



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

# Samhandlingsreformen – Fra ord til handling

Cathrine Meland  
Helse- og Omsorgsdepartementet

# Samhandlingsreformen; Mål og strategier



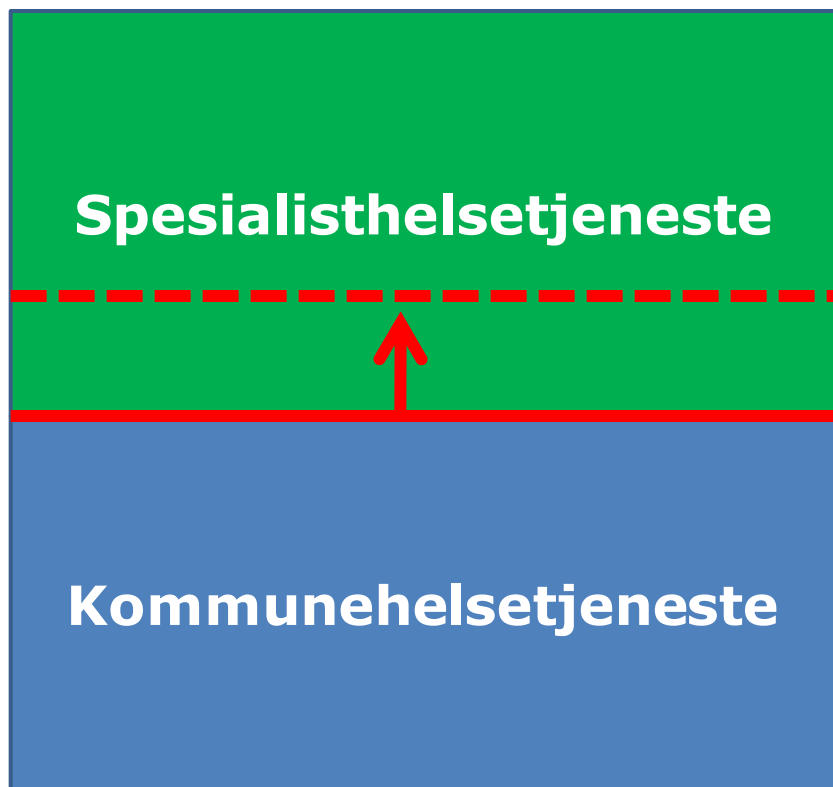
## Målene

- Økt livskvalitet
- Mestring
- Helhetlige og koordinerte tjenester
- Redusert behov for helsetjenester
- Dempet vekst i bruk av sykehus
- - en bærekraftig utvikling

## Strategiene

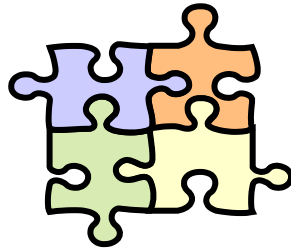
- Satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- Satsing på habilitering og rehabilitering
- Brukerinnflytelse
- En større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten
- Avtalte behandlingsforløp
- Forpliktende samarbeidsavtaler

# Økt kommunalt ansvar; Potensial for ny arbeidsdeling



- **Overta 10% av dagens døgntilbud på sykehus?**
- **Overta 10% av polikliniske kontroller på sykehus?**

# Virkemidler



**1. Lover/ forskrifter**

**2. Økonomiske virkemiddel**

**3. Nasjonal helse- og omsorgsplan**

**4. Statlig styring av regionale helseforetak**

# Økonomiske virkemidler



- 1. Overføring av midler fra spesialisthelsetjenesten knyttet til utskrivingsklare pasienter**
- 2. Avgrenset kommunal medfinansiering på 20%;**
  - Alder; Alle typer behandlinger for målgruppen 80+?**
  - Diagnose; Alle typer henvisninger og innleggelses for medisinske pasienter?**
- 3. Krav til RHF om å bidra til å etablere lokale tilbud i kommunene**
- 4. En større del av en eventuell vekst i helsebudsjettene framover skal komme i kommunene**
- 5. Prosjektmidler til å forberede reformen**

# Kommunal medfinansiering

- To modeller har vært utredet (somatikk):
  - ✓ alle innleggelser/opphold for eldre over 80 år
  - ✓ alle medisinske innleggelser/behandlinger
- I tillegg utredes psykisk helsevern, rus og opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner

# Utskrivningsklare pasienter

- Utskrivningsklare pasienter innen somatikk er avhengig av betalingssats (3 000 til 5 000 kroner)
- Må avklares:
  - Omfang av pasientgrupper
  - Styringsdata og oppgjørsordning
  - Fremtidig regulering – forskrift

