

# Nye styringsformer i norsk primærhelsetjeneste

Jon Magnussen

Stockholm 20/9 2011

# Kort om Norge

- Ikke direkte adgang til spesialist – allmennlegen er gate-keeper
- Fastlege ("familielege") – med mulighet til å bytte inntil 2 ganger årlig
- Fastlegen finansieres etter listestørrelse (30%) og refusjon/egenandel (70%)
- Fastlegene er private – selvstendig næringsdrivende – med "kommunalt pliktarbeid" 1 dag pr uke

# Utfordringene

- Store pasientgrupper mottar tilbud fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
  - *Samordnings- eller koordineringsutfordring*
- Pasienter som i dag kunne ha vært behandlet i primærhelsetjenesten sendes til eller forblir i spesialisthelsetjenesten
  - *Utfordring å finne riktig omsorgsnivå*

# Svaret

- Større fokus på primærhelsetjenesten
- Større fokus på forebygging
  
- Ressursvekst skal komme i primærhelsetjenesten
- Kommunene skal ha større ansvar
  
- *Samhandlingsreformen!*

# Samhandlingsreformen

- Tydliggjøring av det kommunale sørge-for ansvaret – ”tilrettelegge for samhandling”
- Lovpålagte plikter er i større grad nøytrale ift profesjon – ”større fleksibilitet”
- Lovregulere avtaler mellom kommuner og helseforetak – ”likeverdighet og samordning”
- Kommunal medfinansiering – ”incentiver til å flytte aktivitet til kommunene”

# Hvor stor aktivitet?

- 10 % av liggedøgnene og 10 % av de polikliniske konsultasjonene på kort sikt
- 20-30% er potensialet på lengre sikt
- Hjerte/kar, lunge, diabetes, muskel-sjelett, kronikere, psykiatri og rus (?)
- *Men vi er vel strengt tatt ikke helt trygge på kunnskapsgrunnlaget her?*

# Kommunal medfinansiering

- Kommunene må settes i stand til å finansiere (deler av) spesialisthelsetjenesten
  - Ta ressurser fra spesialisthelsetjenesten
  - Gi til kommunene
- Inspirert av den danske modellen etter 2007

# Alternative modeller

- Modell 1: For alle pasienter
- Modell 2: For utvalgte diagnoser
- Modell 3: Utvalgte aldersgrupper
- Modell 4: For ferdigbehandlede pasienter
  
- *Hva er hensikten?*
  - *Redusere bruk av sykehus og øke omfanget av kommunale tjenester (kort sikt)*
  - *Øke satsing på forebygging og redusere helsetjenesteforbruket (lang sikt)*

# Alternative modeller

- Modell 1: For alle pasienter
- Modell 2: For utvalgte diagnoser
- Modell 3: Utvalgte aldersgrupper
- Modell 4: For ferdigbehandlede pasienter
  
- *Hva er hensikten?*
  - *Redusere bruk av sykehus og øke omfanget av kommunale tjenester (kort sikt)*
  - *Øke satsing på forebygging og redusere helsetjenesteforbruket (lang sikt)*

# Usikkerhetsmomenter

- Risiko
  - Små kommuner, stor risiko
- Incitamenter
  - Lav finansieringsandel, svake incitamenter
- Treffisikkerhet
  - I hvilken grad kan kommunene påvirke bruk av spesialisthelsetjenester?

# Den valgte modellen – fra 2012

- 20 % kommunal medfinansiering
- Alle medisinske pasienter
  - Kun somatikk – ca 600 000 DRG-poeng
  - Anslag 4,2 mrd kroner
  - Tak på 30 000 kr pr opphold ( = DRG < 150 000)

# Den valgte modellen – fra 2012

- Kommunene må betale for utskrivingsklare pasienter
- Betalingen
  - Settes til 4000 pr døgn
  - Kun somatikk (psykiatri/rus skal utredes)
  - 140 000 liggedøgn = 560 millioner kr
- Når en pasient er utskrivingsklar skal bestemmes gjennom en forskrift (ikke klar)

# Den valgte modellen – fra 2016

- Øyeblikkelig hjelp – døgnopphold i kommunene
  - Oppgaveoverføring
  - Innføres fra 2016
  - 50% fra RHF til kommunene (etter søknad)
  - 50% direkte betaling fra RHF
  - Måltall: 240 000 døgn \* 4330 = 1 mrd +

# Hvis man lykkes

- 140 000 døgn utskrivingsklare
- 240 000 døgn ø-hjelp døgn
- 220 000 døgn “generell reduksjon” (ca 5 %)
  
- = 600 000 liggedøgn = ca 1500-2000 sengeplasser
- Mellom 6000 og 10 000 årsverk i spesialisthelsetjenesten (grovt anslag)

# Utfordringer for helseforetakene

- Vil flytting av aktivitet til kommunene føre til reduksjon i kostnadene?
  - Hvor stor er marginalkostnaden?
- Vil flytting av aktivitet til kommunene føre til at man øker "annen" aktivitet?
  - Isf medisinsk eller kirurgisk?

# Spørsmål

- Kan man bremse veksten i spesialisthelsetjenesten ved å styrke kapasiteten i kommunene?
- Vil kommunene se det lønnsomme i å satse mer på forebygging?
- Bør man gjøre noe med kommunestrukturen?

# Kritikken

- Dårlig kunnskapsgrunnlag
- Generelle istedenfor spesifikke incentiver
- Kommunene er dårlig forberedt på å ta over pasienter fra spesialisthelsetjenesten
- Utydelig reform – “reform for å reformere, ikke for å innføre gjennomtenkte endringer”

# Resultatet

- Innføres 2012
- Skal evalueres over en 5 års periode
- Men vil den overleve så lenge?
- Stortingsvalg 2013.....