan henføres til ulikhet i alderssammensetning, sosial struktur mv. Det er ikke forskjeller i kommunenes faktiske utgifter eller etterspørsel som utliknes, men derimot forskjeller som skyldes objektive forhold. Forskjeller i utgiftene som skyldes servicenivå, forskjeller i effektivitet mv. utliknes ikke.

Det primærkommunale utgiftsbehov består av summen av tre elementer.

1. Et grunntillegg for hver kommune på 7,5 mill. kr
 - Det betyr at alle kommuner som en basisbevilling mottar 7,5 mill. kr
 - Ved sammenslåing av kommuner, som ble gjennomført som ledd i den danske strukturreformen, får to kommuner som initialt ville fått 2x7,5 mill. kr, kun 1x7,5 mill. kr
2. Aldersbestemte utgiftsbehov, som bestemmes ut fra befolkningens alderssammensetning.
 - Det aldersbestemte utgiftsbehovet avspeiler at noen aldersgrupper veier forholdsvis tungt i de kommunale budsjettene for eksempel aldersgruppen 0–6 år, som har behov for kommunal barnehage, og aldersgruppen 7–16 år med behov for skoler, skolefritidsordninger mv.
3. Det såkalte sosiale utgiftsbehov, som skal fange opp behovene som følger av den sosiale strukturen i kommunen.
 - Det sosiale utgiftsbehov beregnes ved hjelp av en sosialindeks. Det brukes her såkalte paraplykriterier som ikke er knyttet til bestemte kommunale utgifter, men som indikerer kommunens sosiale struktur.

Det kommunale aktivitetsavhengige bidraget

De enkelte kommuner skal ut over betaling av et grunnbidrag (til regioner/sykehus) også medfinansiere en andel av innbyggernes sykehus-, og sykeforsikringsforbruk.

Den kommunale medfinansiering består av et grunnbidrag som kan utgjøre opp til 1.500 kr pr. innbygger og et aktivitetsavhengig bidrag.

Den aktivitetsbestemte medfinansiering beregnes på grunnlag av faktisk aktivitet og omfatter somatisk aktivitet, og aktivitet innenfor psykisk helse ved både private og offentlige sykehus samt i praksissektoren⁸. Tanken bak dette prinsippet er at kommunal medfinansiering skal bidra til å gi kommunene en viktig rolle innenfor helsesektoren, og at kommunene i kraft av medfinansieringen vil iverksette tiltak i forhold til forebygging, og avlastning av sykehusene.

⁸ Praksissektoren inneholder dels primærleger (hver innbygger har sin egen primærlege) – og dels praktiserende spesialleger som kan være spesialister i for eksempel øre-nese-hals sykdommer eller reumatologi.

Oppbyggingen av refusjonssystemet fremgår av oppstillingen nedenfor med angivelse av prosentsatser innenfor de enkelte grupper samt maksimalgrenser innenfor disse.

Tabell 2-1 Satser for kommunal medfinansiering – det er ulike priser på de forskjellige oppgavegrupper, og maksimaltakster. Kilde: Sundhedsstyrelsen. 2008.

Somatisk aktivitet	
Stationær behandling	30 pct. af DRG-takst, dog maksimalt 4.615 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 pct. af DAGS-takst, dog maksimalt 307 kr. pr. besøg. Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 4.476 kr.
Genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst
Psykiatrisk aktivitet	
Stationær behandling	60 pct. af sengedagstakst, dog maksimalt 7.381 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 pct. af besøgstakst
Praksissektoraktivitet	
Speciallægebehandling	30 pct. af honorar, dog maksimalt 307 kr. pr. ydelse
Almen lægebehandling	10 pct. af honorar for grundydelse
Fysioterapeutisk behandling	10 pct. af honorarer
Kiropraktorbehandling	10 pct. af honorarer
Psykologhjælp	10 pct. af honorarer
Fodterapeutisk behandling	10 pct. af honorarer
Tandlægebehandling	10 pct. af honorarer
Tilskud til anden behandling/Teddy Øfeldt	10 pct. af honorarer

Det er større medfinansiering av prioriterte områder hvor det er ønskelig med stort fokus. Samtidig er det besluttet et tak på flere av medfinansieringstakstene, hvilket har stor betydning for det endelige beløp som skal betales. Det betyr at medfinansieringen er målrettet i forhold til behandling som medfører kort liggetid og ambulant virksomhet. Samtidig er et øvre tak en sikring av at kommuner med mange langtidssyke ikke rammes alt for hardt i forhold til deres medfinansiering av sykehusene.

Øvrig kommunal medfinansiering

Ut over kommunal medfinansiering har regionene fra 1. januar 2007 hatt mulighet til å innkreve en takst for såkalte "ferdigbehandlede" pasienter som venter på et tilbud i kommunen. Den obligatoriske innkreving gjelder både for somatiske pasienter og pasienter innenfor psykisk helsevern. Ferdigbehandlede pasienter hadde i 2008 så mye som 95.814 liggedager i danske sykehus. Dette er en økning på 38 % på et enkelt år. I alt 9 000 pasienter opplevde i 2008 å være utskrivningsklare uten å kunne komme hjem⁹. En pasient er ferdigbehandlet i sykehus når pasienten ut fra vurdering av lege kan utskrives – det vil si når behandlingen er avsluttet, eller innleggelse ikke lenger er en forutsetning for videre behandling.

⁹ Dansk Sygeplejeråd (DSR). "Top 15".

http://www.dsr.dk/dsr/nl_vis.asp?intType=5&NLID=336&id=4098876 2009.

Pleietaksten skal betales fra den dag pasientene registreres som ferdigbehandlet, til den dag pasienten utskrives. Ifølge Sundhedsstyrelsens veiledning om sunnhetsavtaler skal det inngås avtale om varsling av kommunen innen en utskrivningsklar pasient skrives ut. Sunnhetsavtalene inneholder derfor også avtaler om varsling i forbindelse med utskrivning. Pleietaksten for ferdigbehandlede pasienter utgjør 1.701 kr pr. dag (2008-nivå).

Beregning vedr. somatisk aktivitet på private og offentlige sygehuse (2008)	
Færdigbehandlede pasienter	Maksimalt 1701 kr. pr. dag (08-PL)
Genoptræningsgruppe 1, ambulant	659 kr. (08-PL)
Genoptræningsgruppe 2, ambulant	881kr. (08-PL)
Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.423 kr. (08-PL)
Beregning vedr. psykiatrisk aktivitet på private og offentlige sygehuse	
Færdigbehandlede psykiatriske pasienter	Maksimalt 1701 kr. pr. dag (08-PL)
Beregning vedr. hospice	
Pasienter på hospice	Maksimalt 1701 kr. pr. dag (08-PL)

Årlig regulering

Rammetilskuddet reguleres hvert år for pris- og lønnsutviklingen, kompensasjon for oppgaveendringer ut fra det såkalte DUT-prinsippet (Det Utvidede Totalbalanseprinsipp), og for kompensasjon i henhold til budsjettgarantiordningen. Endelig kan det bli snakk om endringer i rammetilskuddet etter kommuneforhandlingene. DUT-prinsippet innebærer at staten kompenserer kommunene for merutgifter som følge av ny lovgivning. Dette skjer ved en økning av det samlede statstilskuddet svarende til den aktuelle merutgiften. Hvis kommunenes oppgaver reduseres, skjer det samtidig en reduksjon av statstilskuddet¹⁰.

Budsjettgarantiordningen innebærer at kommunene samlet kompenseres for endringer i utgiftene til konjunkturfølsomme områder (kontanthjelp, førtidspensjon, danskundervisning av fremmedspråklige, introduksjonsytelse med mer).

Gjenopptrening og fysioterapi

Kommunene har overtatt ansvaret for og finansieringen av gjenopptrening etter en sykehusinnleggelse. Innsatsen kan ivaretas av egne institusjoner, av private enheter, eller etter avtale med det offentlige sykehuset. Den konkrete tilretteleggingen av rammen for løsning av gjenopptreningsoppgaven skal fastlegges i de lovpliktige sunnhetsavtaler mellom regionen og kommunene.

2.1.2 Formelle mål med finansieringssystemet etter strukturreformen

De formelle mål med finansieringssystemet slik det ble fastlagt som del av den samlede strukturreform, er beskrevet i forarbeidet til reformen, som ble utarbeidet av den

¹⁰ Indenrigs- og Sundhedsministeriets Finansieringsudvalg: Et nyt udligningssystem, januar 2004.

regjeringsnedsatte Strukturkomisjon, og i den endelige strukturreformavtale mellom Regjeringen og Dansk Folkeparti (juni 2006).

Insitamenter til å skape meraktivitet i sykehussektoren ble klart formulert som formålet med det statlige, aktivitetsbestemte tilskuddet.

Formålet med den kommunale medfinansiering ble likeledes formulert klart. Med det kommunale bidraget til finansiering av sykehusene tildeles kommunene en mer vesentlig rolle innenfor helsesektoren. Kommunene forventes i kraft av medfinansieringen å få en større interesse for å iverksette forebygging og såkalt "sunnhetsfremme" samt et insitament til å avlaste sykehusene – blant annet gjennom oppbygging av alternativer til sykehusinnleggelse. Med delvis betalingsansvar for egne innbyggers bruk av sykehusene, får kommunene et ytterligere insitament til å sikre effektiv forebygging-, gjenopptrening- og pleieinnsats i egen regi.

Den kommunale medfinansiering av sykeforsikringsytelser og den kommunale representasjon i "Sygesikringens Forhandlingsudvalg" har til formål å understøtte sammenhengen mellom praksissektoren og kommunal innsats, for eksempel ved et tettere samspill mellom primærlegene og kommunene (på sykedagpengeområdet, og i hjemmesykepleien).

2.1.3 Finansieringssystemets målsatte styringseffekter

De økonomiske insitamenter

Med strukturreformen er det arbeidet med blant annet økonomiske insitamenter for å oppnå de politiske fastlagte målene på helseområdet.

Relasjonen mellom stat, region og kommune er i høy grad forsøkt styrt via økonomiske insitamenter. Mellom stat og region foregår det primært en årlig forhandling om økonomi. Erfaringen så langt er å bruke aktivitetspuljen (den aktivitetsavhengig finansieringen) til å sikre implementering av politiske mål, som for eksempel reduksjon av ventelister og tilbud for kreftpasienter. Ut over dette har det vært igangsatt et større utvalgsarbeid som har ført til en ny fordelingsmodell for nybygg.

Karakteristisk for utviklingen er at mange viktige kommunale oppgaver har begynt som kommunale initiativer uten lovgrunnlag, og som senere er fulgt opp med lovgivning. Kommunens ansvar for gjenopptrening etter sunnhetsloven er ett eksempel

Helseavtaler

Med reformen ble det innført et system med helseavtaler (sundhedsavtaler) som er et lovpliktig samarbeid mellom kommuner og regioner i en form av obligatoriske, regionale avtaler, som skal understøtte sammenhengen mellom behandling, forebygging og pleie. De obligatoriske helseavtalene skal blant annet inneholde avtaler om utskrivningsforløp for syke, eldre pasienter, avtaler om sosial innsats innenfor området psykisk helsevern samt avtaler om forebygging og gjenopptrening¹¹. Helseavtalene består av en generell avtale for hele regionen og en bilateral avtale mellom regionen og den enkelte kommune, og omfatter som minimum følgende seks obligatoriske innsatsområder:

- Utskrivningsforløp for syke, eldre pasienter
- Innleggingsforløp

¹¹ Aftale om strukturreform, Regjeringen, juni 2004.

- Treningsområdet
- Hjelpemiddelområdet
- Forebygging og sunnhet
- Innsatsen for psykisk helsevern.

Helseavtalene skal sendes til Sundhedsstyrelsen for godkjenning. Samtlige avtaler ble godkjent i november 2008. De neste avtalene skal godkjennes i 2010¹².

2.2 Sverige

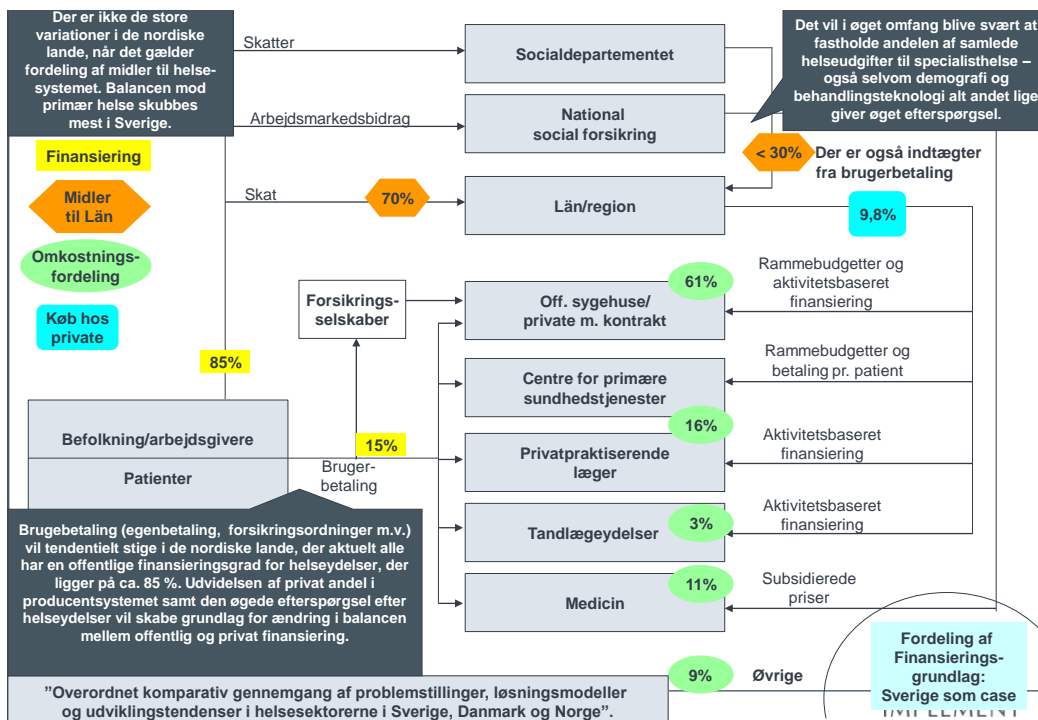
2.2.1 Finansieringssystemets oppbygning

I Sverige ligger ansvaret for helsetjenestene på fylkene. Dette gjelder både for primær- og spesialisthelsetjenesten. Sverige baserer seg på kommunale, fylkeskommunale og statlige skatter, samt innbetaling til folketrygden. Fylker og kommuner kan selv sette sine satser for skatt.

Sverige er delt inn i 21 fylker (regioner), inkludert Gotland. Befolkningen i de 21 områdene varierer fra 60 000 til 1,9 mill. innbyggere.

Kommunene har ansvar for eldreomsorg, og for oppfølgingen av pasienter som er skrevet ut fra sykehus¹³.

Oppbyggingen av finansieringssystemet i Sverige illustreres ved hjelp av fig. 2-2.



Figur 2-2. En oversikt over finansieringen av helsetjenestene i Sverige.

¹² KL, Danske Regioner og Indenrigs- og Socialministeriet: Status for kommunalreformens gennemførelse, april 2009.

¹³ www.sweden.se

2.2.2 Formelle mål med finansieringssystemet

Forskjellen på Sverige i forhold til Norge i forhold til organisering av helsesektoren beskrives forenklet i følgende sitat: *"Sverige har en lång tradition av att tillhandhålla första linjens vård på vårdcentraler med områdesansvar där olika offentligt anställda yrkeskategorier samarbetar. Även om man har försökt ändra på patientflödet så fungerar emellertid fortfarande sjukhusens öppenvårdsmottagningar som första linjens vård. Detta är en stor skillnad mot flertalet andra OECD-länder där första linjens vård i princip är primärvården."*

Vi vil nedenfor beskrive hva en "vårdcentral", og en svensk kommune arbeider med innenfor helseområdet. Det er om lag 1 000 vårdsentraler i Sverige.

Hva arbeider en svensk vårdsentral med?

Vårdsentralene huser praktiserende leger og andre spesialiserte faggrupper (for eksempel spesialisert rehabilitering) og er innbyggerens direkte inngang til "sjukvård" (det er fri adgang til mot-takelsen på akuttstuskehusene, som dermed også kan henvise "tilbake" til en vårdsentral).

Vårdsentralen står for alminnelige legebesøk, alminnelige og ukompliserte former for behandling – og kan på den måten favne om poliklinisk aktivitet, som i Danmark/Norge i stor grad ville blitt utført i sykehusregi.

Det er egenbetaling på vårdsentralene (150 kr for legebesøk, 100 kr for besøk hos annen helsefaglig medarbeider, 300 kr for hjemmebesøk osv.).

Hva arbeider en svensk kommune med – innenfor "hälso- och sjukvård"?

I den snevre forstand arbeides det med hjemmesykepleie (kommunene har selv ansatte sykepleiere), fysio- og ergoterapi (også i forbindelse med rehabilitering) samt med hjelpemidler.

Forutsetningen for denne bistanden er at det åpenbart ikke er bruk for tilbudet Vårdcentralene tilbyr.

De kommunale rehabiliteringsenhetene bistår både i forbindelse med overgangsvanskeligheter (for eksempel etter en operasjon), men også i tilknytning til kronisk eller langvarig sykdom hvor det er snakk om nedsatte funksjonsevner. Kommunens medarbeidere utfører funksjonsutredninger, og det bedømmes om behovet ligger innenfor de rammer kommunene har ansvaret for.

I kommunene er det også adgang til såkalt "hemsjukvård", hvor pasienter med vesentlige funksjonshindringer (eller palliative pasienter), uansett alder, kan få rådgivning og støtte – også i forhold til medikamenter, sårstell og blodprøver mv. Arbeidet utføres som regel av hjemmesykepleier eller distriktssykepleier.

Kommunene arbeider også med handikappede (institusjoner), og med dagtilbud.

Det er i Sverige utpreget fokus på forebygging. Ut fra for eksempel årsberetninger og strategiske planer samt budsjettplaner fremgår det tydelig at prioriteringen av forebygging har økt de siste årene i både kommuner og fylker, og at det i planarbeidet gjøres mye i forhold til satsing på folkehelsen.

I mange deler av Sverige forenes innsatsen i regi av fylker og kommuner gjennom såkalte "hälso- og sjukvård", hvor det i en del tilfeller også utarbeides planer i fellesskap – såkalte folkehelseplaner. Det er også eksempler på samarbeidsformer hvor ansatte arbeider på tvers av nivåene med oppgaver både for fylke og kommune.

