



**Modeller for kommunal
medfinansiering
av spesialisthelse-
tjenestene**

*Terje P. Hagen
Institutt for helseledelse og
helseøkonomi,
Universitetet i Oslo*

**UNIVERSITETET
I OSLO**

HELSEØKONOMISK
FORSKNINGSPROGRAM
Skriftserie 2009: 6

HERO

Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene

Terje P. Hagen

Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo,
Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo
E-post: t.p.hagen@medisin.uio.no

7. september 2009

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo
HERO 2009**

Forord

Helseminister Bjarne Håkon Hansen har på bred basis lansert ønsket om en reform som kan bedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Gjennom den politiske prosessen har initiativet fått mer karakter av å bli en reform for å styrke kommunehelsetjenesten: Mer av behandlingen skal skje i kommunene, og kommunene skal få en mer sentral rolle i den samlede helse- og omsorgstjenesten. Målet er både høyere kvalitet og lavere framtidig utgiftsvekst i helsetjenesten som helhet enn det vi har hatt siste årene. For å nå målene må både organisatoriske, lovmessige og finansielle virkemidler tas i bruk.

Dette notatet er skrevet på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet og gir en diskusjon av ett av elementene som er under vurdering i statsrådets reformpakke – kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Notatet er utarbeidet innen meget korte tidsfrister og må betraktes som ett av flere innspill i debatten.

Oslo, 13.4.2009

Terje P. Hagen

Notatet ble publisert på HEROs hjemmesider 7.9.2009. DS.

1 Innledning

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene innebærer at kommunene belastes for en andel av behandlingskostnadene i spesialisthelsetjenesten. Begrunnelsen for en slik ordning er at den skal gi kommunene insentiv til å utvikle alternative tilbud til sykehusbehandling og til å satse mer på forebygging. Videre skal ordningen gi kommunene en sentral ansvars- og oppgavemessig rolle i den samlede helse- og omsorgstjenesten og understøtte forebygging, tidlig intervensjon, riktig behandling av pasienter som har behov for koordinerte tjenester og riktigere bruk av ressurser for samhandlingspasientene.

Om og eventuelt hvordan kommunal medfinansiering skal designes må vurderes ut fra en rekke forhold. Det mest grunnleggende spørsmålet er om ekspansjon av kommunehelsetjenesten - fastlegeordningen, pleie- og omsorgstjenestene eller begge deler - faktisk reduserer etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Dette kan empirisk analyseres på grunnlag av data fra helsetjenestene alt i dag. Vi utnytter da variasjonen i tilbudet av allmennlegetjenester og pleie- og omsorgstjenester og variasjon i bruken av spesialisthelsetjenester og stiller spørsmål om det er samvariasjon mellom disse forholdene etter at det er kontrollert for befolkningens behov og andre relevante forhold. En slik analyse presenteres i kapittel 2. Vi analyserer fire forhold ved spesialisthelsetjenestene:

- Totalt forbruk av spesialisthelsetjenester, inkl. en separat analyse av forbruket for pasienter over 80 år
- Bruk av offentlige og private poliklinikker
- Rehabilitering
- Omfang av utskrivningsklare pasienter

Hvis konklusjonen er at det ikke er sammenhenger mellom nivået på kommunale tjenester og bruken av spesialisthelsetjenester, altså hvis det ikke er substitusjonsmuligheter, så vil ikke en generell ekspansjon av kommunehelsetjenesten dempe etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Det betyr ikke at en slik ekspansjon ikke bør gjennomføres, men den må

vurderes ut fra andre forhold. Flere fastleger vil for eksempel kunne redusere ventetidene til konsultasjoner og gi bedre oppfølging av pleietrengende eldre. Bedre bemanning og høyere kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene kan heve kvaliteten i sykehjemmene og avlaste familie og venner for omsorgsforpliktelser.

Hvis konklusjonen er at det er substitusjonsmuligheter for hele eller deler av virksomheten er neste spørsmål om det er mer kostnadseffektivt å gi tilbudet til pasientene i kommunene enn det er å gjøre det i spesialisthelsetjenesten. Her har vi dessverre lite kunnskap. Hvis svaret er nei og kvaliteten ikke påvirkes, så bør en fortsatt gi tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Hvis svaret er ja, så kan det trekke i retning av kommunalt tilbud forutsatt at kvaliteten er like god som i spesialisthelsetjenesten.

Hvis det både er muligheter for substitusjon mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenesten og det er mer kostnadseffektivt å drive tilbudet i kommunene, bør en vurdere hvordan en skal overføre mer av aktiviteten til kommunesektoren. Ansatser til slike vurderinger finnes i kapitlene 3 og 4. En bør da i utgangspunktet ikke låse seg til en bestemt modell, men vurdere flere alternativer der kommunal medfinansiering er en mulighet.

I diskusjonen av generell kommunal medfinansiering vil særlig tre spørsmål være sentrale:

- 1) Vil kommunene reagere på økonomiske insentiver? Det har vært antydning av en kommunal medfinansiering på 20 % av sykehusenes kostnader.¹ La oss forutsette at en sykehusbehandling koster kr. 10 000. Den kommunale medfinansieringen blir da kr. 2000. Før det skal være lønnsomt for kommunen ikke å bruke sykehuset må de altså kunne framskaffe et kommunalt alternativ til en kostnad lavere enn kr. 2000. Alternativt kan en heve prisen til for eksempel 80-90 prosent. I så fall vil det være lønnsomt for kommunen å satse på egen tilbud hvis de klarer å framstille dem til en kostnad 10-20% lavere enn sykehuset.
- 2) Vil kommunene være store nok til å håndtere den risiko som er forbundet med variasjoner i pasienttilgangen? Norske kommuner har i gjennomsnitt knapt 11000 innbyggere. Over halvparten av kommunene har imidlertid færre en 5000 innbyggere noe som gjør dem sårbare for svingninger i tilgangen på pasienter.

