

# Hva har Samhandlingsreformen kostet kommunene så langt?

**Birgit Abelsen, Toril Ringholm, Per-Arne Emaus og Margeret Aanesen**

**Rapport 2012:9, Norut Alta.**

Denne undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra KS, og skal gi svar på følgende spørsmål:

- Hvilke tiltak har kommunene iverksatt lokalt i forbindelse med Samhandlingsreformen?
- Hvilke kostnader har kommunene pådratt seg i dette arbeidet?

## **Hvilke kostnader har kommunene hatt i 2010 og 2011?**

Vi har i resultatrapporteringen først lagt vekt på å få fram i hvilken grad kommunene har hatt kostnader på de ulike områdene vi har undersøkt, og størrelsen på disse samlet sett i vårt utvalg.

Studien viser at de 86 kommunene i undersøkelsen totalt sett hadde kostnader som de knytter til Samhandlingsreformen på 119,9 mill. kroner i 2010 og 186,1 mill. kroner i 2011. Mesteparten av kommunenes kostnader er oppgitt som bokførte kostnader. Dette er i hovedsak driftskostnader og i mindre grad investeringskostnader. I 2010 var 83 % av de totale kostnadene bokførte kostnader. Tilsvarende tall for 2011 var 79 %. Basert på de 86 kommunenes kostnadsrapportering, har vi estimert kostnader på landsbasis. Våre to alternative estimat varierer mellom 600 og 657 mill. kroner for 2010, og mellom 931 og 992 mill. kroner for 2011. Vi understreker at tallene rapportert både fra de 86 kommunene og de tallene vi på basis av disse har aggregert til landsbasis er beheftet med stor usikkerhet.

De største kostnadspostene i vår undersøkelse var i 2010 kostnader til 1) tilbud som erstatter innleggelse i sykehus, 2) forebyggende og helsefremmende tiltak, og 3) kompetanseheving. I 2011 var rangeringen av de mest kostnadskrevende aktivitetene 1) tilbud som erstatter innleggelse i sykehus, 2) utskrivningsklare pasienter, og 3) forebyggende og helsefremmende tiltak. Det er verd å merke seg at kostnadene til utskrivningsklare pasienter her ikke omfatter betaling for liggedøgn på sykehus, men kun kommunenes kostnader til egne tiltak for denne pasientgruppen.

## **Kostnader i 2012**

Når det gjelder 2012, har vi søkt å kartlegge noe av det kommende kostnadsbildet slik det avtegnet seg på vårparten, nesten halvveis ut i året. Det er opplagt stor usikkerhet beheftet også med disse kostnadene. Her er det ikke spurt om de samme kostnadene som i 2010 og 2011, så tallene for 2012 kan ikke direkte sammenliknes med 2010 og 2011. De kostnadene som vi har søkt å skaffe oversikt over, beløp seg til 88 mill. kroner i vårt 86 kommuner store utvalg. Aggregert til landsbasis har vi regnet oss fram til estimat på mellom 440 og 467 mill. kroner. I dette estimatet inngår ikke utgifter til tiltak som skal erstatte sykehustjenester og heller ikke eventuelle utgifter til etablering av frisklivsentraler.

De største kostnadspostene kartlagt i denne undersøkelsen i 2012 var 1) utskrivningsklare pasienter, 2) kompetanseheving, og 3) etablering av kommunale ø-hjelp plasser. Undersøkelsen har i hovedsak et retrospektivt perspektiv siden vi primært har hatt som formål å kartlegge kostnader påløpt i 2010 og 2011. Det har opplagt vært en utfordring for kommunene å rekonstruere hvilke kostnader de kan knytte til Samhandlingsreformen. Det er vanskelig, for ikke å si umulig, i ettertid fult ut å isolere forberedelser og tidlig implementering av Samhandlingsreformen fra annen drift. De kostnadene kommunene her har rapportert for 2010 og 2011, har de uansett dekket innenfor sitt ordinære budsjett uten ekstra overføringer. Det betyr at det har foregått et betydelig omstillingsarbeid og en økonomisk prioritering på dette feltet i landets kommuner de senere år. Når det gjelder kostnadene vi kartlagt for 2012, er dette i stor grad nye kostnader som kommer som en direkte følge av at Samhandlingsreformen ble innført i 1. januar 2012.