# Samarbeidsprosjekter

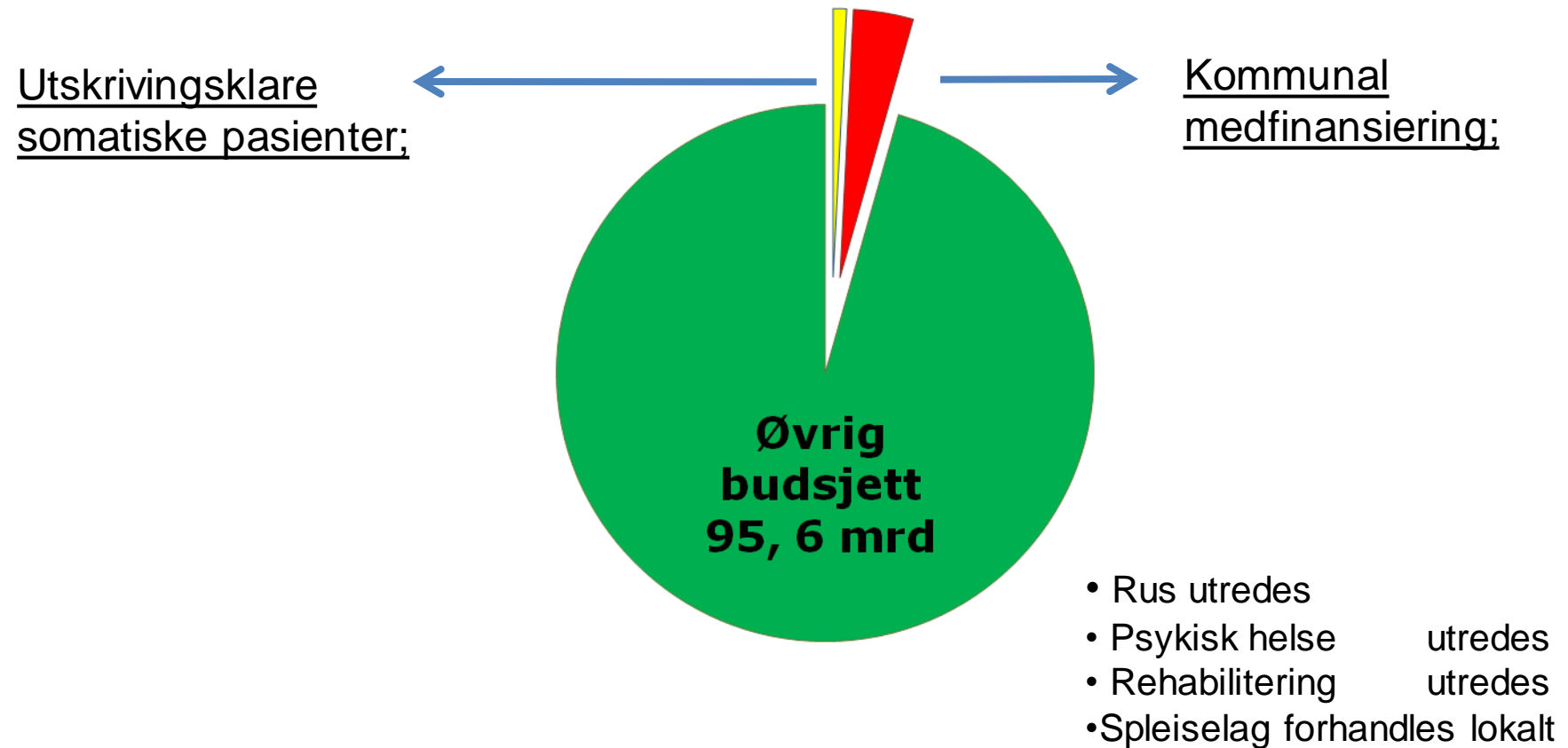
- Krav til regionale helseforetak om å bidra til å etablere tilbud i kommunene
- Allerede etablert i flere regionale helseforetak
- Ofte eier kommunene bygningsmassen, mens spesialisthelsetjenesten har bidratt med teknisk utstyr



# Mulige bruttomidler inn på kommunale budsjett fra 2012

Kilde	Mrd kr
Utskrivingsklare somatiske pasienter; 3.000 kr pr døgn	0,5
Utskrivingsklare somatiske pasienter; 5.000 kr pr døgn	0,8
Kom. medfinansiering; 80 år + kun innleggelser	1,5
Kom. medfinansiering ; Med. pasienter kun innleggelser	3,6
Rus/ psykiatri/ rehabilitering?	Utredes (2,5 mrd. kroner)
Samarbeidsprosjekter	Innenfor rammen
Frie inntekter	Årlige budsjettvedtak

