

KOMMUNAL MEDFINANSIERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN

1. Innledning

Formålet med dette notatet er å drøfte kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene betaler deler av behandlingsutgiftene for egne innbyggere. Dette kan enten ordnes som en generell medfinansiering som omfatter all behandling i spesialisthelsetjenesten, eller en mer avgrenset ordning som omfatter utvalgte pasientgrupper.

Målsettingene er at kommunal medfinansiering skal bidra til et bedre tilbud til pasientene og kontroll på framtidig utgiftsvekst. Tilbudet til pasienten skal bli bedre ved at kommunenes helse- og omsorgstjeneste samhandler bedre med spesialisthelsetjenesten og ved at oppbygging av tjenestetilbud i kommunal regi som gir bedre tilgjengelighet til helsetjenester. Utgiftsveksten kan begrenses ved at det legges større vekt på forebygging og tidlig behandling. Kommunal medfinansiering antas å understøtte kommunenes økte ansvar og legge til rette for samhandling, forebygging og utvikling av nye tilbud i kommunal regi.

I vurderingen av kommunal medfinansiering er følgende spørsmål sentrale:

- Hvor stor betydning har det kommunale tilbud for forbruket av spesialisthelsetjenester?
- Hvordan skal kommunene tilføres midler for å finansiere medfinansiering og nye kommunale tilbud?
- Kan kommunene bære den økonomiske risikoen ved medfinansiering av spesialisthelsetjenesten?

Notatet belyser disse problemstillingene og gir avslutningsvis en samlet vurdering av kommunal medfinansiering.

2. Hvor stor betydning har det kommunale tilbud for forbruket av spesialisthelsetjenester?

Utgangspunktet for en kommunal medfinansieringsordning er det delte ansvaret for helsetjenestene. Kommunene har ansvaret for primærhelsetjeneste og pleie- og omsorg, mens staten har ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgstilbudet som gis i kommunene vil ha betydning for innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester, men det er ikke opplagt i hvilken retning effekten går. På den ene siden kan økt kommunal innsats bidra til forebygging og tidlig behandling som reduserer bruken av spesialisthelsetjenester. På den andre siden vil større kommunal innsats øke ”oppdagelsessannsynligheten”, noe som trekker i retning av økt forbruk. Det kommunale tilbudet vil ha en mer direkte effekt når det kommer til erstatning for tilbud i spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette kan være håndtering av utskrivningsklare pasienter og tilbud i sykehjem.

For at en kommunal medfinansieringsordning skal virke etter hensikten må det være substitusjonsmuligheter mellom det kommunale helse- og omsorgstilbudet og forbruket av spesialisthelsetjenester. Økt kommunal innsats må kunne bidra til å redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Med kommunal medfinansiering vil kommunene da få et økonomisk insentiv til å drive forbygging og annen innsats som begrenser innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester. Det er et empirisk spørsmål hvorvidt et bedre kommunalt tilbud reduserer bruken av spesialisthelsetjenester. Hagen (2009) analyserer hvordan det kommunale tilbudet påvirker innleggelser og dagbehandling (målt ved DRG-poeng), bruk av poliklinikker, rehabilitering og langtidsligger. Hovedkonklusjonen er at det kommunale tilbudet har liten betydning for bruken av spesialisthelsetjenester, men med følgende unntak (s. 18):

- Forbruket av behandling ved medisinske behandlinger som er 80 år og over reduseres når dekningsgradene i institusjonene i kommunene øker. Dette gjelder særlig for akutte innleggelser.
- Forbruket av polikliniske tjenester øker med økt institusjonsdekning.
- Bruken av rehabilitering øker med økt legedekning og høyere nivå på hjemmesykepleien.
- Langtidsliggedagene reduseres med økning i legedekning i sykehjemmene og med dekningsgraden av institusjoner og bolig for eldre 80 år og over. Det er i tillegg en klar

effekt av sykehusenes lokalisering ved at kommuner med sykehus i høyere grad enn andre kommuner benytter langtidsligger ved sykehusene.