Også det nasjonale nivået er involvert blant annet via kampanjer, men også gjennom allokering av prosjektmidler til fylker og kommuner. Eksempelvis har Riksdagen bevil-

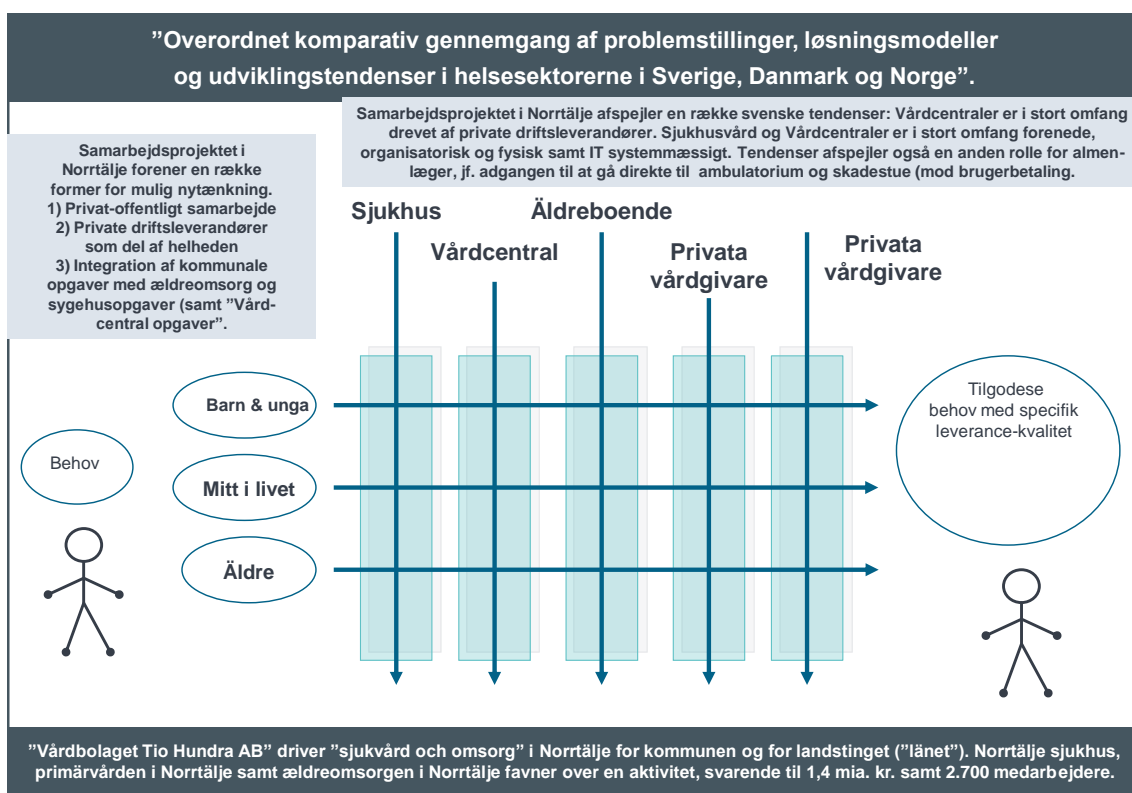
get ressurser til et omfattende alkoholforebyggende prosjekt, som involverer sentrale deler av det samlede svenske "hälso- och sjukvård system" og "Vårdcentraler".

Et nettverk "Hälsoframjande sjukhus og vårdorganisationer" bygges nå opp – og omfatter store deler av aktørene i det svenske helsesystemet.

Organisering

Enkelte steder kan det observeres forsøk med organisatoriske strukturer som på en mer forpliktende måte binder innsatsen i sykehusregi og i primærsektoren sammen, blant annet ut fra folkehelse og forebyggingstankegang, men også ut fra driftsøkonomiske overveielser.

I de svenske eksemplene (jf. figur 2.3 nedenfor) integreres flere områder slik at den samlede organisasjonen ivaretar stort sett alle former for spesialiserte og mer allmenne helsetjenester.



Figur 2-3 En oversikt over noen av hovedaktørene innenfor helsesektoren i Sverige

Prioriteringen av folkehelseinnsatsen og arbeidet med forebygging synes å være noe mer tydelig i det svenske system enn i det danske, hvor kommunenes arbeid med folkehelse og forebygging kan virke noe mer tilfeldig, og hvor innsatsen i de forskjellige kommunene kan være temmelig ulik.

Der er således mange felles punkter i det svenske helsesystem som er adressert på tvers av fylke og kommuner. Blant annet kan nettverket som er nevnt ovenfor, samt felles planer og innsats på tvers av fylker og kommuner, være forklaringen på det noe mer homogene bilde enn i Danmark, når det gjelder forebygging. Også arbeidet med de såkalte "Öppna jämförelser" kan her spille inn. Sammenlikningene som offentliggjøres for alle fylker og kommuner, omfatter både sykehussiden og i økende grad også primærhelsetjenesten samt pleie- og omsorgssektoren.

Prioriterte oppgaver

Blant de forhold og den prioriterte innsatsen som gjøres felles i forhold til oppgaver på tvers av fylker og kommuner, kan nevnes:

- Fysisk velvære og fysisk aktivitet etter rekvisisjon
- Overvekt og fedme
- Barn og unges psykiske helse
- Forebygging av røyking
- Alkoholforebyggende arbeid
- Livsstiltester (ofte i regi av "Vårdcentraler")

I tillegg kommer at flertallet av fylkene med "Vårdcentralene" som omdreiningspunkt, har bygd opp og videreutviklet programmer for egenomsorg – ofte ganske omfattende og systematiske programmer – med stor fokus på kampanjer som bidrar til kunnskap omkring disse konseptene.

Det er typisk at kampanjene utover å orientere om området også anvendes som et mer generelt virkemiddel i forhold til å forberede befolkningen på utfordringene med å opprettholde servicenivået og omfanget av tilbudene, og som forberedelse til de kommende års demografiske utvikling.

Det synes å være en noe mer bevisst holdning til eventuelle vridninger i forebyggingsinnsatsen i det svenske system slik at også folkehelse, og forebygging i forhold til misbruk, psykisk helse, alkohol og fedme, prioriteres høyt.

Under usikre økonomiske konjunkturer samt med en demografiutvikling som vil øke presset på både sykehussektorens og primærsektorens ytelser, fokuseres det i Sverige – som i Danmark og Norge – på finansieringsoppgaven.

Arbeidet og planleggingen omkring finansiering av oppgavene dreier seg imidlertid ikke om for eksempel kommunal medfinansiering, men om mulighetene for å opprettholde servicenivået og helsetilbudet i de kommende årtier via effektiviseringer, via omfordeling av ressurser mellom sykehus og aktørene i primærhelsetjenesten, via endrede organisatoriske løsninger med større vektlegging på å samle enheter (jf. figur 2–3 ovenfor), via utvikling av konsepter innenfor egenomsorg, og via økt omfang av brukerbetaling og helseforsikringer.

Samtidig arbeides det i høy grad med å skape ytterligere insitamenter til effektivisering, også med finansieringsformer som kan forbedre grunnlaget for effektive pasientstrømmer, eksempelvis for å redusere "unødvendige" innleggelser samt redusere pasienters overføring til sykehusavdelinger etter vurdering i akuttmottak.

Igjen synes disse innsatsene ikke på noen måte å berøre problematikken eller muligheten for å anvende kommunal medfinansiering som et virkemiddel.

Utfordringer – illustrert med et eksempel fra Stockholm

Nedenfor gjennomgås et eksempel som illustrerer utfordringene fremover i forhold til organisering og finansiering i Stockholms Län¹⁴.

¹⁴ Långtidsutredningen 2008–2025. (Delrapport 7: Finansiering og styrning).

I Stockholms Län er det gjennomført et omfattende utredningsarbeid omkring utviklingen i helsesektoren frem mot 2025. Blant annet har organisering og finansiering vært tatt med i arbeidet, som til sammen omfatter åtte delrapporter.

Utredningene stipulerer at det vil bli stadig vanskeligere å møte behovene for sykehus-tjenester og tjenester fra primærhelsetjenesten innenfor rammene av det nåværende system, som i hovedsak er offentlig finansiert.

Mer effektiv "hälso- og sjukvård" fremheves som en helt nødvendig del av bestrebelse-ne for å redusere "gapet" mellom krav/behov og finansieringsgrunnlag, og det er her snakk om betydelige produktivitetsforbedringer.

I perioden frem mot 2025 vurderes behovet for sengeplasser i Stockholms Län (1,1 mill. innbyggere) å øke med 800–1 000, primært som en følge av demografiutviklingen. I hovedsak vil det være snakk om sengekapasitet i akuttpsykehusene og i akuttmot-tak.

Samtidig vurderes behovet for innsats i primærhelsetjenesten å øke markant, rettet mot opplysning, forebygging, utvidelse av kommunale tjenester, større grad av egen-omsorg mv. Dette behovet vurderes å være stort både "i seg selv" samt i forhold til behovet for de 800–1 000 sengene som vil være undervurdert i et scenario uten samti-dig sterk vekst i innsatsen i primærhelsetjenesten.

Det mest interessante forslaget er oppdelingen av forskjellige finansieringsformer og insitamentsformer i forhold til akuttpsykehusene, geriatri, primærsektorens eldreområ-de, primærsektoren for øvrig, samt psykisk helsevern. Tanken bak denne oppdeling er at det i de forskjellige kategorier kan være behov for særlige insitaments- og finansie-ringsstrukturer – både for å effektivisere, men også for å styre arbeidsdelingen mellom de forskjellige nivåer og aktører.

Primærhelsesektoren tas også med i vurderingene, og det redegjøres for behovet for å utvide insitamentene for den enkelte primærlege til for eksempel hjemmebesøk, inn-kalling av kjente pasienter med kroniske sykdommer, eller langvarig syke pasienter til kontroller, eller screening av pasienter med åpenbare risikofaktorer, eksempelvis i for-hold til diabetes eller hjerte-karsykdommer, samtaler omkring optimering av egenom-sorg osv.

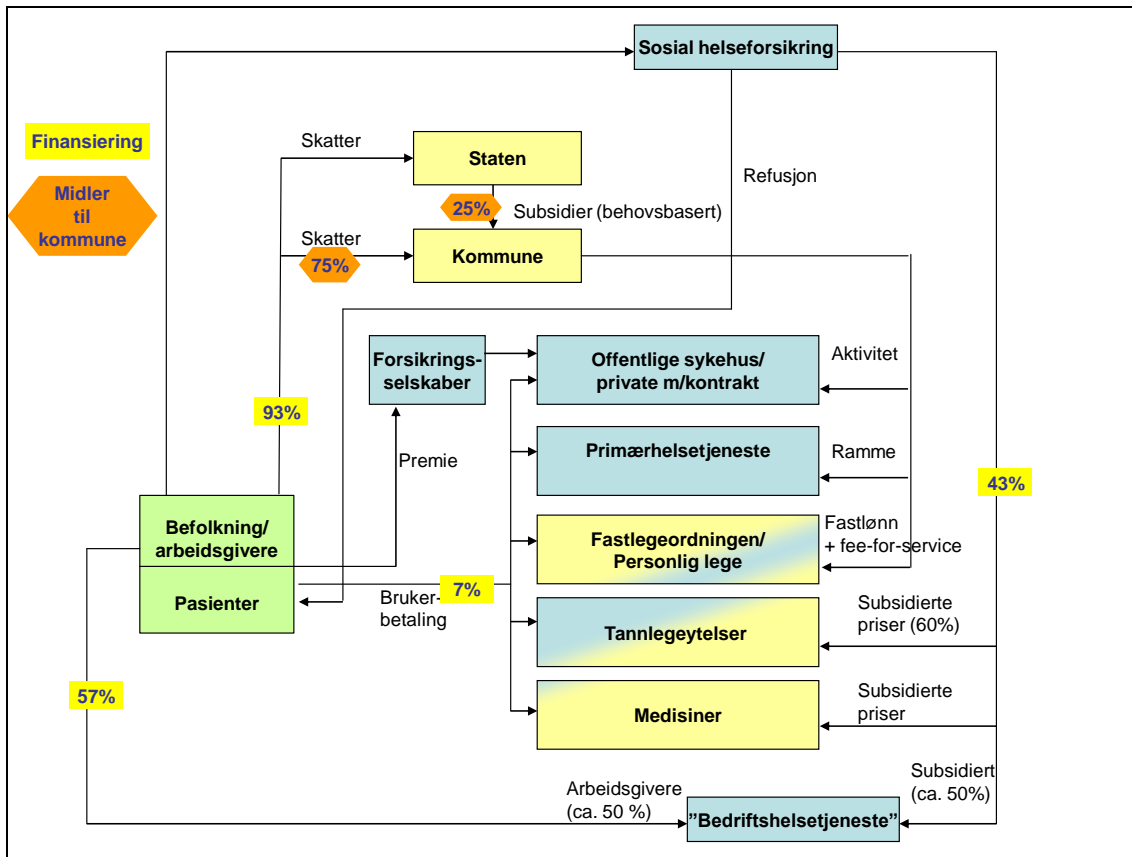
I argumentasjon og vurderinger omkring finansieringen signaleres behovet for økt brukerbetaling – også i et scenario hvor det satses sterkt på effektiviseringer og insi-tamentbaserte, differensierte finansieringssystemer.

2.3 Finland

2.3.1 Finansieringssystemets oppbygning

Finland baserer seg på kommunale og statlige skatter, samt innbetalinger til folketryg-den. Ansvar for helsetjenestene er lagt på det kommunale nivået. Den enkelte kom-mune har også ansvaret pleie- og omsorgssektoren. Til forskjell fra resten av Norden har Finland et desentralisert system, da det er kommunene som organiserer og tilbyr det meste av helsetjenester. Kommunene kan selv sette sitt skattenivå.

Vi vil nedenfor beskrive oppbyggingen av finansieringssystemet i Finland, som illustre-res ved hjelp av figuren nedenfor.



Figur 2-5 En oversikt over finansieringen av helsetjenestene i Finland

Finland består av 348 kommuner og 21 sykehusdistrikter (inkludert Åland). Kommunene er pliktige til å være medlem av et sykehusdistrikt, som er organisert som en samkommune¹⁵. Et sykehusdistrikt har ett eller flere sykehus, hvorav ett er et sentralsykehus.

Samkommunene utgjør en egen juridisk enhet med egen organisasjon og virksomhet og er basert på indirekte valg og finansiering. Økonomisk sett gir dette kommunene en økonomisk trygghet, ved at eventuelt svært høye kostnader knyttet til medisinsk behandling kan deles på flere kommuner.

Subsidier fra staten utgjør totalt sett ca. 25 % av kommunenes utgifter. Størrelsen på subsidiene avhenger av flere faktorer: innbyggertall, alderssammensetting, arbeidsledighetsrate, "remoteness" og "morbidity". Kommunens skatteinntekter spiller også inn, på den måten at jo større skatteinntekter, desto mindre subsidier.

Overføring av midler fra kommunene til *helsesentrene* i primærhelsetjenesten skjer i form av rammetilskudd. Størrelsen på rammetilskuddet bestemmes normalt sett av tidligere fordelinger. Ettersom kommunene i prinsippet kan kjøpe helsetjenester også av andre kommuner, vil det være pengeflyt på tvers av kommunegrenser. I slike tilfeller er kostnadene bestemt av omfanget.

¹⁵ Ett av tre områder der kommunene er pålagt å inngå i interkommunalt samarbeid, de andre er landskapsförbunden (regional planlegging og utvikling) og specialomsorgsdistrikten (psykisk utviklingshemmede).

Overføring av midler fra kommunene til *sykehusene* i spesialhelsetjenesten skjer via sykehusdistriktet kommunene er medlem av, i form av rammetilskudd basert på et antatt forbruk av tjenester i løpet av ett år. Det har ofte vist seg at rammetilskuddet ikke er tilstrekkelig og at kommunene må påregne langt større utbetalinger. Beløpet som overstiger det avtalte beløp (rammetilskuddet), er aktivitetsbasert.

Tannhelsetjenesten faller inn under primærhelsetjenesten, men utøves også av private. Tannhelsetjenester i kommunal regi har aktivitetsbasert finansiering, mens det i privat regi benyttes refusjonsordning gjennom Folketrygden.

Bedriftshelsetjenesten (Occupational Health Care) finansieres gjennom et spleiselag mellom arbeidsgivere og Folketrygden, og har derfor en egen finansieringsordning. Tjenestene det betales for er derimot ikke nødvendigvis avgrenset fra resten av helse-systemet. Arbeidsgivere kan selv eie enheter som tilbyr helsetjenester i samarbeid med andre arbeidsgivere, men kan også kjøpe tjenester både fra private og kommunale tilbydere (som oftest faller bedriftshelsetjenesten inn under primærhelsetjenesten). Arbeidsgivere må betale for tjenestene fullt og helt, men får refundert inntil 50 % av utgiftene fra Folketrygden. Alle arbeidsgivere er pliktige til å tilby arbeidstakerne bedriftshelsetjeneste.

Medikamenter til eget bruk kjøpes på apoteket dersom pasienten har resept. Prisene på reseptbelagte medikamenter er subsidiert av Folketrygden i ulik grad avhengig av type og bruk (tre kategorier: 42 %, 72 %, 100 %). Forøvrig ses en utvikling hvor medikamentforbruket er sterkt økende, hvilket medfører stadig økte utbetalinger fra Folketrygden.

2.3.2 Formelle mål med finansieringssystemet

Helseforebyggende arbeid har vært og er, et hovedfokus i finsk helsevesen. Dette har gitt resultater. Blant annet har en sett en nedgang i flere livsstilssykdommer og en generell forbedring av innbyggernes helse. Utviklingen i Finland på dette området har vært bedre enn flere andre europeiske land, og på linje med utviklingen i de andre nordiske landene.

Finland har et vedtatt helseprogram (Health 2015) hvor viktige fokusområder er fysisk aktivitet for bedret helse, kosthold, mental helse og arbeid for å forhindre skader og ulykker. Arbeidet gjøres i regi av både sentrale og lokale myndigheter samt av ulike organisasjoner – og finansieringen av arbeidet skjer først og fremst over kommunebudsjettet. Via statsbudsjettet bevilges det hvert år øremerkede midler til prosjekter – i regi av kommuner, ikke-statlige organisasjoner og andre aktører – som bidrar til å fremme helse. I tillegg bidrar arbeidsgivere gjennom den lovpålagte bedriftshelsetjenesteordningen (occupational health care) til helseforebyggende arbeid, ved at arbeidstakere blant annet læres opp i førstehjelp og gjennomgår årlige helseundersøkelser.

Finland har et nasjonalt diabetesprogram som nå pågår. Programmet for forebygging og bedre behandling av diabetes (DEHKO) har som mål å bekjempe diabetes type 2 og diabetes relaterte komplikasjoner.

Finland har svært strenge restriksjoner på tobakk. Allerede på 70-tallet ble det innført forbud mot både tobakkreklame og røyking på offentlig sted.

2.3.3 Finansieringssystemets målsatte styringseffekter

I Finland finansieres helsetjenesten av en kombinasjon av subsidier fra staten, skatt til kommunene og egenandeler. Tidligere var det ingen egenandel på bruk av helsetjenester, men pga. store problemer i økonomien ble det i 1993 bestemt at regningen måtte deles også med brukerne direkte. I dag er det som oftest egenandeler knyttet til bruken av helsetjenester, både innen primærhelsetjenesten og på sykehus. Et unntak er helsetjenester tilbudt gjennom bedriftshelsetjenesten (occupational health care), hvor arbeidstakere ikke betaler egenandel.

