

Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene

Svar på tillegg nr. 44 til tildelingsbrev
2021

Rapport
[BESTILLINGSNR]



Innhold

Innhold	1
Sammendrag	3
Del 1 Sammenhengende tjenester	4
Del 2 Dagens finansieringssystemer for helse- og omsorgstjenestene	4
Del 3 Menyen av mulige betalingsordninger	4
Del 4 Finansieringsvirkemiddelet som del av helhetlig virkemiddelrammeverk	5
Del 5 Konsepter for bedre sammenheng i tjenestene	5
1 Sammenhengende tjenester	9
1.1 Innledning	9
1.2 Konsept for sammenhengende tjenester – felles verdier	11
1.3 Sammenhengende tjenester - begrepsavklaring	12
1.4 Brukererfaringer	15
1.5 Hvordan finansieringssystemer kan styrke sammenheng i tjenester	17
2 Dagens finansieringssystemer	19
2.1 Kommunale helse- og omsorgstjenester	19
2.2 Allmennlege- og fysioterapitjenester	21
2.3 Spesialisthelsetjenester	25
2.4 Prinsipielle skranker for innretning av finansieringssystemer	27
3 Betalings- og oppgjørsordninger	29
3.1 Omtale av ulike ordninger (typologi OECD 2017)	29
3.2 Styrker og svakheter ved ordninger	30
3.3 Betalingsordninger og insentiver til sammenheng i tjenestene	34
4 Finansieringsvirkemiddelet som del av et samlet virkemiddelapparat	36
4.1 Sammenhengende tjenester som virkemiddel	36
4.2 Personelldekning	37
4.3 Regulering	38
4.4 Normering	40
4.5 Organisering	41
4.6 Kultur- og virksomhetsstyring	43
4.7 Digitalisering	44
4.8 Godt samvirke av virkemidler	46
5 Konsepter for mulige innrettinger av finansieringssystemene	48

5.1	Innledning	48
5.2	Ulike brukergrupper og ulikheter i forløp	49
5.3	Alternative innretninger av finansieringssystemer der gjeldende betalingsordninger videreføres	52
5.4	Bruk av alternative, supplerende betalingsordninger	63
5.5	Konsekvenser av asynkronitet i dagens finansieringssystemer	74
5.6	Fremtidens digitale helsetjenester og betydning for finansieringssystemene	80

Sammendrag

Helsedirektoratet har i kraft av departementets instruks til direktoratet " et helhetlig ansvar for forvaltning og videreutvikling av finansieringssystemene i helsetjenesten." Som ledd i nevnte ansvar fikk direktoratet høsten 2021 i oppdrag å " skissere mulige konsepter for framtidig innretting av finansieringen av helse- og omsorgstjenesten for å understøtte bedre sammenheng og økt bærekraft." Direktoratet ble også bedt om at " Utredningen skal drøfte overordnet samspillet mellom finansieringsordningene og øvrige virkemidler."

Finansieringsordningene skal bidra til helse- og omsorgstjenester som

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

I tråd med oppdraget retter dette rapporten særlig oppmerksomhet rundt strekpunkt tre til fem, uten at de øvrige overordnede hensyn dermed er mindre viktige. Vi knytter målsettingen om "økt bærekraft" til det å utnytte ressursene på en god og bærekraftig måte. For mange vil finansiering handle om størrelsen på budsjetttrammer til tjenesten. Dette er i hovedsak et politisk spørsmål, og fokuset i dette rapporten rettes i stedet mot valg av mulige betalingsordninger og øvrige grep i forvaltningen av finansieringssystemene som kan styrke sammenheng i tjenestene og bedre bærekraft.

Gjennom rapporten søker vi å få fram betydningen av å arbeide ut fra et helhetlig konsept for virkemiddelbruk, for gjennom pasientsentrerte sammenhengende tjenester å understøtte de overordnede mål for helse- og omsorgstjenesten. Vi har sikker kunnskap om at målsetting bl.a. om sammenhengende tjenester og bedre ressursutnyttelse fordrer en helhetlig virkemiddelbruk og et felles verdsett. Vi legger derfor vekt på å plassere finansieringsvirkemidlet inn i en helhet som også avdekker virkemidlenes avhengighet av hverandre. Mulige roller og ansvar for helsefelleskap er omtalt der vi anser det relevant.

Rapporten skisserer mulige (nye og tidligere presenterte) grep i form av konsepter for valg om finansieringssystem og betalingsordninger, men er ikke utformet som en konseptvalgutredning der formålet er grunnlag for konkret beslutning om videre veivalg. Rapporten bør leses som et sett av kunnskapsbaserte ideer som kan danne grunnlag for nærmere utredning der også helhetlig virkemiddelbruk vies mer plass enn hva rammen for dette oppdraget tillater. De grep som er skissert angir ikke alternative valg, i den forstand at grepene også kan understøtte hverandre om de utvikles parallelt, men også dette krever videre utredning.

Del 1 Sammenhengende tjenester

Helhetlige tjenestetilbud med utgangspunkt i pasientens ståsted, og slik at pasientrollen styrkes, er en viktig målsetning. Selv om finansieringssystemene retter seg mot *tjenestene*, vil det underliggende formål være å styrke *brukeren*. Det er vesentlig å ha et klart bilde av hva som ligger i begrepet "*sammenhengende tjenester*" og hva som kan oppfattes som status. Sammenhengende tjenester har en *funksjonell dimensjon* gjennom innretting av virkemidler, og en *normativ dimensjon* i kraft av felles verdier og kultur.

I del 2 beskriver vi faktorer som er viktige for at pasienten/brukeren kan oppleve helhetlige, sammenhengende tjenestetilbud. Faktorene tar utgangspunkt i rapporten "*Samordnet vård*", som også har vært utgangspunkt for satsningen fra KS om "*Gode pasientforløp*".

I denne delen gjengir vi også resultater fra ulike pasientundersøkelser som gir indikasjoner på pasient og brukers opplevelse av koordinering og sammenheng i tjenester, samt hvilke erfaringer norske brukere/pasienter har rundt tiltak for å skape helhet og sammenheng i tjenestene, sammenlignet med erfaringer hos pasienter/brukere i andre land.

Del 2 Dagens finansieringssystemer for helse- og omsorgstjenestene

I del tre omtaler vi kort dagens tre finansieringssystemer. Dette gjelder:

- Allmennlege- og fysioterapitjenester, med et vesentlig innslag av "tredjepartsfinansiering" gjennom refusjoner fra Folketrygden.
- Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester
- Spesialisthelsetjenester

Allmennlege- og fysioterapitjenester er skilt fra øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester fordi finansieringen av disse tjenestene avviker vesentlig fra de øvrige tjenestene hva gjelder forholdet mellom basisfinansiering (populasjonsbasert finansiering) og aktivitetsbasert finansiering.

Del 3 Menyen av mulige betalingsordninger

Finansieringssystemene består av valgte betalingsordninger og forvaltningen av betalingsordningene både hos betaler (sentralforvaltningen) og mottaker (virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester).

I del 3 beskriver vi menyen av mulige betalingsordninger (typologi) for helse- og omsorgstjenester. Typologien er hentet fra OECD-rapporten "*Better Ways to Pay for Health Care*", som kom i 2017. Vi ser det som viktig å beskrive mulige betalingsordninger som kan understøtte formålet om bedre sammenhengende tjenester for pasient/bruker. Ordninger vi anser mindre aktuelle i denne sammenheng er per diem-betalinger (betaling per dag/døgn) og driftstilskudd øremerket, selv om slike ordninger også inngår i en helhetlig finansiering av helse- og omsorgstjenester.

Del 4 Finansieringsvirkemiddelet som del av helhetlig virkemiddelrammeverk

Vi mener kunnskap viser at målsettingen om helhetlige og sammenhengende tjenester, der ressursene utnyttes godt, må bygge på et konseptuelt rammeverk.

"*Rainbow model*" er et rammeverk som vektlegger både den funksjonelle dimensjonen (bruken av virkemidler for å skape sammenheng) og den normative dimensjonen (betydningen av felles verdier og kultur for samhandling). Videre understreker rammeverket verdien av bred involvering (på mikro- (individ), meso- og makronivå).

I del 5 belyser vi (i tråd med oppdraget) interaksjonen og avhengigheten mellom finansiering som virkemiddel og virkemidlene organisering, normering, regulering og digitalisering. WHO har gjennom sitt *globale rammeverk for pasientsentrerte integrerte tjenester 2016-2026* etablert et rammeverk som plasserer betalingsordningenes betydning for sammenheng, og samtidig avhengigheten av den helhetlige virkemiddelbruken.

Del 5 Konsepter for bedre sammenheng i tjenestene

Vi har i denne delen skissert ulike grep (konsepter) til endringer i finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene. Grepene som omtales er både endringer i systemer basert på eksisterende betalingsordninger og bruk (innføring) av nye supplerende betalingsordninger. Konseptene må forstås som ideer og forslag som uansett vil kreve ytterligere utredning før evt. implementering.

Helhetlige og sammenhengende analyser av ressursbehov i helse- og omsorgstjenestene

Rammeverkene for sammenhengende (integrerte) tjenester peker på behovet for sammenheng både på mikro, meso og makronivå. Sammenheng skapes ikke alene på virksomhetsnivå eller i møtet mellom bruker og utøver, men avhenger også av om systemene på overordnet nivå (myndighetsnivå) henger sammen. I dag gjøres analyser av ressursbehov partielt (i silo) for henholdsvis kommunale tjenester og tjenester helseforetak er ansvarlige for, da for utmåling av basisbevilgning og rammetilskudd.

I dette konseptet videreføres/styrkes bruk av basisbevilgning/rammetilskudd, men vi skisserer grep for å analysere og vurdere ressursbehov for tjenestene samlet, og ved bruk av alternative metoder og verktøy for å skape en mer helhetlig og sammenhengende vurdering av ressursbehov i kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Forpliktende spleiselag (Samhandlingsbudsjetter)

Flere rapporter viser at det er etablert en rekke samarbeidstiltak mellom kommuner og foretak i form av prosjekter basert på spleiselag; for noen også tilskudd fra tredjepart. Rapporter viser at samarbeidstiltakene er sårbare ved overgang fra prosjekt- til driftsfase, og flere er avviklet. Evalueringsrapporter viser at samarbeidsområder er basert på gode intensjoner, men at de formelle samarbeidsavtalene kan mangle nødvendige konkretiseringer for et målrettet og operativt samarbeid. Internasjonalt har vi nå noe erfaring med bruk av samhandlingsbudsjetter (internasjonalt "integrated funds eller "pooled budgets").

Konseptet innebærer å bygge videre på spleiselagsmodellen, og kan gi helsefelleskapene en rolle i å forestå samarbeidsavtaler som er mer forpliktende og kan inkludere felles budsjetter (pooling) for pasientrettede samarbeidstiltak. Under konseptet omtales vesentlige punkter ved forpliktende samarbeid og hvordan de kan håndteres, slik som:

- Formell organisering av samarbeidet
- Tjenestebeskrivelser med kompetansekrav
- Finansieringsansvar og økonomisk ansvar

Bundlet betaling for episode

I gjeldende betalingsordninger er betaling knyttet til "episode" sett med tjenestens perspektiv, dvs. tidsperiode pasient/bruker får helsehjelp for ett helseproblem hos én helseinstitusjon/utøver. Én samlet (bundlet) betaling for episode" innebærer å ta pasient/bruker sitt perspektiv, ved å knytte betalingen til helsehjelp fra flere institusjoner/utøvere for helseproblemet, både innenfor primær- og spesialisthelsetjeneste. Innenfor innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetjenester (ISF) er det i dag etablert grupper for kontakter som faller utenfor rammen av tradisjonelle innleggelses og polikliniske kontakter. Slike kontakter grupperes til eget grupperingssystem (STG; særtjenestegrupper). STG-ene kostnadsberegnes og vektet i hovedsak etter samme prinsipp som i DRG-systemet. STG-ene representerer en enkel form for "forløpsfinansiering" der finansieringsenheten er et tjenestetilbud som strekker seg over et tidsrom (måned, tertial eller år), og der det er variabelt hva slags type tjenesteinnhold som er forutsatt finansiert samlet i stedet for finansiering basert på enkelthendelser. Det er også utviklet noen tjenesteforløpsgrupper (TFG-er) som inkluderer flere episoder (DRG og/eller STG), men da begrenset til spesialisthelsetjenester.

Konseptet med én samlet (bundlet) betaling for episode innebærer å utvide tjenesteinnholdet betalingen omfatter i ovennevnte typer av forløp til også å omfatte helse- og omsorgstjenester kommuner er ansvarlig for. Å "bundle" betalingen for episoder med et slikt utvidet tjenesteinnhold kan gi et mer forpliktende samarbeid mellom nivåene, og gi pasient/bruker opplevelse av bedre sammenheng i tjenestene. "Bundlet" betaling for episoder kan være aktuelt både for mer kontinuerlige forløp (som i gjeldende STG) og for forløp med en mer naturlig tidsavgrensning basert på helsetilstand eller medisinsk hendelse. Det krever imidlertid god styringsinformasjon hvor de ulike tjenestene finner sted for å finansiere virksomhetene som utfører tjenestene for pasienten/bruker.

Risikodeling gjennom medfinansiering

Risikodeling innebærer å binde virksomheter (kommuner og helseforetak i hovedsak) økonomisk tettere sammen. Dette konseptet innebærer én mulig utforming av risikodeling ved å gi en av virksomhetene et delvis finansieringsansvar for den andre virksomhets aktiviteter og kostnader.

Grunnideen i konseptet er at den økonomiske bindingen gir virksomhetene et insentiv til å utnytte sine samlede ressurser bedre, til beste for pasient/bruker. De deler risikoen, i betydningen av mulig økonomisk gevinst eller tap for en av eller begge virksomheter. Vi har tatt utgangspunkt i *kommunal medfinansiering* som var i kraft 2012-2015 i Norge, og pekt på relevante forbedringstiltak i lys av evalueringen av samhandlingsreform.

Vi anser at helsefelleskapene bør gis en tydelig rolle som fasilitator og veileder når kommuner og helseforetak sammen skal ta grep for å realisere de mulige gevinster som ligger i konseptet.

Resultatbasert finansiering

Resultatbasert finansiering (RBF) er en oppgjørsordning hvor en andel av tjenesteytneres totale inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål med bruk av kvalitetsindikatorer. Den tidligere ordningen med kvalitetsbasert finansiering for spesialisthelsetjenesten er fra 2022 endret til en ordning med resultatbasert finansiering (RBF). Ordningen for 2022 er spisset og knyttet opp til målsettingen om bedre samhandling og økt digitalisering og omfatter 7 ulike indikatorer.

Resultatbasert finansiering, med de samme mål/formål, kan som en inkrementell ordning i prinsippet også knyttes opp mot kommuner. Felles mål for samhandling og tilsvarende økonomiske insentiver for resultater på samhandlingsfeltet, vil antakelig kunne styrke samarbeidet og samhandlingen. En slik mulighet skisseres i dette avsnittet.

Hvordan kan systemene gjøres mindre asynkrone

Stortingsmelding om Nasjonal Helse- og sykehusplan (2020-23), og også tidligere utredninger fra direktoratet har pekt på ulikhetene i finansieringssystemene som utfordring for utvikling av helhetlige og sammenhengende tjenester. I dette avsnittet belyser vi nærmere på hvilke måter systemene er ulike (perspektiver), og hvilke utfordringer som er knyttet til å utligne disse.

Nivåperspektivet: Etablere et likere eierskap til økonomiske fordelingsmekanismer mellom tjenestenivåene (gi nivåene likere mulighet til å fordele ressurser nedover til aktørene innen egen portefølje)

Aktørperspektivet: Likere forholdstall mellom aktivitet og ramme for den enkelte aktør (eks: 40 % ramme og 60 % aktivitet i primær = 40 % ramme og 60 % aktivitet i spesialist)

Systemperspektivet: Gjøre finansieringsordninger fra spesialisthelsetjenesten tilgjengelig i primærhelsetjenesten og omvendt (eks: ISF for omsorgstjenester, takst for sykehuspersonell, etc)

Betydning av økt digitalisering og framvekst av virtuelle tjenester

Den teknologiske utviklingen både vil og må påvirke måten vi behandler og følger opp pasienter og brukere på i helsetjenesten. En stor økning i antall eldre og en mangel på helsepersonell tilsier at helsetjenesten må ta i bruk bærekraftige løsninger, og løsninger som vil kreve mindre bruk av spesialisert helsepersonell for en del av tjenestene. En slik utvikling er viktig både for å heve kvaliteten i helsetjenesten og for på sikt å kunne redusere behandlingskostnadene. En økt digitalisering av tjenester kan også bety muligheter for økt deltagelse og medbestemmelse knyttet til egen helse sett fra pasienten.

En virtuell helsetjeneste vil ikke nødvendigvis føre til behov for nye eller egne konsept for finansiering. Imidlertid må det være økt fokus på andre kostnader enn de som kan henføres direkte til den enkelte pasientbehandling. Dette kan være nasjonale kostnader knyttet til for eksempel utbygging av nødvendig infrastruktur, eller mer lokale investeringskostnader knyttet til systemer for deling av data eller innkjøp av digitalt utstyr til pasienten som kan brukes på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten.

1 Sammenhengende tjenester

1.1 Innledning

Departementet tegner i oppdragsdokumentet ut følgende målbilde for sammenhengende tjenester:

"Bedre (god) sammenheng og økt bærekraft i helse- og omsorgstjenestene kjennetegnes ved:

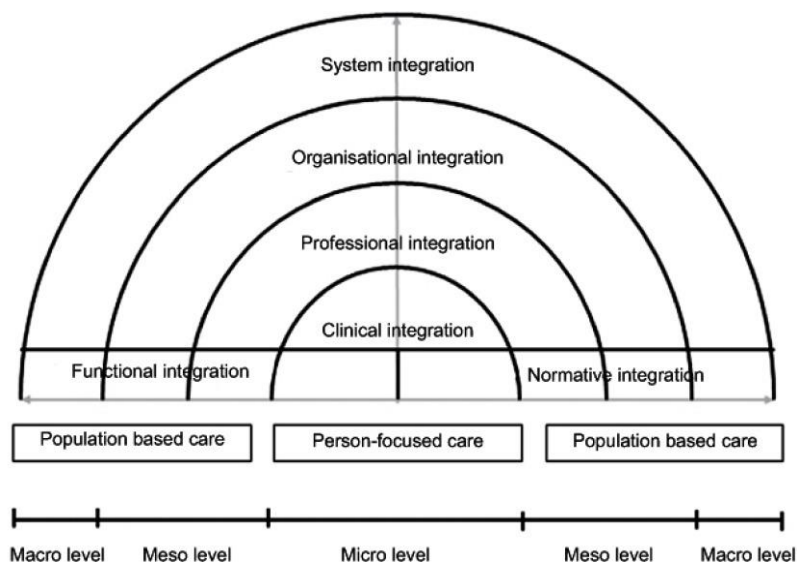
- *Pasient og bruker opplever at tjenestene er godt planlagt og koordinert.*
- *Pasientens behov fanges i større grad opp tidlig, blant annet ved bruk av digitale løsninger, slik at unødvendig kontakt med helse- og omsorgstjenesten kan forebygges og reduseres.*
- *Kommuner og helseforetak i fellesskap planlegger og utvikler tjenestene, sammen med brukere.*
 - *(Bærekraft) i helse- og omsorgstjenesten handler bl.a. om at behovet for personell ikke kan overstige det som realistisk kan skaffes til veie. En bedre sammenheng er en sentral forutsetning for å lykkes med dette"*

Om tjenestene faktisk er sammenhengende, og pasienter opplever dem som sammenhengende vil avhenge en lang rekke faktorer. Med "Rainbow" modellen har Valentijn¹ satt opp et konseptuelt rammeverk for pasientsentrerte sammenhengende tjenester (integrated care), der de ulike faktorer inngår. Rammeverket er framstilt i figur 1.1. Hvorvidt man faktisk klarer å oppnå sammenhengende tjenester har en normativ dimensjon (dvs. om der er felles verdier for alle involverte) og en funksjonell dimensjon (dvs. hvordan virkemidlene er innrettet med tanke på sammenheng). Videre må verdier deles på alle nivåer (dvs. både på helseutøver, virksomhets- og myndighetsnivå) og de virkemidler myndigheter nytter må ha gjennomslag ned til møtet mellom helseutøver og pasient. Den funksjonelle og

¹ Valentijn et al: Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework (IJIC 2013)

den verdibaserte dimensjonen vil ha en gjensidig avhengighet. Uten en felles verdi som "likeverdighet", vil et ellers fungerende virkemiddelsett ikke få den ønskede effekt. Likeens vil svak innretning av virkemidler kunne hindre måloppnåelse, også når helseutøvere på tvers av tjenester og tjenestenivåer har internalisert felles verdier. Når vi i del 1.4 belyser noen

Figur 1.1 Conceptual framework for integrated care



resultater fra bruker- og pasientundersøkelser, kan resultatene både ha sin årsak i hvorvidt verdsett er internalisert i tjenestene, og i innretning av virkemidler.

I del 1.2 har vi kort omtalt verdier (den normative dimensjonen), men vi har for øvrig i rapporten konsentrert oss om den funksjonelle dimensjonen og innretning av virkemidler.

Førende dokumenter

God samhandling og sammenheng i tjenestene har vært et overordnet mål for helse- og omsorgstjenestene gjennom flere tiår. Samhandlingsutfordringen i sin fulle bredde ble første gang utredet av et offentlig utvalg nedsatt i 2003². Utvalget beskrev mange av de samme utfordringer som dagens, pekte på behovet for bedre incentiver i de økonomiske rammebetingelser (betalingsordninger), men konkretiserte i liten grad hvordan dette skulle skje. I den første meldingen om samhandlingsreform³ pekes det igjen på manglende samordning, særlig for skrøpelige eldre, de med kroniske lidelser, psykisk lidelse og rus. Meldingen trekker fram innleggelses- og utskrivningsprosessen som særlige utfordringsområder. På finansieringssiden ble to nye betalingsmåter introdusert i 2012, kommunal betalingsplikt og kommunal medfinansiering, begge former av risikodeling⁴ mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023⁵ vies igjen samhandlingsutfordringene vesentlig plass og det er satt opp mål om at finansieringen skal understøtte helhetlige (sammenhengende) pasientforløp, og forløp på

² (NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste)

³ St.meld. nr. 47 (2008-2009)

⁴ Kommunal betalingsplikt og kommunal medfinansiering

⁵ Meld. St. 7 (2019-2020)

tvers av forvaltningsnivåer. I dette arbeidet er det pekt på justeringer i gjeldende finansieringsordninger som ISF og kvalitetsbasert finansiering (KBF) for å i større grad støtte opp under samhandling og digitalisering. Som følge av føringer i NHSP er KBF erstatter med resultatbasert finansiering (RBF) for å støtte opp under disse føringene.

1.2 Konsept for sammenhengende tjenester – felles verdier

Helseutgifter per innbygger i Norge er høyest i Europa⁶, det samme gjelder andel sysselsatt i helse- og omsorgssektoren. Gjennomsnittslengden på sykehusopphold er blant de laveste i Europa, med 6,4 dager i 2019; samtidig har utgjør pleie- og omsorgsdelen av helseutgiftene den høyeste i Europa (30 %). Med en i utgangspunktet oppstykket tjenestestruktur er det nødvendig med et helhetlig konsept på tvers av nivåene i sektoren (se del 4) for at pasient/brukere skal oppleve sammenheng i tjenestene. Her er to dimensjoner viktige:

- Funksjonell dimensjon – innretning av virkemidler for/i sektor
- Normativ dimensjon – felles verdier på tvers av nivåer i sektor

Vi ser i dette rapporten særlig på den funksjonelle dimensjonen; innretning av finansieringsvirkemidlet og dette virkemidlet sett opp mot øvrige virkemidler. Samtidig er felles verdier i tjenestene avgjørende for å lykkes med målsettingen.

Felles verdier

Sammenhengende tjenester fordrer en innsats på alle nivåer; helseutøvere med direkte pasient/brukerkontakt, klinikkledere, ledelse av organisasjoner og det vi i dette rapporten omtaler som "betaler" (departement/sentralforvaltning). Arbeidet på alle nivå bør bygge på et felles verdisett. Kunnskapsfeltet vektlegger betydningen av felles verdier. I kunnskapsmiljøet vies økt oppmerksomhet til at arbeidet på alle fire nivåer må bygge på felles verdisett. I en systematisk litteraturstudie om sammenhengende tjenester var følgende verdier hyppigst forekommende: 'collaborative', 'co-ordinated', 'transparent', 'empowering', 'comprehensive', 'co-produced' and 'shared responsibility and accountability'.⁷

Verdiene vektlegges noe ulikt avhengig av om konteksten er den direkte pasientkontakt eller tilrettelegging for sammenhengende tjenester (myndighet) ⁸. Selv om de ulike verdiene vektles noe ulikt avhengig av om man arbeider nært pasient/bruker eller i sentralforvaltningen, må de like fullt være felleseie for partene. Helt sentralt står pasientsentrerte tjenester basert på pasient/brukers behov.

Innretning av finansieringssystemer som skal understøtte samhandling må bygge på de felles verdier for samhandling og sammenhengende tjenester, og i valg av

⁶ Landshelseprofil 2021 OECD/European Observatory

⁷ Values of Integrated Care: A Systematic Review

⁸ Towards a values framework for integrated health services: an international Delphi study

betalingsordninger må en rette blikket mot ordninger som legger til rette for handlinger (enkeltvis og i et systematisk forløp) som er kompatible med de felles verdiene. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-23) (NHSP) kommer behovet for felles verdier bla til uttrykk slik:

"Det er etablert god samhandlingskultur, felles forståelse av hva helseforetak og kommuner skal samhandle om og hvordan de skal gjøre det. Helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere i helsefellesskap. Sammen med brukere og fastleger utvikler og planlegger de tjenester til sårbare pasientgrupper med behov for tjenester fra begge nivå"

1.3 Sammenhengende tjenester - begrepsavklaring

I NHSP er "sammenhengende tjenester" søkt beskrevet. Sentralt står pasientens *opplevelse* av sammenheng, og å være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Sentrale målsettinger for å oppnå dette er god samhandlingskultur, felles forståelse for rolle- og ansvarsdeling, god og involverende planlegging, felles tilgang til pasientdata og styringsinformasjon (IKT) og gode rutiner for overganger innad i kommune, sykehus og helseforetak.

Brukerens perspektiv

I utredningen "Samordnet vård"⁹ er det gjort en analyse av samhandlingsutfordringer i en fragmentert helse- og omsorgstjeneste. Analysen tar utgangspunkt i pasienten/brukerens behov, som er sammenfattet i boksene i figur 1.2

I prosjektet "gode pasientforløp"¹⁰ er det også arbeidet ut kjennetegn på gode (helhetlige) pasientforløp med brukerens perspektiv, men henvendt til utøversiden, som i stor grad sammenfaller med utredningen fra vårdanalys:

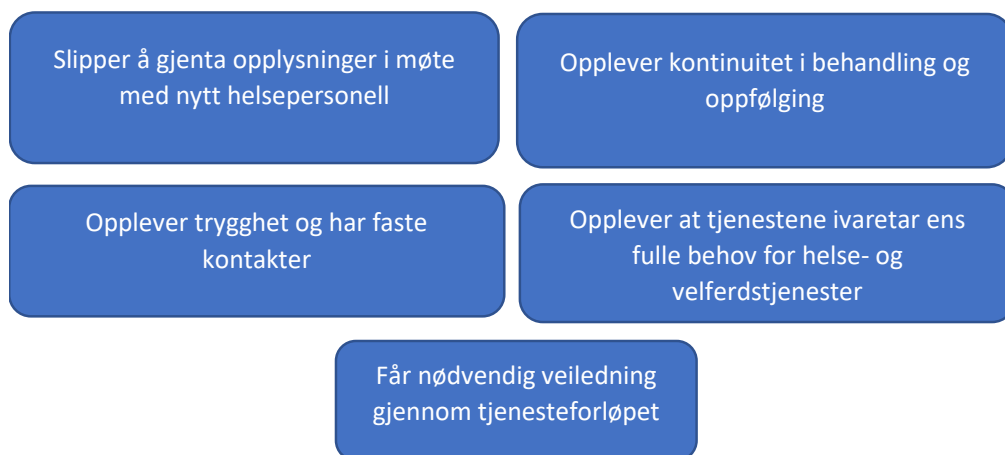
- Kontinuitet – tjenestene henger sammen gjennom god samhandling – tjenestene virker sammen/er koordinerte.
- Samarbeid – to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende og samtidig ansvar over tid.
- Sømløshet – smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid.
- Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak.