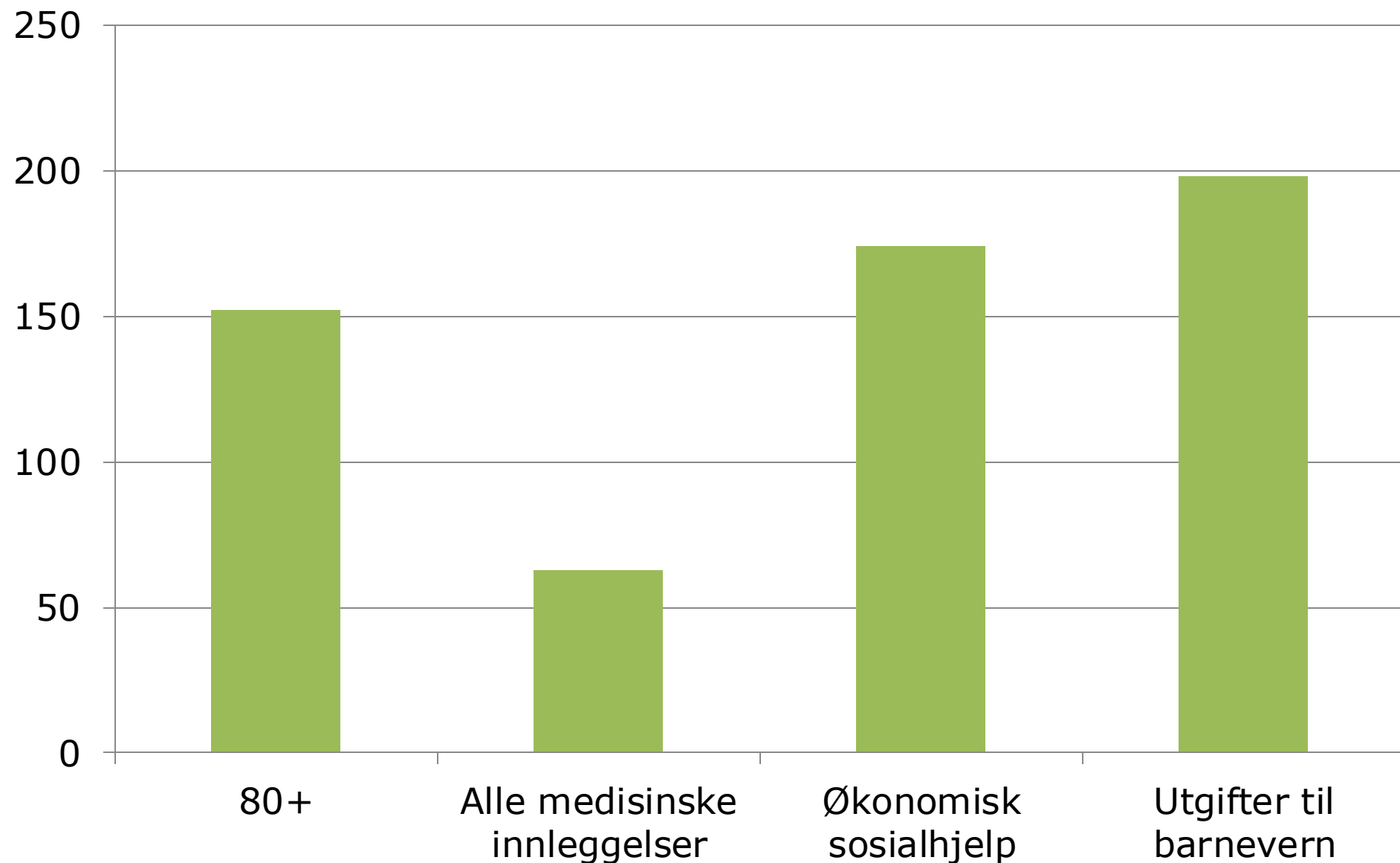
# Budsjettkorrigering for spesialisthelsetjenesten 2012