Analysene er basert på data for 2007 og tilgjengelige indikatorer for det kommunale helse- og omsorgstilbudet (årsverk og dekningsgrader), og det kan i noen grad argumenteres for at de ikke fanger opp det man ønsker å oppnå med kommunal medfinansiering. For det første er det slik at indikatorene for det kommunale tjenestetilbudet ikke fanger opp variasjoner i praksis (eksempelvis forebygging) eller kommunale tilbud som kan erstatte tilbud i spesialisthelsetjenesten (eksempelvis lokalmedisinsk senter). Dette kan medføre at substitusjonsmulighetene mellom kommunalt tilbud og forbruk av spesialisthelsetjenester undervurderes i analysene. For det andre kan substitusjonsmulighetene bli sterkere i framtida, blant annet fordi befolkningen eldes og fordi sykdomsbildet blir et annet enn i dag. Det kan for eksempel vises til at sykdommer hvor forebygging og tidlig behandling er viktig (eksempelvis kreft, diabetes, overvekt, kols) antas å vokse kraftig fram mot 2050. En skal være varsom med å trekke bastante konklusjoner om substitusjonsmulighetene, men analysene representerer en advarsel mot å tro at de er veldig sterke.

3. Hvordan skal kommunene tilføres midler for å finansiere medfinansiering og nye kommunale tilbud?

Kommunal medfinansiering innebærer at deler av den innsatsstyre finansieringen av de regionale helseforetakene flyttes over til kommunene. Utgangspunktet for dette notatet er at kommunene skal tilføres 20 prosent av full enhetsrefusjon (DRG-pris). Dette utgjorde vel 7 milliarder kroner i 2007, eller om lag 1 500 kroner per innbygger. De økte inntektene skal gi grunnlag for kommunal medfinansiering av innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester (DRG-forbruk), men er ikke øremerket dette formålet. Det sentrale poenget med medfinansieringen er at kommunene skal gis økonomisk stimulans til å drive god forebygging og utvikle alternative med sikte på å redusere DRG-forbruket. For at medfinansieringen skal fungere etter hensikten må midlene inngå i rammefinansieringen av kommunene og fordeles etter objektive kriterier. Midlene må altså være en del av kommunenes frie inntekter. Rammefinansiering gir gode insentiveffekter. Kommuner som gjennom forebygging og utvikling av nye tilbud makter å redusere DRG-forbruket for sine innbyggere, vil få en gevinst ved at utgiftene til medfinansiering av spesialisthelsetjenestene reduseres.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten medfører en betydelig oppgaveoverføring som vil måtte få konsekvenser for kostnadsnøkklene i inntektssystemet. En mulighet er å etablere en egen delkostnadsnøkkel bestående objektive kriterier som forklarer variasjonen i DRG-forbruk kommunene imellom. De analyser som nylig er utført i regi av Magnussen-utvalget (NOU 2008: 2) vil kunne danne grunnlag for en slik delkostnadsnøkkel. Utfordringen med kriteriebasert fordeling er at kostnadsnøkkelene ikke vil kunne fange opp alle variasjoner i DRG-forbruk kommunene imellom. Noen kommuner vil oppleve at økningen i rammetilskudd blir mindre enn det faktiske DRG-forbruket, mens andre vil få en tilskuddsøkning som er høyere enn DRG-forbruket.

Mulige avvik mellom kriteriebasert fordeling og faktisk DRG-forbruk er illustrert i tabell 1. DRG-forbruket er målt som 20 prosent av full enhetsrefusjon, og som et gjennomsnitt for årene 2006 og 2007. DRG-forbruket varierer fra år til år (se del 4), og gjennomsnittsverdier for 2 år benyttes for i større grad å fange opp permanente effekter. Kriteriebasert fordeling er her illustrert ved delkostnadsnøkkelene for helse i inntektssystemet for kommunene. Beregningene er utført på kommunenivå og kommunene er gruppert etter antall innbyggere.

Tabell 1: Differanse mellom DRG-forbruk (gjennomsnitt for 2006 og 2007) og fordeling etter kostnadsnøkkel for helse, kroner per innbygger

Antall innbyggere	Alle kommuner		Taperkommuner	
	Gj.snittlig differanse	Største differanse	Gj.snittlig tap	Største tap
Under 1 000	310	1061	292	1061
1 000 – 2 000	257	967	214	767
2 000 – 3 000	193	653	169	602
3 000 – 4 000	171	585	122	295
4 000 – 5 000	153	534	135	490
5 000 – 10 000	140	548	135	548
10 000 – 20 000	120	865	147	865
20 000 – 50 000	116	393	116	330
Over 50 000	97	345	101	345