⁹ PM-2016-1 Vårdanalys

¹⁰ <https://www.ks.no/pasientforlop>

- Informasjonsdrevet - fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov.

Figur 1.2 *Pasientens perspektiv på sammenhengende tjenester*



I utredningen "samordnet vård" er det også satt opp de viktigste forventningene til tjenesten samlet for å kunne innfri pasienten og brukerens behov. Dette er kjennetegn (figur 1.3) både ved den enkelte tjenesteenhet og kjennetegn som preger alle involverte i tjenestene. Den enkelte tjenesteenhet kan selv gjøre en innsats for å innfri forventningene, men er avhengig av rammebetingelsene satt av virksomheten (helseforetaket, kommunen) og av "betaler" (sentrale myndigheter).

Klinikken/tjenesteenhetens perspektiv

- Se til at verdier som kjennetegner sammenhengende tjenester (integrated care) preger arbeidsplassens arbeidsmåte hos ansatte
- Etterleve de rutiner og prosedyrer som er fastsatt for å sikre pasienten tjenester han/hun oppfatter som sammenhengende

Virksomhetens perspektiv

- Forankre verdier som kjennetegner sammenhengende tjenester (integrated care) i organisasjonen
- Sørge for nødvendige prosedyrer og rutiner i organisasjonen hva gjelder sammenhengende tjenester og helhetlige forløp for pasienter/brukere
- Sørge for implementering av rutiner og prosedyrer
- Gi klinikker og tjenesteenheter rammebetingelser som muliggjør etterlevelse av fastsatte rutiner og prosedyrer

Figur 1.3 Samhandlingsforventninger til tjenestene



Organisasjonene må i fellesskap sørge for systemer som sikrer informasjonsdeling og faglig samarbeid rundt pasienten, på tvers av forvaltningsnivåer. Videre må organisasjonene være omforent om gode metoder for forløp som går på tvers av forvaltningsnivåene og sikrer gode overganger mellom virksomheter. Organisasjonene vil være avhengig av gode rammebetingelser fra "betaler" for å sikre dette.

"Betalers perspektiv"

- Sørge for rammebetingelser (juridiske, organisatoriske, finansielle, teknologiske) som støtter opp under mål og verdier for sammenhengende tjenester

I hvilken grad eksisterer en felles oppfatning om behov og tjenesteforløp? Det foreligger ingen samlet kunnskapsoppsummeringer om status, men det foreligger enkeltstående rapporter og studier som kan si noe om status.

I evaluering av opptrappingsplan for rehabilitering¹¹ ble det avdekket flere systematiske svakheter som funn:

- ✓ manglende avklaring av ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten,
- ✓ svikt i koordinering av tjenester

Pasienten har behov for kontinuitet, at helsepersonell ivaretar samlede behov og å kjenne "neste steg" (veiledning gjennom pasientforløpet). Dette fordrer felles forståelse av behov og felles oppfatning blant helsepersonell om videre behandling og oppfølging. I en undersøkelse blant helsepersonell i kommuner og sykehus (leger og sykepleiere) om utskrivningsklare

¹¹ Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) - KPMG

pasienter¹² går det fram at " Kommuner og sykehus er uenige om terskel for utskrivning og utskrivningstidspunkt". Fra kommunesiden påpekes at konsekvensen av uenighet er at sykehusene skaper forventninger hos utskrivningsklare pasienter om bestemte tjenestetilbud, som ikke alltid kan innfris. Og å utøve forventningspress mht. behandling av pasienter, herunder å utføre avanserte prosedyrer, samt ta ansvar for svært krevende pasientgrupper, som i mange tilfeller ikke kan innfris.

1.4 Brukererfaringer

Commonwealth Fund (en av flere internasjonale aktører som rangerer helse- og omsorgstjenester i flere land) kåret i 2021 Norge som landet med det beste helsesystemet¹³. På en av måleparameterne skåret Norge klart svakere enn på øvrige parametere. Dette gjaldt samhandling i tjenestene, som ble vurdert svakere i Norge enn mange sammenlignbare land.

Som en del av " The Commonwealth Fund's International Health Policy Survey (IHP)" (årlig undersøkelse) er det for 2021 gjennomført en spørreundersøkelse blant aldersgruppen 65 + om erfaringer med helse- og omsorgstjenestene. Resultatene fra Norge er sammenlignet med resultater fra 10 land, blant annet Sverige og Nederland. I figur 1.4 er resultatene fra noen av spørsmålene i undersøkelsen presentert. Resultatene avdekker forbedringspunkter på flere forhold pasient og brukere ser som vesentlige for en sammenhengende tjeneste, og på kjennetegn ved helhetlige pasientforløp. Respondentene ble bedt gi tilbakemeldinger på følgende forhold:

- Tilgang til helse- og omsorgstjenester
- Kontinuitet og faste kontakter i tjenestene
- Spesialisthelsetjenester
- Helse- og omsorgstjenester i hjemmet
- Tjenester til personer med kroniske lidelser

Funnene er interessante fordi de belyser aktiviteter som er viktige for at pasient/bruker bla. skal oppleve kontinuitet og å være informert/involvert, jf. faktorene som er vesentlige for at bruker/pasient skal oppleve tjenestene som sammenhengende. En kan selvsagt spørre seg om bla muntlig informasjon kan erstatte skriftlig, men i to undersøkelser^{14 15} kom det fram at mer enn halvparten av pasientene ikke hadde fått med seg symptomer de måtte overvåke ved utskrivning fra sykehus og kommunal akutt døgnet. Funnene indikerer flere forbedringspunkter i Norge, bla på de parametere som er illustrert i figur 1.4.

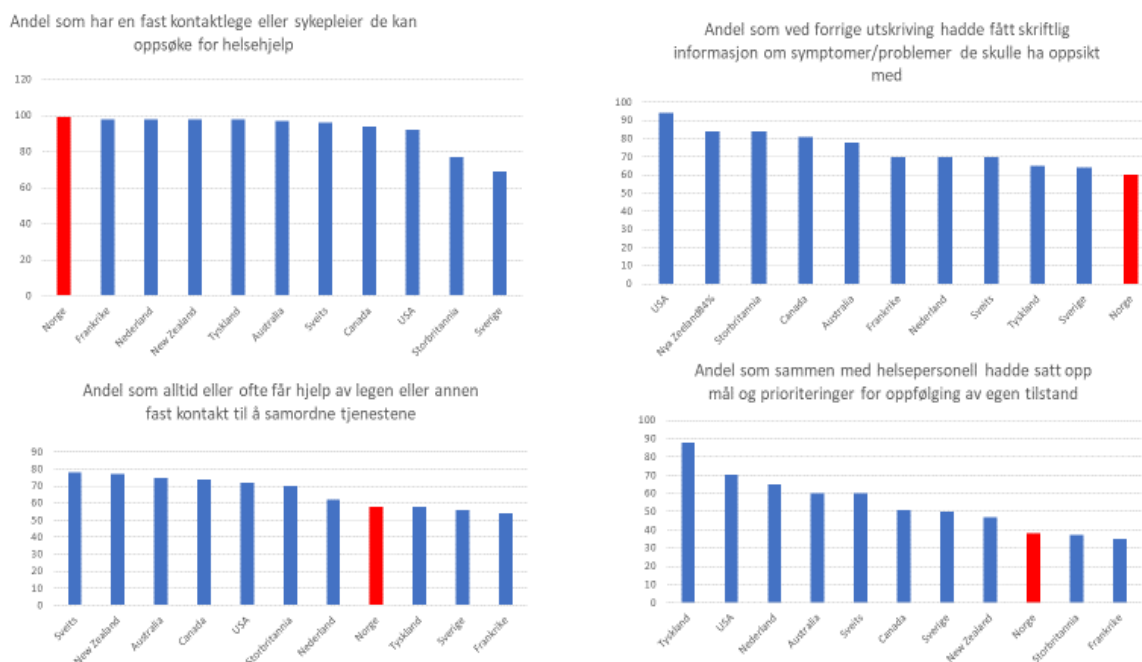
¹² SYKEHUS OG KOMMUNERS ARBEID MED UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER (Møreforskning 2020)

¹³ [Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly | Commonwealth Fund](#)

¹⁴ Leonardsen, et al Evaluating patient experiences in decentralised acute care using the Picker Patient Experience

¹⁵ Leonardsen, A. & Jelsness-Jørgensen, L. (2017). Patient experiences and predictors in an acute geriatric ward: A cross-sectional study.

Figur 1.4 Erfaringer med helsetjenester blant brukere/pasienter over 65 år¹⁶

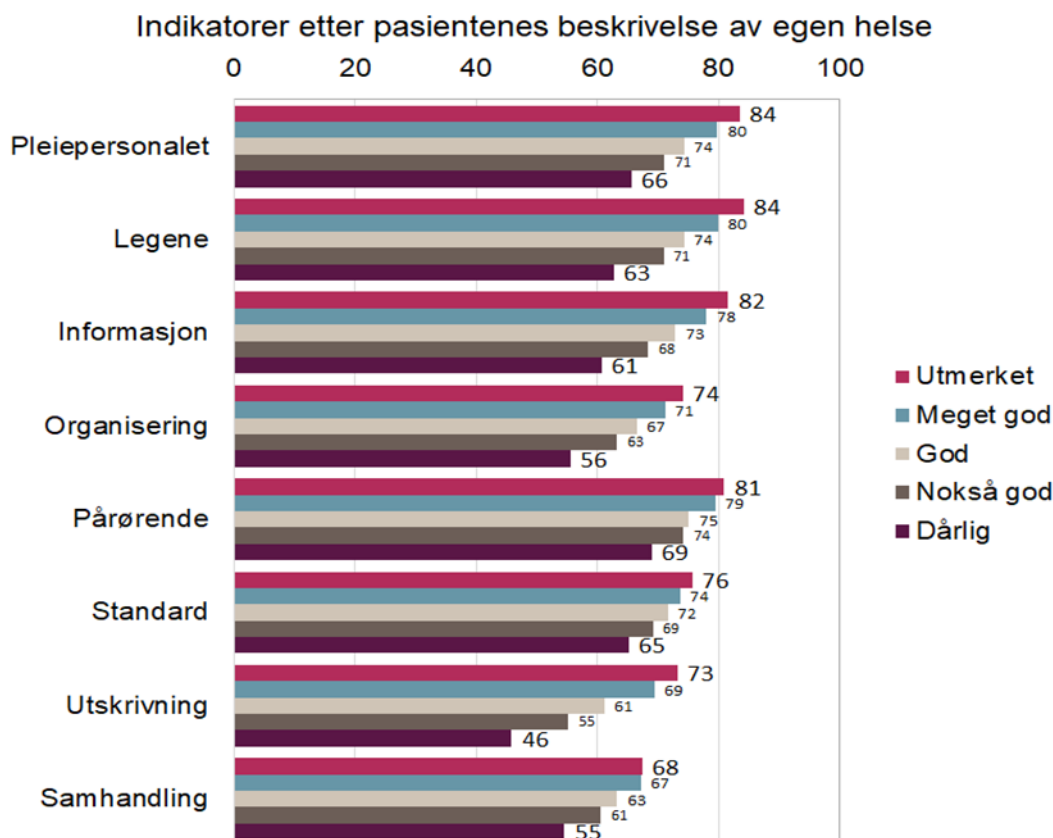


Det er vesentlig med en "samordnet behandlingsplan". Dette er et mer presist begrep enn "samhandling" siden fagfolkene arbeider på hver sin side av "gjerdet", med klart definerte arbeidsoppgaver og tilhørende personell. En kritisk faktor for å lykkes er at det er enighet om planen i begge forvaltningsnivåer (kan innebære krav om formell signering). Utfordringen er å få de to systemene til å passe sammen. Målsettingen er at det skapes synergier og ikke gråsoner-konflikter som vanskeliggjør bærekraftig drift langs en definert behandlingsskjede med to forvaltningsnivåer

Folkehelseinstituttet gjennomfører jevnlig undersøkelser om pasienters erfaringer med sykehus. Pasienters erfaringer med norske sykehus viser i stor grad tilfredshet. De fleste har positive erfaringer med møte med det enkelte helsepersonell. De områdene pasientene gjennomgående har dårligere erfaringer med er organisering av tjenestene, samhandling, og utskrivingsprosess. Sykehusene får her dårligere skår dess eldre pasientene er og dess svakere helsetilstand pasientene har. De pasienter som i utgangspunktet har de største behovene for godt organiserte tjenester og god samhandling mellom aktørene og gode overganger i sitt forløp, er de som er minst fornøyde.

¹⁶ International Health Policy Survey (IHP) 2021

Figur 1.5 Pasienters erfaringer med sykehusopphold¹⁷



1.5 Hvordan finansieringssystemer kan styrke sammenheng i tjenester

Som innbyggere vil vi gjennom et langt livsløp ha mange og ulike kontakter med helse- og omsorgstjenester

- Enkeltstående kontakter ved moderate eller mindre alvorlige akutte sykdommer
- Tidsavgrensede forløp av kontakter ved alvorlige og moderate til alvorlige akutte hendelser
- Planlagte forløp av kontakter ved oppfølging av kroniske lidelser
- Forløp som inkluderer både planlagte og øyeblikkelig hjelp- kontakter knyttet både til kroniske sykdommer, akutt helsehjelp og vedvarende omsorgsbehov (multimorbiditet)

Kunnskap viser at pasient/brukere ønsker seg kontinuitet i behandling og oppfølging av egen sykdom, at de ønsker i størst mulig grad å ha kunnskap om forløpet i behandlingen og

¹⁷ Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019 (FHI).

oppfølging av egen sykdom, og at de selv eller gjennom pårørende ønsker å medvirke i dette. Når pasientens helsesituasjon fordrer kontakt med flere helsetjenester og/eller med grupper av helsepersonell ved det enkelte tjenestested, vil det kreve et samarbeid mellom tjenestesteder og grupper av helsepersonell for at pasientens/brukerens ønske/behov kan innfris.

Pasientundersøkelser, blant annet slike som er vist til i kapitlet, indikerer at pasient/bruker i for liten grad opplever kontinuitet og sammenheng i tjenestene, og det å medvirke/være part i behandling og oppfølging av egen sykdom. Dette tilsier sterkere insentiver til samarbeid/samhandling, endog insentiver til forpliktende samarbeid mellom tjenestesteder.

Hvordan insentivene i gjeldende finansieringssystemer vil påvirkes skisseres i de ulike konsepter for framtidig innretning som er framstilt i del 5.

2 Dagens finansieringssystemer

2.1 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunenes oppgaver er negativt avgrenset gjennom lovgivningen, dvs. at de kan tilby alle oppgaver/tjenester som eksplisitt ikke er lagt til andre forvaltningsorganer.

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) er kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester definert slik:

"Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne."

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune (§ 3-1).

For å oppfylle dette ansvaret for helse- og omsorgstjenester skal kommunen blant annet tilby følgende:

- Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
- Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
- Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - helsetjenester i hjemmet
 - personlig assistanse
 - plass i institusjon, herunder sykehjem og avlastningstiltak (§ 3-2)

For å sette kommunene i stand til å løse sine lovpålagte oppgaver yter staten årlig rammetilskudd til delvis dekning av utgiftene knyttet til disse oppgavene.

Kommunenes inntekter kommer fra skatteinntekter, overføringer (tilskudd) fra staten og brukerbetalinger og gebyrer fra innbyggerne. Hoveddelen av inntektene, om lag 70 prosent, kommer fra skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten. Disse omtales ofte som kommunenes frie inntekter/midler, noe som betyr at de kan benyttes uten andre føringer fra staten enn gjeldende lover og regler.

Kommunenes helse- og omsorgstjenester finansieres i tillegg via øremerkede tilskuddsordninger, der den største og dominerende ordningen er toppfinansieringsordningen for særlig ressurskrevende mottakere av helse- og omsorgstjenester. Toppfinansieringsordningen kan betraktes som en aktivitetsbasert finansiering, men da refusjonsbasert. Øvrige inntekter er brukerbetalinger, der egenandel knyttet til opphold i institusjon er den største inntektskilden. Tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende enkeltmottakere av helse- og omsorgstjenester er et supplement til kommunenes frie inntekter og skal sikre at alle kommuner har mulighet til å gi et godt tjenestetilbud til disse mottakerne.

Kommunene har også det overordnede ansvaret for allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen. Kommunene mottar årlig tilskudd som skal dekke avtalt basisramme/per capita tilskuddet til fastlegene, jf omtale i punkt 2.2.

Øvrige allmennlegetjenester finansieres av kommunens øvrige frie midler.

De frie midlene fordeles til kommunene gjennom inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner har som formål å gi kommuner og fylkeskommuner mulighet til å tilby likeverdige tjenester til sine innbyggere og bygger på to omfordelingsmekanismer:

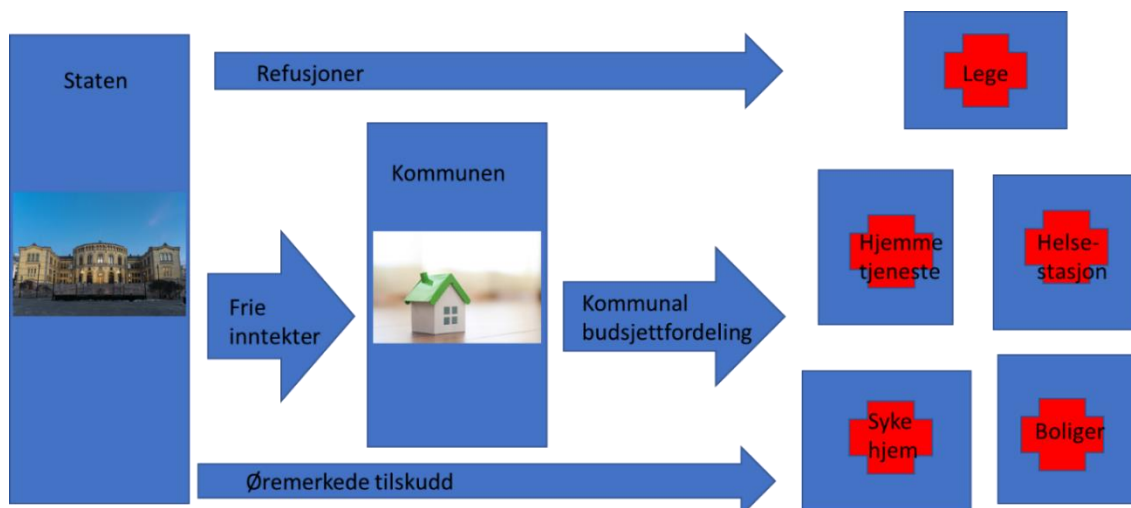
- Skatteutjevning: Omfordeling fra kommuner med høye skatteinntekter fra skatt på inntekt og formue til kommuner med lave skatteinntekter
- Utgiftsutjevning: Hver kommune får beregnet et utgiftsbehov ut fra hvilken sammensetning av innbyggere en kommune har, både i forhold til alderssammensetning og visse sosioøkonomiske karakteristika (objektive kriterier). I tillegg vektlegges kommunens geografi. Kommunene som har et behov per innbygger over landsgjennomsnittet får et tillegg i sitt rammetilskudd. Dette blir i sin helhet finansiert gjennom tilsvarende trekk i rammetilskuddet fra kommuner med lavere behov enn landsgjennomsnittet

Kommunene finansierer de ulike tjenestene gjennom årlige budsjettvedtak basert på overordnede nasjonale og regionale føringer, politiske prioriteringer og ulike

kommunedelplaner og styringsdokument. Det skjer også en styring gjennom ressurstildeling mot gitte mål, for eksempel gjennom kompetansemidler til videreutdanning for kvalitetsheving i tjenesten.

Figur 2.1 presenteres et overordnet bilde av hvordan finansieringen av kommunenes helse- og omsorgstjeneste skjer.

Figur 2.1 Finansieringssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester



2.2 Allmennlege- og fysioterapitjenester

Fastlegetjenester

Kommunene har det overordnede ansvaret for å tilby fastlegetjenester (jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 tredje ledd), og kommunen har derigjennom ansvaret for å organisere ordningen og sørge for at personer som ønsker det får tilbud om plass på fastleges liste. Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer som er bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til¹⁸.

Finansieringen av fastlegeordningen er regulert i forskrift med hjemmel i folketrygdloven § 5-4, som inneholder takster som er gjenstand for årlige forhandlinger mellom Legeforeningen, staten (HOD og RHF-ene) og KS. På bakgrunn av disse forhandlingene inngås en egen avtale hvor også listeinnbyggertilskuddet reguleres (Statsavtalen).

¹⁸ § 1 Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Det er ulike modeller for fastlegedrift, hvor hovedmodellen bygger på næringsdrivende fastleger. Alternative driftsformer omfatter i hovedsak fastlønsdrift, såkalte 8.2- avtaler, samt pilotene med primærhelseteam, og omtales kort senere.

Per capita – listeinnbyggertilskuddet utgjør fastlegens basistilskudd, og betales av kommunene til legene. Kommunen får kompensert for per capita-tilskuddet gjennom inntektssystemet (rammetilskuddet) og kan betraktes som et mellomledd i per capita-finansieringen (staten er "betaler")¹⁹.

Gjennom tilskuddet mottar fastlegen en fastsatt sum / sats for hver person som står på listen. Det er innført et såkalt knekkpunkt svarende til 1000 listeinnbyggere, der satsen under knekkpunktet er høyere enn satsen over knekkpunktet. Listepasientkompensasjonen utgjør pr i dag ca. 25 % av fastlegens inntekter.

Fastlegetjenesten finansieres i hovedsak på bakgrunn av aktivitet. Folketrygdens takstfinansiering utgjør den **aktivitetsbaserte finansieringen** av fastlegeordningen. Finansieringen innebærer at aktivitetene som fastlegen gjennomfører blir honorert etter takster som hver for seg er gitt en kroneverdi. Takstene er forskriftsfestede (jf forskrift til ftrl § 5-4 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege), og forskriften angir hvilke takster som kan anvendes ved de ulike kontaktformene, prosedyrene og prøvene som gjennomføres. Størrelsen på takstene fastsettes gjennom de årlige normaltarifforhandlingene, der deler av inntektene også fastsettes gjennom pasientens **egenandeler / egenbetaling**.

Siden takstene regulerer hva pasienten skal betale, vil legen få utbetalt det samme for utførte tjenester der pasientens egenandeler regnes inn under egenandelstaket og pasienten har nådd dette taket. Partsforholdet i finansieringen vil imidlertid i disse tilfellene vil endre seg ved at folketrygden overtar ansvaret for å betale egenandelene, og som betalingsordning vil dette følgelig ikke skille seg fra den aktivitetsbaserte finansieringen av fastlegetjenesten.

Alternative driftsformer

Hovedmodellen for fastlegedrift baserer seg på næringsvirksomhet, men der finnes også andre driftsmodeller. Betalingsordningene som kommer til anvendelse vil kunne innbefatte de samme uavhengig av driftsform, men driftsmodell innebærer en forskyvning i partsforholdet i deler av finansieringen.

Ved fastlønsdrift, er fastlegen ansatt av kommunen og får sin inntekt i form av lønn. Ved fastlønsdrift vil trygderefusjonen og pasientenes egenandeler under tak / egenbetalinger gå

¹⁹ Full kostnadsdekning etter hovedmodellen mtp per capita- finansiering bygger på premisset om at per capita- finansieringen er høy nok til at dens formål ivaretas slik at kommunen kan drifte fastlegeordningen uten tilleggsfinansiering. Motsatsen er underfinansiering. Vi tar ikke stilling til hvorvidt per capita- finansieringen er for liten eller for stor, men viser til premisset lagt til grunn for hovedmodellen (at kostnadsdekningen er full).

til kommunen, men hovedtariffavtalen åpner for bonusordninger som kan utløse tilleggssinntekt for de fastlønnede fastlegene (for eksempel ved at fastlegen får deler av trygdefusjonen som tilfaller kommunen). Driftsformen innebærer at kommunene istedenfor den enkelte fastlegen er mottakeren av de statlige overføringene, og insentivene som ligger i disse vil i mindre utstrekning ha direkte effekt på fastlegevirksomheten. Fastlønnsdrift anvendes oftere i mindre distriktskommuner.

Legevaktstjenester

Kommunene har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å sørge for døgnkontinuerlig tilgang til øyeblikkelig hjelp for alle som oppholder seg i kommunen. Den kommunale legevaktordningen er en integrert del av allmennlegetjenesten, og utgjør sammen med medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten den akuttmedisinske beredskapen av helse- og omsorgstjenester utenfor sykehus. Ordningen kan anses som et tillegg til fastlegens tilbud om øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på sin liste innenfor fastlegekontorets åpningstid.

Alle kommuner er som nevnt pålagt å ha en legevaktordning som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta den oppfølgingen som anses nødvendig. Flere kommuner kan samarbeide om legevaktordningen. I 2018 var det 177 legevakter i Norge, 102 interkommunale og 75 kommunale (15). Under normale omstendigheter skjer det meste av legevaktarbeidet utenom ordinær arbeidstid. Vanligvis vil fastlegene ta hånd om det meste av øyeblikkelig hjelp i arbeidstiden.

For hver pasientkontakt ved legevakt blir det laget et regningskort til Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Regningskortet inneholder opplysninger om personalia og diagnosekode, samt takstkoder. Takstene (de samme som for "fastlegetjenester" består av egenandeler som pasientene betaler selv, og av refusjon fra Helfo. Det er egne takster for ulike typer pasientkontakter, og tilleggstakster for tidsbruk og ulike prosedyrer som blir utført. Det er også egne tilleggstakster dersom legen har spesielle kvalifikasjoner (spesialist i allmenntilleggsmedisin, doktorgrad).

Legevaktordningen er nærmere beskrevet i akuttmedisinforskriften. Takstfinansiering (normaltariff) utgjør hovedfinansiering for legevaktordninger. Kommunene må selv dekke kostnader ved legevakt som ikke dekkes av takstfinansiering. Gjennom rammetilskuddet til kommunene (se del 2.1) delfinansierer staten kommunenes egenandeler ved legevaktordningen.

For legevakt i Oslo kommune reguleres næringsdrivende legers rettigheter og plikter ifm kommunens organiserte legevakt i medhold av rammeavtalen mellom Oslo kommune og Legeforeningen. Satsene for godtgjøringen reguleres årlig, og følger av vedlegg til rammeavtalen.

Fysioterapi

Som en del av det kommunene ansvaret for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen, skal kommunen også tilby nødvendige fysioterapitjenester. Dette fremgår av helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 andre ledd. Kommuner står fritt til å velge om de vil ansette fysioterapeuter på fast lønn eller inngå driftsavtale med næringsdrivende fysioterapeuter.

Rammene for avtalefysioterapien er fastsatt i forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale med hjemmel i nevnte lovbestemmelse. Drift av næringsdrivendes fysioterapivirksomhet som del av den kommunale helsetjenesten, er nærmere regulert i rammeavtale mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund. Utlysning og tildeling av driftsavtaler er regulert i rammeavtalen. Kommunene inngår individuelle driftsavtaler med den enkelte fysioterapeuten i tråd med standardavtale som følger som vedlegg til rammeavtalen.

Avtalefysioterapeuter skal ha et åpent behandlingstilbud til befolkningen, men kommunen kan til en viss grad likevel påvirke fysioterapeutens praksis. Det er i rammeavtalen bestemmelser om etablering av samarbeidsutvalg som skal legge til rette for at driften av fysioterapitjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommuneadministrasjonen og selvstendig næringsdrivende og fastlønte fysioterapeuter. De selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis i samsvar med de planer som er aktuelle for fysioterapitjenesten, og det skal utarbeides retningslinjer for samarbeid. Retningslinjene skal blant annet omfatte fordeling av pasienter mellom fastansatte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Innenfor rammene av retningslinjene kan kommunen midlertidig stille krav om at en gitt andel av avtalt tid for behandlende virksomhet rettes mot kommunens udekkede behov. Det er en forutsetning at oppgavene er innenfor forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

Fastlønnsfysioterapien blir finansiert gjennom kommunal egenfinansiering (ramme), fastlønnstilskudd fra Helfo og egenandeler fra pasientene. Avtalefysioterapien finansieres gjennom kommunenes driftstilskudd, folketrygdrefusjon (takster) og pasientens egenandeler. Driftstilskuddet og takstene fastsettes på bakgrunn av årlige forhandlinger mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet / KS, og Norsk Fysioterapeutforbund / Norsk Manuellterapeutforening / Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund, og fremgår av forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. Størrelsen på egenandelene fastsettes av Stortinget i statsbudsjettet. Fastlønnstilskuddet fastsettes i forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten. Alle fysioterapeuter med kommunal driftsavtale mottar samme driftstilskudd etter størrelse på driftsavtalen. Avtalefysioterapeuter som har eller skaffer seg tilleggskompetanse får ikke uttelling for dette gjennom økt driftstilskudd, men noen former for tilleggskompetanse kan gi økt uttelling gjennom takstsystemet.

