



Medfinansiering – erfaringer fra Danmark

Presentasjon av KS' FoU, datert 22.oktober 2009

Basert på rapport utarbeidet for KS av Peter Emmerich Hansen, Jesper Luthman og Kari Sletnes fra Implement, og Finn Arthur Forstrøm og Even Korsvold fra Agenda.

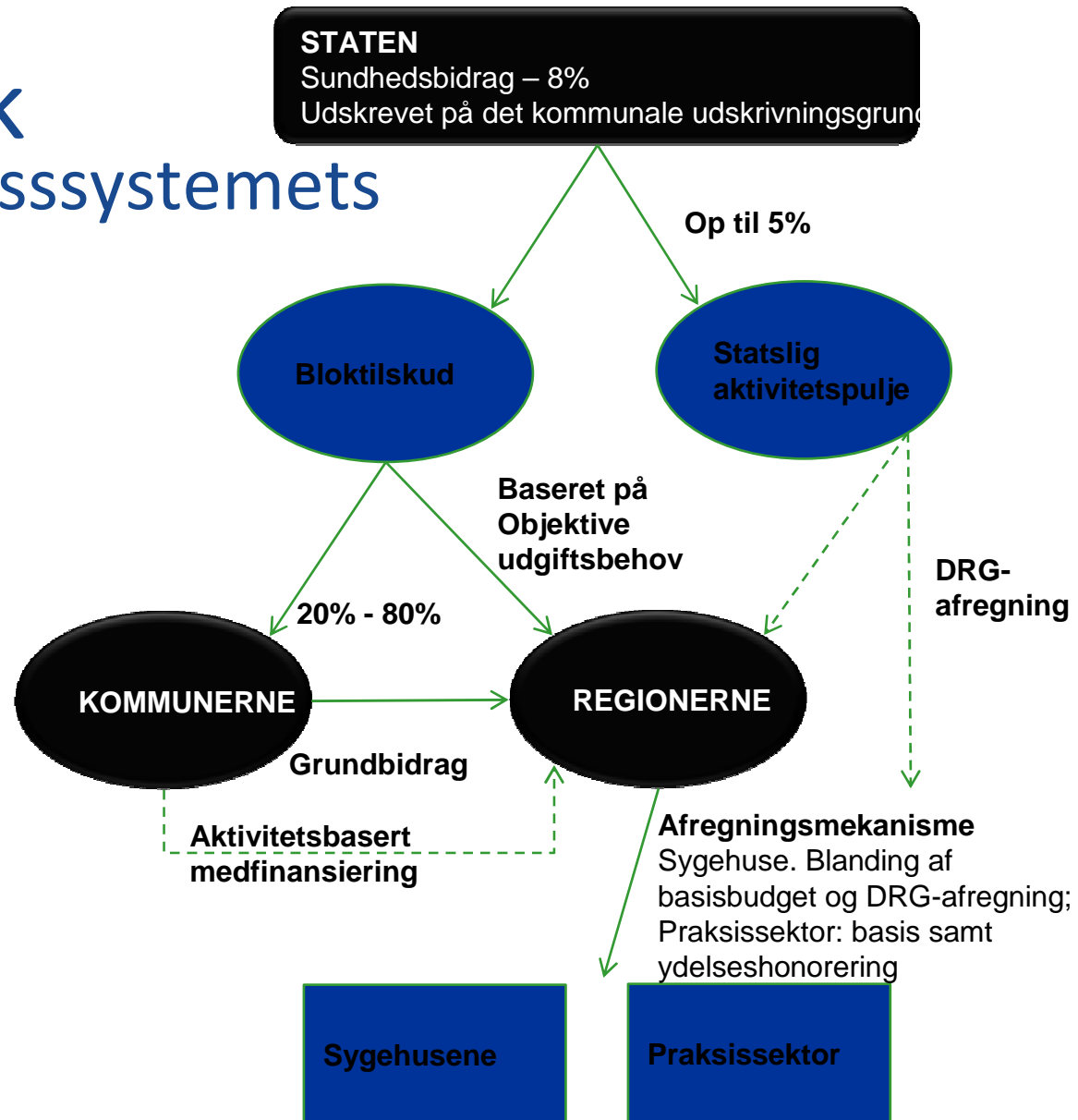
Presentert av Forstrøm på seminar for ledere i helsesektoren 11. februar

Felles utfordring - ulik tilnærming

- Norge ikke alene om å søke etter grep for å styrke innsatsen i primærhelsetjenesten på en måte som bidrar til å redusere behovet for spesialisthelsetjenester
- Gjennomgangen viser at Finland, Sverige, Skottland og Danmark har valgt ulik miks av tiltak for å få til dette.
- Gjennomgangen viser at ulike økonomiske insitamenter, som for eksempel kommunal medfinansiering, bare kan spille en medvirkende rolle, som ett av flere virkemidler.
 - Dette gjelder også for Danmark hvor det er etablert et system med kommunal medfinansiering

Danmark

Finansieringsssystemets oppbygging



Danmark

Satser for kommunal medfinansiering. 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

Danmark

Kommunal medfinansiering i mer detalj

- Det er større medfinansiering av prioriterte områder hvor det er ønskelig med stort fokus.
- Samtidig er det et tak på flere av medfinansieringstakstene
 - Dette har stor betydning for det endelige beløp som skal betales.
- Gjør medfinansieringen målrettet i forhold til behandling som medfører kort liggetid og ambulant virksomhet.
 - Tak sikrer at kommuner med mange langtidssyke ikke rammes alt for hardt
- Regionene kan i tillegg en takst for "ferdigbehandlede" pasienter fra første dag.