### **Varige kostnader og engangskostnader**

Av de kostnadene som er kartlagt er det noen typiske engangskostnader, mens noen er varige driftskostnader. Typiske engangskostnader er kostnader knyttet til de lovpålagte avtalene og kostnader ved å sette seg inn i og forberede rutiner for implementering av reformen. De varige driftskostnadene er typisk kostnader til alternativ til sykehustjenester, kompetanseheving og forebyggende- og helsefremmende tiltak. På basis av estimatene for 2011 og 2012, har vi beregnet en varig driftsutgift som følge av Samhandlingsreformen, på mellom 662 og 705 mill. kroner. Engangskostnaden ved Samhandlingsreformen er til sammen for 2011 og 2012 estimert å ligge mellom 709 og 754 mill. kroner. Kommunene kompenseres foreløpig kun for reformkostnadene til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Dersom kommunene på sikt skal komme ut i økonomisk balanse, må det være en nedgang i kommunenes utgifter til sykehustjenester som tilsvarer de årlige utgiftene til egne varige reformtiltak.

### **Motivasjon for nye tiltak og holdninger til Samhandlingsreformen**

Vi har også søkt å kartlegge kommunenes motivasjon for å utvikle nye tilbud. Gjør kommunene dette fordi de anser at tiltakene på sikt vil gi en helsemessig og økonomisk gevinst, eller setter de i verk tiltak fordi de regner med at de vil bli finansiert av andre budsjett enn kommunens? Vi har også lagt vekt på å få fram informasjon om kommunenes holdninger til Samhandlingsreformen og til folkehelsearbeid. Disse forholdene ble kartlagt i surveyen ved hjelp av påstander der respondentene kunne tilkjenne grad av uenighet/enighet, og søkt utdypet i de kvalitative intervjuene.

Våre funn tyder på at Samhandlingsreformen er en velkommen reform, i den forstand at den tilfører kommunene funksjoner som de ønsker å ivareta, og i noen tilfeller funksjoner de allerede er kommet langt i å utvikle. Det er ganske stor enighet om Samhandlingsreformen først og fremst handler om å gi folk et bedre helsetilbud. Det er riktignok er en god del oppmerksomhet på at reformen handler om pengeflytting - forstått som at den kommunale medfinansieringa handler om at helseforetakene sender penger til kommunen som kommunene i sin tur stort sett sender i retur. Men i hovedsak oppfattes den tjenesteutviklinga og kompetansehevinga som skjer i kommunene, som skritt i retning av bedre helsetjenester. Kommunene synes jevnt over å ha tro på at de kan gjøre gode vurderinger og at den nærheten kommunen som institusjon har til innbyggerne, bidrar til å se hvilke løsninger som er best for den enkelte. Kommunene synes først og fremst å

prioritere ut fra hva de mener er best for innbyggerne og i mindre grad ut fra hvor de regner med at det vil komme statlige refusjonsordninger. Disse prioriteringene synes i betydelig grad å være i tråd med Samhandlingsreformens mål.

Vi vil samtidig påpeke at profilen til prosjektporteføljen for HOD-finansierte Samhandlingsprosjekter indikerer at de statlige styringssignalene betyr mye. En stor andel av disse prosjektene dreier seg om etablering av lokalmedisinsk senter, noe få kommuner har i dag. Vi har også sett at en økende andel av prosjektene er rettet inn mot forebyggende tiltak. Folkehelse og forebygging er imidlertid helt klart noe det lenge har vært satset på, og vært ønske om å satse på i kommunene. Denne utviklingen kan, slik sett, ikke betraktes som at kommunene underlegger seg statlige styringssignaler. Her underbygger erfaringene fra intervjuene en konklusjon om at Samhandlingsreformen på flere områder setter mer fart i en utvikling eller i alle fall ønsker om en utvikling, som har eksistert i kommunene i en årrekke. I alle case-kommunene registrerte vi imidlertid skuffelse over at det så langt har fulgt lite midler med Samhandlingsreformen til å satse på folkehelse, selv om bedre folkehelse er et av hovedmålene med reformen.