2.3 Spesialisthelsetjenester

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er i hovedsak todelt. Den består av en rammefinansiert del (basisbevilgningen), og en aktivitetsbasert del (Innsatsstyrt finansiering - ISF). Den aktivitetsbaserte delen bestemmes av hvor mange og hva slags pasienter som behandles. I somatisk sektor er om lag 50 prosent av finansieringen for både innlagte og polikliniske pasienter gjort aktivitetsbasert. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det kun poliklinisk aktivitet som er gjort aktivitetsbasert, men med en lavere andel enn for somatikk. Innlagte pasienter i PHV/TSB dekkes av rammebevilgningen.

Basisbevilgningen til helseregionene fordeles etter en inntektsfordelingsmodell. Prinsippene for modellen er at fordeling av basisbevilgning mellom regionene skal avspeile ulike behov for spesialisthelsetjenester og ulike kostnader ved å produsere disse tjenestene (behovsindekser). Alder er en viktig forklaringsfaktor i modellen, i tillegg til ulike sosiale forhold i regionen. Det er også lagt inn en vekt for klima og breddegrad. Dette er den samme prinsipielle tilnærmingen som ligger til grunn for fordeling av inntektsrammen til kommunesektoren.

Det er også en andel av takstfinansiering i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder i hovedsak for avtalespesialister (leger og psykologer), laboratorievirksomhet og polikliniske radiologiske undersøkelser. I tillegg kommer egenandeler og pasientbetaling.

I tillegg får de regionale helseforetakene finansiering gjennom Resultatbasert finansiering (RBF). Denne finansieringsløsningen innebærer at en andel av budsjettet til helseregionene gjøres avhengig av måloppnåelse på et utvalg nasjonale kvalitetsindikatorer. For 2022 ordningen i stor grad knyttet til digitale tjenester og samhandling og fem av totalt sju indikatorer som inngår i ordningen er knyttet til dette.

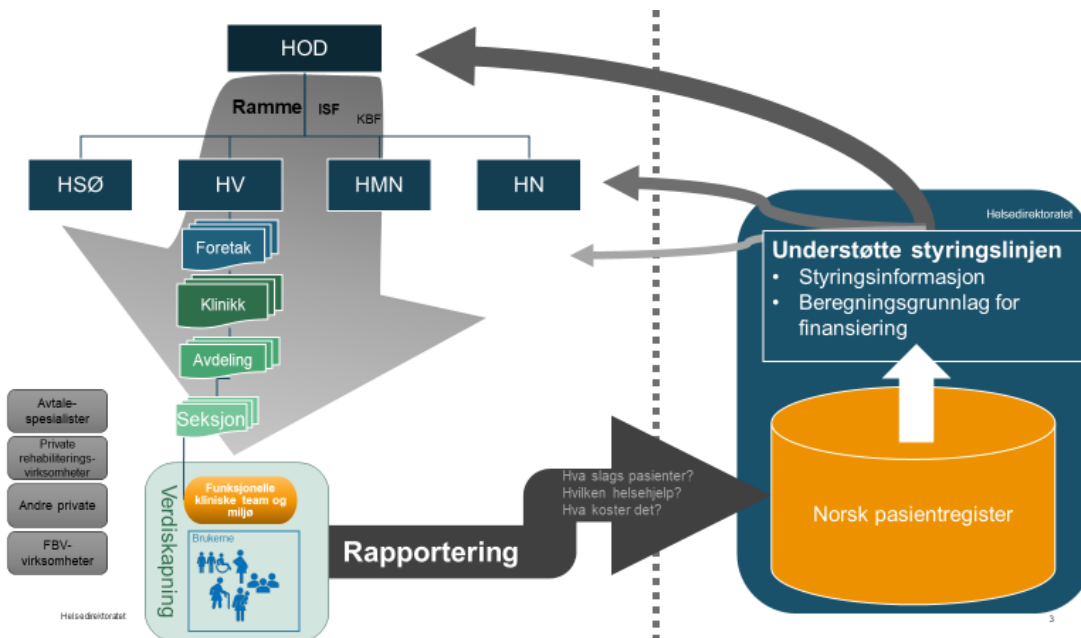
Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten skal, sammen med andre virkemidler, understøtte regionenes sørge-for-ansvar gjennom å stimulere til likeverdige tilbud, understøttelse av faglig utvikling, kvalitet og kostnadskontroll. Det skal i tillegg stimuleres til kostnadseffektive tjenester.

Staten overfører basismidler, og utbetaler i henhold til utført aktivitet ISF-refusjon til de fire regionale helseforetakene. Disse har på sin side et selvstendig ansvar for å tildele budsjetttrammer til egne helseforetak og private virksomheter med langsiktige driftsavtaler. De kan også inngå ordinære kjøpsavtaler med private i samsvar med sørge-for-ansvaret. De regionale helseforetakene står fritt til hvordan de vil innrette modellene for fordeling av midler ned til sine helseforetak. Det er en stor grad av videreføring av innsatsstyrt finansiering ned til de utøvende foretakene.

Figur 2.2 illustrerer både data- og pengestrømmen i spesialisthelsetjenesten. Aktiviteten oppstår i de utøvende virksomhetene som rapporterer data inn til Norsk pasientregister. De samme data danner grunnlag både for styringsinformasjon og som beregningsgrunnlag for

finansiering. Helse- og omsorgsdepartementet får gjennom Helsedirektoratet underlag for utbetaling av ISF-midler som så går ut til de regionale helseforetakene. Disse står så for fordelingen både til egne foretak og til private enheter som de har avtaler med.

Figur 2.2. Data- og pengestrøm i spesialisthelsetjenesten



Som grunnlag for ISF-refusjonen ligger aktivitetsdata gruppert sammen i tre ulike pasientklassifiseringssystemer. Hoveddelen av aktiviteten grupperes i DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper). I DRG-ene grupperes sykehusopphold og polikliniske kontakter sammen i medisinsk og ressursmessig homogene grupper. I tillegg til DRG-aktivitet inkluderer ISF også aktivitet i STG-er (Særtjeneste Grupper) Dette er tjenester som ofte strekker seg over tid, som gjerne foregår utenfor rammene av frammøter og direkte kontakter i sykehus. STG-ene omfatter i stor grad pasientadministrert legemiddelbehandling og annen aktivitet hjemme hos pasienten (eksempelvis nettbaserte tjenester eller skjemabasert oppfølging). En tredje kategori er TFG-er (TjenesteForløps grupper) for gitte aktiviteter som dialyse, noen legemiddelgrupper og hofteoperasjoner TFG-ene dannes som et nivå over DRG og STG og kan inneholde aktivitet fra en kategori eller begge. TFG-en for hofteoperasjoner samler både forundersøkelse, selve operasjonen og etterkontroll i en gruppe og med en ISF-refusjon.

I ISF finnes det kategorier som dekker spesialisthelsetjenestens del av samarbeidsaktiviteter med andre instanser for eksempel i forbindelse med utskrivning av innlagte utskrivningsklare somatiske pasienter eller som del av oppfølgingen av polikliniske pasienter.

Til sammen gis det i ISF-ordningen derfor refusjon for fysiske frammøter og innleggelser, digitale tjenester, pasientadministrative behandlinger og samarbeidsaktiviteter.

2.4 Prinsipielle skranker for innretning av finansieringssystemer

Grunntrekkene i finansieringssystemene for kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og allmennlegetjenester har ligget fast over lang tid. Gjeldende finansieringssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester (som del av det kommunale inntektssystemet) har ligget fast siden midten av 1980-tallet. Finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten (nå helseforetak) har svært mange av de samme grunntrekkene i dag som på slutten av 1990-tallet, etter innføring av ISF-ordningen. Normaltariffen for allmennlegetjenester har en langt mer enn 50-årig historie, selv om driftstilskudd er erstattet av basistilskudd i forbindelse med fastlegereformen i 2001. Endringer i finansieringssystemene for en eller flere av partene vil ha økonomiske og/eller administrative konsekvenser. Enkelte mulige endringer vil og kunne berøre grunnleggende prinsipper for de relevante tjenesteområdene.

Kommunalt selvstyre og kommunal beskatningsrett

Til forskjell fra finansieringssystemene for spesialisthelsetjenester og allmennlegetjenester, er finansieringssystemet for kommunale helse- og omsorgstjenester svært tett integrert med finansieringssystemet for øvrige kommunale velferdstjenester. Finansieringssystemet er tilpasset prinsippet om det kommunale selvstyre, med frihet for lokale folkevalgte til å prioritere ressurser mellom kommunale velferdsområder (herunder helse- og omsorgstjenester) innenfor de krav som følger av lov.

Den lokale ressursfordelingen bestemmes videre ikke bare av stortingets bevilgninger, men også av kommunens egne skatteinntekter. Dekningen av utgiftsbehovet for helse- og omsorgstjenester, som ligger til grunn for rammetilskudd til kommuner dekkes i tillegg til selve rammetilskuddet også opp av kommunens egne skatteinntekter. Innretninger av finansieringssystemet for helse- og omsorgstjenester må forholde seg til prinsipp om kommunalt selvstyre og kommunal beskatningsrett.

Delvis utjevning av kommuners skatteinntekter

Det kommunale inntektssystemet utjevner bare delvis ulikheter i kommuners skatteinntekter regnet i NOK per innbygger. Det innebærer at noen kommuner, i kraft av høyere skatteinntekter, de facto vil kunne tilføre mer ressurser til helse- og omsorgstjenestene enn hva kommuner med lavere inntekter (minsteinntektskommuner) kan gjøre. Finansieringssystemene må ta utgangspunkt i hva som er finansielt mulig for alle kommuner (dvs. minsteinntektskommuner).

Generalistkommuner

Generalistkommuneprinsippet innebærer at alle kommuner har det samme oppgaveansvaret (lovpålagte oppgaver) uavhengig av innbyggertall. Finansieringssystemer vil legge ulik grad av finansiell risiko på mottaker av midler for å yte tjenester. Mindre organisasjoner vil ha mindre evne til å tåle finansiell risiko enn større organisasjoner.

Forhandlingsbasert normaltariff

Mens finansieringssystemene for kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenester baserer seg på et anslått ressursbehov (analyser av historiske kostnader for organisasjon, eller per bruker/pasient) er normaltariffen for allmennlegetjenester basert på forhandlinger mellom staten/kommuner og profesjonsforeninger. Også næringsdrivende fysioterapeuter med kommunale avtaler får godtgjørelse regulert gjennom sentrale forhandlinger. Dette tilsvarende lønnsforhandlinger for lønnsinntakere ellers i samfunnet. Forhandlingsinstituttet har lang historie og står sterkt hos profesjonene.

Ansvars- og oppgavefordeling

Vi har en lang forvaltningstradisjon for, og vektlegging av, en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom sektorer og forvaltningsnivåer. Behov i befolkningen for overlappende og/eller samtidige tjenester stiller krav til nytenkning rundt rammebetingelsene (herunder finansieringssystemer) tjenestene som skal dekke nevnte behov, skal operere inn under.

3 Betalings- og oppgjørsordninger

I kapittel 2 er det gjort rede for de finansieringssystemene som gjelder for henholdsvis helseforetak, kommuner ekskl. fastlege/legevaktstjeneste, og fastlege/legevaktstjenesten. Vi skiller i rapporten mellom "betaler" (stat, folketrygd og i noen grad kommune) og "utøver" (helseforetak/stat, kommune og private/ideelle i avtale med kommune/helseforetak). "Mottaker", dvs. pasient/bruker vil kunne bli avkrevd egenbetaling, men i dette rapporten setter vi søkelyset på betalingsordninger "betaler" kan nytte til finansiering av utøvervirksomhetene. Helseforetak er i hovedsak finansiert gjennom statlige tilskudd. Kommuner, herunder kommunale helse- og omsorgstjenester er finansiert gjennom en miks av egne inntekter (skatter og gebyrer) og statlige bevilgninger. Fastlegetjenesten er delvis finansiert som øvrige kommunale tjenester, men hovedfinansieringskilde er refusjoner fra Folketrygden (her omtalt som "tredjepartsfinansiering"). For alle tre finansieringssystemer gjelder at en mindre andel av finansieringen kommer fra egenandeler fra pasienter og brukere.

3.1 Omtale av ulike ordninger (typologi OECD 2017)

Bevilgninger og overføringer fra staten og Folketrygden håndteres gjennom ulike betalings/oppgjøringsordninger med definerte kriterier. En klassifisering av ulike betalings/oppgjøringsordninger "betaler" (i Norge staten/folketrygden) kan nytte for å godtgjøre tilbydere av helse- og omsorgstjenester for de tjenester de utøver, framkom i OECD-rapport "Better Ways to Pay for Health Care"^{20 21}. Flere av de betalingsordninger som her er presentert nyttes også i finansieringen av helse- og omsorgstjenester i Norge. Vi har i rapporten valgt å bygge på klassifiseringen i OECD-rapporten. Kommuner og regionale helseforetak har i dag stor frihet til selv å nytte de samme betalingsformene ved fordeling av de økonomiske ressursene internt i organisasjonene og/eller til underliggende enheter. Det vil virke inn på i hvilken grad insentivvirkningene i de betalingsordningene "betaler" nytter, får gjennomslag i tjenesteutøvingen.

Klassifiseringen skiller mellom grunnfinansiering og inkrementell finansiering der sistnevnte er betalingsinstrumenter for å supplere/korrigere grunnfinansiering med formål å oppnå mer

²⁰ OECD Health Policy Studies <https://doi.org/10.1787/9789264258211-en>

²¹ Urban Institute (2016), A Typology of Payment Methods

spesifikke formål. Grunnfinansieringen skal sikre et tilgjengelig tilbud av helse- og omsorgstjenester til befolkningen.

A. Grunnfinansiering

1. Skjønnsmessige betalingsordninger (øremerking)

- Driftstilskudd (øremerket) bestemte utgiftstyper eller utgiftsformål

2. Aktivitetsbaserte betalingsordninger

a. *Betaling for enkeltaktiviteter*

- Betalingssatser for definerte enkeltaktiviteter
- Dag- og døgnsetser

b. *Betaling for prosedyrer og episoder*

- Betaling for definerte prosedyrer innenfor en virksomhet (DRG)
- Betaling for episode bestående av flere prosedyrer og/eller enkeltaktiviteter innenfor en virksomhet og en avgrenset periode

c. *Betaling for tverrgående episoder (forløp)*

- Betaling for episoder der flere virksomheter er involvert (bundling)
-

3. Populasjons- og/eller kriteriebaserte betalingsordninger

- Basisbevilgning til en virksomhet
- Kapitring
 - o av en virksomhet
 - o av en avgrenset tjeneste (primærhelsetjeneste)

B. Inkrementell finansiering

- Betaling basert på måloppnåelse
- Fordeling av forbedringsgevinster (risikodeling)
- Betaling for preventive tiltak for å redusere innleggelseser

3.2 Styrker og svakheter ved ordninger

Betalingsvirkemiddelet er ansett som et kraftfullt virkemiddel for å påvirke mottakers handlinger, både i omfang, innhold og kvalitet. Ulike betalingsformer kan stimulere ulike sider ved utøvers virksomhet (insentiver). Hver betalingsform vil ha flere insentivvirkninger, både i tråd med og i motstrid med overordnede helsepolitiske mål. Det overordnede hensyn bak valg av betalingsordninger er insentivvirkninger som i sum best svarer ut de samlede helsepolitiske målene. Styrker og svakheter (insentiver) ved ulike ordninger er oppsummert i tabell 3.1. Her er også insentiver i ordningene for koordinerte og sammenhengende tjenester vurdert

3.2.1 Takstsystem – betaling for enkeltaktiviteter

En betalingsordning der spesifiserte enkeltaktiviteter knyttet til en pasientkontakt er godtgjort med spesifikke beløp. Betalingsformen utgjør grunnstammen i finansiering av fastleger, legevakt og avtalespesialister i Norge som i en rekke andre OECD-land. Størrelsen på godtgjørelsen er i Norge og flere andre OECD-land basert på sentrale avtaler mellom "betaler" (staten) og utøverorganisasjoner.

3.2.2 Døgn- og dagsatser (per diem)

Per diem betaling er en betalingsform der utøvende virksomhet mottar betaling per dag/døgn for de tjenester han/hun mottar når innlagt/innskrevet. Fram til 1980 fikk sykehusene sin basisfinansiering gjennom en *kurpengeordning*, der grunnlaget for utbetalingene var antallet pasientdøgn sykehusene hadde. I forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester (2016-2021) var finansiering basert på per diem betaling

3.2.3 Diagnoserelaterte grupper (DRGs)

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene²². Hver gruppe skal i prinsippet inkludere pasienter med tilsvarende kliniske tilstander og behov for ressursinnsats knyttet til sykehusoppholdet. Ved å kople DRG-vekt med en fast økonomisk sats får man en betalings/oppgjørsordning.

3.2.4 Bundlede betalinger for forløp

Bundet betaling er en betalingsform som dekker kostnader for enkeltaktiviteter, prosedyrer og hendelser (episoder) innenfor en avgrenset tidsperiode (forløp). Forløpet kan være begrenset til perioden pasient/bruker er innskrevet ved virksomheten, men kan også inkludere oppfølgende ambulante tjenester i en periode, f.eks. 30 dager etter utskrivning fra døgninstitusjon. Bundlet betaling for forløp kan begrenses til spesialisthelsetjenester, slik det fra 2019 er gjort for TFG (TjenesteForløpsGrupper) som kan bestå av flere DRG- og STG- (SærTjenesteGrupper)registreringer.

Bundet betaling for "Tverrgående forløp" skiller seg fra eksempelet over ved at betalingen per definisjon dekker tjenester/tilbud fra flere virksomheter. Betalingen kan dekke både 1. og 2.linje helsetjenester, eller flere velferdstjenester i førstelinjetjenestene. Denne betalingsformen kan dermed være særlig relevant for samhandling.

²² Grupperinger "som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene" nyttes også i andre betalingsordninger, da med noe avvikende kriterier (se for eksempel ACG)

3.2.5 Driftstilskudd (øremerket)

Driftstilskudd er en betalingsform som innebærer tilskudd til en virksomhet (normalt årlig) øremerket bestemte utgiftsformål og/eller utgiftsarter. Inntil etablering av det kommunale rammetilskuddet på 80-tallet var driftstilskudd hovedmodellen for statlige overføringer til kommuner. Driftstilskudd er fortsatt den mest brukte betalingsform for avgrensede forsøk eller stimuleringsordninger. Eksempler på sistnevnte er ordningene "Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte tjenestebehov" og "Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester"

Flere land har erfart at driftstilskudd er effektive i en prosjektperiode, men at insentivene raskt forvitrer etter prosjektslutt; *"Informanter blant organisasjonene påpeker at det er en utfordring at midler til samhandlingstiltak ofte blir gitt som prosjektmidler, hvor det etter endt prosjektperiode er utfordrende å få videreført tiltakene i mangel på driftsmidler."*

3.2.6 Basisbevilgning

Grunnbevilgning (årlig) gitt til sykehusforetak og andre større organisasjoner. Størrelsen på grunnbevilgningen er normalt basert på transparente kriterier fast satt i forkant. Basisbevilgninger utgjør grunnfinansieringen for helseforetakene (spesialisthelsetjenester). For kommunale helse- og omsorgstjenester er den statlige grunnbevilgningen (rammetilskuddet) tett sammenvevd med kommunens egne skatteinntekter. Basisbevilgning/rammetilskudd kjennetegnes ved at betalingsordningen i seg selv ikke stiller bestemte krav til hvordan overføringene disponeres. Ordningene gir dermed mottak betydelig frihet i disponering (tillitsbasert). Frihetsgraden i disponering kan dog være begrenset ut fra andre virkemidler (lovregulering etc.)

3.2.7 Kapitering

Kapitering innebærer betaling/oppgjør per individ som inngår i en gruppe av innbyggere som dekkes av helse- og/eller omsorgstjenester betalingsmottaker har ansvar for. Betalingen kan skje med likt beløp per individ eller (vanligst) justeres ut fra karakteristika som uttrykker individets antatte behov for helse- og/eller omsorgstjenester (kapitering med risikojustering). Kapitering har en rekke underkategorier. Ved fastlegefinansiering nyttes kapitering *uten* risikojustering. I forsøk med primærhelseteam prøves en ordning med kapitering *med* risikojustering ut. I likhet med basisbevilgning gir kapitering som betalingsordning mottaker stor frihet ved disponering (tillitsbasert).

3.2.8 Betaling basert på måloppnåelse

En betalingsform som belønner (gir økonomisk insentiv) til virksomheter/enheter (utøver) ut fra i hvilken grad de oppnår de målsetninger (resultatkrav/forventninger) som betaler av tjenesten har fastsatt på forhånd, gjerne i dialog med utøver. Inngår i gruppen nytte-baserte betalinger som er et generisk begrep for betalingsmodeller der godtgjørelsen også avhenger av kvaliteten og effektiviteten i tjenesteytingen. Betaling for måloppnåelse er innført i helsetjenestefinansiering i en rekke land, og nyttes i Norge som supplerende finansiering av helseforetak. Betalingsordningen benyttes også i forsøk med primærhelseteam.

3.2.9 Fordeling av forbedringsgevinster - risikodeling

Betalingsordningen innebærer at virksomheter som samarbeider om tilbud til pasient/bruker får beholde hele eller deler av den gevinst "betaler" oppnår som følge av et mer systematisk samarbeid mellom partene rundt pasient/bruker. Mens en modell for fordeling av forbedringsgevinster kun har en oppsiderisiko (gevinst) vil en risikodelingsmodell både ha en oppside- og nedsiderisiko, der sistnevnte innebærer at spesialist- og primærhelsetjeneste også kan måtte dele kostnader ved evt. økte sykehusutgifter (eller i primærhelsetjenesten) tross evt. økt innsats fra begge parter. I risikodelingsmodeller går et skille mellom ordninger der kun samarbeidende virksomheter deler risiko, og ordninger der også "betaler" (i Norge stat/folketrygd og evt. kommuner gjennom fiskale inntekter) deler risiko. Ordningen med Kommunal medfinansiering (2012-15) var en modell der kun samarbeidende virksomheter delte risiko.

Tabell 3.1 Styrker og svakheter ved betalingsordninger

Betalingsordning	Styrker	Svakheter	Effekt på sammenhengende tjenester? *
1. Takster	<ul style="list-style-type: none">- Lav økonomisk risiko- Stimulerer høyt antall aktiviteter- enkel dokumentert ordning	<ul style="list-style-type: none">- fare for fragmentering- fare for unødvendige aktiviteter- høye transaksjonskostnader	--/
2. Døgn- og dagsatser	<ul style="list-style-type: none">- stimulerer effektiv drift-enkelt system	<ul style="list-style-type: none">- fare for unødvendige døgn/dag opphold- stimulerer ikke innovasjon	-/
3. Diagnoserelaterte grupper (DRGs)	<ul style="list-style-type: none">- stimulerer effektiv drift-stimulerer innovasjon- vel dokumentert- stimulerer aktivitet	<ul style="list-style-type: none">- fare for kostnadsovervelting- kan hindre optimalt tjenestenivå-komplisert system- transaksjonskostnader	-/

4. Bundlet betaling	- stimulerer effektiv drift -stimulerer aktivitet, koordinering og samhandling	- manglende kost/nyttvurdering av episoder - komplisert system beregningsteknisk	/++
5. Driftstilskudd	- støtter kostnadskontroll - stimulerer de øremerkede formål	- fare for detaljstyring - fare for fragmentering - kan svekke ikke-øremerkede formål	-/+
6. Basisbevilgning	- stimulerer effektiv drift - støtter kostnadskontroll - støtter tillitsbasert styring	- kødannelse/økt ventetid - manglende prioritering av tjenesteutvikling	Nøytral
7. Kapitering	- stimulerer effektiv drift - støtter kost/nytte vurdering - tillitsbasert - transaksjonskostnad	- fare for "cream skimming" - pasienter kan erfare færre kontakter - finansiell risiko (små aktører)	Nøytral
8. Resultatbasert finansiering	-stimuler kvalitet på parameterområder - innovasjon	- kan gi svekket kvalitet på andre tjenesteområder	/+
9. Risikodeling	- støtter LEON-prinsipp - stimulerer innovative samarbeid - rettferdig fordeling mellom nivåer	- høye krav til langsiktighet i finansiering og gjennomføring - krevende å definere terskelverdier	/+

*: /+, /++ = stimulerer sammenheng i tjenestene -, --/= fare for fragmenterte tjenester
-/+ = kan stimulere sammenheng, dersom øremerket relevante aktiviteter

3.3 Betalingsordninger og insentiver til sammenheng i tjenestene

De ulike betalingsordninger vil ha iboende egenskaper som gjør at de økonomisk stimulerer til sammenhengende tjenester gjennom samhandling og koordinering. De kan også ha egenskaper som gjør dem økonomisk sett nøytrale overfor eller økonomisk motvirke samhandling og koordinering. For hver av betalingsordningene er det angitt et knippe av styrker og svakheter. Det generelle utgangspunkt er at aktiviteter på marginen vil ha lavere kostnad om de dekkes av en aktivitetsbasert betalingsordning enn om de skjer i en tjeneste med populasjonsbaserte betalingsordninger.

Generelt vil betalingsordninger som dekker et større sett av aktiviteter og et lengre tidsperspektiv stimulere til sammenhengende tjenester, mens betalingsordninger som kun dekker enkeltaktiviteter (takster) stimulerer høy produksjon av enkeltaktiviteter, men

samtidig medføre fragmentering av tjenester og pasientforløp og dermed dårlig sammenheng i tjenestene. Incentivene til samhandling vil være sterkere dess større sett av aktiviteter og tjenester som inngår, og dess lengre tidsrom betalingen dekker.

Populasjonsbaserte ordninger retter seg mot populasjonsbehov og ikke aktiviteter. Betalingsordningene i seg selv er slik sett økonomisk nøytrale hva gjelder sammenheng i tjenestene. Ved populasjonsbaserte ordninger må en derfor se hen til andre måter finansieringssystemet er innrettet, enn gjennom betalingsordningene i seg selv.