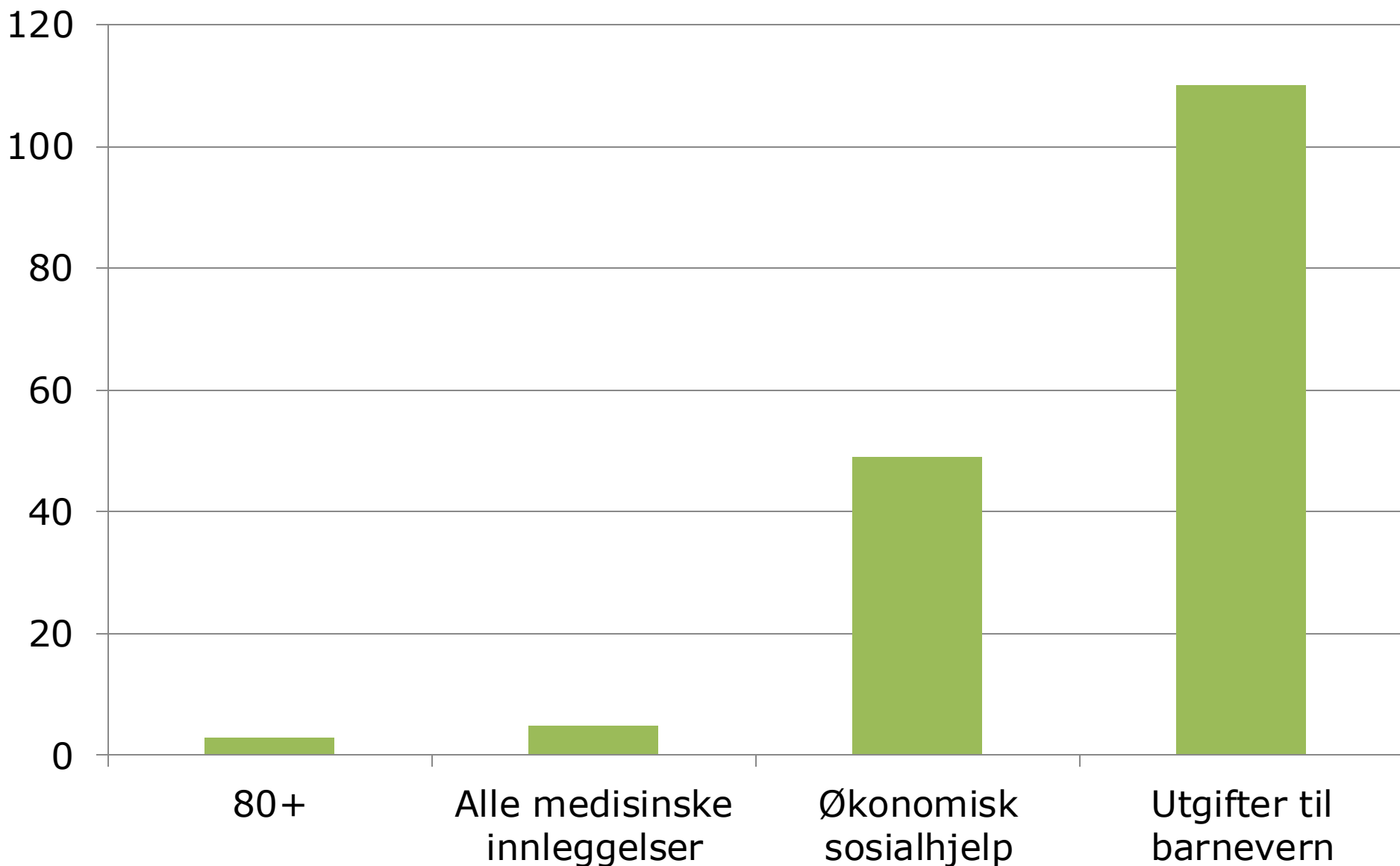
# Mulige konsekvenser for ulike kommuner

Grove anslag; mill kr	100.000 innb	20.000 innb.	5.000 innb.
Ingen utskrivingsklare på sykehus, 3.000 kr pr døgn (gitt flat fordeling etter innbyggertall)	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>
Ingen utskrivingsklare på sykehus; 5.000 kr pr døgn (gitt flat fordeling etter innbyggertall)	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
10% redusert innleggelsesrate; medisinske pasienter	<b>7,5</b>	<b>1,5</b>	<b>0,5</b>
10% redusert innleggelsesrate; 80 år +	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>0,2</b>
Til sammenligning; Kommunens frie inntekter	<b>3500</b>	<b>600</b>	<b>200</b>