Kolonnen ”Gj.snittlig differanse” viser differansen mellom DRG-forbruk og fordeling etter kostnadsnøkkelene for helse målt i kroner per innbygger. Differansen er regnet i absoluttverdi slik at ikke positive og negative verdier nuller hverandre ut i beregningen av gjennomsnitt for de enkelte kommunegruppene. Det framgår at differansen mellom DRG-forbruk og kriteriebasert fordeling avtar med antall innbyggertall. I gjennomsnitt er differansen vel 300 kroner per innbygger blant kommunene med færre enn 1 000 innbyggere, og knappe 100

kroner per innbygger blant kommunene med over 50 000 innbyggere. Tolkningen er at den kriteriebaserte fordelingen i gjennomsnitt ”bommer” på DRG-forbruket med vel 300 kroner per innbygger i de minste kommunene. For de største kommunene er ”bommen” knappe 100 kroner. Gitt at DRG-forbruket utgjør om lag 1 500 kroner per innbygger på landsbasis, må et gjennomsnittlig avvik på 300 kroner per innbygger i de minste kommunene betraktes som betydelig.

Videre er det slik at enkeltkommuner vil oppleve større differanser enn gjennomsnittskommunen. Kolonnen ”Største differanse” angir den største differansen i hver gruppe. Med unntak av gruppen med mellom 10 000 og 20 000 innbyggere, er den maksimale differansen 3-4 ganger høyere enn den gjennomsnittlige differansen. Også den maksimale differansen avtar med antall innbyggere.

Med rammefinansiering basert på objektive kriterier vil det aldri være perfekt samsvar mellom de faktiske utgifter på de enkelte tjenesteområder og beregnet utgiftsbehov i henhold til kostnadsnøkler. Det har sammenheng med at kommunene prioriterer forskjellig og at kostnadsnøkler ikke fanger opp alle relevante kostnads- og etterspørselsforhold. I forbindelse med medfinansiering av spesialisthelsetjenesten kan imidlertid manglende samsvar være mer problematisk fordi kommunene har liten direkte kontroll med utgiftene. Kommunene har mer direkte innflytelse over utgifter til tjenester som barnehage, grunnskole og eldreomsorg og kan lettere tilpasses utgiftene til endringer i økonomiske rammebetingelser.

Det kan argumenteres for at differanse mellom DRG-forbruk og kriteriebasert fordeling vil være mest problematisk for kommuner som taper, dvs de kommuner hvor økningen i rammetilskuddet er lavere enn DRG-forbruket. For disse kommunene vil utgiftene til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten være høyere enn økningen i rammetilskudd, og det vil derfor være vanskelig å drive mer forebygging og utvikle nye tilbud. I de tre siste kolonnene i tabell 1 er det derfor sett nærmere på kommunene som antas taper på kriteriebasert fordeling. Det framgår at gjennomsnittlig differanse og maksimal differanse er om lag den samme for taperkommunene som for alle kommuner.

Den delkostnadsnøkkel for helse som er benyttet her er ikke utformet med utgangspunkt i DRG-forbruk. Det vil derfor være mulig å konstruere kostnadsnøkler hvor kriteriebasert tilnærming treffer bedre enn det som framgår av beregningene i tabell 1. Men selv med en

bedre tilpasset kostnadsnøkkel vil det bli betydelige differanser mellom faktisk DRG-forbruk og kriteriebasert fordeling, og utslagene vil være spesielt store for de mindre kommunene.

Det vil trolig være fornuftig med en gradvis overgang til kriteriebasert fordeling. Det første året kan fordelingen baseres på historisk DRG-forbruk (gjennomsnitt over flere år). Deretter legges det gradvis større vekt på objektive kriterier og mindre vekt på historisk DRG-forbruk. Fordelen med ette opplegget er at man unngår at mange kommuner får en tilskuddsøkning som er mindre enn DRG-forbruket ved innføring av kommunal medfinansiering. Disse kommunene får dermed et bedre økonomisk grunnlag for å drive bedre forebygging og utvikle nye tilbud med sikte på å redusere DRG-forbruket.