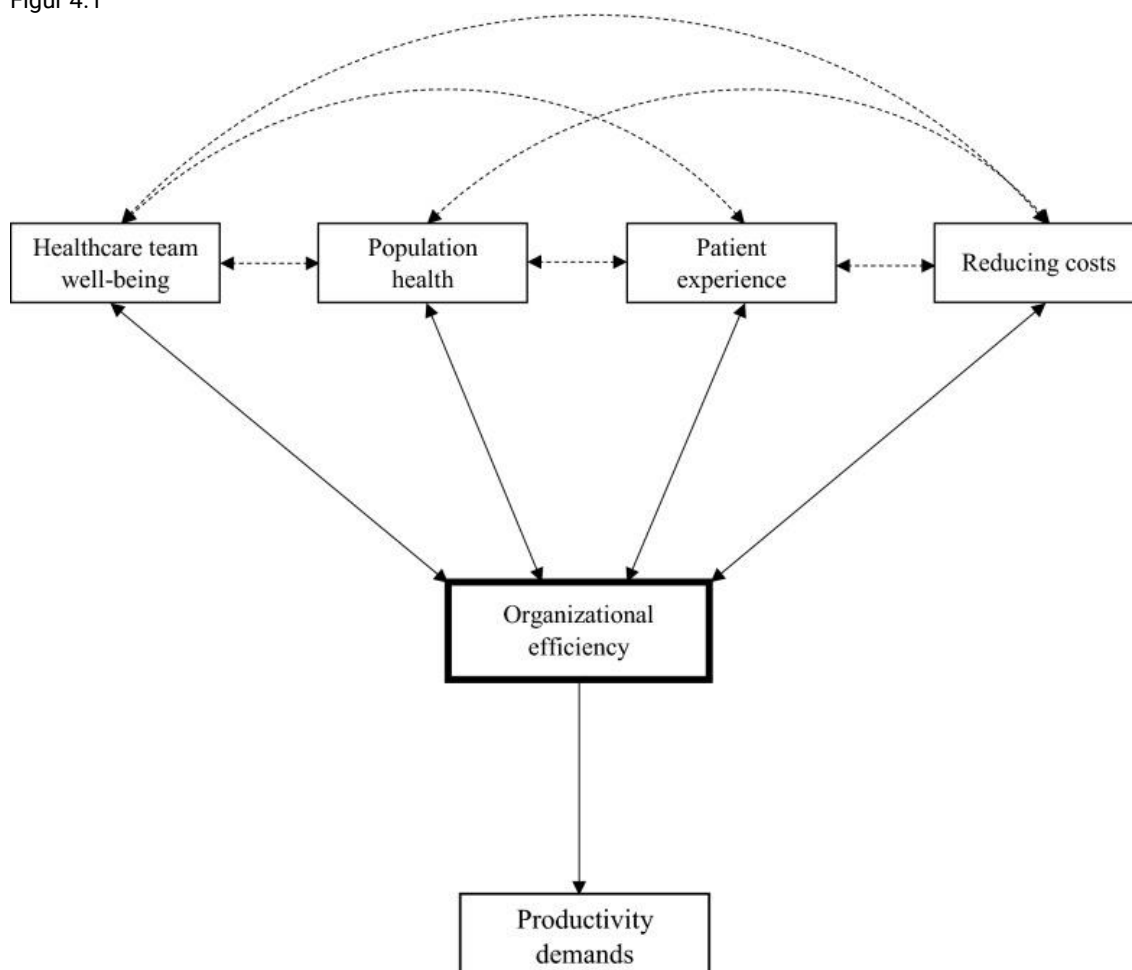
De inkrementelle betalingsordningene kan innrettes for å stimulere sammenheng i tjenestene, eller de kan innrettes for å stimulere andre vesentlige hensyn til tjenestene. Dette kan skje ved å binde samarbeidspartene økonomisk til hverandre gjennom risikodeling, eller ved å økonomisk belønne (ikke kostnadsdekke) god måloppnåelse på parametere som indikerer høy grad av samhandling og sammenheng i tjenestene (resultatbasert finansiering).

4 Finansieringsvirkemiddelet som del av et samlet virkemiddelapparat

4.1 Sammenhengende tjenester som virkemiddel

Målet om sammenhengende tjenester har støtte og anerkjennelse både blant pasienter/brukere og utøvere av helse- og omsorgstjenester. Samtidig som sammenhengende tjenester er et mål, er det samtidig et virkemiddel for å nå overordnede mål for helse- og omsorgstjenestene uttrykt gjennom anerkjente "Quadruple aim"²³ (figur 4.1)

Figur 4.1



²³ Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014;**12**(6)

Pasientsentrerte sammenhengende tjenester (integrated care) skal hjelpe sektoren i å nå de overordnede målsettinger om god pasientinvolvering- og -erfaring, bedret folkehelse osv, jf. figur 4.1. Når pasienter/brukere likevel gir uttrykk (jf. del 1) for manglende sammenheng og koordinering av tjenester har det sin årsak i flere mulige og eller identifiserte årsaker som:

- Kapasitet i helse- og omsorgstjenestene
- Lovgivning er uklar med tanke på ansvar og fordeling av ansvar for brukere/pasienter
- Data/informasjon om pasienter/brukere er ikke tilgjengelig
- Normerte forløp (anbefalinger og veiledninger) på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer mangler eller er ufullstendige
 - Foretaksnivået og det kommunale nivået innebærer fortsatt "to verdener" med tanke på kultur, kompetanse, rammer og systemmessig understøttelse, og vektlegging av ulike sider ved pasient/brukers behov
- Utilstrekkelig forståelse hos utøvere av helse- og omsorgstjenester
- Manglende finansiell understøttelse av de sammenhengende pasientforløp

Forestillingen om det gode pasientforløp er nok til stede hos alle involverte, men i praksis vil en ofte støte på svakheter og mangler som pekt på over som gjør at det gode forløp blir mer fragilt og krevende enn det behøvde å være. God finansiell understøttelse er en nødvendig, men langt fra tilstrekkelig forutsetning for å skape sammenhengende tjenester (gode pasientforløp). Finansieringsvirkemiddelet må brukes i samvirke med andre virkemidler for å kunne oppnå ønsket effekt med tanke på koordinering og god sammenheng i tjenestene.

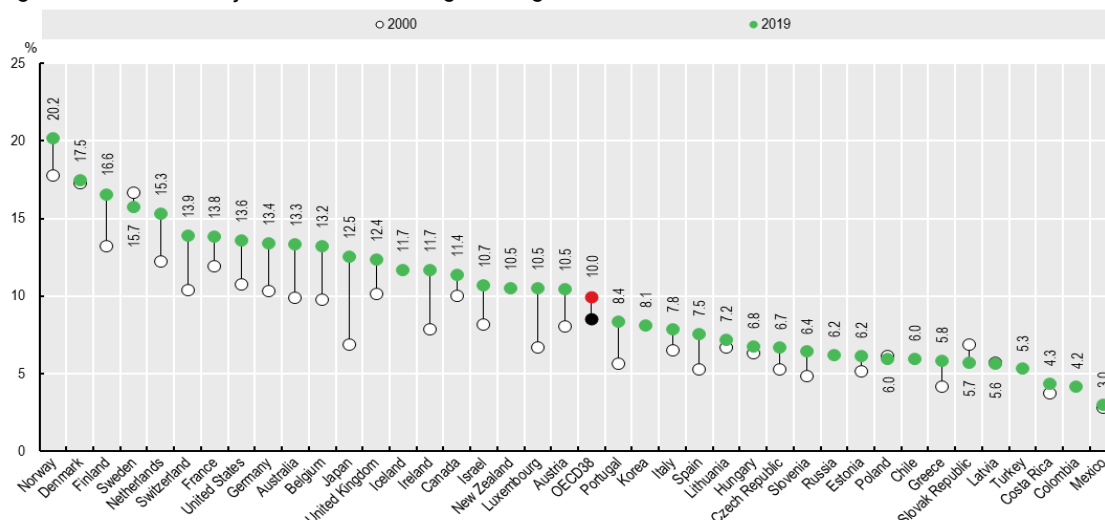
4.2 Personelldekning

Tilgang på tilstrekkelig og kompetent personell er en nødvendig forutsetning (virkemiddel) for å nå de overordnede mål for helse- og omsorgstjenester generelt, og spesifikt også for å kunne skape sammenhengende tjenester. Tall fra OECD/European Observatory²⁴ indikerer relative høy kompetanse og kapasitet i helse- og omsorgstjenestene i Norge sammenlignet med andre OECD-land, jf. også figur 4.2. Norge har den høyeste andel sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene, dekningsgraden av sykepleiere ligger på topp og også dekningsgraden av leger er blant de høyeste i OECD-landene. Kompetanse- og kapasitetsmessig burde det

²⁴ Landshelseprofil 2021 OECD/European Observatory

kapasitetsmessig ligge til rette for bedre uttelling på samhandling enn det resultatene fra internasjonale sammenligninger som IHP viser (se del 2).

Figur 4.2 Andelen av sysselsatte i helse- og omsorgssektoren



Landprofilen påpeker enkelte risikofaktorer som at "Norge har et svært høyt antall leger og sykepleiere i forhold til antall innbyggere, men er svært avhengig av helsepersonell utdannet i andre land. I 2020, var 6 % av praktiserende sykepleiere og 41 % av praktiserende leger utdannet i utlandet." Videre at frafallet blant sykepleiere i omsorgstjenester er betydelig.

Innretning av finansieringssystem og valg av betalingsordninger vil ikke kunne løse en mulig personellutfordring generelt, men vil kunne innrettes for å stimulere aktiviteter som understøtter sammenheng og samhandling, da på bekostning av andre sider ved tjenestene. Dette vil evt. måtte bero på en faglig prioritering av aktiviteter.

4.3 Regulering

Helse- og omsorgstjenestene er omfattende regulert gjennom nasjonale lover og forskrifter. Dette mangfoldet gir juridiske rammer for alt fra organisatoriske forhold (herunder bl.a. helseforetaksloven), strukturelle forhold (herunder bl.a. poliklinikkforskriften), fordeling av tjenesteansvar (herunder bl.a. helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven), kompetanse og kvalifikasjoner (herunder bl.a. helsepersonelloven), til forhold knyttet til prioriteringer og pasientrettigheter (herunder pasient- og brukerrettighetsloven) med mer. I tillegg vil ulike internasjonale avtaler, konvensjoner og direktiver gi ytterligere juridiske føringer i grenseoverskridende tilfeller, herunder bi- og multilaterale trygdekoordineringsavtaler (f.eks. EØS- avtalens trygdeforordning, sykehjelpsprotokollen mellom Norge og Storbritannia), når det gjelder tjenesteytere fra forskjellige land som skal samarbeide om pasienter med sjeldne sykdommer (f.eks. EUs pasientrettighetsdirektiv), når det gjelder godkjenning av yrkeskvalifikasjoner (f.eks. EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv), helseberedskap (f.eks. Nordisk helseberedskapsavtale), med mer.

Det er gjennom lovgivning tatt inn flere rettigheter og funksjoner med sikte på å styrke samarbeid og koordinering i tjenestene og bruker/pasients rett til sammenhengende og koordinerte tjenester. Dette gjelder bla.:

- Rett til fastlege – 2001(et hovedhensyn bak fastlegereform var koordinering
- Rett til individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud (KHT og SPHT fra 2001)
- Krav om koordinerende enhet i kommune (2001)
- Rett til koordinator (kommune- og spesialisthelsetjenester lov 2011)
- Krav om koordinerende enhet i spesialisthelsetjeneste (2011)
- Rett til kontaktlege i spesialisthelsetjeneste ved langvarig behandling (2015)
- Krav om samarbeidsavtaler mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste (2011)

Regulering og finansiering som virkemiddel er i begrenset grad koplet ved at det er knyttet særskilte økonomiske insentiver til ovennevnte rettigheter/funksjoner. Det finnes dog eksempler på slik kopling. På helse- og omsorgsområdet har eksempelvis kommunen et lovpålagt ansvar for å finansiere utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Det er utarbeidet forskrift som formaliserer hvordan utskrivning av pasienter fra sykehus til videre oppfølging i kommunene skal foregå. De lovpålagte samarbeidsavtaler gir spesifikke krav til hvordan en kan sikre at kommunale tilbud til utskrevne pasienter blir faglig forsvarlige. I normaltariffen for fastleger er også det lagt enkelttakster som skal stimulere til samarbeidsaktiviteter.

"Resultatbasert finansiering" for helseforetakene inkluderer fra 2022 indikatorer som "belønner" utførte samarbeids- og koordineringsaktiviteter (samarbeidsmøter og Individuell Plan). Et annet eksempel kan også hentes fra spesialisthelsetjenesten. For de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har det lovpålagte ansvaret for å yte og finansiere, skal spesialisthelsetjenesten fastsette frister for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke har sørget for at fristen overholdes og det oppstår fristbrudd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold om nødvendig også fra privat tjenesteyter. Helfo er tillagt ansvaret for å inngå avtaler med private tjenesteytere slik at fristbruddpasienter oppstilles et subsidiært helsehjelpstilbud. Prisene for det subsidiære helsehjelpstilbudet fastsettes mellom Helfo og fristbruddleverandørene i medhold av anbudsreglementet, men sykehuset som ikke sørget for å tilby helsehjelpen innen fristen har ansvaret for å dekke kostnadene. Over tid har denne innretningen av fristbruddordningen særlig fra sykehussektoren vært kritisert for å påføre offentlige sykehus uforholdsmessig store ressurser på å betale fristbruddleverandørene for utførte tjenester, og at denne ressursbruken står som et praktisk hinder for sykehusenes evne til å oppstille tilstrekkelige tilbud selv.

Regulering og finansiering har klare avhengigheter til hverandre, og samspillet mellom juridiske og finansielle virkemidler kan bidra inn i en samhandlingskontekst. Aktørene kan oppleve at de to virkemidlene ikke alltid er tilrettelagt for samhandling.

4.4 Normering

En norm viser forenklet sagt til en allment delt forventning til atferd i en gitt kontekst, og gir et mønster eller en rettesnor for handling. Prosessuelt vil normering innebære å bringe noe i overensstemmelse med en identifisert norm, eller at noe fastsettes som norm. Finansiering vil kunne nyttes som virkemiddel for å stimulere en ønsket atferd som forutsettes for at definerte mål nås (for eksempel anbefalinger i normerende produkter). Finansieringsvirkemidlet kan på den annen side også i seg selv virke normerende, men kan også bli et mål i seg selv (skape atferdsmønstre mer eller mindre løsrevet fra den overordnede målsetningen). "Normering" kan oppfattes som et noe "mykere" virkemiddel enn regulering, ved at normeringen er retningsgivende, men ikke stiller rettslig bindende krav til tjenestene. I en rapport fra 2015 viste Direktoratet for forvaltning og IKT²⁵ at normering som virkemiddel hadde hatt en markant økning den siste 10-årsperioden. Da i form av faglige anbefalinger og veiledninger til tjenestene. Utviklingen etter 2015 synes å peke i samme retning.

Ved eventuelt å knytte finansielle insentiver til definerte aktiviteter kan finansieringsordninger gi konkrete føringer for tjenesteyteres prioriteringer i valget mellom tilgjengelige aktivitetsalternativer. Dette vil kunne bidra til å stimulere "best practice" slik dette er definert eksempelvis gjennom faglige råd, anbefalinger og andre normerende produkter. Dette vil nødvendigvis også gjelde for samhandlingsaktiviteter, slik at ønsket samhandling gis større stimuli enn andre aktivitetsalternativer. Dette vil nødvendigvis stille krav til en dynamisk tilnærming til finansieringsvirkemiddelet slik at det hele tiden tilpasses til og forankres i den faglige utviklingen, og ikke knyttes opp i aktiviteter som i mindre utstrekning er faglig fundert.

Det finnes eksempler på kobling av normering og finansering som virkemidler. Eksempelvis ble det i mai 2020 innført et knekkpunkt i per capita- finansieringen av fastlegeordningen, der finansieringen differensieres for pasientene på fastlegelisten over det definerte knekkpunktet sammenlignet med pasientene under knekkpunktet. Ved høyere per capita- finansiering under knekkpunktet enn over, gis fastleger med listelengde under knekkpunktet insentiver til å øke listelengden, mens fastleger med listelengde over knekkpunktet gis insentiver til å redusere listelengden. Knekkpunktmodellen vil således kunne ha en normerende effekt på fastlegenes listelengde. Den faktiske normerende effekten av knekkpunktet må ses i sammenheng med den øvrige finansieringen av fastlegen; fastlegens valg av listelengde vil knytte seg til en avveining mellom merinntekter (som utgjør kombinasjonen av økt per capita- finansiering og aktivitetsbasert finansiering) og merkostnader (for eksempel knyttet til drift av fastlegepraksis), og det vil være mer optimalt for en fastlege å øke listelengden så lenge den forventede merinntekten for en ny listeinnbygger er høyere enn merkostnadene denne vil medføre. Normeringen av listelengden vil kunne ha videre effekt på tverrfaglig samarbeid med andre instanser om den enkelte

²⁵ Difi-Rapport 2015:19

pasient, og enkelte norske studier indikerer et lavere omfang av deltakelse i samarbeid med andre instanser pr pasient på lange lister enn kortere lister²⁶. Resultatene kan muligvis gjenspeile at leger med lengre lister har mange pasienter og prioriterer tid til konsultasjoner med pasientene fremfor å inngå i tidskrevende samhandlingsprosesser med andre aktører. Eksempelet viser hvordan finansiering aktivt anvendes i å understøtte normering.

Videre vises det til den økte satsingen på å etablere standardiserte pakkeforløp. Pakkeforløp dreier seg om nasjonal normering av hvordan et diagnostiserings- /behandlings eller oppfølgings- forløp bør være for et flertall pasienter innenfor et gitt sykdomsområde, og sikter seg inn mot utvalgte tjenester for de omfattede pasientgruppene. Finansiering vil imidlertid også måtte rette seg inn mot behandlingstilbud som omfatter øvrige pasienter, pasienter hvis tjenestebehov avviker fra det standardiserte innholdet i pakkeforløpet. Finansielle innretninger må dermed balansere mellom understøttelsen av normerte forløp og aktiviteter som avviker fra disse.

4.5 Organisering

Både de regionale helseforetakene/helseforetakene og kommunene har stor frihet til å organisere tjenestene sine. Samhandling om pasienter med sammensatte lidelser eller har behov for koordinerte tjenester på tvers av dagens strukturer utfordrer dagens organisering.

Samhandlingsreformen og etablering av ulike samarbeidsavtaler mellom det enkelte helseforetak og den enkelte kommune skulle bidra til bedre samhandling og koordinering av tjenester for pasienter med særskilte behov.

Evaluering av samhandlingsreformen viser at det fremdeles er utfordringer med å få etablert gode samhandlingsstrukturer som sikrer definerte pasientgrupper gode og koordinerte helsetjenester, både på tvers av forvaltningsnivåene og innad i kommunen.

Ulike utredninger viser at endringer i organisering/organisasjonsmodell mot i større grad å etablere og utvikle ulike typer multidisiplinære team kan være veien å gå for å få til en bedre samhandling om prioriterte/definerte pasienter.

I kommunesektoren har utprøving av primærhelseteam, der fastlegekontorene/fellesskapene er styrket med en helsesekretær, vist positive resultater når det gjelder bedre samhandling mot de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene om pasienter med ulike kroniske lidelser eller sammensatte behov. Forsøket har per i dag virket for kort tid til å si noe om en bedret samhandling med spesialisthelsetjenesten om de samme pasientene. Et av fastlegekontorene er også styrket med psykolog. En slik tilnærming, der

²⁶ Hetlevik, O. & Gjesdal, S. (2010) Norwegian GPs' participation in multidisciplinary meetings: A register-based study from 2007. BMC Health Service Research 2010(10) :309, November 2010.

fastlegekontorene tilføres andre helsepersonellressurser kan i noen grad sammenlignes med svenskens valgte vårsentralmodell.

Etablering av pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) i Helse Nord (samarbeid kommuner og UNN) har vist til gode erfaringer når det gjelder koordinering og oppfølging av pasienter med sammensatt sykdomsbilde. Teamene er sammensatt av ansatte fra både kommuner og sykehus, og formålet har vært å utvikle bedre og mer helhetlige tjenestetilbud til pasienter med sammensatte/kroniske helseutfordringer. Teamet tar utgangspunkt i pasientens preferanser og målsettinger, og koordinerer tjenester på tvers av forvaltningsnivåene. Andre organisatoriske tiltak som har vist gode resultater er etableringen av ACT/FACT team for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, har en teambasert tilnærming og leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester knyttet til behandling av rus og psykisk lidelse, og tett individuell oppfølging rettet mot arbeid, familie, fritid og bolig. FACT er en tilpasning av ACT-modellen. Kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider tett i både ACT- og FACT-teamene. Samhandlingen i disse tverrfaglige multidisiplinære teamene er forankret i egne samarbeidsavtaler som er forankret på topp nivå blant samarbeidspartnerne, for å sikre teamene legitimitet for sin virksomhet.

Etablering av robuste samarbeid reiser også spørsmål rundt hvordan samarbeidstiltak formelt kan organiseres. Valg av organisasjonsform for samarbeidstiltak har betydning for utforming av betalingsformer, og hvordan pengestrømmene går. Både lov om helseforetak m.m. og lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) inneholder kapitler om samarbeid med andre. Kommuneloven har bla. bestemmelse om "oppgavefelleskap" for felles løsning av oppgaver. Helseforetaksloven setter klare begrensninger for hvem foretak kan inngå samarbeid med. Gjeldende lovgivning setter derfor begrensninger for hvordan samarbeidstiltak som PSHT og ACT-team kan organiseres. Andre land har i lovgivning åpnet for organisasjonsformer med deltakelse fra både primær- og spesialisthelsetjeneste; se bla. bestemmelser om "gemänsam nämnd" i den svenske kommuneloven. Valg av organisasjonsmodell kan ha betydning for det å bygge felles kultur og felles forståelse rundt pasient/brukers behov. Samarbeidstiltak i kraft av felles organisasjonsenhet kan gi samarbeidet økt autonomi og mulighet til å disponere egne budsjettressurser.

Samhandling dreier seg om enkeltpasienter og endringer i arbeidsprosesser og behov for samhandling på tvers må ta utgangspunkt i pasientens behov. Gjennom kartlegging av brukernes behov etableres helhetlige og gode pasientforløp, der roller og ansvar avklares og nødvendige sykehusinnleggelser hindres.

Alle forsøk, piloter og satsinger på utvikling av og etablering av gode samhandlingstiltak mellom kommuner og helseforetak eller innad i kommunene viser at endringer i organisering er mulige, men at det er viktig at målene er klart uttrykt, endringen godt ledelsesforankret, at medarbeiderne opplever endringen som nyttig og at finansieringen understøtter den nye organisasjonsformen.

Utfordringen ligger i å gå fra forsøk, piloter mm til implementering i storskala. Her kan en vurdere å gi helsefelleskapene en tydelig rolle, både gjennom utforming av nye samarbeidsavtaler og sørge for god rolle og ansvarsavklaring.

4.6 Kultur- og virksomhetsstyring

Etablering av og utvikling av sammenhengende tjenester på tvers av forvaltningsnivå har vært et ønske og hatt fokus siden St. meld 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. I forbindelse med gjennomføringen av reformen ble det etablert et bredt spekter av virkemidler, blant annet etablering av forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak/sykehus.

Evalueringen i regi av Forskningsrådet (EVASAM 2015) viste at selv om partene som utformet samarbeidsavtalene opplevde likeverdighet har både fastleger og ledere innen pleie og omsorgstjenestene uttrykt bekymring og påpekt en asymmetri knyttet til det pasientnære og helsefaglige arbeidet. Dette er knyttet til at det er vist liten fleksibilitet i forhold til kommunenes behov for å planlegge, samt ikke tatt tilstrekkelig hensyn til hvor dårlige pasientene var eller at de har flere kroniske tilstander på overføringstidspunktet. Videre at pasientene også ble meldt utskrivningsklare tidligere enn før.

I årene etter 2015 har det skjedd tilpasninger og forbedringer i samarbeidsavtalene (konkretisering), det har vært arbeidet aktivt med forankring av avtalene ut i det kommunale tjenesteapparatet og dialogen/kommunikasjonen mellom tjenestenivåene har bidratt til en større forståelse for hverandres roller og ansvar. Likevel er det slik at når en ser på de ulike delavtalene er det enda et potensiale for å være mer konkret når det gjelder hva en skal samarbeide om, hvordan organisering en skal velge, hvordan brukerne skal involveres og hvordan tiltakene skal finansieres.

For å sikre prioriterte pasientgrupper med store og sammensatte behov en bedre og helhetlig helsetjeneste ble det som et tiltak gjennom NHSP 2020-2023 etablert 19 helsefelleskap. Ambisjonen at representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen for å finne gode lokale løsninger. Det er ennå for tidlig å evaluere effekten opprettelsen av helsefelleskapene har på samarbeidet om pasientene.

Endringer i organisering krever tid og god kommunikasjon om hensikt og formål. Vellykkede endringsprosesser kjennetegnes av tydelig ledelse, god kommunikasjon om målbildet, tidlig involvering av de ansatte og en god forståelse av egen organisasjonskultur. Alle organisasjoner har sin egen kultur. Kulturer etableres gjennom samspill mellom de ulike ansatte og er et produkt av de ansattes normer og verdsett. Kultur vises gjennom hvordan de ansatte utfører sitt arbeid og endres gjennom oppgave- og problemløsning og endringer i personellsammensetningen.

Etablering/utvikling av gode og sammenhengende pasientforløp vil være avhengig av at vi klarer å etablere en god samhandlingskultur med gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling, samt organisatoriske og økonomiske rammebetingelser som understøtter og motiverer de ansatte til å videreutvikle tjenestene til beste for pasientene.

4.7 Digitalisering

Den teknologiske utviklingen både vil og må påvirke måten vi behandler og følger opp pasienter og brukere på i helsetjenesten. Utvikling av kunstig intelligens, høyere helsekompetanse blant pasienter og brukere og krav om nye måter å yte tjenester, vil føre til en endring både i organisering og arbeidsprosesser. Disse nye mulighetene vil også kunne utfordre helsepersonell og beslutningstakers tilnærming til pasienter der vi kan se for oss en større grad av persontilpasning i hvordan helsetjenestene gis.

"Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre. Det handler om å tilby nye og bedre tjenester, som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige." (Kommunal- og moderniseringsdepartementet).

Digitalisering handler ikke bare om teknologi, men at det også vil måtte føre til en omlegging av arbeidsprosesser gjennom tjenesteutvikling med teknologi som et virkemiddel. E-helse og digitalisering innebærer også en "ny" helsetjeneste der man skal bruke ulike digitale verktøy og IKT til å forbedre og effektivisere tjenesten.

Digitale tjenester og IKT i helsetjenesten handler blant annet om verktøy som kan brukes direkte i helsetjenesten. For eksempel ved at digitale verktøy som video, telefon eller nettbaserte tjenester kan komme til erstatning for fysiske frammøter i sykehus. Den umiddelbare konsekvensen for finansieringssystemene vil være at disse må tilpasses den nye måten å yte tjenester på. Det er allerede utviklet flere finansieringsløsninger for dette innenfor Innsatsstyrt finansiering, men det er også gjort endringer i takstsystemene for fastleger og andre tjenesteytere som finansieres gjennom takster.

Digitale tjenester og IKT kan også handle om digital infrastruktur som felles journalløsninger inkl. deling av pasientrapporterte data eller monitoreringsdata mellom ulike tjenesteytere. Dette er data som i dag ikke finnes i de pasientadministrative systemene, men som kan ligge ustrukturert i pasientjournalen. En slik tilgang til data vil være nødvendig både innen ulike tjenesteytere på samme nivå, men også på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å kunne yte tjenester som for pasienten framstår som helhetlige og samordnede.

En økende grad av digitalisering utfordrer også personvern og datasikkerhet, behovet for lagring av større mengder data og standardisering av kodeverk og terminologi som brukes i helsetjenesten. Digitalisering kan utfordre de juridiske og organisatoriske rammer på en mer uttalt måte enn for andre områder blant annet gjennom at det vil være muligheter for at

pasienter i større grad kan følges opp av annet personell på lavere nivå enn tidligere. For eksempel kan dette gjelde pasienter som skrives ut tidligere fra sykehus, og som skal få resten av oppfølgingen hjemme. Ytterligere problemstillinger knyttet til det juridiske vil oppstå ved bruk av pasientens eget utstyr, så som smartklokker og lignende.

Dagens finansieringssystemer skiller mellom betaling for selve helsetjenesten (eksempelvis DRG og ISF eller takst) og finansiering av investeringer i infrastruktur og IKT-systemer. Ved framtidig innretning av finansieringssystemer må det tas hensyn til at digitale verktøy dels erstatter innsats fra helse- og omsorgspersonell. I tillegg kommer utgifter til finansiering av behandlingshjelpemidler som ved økt digitalisering kan øke i omfang og kostnad. Et eksempel på dette kan være nettbrett med ulike målesystemer som den enkelte pasient kan ha hjemme for å rapportere egen helsetilstand. Dette berører i høyeste grad også pasienter som følges opp for sin tilstand både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. I slike tilfeller vil plassering av både behandlingsansvar og ansvar for å dekke kostnader til utstyr være utfordrende når vi opererer med et tydelig skille mellom nivå i helsetjenesten.