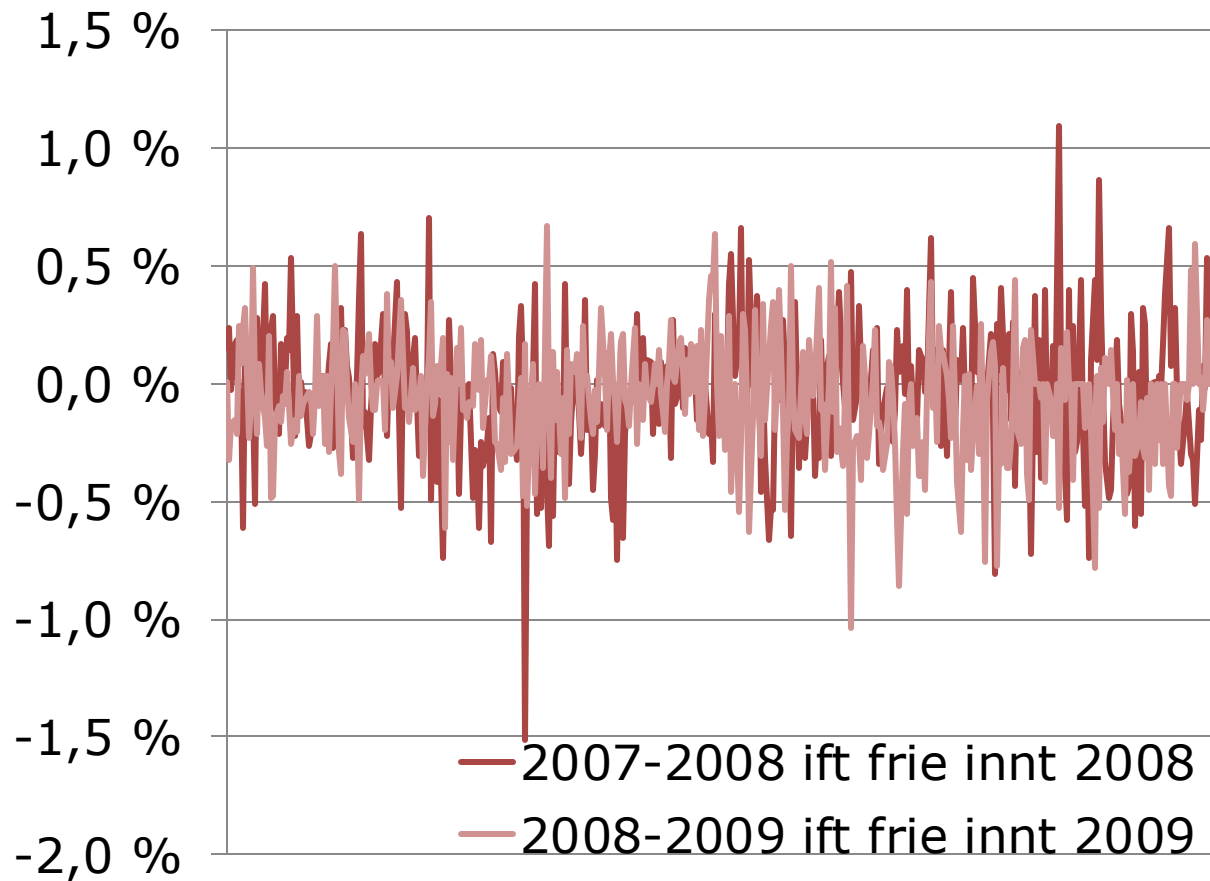
# Finansiell risiko - antall kommuner med en økning i utgiftene på mer enn 10 pst. i 2009



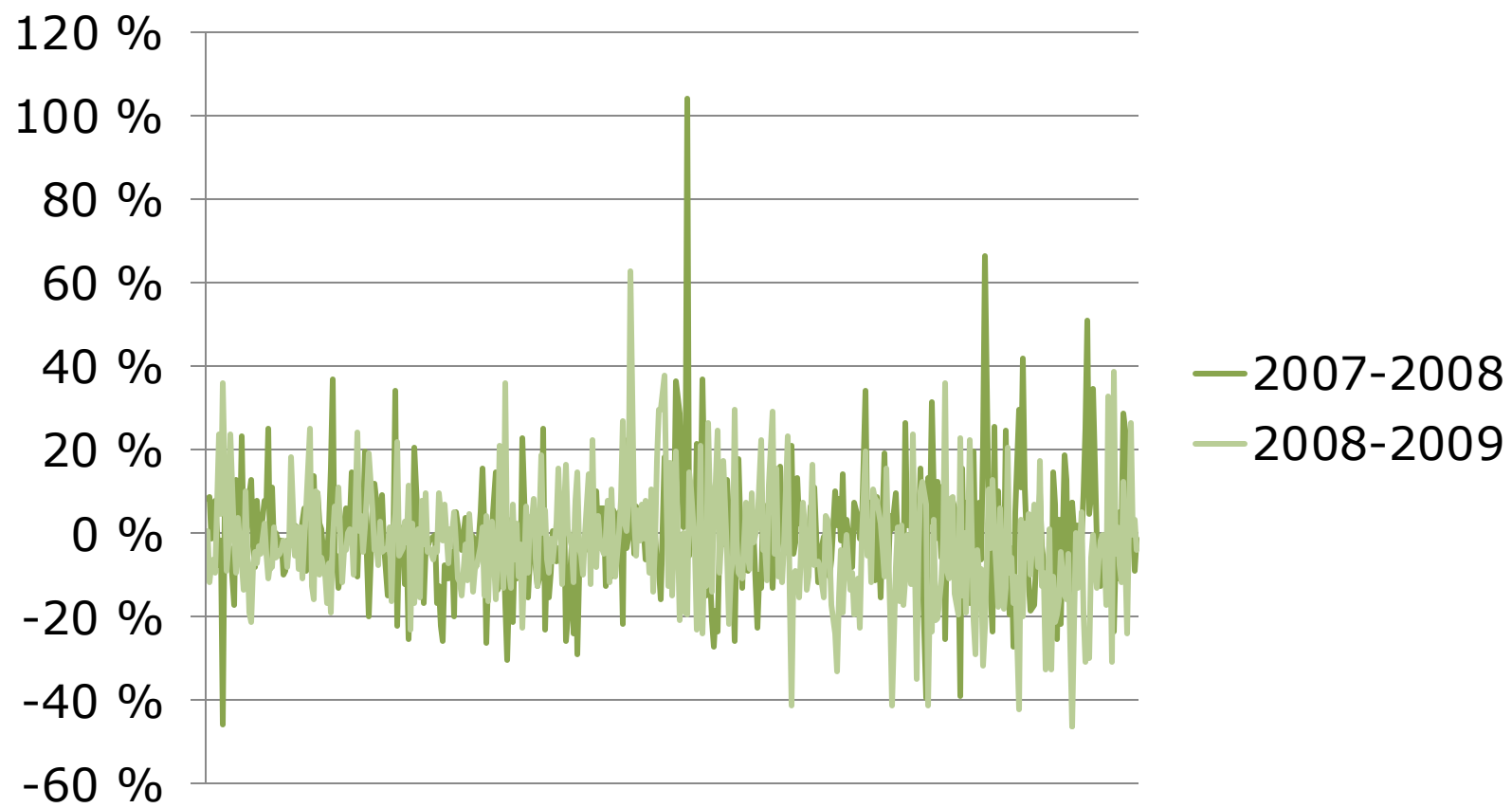
# Finansiell risiko - antall kommuner med en økning i utgiftene i 2009 på mer enn 1/2 pst. av de frie inntektene