Det tre kanaler for tilbudte tjenester innen helsevesenet: Kommunalt helsevesen, privat helsevesen og bedriftshelsetjenesten. Bedriftshelsetjenesten utgjøres av både det private og kommunale, men finansieres separat (av arbeidsgivere og "Folketrygden"). De tre kanalene henger tett sammen i praksis. For eksempel kjøper enkelte kommuner tjenester fra private aktører, tjenester som da tilbys som en offentlig helsetjeneste (gjøres primært ved behandling der det offentlige ikke har tilstrekkelig ekspertise). Likeledes kjøper arbeidsgivere tjenester av både offentlige og private aktører som del av bedriftshelsetjenesten.

Det offentlige kommunale helsevesenet står for majoriteten av helsetjenestene i Finland, primært gjennom egne helsesentre. Alle innbyggerne i kommunen har rett til å benytte seg av tjenestene; dette inkluderer også innbyggere i andre kommuner som har behov for akutt hjelp. Helsesentrene tilbyr en rekke tjenester, og kun om lag 5 % resulterer i henvisning til spesialist (2006). Helsesentrene spiller også en viktig rolle i det helseforebyggende arbeidet.

Hvor omfattende den enkelte kommunes helsetjenester er, bestemmes av kommunene selv. Som oftest er tjenestetilbudet svært omfattende og inkluderer blant annet primærhelsetjeneste (helsesentre) – herunder helseforebyggende arbeid; spesialhelsetjeneste (sykehus); tannhelsetjeneste. Kontaktpunkt ved behov for legehjelp i primærhelsetjenesten er enten selvvalgt fastlege eller en tildelt personlig lege. Noen kommuner gir innbyggerne muligheten til selv å velge lege, men mest vanlig er det å bli tildelt lege ut i fra geografiske kriterier. For å få tilgang på tjenester fra spesialhelsetjenesten, trengs henvisning fra lege.

Finansieringsformene er ulike for sykehus (spesialhelsetjenesten) og helsesentre (primærhelsetjenesten). Helsesentrene hadde tidligere pr. capita-tilskudd i kombinasjon med stykkprisfinansiering. I dag har helsesentre rammefinansiering (generelt ett år av gangen). Sykehus hadde tidligere rammefinansiering, men har nå aktivitetsbasert finansiering eller DRG-finansiering eller en kombinasjon. Finland er del av NordDRG-systemet, og bruken av dette øker. Likevel foretrekker de fleste sykehus å bruke sine egne systemer.

Finland har ennå ikke innført ordning med fritt sykehusvalg, men dette er på trappene. Selv om pasienten i dag ikke kan velge sykehus, har kommunene mulighet til å velge blant offentlige så vel som private sykehus på tvers av kommunegrensene. Det har vist seg at kommunene har vanskelig for å velge sykehus tilhørende andre distrikter. Dette skyldes for det første at prisforskjellene mellom distriktene gjør det vanskelig å sammenlikne tjenestene som tilbys. For det andre løper kommunen en betydelig større risiko ved å sende en pasient for behandling i et annet distrikt, ettersom kommunen må bære hele det økonomiske ansvaret for behandlingen alene. Dersom kommunen i stedet velger et sykehus beliggende i samme sykehusdistrikt, vil kostnadene kunne deles med de andre kommunene i distriktet dersom de skulle overstige et visst nivå (pool). Jo mindre kommunene er, desto sterkere vil gjerne dette pool-systemet medvirke til at kommunen velger et lokalt behandlingssted.

2.3.4 Endring av kommunestruktur som virkemiddel

Som nevnt står den enkelte kommune fritt til å bestemme hvor omfattende helsetilbudet i kommunen skal være, noe som medfører at tilbudet vil være ulikt fra kommune til kommune. Størrelsen på kommunene varierer mye. Kommuner med svært få innbyggere vil ha vanskeligere for å kunne tilby tjenester i et omfang tilsvarende det en mer folkerik kommune vil kunne klare. På bakgrunn av dette gjennomfører Finland for tiden en omfattende kommunestrukturereform, der målsettingen er at en kommune, eller eventuelt et samarbeidsområde, som har ansvar for primærhelsetjenesten og sosiale tjenester skal ha minimum 20 000 innbyggere.

Arbeidet pågår og innebærer blant annet at antall kommuner er redusert med ca. 100, til 348 kommuner¹⁶ med et gjennomsnitts innbyggertall på 6 000 (2009). I følge tilgjengelige opplysninger blir det totalt etablert 62 samarbeidsområder, for totalt 276 kommuner.

2.4 Skottland

Det skotske NHS systemet opererer med i alt 14 områder som hver for seg styres av såkalte "Boards". Både NHS (inkl. England) samt NHS Skottland har rammer for hvordan "Boards" fungerer, samt for målsettinger, innsats og aktiviteter. Prinsipielt ivaretas så vel spesialisthelsetjenesten samt primærhelsetjenesten innenfor rammen av områdene ledet av "Boards. Dette betyr at også folkehelse og forebygging ("protection and promotion of public health") ivaretas med utgangspunkt i "Boards" og områder. "Community Health Partnerships" danner rammen om samarbeid og arbeidsdeling mellom de regionale "Board"-områder på den ene side, og det lokale (kommunale) helseinnsatsen på den andre siden. Et "Board"-område omfatter i regelen større akuttisyekehus – og for så vidt angår for en del "Boards" også universitetssykehus. Et område omfatter også mindre sykehus med eller uten akuttfunksjoner.

Det er en vesentlig del av den skotske tradisjon at eldreomsorgen (svarer til sykehjem i Norge) ivaretas av private driftsoperatører mot betaling, og at denne oppgaven tradisjonelt ikke har vært betraktet som en offentlig oppgave. Med en underliggende humoristisk tone anføres det ofte i Skottland at den første del av det voksne liv går med til å spare opp samt betale gjeld i forhold til utdanning, og at resten av det voksne liv deretter går med til å spare til en sykehjemsplass. Denne konstruksjonen innebærer blant annet at det i det skotske systemet er en forholdsvis stor andel relativt små enheter, drevet via de omtalte "Boards", og med karakter av små sykehus eller medisinske sentre. Disse små enhetene kompenseres for at de privat drevne sykehjemmene ofte ikke er interessert i å motta – og oftest heller ikke mottar økonomisk kompensasjon for eldre innbyggere med kronisk sykdom, eller med sammensatte lidelser.

Også primærhelsetjenesten (GPs) ligger innenfor rammene av "Board"-områdene, idet det her gjerne er tale om legeklinikker hvor flere praktiserende leger har gått sammen, og hvor lokalisering av primærleger/legeklinikker er planlagt og styrt.

Gjennom de senere år hvor fokus på primærhelsetjenestens innsats samt innsats omkring folkehelse og forebygging samt rehabilitering har økt betydelig, er omfanget av spesielle praksisformer eller praksisklinikker økt i retning av for eksempel klinikker med rådgivning omkring livsstil og kost samt forebygging mv. Slike klinikker kan være

¹⁶ Ved inngangen til 2009. I juni 2008 pågikk 14 sammanslåingsutredninger, som gjaldt totalt 39 kommuner.

integret med klinikker som har en mer tradisjonell karakter, og det ses konstruksjoner som kan minne om de svenske "vårdsentraler".

Ordningen med "Boards" samt "Community Health Partnerships" ble etablert i 2004, idet Skottland også forlot satsingen på DRG som grunnleggende element i relasjon til finansiering. Det skotske helsesystem, inkludert sykehusdelen, gikk dermed over til mer tradisjonelle former for rammestyrt. Tidligere forsøk med bestiller-utfører modeller ble formelt også lagt på is med endringene fra 2004.

Hva er et Board i NHS Skottland ansvarlig for?

Et Board i NHS i Skottland er først og fremst ansvarlig for å:

- forbedre den grunnleggende helsetilstand for innbyggerne i det relevante område
- sikre leveranse av alle relevante spesialisthelsetjenester for innbyggerne i området
- utarbeide planer samt utvikle initiativer og tiltak som ligger innenfor rammene av den nasjonale strategiske plan (NHS Skottland).

Et "Board" skal innenfor disse rammene sørge for å sikre:

- tilgjengelighet til alle nødvendige tjenestetilbud for innbyggerne
- kvalitetsnivå og forbedring av kvaliteten i forhold til tjenestetilbudene, allokering av ressurser til de forskjellige tjenestetilbudene samt til de forskjellige "produsenter" som er involvert i utførelsen av tjenestetilbudene.

3 Erfaringer fra Danmark

AGENDA og Implement har i dette kapittelet valgt å beskrive erfaringene fra Danmark mer detaljert, fordi Danmark nylig har vært gjennom en strukturreform og har innført et system med kommunal medfinansiering – et system som også foreslås innført i Norge.

Strukturreformen ble gjennomført 1. januar 2007. Erfaringene fra Danmark er innhentet ved hjelp av dokumentgjennomgang, ved intervjuer og gjennomgang av konkrete eksempler fra kommunene. Så langt er det få systematiske evalueringer som er gjennomført. Vi vil gå gjennom de som har vært tilgjengelige.

3.1 Evalueringer fra Danmark

I kjølvannet av strukturreformen i Danmark er det gjennomført forskjellige vurderinger av mer eller mindre systematisk karakter, som angår spørsmålet om de faktiske effekter av strukturreformen i forhold til de opprinnelig oppsatte mål.

Vurderingene utfordres av det faktum at strukturreformen ble gjennomført med start fra 1. januar 2007, og at den tidsperiode effekter kan vurderes over derfor vil være begrenset.

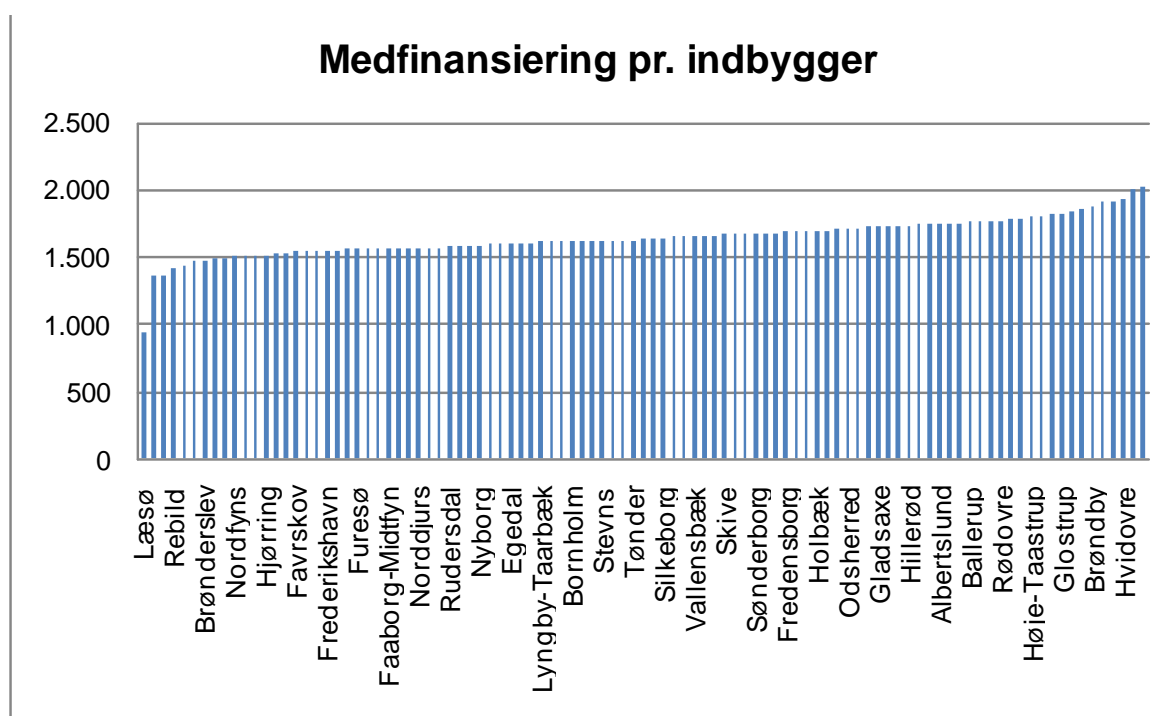
I den første perioden etter at reformen ble innført ble det i tillegg fokusert på strukturrendringer som sammenslåinger av kommuner og harmonisering av systemer, arbeidsmetoder mv.

KL oppgir at utgiftene til kommunal medfinansiering var 9,5 mrd. kroner i 2007 og 9,5–9,7 mrd. kroner i 2008. Det er altså en økning i utgiftene fra 2007 til 2008 på inntil 200 mill. kroner. Det er stor forskjell på graden av kommunal medfinansiering pr. innbygger mellom kommunene i Danmark, jf. figur 3-1. I en statusrapport fra 2009 fremgår det at:

"De samlede utgifter til kommunal aktivitetsavhengig kommunal medfinansiering i 2007 kan pr. mars 2008 oppføres til godt 9,2 mill. kr eller 1 684 kr pr. innbygger.

De 85–89 årige er med en gjennomsnittlig udgift på 4.257 kr. per indbygger, den adersgruppe, hvor kommunerne har den største udgift til aktivitetsafhængig medfinansiering. Fra og med 90 år er udgiften pr. indbygger faldende, hvilket kan afspejle flere forskellige forhold, f.eks. at personer, der opnår en så høj alder som udgangspunkt har et usædvanligt stærkt helbred og/eller at personer med en så høj alder ofte vil være så svækkede, at der vil være visse typer af behandling som det ikke vil være forsvarligt at gennemføre."¹⁷

¹⁷ KL, Danske Regioner og Indenrigs- og Socialministeriet. Status for kommunalreformens gennemførelse – 2009. April 2009.



Figur 3-1 Der er en stor forskjell i grad av medfinansiering for de enkelte kommuner.

Det opplyses at forskjellen har andre årsaker enn en kommunal sosialøkonomisk årsak.¹⁸

Det er likevel beskrevet en rekke erfaringer som blant annet Statens Institut for Folkehelse og KL har innhentet.

I 2008 gjennomførte Sundhedsstyrelsen en kartlegging av kommunenes helseforebyggende arbeid¹⁹. Denne evalueringen viste dels hvilke strukturelle initiativer de enkelte kommuner har gjennomført i forhold til nye oppgaver og helseforebyggende tiltak som er blitt prioritert i kommunene.

Med bakgrunn i denne evalueringen kan det konstateres at:

- 69 % av alle kommuner har vedtatt en *helsepolitikk*.
- 77 % har nedsatt enten et *helseutvalg* eller et *helse- og sosialutvalg*.
- 43 % av kommunene har opprettet en selvstendig *helseforvaltningsenhet*.
- 42 % av kommunene har etablert et *senter for forebygging, såkalt "sundhedscenter"*.

¹⁸ KL, Danske Regioner og Indenrigs- og Socialministeriet. Status for kommunalreformens gjennomførelse - 2009. April 2009.

¹⁹ Sundhedsstyrelsen. Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008. Mai 2008.

I 2008 gjennomførte KL en evaluering "Godt i gang – en kvantitativ undersøgelse af den kommunale forebyggelsesindsats i 2008"²⁰, som så på den kommunale forebyggingsinnsatsen. Resultatene var blant annet:

- De viktigste innsatsområdene er mosjon, ernæring, pasientutdanning og røyking. De fleste innsatser dreier seg om individ- og holdningsrettede tilbud og forebygging. Kommunenes største innsatsområde er KRAM-faktorerne²¹, som står for nesten halvparten av all forebyggingsinnsats.

Det er vår vurdering at det er en rekke utfordringer i forhold til strukturreformens formål og virkemidler. De helt generelle strukturelle problemstillinger som oppgis å ligge i reformen omfatter følgende:

- Kommunene forsto raskt at store deler av sykehusforbruket var utenfor den enkelte kommunes kontroll – eksempelvis alvorlige og/eller akutte lidelser med behov for kirurgiske inngrep, alvorlige og/eller livstruende medisinske sykdommer (kardiologi, neurologi, onkologi og blodsykdommer mv.).
- Kommunene erkjente også relativt tidlig at størrelsen på takstene i den kommunale medfinansieringen i seg selv setter klare grenser for hva som kan flyttes – og hva det for kommunene kan lønne seg å prioritere.
- Ansvar for primærlegene og finansieringen av primærlegenes ytelser ble fastsatt på regionalt nivå. Og da primærlegene er "gatekeeper" mellom befolkningen i kommunen og sykehuset, men ikke en del av kommunens ansvarsområde er alle forandringer på legens initiativ.
- De kommunale helseoppgaver oppleves ikke som en prioritert del av økonomiforhandlingene. I forhandlingene om kommunebudsjettet for 2010 inngår det for eksempel overhodet ikke ekstra midler til dette området.

Statens Institut for Folkesundhed gjennomførte i 2008²² en evaluering av de nye helsesentrene. Flere kommuner fikk økonomisk støtte til å starte helsesentre som skulle utgjøre rammen for den kommunale helseinnsatsen.

Evalueringen av helsesentre viste at det er en positiv sammenheng mellom innsats og helseeffekt i forhold til diabetes (kronisk sykdom, type 2 diabetes mv.). Det ses en nedgang i diabetesrelaterte innleggelses i de kommunene som har helsesentre og som arbeider aktivt med forebygging mv. av diabetes.

På rehabiliteringsområdet, hvor kommunene overtok ansvaret for den allmenne gjenopptrening og en medfinansieringsandel på den spesialiserte, ses en økning av utgiftene etter innføring av reformen. Fra 2006 til 2007 var det en økning i utgiftene på 17,1 % (fra 31,10 kr/innbygger til 36,60 kr/innbygger).

²⁰ Kommunernes Landsforening. Godt i gang – en kvantitativ undersøgelse af den kommunale forebyggelsesindsats i 2008. 2008.

²¹ KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion, se: www.kram-undersoegelsen.dk

²² Statens Institut for Folkesundhed. Sundhedscentre i Danmark – organisering og samabreidsrelationer. Syddansk Universitet, København 2008.

3.2 Kommunal medfinansiering og helseavtaler

Veksten i utgiftene til kommunal aktivitetsavhengig medfinansiering kan henføres til det somatiske området, særlig til utviklingen i ambulante pasienter og innlagte pasienter. Ut fra den samlede utgiftsveksten på 1,7 % fra 2006 til 2007, kan 1 % henføres til veksten i ambulante pasienter, 0,4 % kan henføres til veksten i innlagte pasienter og 0,3 % til rehabilitering.²³

Helseavtalene som ut fra strukturreformen ble forutsatt som omdreiningspunkt for det videre samarbeidet og arbeidsdelingen mellom regioner og kommuner, har på mange måter fungert som en god basis for dialog mellom de to nivåene – og som grunnlag for fora hvor alle former for problemstillinger omkring finansiering, oppgavedeling, sømløse forløp osv. kan diskuteres og eventuelt avklares.