Dersom omlegging av arbeidsprosesser også innebærer behov for investering i utstyr, infrastruktur og hjelpemidler som nettbrett og lignende vil finansieringssystemene ved en slik omlegging utfordres på en annen måte og kanskje i større grad enn om en omlegging kun omfattet personell. Dette siden digitale tjenester i større grad representerer investeringer og økte kostnader i oppstarten av en tjeneste. Det er også pekt på at fordeling av kostnader og gevinster mellom nivå inkluderer investering i utstyr som brukes "på tvers" (behandlingshjelpemidler) ikke følges ad. Kostnaden for en ny type tjeneste kan komme i en del av tjenesten, mens gevinsten kan komme i en annen del og gjerne også fram i tid. For eksempel kan nettbasert oppfølging og monitorering av en KOLS-pasient gi en investerings- og driftskostnad for helse- og omsorgstjenesten som kan føre til unngåtte innleggelse i sykehus. Andre typer tjenester kan på sikt gi gevinster begge steder, men uten særskilte avtaler eller ordninger vil kostnaden og refusjonen for tjenesten ligge på kun ett av nivåene.

En økt digitalisering av tjenester kan også bety muligheter for økt deltagelse og medbestemmelse knyttet til egen helse sett fra pasienten. Hvem eller hva som bestemmer målene for pasienten er i endring, og dette forsterkes av digitale muligheter for pasienten. Dette kan også føre til en større grad av persontilpassede helsetjenester, noe som gir behov for parallelle måter å yte helsetjenester på. Det som passer for en pasient eller pasientgruppe, passer ikke like godt for en annen. Dette kan også utfordre nivåinndelingen og finansieringsløsningene.

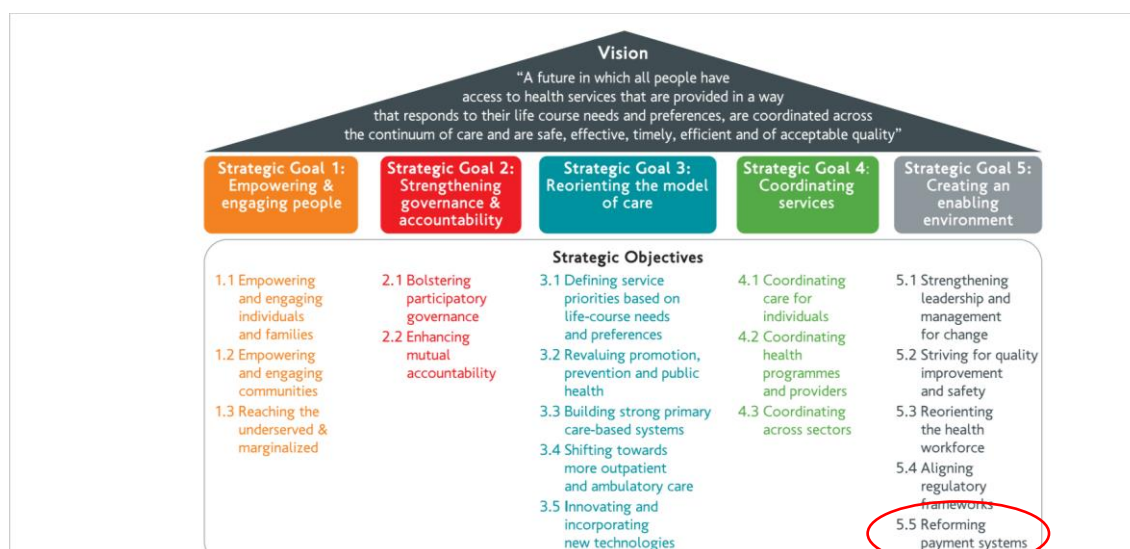
Det er også pekt på at digitalisering vil kunne skape et nytt nivå i helsetjenesten, noe som er mer avansert enn den tradisjonelle kommunale hjemmetjenesten. Sykere pasienter enn tidligere kan følges opp i hjemmet framfor i sykehus eller sykehjem. Dette kan føre til behov for annen kompetanse andre verktøy, og muligens andre typer finansieringsmuligheter enn tidligere.

4.8 Godt samvirke av virkemidler

De fire målsettinger i "Quadruple aim"²⁷, som til forskjell fra "Triple aim"²⁸ også vektlegger hensynet til fungerende helseteam, er 1) bedre brukerinvolvering og bedre pasienterfaringer, 2) bedre helsetilstand i befolkningen, 3) velfungerende helseteam og 4) økt bærekraft (mer effektiv bruk av ressurser). Pasientsentrerte sammenhengende helsetjenester er internasjonalt ansett som et avgjørende grep for å nå de overordnede målsettinger.

Generalforsamlingen i WHO vedtok 27. mai 2016 en global strategi for pasientsentrerte og integrerte helse- og omsorgstjenester²⁹. At oppfyllingen av strategien fordrer bruk av et bredt sett av virkemidler kommer klart fram av strategiens med strategiske mål med tilhørende virkemidler. Forbedringer i finansieringssystemer og betalingsordninger er ett av de mange strategiske virkemidler (18) for å oppfylle strategiens visjon og mål. Strategien framgår av figur. 4.3.

Figur 4.3 Global strategi for pasientsentrerte og integrerte helse- og omsorgstjenester (WHO)



Strategien understreker at mål om sammenhengende integrerte tjenester fordrer et bredt sett av virkemidler, der betalingsordninger inngår. Strategien peker særlig på kapasjon (*mixed payment models based on capitation*) som gunstig for å understøtte strategiens mål, når det gjelder betalingsordninger. Betalingsordninger skal understøtte flere hensyn og mål for helse- og omsorgstjenester, der andre ordninger enn kapasjon kan ha fortrinn. Kapitering som betalingsordning er omtalt i del 3 og inngår i en av skisser til konsepter i del 5.

Myndigheter i mange land har satt i verk ulike initiativ for å skape sammenhengende, integrerte helse- og omsorgstjenester i samsvar med den globale strategien. Det er viktig å

²⁷ From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider, Ann Fam med 12(6): 573–576

²⁸ Don Berwick et al, The triple aim: care, health, cost (2008)

²⁹ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

stille spørsmål om slike brede initiativ har den ønskede effekt. Kunnskapen om slike initiativ og effekter av slike initiativ er sterkt økende, særlig fra 2010 og utover.

En systematisk kunnskapsoversikt³⁰ over studier som belyser effekter av initiativ fra myndigheter i en rekke land for å stimulere sammenhengende tjenester (integrated care) inkluderte til sammen 267 studier.

Basert på de inkluderte studier trekker kunnskapsoversikten en oppsummering som følger:

- Initiativ for mer sammenhengende tjenester øker pasienttilfredshet
- Helsepersonell opplever økt kvalitet på tjenester som følge av initiativene
- Studiene trekker i retning av bedre tilgang til tjenester for brukere/pasienter

For øvrige overordnede målsetninger som satt i "Quadruple Aim" oppsummerer oversikten:

- Studiene peker i ulik retning hva gjelder initiativenes virkning på utvikling i kontakter med helsetjenesten
- Studiene gir ingen holdepunkter for å konkludere om initiativene leder til mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester eller ikke.

Myndighetsinitiativene som er belyst gjennom studiene som inngår i oversikten omfatter en rekke ulike intervensjonskriterier. Initiativene omfatter normalt flere (et sett av) virkemidler (intervensjonskriterier), der endringer i finansieringssystem og bruk av nye betalingsordninger for tjenester inngår blant virkemidlene. Oppsummeringene i kulepunktene over viser effekter av virkemidlene i initiativene samlet, og kan sjelden knyttes til ett av virkemidlene. Finansieringsvirkemidlet og bruk av økonomiske insentivene blir ansett som viktig for målet om sammenhengende tjenester (integrated care), men andre virkemidler som multidisiplinære team, normering av tjenester og tjenesteforløp, organisatoriske løsninger etc. forekommer oftere i de initiativene studiene belyser. Når studiene belyser at det er mulig å oppnå resultater (jf. kulepunkter over) gjennom ulike sett av virkemidler viser det finnes "flere veier til Rom".

Det kan være flere forklaringer på hvorfor positive erfaringer fra pasienter/brukere og helsepersonell ikke også slår ut på helsetilstand og bærekraft i tjenestene. En av mulige forklaringer kan gå på tidsperioden studiene dekker; bedret helsetilstand og bærekraft kan komme over tid og ikke like lett å endre som pasienters og helsepersonells erfaringer med og opplevelser av tjenestene som følge av et initiativ. Studiene dekker i mange tilfeller en periode på 2-4 år.

³⁰ Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review, Health Services and Delivery Research, No. 6.29

5 Konsepter for mulige innrettinger av finansieringssystemene

5.1 Innledning

Et sammenhengende tjenestetilbud med utgangspunkt i pasientens ståsted, og slik at pasient- og brukerrollen styrkes, er en viktig målsetning. I mange tilfeller, for eksempel for pasienter med langvarige og sammensatte behov, dreier sammenheng og helhet seg om etablering av integrerte tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene, og med pasienten som aktiv medspiller.

I budsjettproposisjonen for 2022 het det bla: "*Utviklingen av standardiserte pasientforløp har i hovedsak vært avgrenset til spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester hver for seg. Pasientenes behov strekker seg imidlertid ofte på tvers av forvaltningsnivåene, både i elektive og akutte pasientforløp. Framover er det viktig at både nasjonale helsemyndigheter og helsefelleskapene utvikler gode pasientforløp som favner hele pasientens forløp i helse- og omsorgstjenesten.*" Fra pasientens/brukerens perspektiv vil avgrensning til "helse- og omsorgstjenester" innebære en innsnevring av hans/hennes fulle behov for tjenester og koordinering. I dette rapporten brukes likevel denne avgrensningen. I enkelte land pågår utviklingsarbeid som innebærer å inkludere en bredere gruppe av velferdstjenester.

Finansieringssystemene kan innrettes for å stimulere til økt/bedre samhandling, og gjennom valg av betalingsordninger gi insentiver (lage et økonomisk grunnlag) for et forpliktende samarbeid mellom tjenestesteder. Insentivene kan knyttes til individuelle forløp der det er relevant, eller til summen av forløp for grupper av pasienter/brukere der det er relevant. I del 5 skisseres ulike konsepter for hvordan finansieringssystemene kan stimulere til bedre sammenheng og forpliktende samarbeid. Kunnskap viser samtidig at innretning av finansieringssystemer og valg av betalingsordninger alene ikke kan sikre den ønskede kontinuitet og sammenheng. I tråd med resultatene i pkt. 4.8 må virkemidlene støtte opp hverandre for å lykkes med målsetningen. Studier, blant annet fra Danmark viser stort frafall blant pasientgrupper som er kvalifisert for helhetlige forløp i tråd med nasjonale anbefalinger. Frafallet var knyttet til manglende oppfølging både fra spesialist- og primærhelsetjenesten. Én mulig årsak kan være at finansieringssystemene med sine betalingsordninger ikke sikret det økonomiske grunnlag for tjenestestedene for å ivareta den

ønskede kontinuitet og sammenheng i tjenestene. Likeens at lovpålagte koordineringsfunksjoner og -instrumenter, som det ikke er knyttet særskilte økonomiske virkemidler til, i manglende grad blir ivaretatt.

Felles tilgang til pasientdata og administrative data, samt felles tilgang til kommunikasjonsløsninger med og om bruker/pasient vil understøtte alle konsepter for sammenhengende tjenester, og vurderes ikke under de ulike konsepter, men samlet under del 5.5.

I NOU 2005:3 Fra stykkevis og delt endte utvalget opp med å foreslå en øremerket "samhandlingsmilliard". Kunnskapen gir ingen støtte for øremerket tilskudd som en bærekraftig løsning. En mer bærekraftig løsning vil være å inkorporere større grad av forpliktelser i finansieringssystemene enten gjennom betalingsordninger for individuelle forløp eller gjennom innretning av finansieringen for grupper av pasienter med behov for sammensatte tjenester. Vi har i del 4.8 vist til kunnskap som viser at initiativ for pasientsentrerte sammenhengende tjenester, ved bruk av sett av virkemidler inkl. finansielle, gir økt pasienttilfredshet og opplevelse av økt tjenestekvalitet for helsepersonell (kunnskap om effekt av resultatbasert finansiering som inkrementell ordning er dog usikker). Denne kunnskap gjentas ikke for de enkelte konsepter (5.3-5.4), der kun hensynet til økt bærekraft vurderes.

Pasientens ønske om tjenester nær/i eget hjem, og å være en aktiv partner i behandling og oppfølging av egen helsetilstand er korrelert med en styrket primærhelsetjeneste, og egenbehandling/egenomsorg fra pasientens side, og kan slik sett støtte opp om økt bærekraft. Bedre sammenheng i tjenestene kan på den annen side også avdekke tidligere udekkede behov og kreve særlig/ny innsats fra utøvere, der det på forhånd er usikkert om den ekstra innsats lar seg dekke av frigjort tid, i det minste på kort sikt.

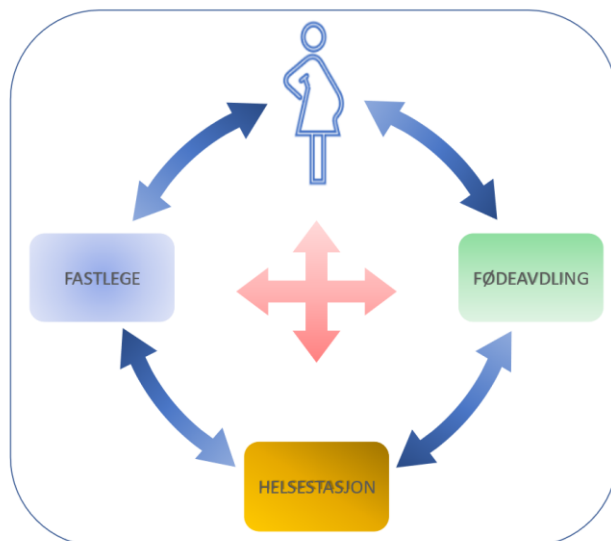
5.2 Ulike brukergrupper og ulikheter i forløp

"Forløp" er et begrep som brukes i en rekke sammenhenger uten at det er entydig hva begrepet innebærer, jf. eksempelvis ønske om mer *forløpsbasert* finansiering. Internasjonalt ser vi en definisjon av *forløp* (case management) som "planlegging, gjennomføring og monitorering av **helse- og omsorgstjenester** til en **definert pasient/bruker** utført av en koordinert gruppe av helse- og omsorgspersonell." I dette rapporten forstår vi, med tjenesteyters perspektiv, forløp som et sett av pasientrettede aktiviteter satt i en meningsfull sammenheng og rekkefølge. Fra pasientens side vil forløpet være alle kontakter med helse- og omsorgstjenester knyttet til en medisinsk tilstand. Fra et pasientperspektiv kan selv en slik definisjon være for snever, da pasienten kan ha kontakter med flere velferdstjenester knyttet til den medisinske tilstand.

Det er relevant å gjøre et skille mellom forløp basert på kjent helsetilstand og forløp i den akuttmedisinske kjede basert på akutte hendelser. På individnivå vil forløp basert på kjent helsetilstand være enklere å planlegge i tid og i forkant enn forløp i den akuttmedisinske kjede. Ulike typer av forløp vil kunne kreve ulike innretninger av finansieringsordningene.

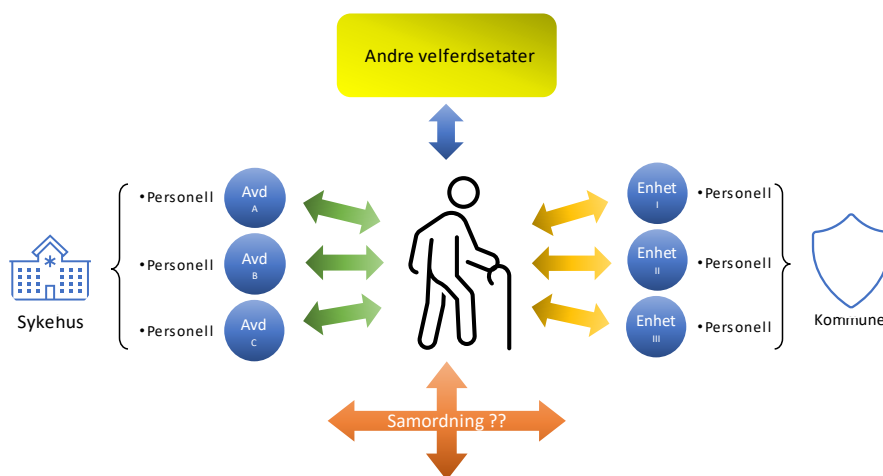
Blant brukere/pasienter med kjent helsetilstand vil også forløp variere basert på forskjell i behov for kompleksitet og omfang av helse- og omsorgshjelp ut fra helsetilstand. I figur 5.1 er et tentativt enkelt forløp søkt illustrert.

Figur 5.1 Forløp ukomplisert svangerskap



Ulike pasienter trenger ulike pasientforløp. Hva som må til for å skape gode pasientforløp vil derfor variere. "Svangerskapsforløp" som vist i figur 5.1 er brukt som eksempel fordi dette er et forløp der Nederland har tatt i bruk en betalingsordning for det tverrgående forløp som dekker både aktiviteter i primær- og spesialisthelsetjeneste. "Skrøpelige eldre" (figur 5.2) er en pasientgruppe med betydelig større kompleksitet i behov, og der forløp er forbundet med betydelig større usikkerhet enn ved et ukomplisert svangerskapsforløp. Betalingsordninger som kan understøtte sammenhengende tjenester for denne gruppen arbeides det med i mange land, men utgjør en betydelig utfordring med tanke på å utforme hensiktsmessige ordninger

Figur 5.2 Forløp "skrøpelige eldre"



For at pasient og bruker skal oppleve tjenestene som sammenhengende, jf. del 1, kreves en felles forståelse av pasientens behov og en felles forståelse for videre behandlingsforløp. Det er klare indikasjoner på at dette ikke er situasjonen i dag for grupper av pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Forløp i den akuttmedisinske kjede representerer en utfordring i de fleste lands helsesystemer der mange søker etter og prøver ut mer bærekraftige løsninger. Generalistkommuneprinsippet innebærer at alle kommuner skal ivareta oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven; uavhengig av størrelse og innbyggertall. Generalistkommuneprinsippet utfordrer særlig små og mellomstore kommuner på to fronter:

- Mulighet for å inneha tilstrekkelig spesialisert kompetanse til å ivareta hele spekteret av tjenestetilbud basert på behov for helse- og omsorgstjenester hos befolkningen
- Mulighet for å ivareta beredskapsfunksjoner kveld/natt/helg innenfor somatikk og psykisk helsearbeid, evt. samtidige psykisk helse- og ruslidelser.

Kommuners økonomiske rammer setter begrensninger for hvilken spesialisert kompetanse kommunen selv kan rekruttere, og hvilket beredskapstilbud innen somatikk og psykisk helsearbeid kommunen selv kan make å ivareta kveld/natt/helg. Kommunen må vurdere "forsvarlig tilbud" på individ- og tjenestenivå, som ofte innebærer et svakere tilbud enn hva som ideelt sett kunne være ønskelig. Når spesialisert kompetanse ikke inngår i beredskapstilbudet kommunen har, og/eller døgnerberedskapen ikke er fullstendig, vil konsekvensen være at for mange innbyggere med behov for akutt helsehjelp kan bli sluset mot tjenestesteder som innehar den nødvendige kompetanse og beredskap på døgnbasis; dvs. spesialisthelsetjenesten. Dette selv om det akutte behov for helsehjelp kunne vært håndtert gjennom tjenester som i utgangspunktet inngår under kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven, men med kommunal variasjon i grad av spesialistkompetanse og døgnfunksjoner. Døgnerberedskap med spesialisert kompetanse er generelt svakere i små enn store kommuner, og beredskapen i kommunene er generelt svakere på psykisk helsearbeid enn på det somatiske området. Et samarbeid mellom kommuner vil kunne bøte på, men ikke løse utfordringen.

Gjennom sin finansieringsmodell har spesialisthelsetjenesten i større grad økonomisk inndekning for beredskap og akutt helsehjelp, også når tilbudet kunne vært gitt av kommunen. Kommunen, på den annen side, har ikke tilstrekkelige økonomiske insentiver for å styrke tjenestetilbudet i ovennevnte tilfelle, selv om en slik løsning økonomisk sett for samfunnet under ett, ville vært lønnsomt. Dette illustrerer et gråsonetilfelle som følge av at nivåene er underlagt ulike finansieringssystemer.

5.3 Alternative innretninger av finansieringssystemer der gjeldende betalingsordninger videreføres

5.3.1 Forpliktende spleiselag - samhandlingsbudsjetter

Samhandlingsbudsjetter kan betraktes som en type spleiselag mellom kommuner og helseforetak, evt. også private fastlegekontorer, rundt behandling og oppfølging av pasienter/pasientgrupper. Samarbeidsbudsjetter innebærer ikke en ny betalingsordning, men at samarbeidende virksomheter arrangerer et forpliktende samarbeid basert på inntekter/inntjening virksomhetene har gjennom de etablerte og gjeldende betalingsordninger. I vedlegg til rapporten framgår de gunstige effekter for kontinuitet og sammenheng som potensielt kan oppnås. Samarbeidsbudsjetter kan være en alternativ løsning for aktiviteter rettet mot pasientgrupper med omfattende behov for samtidige tjenester, men der de individuelle "episoder" (se avsnitt om bundling) er for ulike til at det kan knyttes én lik betalingssats til hver individuell episode i målgruppen. Vi har internasjonalt også eksempler på at samhandlingsbudsjetter har vært nyttet for prehospitaltjenester (akuttmedisinsk kjede)³¹.

Samhandlingsbudsjett for akuttmedisinsk kjede

Under Vanguard-programmet¹ valgte NHS sentralt ut 8 byområder som ønsket å prøve ut en ny nettverksmodell for vakt- og akuttberedskapstjenestene. I modellen som prøves ut i byområdene er kommunale velferdstjenester tett knyttet opp til helsetjenester koplet på for å skape en mer helhetlig beredskapstjeneste. Målet med modellen var

1. En helhetlig øyeblikkelig hjelp tjeneste lokalt
2. Et spesialisert akutt tilbud for personer med alvorlige og livstruende helsetilstander

For å oppnå både en mer helhetlig tjeneste lokalt, og å søke å redusere antall akuttinnleggelse i sykehus er samarbeidspartene avhengig av en tett koordinering og samhandling.

NHS England fikk utviklet en betalingsmodell for bruk i de lokale akuttmedisinske kjeder:

- Partene disponerer i fellesskap budsjett for de tjenester som inngår i beredskapstjenesten
- De inntekter partene tjener opp etter nasjonale finansieringsordninger legges inn i det felles budsjettet
- Den enkelte nettverksparts andel av budsjett består av grunnfinansiering, aktivitetsbasert finansiering og resultatavhengig betaling.

³¹ NHS England "New care models"

Denne finansieringsløsningen (spleiselag) har vært valgt både for gjennomførte samhandlingstiltak i Norge og i andre europeiske land. At modellen er kjent for kommuner og foretak er en fordel, samtidig som en har høstet erfaringer med hva som gjenstår som utfordringer for at modellen kan ha den tilsktede effekt. I rapporten "behov for nye finansieringsordninger"³² beskrives en rekke samarbeidstiltak mellom kommuner og helseforetak. I stor grad er de beskrevne samarbeidstiltak basert på prosjektfinansierte spleiselag, gjerne med tidsbegrensede tilskuddsmidler (også fra tredje part) i bunn. Rapporten angir at det er " «Lett» å få tak i prosjektmidler, vanskelig å få midler til implementering. Implementeringsplan er sjeldent en del av prosjektplanen". SINTEF-rapporten (KS 2020) beskriver også en rekke samhandlingstiltak med og uten økonomisk interaksjon basert på spleiselag. Rapportene beskriver videre manglende formalisering/forankring, manglende kompetanse og manglende støtteverktøy (særlig IKT) som vesentlige utfordringer, jf. også gjennomgang av helhetlig virkemiddelbruk i del 4. Kompetansesenter for læring og mestring i helsetjenesten har evaluert lærings- og mestringstilbud som del av samarbeidsavtalene mellom kommune og helse foretak og skriver: " Det må betraktes som lite tilfredsstillende at kun omkring halvparten av avtalene konkretiserer samhandling om lærings- og mestringsevne. Det som i hovedsak omtales er oppgave- og ansvarsdeling, likevel er det få som sier noe konkret om samarbeid, brukermedvirkning, organisering og finansiering av tiltak".³³

Selv om flere av samarbeidstiltakene omtalt i ovennevnte rapporter delvis/helt er finansiert gjennom og til dels initiert av sentrale tilskuddsordninger ligger det betydelige fordeler i at etableringen bygger på lokale initiativ basert på felles forståelse om behov for samarbeid mellom nivåene og også intensjoner om hvordan samarbeidet bør foregå. Det kan også ses på som en fordel at samarbeidspartene (kommune, foretak og evt. fastlegekontor) bruker egne budsjettmidler, og slik sett ikke berører, eller krever endringer i de generelle betalingsordninger (basis- og aktivitetsbasert finansiering) for helse- og omsorgstjenester.

De erfaringer om overgang fra prosjekt til fast drift for samarbeidstiltak som framgår av ovennevnte rapporter, samt funn i evalueringsrapporten om samarbeidstiltak om læring og mestring, tilsier tydeligere krav til struktur på samarbeidstiltakene, og avklaring av rammevilkår samarbeidstiltakene skal operere under.

Tydeligere krav på struktur går på organisering og organisasjonsformer for samarbeidstiltak, herunder grad av autonomi, operasjonelle krav til aktiviteter som inngår i samarbeidet, tilgang til felles verktøy og metoder, men også det økonomiske grunnlaget for samarbeidet. Dette er nødvendige grep for å stimulere ytterligere og robuste samarbeidstiltak.

Finansielt vil samarbeidspartene være svært opptatt av de økonomiske konsekvenser av et samarbeidstiltak, særlig når samarbeidet er mer omfattende enn enkeltstillinger. Dette går på samlede kostnader for tiltaket og kostnadsfordeling mellom partene, tilsvarende for

³² Rapport til samarbeidsutvalget Oslo, mai 2016

³³ Rapport: NKLMH 1/2020

inntekter dersom samarbeidstiltaket evt. genererer slike. Minst like viktig for partene vil være hvordan samarbeidstiltaket påvirker ressursbehovet for egne og samarbeidspartens tjenester som ikke inngår i samarbeidet, men som kan påvirkes av samarbeidstiltakets drift. Både konsekvenser på kort og noe lengre sikt.

Siden mange etablerte samarbeidstiltak bygger på spleiselag er det opplagt mulig med en innretting av finansieringsordninger for å understøtte sammenhengende tjenester å bygge videre på de erfaringer vi sitter på fra de mange samarbeidstiltak. Fra "betalers" side vil innrettingen da ikke ha oppmerksomhet mot de generelle betalingsordningene (som ikke påvirkes), men mot de økonomiske virkemåtene innad i samarbeidene. Det må skaffes til veie økt kunnskap om økonomiske konsekvenser for partene ved et samarbeid, kunnskapen må anvendes i modellbeskrivelser og ved implementering av modeller. De økonomiske konsekvenser kan endre seg over tid, noe som kan fanges opp gjennom jevnlig analyse og brukes som grunnlag for oppdateringer av modellbeskrivelser.

Rolle for helsefellesskap

Helsefellesskapene er etablert i foretaksområdene, som ledd i oppfølging av Nasjonal Helse- og sykehusplan (2020-23). Fellesskapene vil kunne spille en viktig rolle ved forberedelse, implementering og oppfølging av tiltak med samhandlingsbudsjetter. Gjennom helsefellesskapene er der skapt en arena der fagfolk i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og i helseforetak gjennom faglige samarbeidsutvalg kan utarbeide konkrete prosedyrer og tjenestemodeller basert på føringer fra de strategiske samarbeidsutvalg.

Etablering av operative samarbeidstiltak, som samhandlingsbudsjetter innebærer, innbefatter en rekke punkter som krever avklaring. Punktene som omtales i neste avsnitt er dels basert på anbefalinger i "*Establishing integrated budgets*"³⁴. Listen inneholder vesentlige momenter, men må ikke anses som uttømmende.

Momenter for avklaring ved etablering av samhandlingsbudsjetter

Å gå fra intensjoner om samarbeid og samhandling til forpliktende samhandlingsbudsjetter er krevende og vil forandre grundige forberedelser, respekt og likeverdighet mellom partene. Etablering av helsefellesskapene har skapt et møtepunkt med ramme for å kunne fasilitere nødvendige forberedelser. Forut bør det tas stilling til om økonomisk risiko alene skal deles mellom samarbeidende virksomheter.