# Risikobildet – totaløkonomien (alle medisinske innleggelses)



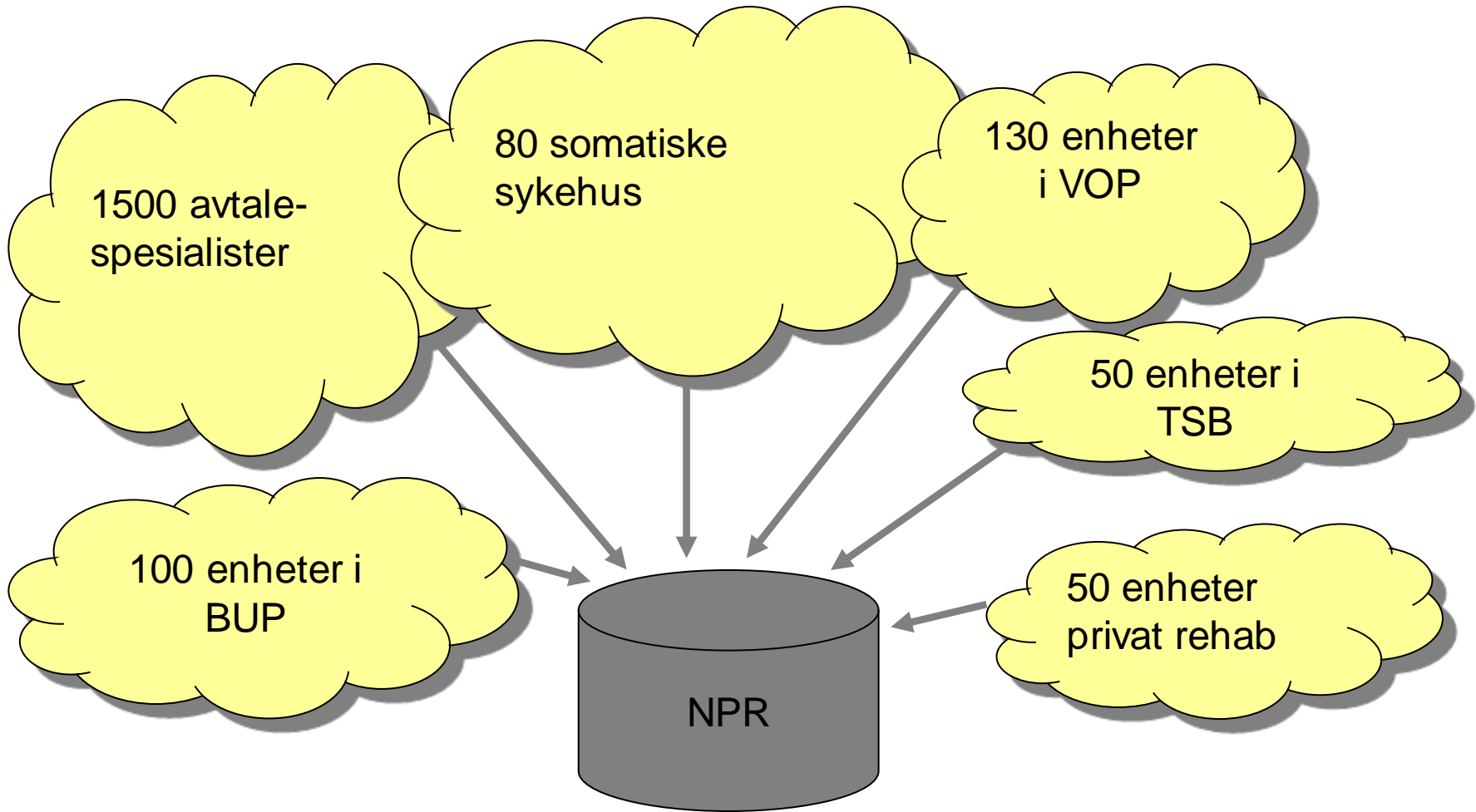
# Risikobildet – omfang av ordningen (alle medisinske innleggelses)