I noen regioner (for eksempel i Region Syddanmark) har arbeidet med helseavtaler vært basis for mer detaljerte og konkret driftsorienterte "samarbeidsavtaler".

Helseavtalene har i 2009 vært gjenstand for en evaluering der Sundhedstyrelsen, blant annet med utgangspunkt i en referansegruppe med deltakelse fra kommuner og regioner, har vurdert behovet for å revidere eller justere innholdet i forhold til avtalene.

Der er lagt opp til at de obligatoriske avtalene i større grad enn nå kan kombineres med frivillige avtaler (jf. de ovennevnte eksempler fra Region Syddanmark), samtidig som de temaer og innsatsområder som kan tas inn i avtalene forutsettes utvidet. Dermed blir det mulig å ta inn spesifikke forhold omkring kronisk syke som del av en avtale.

I forbindelse med den forutsatte gjennomgangen forventes det at formkravene til avtalene reduseres.

I oktober 2009 presenterte Regjeringen det siste nye initiativ på helseområdet. Sundhedspakke 2009 er en oppfølging av Forebyggelseskommissionens rapport fra april 2009²⁴ med 52 ulike forslag til initiativer. Sundhedspakke 2009 inneholder åtte innsatsområder. Det primære formålet er å øke den gjennomsnittlige levetiden med tre år. De åtte områdene er:

- Et nytt Danmarkskart i forhold til moderne sykehus – den største investering noen sinne
- Fokus på de gode resultatene for pasientene
- Kommunene skal redusere unødvendige innleggelser
- En samlet handlingsplan for psykiatrien
- Livstruende kreft- og hjertesykdommer – pakkeforløp og ny kreftplan
- Utvidet fritt sykehusvalg og rettferdig konkurranse skal sette pasienten i sentrum
- Nasjonal handlingsplan for forebygging

²³ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Rapport vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne. 2008.

²⁴

www.forebyggelseskommissionen.dk/Files/Billeder/betaenkning/Forebyggelseskommissionen_resume.pdf

- Ny pasientombudsmann skal gi pasientene raskt klageadgang

I forhold til det kommunale helseområdet er fokus på reduksjon av unødvendige innleggelses og en samlet nasjonal forebyggingsplan mest interessant. Regjeringen skriver at:

"Kommunerne skal have fokus på god pleje, der forebygger unødvendige indlæggelser. Der er betydelig forskel på antallet af genindlæggelser på tværs af kommuner. Det illustrerer, at mange kommuner har et potentiale for at forbedre indsatsen og lære af de bedste kommuner ... Regeringen vil derfor øge den kommunale aktivitetsfinansiering af sundhedsvæsenet. Det vil give de enkelte kommuner en større tilskyndelse til at levere en effektiv plejeindsats. Det vil ikke mindst være til gavn for ældre medicinske patienter."

Og fortsetter:

"Regeringen vil sikre en tydeligere sammenheng mellom kommunernes ansvar og finansiering på sundhedsområdet. Regeringen vil omlægge den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, så den aktivitetsafhængige finansiering øges med en modsvarende."

Begge initiativer understreker bruken av den kommunale medfinansiering som et middel til å nå målet. Begge indikerer samtidig at den nåværende innsatsen ikke har vært effektiv nok. Av initiativene kan det utledes at det legges opp til en skjerpelse av spesielt to forhold:

3. Omlegging av medfinansieringen til å ha en enda større andel av aktivitetsbasert finansiering
4. Økning av medfinansieringen i forhold til den eldre medisinske pasient

I Sundhedspakke 2009 blir den eldre medisinske pasient trukket fram som et prioritert område. Det legges ikke opp til at de øvrige områder og takster til medfinansiering skal fjernes, eller reduseres på områder hvor man ikke har sett en effekt av medfinansiering.

3.3 Forhold med relevans for samhandlingsreformen i Norge

Danmark har vært gjennom en strukturreform hvor antall nivåer er opprettholdt – et regionalt nivå med ansvar for spesialisthelsetjenesten, men uten adgang til å kreve inn skatter, samt et kommunalt nivå med ansvar for forebygging, folkehelse og rehabilitering, og med adgang til å kreve inn skatter.

Strukturreformen har endret en rekke oppgaver mellom statlig, regionalt og kommunalt nivå – også på andre områder enn helse. Kommunene i Danmark har blant annet fått et utvidet ansvar, eksempelvis for forebygging og folkehelse, og det er innført et system med kommunal medfinansiering.

Strukturreformens helt avgjørende element var en reduksjon i antallet regionale enheter (fra 14 amt og H:S til 5 regioner) samt en markant reduksjon i antallet kommuner – og dermed en konsolidering av det kommunale nivået med kommuner hvor befolkningsgrunnlaget ble vurdert som stort nok til å ivareta de utvidede oppgaver på blant annet helseområdet. Danmarks kommuner har i dag et gjennomsnittlig befolkningsgrunnlag på 55 000, og kun ganske få kommuner har et befolkningsgrunnlag under 20 000.

Det ble vurdert som helt avgjørende for strukturreformen – og for den generelle utvidelse av kommunenes oppgaver, også på helseområdet – at den enkelte kommunes befolkningsgrunnlag ble utvidet.

Sammenhengen mellom kommunestørrelsen og tildeling av kommunalt ansvar for flere oppgaver var således et helt sentralt tema i den danske strukturreformprosessen. Senest er det i Forebyggelseskommissionens rapport fra mai 2009 indikert at selv den gjennomførte konsolidering av kommunestørrelser muligens ikke har vært tilstrekkelig, dersom helseoppgaver for alvor skal løses i kommunal regi.

Mens det omkring strukturreformen var stor interesse for kartlegging av kommunenes sykehusforbruk samt mange overveielser omkring mulighetene for å bygge opp kommunale alternativer til sykehusinnleggelse – og dermed spare penger via kommunal medfinansiering, så synes erfaring å være en erkjennelse av at den generelle medfinansiering etterlater kommunene i en situasjon hvor de har finansieringsmessige forpliktelser, men begrensede muligheter for å kontrollere sykehusenes inntak av pasienter (for eksempel kirurgiske pasienter samt akuttpasienter).

Det har vært en løpende debatt omkring allmennlegens rolle. Det er primærlegen som henviser innbyggerne videre. Da de samtidig ikke er organisert i tilknytning til kommunene, men til regionene er det svært vanskelig for kommunene å ha innflytelse på deres atferd. Denne situasjonen skaper et meget usikkert styringsverktøy for kommunene. Det er ikke lagt opp til at det skal skje endringer på dette området.

Dermed er debatten i Danmark i noe omfang dreid i retning av om kommunal medfinansiering i større grad enn i dag kan målrettes til områder hvor kommunene har en reell mulighet for å påvirke – samt en reell mulighet for å arbeide med, og eventuelt bygge opp alternativer.

Det geriatriske felt, psykisk helsevern og det medisinske område nevnes i slike sammenhenger som potensielle områder kommunal medfinansiering muligens i særlig grad bør rette seg mot.

Samtidig virker det også å være en økt erkjennelse av at forebyggingsinnsats tar tid, at effektene av denne type innsats ofte oppstår med flere års "forsinkelse" – og at behovet for å arbeide med høyere andel av kommunal medfinansiering (som potensielt også gir kommunene et bedre grunnlag for investeringer) derfor kan være en vei fremover.

Helt overordnet og på bakgrunn av blant annet gjennomførte intervjuer²⁵, gjennomgang av eksempler samt noen få gjennomførte evalueringer, er det tvilsomt om den kommunale medfinansiering slik den har vært brukt, og slik regelgrunnlaget har vært frem til nå, har hatt de ønskede effekter. Det er i hvert fall sannsynlig at den kommunale medfinansiering ikke i omfang og gjennomslag har hatt de effekter som man opprinnelig hadde håpet.

Samtidig bør det likevel nevnes at det finnes eksempler på kommunale innsatser også i tilknytning til kapasitetsoppbygging, som har hatt ønskede effekter i forhold til sykehusforbruk.

²⁵ Det har vært gjennomført intervjuer med Fredrik Naversten, Kvalitetschef, Transmedica A/S; Addie Just, Forebyggelseschef, Forebyggelsesenheden, Hillerød Hospital; Suzanne Aaholm, kommunaldirektør, Frederiksberg Kommune (tidligere direktør for KL); Tove Larsen, formand for Social- og Sundhedsudvalget, KL.

Dette gjelder i forhold til kroniske pasienter, men kanskje særlig i forhold til innleggesfrekvensen for eldre pasienter med sammensatte lidelser.

Regjeringens nye utspill (offentliggjort i oktober 2009) avspeiler kanskje at det er behov for tilpasninger av konseptet for kommunal medfinansiering, dersom effekter for alvor skal oppnås, og også oppnås over en bred front.

Utspillet legger også opp til at betalingen fra kommunene skal være høyere enn i dag når det gjelder ferdigbehandlede pasienter som ikke umiddelbart kan tilbys relevant kommunalt tilbud eller institusjonsplass.

Utspillet peker også på at det via endring av finansieringsmekanismene (økt medfinansiering) kan oppnås en reduksjon i antall reinnleggelser.

Det er en klar indikasjon på at det ikke via DUT gis mer penger til kommunene når det gjelder folkehelse og forebygging. Og at nettopp endring omkring medfinansiering og takster i forhold til ferdigbehandlede pasienter og reinnleggelser kan medvirke til å frigjøre ressurser også til forebygging.

4 Nyttige erfaringer fra andre land

4.1 Erfaring fra Sverige og Finland

Vi skal nedenfor gå gjennom erfaringene fra Sverige og Finland, og relatert til erfaringen fra Danmark.

Målsettingene for prosjektet fremgår av boksen under.

Med utgangspunkt i erfaringer fra andre land skal mulige *endringer i finansieringen av helsesektoren* vurderes, og hvilke konsekvenser dette vil få for kommunenes *økonomiske styringsmulighet og effektivitet i ressursbruk*. Det skal også vurderes hvorvidt slike finansieringsendringer vil gi:

- *økt innsats på forebygging*
- *bedre samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten*
- *endringer i mulighet for lokalpolitisk påvirkning av helsetilbudet lokalt*

I forbindelse med vurdering av *effekter* av finansiering av helsesektoren, er det flere nivåer.

Den helt grunnleggende finansieringsmodell er vesentlig: Hvem kan utskrive skatter, hvem gjør det rent faktisk og hvilke nivåer er rettet mot hvilke former for ivaretagelse av oppgaver? *Det er således uten mening å skille mellom oppgavefordelingsprinsipper og finansieringsprinsipper.*

Slik AGENDA og Implement ser det er det ingen tvil om at kommunenes økonomiske styringsmuligheter og effektiviteten i ressursforbruk når vi snakker om ivaretagelse av helseformål er best i den finske modellen. Dette dokumenteres også i den nyeste rapporten fra HERO²⁶.

Men dette oppnås *ikke* som følge av "kommunal medfinansiering i dansk forstand" – den oppnås fordi kommunene har kontroll over det samlede produksjonsapparatet (sykehusene), fordi kommunene selv utskriver og står til ansvar for de skatter som skal finansiere dette produksjonsapparatet og fordi kommunene samtidig selv er ansvarlige for å balansere ressursinnsatsen mellom spesialisert sykehusvirksomhet på den ene siden og helse for øvrig (forebygging og rehabilitering) på den andre.

Det var nøyaktig det samme "set up" (bortsett fra litt statlig medfinansiering, som gradvis ble redusert til null), som gjorde Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) til en økonomisk effektiv konstruksjon i perioden 1996–2006 i Danmark.

Gjennom H:S eide de to kommunene København og Frederiksberg produksjonsapparatet, men produksjonsapparatets yteevne var også avhengig av hvor villige de to "eierkommunene" var til å putte inn ressurser, samt avhengig av hvordan de to "eierkommunene" så balansen mellom behovene i primærsektoren (eldreområdet, rehabilitering, sosialpsykiatri mv.) og behovene i sykehussektoren.

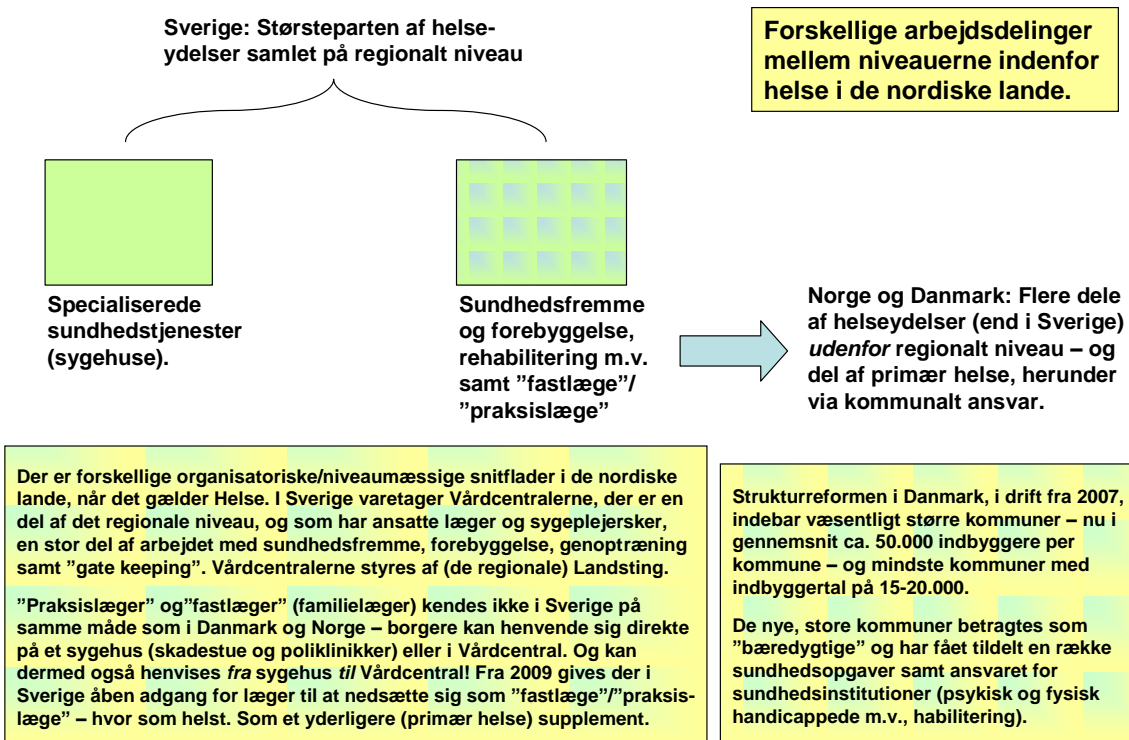
Finland og H:S demonstrerer at kommunal finansiering (og ikke bare kommunal *med*-finansiering) kan være et særdeles effektivt grunnlag for optimal drift av helsetjeneste-

²⁶ Hagen, T. Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk Forskningsprogram Skriftserie 2009:6.

ter. Men de to eksemplene indikerer også at den samlede effektivitet fremmes når sykehus- og primærhelseressurser samles under "samme tak".

Både i Danmark og i Norge er de samlede helseoppgavene fordelt på to nivåer – et regionalt og et kommunalt. Det kan argumenteres for at dette også er tilfelle i Sverige, men det er allikevel en forskjell: De fleste *helseoppgaver* – herunder også oppgavetyper som i Danmark og i Norge hører inn under kommuner – er i Sverige samlet i det samlede system av "Sjukvård og Vårdcentraler".

"Overordnet komparativ gjennomgang af problemstillinger, løsningsmodeller og utviklingstendenser i helsesektorerne i Sverige, Danmark og Norge".

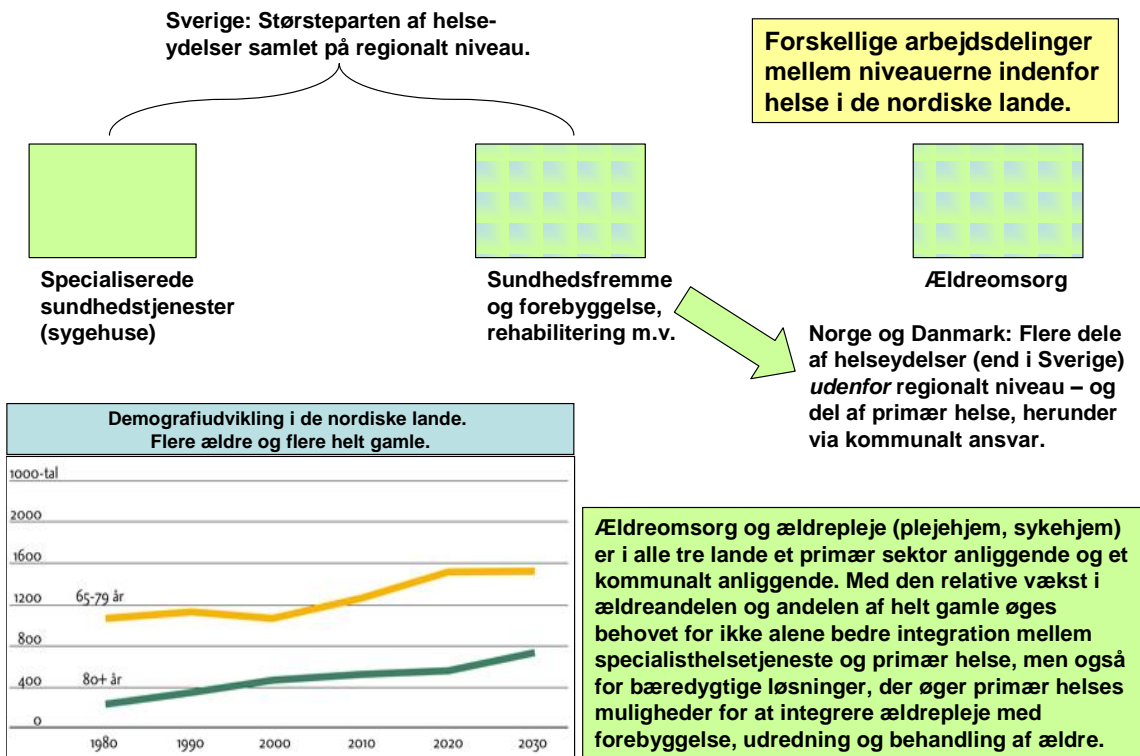


Figur 4-1a Ulike arbeidsdelinger mellom nivåene innenfor helse i de nordiske landene

Kanskje er det også på grunn av dette (svenske) utgangspunktet at debatten i Sverige (omkring overgangen/samspillet mellom de ulike delene av helse- og omsorgsressursene) fokuserer langt mer spesifikt på eldreområdet – hvor det entydig er et kommunalt ansvar for pleie og omsorg samt støtte, og hvor særlig medisinske avdelinger (sjukvård) samt Vårdcentraler (begge i regi av Län) må danne samarbeidsmekanismer med de kommunale eldreforvaltninger og andre institusjoner.