4. Kan kommunene bære den økonomiske risikoen ved medfinansiering av spesialisthelsetjenesten?

Kommunalt medansvar for finansiering av spesialisthelsetjenesten vil medføre økonomisk risiko for den enkelte kommune. Det har sammenheng med at det individuelle forbruket av sykehustjenester varierer mye fra år til år. I hvilken grad dette jevner seg ut på kommunenivå avhenger av antall innbyggere i kommunene. Svingningene fra år til år vil typisk være større i små kommuner enn i store kommuner. Dette er illustrert i tabell 2 som viser absolutt endring i DRG-forbruk (20 prosent av full enhetsrefusjon målt i kroner per innbygger) fra 2006 til 2007. Det er en systematisk tendens til at endringen i DRG-forbruk avtar med kommunestørrelse. Mens den gjennomsnittlige endringen fra 2006 til 2007 er vel 300 kroner per innbygger blant kommunene med færre enn 1 000 innbyggere, er den bare 34 kroner blant kommunene med over 50 000 innbyggere. De to siste kolonnene i tabell 2 viser at det er store forskjeller mellom kommuner i samme gruppe, men også at de maksimale endringene avtar med antall innbyggere.

Tabell 2: Absolutt endring DRG-forbruk (20 % av full enhetsrefusjon) fra 2006 til 2007, kroner per innbygger

Antall innbyggere	Absolutt endring	Minste endring	Største endring
Under 1 000	312	20	825
1 000 – 2 000	252	17	864
2 000 – 3 000	155	2	402
3 000 – 4 000	164	28	378
4 000 – 5 000	125	1	415
5 000 – 10 000	99	5	323
10 000 – 20 000	73	1	182
20 000 – 50 000	48	4	150
Over 50 000	34	6	70

Tabell 2 viser at den økonomiske risikoen knyttet til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er stor sett i forhold til omfanget av denne finansieringen (om lag 1500 kroner per innbygger i gjennomsnitt). Men hvor stor er risikoen i forhold til kommunens totale økonomi? Tabell 3 gir et inntrykk av dette for noen eksempelkommuner av varierende størrelse. Alle utvalgs kommunene har relativt stor endring i forhold til antall innbyggere. Hvis man ser endringen i DRG-forbruk i forhold til inntekten så framstår risikoen som beskjeden. For de fem utvalgs kommunene utgjør endringen mellom 0,3 og 1,2 prosent av inntektene. Blant alle kommuner er maksimumsverdien 1,6 prosent av inntektene.

Tabell 3: Endring DRG-forbruk (20 % av full enhetsrefusjon) i forhold til den totale kommunale økonomi

Kommune	Antall innbyggere	Absolutt endring, kr per innbygger	Frie inntekter, kr per innbygger	Absolutt endring i % av frie inntekter
Gamvik	1 046	745	60 165	1,2
Sveio	4 764	329	31 171	1,1
Fauske	9 465	202	32 292	0,6
Askøy	23 018	107	27 040	0,4
Sandnes	60 507	70	27 229	0,3

Risikoen kan framstå som liten når den ses i forhold til den totale kommunale økonomi, men dette er ikke den eneste måten å betrakte risikoen på. Ett alternativ er å studere hvordan endringer i DRG-forbruk påvirkes netto driftsresultat forutsatt at andre utgifter og inntekter ikke endres. Netto driftsresultat måles gjerne som andel av samlede inntekter, og for eksempel kommunene i tabell 2 vil utslagene i netto driftsresultat utgjøre 0,2 til 1 prosent av inntektene. Utslag på opp mot 1 prosent av inntektene må betraktes som betydelig gitt at et driftsresultat på 3 prosent av inntektene betraktes som bra, mens et driftsresultat på 1 prosent betraktes som svakt.

Svingninger i DRG-forbruk, og dermed kommunenes utgifter til medfinansiering, vil få konsekvenser for andre deler av den kommunale økonomi. I prinsippet kan svingningene håndteres ved å endre andre utgifter, ved å endre inntekter eller ved å la svingninger slå ut i netto driftsresultat. En kommune som opplever en økning i DRG-forbruket må derfor kutte på andre tjenestekområder, øke eiendomsskatt og brukerbetaling eller la netto driftsresultat bli redusert, eventuelt en kombinasjon av disse.