- i. Definere og spesifisere målgruppe for det forpliktende samarbeid (gruppe av brukere og pasienter)*

Skrøpelige eldre, barn og unge med funksjonsnedsettelse og personer med samtidige psykiske- og ruslidelser er pekt ut som viktige målgrupper for samarbeidstiltak. Det er nødvendig å spesifisere og kvantifisere målgruppene ytterligere i foretaksområdet for å

³⁴ NHS England and NHS Improvement (2019)

kunne dimensjonere de samarbeidstiltak for samhandlingsbudsjetter. Vi har i avsnitt (sette inn referanse) omtalt ACG-modellen. Denne modellen, og tilsvarende modeller, har flere anvendelsesmuligheter og kan også nyttes for "stratifisering" gjennom sin fordeling av populasjon på 102 meningsfulle kliniske grupper, der enkelte av gruppene kan utgjøre målgrupper for samarbeidstiltakene. I rapporten "*Forebyggende risikokartlegging i samband med oppfølgingsteam*"³⁵ presenterer NTNU også andre og alternative metoder for å definere og spesifisere målgrupper for tiltakene.

ii Sette opp 0-punktsmåling over aktiviteter, kostnader og inntekter knyttet til målgruppen

Når målgruppe er spesifisert må det framstilles oversikter over hvilke aktiviteter knyttet opp mot målgruppen hver av de samarbeidende virksomheter har. Dette er aktiviteter som i utgangspunktet er aktuelle å legge inn i et *samhandlingsbudsjett*. Størrelsen på et slikt budsjett vil også avhenge av hvilke kostnader og inntekter som er knyttet til aktivitetene. For aktivitetsbaserte inntekter og øremerkede tilskudd vil det normalt være mulig å framskaffe et verifiserbart tallgrunnlag. For aktiviteter som er finansiert ved basis/rammetilskudd må det utarbeides estimater over inntekter for virksomhetene, som kan tilordnes målgruppene, basert på tilgjengelig informasjon over grunnlag for fordeling. Tilsvarende vil gjelde for kostnader for aktiviteter, der det er vesentlig at metoder for framstilling av estimater er transparente og omforente mellom de samarbeidende virksomheter.

iii Definere hvilke av eksisterende aktiviteter som inngår i samhandlingsbudsjettet

Gjennom en 0-punktsmåling vil virksomhetene ha etablert en bruttoliste over aktiviteter knyttet opp mot målgruppen, samt kostnader og inntekter som er tilordnet aktivitetene. Samhandlingsbudsjettet er et virkemiddel for å se aktivitetene rettet mot målgruppen best mulig i sammenheng, for derigjennom å etablere sammenhengende tjenester for brukere/pasienter. Av den grunn er det en fordel at flest mulig aktiviteter legges inn i grunnlaget for samhandlingsbudsjettet. I praksis vil det likevel kunne være aktiviteter som holdes utenom.

iv Sette opp en plan for framtidige aktiviteter i samarbeidet – forutsigbarhet

Samhandlingsbudsjettet handler om å komme fram til en felles økonomisk ramme for virksomhetenes aktiviteter knyttet til målgruppen. For en slik framtidig plan vil det være aktuelt å videreføre tidligere aktiviteter hos samarbeidsvirksomhetene, og/eller tilpasse aktivitetene eller erstatte tidligere aktiviteter med nye, basert på hva som best tjener målgruppen for samarbeidet. Samhandlingsbudsjettet handler om å kunne tenke nytt rundt hvordan ressursene samlet kan utnyttes best mulig. Nasjonale faglige anbefalinger kan være til støtte i arbeidet.

³⁵ [Risikostratifisering\(ntnu.no\)](https://risikostratifisering.ntnu.no)

Sammenheng i tjenestene skapes ikke "over natten", men basert på en møysommelig og langsiktig innsats. Planen bør derfor ha et langsiktig perspektiv for å gi deltakende virksomheter og målgruppen for tiltaket størst mulig grad av forutsigbarhet rundt forløp.

v Estimere framtidige kostnader og inntekter

Bruk av samhandlingsbudsjetter har som formål å medføre en endring (bedring) i måter tjenester tilbys. Det bør derfor settes opp et tentativt langtidsbudsjett som reflekterer faktorer som dels ligger innenfor, dels utenfor samhandlingstiltakets kontroll. Vesentlige faktorer vil være:

- a. Endringer i behov som følge av demografisk utvikling i foretaksområdet
- b. Planlagte nasjonale reformer med konsekvens for samhandlingsaktiviteter
- c. Forventede effektiviseringsgevinster som følge av samarbeidet
- d. Forventede effekter av samarbeidet for tangerende aktiviteter hos samarbeidsparter

Ovennevnte faktorer kan medføre endringer i inntekter og kostnader for samarbeidstiltaket isolert, men også for kostnader og inntekter for samarbeidende virksomheter som ligger utenfor samhandlingsbudsjettet. Langtidsbudsjett kan være nødvendig for å synliggjøre nytten/gevinsten av samarbeidet – for virksomhetene og for samfunnet under ett.

Vi Avtale deltakernes økonomiske bidrag

Det er ikke uvanlig for etablerte samarbeidstiltak med "spleiselag" at samarbeidene virksomheter avtaler at de hver for seg finansierer "egne ressurser (personalressurser mv) som inngår i samarbeidet", eller avtaler en sjablonmessig fordeling (for eksempel 50/50) av kostnadene for samarbeidet.

En slik tilnærming kan være for snever som grunnlag for fastsetting av samarbeidsvirksomhetenes økonomiske bidrag. Bidragene bør også se hen til hvordan aktivitetene som inngår i samhandlingsbudsjettet påvirker øvrige aktiviteter i virksomhetene. Dersom sistnevnte aktiviteter påvirkes, bør også slike endringer i kostnader/inntekter reflekteres i virksomhetenes økonomiske bidrag til samhandlingsbudsjettet.

Organisering av samarbeid

Gjenstående mulighet i dag er organisering av tiltaket med en av virksomhetene som vert som ansvarlig for aktiviteten og samhandlingsbudsjettet, der de øvrige deltakende virksomheter bidrar gjennom tilskudd til virksomheten som utgjør vertskap for samhandlingsbudsjettet. En slik modell gir i utgangspunktet svak medbestemmelse for deltakende virksomheter, og det må klargjøres i supplerende og bindende avtaler hvordan

deltakende virksomheter kan være sikret medbestemmelse ved disponering av samhandlingsbudsjettet.

Utarbeide plan for monitorering, rullering og evaluering av samhandlingsbudsjett

Å skape sammenhengende tjenester for brukere/pasienter fordrer langsiktighet for involverte virksomheter i samhandlingsbudsjettet, jf. anbefalinger om langtidsbudsjett. Samtidig innebærer faktorer innenfor og utenfor virksomhetenes kontroll usikkerhet og dermed også økonomisk risiko for deltakerne. Dette fordrer tett monitorering av tiltaket, løpende evaluering av aktivitetene som inngår og avtaler om prosesser for justering/rullering av samhandlingsbudsjettet.

Administrative konsekvenser og effekt på bærekraft

En evidensstudie³⁶ som inkluderer 38 studier fra 8 land makter ikke å trekke klare konklusjoner på om samhandlingsbudsjetter understøtter økt bærekraft; studiene peker i ulik retning. Evidensstudien påpeker som et mulig problem at partene i for stor grad prøver å "kontrollere" midler de selv har lagt inn i budsjettet, og ikke fokuserer nok på hva som tjener samarbeidet samlet. I en studie fra England (2020) er syv samhandlingsinitiativ fulgt over en lengre periode, så langt 6 år. I likhet med andre studier framgår bedre pasienterfaringer og fungerende helseteam som positive effekter. Studiene viser samtidig økt ressursbruk (målt i antall kontakter og innleggelses) de første årene, men indikerer en nedgang i kontakter/innleggelses år 4-6 i følgestudien. En hypotese kan være at en tettere og mer sammenhengende kontakt med og rundt pasient/bruker fanger opp en negativ helseutvikling hos bruker/pasient tidligere, og/eller at en tettere og mer sammenhengende oppfølging dermed avstedkommer flere kontakter. Funnene er usikre og krever videre oppfølging og kunnskapsutvikling.

Konseptet innebærer krav om en sterkere faglig og administrativ understøttelse av helsefelleskapene, noe som vil kreve økte ressurser fra partene og/eller sentralt.

Gjeldende kommunelov og helseforetakslov gjør det mulig å etablere formelle oppgavefelleskap mellom kommuner og mellom helseforetak, men ikke med kommune/kommuner og helseforetak som deltakere sammen. Ut fra hensynet til sammenhengende tjenester og samhandling bør nødvendighet av begrensninger vurderes.

5.3.2 Videreutvikling av de populasjonsbaserte betalingsordninger

Konseptet innebærer at basisfinansiering (helseforetak) og rammetilskudd (kommuner) videreføres med lik eller økt andel av samlet finansiering av helsetjenestene sammenlignet med i dag. Basis-/rammebevilgning inneholder ingen direkte økonomiske insentiver rettet mot samhandling og sammenhengende tjenester for enkeltpasienter (er nøytral), men gir foretak og kommuner frihet til selv å innrette tjenestene slik de selv ønsker. Slik sett innfrir

³⁶ [J Health Serv Res Policy](#). 2015 Jul; 20(3): 177–188

de populasjonsbaserte ordningene flest kriterier for "tillitsbasert finansiering". Dagens populasjonsbaserte ordninger har ingen særlige insentiver rettet mot sammenheng og samhandling, men har heller ingen elementer som kan sies å hindre slik ønsket aktivitet. Sammenhengende tjenester handler imidlertid ikke bare om pasientens møte med helse- og omsorgstjenestene, men også om hvordan systemene på overordnet nivå (sentralforvaltning) er skrudd sammen. Det skisseres systemforbedringer som kan gi positive ringvirkninger for samhandling og sammenhengende tjenester.

Basisbevilgningen står i dag (2021) for mer enn 50 % av inntektene for helseforetak, for fastlegene skal kapitering i prinsippet stå for 30 % av inntektene, mens for kommunale helse- og omsorgstjenester utgjør basisbevilgning (rammetilskuddet) statens finansieringsbidrag sammen med en toppfinansieringsordning (refusjonsordning) for ressurskrevende tjenester.

Det er mulig å se for seg forbedringer i dagens modeller (basisbevilgning og rammetilskudd) som kan virke positivt på sammenheng i tjenestene og bærekraft. Slike forbedringer kan utløses som effekt av:

- a) Valg av analysemetode for etablering av behovs/kostnadsnøkler og kostnadsindeks
- b) Bruk av samtidige versus dagens adskilte analyser for primær- og spesialisthelsetjenester

Analysemetoder for etablering av nøkler/indeks

Det er store likhetstrekk mellom dagens modeller for å beregne basisbevilgning til helseforetak og rammetilskudd (frie inntekter) for kommuner, noe som har sin bakgrunn i at opphavet for basisbevilgningsberegning er beregning av rammetilskudd til fylkeskommuner (inntil 2001).

Befolkningsgrunnet og alderssammensetningen er de viktigste kriterier for beregning av basisbevilgning til kommuner og foretak (noe variasjon mellom somatikk og psykiatri). Både for kommuner og helseforetak kompenseres det for såkalte "demografikostnader" (for eksempel at flere og økt andel eldre gir økt behov for helse- og omsorgstjenester). I praksis vil det derfor ikke gi vesensforskjeller i økonomiske ramme og insentivvirkninger for et foretak/kommune om en framtidig innretning av finansieringssystemet baseres på risikojustert kapitalasjon eller en fortsatt innretning med basisbevilgning (rammetilskudd). WHO anbefaler i sin globale strategi bruk av kapitalasjon, og det kan pedagogisk være enklere å fatte at en ny (liste)innbygger utløser økte inntekter i en kapitalasjonsmodell, enn i modeller med basisbevilgning tilsvarende de som nyttes for helseforetak og kommuner i dag. Konseptet baserer seg likevel på en videreføring av basis/rammetilskudd.

Når man skal beregne kommuner og helseforetaks ressursbehov for å kunne yte helse- og omsorgstjenester trenger man en norm eller en gitt standard for utformingen av tjenestene.

Videre trenger man en metode som gjør det mulig å tallfeste kostnader ved å oppfylle disse normene og standardene. Det foreligger to hovedtilnærminger for å beregne ressursbehov:

– *Den normative metoden*

– *Den statistiske metoden*

Den viktigste forskjellen mellom de to tilnærmingene er informasjonsgrunnlaget som benyttes for å vurdere betydningen av kostnadsforhold og befolkningsfaktorer. Den normative metoden etablerer kriterier for utjevning basert på normer for tjenesteproduksjonen, mens den statistiske metoden tar utgangspunkt i den faktiske tjenesteproduksjonen. Dagens finansieringssystemer for kommuner og helseforetak er i stor grad basert på den statistiske metoden.

Den normative metoden etablerer kriterier for ressursfordeling basert på **normative** modeller for tjenesteproduksjon. Når metoden brukes for å analysere betydningen av befolkningssammensetning, må det defineres normerte dekningsgrader for den enkelte tjeneste. Den normerte dekningsgraden uttrykker hvor stor andel av potensielle brukere som bør ha tilgang til tjenesten. Det må tilsvarende etableres en norm for ressursinnsats. Dette innebærer at metoden må suppleres med normer (standarder) i tjenesteproduksjon (helse- og omsorgstjenestene).

Statistiske metode etablerer kriterier for ressursfordeling basert på den faktiske tjenesteproduksjonen. I praksis statistiske analyser av historiske regnskaps- og tjenestedata. Når kommuner og foretak i 2022 tilføres midler basert på vekst i antall eldre er det kostnadsdata basert på organiseringen av tjenester for eldre (institusjonsbasert og hjemmebasert) 5-10 år tilbake som legges til grunn. For helseforetak gjelder at regresjonsanalysene (minste kvadrats metode) er basert på data for perioden 2015 til 2017 for somatikk, 2017 for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og årene 2016 og 2017 for psykisk helsevern for barn og unge³⁷. For kommuner er det kostnadsdata fra 2011-13 og 2014 som ligger til grunn³⁸. Det vil derfor være et betydelig tids-lag før ny organisering eller nye metoder får innvirkning på basisbevilgning. Dette til forskjell fra formelle endringer i oppgavefordelinger mellom kommuner og helseforetak der overføringer av midler skal baseres på oppdaterte kostnadsberegninger. I begge de ovennevnte dokumenter drøftes kort alternativer til de valgte metoder basert på historiske kostnader.

Når den statistiske metode så langt er valgt har det to hovedforklaringer. Metoden er, relativt sett mindre arbeidskrevende og krever mindre forberedelser ved at den baserer seg på analyser av ferdige datasett (statistikk). Den andre forklaringen går på hensynet til lokale valg og prioriteringer:

³⁷ NOU 2019:24, vedlegg 4

³⁸ KMD høringsnotat, desember 2015

"Kostnadsnøkkelen er basert på analyser av det faktiske tjenestetilbudet i kommunene, i motsetning til i normative metoder der kriteriene fastsettes ut fra normer på tjenestetilbudet. En styrke ved statistiske metoder er at den ikke griper inn i kommunenes prioriteringer, men omfordeler tilskudd på bakgrunn av gjennomsnittlig, faktisk ressursbruk. Per i dag er ikke normative modeller et godt alternativ, siden det ikke finnes et tilstrekkelig regelverk for å etablere normative modeller." (Høringsnotat KMD desember 2015)

Et sentralt mål for helse- og omsorgstjenestene er likeverdige tjenester av god kvalitet over hele landet. Helsedirektoratet har gjennom egne hjemler i spesialisthelsetjenesteloven og kommunal helse- og omsorgstjenestelov fullmakt til å fastsette "Nasjonale faglige retningslinjer" (normerende produkter) for helse- og omsorgstjenestene. "Normativ metode" innebærer en tydeligere kopling mellom nasjonale anbefalinger til tjenestene og ressursfordelingen fra sentralforvaltningen til kommuner og helseforetak. Hvorvidt sistnevnte kan oppfattes som en styrke eller svakhet ved den normative metode avhenger av hvordan man vektlegger hensynet til likeverdige tjenester av god kvalitet opp mot hensynet til lokale vurderinger og prioriteringer. Bruk av normativ metode vil ikke overstyre kommuners og helseforetaks mulighet til selv å prioritere, men kan påvirke prioriteringene ved at normerende produkter får sterkere gjennomslag i de økonomiske fordelingsystemer.

Magnussen-utvalget drøftet også valg av analysemetode" I dagens modell er kostnadsindeksen en kombinasjon av historisk og beregnet kostnadsnivå. I beregnet kostnadsnivå er det kun tatt hensyn til bosettingsmønster. Utvalget mener at de gjennomførte analysene trekker i retning av at man nå bør legge større vekt på beregnet kostnadsnivå." (NOU 2019:24)

Et pågående inntektssystemutvalg for kommuner³⁹ (frist desember 2022) har i sitt mandat bl.a. å *vurdere metodevalg (herunder bruk av statistiske vs. normative metoder og bruk av simultane vs. partielle statistiske analyser).*

Normativ metode baserer seg på at der finnes normer/standarder for mestepartene/hele spekteret av lovbestemte helse- og omsorgstjenester. Gjeldende portefølje av normerende produkter inneholder nok skjevheter med tanke på tjenester/behandlinger som omfattes. Det er her nødvendig med en gjennomgang av hvilke normer/standarder som forefinnes, og behov for å utvikle nye eller videreutvikle eksisterende produkter.

Om man velger å bruke historisk kostnad (statistisk metode) eller normativ metode for å angi kommunens/kommuners utgiftsbehov for helse- og omsorgstjenester, vil ikke virke inn på betalingsform (rammetilskudd), men vil kunne øke forståelsen for hvilke aktiviteter som ligger til grunn for utgiftsbehovene i basistilskuddet og det kommunale rammetilskuddet, herunder anbefalte samhandlingsaktiviteter.

³⁹ [Mandat – Inntektssystemutvalget \(regjeringen.no\)](#)

Internasjonalt er det utviklet statistiske metoder for å beregne utgiftsbehov for helse- og omsorgstjenester samlet, og fordelt på primær- og spesialisthelsetjenester ved hjelp av meningsfulle kliniske grupper. I det følgende delkapitlet omtales en av metodene (ACG-aggregated clinical groups). Alternative metoder (meningsfulle grupperinger) er CRG- og AMG-modeller. Dette er verktøy som kan implementeres for å beregne ressursbehov; for tjenestene samlet og/eller for ressursbehovet i primær- og spesialisthelsetjenesten. Å ta i bruk av verktøy som ACG i ressursfordelingen vil kunne åpne for å fase ut eksisterende toppfinansieringsordning for ressurskrevende tjenester. Denne refusjonsordningen er i dag et vedheng til det kommunale inntektssystemet som følge av mangler i kriteriesettet (grunnlaget for fastsetting av kriterieverdier)

Bruk av samtidige analyser for helse- og omsorgstjenester samlet

I motsetning til basisbevilgningen til helseforetak som skal dekke helsetjenester alene, skal rammetilskuddet (og frie inntekter samlet) for kommune dekke alle typer tjenester kommuner har et lovpålagt ansvar for. Sammen med grunnskoletilbud, og dels barnehage/førskole er helse- og omsorgstjenestene de mest ressurskrevende tjenesteområdene for kommuner. Det er to aspekter ved helse- og omsorgstjenester som sett opp mot finansieringssystem og betalingsordninger kan skape særlige utfordringer:

- i) Variasjonsbredden i hva den enkelte innbygger kan fordre av ressursinnsats fra kommunen
- ii) Grensesnittet mellom tjenester kommuner og andre forvaltningsnivåer har ansvar for

Toppfinansieringsordningen (ressurskrevende tjenester) synliggjør og understreker det første aspektet, der enkeltinnbyggere kan ha behov for tjenester med en kostnad på mer enn 10 MNOK årlig, mens tilsvarende kostnad for flere av innbyggerne er tilnærmet eller lik null. Det andre aspektet går på grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenester der dagens basisfinansieringsordninger ikke, eller svært forsinket, tar inn over seg den utvikling i samvirke og ansvarsdeling mellom nivåene (kommuner og sykehus) som knytter seg til enkeltpasienter og grupper av pasienter.

Å kunne slippe tak i modeller der analyser av ressursbehov (kostnadsnøkler/kostnadsindekser) baseres på historiske kostnader, og rette søkelyset mot beregnede og/eller normerte ressursbehov, vil kunne virke positivt inn mot samarbeid mellom nivåene og dermed pasientens opplevelse av sammenheng i tjenestene. I tillegg vil analyser av ressursbehov for tjenestene samlet (spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester) kunne styrke samarbeidet og sammenhengen.

ACG

ACG (Aggregated Clinical Groups)⁴⁰ er et case-mix system basert på en individbasert metode for kategorisering av pasienters lidelser. Hvert individ sin helsetilstand er dynamisk og utvikler seg over tid gjennom nye (kroniske) lidelser og helseutfordringer. Basert på slike mønstre for helsetilstand legger ACG-systemet hvert individ til en ACG-gruppe (medisinsk meningsfull gruppe) der hvert individ i gruppen kjennetegnes ved relativt likeartede behov for helse- og omsorgstjenester.

I sin nåværende form henfører ACG-grupperingen alle ICD-10 koder til en av 32 ulike meningsfulle grupper definert som ADG (Aggregated Diagnosis Groups). Hver ICD-koding henføres til gruppe med utgangspunkt i fem ulike kliniske faktorer:

Varighet - (akutt eller kronisk tilstand): For hvilket tidsrom fordrer tilstanden bruk av helse- og omsorgsressurser?

Alvorlighetsgrad - (mindre/stabilt kontra mer omfattende/ustabilt) Hvor omfattende helseressurser må settes inn for å håndtere tilstanden?

Diagnosesikkerhet - (symptom kontra klarlagt lidelse) Behov for ytterligere diagnoseevaluering og vurdering, kontra mer sikkert behandlingsforløp?

Sykdomsårsak - (infeksjon, skade eller annet) Hvilke typer behandlings- og oppfølgingsgrep er relevante?

Behov for spesialisthelsetjenester - (medisinsk, kirurgisk, forløsning, etc.) I hvilken grad krever tilstanden spesialisthelsetjenester?

Alle lidelser er klassifisert i henhold til de fem ovennevnte faktorer til en av de 32 ADG-er. Siden oppfølgingssystemer gjennomgående stiller krav om gjensidig utelukkende kategorier (grupper) nytter ACG-systemet statistisk baserte algoritmer for å tilordne individer til 102 unike ACG-grupper. Innordning i en ACG-gruppe er basert på hans/hennes (innbyggers) ADG-er og alder og kjønn, i de tilfeller der sistnevnte faktorer har signifikant forklaringskraft på behov for tjenesteomfang. Intensjonen er at hvert individ i én ACG-gruppe skal ha en likeartet helsetilstand og behov for helse- og omsorgstjenester i løpet av et budsjettår. Selv om ACG-systemet er mer komplekst enn DRG-systemet og har en lengre tidshorisont, er det betydelig sammenfall i metodisk tilnærming mellom de to systemene.

Administrative konsekvenser og effekt på bærekraft

Bruk av felles statistiske verktøy (stratifiseringsverktøy) sentralt vil fordre ressurser i form av anskaffelse/tilpasning, eller utvikling. Verktøyene stiller krav til helsedata på individnivå. Nøkkelregistre som Nasjonalt Pasientregister og Kommunalt Pasient- og brukerregister

⁴⁰ <https://www.hopkinsacg.org/about-the-acg-system/>

omfatter allerede mye data, men er også i fortsatt utvikling på innholdssiden, jf. strategi for utvikling av helseregistre. Stratifiseringen gjennom verktøy vil ha nytteverdi hos kommuner/helseforetak ved ressursfordelingen og utforming av pasientrettede tjenestetilbud.

Som påpekt i tidligere offentlige utredninger vil bruk av normativ metode i ressursfordelingen fordele normer for tjenesteytingen innen helse og omsorg. Konseptet bygger på fortsatt bruk av basisbevilgning/rammetilskudd, med denne ordnings effekt på bærekraft.

5.4 Bruk av alternative, supplerende betalingsordninger

I del 5.4 skisserer vi betalingsordninger som i noen grad kan erstatte gjeldene grunnfinansieringsordninger (5.4.1) eller vil supplere ordninger da som inkrementelle ordninger (5.4.2-3)

5.4.1 Bundede betalinger for episoder

"Bundling" er en betalingsform som bygger videre på elementer fra DRG-metodikken, men som trekker inn episode fra et pasientperspektiv, og da i særlig episode-perspektivet på tvers av ansvarsnivåene i helse- og omsorgstjenestene. Sistnevnte gjør bundlet betaling (bundled episode payment) særlig attraktiv med tanke på pasientens behov for sammenhengende tjenester og samhandling mellom tjenestenivåene. "Episode" er et begrep som forstås og praktiseres ulikt innenfor helseforvaltningen. Denne betalingsformen kan sies å se "episoden" ut fra pasienten/brukerens perspektiv⁴¹. "Episoden" (godtgjørelsen gjelder) omfatter alle møter og kontakter (fysisk og/eller digitalt) pasienten har med helse- og omsorgstjenesten knyttet til en akutt hendelse, eller kronisk tilstand, innenfor en definert tidsperiode. "Tidsperioden" betalingen omfatter kan ha sin naturlige tidsavgrensning som ved graviditet/fødsel, eller være administrativt fastsatt som hele eller deler av et kalenderår som ved oppfølging av varige lidelser.

I en artikkel i tidsskrift for den norske legeforening påpeker forfatterne at "bundled payment" fra 2019 er tatt inn i den norske DRG-kategoriseringen⁴². Dette gjelder bla innsetting av hofte- og kneproteser med etterfølgende oppfølging. Innsetting av primær hofteprotese involverer både utredning, behandling og oppfølging (episoden) som i sum utgjør et tjenesteforløp i spesialisthelsetjenesten. Denne endringen kan bane vei for en videre, og mer systematisk oppfølging av bedre samhandling og sammenheng, ved hjelp av bla betalingsordninger. Artikkelforfatterne skriver:

⁴¹ Fra pasientens perspektiv kan avgrensning til "helse- og omsorgstjenester" også oppleves som en innsnevring, når pasient gjennom episoden også har kontakt med andre velferdstjenester.

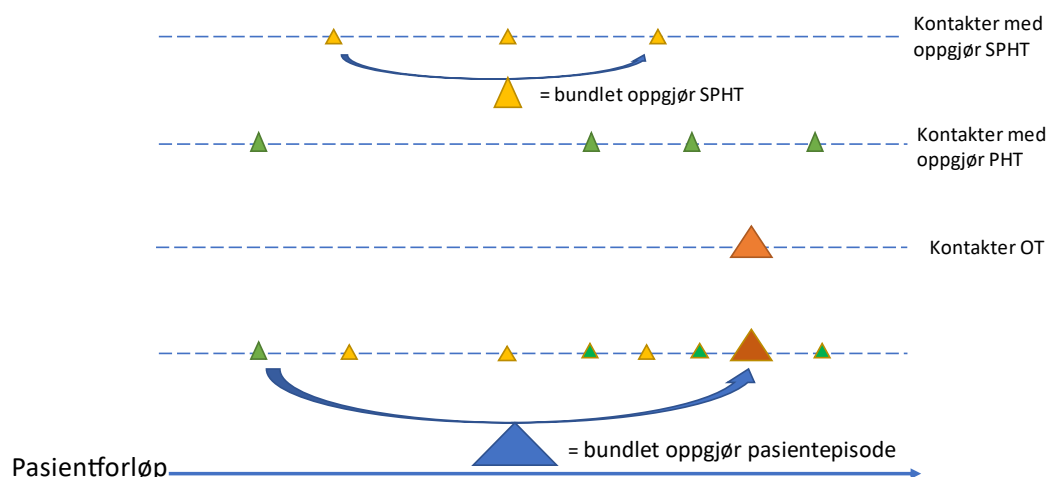
⁴² Mjåset et al, Tidsskr Nor Legeforen 20. august2020

"In the future, a main challenge for the Norwegian health service will be to extend bundles to services across health authorities and to deal with services for which there is no set division of responsibilities between the primary care and specialist health services."

"Episoden", med pasientens perspektiv og i betydningen de helse- og omsorgstjenester pasient/bruker mottar, har to dimensjoner; en klinisk dimensjon som består av et sett av aktiviteter (herunder prosedyrer), eller en helsemessig tilstand som danner bakgrunn for episoden. Og - en tidsdimensjon som angir start- og sluttidspunkt for episoden. Betaling for episoder legger større ansvar (også finansielt) på yter av tjenestene for å ivareta helhet og sammenheng gjennom hele episoden.