Kanskje har debatten og utviklingen i Sverige også en annen karakter fordi fylker og kommuner er samlet i en felles interesseorganisasjon (Svenske Kommuner og Landsting).

”Overordnet komparativ gjennomgang av problemstillinger, løsningsmodeller og utviklingstendenser i helsesektorene i Sverige, Danmark og Norge”.



Figur 4-1b Ulike arbeidsdelinger mellom nivåene i de nordiske landene

4.1.1 Samkommune etter finsk modell

Etablering av samkommune etter finsk modell kan være et egnet virkemiddel til å redusere den negative effekten av den desentraliserte kommunestrukturen vi har i Norge; både vedrørende kompetanse, driftseffektivitet og utilsiktede økonomiske styringsproblemer av medfinansieringsordninger.

En samkommune²⁷ er en sterkt formalisert form for interkommunalt samarbeid med syv viktige kjennetegn, hvorav pkt. 3 og 4 gjør at en samkommune er noe annet enn vanlig interkommunalt samarbeid:

1. Geografisk nedslagsfelt som dekker minst to kommuner
2. Eget, indirekte valgt politisk styringsorgan
3. Ansvar for flere oppgaver
4. Beslutningsmyndighet over egne oppgaver
5. Selvstendig økonomi og indirekte finansiert
6. Egen juridisk enhet
7. Egen administrasjon

²⁷ Hentet fra NIVI-notat 2008:1 Status for interkommunalt samarbeid og behov for videreutvikling. Utarbeidet på oppdrag av KS. Av Geir Vinsand og Jørund K Nilsen.

Selv om en samkommune har bestemte kjennetegn, gir organisasjonsformen store muligheter for lokale tilpasninger. En samkommune gir fleksibilitet blant annet på

følgende områder:

- Den kan ha ansvar for få eller mange oppgaver, for eksempel bare tjenesteproduksjon (som i Finland vedrørende sykehus, og i Norge for ulike samhandlingstiltak) eller ansvar for hele sektoren (helse)
- Den kan ha begrenset eller omfattende beslutningsmyndighet, for eksempel avgrenset til deler av en bestemt lov eller hele loven
- Den kan være finansiert etter ulike prinsipper for eksempel med ulikt innslag av objektive kriterier i forhold til medlemskommunene

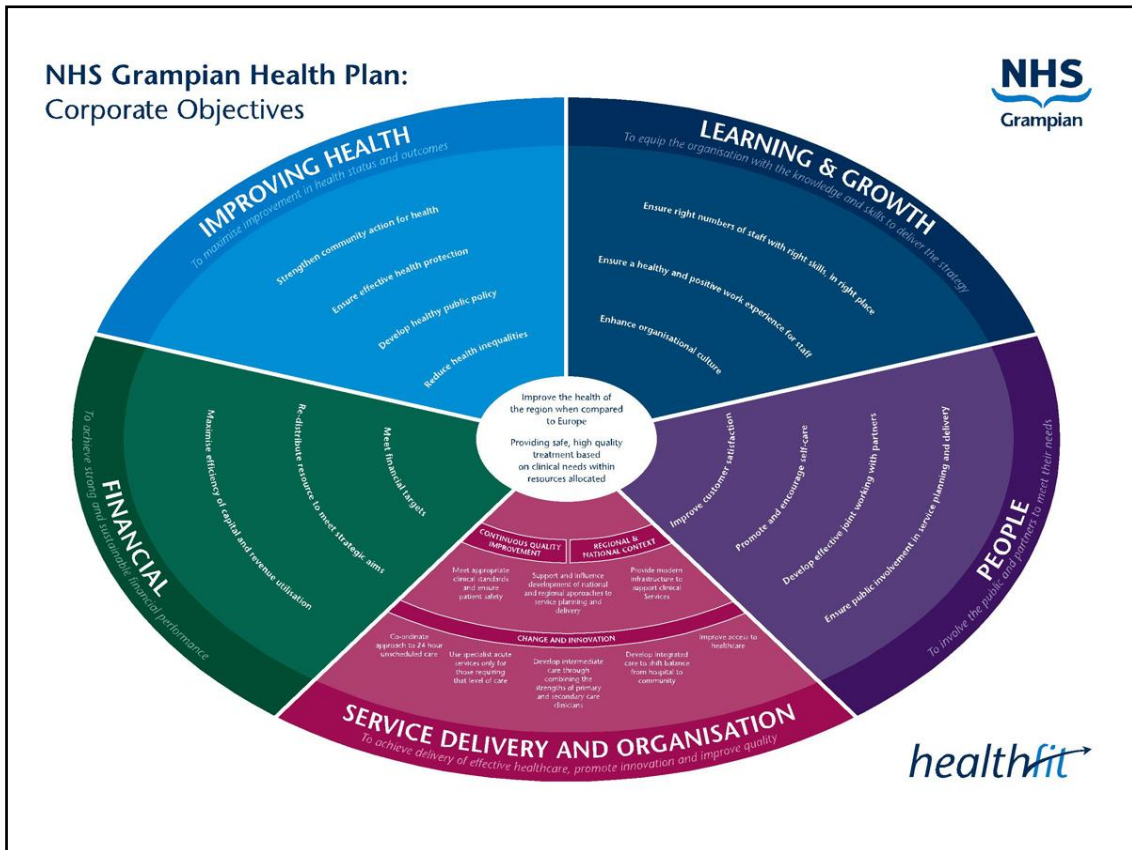
4.2 Omlegginger av styrings- og finansieringsprinsipper fra 2004–2005 i Skottland

Etter 2004 er det ikke de finansieringsmessige mekanismer som forventes å utgjøre det insitamentmessige grunnlag for den måten tjenestetilbudene utføres på i Skottland – eller for balansen og arbeidsdelingen mellom de ulike nivåer og de ulike ”produsenter”.

Tvert imot, ressurser allokeres med utgangspunkt i utført planlegging – både strategisk på nasjonalt nivå, mer operasjonelt fra ”Board” nivå og ”nedover”, herunder via ”Community Health Partnerships”.

”Boards” i NHS Skottland har på mange måter et ansvar som kan sidestilles med de norske helseregioners ”sørge for” ansvar. I den skotske styrings- og finansieringsmodellen blir planlegging – på ulike nivåer (fra strategisk til operativ) – og ressursallokering ut fra planlegging et helt avgjørende element. Styring og oppfølging ut fra et samlet konsept, og med muligheter for justeringer av (krav om) om ytelsesnivåer samt ressursallokeringer, blir på den nevnte bakgrunn særdeles viktig.

Det skotske systemet er da også preget av et felles utviklet og felles vedlikeholdt/videreutviklet Balanced Score Card system (BSC) som prinsipielt anvendes ensartet og med ensartede fokuspunkter og måleparametre på tvers av de ulike ”Board”-områder. Forskyvningen av balansen i ressursinnsats gjennom de senere årene – fra spesialisthelsetjeneste til primærsektor – avspeiles av den måten det felles BSC er bygget opp på, og av de enkelte parametre i BSC. BSC omfatter parametre, både overordnet samt på mer operativt nivå og fokuserer på mulighetene for å redusere behovet for sykehusressurser, eller på mulighetene for at kapasitet utenfor sykehusregi kan sikre rimeligere løsninger enn de tradisjonelle sykehusbaserte løsninger.



Figur 4-3 Det skotske system

Det er for de finansielle parametre typisk at medfinansiering ikke nevnes med ett ord, og at det i alle sammenhenger snakkes om styrt reallokering av ressurser ut fra planlegging, styring og oppfølging (med utgangspunkt i BSC parametrene). Alle NHS "Boards" gir ut en årlig rapport vedrørende "Public Health". Dette er gjort siden 2004/2005. Rapporten er en generell rapportering av hvordan initiativer, pilotprosjekter, ressursallokeringer osv. i forhold til den primære sektor har virket – og hvilke tiltak det skal satses på fremover. Medisinsk Teknologi Vurdering anvendes dessuten i økende grad for å underbygge effektene av de ressurser og tiltak som er rettet mot forebygging og rehabilitering.

5 Våre vurderinger

Selv om erfaringene fra Finland, Sverige og Skottland er interessante, er det erfaringene fra Danmark som er av størst interesse knyttet til diskusjonen om finansieringsordninger for bedre samhandling i Norge. Vi vil derfor i vurderingene nedenfor konsentrere oss om erfaringene fra Danmark.

5.1 Danmark

I den danske debatten og med strukturreformen har spørsmålet vært i hvilket omfang kommunal medfinansiering kan anvendes som instrument til å *flytte* innsats fra sykehussektoren til kommunale sektor. Selv om strukturreformen har gjort meget ut av å presisere oppgavefordeling, ligger det allikevel som basis for den kommunale medfinansiering et grunnleggende premiss om at *balansen* i helseoppgaver kan flyttes mellom regioner og kommuner (blant annet *som følge av kommunal medfinansiering*).

Andre tiltaksformer enn medfinansiering spiller også inn:

- Selve strukturreformen i Danmark avspeiler hvordan lovgivning (i tilknytning til reformen) endret balansen når det gjelder ivaretagelse av oppgaver mellom de to nivåene – blant annet overdragelse av sekundær pasientrettet gjenopptrening samt innsats omkring folkehelse og forebygging samt kommunal overtakelse (i stort omfang) av habiliteringsinstitusjoner for psykisk og fysisk handikappede. Det vises til praktiske eksempler i vedlegg (punkt 7.1.1–7.1.3 og 7.1.8–7.1.9).
- Helseavtalene (jf. punkt 2.1) som nettopp er under konseptuell fornyelse – rettet mot økte frihetsgrader for regioner og kommuner – er i utgangspunktet tenkt som en koordineringsmekanisme, men kan også være fundament for justeringer av balansen i ivaretagelsen av helseoppgaver mellom regioner og kommuner (punkt 7.1.10)
- Statlige initiativer – ”pilotprosjekter”, puljefinansierte forløp mv. – kan være basis for forsøk med endrede oppgavedelinger. Eksempelvis forsøker syv kommuner i Danmark seg nå med etablering av akuttmottak innen psykisk helsevern, noe som vil kunne påvirke arbeidsdelingen mellom regionalt og nasjonalt nivå i relasjon til blant annet distriktpspsykiatri samt psykiatriske akuttmottak. Som et annet eksempel: Telemedisinske løsninger omkring eldre medisinske pasienter med sammensatte lidelser foreslås i Sønderjyllands Sykehus (del av Region Syddanmark), og gjøres slik at kommunale hjemmesykepleiere i noen grad overtar kontroll- og oppfølgingsoppgaver som hittil har vært et sykehusansvar (punkt 7.1.4–7.1.7).

Eksempelene avspeiler at verden ikke står stille – heller ikke etter strukturreformen, og at så vel oppgavedeling som koordinasjonsmekanismer på helseområdet (i relasjonen mellom kommuner og regioner) utvikler seg videre.

FAKTA BOKS 1:

Sundhedsindsatser i en dansk kommune. Eksempel: Aalborg Kommune.

Aalborg Kommune var en af initiativtagerne til netværket "Sund By" – og kommunen har derfor en længere "record", når det gælder involveringen i sundhedsopgaver. Samtidig er Aalborg placeret i Region Nordjylland – hvor der fra slutningen af 1990'erne – og altså før strukturreformen i Danmark – blev opbygget et system med sundhedsaftaler mellem region og kommuner, således at koordination og arbejdsdeling løbende kunne justeres gennem et formaliseret aftalesystem.

Aalborg kommune har ca. 19.000 medarbejdere – på forvaltningsniveau samt i tilknyttede institutioner. Der er syv store forvaltningsgrene: 1) Borgmesterens forvaltning (økonomi og planlægning m.v.), 2) Teknik og Miljø, 3) Familie og Bæredygtig udvikling, 4) Skole og Kultur, 5) Ældre og Handicap, 6) Forsyning, 7) Sundhed og Bæredygtig udvikling. "Sundhed og Bæredygtig udvikling" blev etableret i forlængelse af strukturreformen – som en del af "svaret" på den nye opgavedeling mellem regioner og kommuner – og som en del af grundlaget for målsætningerne om øget kommunalt ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme. Forvaltningen indoptager imidlertid andre opgavefelter, herunder også opgavefelter, der var relevante og en del af kommunen før strukturreformen – såsom planlægning af kollektiv trafik og tilsyn med kommunale vejanlæg, fremme af bæredygtige energiløsninger, støtte til landdistrikter eller distrikter med behov for ekstra udviklingsmæssig understøttelse, fremme og understøttelse af frivilligt arbejde, indsatser vedrørende internationale relationer osv.

Ses der på de felter, der reelt var i fokus på sundhedsområdet i forbindelse med strukturreformen, så omfatter "Sundhed og Bæredygtig udvikling"

- en Sundhedsafdeling, der har ansvar for politik og strategi på sundhedsområdet vedrørende (borgerorienteret) sundhedsfremme og forebyggelse, når det gælder kommunens *voksne* – idet indsatserne retter sig mod at motivere og inspirere borgerne til en sundere livsstil i forhold til kost, rygning, alkohol og motion.
- et Sundhedscenter, der tilbyder en række sundhedstilbud til kommunens borgere og arbejdspladser, såsom vejledning omkring rygestop og kost samt vejledning og støtte til borgere, der lever med kronisk lidelse som f.eks. diabetes, hjertesygdom, KOL og kræft.

De to enheder råder tilsammen over knapt 25 årsværk.

Den af kommunerne (via strukturreformen) overtagne opgave med drift af handicapinstitutioner (habilitering af psykisk og somatisk hæmmede) er placeret i "Ældre og Handicap". Det samme gælder for genoptræningsopgaverne (den sekundære patientorienterede genoptræning).

"Familie og Bæredygtig udvikling" omfatter bl.a. et center for misbrug og bistand til særlig socialt udsatte, hvor bl.a. snitfladerne til sygehuspsykiatrien er i spil, ligesom forvaltningen styrer forskellige genoptræningstilbud til gruppen af ikke-ældre. "Skole og Kultur" omfatter sundhedsordninger og sundhedsfremmeinitiativer i relation til børn og unge.

Kommunal medfinansiering er ikke et ansvar for "Sundhed og Bæredygtig udvikling". Styringen og forvaltningen af den kommunale medfinansiering ligger i Borgmesterens forvaltning.

5.1.1 Nærmere om virkninger av kommunal medfinansiering

I tiden like før og like etter strukturreformen var det en viss interesse fra kommunalt hold rundt mønstre – det vil si fokus på den enkelte kommunes sykehusforbruk – og hvordan man eventuelt kunne påvirke sykehusforbruket.

Det ble gjort en del analyser i 2006–2007 hvor flere kommuner fikk avdekket sykehusforbruket fordelt på DRG–DAGS kategorier (DAGS = Dansk Ambulant Grupperings System), på aldersintervaller, på geografi osv.

Kommunene forstod raskt at store deler av sykehusforbruket var utenfor kontroll – eksempelvis alvorlige og/eller akutte lidelser med behov for kirurgiske inngrep, alvorlige og/eller livstruende medisinske sykdommer (kardiologi, neurologi, onkologi og hematologi mv.), dels var det en økende erkjennelse av at størrelsen på takstene i den kommunale medfinansieringen i seg selv satte klare grenser for hva som kunne flyttes.

Parallelt med denne utviklingen utkrystalliserte styringsformer og organisering seg i de nye, større kommunene. Det ble her raskt klart at det i mange kommuner – utover de vanskeligheter selve sammenslåingen av tidligere selvstendige kommuner medførte – også var en grunnleggende utfordring i forbindelse med den styringsmessige og organisatoriske ansvars plassering av de nye kommunale helseoppgavene.

De danske kommuners tradisjonelle til å organisere forvaltning og tilknyttede driftsinstitusjoner ut fra aldersgrupper ("Ældreforvaltningen", "Børne- og Ungeforvaltningen", "Familieforvaltningen" etc.) gjorde det nødvendig å avklare om de nye helseoppgavene skulle integreres i de nåværende, alderinndelte forvaltninger, eller om de nye helseoppgavene skulle prioriteres organisatorisk, eksempelvis via egen forvaltning på tvers av de tradisjonelle aldersintervaller.

Selv om det vokste frem relativt mange organisatoriske og styringsmessige varianter i det kommunale landskap i Danmark, ble løsningene de fleste steder preget av en grunnleggende opprettholdelse av den tradisjonelle struktur med aldersbestemte forvaltninger og driftsinstitusjoner – men enkelte steder med supplerende helseforvaltninger, som så til gjengjeld ofte fikk forholdsvis avgrensede oppgaver, mens for eksempel gjenopptrening av eldre, helse blant skolebarn osv. i større eller mindre utstrekning forble i de aldersbestemte forvaltninger – eller som noe disse forvaltningene *også* kunne beskjefte seg med.

Samtidig ble planlegging og monitorering av kommunal medfinansiering i stort sett alle kommuner lagt til den sentrale økonomiforvaltningen – og dermed atskilt fra de driftsmiljøene (for eksempel gjenopptrening samt forebygging og rehabilitering/habilitering), hvor innsatsen prinsipielt (og ut fra strukturreformens målsettinger) skulle medvirke til å redusere sykehusforbruket.

I dag virker den kommunale medfinansieringen stort sett utelukkende å være et anliggende for de sentrale økonomiforvaltninger i kommunen – og den inngår i sentralforvaltningens vanlige arbeid med å sikre balanse mellom utgifter og inntekter for den totale kommunale økonomi.

Forvaltningene og driftsinstitusjonene forholder seg tradisjonelt til noen rammebudsjetter som meldes fra den sentrale økonomiforvaltningen – og hvor elementet med kommunal medfinansiering i det alt vesentlige virker å bli helt borte. Det er da også symptomatisk at spørsmål til helseforvaltningers og helseinstitusjoners ledere og medarbeidere – omkring betydningen av kommunal medfinansiering – blir møtt med skuldertrekk, eller henvisning til økonomiforvaltningen.

Den tendens til at den kommunale medfinansiering raskt er blitt en form for en administrativ mekanisme som ivaretas av sentrale økonomiforvaltninger, men som ikke har noen innflytelse på tjenestene som skal gis, samt omfanget og karakteren av ivaretagelsen av folkehelse og forebygging, bekreftes via regjeringens økonomiavtaler med kommunene, hvor spørsmålet rundt ekstra bevilgninger til forebygging har vært et av forhandlingspunktene, men hvor begrepet "kommunal medfinansiering" ikke har vært noe tema.

Fakta boks 2:

"Formanden for KL's Sundheds og socialudvalg mener, at KL har indgået en god aftale samlet set, selvom der ikke kom noget løft på forebyggelses- og sundhedsområdet.

Regeringen og KL har en klar aftale om kommunernes økonomi til næste år (2010), og der er ikke nogen nye sundhedsopgaver i den, som kommunerne ikke er blevet kompenseret for, siger sundhedsminister Jakob Axel Nielsen.