5. Avsluttende merknader

Det vurderes kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten som kan gi et bedre tilbud til pasientene og kontroll på framtidig utgiftsvekst. Formålet med notatet har vært å gi en vurdering av en slik ordning. Drøftingen har fokusert på substitusjonsmuligheter mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester, hvordan medfinansieringen kan legges inn i kommunenes rammefinansiering og den økonomiske risikoen for kommunene forbundet med medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Foreliggende empirisk forskning indikerer at substitusjonsmulighetene mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester er små, men med visse unntak for institusjons- og legedekning innen eldreomsorgen. Selv om det kan argumenteres for at analysene undervurderer substitusjonsmulighetene, representerer de likevel en advarsel mot å tro at substitusjonsmulighetene er store. Videre kan det være grunn til å stille spørsmål ved om en generell kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er et målrettet tiltak dersom substitusjonsmulighetene er konsentrert om eldreomsorgen. En begrenset medfinansiering som er avgrenset til eldre personer og/eller utvalgte behandlinger kan da være mer målrettet, og graden av kommunal medfinansiering kan da settes høyere en 20 prosent av full enhetsrefusjon. Dersom substitusjonsmulighetene er knyttet til spesielle tiltak innen eldreomsorgen, vil også øremerkede tilskudd rettet mot disse være et mulig virkemiddel.

For at kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten skal fungere etter hensikten må midlene som flyttes fra de regionale helseforetakene budsjetter legges inn i kommunenes rammefinansiering (frie inntekter). Det må etableres en ny delkostnadsnøkkel basert på empiriske analyser av variasjon i DRG-forbruk kommunene imellom. Slik kriteriebasert fordeling vil avvike fra det faktiske DRG-forbruket, og differansen vil gjennomgående være

større i de mindre kommunene. Den største utfordringen er at mange kommuner vil oppleve at de nye utgiftene knyttet til medfinansieringen vil være høyere enn økningen i de frie inntektene. Disse kommunene vil finne det vanskelig å utvikle nye tilbud og øke innsatsen innen forebygging. Dette problemet kan begrenses ved å basere fordelingen på historisk DRG-forbruk i en overgangsperiode, eller ved en generell overfinansiering av reformen.

Medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil innebære økonomisk risiko for kommunene fordi DRG-forbruket varierer fra år til år, særlig i de mindre kommunene. De årlige variasjonene er betydelige sett i forhold til omfanget på medfinansieringen. Og selv om svingningene fra år til år framsår som små i forhold til kommunenes totale økonomi, vil de for enkelte kommuner kunne gi betydelig utslag i netto driftsresultat.

Utfordringene knyttet til risiko og differanse mellom kriteriebasert fordeling og DRG-forbruk er størst i de minste kommunene. Dagens kommunestruktur, hvor mer enn halvparten av kommunene har færre enn 5 000 innbyggere, er følgelig en viktig innvending mot kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Beregninger indikerer at utfordringene knyttet til risiko og fordeling er betydelig mindre blant kommuner med om lag 5 000 innbyggere sammenliknet med kommuner med færre enn 2 000 innbyggere. Forutsetningene vil derfor ligge bedre til rette for kommunal medfinansiering dersom mindre kommuner inngår interkommunalt samarbeid eller slår seg sammen med andre kommuner. Interkommunalt samarbeid eller kommunesammenslutninger vil også være nødvendig i forhold til å utnytte stordriftsfordeler i utbygging og drift av de nye tilbud i kommunal regi som skal erstatte tilbud innen spesialisthelsetjenesten. Kommunesammenslutninger er en mer framtidsrettet løsning med hensyn til å styrke kommunenes ansvar i velferdspolitikken, men det er lite realistisk å gjennomføre storstilte kommunesammenslutninger i forbindelse med etablering av kommunal medfinansiering. Klare krav til interkommunalt samarbeid er imidlertid nødvendig for at reformen skal kunne bli vellykket. Gjennomføring av reformen vil bli svært problematisk dersom den lokale organisering ikke er tilpasset de nye oppgavene.

Et sentralt spørsmål er hvor mange innbyggere de samarbeidende kommuner bør ha. De beregninger som er utført i dette notatet indikerer at den økonomiske risikoen kan reduseres betydelig også ved å øke antall innbyggere ut over 5 000. De største kommunene (over 50 000 innbyggere) har svingninger i årlig DRG-forbruk som utgjør om lag ¼ av svingningene i kommuner med 5 000 innbyggere. Samsvaret mellom DRG-forbruk og kriteriebasert

fordeling blir også bedre økende innbyggertall, men her størstedelen av effekten uttømt ved om lag 5 000 innbyggere.