Med tjenesteyters perspektiv kan "episoden" bestå av de kontakter pasienter har med representanter for spesialisthelsetjenesten gjennom en tidsperiode, eller alternativt kun av de kontakter bruker har med kommunale helse- og omsorgstjenester innenfor samme tidsperiode. Når pasienten gjennom "episoden" har kontakter både med spesialist- og primærhelsetjeneste *kan* det knyttes episodebetaling til tjenester fra hvert av forvaltningsnivåene, eller det kan utformes én betaling (*bundet* episodebetaling) som skal dekke kostnader for alle kontakter pasienten har med helse- og omsorgstjenesten (primær- og spesialisthelsetjeneste) innenfor episoden. Bundlet betaling for episode dekker dermed helhetlige helse- og omsorgstjenester fra *flere tjenestenivåer* knyttet til en definert klinisk tilstand og den tidsperiode betalingen knytter seg til. Betalingen retter seg mot tjenestene mottaker yter i perioden uavhengig av om mottaker gjør dette alene eller i samarbeid med andre virksomheter/tjenestenivåer. Bundlet betaling for episode er søkt illustrert i figur 5.3, som bundlet betaling for spesialisthelsetjenester, og for helse- og omsorgstjenester samlet.

Figur.5.3 Bundlet betaling for helse- og omsorgstjenester



Bundet episodebetaling har egenskaper som gjør den attraktiv med tanke på helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Hensikten bak modellen med bundlet episodebetaling er å

gi insentiver til bedre koordinering (og bedre sammenheng) mellom primær- og spesialisthelsetjenester og evt. andre som yter omsorgs- og helsetjenester til pasienter/brukere. Antagelsen om insentivvirkninger knytter seg til at partene ved én unik betaling vil ønske å samarbeide om den mest formåls- og kostnadseffektive tjenestesammensetningen for bruker/pasient, gjennom episoden. Bundlet (episode) betaling søker ikke å påvirke den fastsatte oppgave- og ansvarsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Betalingsformen gir i stedet betalingsmottaker et insentiv til å ivareta et helhetlig og sammenhengende episodeforløp gjennom tett samarbeid pasienten selv og det andre tjenestenivået.

Bundlet episodebetaling har som hensikt å skape bedre sammenheng i tjenestene når pasient/bruker mottar både kommunale- og spesialisthelsetjenester. Når en av samarbeidspartene (kommune, helseforetak eller evt. fastlegekontor) mottar betaling for kontakter pasienten har, både med parten som mottar betalingen selv og med samarbeidspartene, forutsetter det bruk av forpliktende avtaler mellom partene; kontrakter om tilbud av tjenester der blant annet tilgjengelighet og krav til kvalitet på tjenestene (kontaktene) er fastsatt. Forløpet skal være så forutsigbart som mulig for pasienten, og parten som mottar betaling har et særlig ansvar for å ivareta dette hensynet. I likhet med annen aktivitetsbasert finansiering gir denne betalingsordningen mottaker et insentiv til bærekraftige tjenesteforløp, herunder mulighet til selv å forestå flest mulig av kontakter med pasienter, innenfor de krav til faglig kvalitet på kontaktene innenfor episoden som er fastsatt. Fra pasienters/brukers perspektiv vil kontakter med færre tjenesteutøvere oppleves som bedre kontinuitet i tjenestene.

Et system med bundlede episodebetalinger vil videre være tjent med at det foreligger nasjonale anbefalinger for gode forløp for ulike grupper av pasienter/brukere.

I likhet med DRG-systemet forutsetter et system med bundlede episodebetalinger at likeartede individuelle episoder tilordnes grupper

Bundlet episode betaling er internasjonalt tatt i bruk for to typer av episoder:

- A) episoder som har en naturlig tidsavgrensning slik som eksempelvis svangerskap og fødsel, eller utredning, inngrep og oppfølging/kontroll knyttet til hofte- eller kneprotese

- B) mer kontinuerlige episoder knyttet til helsetilstand som går over tid, men betalingen gjøres hel/halvårig (condition specific), slike som eksempelvis oppfølging/kontroll for brukere/pasienter med en eller fåtall kroniske lidelser

De tidsavgrensede episodene, og betaling for slike, er i hovedsak knyttet til forløp der sykehusopphold (døgn/dag) inngår, mens de tilstandsbaserte i utgangspunktet ikke vil innbefatte innleggelser i sykehus og betalingen heller ikke dekker kostnader for sistnevnte. De bundlede episodene basert på helsetilstand vil i omfang målt i antall episoder klart kunne

overstige tidsavgrensede episode. Mer enn en tredel av norske voksne (37 %) oppgav å ha minst én kronisk sykdom i 2019, en andel som er sammenlignbar med EU-gjennomsnittet (37 %) ifølge levekårsundersøkelsen EU-SILC. Et underliggende motiv for (helse)tilstandsbaserte episode er å stimulere samarbeid og koordinering med og rundt pasienten for å forebygge kostbare sykehusinnleggelses, jf. at de tilstandsbaserte episodene gjerne er koplet til oppfølging av personer med en eller fåtall kroniske lidelser (det finnes dog eksempler fra NL og USA (Medicare) på bundlede episoder knyttet til oppfølging av skrøpelige eldre eller generelt personer med multimorbiditet). Potensialet for både å styrke sammenhengen i tjenestene og mer bærekraft i helse- og omsorgstjenestene gjelder nok særlig de tilstandsbaserte episodene. Gevinstene ved de tidsavgrensede episodene ligger nok særlig i insentivene til mer og bedre sammenheng i tjenesteforløpet.

Bundet episodebetaling innebærer at én av samarbeidspartene (helseforetak, kommune eller evt. fastlegekontor) initialt mottar betaling for ressursbruk hos alle samarbeidsparter. Partene må være omforent om innholdet i forløpet (eller det kan foreligge en akseptert norm) og må selv inngå interne avtaler for økonomisk oppgjør mellom partene. Fordelen med én betalingsmottaker er muligheten for lokale og regionale variasjoner i oppgavefordelingen mellom partene basert på kapasitet og kompetanse lokalt/regionalt. Videre kan grensesnittet mellom samarbeidspartene forskyve seg over tid (oppgaveforskyvning) uten at det fordrer endringer i betalingsordningen.⁴³

Bundet episodebetaling er tatt i bruk i flere land basert på et normert forløp. Som pasientundersøkelsene omtalt i del 2 angav er det skrøpelige eldre og andre med multimorbiditet som særlig merker behov for bedre sammenheng i tjenestene. For utforming av bundlede episodebetalinger (både tidsavgrensede og tilstandsbaserte) skaper multimorbiditet særlige utfordringer som eksemplifisert av BMC:

Because the high utilizing population is characterized by multiple co-morbid conditions, it is extremely difficult to accurately attribute the use of individual services to a specific health care event. For example, for a patient who has congestive heart failure, diabetes, renal failure, and is hospitalized for acute heart failure, there is considerable ambiguity in identifying precisely which services are related to the heart failure hospitalization episode as opposed to the diabetes or renal failure⁴⁴

Felles forståelse av pasientens behov, forventet behandlingsplan, ligger som premiss for bundlede episode betalinger. Betalingsordningen er derfor bedre egnet i "planlagte" forløp enn forløp som har sin bakgrunn i en akutt hendelse (akutt helsehjelp)

Helsetilstandsbaserte

De tilstandsbaserte episodene har et tydelig forebyggingsperspektiv og hensikt med å forebygge mer kostbare sykehusinnleggelses, der det er naturlig at kommunen eller

⁴³ Oppgaveforskyvning kan få betydning for betalingssats

⁴⁴ U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, Evaluation of Clinical Risk Groups

fastlegekontor inntar en prinsipalrolle i samarbeidet. Legespesialister og øvrig spesialistkompetanse inngår i samarbeidet med base i og lokalisert i kommune/fastlegekontor.

Betaling for tilstandsbaserte forløp kan, basert på ordninger prøvd ut eller i drift i andre land, tenkes brukt for følgende forløp (eksempler):

- i) planlagt behandling/oppfølging av brukere/pasienter med én kronisk lidelse, evt. et fåtall lidelser (GP+ modell der spesialistkompetanse trekkes direkte inn i primærhelsetjenesteutøvelsen)
- ii) oppfølging av brukere av ACT- og FACT- team (og tilsvarende multiprofesjonelle tverrgående team)
- iii) planlagt behandling/oppfølging av brukere av pasientsentrerte helsetjenesteteam

Tidsavgrensede

Tidsavgrensede episoder, jf. type A, vil normalt ha som utgangspunkt i, eller inkludere et sykehusopphold. Det er derfor naturlig at spesialisthelsetjenesten (helseforetaket) fungerer som prinsipal i samarbeidet.

Betaling for tidsavgrensede forløp kan tenkes brukt for følgende forløp, der det internasjonalt praktiseres ordninger for i)-iii) (eksempler):

- i) planlagte operasjoner med forberedelse og prehabilitering og/eller etterfølgende oppfølging, kontroll og rehabilitering i spesialist- og primærhelsetjenesten
- ii) gjennomføring av pakkeforløp kreftdiagnoser med utredning, behandling, oppfølging og rehabilitering i spesialist- og primærhelsetjeneste
- iii) oppfølging og forløsning av gravide med ukompliserte svangerskap

Ordningen kan også tenkes for andre forløp slik som oppfølging av barn/foresatte for prematur fødte barn (<1000 g)

Administrative konsekvenser og effekt på bærekraft

Bundlede betalinger vil måtte komme som delvis erstatning for, og ikke i tillegg til gjeldende betalingsordninger. Innføring av en slik/slike ordninger vil derfor måtte skje ved et nedtrekk i rammene for aktivitetsbasert finansiering og/eller basis/rammefinansiering.

Bundlede betalinger fordrer videre en grad av spesifisering av aktiviteter som inngår (normering), slik at det blir mulig å utforme betalingssetter som aksepteres av tjenestene. Herunder også detaljert informasjon om de ulike virksomheters bidrag inn i tjenesteforløpet slik at ressursene kan fordeles videre til tjenesteyterne på en adekvat måte. Parten som mottar betaling vil ha ansvar for at bruker/pasient mottar nødvendige tjenester fra andre virksomheter, noe som nødvendiggjør bruk av bindende avtaler (kontrakter).

En nederlandsk studie på bundlet episodebetaling for oppfølging av personer med enkelte kroniske lidelser viser positive effekter også med tanke bærekraft (ressursbruk). Bundlet betaling er også prøvd ut som betalingsordning for tjenester til andre brukergrupper (bla rettet mot eldre med multimorbiditet – Medicare), men her er effektene på bærekraft i tjenestene usikre.

5.4.2 Fordeling av forbedringsgevinster - risikodeling

Finansiell risiko ved forebyggingstiltak i helse- og omsorgstjenesten er knyttet til usikkerhet om egne kostnader knyttet til samarbeidet blir høyere eller lavere enn egne gevinster (kostnadsbesparelser eller merinntekter) relatert til tiltaket. Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvar for tiltak som kan forebygge/reducere sykdomsbyrden. Gevinsten ved effektiv forebygging ligger i redusert behov for (omfattende) helse- og omsorgshjelp senere i forløpet. Det felles ansvar for forebygging kan oppfattes som et samarbeidsansvar der innbygger/bruker/pasient nyter godt av effektiv forebyggende innsats.

*"Avtalebasert løsning. Der en av partene får kostnadene ved løsningen mens den andre får nytten, kan en implementering i drift kunne baseres på avtaler. Avtaler forutsetter klarhet i innhold, god lederforankring og at samarbeidet baseres på åpenhet og gjensidighet."*⁴⁵

Aspekter ved innretning av en modell for fordeling av resultatforbedringer som følge av forebygging

- i) Skal samarbeidspartene stilles overfor både en oppside og nedsiderisiko (finansiell), eller kun en oppsiderisiko?
- ii) Hvordan skal finansiell risiko fordeles mellom samarbeidspartene?
- iii) Skal finansiell risiko alene hvile på samarbeidspartene, eller skal "betaler"⁴⁶ også kunne ta finansiell risiko ved en betalingsordning?

⁴⁵ Anbefaling – rapport til samarbeidsutvalget Oslo 2016

⁴⁶ "Betaler" er sentralforvaltningen (stat/folketrygd)

En måte å tydeliggjøre det felles ansvar for forebygging og skape økonomiske incentiver til styrket forebygging er å la kommune eller helseforetak få økonomisk medansvar for kostnader hos den andre part som er påvirkbare av egen forebyggende innsats.

Danmark innførte en ordning med kommunal medfinansiering for sykehusbehandling i forbindelse med kommunestrukturreformen i 2007. Den danske medfinansieringsordningen er fortsatt i drift per 2022, men de økonomiske omfordelinger mellom kommuner som følge av endre aktivitet i sykehusene for egne innbyggere er midlertidig terminert siden 2019. Ordningen har vært evaluert.

"Despite the favourable conditions presented by the design of our analysis, it is not possible to demonstrate a clear link between local efforts and number of admissions from the municipalities⁴⁷.

The study does not support one of the fundamental theoretical assumptions behind the municipal co-financing introduced in the 2007 structural reform in Denmark. While the study failed to establish systematic links between municipal public health efforts and hospitalisation levels, it appears from other studies that municipalities are in fact increasing their activities in public health."

Kommunal medfinansiering i Norge (KMF) ble innført 1. januar 2012, som et økonomisk virkemiddel i Samhandlingsreformen, og avviklet 1.1.2015. KMF innebar at pasientenes registrerte bostedskommune skulle betale medfinansiering for somatiske spesialisthelsetjenester, med unntak av kirurgi, fødsler, behandling av nyfødte og behandling med enkelte kostbare legemidler. Hypotesen, i Norge som i Danmark, var at når en kommune må betale for behandling av pasienter fra kommunen, vil den iverksette tiltak som reduserer (forebygger) bruken av de relevante spesialisthelsetjenester. Ordningen ble evaluert der det ikke ble påvist noen effekt målt i DRG-poeng som følge av ordningen. Utslag for enkeltkommuner var også "tilfeldig". Kommuner som maktet å redusere bruken av spesialisthelsetjenester (målt ved DRG-poeng) fikk en økonomisk gevinst i medfinansieringsordningen, mens kommuner motsatt fikk et økonomisk tap i medfinansieringsordningen ved en økning i DRG-poeng knyttet til egne innbyggere. For spesialisthelsetjenesten kunne ordningen innebære et økonomisk tap ved endring i ledig kapasitet som følge av ordningen. Sett opp mot de tre aspekter innebar ordningen en opp- og nedsiderisiko for kommuner, en nedsiderisiko for spesialisthelsetjeneste og en ordning som innebar oppsiderisiko for "betaler", men ingen nedsiderisiko.

Motivet bak, og intensjonen med medfinansiering for kommuner (for spesialisthelsetjenester) eller spesialisthelsetjenester (for kommunale tjenester) er god, og er nok delvis forklaring på at Danmark har videreført ordningen med kommunal medfinansiering for spesialisthelsetjenester.

⁴⁷ Vrangbæk, K., & L.M. Sørensen (2013). Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark?

En framtidig innretning med medfinansiering for kommuner og/eller spesialisthelsetjeneste er en opsjon, men i en evt. framtidig ordning må det legges betydelig større vekt på forbedringsgevinster for kommuner og spesialisthelsetjenester, insentiver og insentivvirkninger må komme tydeligere fram, og modellen må ha en mer rettferdig fordeling av finansiell risiko der kommuner og helseforetak kan nyte godt av "betalers" oppsiderisiko, og at "betaler" også kan ta en nedsiderisiko.

Ved gjeninnføring av en medfinansieringsordning for kommuner, bør en søke å målrette ordningen mot pasientgrupper en vet er avhengig av tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En bør også vinne erfaringer med ordningen rettet mot en pasientgruppe før en velger å utvide ordningen til flere pasientgrupper. Kommunene er i dag bedre rustet til å ta et slikt ansvar enn ved implementering av Samhandlingsreformen. Avtaleinstituttet er videreutviklet, kommunene er styrket både personell- og kompetansemessig, og nye velferdsteknologiske løsninger er både tatt i bruk og under innføring i mange av kommunene. Videre at utfordringer med å få etablert sammenhengende og godt koordinerte tjenester for enkelte pasientgrupper nå er godt dokumentert og at en ikke har løst disse utfordringene gjennom dagens ulike samarbeidstiltak/strukturer. Ulike piloter med ulike organisatoriske løsninger og ansvars plassering; tverrfaglige pasientsentrerte team (helseforetak) og prosjekter under nasjonalt velferdsteknologiprogram (kommuner), har vist gode resultater sett med pasientenes øyne når det gjelder kontinuitet og sammenhengende helsetjeneste. Utfordringene er som kjent overgangen fra pilot til drift, da prosjektmidler opphører og en selv må finne dekning for videreføring av tiltakene.

Konkret kan en ordning med medfinansiering av kommuner etableres for en eller flere definerte pasientgrupper. NHSP pekte på fire prioriterte pasientgrupper; skrøpelige eldre, barn og unge, personer med flere kroniske lidelser og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Gjennomførte prosjekter, f.eks fra Stavanger og implementeringen av Kolskofferten, viser at suksessen er knyttet til at pasientforløpet er godt kjent og utviklet i samarbeid mellom både nivåer og tjenester.

En vellykket gjeninnføring vil kreve forankring av målsettingen og samarbeid på tvers av fagmiljø i både kommuner og helseforetak. Det er vesentlig at alle berørte parter blir tidlig involvert og får god forståelse for sine roller og ansvar ved utvikling av de nye pasientforløpene, der pasientens behov er satt i sentrum.

Kommunene får gjennom en slik ordning et ansvar for å etablere gode og trygge tjenester for denne/utvalgte pasientgruppen, herunder anskaffe nødvendige digitale hjelpemidler. Små kommuner må oppfordres til å etablere et samarbeid med større kommuner om f.eks etablering av en felles mottakssentral for avlesning av digitale måleindikatorer, veiledning og oppfølging av pasientgruppen enten via fysiske besøk eller via digitale plattformer; video. Kommunene står her fritt til å organisere tilbudet, herunder vurdere hvilke personellgrupper som er nødvendige for å drifte tilbudet. Men det er eksempler på at mottakssentralen er samorganisert med kommunenes trygghetsalarmenhet. Spesialisthelsetjenesten vil, dersom

ordningen fungerer etter intensjonen, få frigjort kapasitet til å organisere/endre sitt behandlingstilbud for å være i stand til å behandle andre pasienter/-grupper.

Helsefellesskapene, som har et felles ansvar for å planlegge og utvikle tjenestene sammen, kan her få et oppfølgingsansvar for å påse at ordningen fungerer tilfredsstillende ut fra et pasientperspektiv og forslå utvidelser av ordningen.

Administrative konsekvenser og effekt på bærekraft

Kommunal medfinansiering er prøvd ut tidligere og det finnes administrative rutiner som kan reetableres. Kommunal medfinansiering vil komme til erstatning for, gjeldende betalingsordninger. Innføring av en slik ordninger vil derfor måtte skje ved et nedtrekk i rammene for aktivitetsbasert finansiering og en tilhørende økning av kommunerammen. Ordningens intensjon er at pasienten skal få sin nødvendige behandling og oppfølging i eller nært sitt hjem av kommunehelsetjenesten og hindre unødvendige sykehusinnleggelses.

Konseptet fordrer eksistens og formidling/internalisering av et kunnskapsgrunnlag som angir hvordan forbruk av spesialisthelsetjenesten kan påvirkes av kommunale tiltak, for at løsningen skal kunne støtte økt bærekraft. En mulighet er derfor å avgrense til utvalgte pasientgrupper der slik dokumentasjon foreligger, jf pilot med Kolskoffert, der innføring av ny teknologi, samarbeid på tvers av helseforetak og kommuner og ulike aktører i kommunale helse- og omsorgstjenesten og samlokalisering av ulike tjenestetilbud synes å gi positive effekter med tanke på bærekraft/ressursbruk.

Gitt dagens kommunestruktur, med mange små enheter, lange reiseavstander til nærmeste helseforetak og rekrutteringsutfordringer kan kommunal medfinansiering for definerte pasientgrupper gi incitamenter til nødvendig samhandling på tvers av kommuner (etablering av vertskommuner) for å utvikle gode og godt koordinerte helsetjenester til aktuelle pasientgrupper.

Helsefellesskapene vil være avhengig av gode styringsdata for å vurdere om ordningen fungerer etter hensikten, bl.a. færre innleggelses fra aktuell pasientgruppe i spesialisthelsetjenesten, og kunne foreslå utvidelser av ordningen til nye pasientgrupper.

5.4.3 Resultatbasert finansiering

Resultatbasert finansiering (RBF) er en oppgjørsordning hvor en andel av tjenesteytneres totale inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål med bruk av kvalitetsindikatorer. Varianter av resultatbasert finansiering brukes i en rekke land både for spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester. RBF for 2022 er på om lag 590 millioner. Dette er midler som er flyttet fra rammefinansieringen til de regionale helseforetakene og som fordeles på bakgrunn av de indikatorene som er fastsatt i ordningen. Dette er en liten andel av finansieringen til RFH-ene, men som allikevel fører til fokus på de områder som ligger i ordningen. Til sammenligning er basisbevilgningen til RHF-ene på drøyt 113 milliarder og Innsatsstyrt finansiering på om lag 42 milliarder i 2022.

RBF kan innrettes slik at den kan balansere virkninger av andre finansieringsordninger gjennom å utformes slik at den kan redusere praksisvariasjon eller forekomsten av "unødvendige" tjenester, eller den kan innrettes slik at nødvendige eller ønskede tjenester finansieres ekstra. Incentivene kan relateres både til forebyggingstiltak og behandlingstiltak.

Den tidligere ordningen med kvalitetsbasert finansiering for spesialisthelsetjenesten er fra 2022 overtatt av en ordning med resultatbasert finansiering (RBF). Justeringen kommer som en direkte følge av Nasjonal Helse- og Sykehusplan 2020-23 der det i del 11 het at man "ville knytte kvalitetsbasert finansiering tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling og økt digitalisering." Erfaringene med kvalitetsbasert finansiering slik den har vært utformet med et bredt utvalg av ulike indikatorer har i hovedsak vært gode, men det er erkjent at ordningen i begrenset grad har påvirket resultatene i tjenesten. Ordningen for 2022 omfatter 7 ulike indikatorer der alle kan sies å understøtte sentralt mål om økt digitalisering og bedre samhandling. Til sammenligning bestod Kvalitetsbasert finansiering i 2021 av hele 39 ulike indikatorer. Det høye antallet var den gang begrunnet med et ønske om å redusere risikoen for uønskede vridninger. Fem av indikatorene baserer seg for 2022 på data fra Norsk pasientregister og sammenfaller med data som også brukes for tilsvarende aktivitet i Innsatsstyrt finansiering, mens de resterende to kommer fra Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, NKI.

En incentivordning som resultatbasert finansiering kan virke på ulike nivåer; det kan virke for en hel organisasjon (RHF eller kommune), en institusjon (for eksempel sykehus eller sykehjem), for en avdeling og for enkeltindivider eller grupperinger. Her kan man tenke seg at organiseringen av tjenestene og hva som måles kan spille inn når man velger innretning. Forventede positive effekter i en slik incentivordning må vurderes opp mot eventuelle alternativkostnader som for eksempel at økt fokus på et område kan gi mindre fokus på et område som ikke måles. Denne risikoen kan forventes å øke med høyere grad av resultatbasert finansiering, samtidig som måloppnåelsen også kan sies å øke med høyere refusjon.

RBF-ordningen for spesialisthelsetjenester for 2022 anses kjent, og beskrives ikke ytterligere her. Dette konseptet innebærer enkelt sagt at resultatbasert finansiering, med de samme mål/formål, som en inkrementell ordning i prinsippet også knyttes opp mot kommuner, både tjenester kommuner selv yter og tjenester ytt gjennom privat næringsvirksomhet. Felles mål for samhandling og tilsvarende økonomiske incentiver for resultater på samhandlingsfeltet, vil antakelig kunne styrke samarbeidet og samhandlingen. Ordningene kan utvikles ved å måle på de ulike nivåene hver for seg, men for områder som har samme mål/formål, eller det kan utvikles indikatorer som direkte måler samhandling eller samordning slik som for eksempel å måle mengden av avtaler om samarbeid inngått gjennom helsefelleskapene og som involverer aktivitet både hos spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten inkl. fastlegene.

I forbindelse med vurdering av tidligere kvalitetsbasert finansiering og endringer i denne har størrelsen på rammen vært drøftet. Det har tidligere vært antydnet at rammen for denne tilleggsordningen kan ha vært i minste laget for å kunne få ut den effekten som man ønsket. Det er faglig sett ingen konsensus om hvor stor potten må være for å få best mulig effekt. Dersom midlene økes vil det bli mer fokus på ordningen, men man risikerer samtidig at fokuset på denne ordningen og de indikatorer som er valgt kan tillegges for stor vekt og at fokus kan vris bort fra områder utenfor ordningen.

Administrative konsekvenser og effekt på bærekraft

Hovedhensikten med ulike finansieringsordninger er å kompensere forventede eller påløpte kostnader, selv om enkelte finansieringsordninger (som RBF) kan gi ekstra insentiver til en bestemt type atferd eller aktivitet. Dersom man tenker en form for resultatbasert finansiering på tvers av nivå må det vurderes hvem som bærer kostnadene, hvem som eventuelt nyter godt av besparelser eller blir påvirket på annen måte og deretter innrette indikatorene på slik måte at de får størst grad av samlet effekt.

Selv om innretningen på dagens RBF til å fokusere på samhandling og digitalisering også vil kunne passe for kommunehelsetjenesten, vil indikatorer her måtte tilpasses et nivå med mindre enheter enn tilfellet er for spesialisthelsetjenestene der det er RHF-ene som måles og er mottaker av refusjonen. De regionale helseforetakene er store enheter med høy grad av sammenlignbare tjenester seg imellom. For at indikatorene skal bli robuste nok må nivået som skal måles være organisatorisk høyt nok eller volumet stort nok til å håndtere variasjon samtidig som nivået som velges må være nært nok tjenesten eller planleggingen av tjenestene til at det skal kunne ha effekt på atferden. Ved en innføring av en resultatbasert finansieringsordning i primærhelsetjenesten må det utvikles indikatorer som er basert på gjeldende lovverk om behandling av helseopplysninger og registrering og rapportering av data må ha tilstrekkelig kvalitet. Hvorvidt noen av indikatorene som allerede er utviklet gjennom NKI, Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, kan brukes må vurderes. Muligheten for å benytte andre datakilder som for eksempel KPR, Kommunalt pasient- og brukerregister, data fra allmennlegetjenesten, legevakt eller ambulansetjenesten bør også utredes.

5.4.4 Skisser vurdert mot særlige målgrupper for Helsefelleskap

Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 pekte ut særlige målgrupper helsefelleskapene bør prioritere utvikling av tjenester til. Dette gjelder barn og unge med sammensatte behov, personer med kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. I tabell 5.1 har vi grovt og forenklet søkt å angi hvor egnet de skisserte innretninger for finansieringsordning anses for målgruppen. Vurderinger av "egnethet" er særlig knyttet til det å skape sammenheng i tjenestene, til bærekraft og til finansiell risiko.

Tabell 5.1 Særlige målgrupper i NHSP og skissenes egnethet for målgruppen

Særlige målgrupper i NHSP	Samhandlingsbudsjetter	Medfinansiering ¹⁾	Bundlet betaling ²⁾	Resultatbasert finansiering ³⁾	Felles stat. analyser ⁴⁾
Skrøpelige eldre	Godt egnet	Egnet/mindre egnet	Mindre egnet	Egnet	Positiv effekt
Personer med psyk./ruslidelser	Egnet	Egnet	Godt egnet	Egnet	Positiv effekt
Personer med kroniske lidelser	Egnet	Godt egnet	Godt egnet	Egnet	Positiv effekt
Barn og unge med sammensatte behov	Godt egnet	Egnet/Mindre egnet	Egnet/Mindre egnet	Egnet	Positiv effekt

1) Egnethet avhenger av muligheter for å kople DRG/STG-er til målgruppe

2) Betalingsform mindre egnet dess mer kompleks/dess mindre forutsigbart pasientforløpet er

3) Egnet betalingsform, men effekten er usikker/svak

4) Innretningen har kun indirekte effekt på pasientforløpet

5.5 Konsekvenser av asynkronitet i dagens finansieringssystemer

Det er blant annet i Nasjonal Helse og Sykehusplan (2020- 2023) vist til at ulikheter i finansieringssystemene kan gi kommuner og foretak ulike økonomiske insentiver til å samarbeide om å organisere tjenestetilbudet til det beste for pasientene. Utfordringen er da hvordan finansieringssystemene evt. i større grad kan synkroniseres, for å gi samsvarende insentiver for samhandling.