# Styringsdata og oppgjørsordning

- Kommunal medfinansiering innenfor somatikk kan bygge på rutiner i innsatsstyrt finansiering
- Rutinene må kunne utvides til også å omfatte aktivitet som finansieres over folketrygdens budsjett (HELFO)
- Sentralisert, koordinert forvaltning
- Automatisert oppgjørsordning – RHF skal ikke sende regninger til kommunene





2 millioner pasienter per år

11 millioner kontakter per år

# Innhold i registeret

- Administrative data
  - Omsorgsnivå, avdeling, ulike datoer i behandlingsforløpet, akutt / elektiv, rett til nødvendig helsehjelp, henvist fra/ til, formaliteter, henvisningsgrunn, frist
- Kliniske data
  - Diagnosekoder, kirurgiske og medisinske prosedyrekoder, DRG, takstkoder, kostbare legemidler
  - Funksjonsevne
- Demografiske data
  - Alder, kjønn, bostedskommune, nasjonalitet

# Data fra NPR kan være krevende å anonymisere..

## Med informasjon om

- Institusjon og innleggelsesdato
- Bostedskommune, kjønn, alder
- 88 % av oppholdene i 2009 kan knyttes til EN bestemt person

## Med informasjon om

- Institusjon og innleggelsesmåned
- Bostedskommune, kjønn, alder
- 43 % av oppholdene i 2009 kan knyttes til EN bestemt person

# Hvorfor kommunal medfinansiering

- Incentiv – ikke finansieringsordning
- kan bevisstgjøre kommunene om kostnadene ved spesialisthelsetjenesten.
- incentiv til å organisere og tilrettelegge tjenester på beste effektive omsorgsnivå
- Kartlegge omfanget av helsetjenester.
- kommunene kan se kostnader forbundet med forebygging, behandling, rehabilitering og velferdstap i sammenheng