Set i lyset af den økonomiske krise har regeringen og KL indgået en udmærket aftale. Det er konklusionen hos KL's formand for Social- og Sundhedsudvalget. Tove Larsen (S) erkender dog, at sundheds- og forebyggelsesområdet var et af de områder, der ikke kunne blive penge til i forhandlingerne. "Her blev alt afvist. Vi ønskede blandt andet flere penge end de årlige 200 millioner, som vi får til forebyggelse" sier Tove Larsen.

Kan tage penge fra handikappede

Hvis kommunerne vil øge indsatsen på sundheds- og forebyggelsesområdet i 2010, har de to muligheder.

"I princippet kan kommunerne bruge af de 1,3 mia. kroner ekstra, som vi har fået til det specialiserede sociale område (sårbare børn og unge og voksne handikappede). Og hvis kommunen er blandt de mest økonomisk trængte, kan den søge om penge fra puljen på en halv milliard, der er afsat til kommuner med særlige økonomiske problemer," siger Tove Larsen.

Regering udsætter forebyggelse

Selv om planen først bliver vedtaget en gang i efteråret, kunne man sagtens afsætte penge til næste år.

"Man har før set reserverede midler, som gemmes, til planer ligger klar. Samtidig så kunne kommunerne sagtens gå i gang med at arbejde med KRAM-faktorerne. De er jo et langt stykke hen ad vejen godt klar over, hvor man til en start kan sætte ind," siger Sophie Hæstorp Andersen.

Hun mener, at det er meget uheldigt, at en øget forebyggelsesindsats tidligst ser ud til at kunne blive virkelighed i 2011.

Minister: Penge skal ikke afsættes i blinde

Sundhedsministeren mener ikke, at det giver mening at afsætte penge til forebyggelse endnu. "Nu forhandler vi jo ikke om midler til noget, vi ikke kender i sin færdige udgave endnu, og regeringens nationale forebyggelsesplan kommer som bekendt efter sommerferien," skriver Jakob Axel i en mail til Altinget.

Han peger desuden på, at kommunerne til gengæld heller ikke har fået flere opgaver.

"Derudover er der vist bare det at sige, at regeringen og KL har en klar aftale om kommunernes økonomi til næste år, og der er ikke nogen nye sundhedsopgaver i den, som kommunerne ikke er blevet kompenseret for."

5.1.2 Praksissektorens betydning

Erfaringene fra kommunalreformen i Danmark vitner om at også andre finansierings-systemer har stor betydning for måten oppgavene i henholdsvis kommunal og regional regi ivaretas på.

Strukturreform forløpet i Danmark "overså" (mer eller mindre bevisst) praksissektorens betydning for arbeidsdelingen mellom regioner og kommuner – samt praksissektorens helt avgjørende innflytelse på hvordan forebygging i kontakten med den enkelte innbygger eller gruppe av innbyggere, rent faktisk arter seg – og med hvilken effekt den gjennomføres.

Flere kommuner ønsket i kjølvannet av kommunalreformen å trekke inn primærlegene i arbeidet med folkehelse og forebygging. Eksempelvis undersøkte Frederiksberg kommune mulighetene for å intensivere det oppsøkende arbeidet omkring type 2 diabetes samt mulighetene for å øke kontrollinnsatsen og løpende monitorering i kommunal/primærsektor-regi – og på den måten spare utgifter til spesialisthelsetjenesten.

Omfanget av forebyggende oppgaver i allmennpraksis er dels fastlagt via landsoverenskomsten mellom Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, dels gjennom Sundhedsloven. Dessuten forutsettes det generelt at det i allmennpraksis ytes en forebyggingsinnsats.

Konkrete oppgaver for primærlegene på forebyggingsområdet omfatter blant annet n forebyggingskonsultasjon, som skal medvirke til målrettet og systematisk forebygging, samt tidlig diagnose. Det er således snakk om en på forhånd avtalt konsultasjon om forebygging med et konkret forebyggende formål, som gis på legens initiativ. Til denne tjenesten knytter det seg to særlige tillegg:

1. "Supplerende forebyggingsinnsats", som har til formål å gjøre en samlet risikovurdering med hensyn til utvikling av kroniske sykdommer, eller komplikasjoner av allerede eksisterende sykdom med henblikk på en eventuell nødvendig oppfølging. I forbindelse med konsultasjonen tas det stilling til eventuell behandling, rådgivning og henvisning – for eksempel i form av kommunale forebyggingstilbud.
2. "Oppsøkende hjemmebesøk for skrøpelige eldre over 75 år", som har til formål å oppnå innsikt i den eldres ressurser og funksjonsevne, samt å identifisere og eventuelt forebygge begynnende helseproblemer.

En del av problematikken i det dette ligger imidlertid i uttrykket "på legens initiativ".

Frederiksberg kommunes forsøk falt således raskt til jorden, fordi kommunens forslag om hvordan primærlegen skulle involveres ikke passet med de takstmessige forutsetninger – og muligens også fordi insitamentsstrukturen i forhold til primærlegenes ytelse generelt er satt sammen på en måte som ikke gjør involvering i forebygging til noe økonomisk fordelaktig.

"Forløpsytelse for diabetespatienter" er også en tjeneste som de praktiserende leger kan gjøre bruk av. Det er derimot frivillig, og i løpet av de tre årene strukturreformen har eksistert har kun 10 % av de praktiserende legene meldt inn i forhold til denne tjenesten.

5.1.3 Betydningen av andre finansieringssystemer

Koplet til erkjennelsen fra kommunalt hold av at den kommunale medfinansiering omfatter vesentlige områder utenfor kommunenes kontroll samt opererer med relativt lave takster – ble utviklingen allerede fra 2008–2009 preget av en vinkel hvor folkehelse og forebygging er en kommunal oppgave, og at den på linje med andre kommunale oppgaver "konkurrerer" om kommunens ressurser (jf. også faktaboks 2 ovenfor).

Også DRG–DAGS finansieringssystemet i forhold til sykehusene spiller inn – og medvirker i seg selv til å gjøre det til en vanskelig for kommunene å anvende finansieringssystemet, inkludert den kommunale medfinansieringen, som et fundament for endret balanse mellom regioner og kommuner.

Sykehusenes DRG–DAGS system i sin nåværende form omfatter insitamenter som er langt mer markante enn den kommunale medfinansiering – og som i seg selv motvirker oppgaveoverføringer til primærhelsetjenesten.

Det ovenfor nevnte eksempel om telemedisin og involvering av kommunale hjemmesykepleiere (i Sønderjylland samt i relasjon til Sønderjyllands Sygehus) er således gjennomført på tross av og ikke på grunn av DRG-DAGS systemet, som gir sykehusene økonomiske insitamenter til å "holde på pasientene" i kontroll- og oppfølgingsforløp, samt i forhold til pasienter med kroniske lidelser.

Samlet sett viser gjennomgangen av så vel primærlegenes rolle og vilkår samt sykehusenes finansieringsformer at kommunal medfinansiering kan være tilnærmet uten effekt, hvis andre – tilknyttede, parallelle og relevante – finansieringssystemer retter insitamentene en annen vei.

5.2 Overordnede perspektiver

I avsnitt 5.1.1 foran er det berørt hvordan styringsformer som eksempelvis kommunal medfinansiering må ses i en større sammenheng, idet det modellmessige utgangspunkt for slike sammenlikninger framgår av figur 1-1 foran, og det vises til denne.

I alle land, som har vært omtalt i prosjektforløpet, er utgangspunktet for det økte fokus på så vel *sammenheng* mellom spesialisthelsetjenester og primære helsetjenester samt *arbeidsdeling* mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten basert på et stort sett ensartet sett av vurderinger og forventninger.

Dette settet av vurderinger og forventninger har basis i kunde- og etterspørselssystemet – og omfatter blant annet følgende problemstillinger:

- Den demografiske utviklingen innebærer en markant økt andel av eldre og helt gamle i alle landenes befolkninger. Det er en klar erfaring at den eldre del av befolkningen har et relativt større forbruk av spesialisthelsetjenester.
 - alt annet likt vil befolkningsutviklingen derfor medføre vesentlige utgiftsøkninger samt vesentlig økt belastning for spesialisthelsetjenesten
- Den behandlingsteknologiske utviklingen forsterker tendensene, fordi den medvirker til å sikre overlevelse for stadig flere eldre. Samtidig sikres overlevelse ofte på måter som krever regelmessig eller kontinuerlig monitorering ("vedlikeholdstjenester" i forhold til sammensatte lidelser og kroniske lidelser) – og som dermed skaper en bølge av press på spesialisthelsetjenester.
- I tillegg gir den behandlingsteknologiske utviklingen nye muligheter for utredning og behandling, som intet politisk system i OECD landene hittil for alvor har vært i stand til å bremse eller redusere effektene av. Når først nye muligheter er der, forekommer det ut fra tidligere erfaringer umulig å unngå å bruke dem. Styrken i krav fra kunde- og etterspørselssystemet er for stort og for vedvarende.

Det økte presset på spesialisthelsetjenesten gir grunnlag for scenarioer eller frem-skrivninger, hvor utgiftene til spesialisthelsetjenesten, alt annet likt, vil vokse med vekstrater som innebærer risiko i forhold til den totale samfunnsøkonomien.

I alle land innebærer de anførte tendenser at så vel krav som behov i kunde- og etterspørselssystemet må håndteres via nye former, som vil måtte påvirke både produsent-systemet samt finansierings- og styringssystemet.

I alle land er disse bestrebelser båret av en større eller mindre frykt for at inaktivitet vil være identisk med aksept av at en markant økt andel av samfunnsøkonomien allokteres til helse, og da særlig til spesialisthelse.

Norge er antagelig det landet (av dem som omtales her), som best er i stand til at klare fortsatt høye vekstrater. Samhandlingsreformen kan i seg selv være et signal om at det også for Norge er en grense for hvor høy andel av BNP som kan brukes til helsetjenester.

For de øvrige landene – med noenlunde ensartede samfunnsøkonomiske grunnvilkår – er perspektivene omkring vesentlig økte utgifter til spesialisthelsetjenester enda mer urovekkende enn for Norge. Og ingen av disse landene har samfunnsøkonomisk grunnlag for å komme i nærheten av den andelen av BNP til spesialisthelsetjenesten, som Norge opererer med. I disse landene fokuseres det meget på *hvordan produsent-systemets effektivitet kan forbedres*. Effektivisering av det samlede produsentsystem i seg selv anses for at være en del av den samlede løsningen omkring begrensning av vekst i utgifter til helse.

Prinsipielt kan det observeres to grunnleggende former for bestrebelser på tvers av landene når det gjelder effektiviseringer.

1. Initiativ og tiltak i retning av et økt "performancenivå" i spesialisthelsetjenesten.
2. Initiativ og tiltak som har karakter av å være en søken etter hvordan den "rimeligere primærsektoren" kan dra en større del av lasset med å imøtegå veksttendensene ved:
 - å utvikle substituerende (og rimeligere) former for tjenester i primærsektoren
 - og/eller ved å medvirke mer intenst med det som tidligere er benevnt "vedlikeholdsinnsats" – som vokser som følge av både demografiske og behandlingsteknologiske årsaker.

Uansett form legges det kontinuerlig større og større vekt på samarbeid og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

De forskjellige lands valg av virkemidler er derfor ikke et uttrykk for en grunnleggende forskjellig vurdering av "situasjonen" og av "tendensene" – men snarere uttrykk for forskjellige prioriteringer av, eller forventninger til mulige virkemidler.

Det er bestrebelser overfor produsentsystemet for å utvikle meget markante effektiviseringsinsitament (via styringssystemet og finansieringssystemet), slik at både spesialisthelsetjenesten samt produsenter i primærsektoren (for eksempel primærleger) anses til høyere effektivitet.

Samtidig forsøker disse insitament tilrettelegging på måter som i seg selv gir effekter i forhold til målsettingen om at få primærhelsetjenesten til å bære en større del av det økte presset fra kunde- og etterspørselssystemet – eksempelvis gjennom relativt sett økte takster til praktiserende læger for å medvirke til blant annet forebygging.

Styringssystemene søkes innrettet med henblikk på å oppnå økt effektivitet – noen steder med utgangspunkt i case-miks baserte avregningssystemer (Sverige og Danmark), andre steder med utgangspunkt i konkrete omstillingstiltak og fokusert oppfølging (Skottland).

Koordinering og samspill, men ikke minst endret arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, forsøkes gjennomført gjennom differensierte takst- og insitamentssystemer (geriatri, psykiatri, medisin, kirurgi, akuttmottak mv.).

Parallelt vokser erkjennelsen av at det i langt høyere grad enn nå må sikres en harmonisering av takst- og finansieringssystemer, slik at insitamentene i de forskjellige systemer (overfor eksempelvis sykehus og primærleger) peker i samme retning – det vil si mot avlastning av spesialisthelsetjenesten via økt innsats innenfor primærhelsetjenesten, gjennom kommuner og primærleger m.v.

Koordinering og samspill blir også gjennomført via formaliserte avtalekompleks (Sverige og Danmark) eller formaliserte samarbeidsorganer mellom spesialisthelse og primærhelse (Community Health Services i Skottland) – eller gjennom kommunal medfinansiering (Danmark).

Det er i alle sammenhenger vesentlig å gjenta at koordinering og samspill bare er en del av de ønskede effekter, da det også forutsettes endring i kapasitetsbalansen mellom spesialisthelse og primærhelse – i Danmark tenkt som en effekt av kommunal medfinansiering, i for eksempel Sverige og Skottland forutsatt via endrede fordeling av ressurser til henholdsvis spesialist-, og primærhelsetjenesten.

Forholdet mellom offentlig avregning og private bidrag eller privat betaling av helse-tjenester, er en del av debatten om hvordan veksten i etterspørsel etter helsetjenester kan håndteres.

Både i Danmark og i Sverige er det en klart uttrykt holdning at skattetrykket ikke kan økes – og at det på sikt vil være tvilsomt om andelen av offentlig finansiering til helse-tjenester kan opprettholdes på det nåværende nivå.

Svenske forsøk med privat drift av sykehus og vårdsentraler, skotsk tilbakeholdenhet med endringer i forhold til tradisjonen med privat finansiering av sykehjem samt danske utrednings- og behandlingsgarantier, understøtter at private sykehus kan være avspeilinger av det anførte – og kanskje indikere endret balanse i produsentsystemet mellom offentlig og privat drift.

Fokusområder og eksempler understrekes av noen av de helt vesentlige trekk og tendenser i stort sett alle helsesystemer i OECD-landene:

- Behov og etterspørsel fra kundesystemet øker, samtidig med en utbredt oppfatning av at de offentlige utgifter (og skattepresset) ikke må vokse ytterligere, eller bare i mindre omfang. Effektivisering av produsentsystemene er en hovednøkkel – og det er snakk om:
 - effektivisering av produsentsystemets spesialistdeler og primærdeler
 - men også om effektivisering via oppgaveoverføringer til den primære og "rimeligere" del av det samlede produsentsystemet.

Samtidig kan påvirkning av kunde- og etterspørselssystemets forventninger til hva som kan finansieres via offentlige midler, og hva som må "kjøpes for egen regning" meget vel vise seg nødvendig.

5.3 Oppsummering

Samlet sett viser gjennomgangen kanskje også at den langt mest effektive og også langt den enkleste vei, hvis man ønsker å endre balansen mellom helseoppgavene i kommunal og regional/statlig regi og/eller ønsker å oppprioritere primære helseoppgaver i forhold til sekundære/tertiære helsesoppgaver, ved gradvis å justere størrelsen på rammebevilningene mellom oppgavesystemene i forhold til hverandre. Det vil si slik

som Sverige har gjort siden 2007 hvor bevillingene til fylker/Landsting gradvis er redusert forholdsmessig i forhold til bevillingene til kommuner.

Som basis for denne premiss ligger en oppfattelse av at forskjellige former for behov ivaretas rimeligere i kommunalt regi enn i et regionalt (sykehus) regi. Det er derfor ikke *bare* et spørsmål om hvorvidt kommunal ivaretagelse av oppgaver kan *substituere* regional ivaretagelse.

Samtidig vil en endret balanse i ivaretagelsen av oppgaver (mellom regioner og kommuner) ofte gi (vanskelig forutsigelige) effekter for begge sektorer. Eksempelvis vil økt tilstedeværelse av leger på sykehjem og i andre deler av eldreomsorgen heve service- og kvalitetsnivået. Men det medvirker også til å redusere "unødvendige innleggelser" – eller er mekanismen omvendt; at økt tilstedeværelse av leger skaper økt antall innleggelser i sykehus, fordi forhold, som ellers bare "passerer forbi", nå oppdages og håndteres?

Begge nivåers innsats og enhver balanseforskyvning av ivaretagelsen av oppgaver mellom regionalt og kommunalt nivå vil derfor påvirke på en rekke komplekse og ofte uforutsigbare måter. Og det som ved et første øyekast kan virke som en kommunes *avlastning* av sykehussektoren, vil kanskje reelt ende med å øke *presset* på sykehuse-

ne. Det anførte understreker at det rette spørsmål aldri kan være hvordan kommunal medfinansiering påvirker kommunenes effektivitet og styringsmuligheter samt innflytelse på ressursene innenfor helsesektoren. Spørsmålet er rettere: Hvordan påvirker de forskjellige finansieringssystemer – samlet sett – kommunenes effektivitet og styringsmuligheter. Tar vi utgangspunkt i det danske system, så vil kommunal medfinansiering uten tvil ha en eller annen grad av innflytelse på balansen mellom ivaretagelse av hel-seoppgavene enten i kommunal eller regional regi. Men det vil sykehusenes finansieringsformer (DRG-DAGS) blant annet også ha.

I den grad kommunal medfinansiering i Danmark har vært tenkt som et middel til å flytte oppgaver vekk fra en kostnadskreven sykehussektor og over i en rimeligere primærsektor, så er det snakk om at bestemte behov kan realiseres bedre/rimeligere i kommunal enn i regional (sykehus-) regi.

6 Foreslåtte endringer av finansieringen – vurdering av konsekvensene

Så langt i rapporten har vi gjennomgått erfaringer fra andre land med hovedfokus på Danmark. I dette kapittelet vil vi på bakgrunn av disse erfaringene vurdere hvilke konsekvenser de foreslåtte endringene av finansieringen av helsesektoren i Stortingsmelding nr. 47 vil få for kommunenes økonomiske styringsmulighet og effektivitet i ressursbruk, og hvorvidt de foreslåtte finansieringsendringer vil gi:

- Økt innsats på forebygging
- Bedre samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten
- Endringer i mulighet for lokalpolitisk påvirkning av helsetilbudet lokalt
- Alternative finansieringsgrep.

Før vi går konkret inn i vurderingene vil vi i avsnitt 6.1 konkretisere de foreslåtte endringer av finansieringen av helsesektoren.

Avsnitt 6.2 og 6.3 inneholder våre vurderinger av konsekvensene. Først og fremst på bakgrunn av erfaringene fra andre land, men også basert på annet materiale, blant annet HERO-rapporten²⁸ om modeller for kommunal medfinansiering.