### **Framtidige kostnader**

Vi vil avslutningsvis trekke fram noen funn fra undersøkelsen som vi anser som spesielt vesentlige med tanke på framtidige kostnader. Det første gjelder det forebyggende og helsefremmende arbeidet som kommunene helt klart prioriterer på en annen måte enn tidligere. Vi tror at det framover vil være viktig å få til en sterk kobling mellom forebyggende arbeid og FoU i kommunesektoren. Dette fordi kommunene foreløpig synes å være noe i villrede om hvilke gode tiltak som virker. Basert på funn i vår undersøkelse antar vi at tilnærmingen til forebyggende og helsefremmende arbeid vil bli instrumentell i den forstand at kommunenes tiltak vil rette seg mot forebygging av sykehusinnleggelses for spesifikke grupper, der en relativt raskt vil være i stand til å avlese effekter av innstasen. Uten ekstra overføringer til dette feltet, tror vi kommunene i mindre grad vil jobbe med generelle befolkningsrettede helsefremmende og forebyggende tiltak.

Vi har registrert signaler i noen kommuner om at helseforetakene synes å planlegge å trekke sin del av finansieringen til samhandlingstiltak som i dag er godt etablert. Dette betyr i så fall økte kostnader for kommunene. Det vil være et paradoks om helseforetakene finner at de ikke lenger er tjent med disse. Det er tidlig å konkludere om hva utfallet blir i disse sakene, men det vi har observert kan tolkes som tegn på at de økonomiske insentivene i ordningen kan ha utilsiktede virkninger. Dette bør helsemyndighetene ha spesielt fokus på framover.

Det siste aspektet vi vil trekke fram knytter seg til manglende elektronisk samhandling. Vår undersøkelse viser at rundt 40 prosent av kommunene enda ikke har et system for elektronisk samhandling. De har heller ikke orientert seg om hvilke kostnader det vil innebære å få dette på plass. Vi har også avdekket tegn på at kommunikasjonen om utskrivningsklare pasienter i liten grad foregår elektronisk. Det er ingen tvil om at Samhandlingsreformen ville blitt mer effektivt implementert dersom gode system for elektronisk kommunikasjon rundt pasientene var på plass. Vår undersøkelse avdekker at det må påregnes kostnader til å få på plass system for elektronisk pasientkommunikasjon i årene framover.

## **Datagrunnlaget**

Det er kommunene som er studieobjektet her, og vi har samlet inn data om og fra kommunene. For å belyse problemstillingene har vi valgt en todelt datainnsamling. Hoveddelen av datainnsamlingen er en kvantitativ spørreundersøkelse (survey) hvor 86 kommuner har deltatt. Spørreundersøkelsen ble sendt til rådmenn eller den rådmannen i den enkelte kommune mente var rette vedkommende til å svare på spørsmålene. Datainnsamlingen ble gjennomført elektronisk i perioden fra 7. mai til 22. juni i 2012. Den andre delen av datainnsamlingen er en kvalitativ studie i 8 utvalgte case-kommuner for å validere og utdype funnene i surveyen. Her ble det gjennomført intervju i kommunene i perioden fra 16. mai til 13. juni 2012.

Undersøkelsen har hovedfokus på kostnader påløpt i årene 2010 og 2011, men vi har også undersøkt noen kostnader i 2012. Kostnadene er knyttet til ulike administrative tiltak (spesielt det lovpålagte avtalesystemet, samt administrasjon rundt kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter), forebyggende og helsefremmende tiltak, samt tiltak som skal erstatte sykehustjenester. Det er også spurt spesifikt om kostnader til kompetanseheving. Kostnader knyttet til selve medfinansieringen av spesialisthelsetjenester som representerer den største enkeltkostnaden i Samhandlingsreformen, er ikke en del av denne undersøkelsen.

I surveyen har vi spurt om kommunens netto kostnader. Det vil si kostnader som kommunen ikke får refundert fra statlige myndigheter, helseforetak eller andre. I den grad kostnadene/ressursbruken finnes som regnskapsførte utgiftstall, ble kommunene bedt om å oppgi disse. Alternativt eller i tillegg, kunne ressursbruken oppgis som anslag på medgått arbeidstid. I vår kommunikasjon med kommunene gjorde vi det klart både muntlig og skriftlig at vi har forståelse for at det ikke vil være mulig for dem å gi oss eksakte tall, men at vi ba om deres beste skjønn.