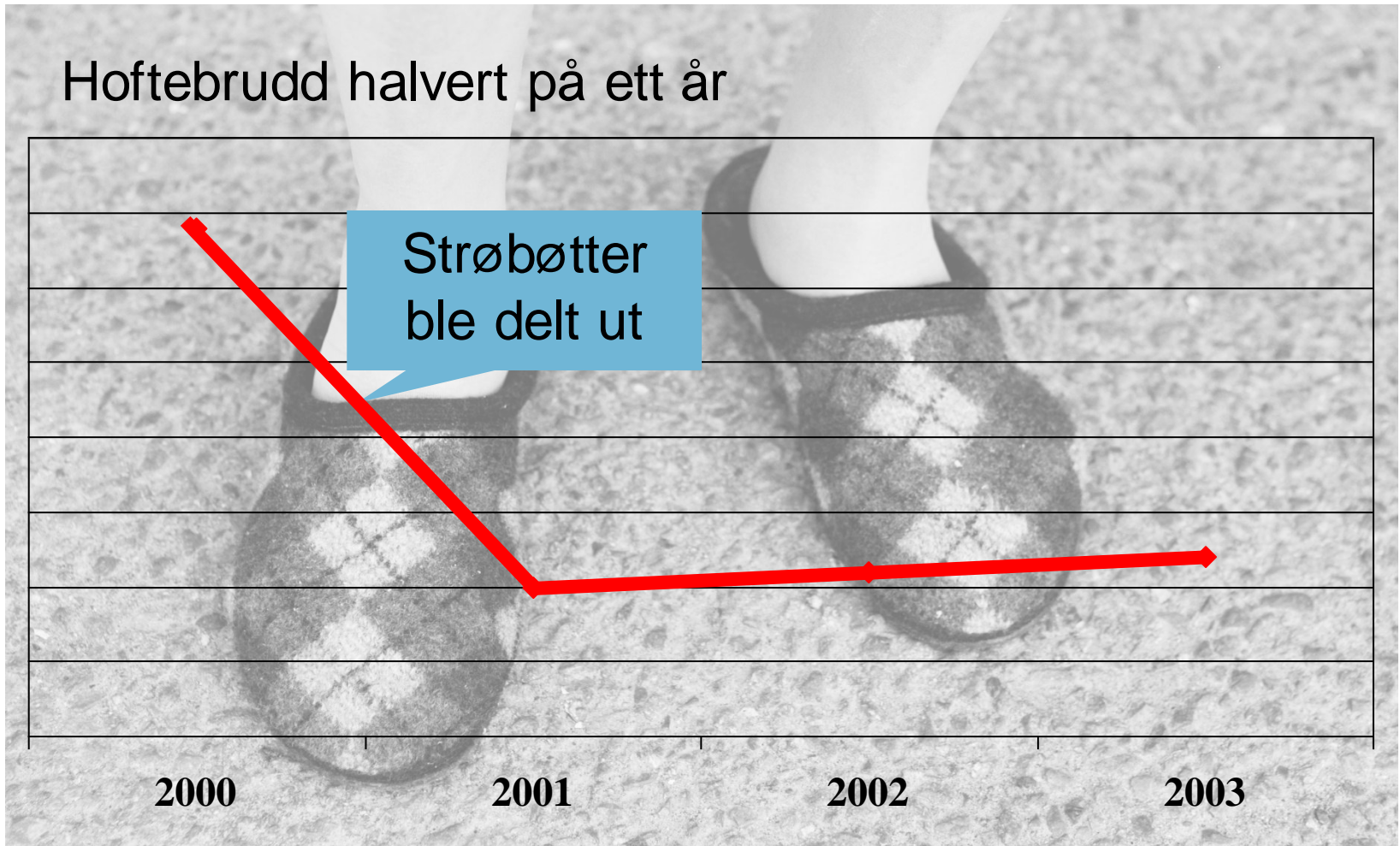
# Færre henvisninger– eks. på tiltak

- **Primærforebyggende arbeid;**
  - Langsiktig helsefremmende og forebyggende arbeid, jfr lovforslag
- **Sekundærforebyggende arbeid;**
  - Informasjon for å styrke egenomsorg, lærings- og mestringsentra
  - Sykefravær og tilbakeføring til arbeid
  - God diagnostikk, behandling og rehabilitering + legevaktsorganisering
- **Tertiærforebyggende arbeid;**
  - God oppfølging av kronikergruppene og deres familier
- **Flere kontroller hos fastlegen**
  - 10% reduksjon i poliklinisk aktivitet på sykehusene betyr 100 flere konsultasjoner pr fastlege pr år
  - Hver fastlege har i snitt 3.200 konsultasjoner pr år, dvs en økning på 3% eller i snitt ½ pasient ekstra pr dag
- **Ambulante tverrfaglige tilbud**
  - Nye tilbud ved lokalmedisinske sentra

# Færre innleggelser – eks. på tiltak

- **Forebygge innleggelser;**
  - Ulykkesforebyggende arbeid, for eks redusere antall bruddskader
  - Redusere feilmedisinering (6-16% av alle innleggelser i dag)
  - Redusere antall re-innleggelser (14% av medisinske pasienter 18 år+, 19% av menn 80 år+)
  - Utvidet åpningstid/ bedret tilgjengelighet til fastlegen
  - IKT-støtte; Kjernejournal, beslutningsstøtte, ind. beredskapsplan...
- **Tilby alternativ til sykehusinnleggelser;**
  - Ingen utskrivingsklare!
  - Tettere ambulant oppfølging som alternativ til innleggelse?
  - Innleggelse i kommunal helseinstitusjon som alternativ?
- **Tilby muligheter for raskere utskriving fra sykehus;**
  - Etterbehandlingstilbud og rehabiliteringstilbud
- **Tilgang til styringsinformasjon**
  - Løpende oversikt over henvisningsrater og innleggelsesrater

# Os kommune med sand mot fall

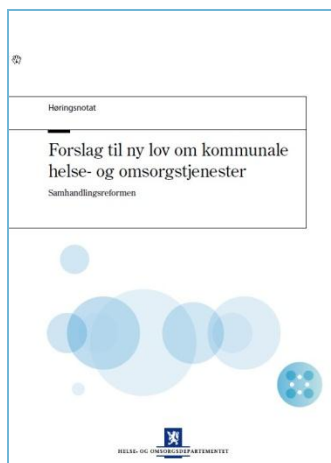
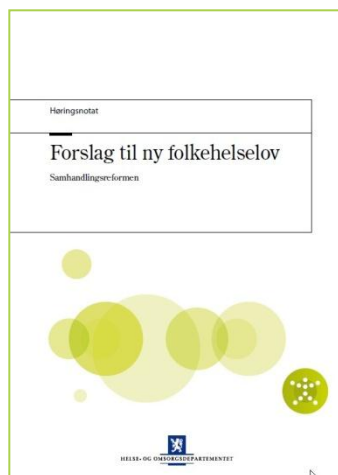


# Utfordringer for partene

- Samhandlingsreformen er en retningsreform; 1/1-2012 er en start
- Kommunene må ha fokus på å dempe henvisnings- og innleggelsesrater
- Spesialisthelsetjenesten må tilpasse virksomheten og understøtte den fremtidige kommunerollen
- Dette stiller store krav til god dialog og felles planlegging som må sikres gjennom avtaleinstituttet



# Samhandlingsreformen;



- Felles høringsfrist 18. januar 2011
- Målsetting om stortingsbehandling våren 2011
- Planlagt iverksetting 1. januar 2012