6.1 Foreslåtte endringene av finansieringen av helsesektoren

6.1.1 Bakgrunn for etablering av de økonomiske insentivene

Et sentralt element i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kombinasjonen av nåværende ordning med aktivitetsbasert finansiering innenfor den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten og rammefinansiering av kommunene kan føre til at samfunnsøkonomisk lønnsomme tiltak, kan bli avvirket fordi et tilbud faller økonomisk negativt ut samlet sett for helseforetak og kommune ²⁹.

Dagens finansieringssystem legger i liten grad til rette for kommunal interesse for styringsmessig oppfølging av de utøvende aktørene i helsetjenesten. Aktivitetsbasert finansiering innen somatisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten gir dessuten for liten stimulans til å prioritere forebyggende arbeid.

6.1.2 Konkret utforming

For å gi de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten insitamenter og inspirasjon til å utvikle roller og løse oppgaver som samsvarer med de helsepolitiske målene, foreslås det i Stortingsmelding nr. 47 følgende tre hovedgrep på finansieringsområdet:

²⁸ Hagen, T. Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk Forskningsprogram Skriftserie 2009:6.

²⁹ Rapport "Evaluering av spesialisert behandlingsavdeling i sykehjem", datert 27. januar 2009, utarbeidet av AGENDA/Implement/COWI på oppdrag Bergen kommune, Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sykehus med støtte fra KS, program for storbyrettet forskning.

1. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten – tre ulike alternativer vurderes:

- Generell medfinansiering for alle diagnoser og aldre.
- Avgrensning av medfinansiering knyttet til diagnose
- Aldersbasert avgrensning av medfinansiering

I utgangspunktet vurderes en medfinansieringsandel på 20 % ved alle innretningene.

2. Overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene

- Det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter overføres til kommunene fra 2012, hvilket betyr at alle kommuner får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklare

3. Øke graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten

- DRG-finansieringen reduseres fra 40 % til 30 % (hvorav 20 % av de 30 % utgjøres av medfinansiering fra kommunene).

Disse grepene er ment å være økonomiske hovedvirkemidler for å endre oppgavefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. I den grad det skal skje en økt satsing på kommunale oppgaver må dette avklares i de årlige budsjettproposisjoner. I forslag til statsbudsjett for 2010 er det satt av 240 mill. kroner til styrking av forebyggende helsetjenester i kommunene.

For å unngå ukontrollert utgiftsvekst legges det opp til at det må være kontroll med at det ikke skjer endringer på ett nivå uten at nødvendige konsekvenser på andre nivåer er vurdert.

6.2 Vurderinger av virkninger av de foreslåtte økonomiske insentivene

I praksis vil kommunene få tildelt midler tilsvarende kjøp av et avtalt nivå av spesialisthelsetjenester. Disse midlene kan enten kommunen bruke til å kjøpe spesialisthelsetjenester eller bygge opp egne tilbud. Finansiering for å kunne drifte egne nye tiltak vil derfor kommunene først få dersom kommunens forbruk av sykehustjenester blir mindre enn avtalt.

De ulike grepene vil gi noe ulike utslag; i neste avsnitt ser vi spesifikt på den foreslåtte medfinansieringsordningen.

6.2.1 Kommunal medfinansiering³⁰

En lav kommunal medfinansieringsgrad (20 %) likner i utformingen på den danske, selv om den danske er mer differensiert enn den norske.

Erfaringene fra Danmark viser at det er skjedd endringer som blant annet medfører overføring av oppgaver fra sykehusene til kommunene, men at dette i liten grad skyldes medfinansieringen.

³⁰ Tar også for seg effekten av økt grad av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Dette er ikke overraskende, da en lav medfinansieringsgrad i utgangspunktet vil kunne gi følgende effekter:

1. Egnert til å *premiere* kommuner som gjennom god innsats allerede har et tjenestetilbud og som ved dette bidrar til reduksjon av behovet for spesialisthelsetjenester. Noe som også innebærer at kommunene i større grad enn i dag må ta tak i den styringsmessige oppfølgingen av de utøvede aktørene, hvorav primærlegene utgjør de viktigste.
 - Effekten vil også i noe grad *indirekte påvirke effektiviteten* i pasientbehandlingen ved at en gjennom økt fokus på pasientforløp, inspireres til å vurdere kommunens egen helseinnsats i et helhetlig faglig og samfunnsøkonomiske perspektiv. Det samme gjelder også *mulighet for lokalpolitisk påvirkning av helsetilbudet lokalt*
2. Lite egnert som virkemiddel for *at kommunen skal bygge opp tilbud til erstatning for³¹ tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten*. Dette fordi det bare vil være lønnsomt for kommunen å etablere tiltak som koster 20 % av sykehusets kostnader.³²
 - Det vil også være en risiko for at kommuner vil legge ned faglige og samfunnsøkonomiske gode tiltak på grunn av hensynet til kommunal økonomi, da det vil være gunstigere for kommunen å betale 20 % av kostnadene på sykehuset enn hele kostnaden for egne tiltak.
 - Ut fra vår erfaring vil risikoen være enda større for interkommunale tiltak enn for rene kommunale tiltak, da kommuner som ikke har driftsansvaret for tiltaket som oftest ser færre fordeler av å etablere et kommunalt tilbud som alternativ til et sykehustilbud.
3. Ikke egnert som virkemiddel for *at kommunen skal overta ansvaret for tilbud spesialisthelsetjenesten har ansvar for i dag* av samme årsak som nevnt i pkt. 2.
4. Ikke egnert som virkemiddel for *økt innsats på forebygging* av samme grunn som i pkt. 2. I tillegg vil mange av tiltakene innenfor forebygging først gi effekt over tid, noe som gjør at det vil bli et tidslagg mellom kommunens kostnader og redusert forbruk av spesialisthelsetjenester.
5. Bidrar til *bedre samhandling* mellom ulike deler av helsetjenesten i de tilfellene der det er etablert fellesfinansiert samhandlingstiltak³³
6. Begrenset innvirkning på kommunens styringsmulighet i forhold til i dag.

³¹ Ofte omtalt som substitutt.

³² Er nærmere utdypet i eget avsnitt.

³³ Økningen i andelen rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten reduserer virkningene ytterligere.

Nærmere utdypning av lønnsomhet ved etablering av egne kommunale tiltak med 20 % kommunal medfinansiering

Med en kommunal medfinansiering på 20 % vil kommunen stå overfor følgende valg³⁴:

1. Etablere et tiltak, hvor kommunene betaler 100 % av kostnadene
2. Dekke 20 % av kostnadene for det omfanget av tjenester som det etablerte tilbudet nevnt over gir i reduserte tjenester fra spesialisthelsetjenesten

Et praktisk meget forenklet eksempel kan være:

- Kommunen etablerer en forsterket korttidsenhet med en kostnad pr. liggedøgn som er 50 % av kostnadsnivået for alternativet i spesialisthelsetjenesten (sykehuset).
- Reduksjonen i antall liggedager på sykehuset på grunn av opprettelsen av den kommunale forsterkede korttidsenheten er lik antall liggedager der.
- Den totale årlige kostnaden for den forsterkede korttidsenheten er 15 mill. kroner

Valget for kommunen i dette konkrete eksempelet vil da være:

1. Etablere den forsterkede korttidsenheten til en kostnad på 15 mill. kroner
2. Dekke 20 % av kostnadene til det alternative tilbudet ved sykehuset. Til tross for at dette tilbudet vil koste dobbelt så mye når det gis av sykehuset, vil kommunen i dette alternativet "slippe unna" med å betale 6 mill. kroner.

De to alternativene vil derfor først bli økonomisk likestilte for kommunen med 20 % medfinansiering dersom det kommunale tiltaket (den forsterkede korttidsenheten) koster 6 mill. kroner (det vil si 20 % av de 30 millionene det koster på sykehuset).

Eller ved at helseforetaket delfinansierer det kommunale tiltaket; en "mekanisme" som i praksis vil bidra til at et slikt samfunnsøkonomisk lønnsomhetstiltak vil kunne bli gjennomført.

Nærmere utdypning av innvirkning på kommunens styringsmulighet

Spørsmålet omkring kommunenes styringsmulighet er grundig vurdert i stortingsmeldingen. Vi har vurdert disse og er enig i de vurderinger som er gjort³⁵.

Kommunestrukturen med mange små kommuner med liten økonomisk bæreevne for håndtering av utgiftsvariasjoner er en utfordring. Danmark og Sverige har håndtert dette gjennom henholdsvis kommunesammenslåing, og å samle helsetjenesten på ett forvaltningsnivå. Finland har håndtert dette ved å samle helsetjenesten i kommunene og brukt lovvirkemiddelet til å dele landet inn i sykehusdistrikter, og etablert samkommuner. I Norge kan dette møtes ved interkommunalt samarbeid eller sammenslåing av kommuner til større enheter, hvilket er gjort i Danmark, og som nå skjer i Finland.

Dersom man velger interkommunale samarbeid for å imøtekomme kostnadsvariasjonene må det etableres forpliktende avtaler. Eksempelvis kan kommunene i en samarbeidsavtale avtale at kommunenes totale utgifter til medfinansiering skal fordeles på hver av kommunene etter forhåndsdefinerte kriterier (for eksempel befolkningsstørrelse/-struktur, helsetilbudet i kommunen mv.). Bruk av samkommuner etter finsk møns-

³⁴ Gjelder tiltak/områder der kommunene ikke er pålagt gjennom lov eller forskrift å ha et tilbud.

³⁵ Resten av avsnittet er derfor i stor grad hentet fra stortingsmeldingen.

ter kan være en måte å organisere et slikt samarbeid på. En samkommuneløsning³⁶ kan omfatte hele eller deler av helse- og omsorgssektoren.

Oppsummerende vurderinger

De foreslåtte endringene av finansieringen av helsesektoren i Stortingsmelding nr. 47, som vi oppfatter som kommunal medfinansiering, vil etter vårt syn være et godt egnet virkemiddel til å:

- Bidra til bedre samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten, ved å ta bort noen av de negative insitamentene i dagens system. Dette gjelder tiltak som er finansiert av helseforetak og av kommunene i fellesskap med tanke på å redusere innleggelser i sykehus³⁷.
- Premiere kommuner som gjennom god innsats har et tjenestetilbud for sin befolkning, som bidrar til reduksjon av behovet for spesialisthelsetjenester og redusert antall innleggelser i sykehus.

Endringene slik de nå er foreslått, vil etter vår oppfatning ikke kunne bidra til:

- At kommunene vil bygge opp alternative tilbud som erstatning for eksisterende tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten
- At kommunen ønsker å overta ansvaret for tilbud spesialisthelsetjenesten har i dag
- Økt innsats på forebygging

6.3 Alternative finansieringsgrep

Vår gjennomgang viser at Norge ikke er alene om å søke etter grep for å styrke innsatsen i primærhelsetjenesten på en måte som bidrar til å redusere behovet for spesialisthelsetjenester og dermed også ressursforbruket.

Gjennomgangen viser også at ulike land har valgt ulike miks av tiltak for å få til dette. Dette gjelder også Danmark, hvor kommunal medfinansiering bare utgjør ett av flere virkemidler. Dette underbygger at ulike økonomiske insitamentene, som for eksempel kommunal medfinansiering, bare kan spille en medvirkende rolle.

6.3.1 Nærmere om kommunal medfinansiering

Skal en øke den kommunale medfinansieringens sin rolle til også å være et insentiv for kommunene til å bygge opp egne tilbud³⁸ for å begrense bruken av spesialisthelsetjenesten krever dette etter vårt skjønn følgende:

- Det bør være godt dokumentert kausalsamband (forhold mellom årsak og virkning) mellom økt innsats innenfor primærhelsetjenesten og reduserte ytelser innenfor spesialisthelsetjenesten.

³⁶ Etableringen krever søknadsbehandling i KRD og vedtak i regjeringen.

³⁷ Somatikk. Skyldes 40 % aktivitetsfinansiert DRG-finansiering i dag. Effekten reduseres til 10 % med forslaget, da DRG-finansieringen reduseres til 30 % og kommunene skal betale 20 av de 30 prosentene i form av medfinansiering.

³⁸ Forsterket kortidsenhet som i helhet er finansiert av kommunen (eller kommunene i fellesskap) er et eksempel.

- Andelen kommunal medfinansiering må være høyere innenfor prioriterte områder (det vil si de som tilfredsstillt kravene i punktet ovenfor) enn de forslåtte 20 % i stortingsmeldingen.

Dette er i tråd med den vurderingen en nå gjør i Danmark.

Hvor høyt nivået bør være, og hvilke områder det bør være må nærmere vurderes³⁹, og aller helst bør det først gjennomføres gjennom konkrete pilotprosjekter i utvalgte geografiske områder. Viktige forhold som bør inngå i slike prosjekter er blant annet hvordan en håndterer den kommunale økonomiske risikoen. Vår vurdering er at andelen bør settes på et nivå som balanserer to forhold:

- Lavere enn 100 % for å ta ut den ønskede effekt, det vil si at det samfunnsøkonomisk blir rimelige totalt
 - Dersom en setter medfinansieringen over 100 % vil kommunen ut fra økonomiske hensyn velge å bygge opp et tilbud i egen regi med høyere kostnad enn alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten.
- Så høy at det er sannsynlig at kommunene er i stand til å drive et alternativt tilbud til den andelen av kostnaden i spesialisthelsetjenesten.
 - I det tidligere beskrevne enkle eksempelet ville medfinansieringsgraden måtte være på 50 % for at alternativene skulle bli økonomisk "nøytrale" for kommunen.

Dette innebærer i praksis at andelen medfinansiering bør variere og være høy der kausalsambandet er godt dokumentert og kostnadsforskjellen mellom tiltakene i kommunal – og sykehusregi (kommunalt rimeligst) er relativt beskjedent. Typisk eksempel på dette er innleggelser av pasienter over 80 år i medisinske avdelinger, med blant annet etablering av forsterket korttidsenhet som kommunalt tiltak.

6.3.2 Mer helhetlig tilnærming nødvendig

Gjennomgangen viser at kommunal medfinansiering og andre aktuelle finansielle virkemidler må vurderes mer helhetlig og vurderes ut fra påvirkning/samvirkning med andre deler av finansieringssystemet, produsentsystemet, styringssystemet og kundesystemet. Her er fastlegenes funksjon og rolle helt vesentlig.

Gjennomgangen viser også at endring av balansen mellom helseoppgavene i kommunal og regional/statlig regi⁴⁰ oppnås mest effektivt og enklest, ved gradvis å justere størrelsen på rammebevillingene mellom oppgavesystemene i forhold til hverandre, Det vil si som Sverige har gjort siden 2007, og som en har gjort i Skottland⁴¹ etter 2004.

³⁹ Ett alternativ som også fremgår av Stortingsmelding nr. 47 er en differensiering i forhold til for eksempel alder.

⁴⁰ For eksempel ønske om å oppprioritere primære helsesoppgaver i forhold til sekundære/tertiære helsesoppgaver.

⁴¹ Gjennom styrt reallokering av ressurser ut fra planlegging, styring og oppfølging med utgangspunkt i parameterne som inngår i det balanserte målstyringssystemet.

6.3.3 Flytting av definerte oppgaver til kommunehelsetjenesten

Den mer helhetlige tilnærmingen vil være nødvendig generelt. Når det gjelder mer konkret flytting av definerte oppgaver fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, som for eksempel er gjort i Danmark i forhold til forebygging – er flytting av rammebevil-linger fra det ene oppgavesystem til det andre knyttet til den konkrete oppgaven det mest aktuelle virkemiddelet.

7 Vedlegg – eksempler fra Danmark

I rapporten har vi gått gjennom erfaringer fra andre land med hovedfokus på Danmark. Det er samlet inn en rekke praktiske erfaringer fra Danmark som kan brukes som inspirasjon i det videre arbeidet. Disse erfaringene presenteres nedenfor.

7.1.1 Sundhedscentre i Danmark - organisering og samarbeidsrelasjoner

I 2005 afsatte Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse puljemidler til forsøg med sundhedscentre, og ud af 63 ansøgninger fik 18 sundhedscentre bevilget puljemidler. De 18 sundhedscentre repræsenterer forskellige løsninger med hensyn til centrenes struktur, aktiviteter, målgrupper og samarbejdspartnere, og de er geografisk fordelt over hele landet.

Etableringen af kommunale sundhedscentre er blevet understøttet økonomisk, idet der i 2005 blev afsat 100 mio. kr. i form af centrale puljemidler til forsøg med sundhedscentre.

Selvom det var meget åbent, hvordan sundhedscentre kunne organiseres, prioriterede Ministeriet i fordelingen af puljemidlerne sundhedscentre, der ville understøtte den enkelte borgers oplevelse af sammenhengende tilbud. Ministeriet ønskede, at sundhedscentrene blev indpasset i sundhedsvæsenets samlede opgaveløsning, og der blev derfor lagt vægt på projekter, hvor samarbejde med sygehus og almen praksis indgik. Kommunerne fremsendte i alt 63 ansøgninger til Ministeriet om støtte til etablering af sundhedscentre

Det er urealistisk på nuværende tidspunkt at foretage en egentlig vurdering af sundhedscentrenes effekt, men via registeranalyser er det undersøgt, hvorvidt der er sket en ændring i borgernes kontakt til almen praksis og indlæggelser for KOL, diabetes og blodprop i hjertet, samt om der er forskelle mellem de kommuner, der har fået bevilget puljemidler, og de øvrige kommuner i Danmark. Det eneste sted, der findes en association, er ved sundhedscentre med en diabetesindsats, hvor der er sket et fald i diabetes-indlæggelse, mens der er en stigning i resten af Danmark.

Centertype 1 for patientrettet forebyggelse

For denne type sundhedscenter er kerneopgaven at varetage forebyggelse målrettet borgere med en kronisk sygdom. To af de 18 centre hører under denne centertype.

Centertype 2 for borgerrettet forebyggelse

Fokus for denne centertype er borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, som skal fremme borgernes sunde livsstil, og forebygge at sygdom opstår. Fire af de 18 centre hører under denne centertype.

Centertype 3 for borgerrettet og patientrettet forebyggelse

Denne type sundhedscenter har innsatser inden for både borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse og patientrettet forebyggelse i forhold til kronisk syge

7.1.2 Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge.