Erfaringer fra Danmark

- 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.
 - i hvert fall sannsynlig at den kommunale medfinansiering verken i omfang eller gjennomslag har hatt de effekter som man opprinnelig hadde håpet.
- Den danske 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.

Vurderinger av den foreslåtte medfinansieringsordningen på 20 % i Stortingsmelding nr. 47

- Eignet til å *premiere* kommuner som gjennom god innsats allerede har et tjenestetilbud, og som ved dette bidrar til reduksjon av behovet for spesialisthelsetjenester.
- Lite egnet som virkemiddel for *at kommunen skal bygge opp tilbud til erstatning for tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten.*
- Bidrar til *bedre samhandling* mellom ulike deler av helsetjenesten i de tilfellene der det er etablert fellesfinansiert samhandlingstiltak

Hvorfor lite egnet som virkemiddel for *at kommunen skal bygge opp tilbud til erstatning for tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten*

Et praktisk meget forenklet eksempel

- **Eksempelet**

- 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 millioner kroner

Hvorfor lite egnet som virkemiddel for *at kommunen skal bygge opp tilbud til erstatning for tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten*

Et praktisk meget forenklet eksempel del 2

- Valget for kommunen blir
 - Etablere den forsterkede korttidsenheten til en kostnad på 15 millioner kroner
 - Eller dekke 20 % av kostnadene til det alternative tilbudet ved sykehuset – dvs. 6 millioner kroner
- De to alternativene vil først bli økonomisk likestilte for kommunen med 20 % medfinansiering dersom
 - det kommunale tiltaket (den forsterkede korttidsenheten) koster 6 millioner kroner (dvs. 20 % av de 30 millionene det koster på sykehuset).
 - helseforetaket delfinansierer det kommunale tiltaket

Alternative finansieringsgrep

Basert på danske erfaringer

- Skal den kommunale medfinansiering bli et virkemiddel for å bygge opp alternativ (i kommunal regi) til tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten krever dette at:
 - det bør være godt dokumentert sammenheng mellom økt innsats innenfor primærhelsetjenesten og reduserte ytelser innenfor spesialisthelsetjenesten.
 - andelen kommunal medfinansiering må være høyere enn de forslåtte 20 % i Stortingsmelding 47 innenfor områder der en kan påvise dette
- Dette er i hovedsak i tråd med de vurderinger som nå gjøres i Danmark

Alternative finansieringsgrep

Mer helhetlig tilnærming nødvendig

- Kommunal medfinansiering og andre aktuelle virkemidler må vurderes mer helhetlig
 - Her er 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 å gradvis justere størrelsen på rammebevillingene mellom oppgavesystemene i forhold til hverandre.
- Finland demonstrerer at kommunal finansiering kan være et særdeles effektivt grunnlag for optimal drift av helsetjenester
 - Eksemplene på den samlede effektivitet ser ut til å oppnås først når sykehus- og primærhelseressurser samles under ”samme tak”. Et tiltak som neppe er aktuelt i Norge.

Kommunenes styringsmulighet

- Kommunestrukturen med mange små kommuner med liten økonomisk bæreevne for håndtering av utgiftsvariasjoner er en utfordring.
 - Danmark har håndtert dette gjennom kommunesammenslåing. Har i dag 98 kommuner med gjennomsnittlige innbyggertall på ca. 55.000.
 - Finland har håndtert dette ved å bruke lovvirkemiddelet til å dele landet inn i sykehusdistrikter, og etablert samkommuner. For tiden gjennomføres 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.
- Dersom en i Norge skal bruke interkommunale samarbeid for å imøtekomme kostnadsvariasjonene må det etableres forpliktende avtaler om hvordan kommunenes totale utgifter til medfinansiering skal fordeles på hver av kommunene etter forhåndsdefinerte kriterier
 - Bruk av samkommuner etter finsk mønster kan være en måte å organisere et slikt samarbeid på.

Hva nå?

- Forsøk kan være med på å skaffe mer informasjon om hva som er ”riktige grepene”.
 - Krav til evalueringsopplegg blir i så fall viktig for at forsøkene skal gi oss ny kunnskap.
- Vår erfaring er at det er svært vanskelig å trekke konklusjoner av forsøk innenfor dette område på bakgrunn av vurdering av før/ etter situasjonen – spesielt økonomisk
 - Forsøk må gå over tid
 - Det aktuelle tiltaket er bare et av flere forhold som er med på å påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester
- En bør derfor vurdere å stille krav om å gjennomføre flere av forsøkene som studier med randomisert design.