Det har tidligere i mindre grad vært gått i dybden på hva økt synkronisering innebærer, og hvordan økt synkronisering kan bidra til å stimulere samhandling. Drøftingen i del 5.5 tar derfor primært mål av seg til å gå mer i dybden på utfordringsbildet knyttet til de asynkrone løsningene, for eventuelt senere å bli fulgt opp med videre utredning.

Vårt utgangspunkt er at finansieringssystemene og ordningene som inngår i dem kan anses asynkrone på flere og forholdsvis ulike måter, og økt synkronisering av finansieringsordningene på tvers av tjenestenivåene kan derfor ta ulike retninger avhengig av hvilken asynkronitet man velger å adressere:

Økt synkronisering kan handle om å etablere et likere eierskap til de økonomiske fordelingsmekanismene. En slik tilnærming baserer seg på at spesialisthelsetjenesten i noe større utstrekning enn kommunen totalt sett besitter kontroll over ressursfordelingen innenfor sin tjenesteportefølje. Tilnærmingen representerer et *tjenestenivåperspektiv*, og forklares nærmere under.

Økt synkronisering kan også handle om å etablere likere og mer samsvarende insentiver, uavhengig av tjenestenivåenes eierskap til de økonomiske fordelingsmekanismene. Tanken bygger på forutsetningen om at økonomiske samhandlingsstimuli innrettet mot en aktør på

ett tjenestenivå også må følges opp av tilsvarende stimuli innrettet mot samhandlende aktør på det andre nivået. Økt synkronisering handler da om forholdet mellom basis- og aktivitetsbasert finansiering i de tre systemer. Tilnærmingen har et *aktørperspektiv*, og omtales nærmere under.

Videre vil økt synkronisering også kunne forstås mer direkte som en likere innretning av selve finansieringssystemene mellom nivåene. En likere innretning kan innebære alt fra at elementer fra finansieringssystemet som ligger til grunn for spesialisthelsetjenesten adapteres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller omvendt, til en større totalomlegging av finansieringssystemene innenfor ett eller begge tjenestenivåer. Tilnærmingen tar et *systemperspektiv*, og berøres noe videre under.

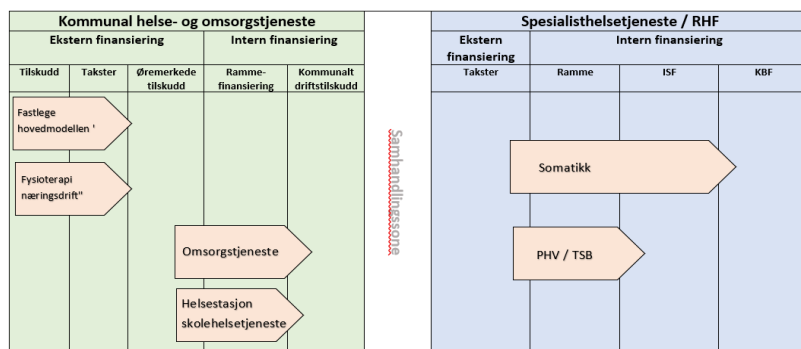
Tjenestenivåperspektivet: Likere eierskap til økonomiske fordelingsmekanismer mellom nivåene

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er i all hovedsak todelt. Den består av en aktivitetsuavhengig del (ramme- / basisbevilgning) og en del som bestemmes av hvor mange og hva slags pasienter som behandles – innsatsstyrt finansiering (ISF). Basisbevilgningen fordeles til helseregionene etter en inntektsfordelingsmodell som skal avspeile ulike behov for spesialisthelsetjenester og ulike kostnader ved å produsere disse tjenestene. ISF-andelen skal på sin side dekke om lag 50 % av de ordinære driftskostnadene knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste. RHF-ene har på sin side et selvstendig ansvar for å tildele budsjettammer til egne helseforetak og private virksomheter med langsiktige driftsavtaler, og RHF-ene står relativt fritt med tanke på hvordan de innretter modellene for fordeling av midler ned til sine helseforetak⁴⁸. På spesialistnivå innebærer dette at ansvaret for de økonomiske fordelingsmekanismene i stor grad er internalisert.

For store deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er kommunens utgifter finansiert gjennom egne skatteinntekter og rammetilskudd fra staten, med supplerende inntekter fra egenbetaling og enkelte øremerkede tilskuddsordninger. Enkelte av de tjenester kommuner har ansvar for løses i hovedsak gjennom privat næringsdrift. (eks fastleger etter hovedmodellen og fysioterapeuter med avtale) Disse er finansiert gjennom ulike blandingsmodeller der staten/folketrygden (tredjepart) er den primære betaler. Graden av kontroll over de økonomiske fordelingsmekanismene for kommunen vil derfor være veldig ulik mellom allmennlege- og fysioterapitjenester på den ene siden, og de øvrige tjenestene. Figur 5.3 gir en forenklet illustrasjon over hvordan eierskapet til de finansielle fordelingsmekanismene som får anvendelse for utvalgte tjenester innenfor de to nivåene er fordelt.

⁴⁸ Se f.eks. [Strategisk vurdering av finansieringsordningene i spesialisthelsetj. - Rapport \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

Figur 5.3 Eierskap til finansielle fordelingsmekanismer



* Per capitatilskuddet i fastlegens hovedmodell er i kategorisert som en "ekstern finansiering". Tilskuddet utbetales av kommunen, men bygger på premisset om at kommunen har full kostnadsdekning for tilskuddet gjennom statlige overføringer. Etter hovedmodellen kan kommunen forstås som en "videreformidler" av tilskuddet, og det står ikke til kommunens disposisjon som virkemiddel (denne finansieringen kan forstås "eksternalisert")

** Driftstilskuddet til næringsdrivende fysioterapeuter er også her kategorisert som en ekstern finansiering. Kommunen kan forstås som en "videreformidler" av tilskuddet, og det står ikke til kommunens disposisjon som virkemiddel (denne finansieringen kan forstås "eksternalisert")

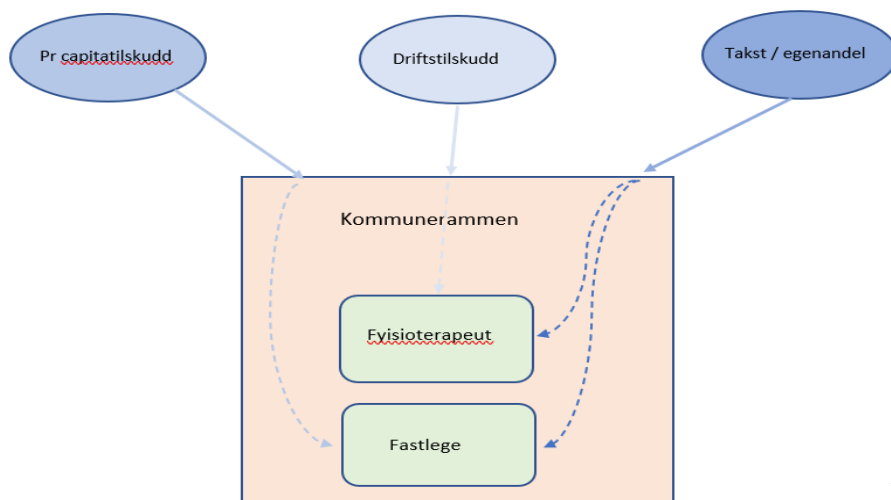
Tjenestenivåperspektivet handler om å etablere likere ansvar for og kontroll over de finansielle fordelingsmekanismene for tjenestene som inngår i de to respektive nivåene. Tilnærmingen baserer seg på at likere ansvar for og kontroll med finansieringen av tjenestene vil bidra til at det enkelte nivå tar et mer helhetlig ansvar for å oppstille et tjenestetilbud til pasientens beste⁴⁹. Gitt premisset om at fordelingsmekanismene i spesialisthelsetjenesten i større grad er internalisert på tjenestenivået enn hva som er tilfellet for kommunene, tas det utgangspunkt i at det er kommunens eierskap til fordelingsmekanismene som må styrkes. Dette innebærer at kommunale tjenester som pr i dag har et større innslag av tredjepartsfinansiering knyttes tettere opp mot de internaliserte fordelingsmekanismene som gjelder for de øvrige tjenester kommunen har ansvar for. På kommunalt nivå vil økt internalisering primært oppnås gjennom en forskyvning i retning av kommunerammen.

En forskyvning i retning kommunerammen vil berøre i særdeleshet fastlegeordningen og deler av fysioterapien. Forskyvningen mot kommunal styring med finansiering av disse tjenestene samtidig innebære en løsere direkte tilknytning til de tredjepartsfinansiering, fortrinnsvis per capita- tilskuddet (for fastlegene), driftstilskuddet (for fysioterapeutene) og takstfinansieringen/ egenandelene. Disse vil i modellen måtte tilfalle kommunen som inntekt. Kommunen kan selv viderefordre disse inntektene ut til fastleger og fysioterapeuter for å opprettholde aktivitetsinsentiver. Forskyvningen i retning kommunerammen vil etter modellen gi kommunen større kontroll over ressursfordelingen ned til tjenestene. Forholdet til per capita- finansieringen må også adresseres.⁵⁰

⁴⁹ En sentral målsetting for helseforetaksreformen i 2002 var at sørge-foransvaret og det finansielle ansvaret ble samlet tydelig ett sted. Departementet har senere uttalt at prinsippet bør ligge fast, jf eks Meld. St. 34 (2015-2016) "Verdier i pasientens helsetjeneste".

⁵⁰ Se blant annet "Finansiering-av-fastlegeordningen.pdf (ks.no)".

Figur 5.4



3

Dette perspektivet på økt synkronisering vil gi kommunen styrket kontroll over hvordan den velger å organisere tjenestetilbudet den er ansvarlig for. Initialt synes tilnærmingen å legge til rette for økt fleksibilitet mtp driftsform (fastlønsdrift vs næringsdrift), ettersom tredjepartsfinansieringen ikke vil være direkte rettet mot tjenesteyteren. Man kan imidlertid også se for seg en næringsdriftsmodell der kommunen kjøper tjenester av privatpraktiserende fastleger og fysioterapeuter etter modell fra spesialisthelsetjenesten, der RHF-ene kjøper tjenester fra privatpraktiserende avtalespesialister. Vi går ikke her inn i en uttømmende utredning av mulighetsrommet, men mener at tilnærmingen innebærer en bedre samordning av sørge- for- ansvar og finansieringsansvar i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at dette kan gi kommunen et styrket handlingsrom for å stimulere samhandling ut ifra et koordinert og samordnet lokalt behov.

Aktørperspektivet: Koordinering av samhandlingsinsentiver gjennom likere forholdstall mellom aktivitet og ramme

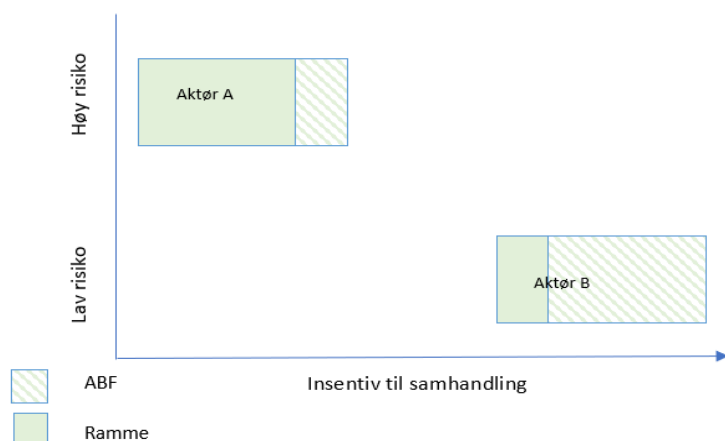
Tilnærmingen bygger på premisset om at et finansielt samhandlingsinsentiv innrettet mot en aktør fra et nivå må speiles i finansieringen innrettet mot samhandlende aktør fra det andre nivået; samhandling forventes å få et styrket utgangspunkt ved å koordinere de finansielle insentivene innrettet mot samarbeidspartnerne.

Et eksempel kan være tverrfaglige konsultasjoner eller andre samarbeidsaktiviteter som involverer begge nivåene: dersom disse aktivitetene kun har aktivitetsbasert finansiering på spesialisthelsetjenestenivå, vil samhandlingen kunne motvirkes dersom kommunalt nivå ikke har tilsvarende aktivitetsinsentiver, og dermed en høyere kostnad, ved å delta i samarbeidsaktiviteten.

Argumentasjonen bygger på at samhandlingsaktiviteter som trekker på aktørens ramme (økt intern risiko) vil kunne gi dårligere stimuli for samhandling enn en helt eller delvis

aktivitetsbasert finansiering av samhandlingsaktiviteten. Dette vil kunne forsterkes dersom samarbeidsparten fra annen sektor bærer en lavere risiko ved samhandling, ettersom det vil gi incentiver for oppgaveforflytning fremfor samhandling (aktør med høy finansiell risiko skyver oppgaven fra seg, mens aktør med prospekter for inntjening vil trekke oppgaven til seg). Tilnærmingen tar dermed til orde for å stimulere til samhandling ved å etablere et likere forholdstall mellom aktivitetsbasert finansiering og basisfinansiering for samhandlende aktører på tvers av nivåer.

Figur 5.5



Figur 5.5 gir en forenklet illustrasjon av hvordan fordelingen av finansiell risiko hos den enkelte aktør som inngår i en samhandlingssituasjon kan påvirke incentivene til å samhandle. Premisset er at høyere risiko for inntjening gir dårligere incentiver for samhandling enn lavere risiko. Teoretisk gir dette indikasjoner på at en fordeling mellom aktivitet og ramme på henholdsvis 40 / 60 prosent av samhandlingskostnaden for aktør A og 60 / 40 prosent hos samhandlende aktør B vil gi mer ulike samhandlingsincentiver enn om fordelingen eksempelvis var satt til 50 / 50 for begge aktører.

Hvordan en justering i forholdstallet vil påvirke den enkelte aktør, vil imidlertid også måtte ses i relasjon til hvordan fordelingen var for den aktuelle aktøren tidligere. Dersom fordelingen for aktør A før en justering utgjorde 20 / 80 i favør ramme, vil også en justering til 40 / 60 (fortsett i favør ramme) øke incentivene for aktør A til å inngå i samhandlingen. Incentivet for aktør A vil bli høyere enn det var, også dersom fordelingen for aktør B forble uendret (eks 60 / 40 i favør aktivitet). Synkroniseringsgraden øker totalt, selv om justeringen dette scenariet utelukkende er innrettet mot aktør A.

Motsetningsvis vil også en justering i retning ramme fra eksempelvis 40 til 60 % for aktør B svekke incentivene for samhandling for aktør B, men dersom dette ledsages av en økning fra eksempelvis 20 til 50 % i favør ABF for aktør A, så vil styrkingen av samhandlingsincentivene for A overstige svekkelsen av incentivene for aktør B. Synkroniseringsgraden øker totalt, selv om scenariet har negativt effekt for en av aktørene. Dette vil imidlertid også kunne gi incentiver for oppgaveforflytning.

Videre vil kostnadene / inntjeningen ved potensielle alternativer til å inngå i en samhandlingssituasjon spille inn. Dersom det for aktør A finnes et alternativ som kan ivareta et minimum av pasientens behov uten samhandling og dette alternativet er mer lønnsomt enn å inngå i et samarbeid med aktør B, vil aktør A stimuleres til å unngå samarbeidet (selv om et samarbeid ivaretar større deler av pasientens behov).

Systemperspektivet: likere innretning av finansieringssystemene på tvers av tjenestenivå

Økt synkronisering kan også forstås mer direkte som en faktisk likere innretning av selve finansieringssystemene mellom nivåene. Premisset for en slik tilnærming til synkroniseringsbegrepet knytter seg til at fragmenteringen av finansieringssystemene mellom nivåene i seg selv utgjør et hinder for samhandling⁵¹.

En likere innretning av finansieringssystemene kan gjøres på mange måter, og omfatte alt fra:

- a) ... at elementer fra finansieringssystemet som ligger til grunn for spesialisthelsetjenesten adapteres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (eller omvendt).

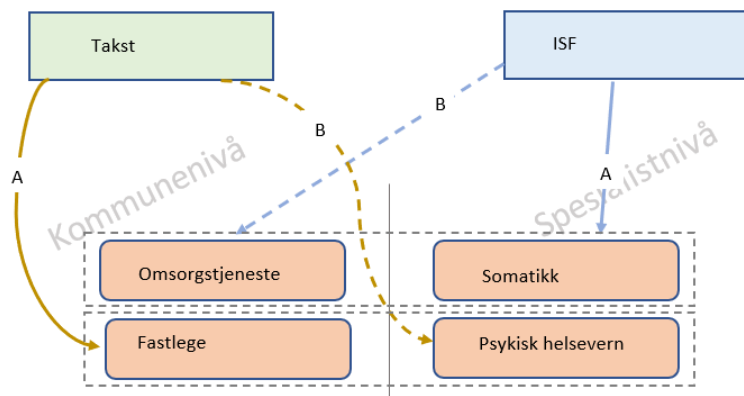
For eksempel kan sykehusene gjennom ISF innen somatikken sies å være utstyrt med insentiver til å ta imot pasienter, og samtidig at pasienter skrives raskt ut etter behandling. Rammefinansieringen av kommunale omsorgstjenester (som sykehjem og hjemmesykepleie) kan gi insentiver til å skyve kostnader over på andre ved at deler av helsehjelpen kan gis av andre, f.eks. at mottaket av pasienter fra spesialisthelsetjenesten utsettes⁵². I en samhandlingssituasjon mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten synes finansieringen dermed til en viss grad å trekke i motsettende retninger. I dette eksempelet vil systemperspektivet ta til orde for å at den kommunale omsorgstjenesten gis tilgang til ISF, slik at den utstyres med insentiver som tilsvarer sykehusenes.

Et annet eksempel være at aktiviteter som utføres av sykehuspersonell utløser folketrygdakst i samhandlingssituasjoner som involverer kommunal tjenesteyter som finansieres over takst. Systemperspektivet tar da til orde for at større deler av spesialisthelsetjenesten gis tilgang til ordninger som pr i dag primært er tillagt primærhelsetjenesten.

⁵¹ Se f.eks. [ISF_uttalelser_tidligere – 03.07.07 ISF i helsetjenesten - Evaluering av aktuelle tiltak.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#), [Meld. St. 7 \(2019–2020\) \(regjeringen.no\)](#), [NOU 2003 - 1 \(regjeringen.no\)](#).

⁵² Eksempelet er forenklet for illustrasjonens skyld, og hensyntar ikke insentivvridninger som følge av balanseringen mellom ISF og ramme på spesialistsiden, som følge av kommunal medfinansiering, etc.

Figur 5.6 Aktivitetsbasert finansiering for kommunale tjenester



I figur 5.6 illustreres løsningen der deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis tilgang til aktivitetsbaserte finansieringsordninger som pr i dag gjelder innenfor spesialisthelsetjenesten (her eksemplifisert ved at kommunale omsorgstjenester finansieres på bakgrunn av ISF), og at deler av spesialisthelsetjenesten gis tilgang til ordninger som pr i dag gjelder for primærhelsetjenesten (her eksemplifisert ved at psykisk helsevern kan utløser folketrygd takst i en eventuell samhandlingssituasjon med fastlegen). Tilnærmingen bygger på at dersom en tjeneste fra et nivå finansieres som a), finansieres samhandlende tjeneste fra annet nivå som b).

b)... til en totalomlegging av finansieringssystemene innenfor ett eller begge tjenestenivåer.

Dette representerer ytterpunktet i systemperspektivet, og handler om en løsning der både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten utelukkende finansieres på bakgrunn av aktivitet, eller at de underlegges en eksklusiv kapasjons- og / eller rammemodell eller lignende.

Alternativene som følger av systemperspektivet er flere og mer eller mindre omfattende, og vi går ikke gjennom samtlige alternativer her. Fellesnevneren for systemtilnærmingen er imidlertid at finansieringssystemene innrettes med de samme ordningene og elementene for å unngå at fragmentering gir divergerende insentiver for samhandling.

5.6 Fremtidens digitale helsetjenester og betydning for finansieringssystemene

Helsetjenesten er under kontinuerlig endring, og det forventes at framtidens helsetjeneste vil være betydelig mer virtuell enn i dag. En virtuell helsetjeneste dekker alle måter helsepersonell kan behandle og følge opp pasienter og brukere på med hjelp av teknologi. Dette kan være gjennom telefon, video, mobilapper, tekstbaserte digitale tjenester eller andre

kommunikasjonsplattformer. Hele eller deler av tilbudet som ytes for et helseproblem kan gjøres virtuelt. Teknologien muliggjør virtuelle helsetjenester, men en virtuell helsetjeneste er mer enn selve teknologien. En virtuell helsetjeneste berører både arbeidsprosessene i helsetjenesten, organiseringen av tjenestene, ulike og antakelig nye personellgrupper og ikke minst påvirker den pasienten og dennes mulighet til selv å påvirke og kontrollere egen helse.

Virtuelle tjenester kan ytes på ulike måter ut fra hvordan data utveksles: 1) synkrone tjenester der kontakten foregår i sanntid (for eksempel en videokonsultasjon), 2) asynkrone tjenester som målinger som sendes inn og leses av på senere tidspunkt, og epostutveksling eller 3) en kombinasjon av disse. Tjenesten kan være avgrenset i tid til å gjelde en begrenset aktivitet, eller den kan pågå over lengre perioder, typisk oppfølging av en pasient i hjemmesykehus eller en kronisk syk som kan få oppfølging i hjemmet for å unngå forverrelser og sykehusinnleggelse. En digital tjeneste kan også være et nettbasert behandlingsprogram (for eksempel innenfor PHV/TSB, e-Meistring). Behandling og oppfølging kan skje innenfor ett nivå i helsetjenesten, pasienten følges opp av ett nivå om gangen ved klart adskilte tjenester eller pasienten veksler mellom nivå. Det siste kan for eksempel gjelde multisyke eldre som krever stor grad av behandling og oppfølging for sine tilstander av ulike aktører.

En økning i bruk av digitale tjenester for å behandle eller følge opp pasienter og brukere vil kunne føre til endringer i arbeidsprosesser, men samtidig kreve investeringer og nødvendige endringer i infrastruktur og systemer som ligger rundt det å kunne yte helsetjenester. Dette kan være felles pasientjournal eller tilgang på måledata som pasienten sender inn enten til sykehuset eller kommunehelsetjenesten ved hjelp av digitalt utstyr.

En virtuell helsetjeneste gir gode muligheter for understøttelse av en bærekraftig og effektiv helsetjeneste. For eksempel kan digitale verktøy gjøre samhandlingen i teambaserte tjenester med helsepersonell på tvers av forvaltningsnivå enklere og samtidig tryggere for pasienten. Pasientene kan gjennom eksempelvis skjemabaserte digitale verktøy der de selv melder inn symptomer eller ved målinger av for eksempel surstoffinnhold i blodet selv delta mer aktivt i oppfølgingen av sin sykdom. Denne oppfølgingen kan også i større grad gjøres i primærhelsetjenesten. Digitale skjemabaserte tilbakemeldinger og fjernmonitorering kan også gi bedre utnyttelse av ressursene gjennom sparte reiseutgifter, og ved at helsepersonell involveres når det er behov og ikke ved på forhånd fastsatte fysiske kontroller.

Økt digitalisering og flere valgmuligheter for pasienten kan også føre til mer press på helsetjenestene med økende etterspørsel, økt fokus på sykdom og sykelliggjøring. Dette kan gi behov for større fokus på prioritering og utforming av finansieringssystemene. Forsvarlighet i pasientbehandlingen er dessuten et viktig moment når løsninger skal utvikles. Selv om finansieringssystemene i seg selv ikke skal styre hva slags helsehjelp den enkelte pasient skal motta, kan det skje utilsiktede skjevheter dersom systemer med for stort insentiv for den ene eller andre behandlingen utvikles.

Kan virtuelle helsetjenester skape et "nytt nivå" i helsetjenesten, noe som er mellom den nåværende to-delingen? Tidlig utskrivning og større muligheter for digital oppfølging av

pasienter kan føre til mer avansert behandling og oppfølging enn tradisjonell kommunal hjemmetjeneste. En slik oppgaveforskyvning for medisinske sett dårligere pasienter har ført til en strukturell utfordring og økt kompetansebehov hos hjemmetjenesten. Dette er ikke spesielt ved økt digitalisering, men vi kan tenke oss at mulighetene som ligger i bruk av digitale tjenester kan framskynde og forsterke behov for slikt nytt nivå. Dette vil det måtte tas hensyn til når finansieringsordninger utvikles.

En virtuell helsetjeneste vil ikke nødvendigvis føre til behov for nye eller egne konsept for finansiering. De tidligere beskrevne konseptene vil også være gyldige når de digitale helsetjenestene øker i omfang. Imidlertid må det være økt fokus på andre kostnader enn de som kan henføres direkte til den enkelte pasientbehandling. De aktivitetsbaserte finansieringsordningene (spesielt gjelder dette ISF) er kostnadsbaserte, men inkluderer ikke investeringskostnader. De er derfor, slik de er utformet i mindre grad egnet til å kunne dekke investeringskostnader knyttet til omlegging av tjenesten og overgang til mer digitale løsninger som både krever innkjøp av utstyr og investering i infrastruktur. Innkjøp av utstyr kan i mange tilfeller også brukes på tvers av nivåene, for eksempel overvåkning av kronisk syke pasienter. KOLS pasienter som følges opp digitalt har tidligere vært nevnt som eksempel på en pasientgruppe som følges opp både av spesialist- og primærhelsenivået.

Ved bredding av digitale tjenester kreves investeringer i infrastruktur. Dette kan gjelde både nasjonale og regionalt. Det må legges til rette for digital kontakt mellom pasient og helsetjeneste, og det må være mulig å utveksle informasjon om pasienten på tvers av nivå. For eksempel kan dette gjelde tilgjengeliggjøring av pasientrapporterte data. Dersom ulike behandlere skal kunne nyttiggjøre seg slik informasjon må den både kunne deles, og den må være på et format som støtter digital behandling (standardisering). Når store aktører også er næringsdrivende som for eksempel fastlegene, vil det ikke alltid være tilstrekkelig at det opprettes ny takst for at samhandlingen og overgangen til digitale tjenester skal skje i det omfang som er ønskelig. En stor omlegging kan fordre investeringer som den næringsdrivende selv ikke ønsker å ta og som ikke normalt kan dekkes gjennom takstsystemet.

I tillegg vil kommunenes ulike størrelse være en utfordring når det er snakk om nye strukturer og andre måter å yte tjenester på. Mange kommuner vil være for små til alene å kunne ta et slikt løft. Behovet for samordning og samarbeid på tvers av kommuner bør vurderes når finansieringsløsninger utvikles. Dette gjelder spesielt i tidlig fase når tjenesten er under innføring og utvikles.

Det vil dessuten måtte vurderes om utviklingstakten vil være tilstrekkelig dersom det i for stor grad skal være opp til den enkelte tjenesteyter å investere i nødvendig infrastruktur.

De tidligere beskrevne konseptene kan alle innrettes slik at de bidrar i positiv retning med tanke på utbredelse av virtuelle helsetjenester. Imidlertid er det pekt på at det er nødvendig med større grad av samordning for at utbredelsen av digitale tjenester skal ha den nødvendige og ønskede utviklingstakten. Dette peker muligens på mer målrettede ordninger

enn de populasjonsbaserte ordningene alene. I tillegg må det tas høyde for at kostnader (bla for investeringer) kan skje på ett nivå, mens gevinsten kan komme forsinket og på det andre nivået. Dette stiller større krav til utformingen av finansieringssystemene, og til de strukturer for samarbeid som etableres.

Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene

Utgitt

[Dato]

Bestillingsnummer

[BESTILLINGSNR]

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

E-post postmottak@helsedir.no

Forsidefoto

krediteres

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no