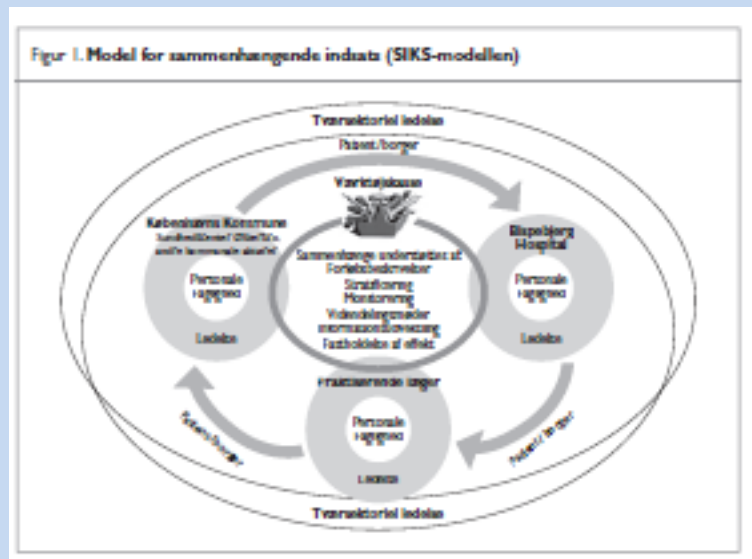
Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro

Kommunal rehabilitering i Sundhedscenter Østerbro

Oprettelsen af det første kommunale sundhedscenter for kronisk syge er et af SIKS-projektets største nyskabelser. Sundhedscenter Østerbro åbnede 1. april 2005 og modtager borgere fra Østerbro med KOL, hjertesygdom eller type 2 diabetes samt ældre med fald- og balanceproblemer – og fra 2006 også borgere med metabolisk syndrom. Det er de praktiserende læger og speciallæger på hospitalet, der henviser patienter til rehabilitering i sundhedscentret ud fra vedtagne henvisningskriterier.

For alle personer, der er indgået i rehabiliteringsforløb enten i Sundhedscenter Østerbro eller på Bispebjerg Hospital, er der indsamlet data om generelle patientkarakteristika (alder, køn etc.), ernæringstilstand (vægt, BMI, taljemål) og objektive mål for helbredstilstand før og efter indsatsen.

Borgerne i sundhedscentret var karakteriseret ved: 40 % var mænd. Gennemsnitsalderen var 68 år og 62% var over 65 år. I alt 24 % modtog hjemmepleje. I alt 93 % var af dansk oprindelse. Andelen af nuværende rygere var 25 %. Med hensyn til fysisk aktivitetsniveau var godt 20% næsten helt passive, mens knap 40% var meget fysisk aktive. Det gennemsnitlige BMI var 29 kg/m², og 64 % var overvægtige eller fede, da de blev henvist til sundhedscentret.



Ved et 7-ugers fuldt rehabiliteringsforløb for KOL modtager borgeren i alt 49 timer i form af holdtræning, vejledning mv. Forløbet koster kr. 8.300 pr. borger ved en maksimal holdstørrelse på 12 personer. Ved et 12-ugers fuldt rehabiliteringsforløb for type 2 diabetes modtager borgeren i alt 62,5 timer i form af holdtræning, vejledning mv., og forløbet koster kr. 9.406 pr. borger ved en maksimal holdstørrelse på 12 personer. Begge forløb omfatter indledende samtale, træning, undervisning, diætvejledning (initial og opfølgende), madlavning, indkøb, rygestopvejledning, afsluttende samtale og opfølgning.

7.1.3 Rapport vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne

Udarbejdet af: Arbejdsgruppen vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen

Med henblik på at give kommunerne et bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen er der nedsat en arbejdsgruppe, der har haft til opgave (jf. bilag 1) at:

- beskrive kommunernes opgaver og finansieringsmodel på sundhedsområdet
- afdække allerede tilgængelige data (primært via DRG-systemet) hos de centrale sundhedsmyndigheder
- sammenligne kommunernes forbrug af sundhedsydelser, herunder variationer i kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering
- belyse, hvordan indførelsen af den kommunale medfinansiering pr. 1. januar 2007 har påvirket kommunernes sygehusforbrug i forhold til 2006
- analysere, om der er systematiske forskelle mellem sygehusenes optageområder
- Identificere gode case-eksempler fra kommuner/sygehuse
- analysere forklarende faktorer på variationer i kommunernes udgifter til medfinansiering, herunder dekomponere udgifterne og årsagerne til kommunal udgiftsvariation.

Hovedkonklusionerne i rapporten er følgende

Der er betydelig variation i udgiftsniveauet for den kommunale medfinansiering på tværs af kommuner, regioner og på tværs af sygehuse.

Variationen i udgifterne både på tværs af og inden for regioner afspejler både kommunespecifikke forhold knyttet til kommunernes indsats, socioøkonomiske forhold og regionsspecifikke forhold i form af forskelle knyttet til det regionale sundhedsvæsen. Dertil kommer effekten af lægers henvisningspraksis, som ikke er belyst særskilt i denne rapport.

Der er væsentlig variation på tværs af kommunerne, hvad angår en række indikatorer for den kommunale forebyggelsesindsats, som ikke alene lader sig forklare af forskelle i befolkningens sociale sammensætning, alders- eller kønsfordeling eller faktorer på sygehusniveau.

Den uforklarede variation mellem kommunerne indikerer et potentiale for kommunerne til at påvirke deres udgifter til kommunal medfinansiering bl.a. gennem tilrettelæggelsen af den kommunale indsats vedr. ældrepleje, forebyggelse mv. samt via dialog med regioner og sygehuse samt andre kommuner.

Det vurderes, at patienter på 65 år og derover er den patientgruppe, hvor kommunerne har det største potentiale for at forebygge indlæggelser og undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, idet denne aldersgruppe oftere indlægges på sygehus og den kommunale indsats bl.a. i ældreplejen kan påvirke sygehusforbruget for denne gruppe.

For en række sygdomsområder er den kommunale indsats tæt forbundet med sygehusforbruget, fx i forhold til ældre medicinske patienter og kronikere. Udviklingen viser, at de ældre medicinske patienter tegner sig for en stadigt stigende andel af det samlede antal udskrivninger. Ældre medicinske patienters andel af det samlede antal udskrivninger er således steget fra knap 21 pct. i 1995 til godt 25 pct. i

2007. Samtidig udgjorde de ældre patienter på 65 år og derover omkring halvdelen af udskrivningerne på de medicinske afdelinger i 2007, mens deres andel af befolkningen udgjorde ca. 15 pct. Samtidig er sundhedsudgifterne pr. indbygger ikke overraskende størst for de ældre patienter på 65 år og derover.

Derfor vurderes det, at pasienter på 65 år og derover er den patientgruppe, hvor kommunerne har det største potentiale for at forebygge indlæggelser og undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, idet den kommunale indsats bl.a. i ældreplejen påvirker sygehusforbruget for denne gruppe. Der vurderes også at være et potentiale i forhold til de kronisk syge, men denne gruppe er mindre homogen og kan dermed være sværere at identificere, da de trækker på en bredere vifte af sundhedsydelse end de ældre medicinske patienter. Det bemærkes, at der vil være et vist sammenfald mellem de to nævnte patientgrupper.

Analyserne viser, at jo færre indlæggelser og jo større andelen af behandlinger på et lavere specialiseringsniveau, jo lavere vil kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering være. Dermed understøtter medfinansieringsmodellen kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

De samlede udgifter til kommunal aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering i 2007 kan pr. marts 2008 opgøres til godt 9,2 mia. kr. eller 1.684 kr. pr. indbygger. Kommunerne i Østdanmark har generelt højere udgifter end kommunerne i Vestdanmark. Niveaulet for den kommunale medfinansiering i Vestdanmark ligger således mellem 7,6 pct.enheder og 15,7 pct.enheder under niveaulet i Region Hovedstaden efter korrektion for køns- og alderssammensætning samt socioøkonomiske forhold.

En analyse af betydningen af socioøkonomiske forhold for niveaulet af kommunal medfinansiering foretaget for alle landets kommuner under ét viser en moderat sammenhæng mellem socioøkonomiske forhold og den kommunale medfinansiering. Denne analyse tager imidlertid ikke højde for, at der kan være strukturelle forskelle fra region til region, som kan "skygge" over det sociale indeks reelle forklaringskraft på landsplan. Det betyder, at effekten af det sociale indeks ikke er undersøgt inden for de enkelte regioner.

Undersøgelser viser, at andelen af uhensigtsmæssige indlæggelser svinger mellem 5–33 pct. Et beregningseksempel med Bispebjerg sygehus som eksempel viser, at der er et betydeligt potentiale for at frigøre sengekapacitet, hvis unødige indlæggelser undgås og hvis uhensigtsmæssigt lange indlæggelser (fx som følge af interne ventetider og færdigbehandlede patienter) undgås. Eksemplet viser, at ca. 9 pct. af sengedagene på de medicinske afdelinger kan frigøres, hvis antallet af uhensigtsmæssige og forlængede indlæggelser lå på et landgennemsnitligt niveau. Det indikerer, at der er et potentiale for at reducere belægningsprocenterne på sygehusene, herunder især på de medicinske afdelinger.

7.1.4 Det Ambulante Team

DAT tilbyder intensiv psykologisk behandling til personer med alkoholproblemer samt til pårørende og til personer, der er vokset op i en familie med alkoholproblemer. Behandlingen varetages af psykologer og tilrettelægges på baggrund af videnskabelige metoder og viden.

Til personer med alkoholproblemer består tilbuddet af et individuelt behandlingsforløb, der tilrettelægges efter den enkelte klients behov og vanskeligheder. Til personer, der er opvokset i en familie med alkoholproblemer og til pårørende, består behandlingen som hovedregel af et afgrænset, intensivt gruppeforløb.

Deltagerne er blevet spurgt til effekt og tilfredshed. Og i undersøgelsen blev de spurgt, om de vurderede at de havde opnået, hvad de havde forventet, og om de havde fået noget i behandlingen, som har haft en varig betydning for dem. Langt de fleste havde opnået det, de havde forventet: 93% af alkoholmisbrugerne og 89% af de pårørende.

7.1.5 Ambulant psykiatri og distriktskykiatri - Århus

De ambulante behandlingstilbud

Psykiatrien i Region Nordjylland omfatter følgende ambulante behandlingstilbud

Dagtilbud

- Psykoterapeutisk dagtilbud

Specialklinikker

- Affektiv klinik
- Psykoterapeutisk klinik
- Gerotopsykiatrisk team

Øvrige ambulatorier

- Center for Selvmordsforebyggelse
- Oligofreni
- Dobbeldiagnose-team
- Almen ambulatorium

Distriktskykiatri

- Distriktskykiatri Nord
- Distriktskykiatri Syd
- Distriktskykiatri Thy/Mors

Behandlingen i distriktskykiatrien har til formål at styrke patientens muligheder for at klare en tilværelse i eget miljø – med hjælp og støtte fra eget netværk.

Distriktskykiatrien i Region Nordjylland er organiseret i en række distriktskykiatriske teams.

I Afdeling Nord er der fire teams, der dækker hver deres geografiske område, og hvert team har decentrale lokaler, hvor behandlingen ofte vil foregå – relativ tæt på patientens bopæl.

I Afdelingen Syd er der tre teams, (hvoraf det ene er under planlægning). Disse teams er primært organiseret ud fra sygdomsområder – henholdsvis affektive lidelser (depression og mani-depressive sygdomme) og skizofreni.

Opsøgende teams

En del af distriktskykiatrien tilbyder intensiv ambulant behandling og støtte:

- Opsøgende psykoseteam
- Team for akut intensiv behandling af depression

7.1.6 Ambulante funktioner og teams – Geriatrisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

En stor del af Geriatrisk Afdelings behandling foregår ambulant. Det vil sige, at patienten ikke er indlagt, men i stedet modtager behandling og rehabilitering enten i eget hjem eller i vores ambulante afsnit.

I vores bestræbelse på at skabe korte, smidige og sammenhængende patientforløb, følger vi også patienter hjem – dels fra vores egne sengeafsnit og dels fra andre afdelinger. Patienter, der følges hjem, modtager ofte videre behandling og træning hjemme hos dem selv.

Via menuen til venstre kan du læse mere om vores ambulante og udadgående teams. Du er naturligvis også velkommen til at ringe til afdelingen, hvis du har spørgsmål.

7.1.7 Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani) (MTV-rapport)

Rapporten indeholder en gennemgang af sygdomsforløbet ved affektiv lidelse og af følgende tre centrale behandlingsmæssige områder vedrørende den ambulante behandling af patienter med svær affektiv lidelse:

1. forebyggende medicinsk behandling
2. forebyggende kombinationsbehandling med medicinsk behandling og psykologisk behandling/psykosocial behandling
3. behandler-patient-samarbejdet udtrykt ved, i hvor høj grad de internationalt anbefalede retningslinjer for behandlingen følges (adhærens)

Inden for hvert af disse områder fremlægges den tilgængelige viden, og på baggrund af denne opstilles behandlingsmæssige anbefalinger vedrørende depressiv og bipolar affektiv lidelse.

Hvis langtidsprognosen skal bedres for patienter med svær affektiv lidelse, må den forebyggende ambulante behandling bedres. Aktuelle rapport fokuserer derfor på den ambulante behandling af patienter med svær affektiv lidelse.

Den ambulante behandling af patienter med affektiv lidelse varetages i øjeblikket i Danmark af praktiserende læger, praktiserende psykiatere, i distriktspsykiatriske centre og endvidere af praktiserende psykologer.

7.1.8 Flere kræftpatienter behandles ambulantly - færre indlægges (SST, 2004)

Antallet af udskrivninger for al sygehusaktivt vedrørende kræft faldt med 2300 fra 2002 til 2003, svarende til en reduktion på 2 pct. I samme periode steg antal ambulante besøg 25.100, svarende til 4 pct. Det dækker over, at der i 2003 blev behandlet 4.100 flere personer. Således blev 75.800 personer opereret i 2003, hvilket udgør en stigning på knap 6 pct. i forhold til 2002.

I forbindelse med gennemførelsen af Kræftplanen producerer Sundhedsstyrelsen løbende statistik til dokumentation af udviklingen på kræftområdet. Formålet er at bidrage til evalueringen af handlingsplanens gennemførelse. Denne opgørelse er baseret på Landspatientregisteret og omhandler både ny diagnosticeret og tidligere diagnosticeret kræftsygdomme. Oplysninger for årene 1998–2002 er endelige og for 2003 foreløbige.

7.1.9 Strukturreformens økonomiske medfinansiering som incitament for oprettelse af kommunale rehabiliteringstilbud til borgere med KOL

Vivi Altenburg, Afdelingsleder, Herning Kommune, Master i Rehabilitering

Formålet med studiet er at vurdere den danske medfinansieringsstruktur i sundhedsvæsenet som incitament for kommunal oprettelse af rehabiliteringstilbud til borgere med KOL. Spiller økonomien en rolle, når kommuner tilrettelægger sundhedstilbud til borgere?

To kommuner i Region Syddanmark er blevet interviewet som forundersøgelse for elementer af betydning for kommunal adfærd. Derudover er der udsendt spørgeskemaer til alle 98 kommuner (76,5% besvarelse fra respondenter på toplederniveau i Sundhedsforvaltninger eller lignende). Dokumentarisk materiale fra de 98 sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner er analyseret for belyse, om redskabet afspejler den virkelighed, som kommunerne udtrykker.

Resultatet viser, at kommunerne ikke bruger den kommunale medfinansiering som afgørende incitament til oprettelse af kommunale tilbud. Sundhedsøkonomien er ikke i afgørende fokus set fra det kommunale perspektiv, og det lader til, at økonomisk kontrakteori og New Public Management ikke har afgørende betydning på det kommunale sundhedsområde. Flere kommuner oplyser dog, at de bruger den kommunale medfinansiering som incitament samtidig med, at det ikke er et realistisk incitament.

7.1.10 Sundhedsaftaler i Region Sjælland

Region Sjælland og de 17 kommuner har i fællesskab udarbejdet en pjece med et sammendrag af sundhedsaftalerne for områderne udskrivelse, indlæggelse og træning. Pjecen giver sundhedsmedarbejdere – hvad enten de er ansat på et sygehus, i kommunen eller praksissektoren – et overblik over arbejdsdelingen i patientforløb og praktisk information om, hvordan samarbejdet skal foregå. Der er pjecer på vej for områderne hjælpemidler, forebyggelse og sindslidende. Pjecen såvel som sundhedsaftalerne vil løbende blive revideret.

Region Sjælland og de 17 kommuner har i 2008 indgået politisk bindende sundhedsaftaler, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Der er indgået aftaler på de seks obligatoriske områder ifølge Sundhedsloven: Udskrivning, indlæggelse, træning, hjælpemidler, forebyggelse og sindslidende.

Formålet med sundhedsaftalerne er at sikre sammenhæng i patientforløbet mellem sygehus, almen praksis og kommune, så ingen patient "falder mellem to stole". Gode indlæggelses- og udskrivningsforløb afhænger af den gode dialog og en klar arbejdsdeling mellem praktiserende læge eller vagtlæge, sygehuset og kommunen gennem hele indlæggelses- og udskrivningsforløbet.

Denne pjece giver de sundhedspersoner, der i det daglige medvirker i patientforløb, et overblik over arbejdsdelingen mellem de tre parter sammen med praktisk information om, hvordan samarbejdet skal foregå.

Det er vigtigt at følge indholdet i sundhedsaftalerne for at sikre sammenhæng i behandlingsforløbet for den enkelte borger. Derfor vil der også løbende blive fulgt op på samarbejdet. Det vil blandt andet ske i etablerede samarbejdsfora mellem Regionens sygehuse, kommuner og repræsentanter for almen praksis i området.

Indholdet af denne pjece er et sammendrag af sundhedsaftalerne for områderne indlæggelse, udskrivning og træning.

Eksempel for procedure ved indlæggelse

Det skal egen læge:

- Hvis patienten indlægges via egen læge eller vagtlæge, skal oplysninger om alle relevante forhold skrives på indlæggesseddlen (herunder patientens navn og cpr-nr., kroniske sygdomme og medicin). Hvis det undtagelsesvist ikke er muligt, skal det telefonisk meddeles vagthavende læge på sygehuset.

Det skal sygehuset:

- Visitere patienten til relevant behandlingsafsnit hurtigst muligt.
- Hvis patienten skønnes kendt af kommunen, sendes straks eller indenfor 24 timer udfyldt samarbejdsblanket til kommunen med bl.a. patientens navn og cpr.nr.
- I de tilfælde, hvor patienten enten er kendt af kommunen eller forventes at have behov for kommunal hjælp efter udskrivningen, skal kommunen have besked om den forventede indlæggelsestid, og om hvornår patienten forventes færdigbehandlet. Dette udfyldes i samarbejdsblanketten til kommunen jf. vejledning.

- Patienten skal indenfor 24 timer vurderes af en speciallæge, have udarbejdet handlingsplan og tildeles en eller to kontaktpersoner på sygehuset.

Det skal kommunen:

- Hvis patienten er kendt, skal kommunen inden 24 timer efter indlæggelsen via samarbejdsblanketten give sygehuset oplysninger om funktionsniveau før indlæggelse, omfang af hjælp og støtte (sygepleje, hjælpemidler, madservice, boligforhold osv.), medicin, træning og pårørende. Kommunen er samtidig forpligtet til at definere, om det drejer sig om en stærkt plejkrævende patient.
- Opretholde hjælp til patienten det første døgn, så patienter, der udskrives med det samme, kan udskrives til uændret hjælp.

Sundhedspersoner i kommuner kan ved kontakt til de enkelt sygehuse få oplysninger om evt. patientskoler.