¹ Helseminister Bjarne Håkon Hanssen, VG, 16.2.2009

- 3) Et alternativ til kommunene er utvikling av såkalte Helsekommuner, det vil si samarbeidsordninger mellom de minste kommunene. Er dette en robust konstruksjon?

En kan også tenke seg modeller for kommunal medfinansiering på avgrensede områder. Noen slike alternativer diskuteres i kapittel 4

2 Empiriske analyser

2.1 Introduksjon

Målet med analysene er å avklare hvilke faktorer som påvirker bruken av ulike typer av somatiske spesialisthelsetjenester. I tillegg til å analysere det totale forbruket av spesialisthelsetjenester, deles og analyseres spesialisthelsetjenestene i fire grupper. Inndelingen reflekterer i noen grad de forslagene som er fremmet i debatten om bedre samhandling:

- Innleggelser og dagbehandling
- Bruk av offentlige og private poliklinikker
- Rehabilitering
- Omfang av utskrivningsklare pasienter, her målt ved langtidsliggedager

Den metodiske strategien er å fordele forbruk av spesialisthelsetjenester til kommunenivå med utgangspunkt i pasientenes bosted og deretter statistisk teste ut ulike forklaringer på variasjon i forbruket. Tidligere analyser (for eksempel NOU 2008:2, Carlsen 2008, Nerland og Hagen 2008) har vist klare effekter av demografi og sosioøkonomiske forhold på forbruket av spesialisthelsetjenester. Her vil vi, i tillegg til disse forklaringene, være særlig opptatt av effekter av kommunale forhold; det kommunale tilbudet av tjenester og kommunens beliggenhet i forhold til sykehusene. Hovedspørsmålet er om det er substitusjon mellom helsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten, altså om det for eksempel er slik at de kommunene som har et godt utviklet tjenestetilbud når det gjelder fastleger og eldreomsorg i mindre grad benytter spesialisthelsetjenester enn de kommunene som har et dårlig tjenestetilbud.

Vi beskriver først variablene i analysen, presenterer deretter resultatene og gir så en diskusjon av resultatene i lys av tidligere forskning.

2.2 Nærmere om hva som analyseres

Totalt forbruk: Totalt forbruk omfatter innleggelser og dagbehandling ved offentlige og private sykehus, poliklinisk behandling og konsultasjoner hos private avtalespesialister, samt behandling ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Langtidsliggedager ved sykehusene inngår i tillegg i dette målet. Innleggelser, dagbehandling og dagkirurgi klassifiseres i om lag 550 Diagnose Ralverte Grupper (DRG-er). Vi regner i tillegg om poliklinisk aktivitet, konsultasjoner hos private spesialister, aktiviteten i private opptreningsinstitusjoner og kostnader forbundet med langtidsliggedager til DRG-poeng.²

Tabell 2.1 gir beskrivende statistikk for totalt forbruk, samt for underkategoriene som benyttes i analysen: Forbruk forbundet med innleggelser og dagbehandling ved offentlige og private sykehus (utenom rehabilitering og opptrening), forbruk ved offentlige poliklinikker og hos private avtalespesialister, forbruk av langtidsliggedager og forbruk av rehabilitering og opptrening.³ Alle variablene er normert per innbygger på grunnlag av innbyggertall per 31. desember 2007. Alle analyser er veid med kommunenes folketall (N=423/424).

Tabell 2.1 Forbruk av spesialisthelsetjenester (DRG-poeng per innbygger), 2007.

	Gjennomsnitt	Std avvik	Minimum	Maksimum
Inneliggende og dagbehandling (utenom rehab.)	0,203	0,027	0,136	0,363
Poliklinikk og avtalespesialister	0,037	0,006	0,018	0,108
Langtidsliggedager	0,013	0,013	0,001	0,046
Rehabilitering og opptrening	0,020	0,006	0,004	0,066
<i>Totalt forbruk</i>	<i>0,274</i>	<i>0,034</i>	<i>0,183</i>	<i>0,454</i>

Det totale forbruket av behandling i spesialisthelsetjenesten er 0,274 DRG-poeng per innbygger. Innleggelser og dagbehandling (utenom rehabilitering) utgjør 74 prosent av totalen, poliklinisk behandling og behandling hos avtalespesialistene utgjør 14 prosent av

² Et DRG-poeng tilsvarer ressursforbruket forbundet med en gjennomsnittspasient behandlet ved sykehus.

³ Alle data er fra 2007 med unntak for data om poliklinikker og private spesialister som er fra 2004. Data fra 2004 er justert for volumvekst og priser.

totalen, langtidsliggedagene utgjør 5 prosent av totalen og rehabilitering og opptrening 7 prosent av totalen.⁴

Resultatene av analysene av totalt forbruk og summen av innleggelse og dagbehandling gir tilnærmet identiske resultater. Derfor rapporteres kun de første.

Vi analyserer i tillegg forbruk av spesialisthelsetjenester for aldersgruppen over 80 år nærmere. Tre variabler beskriver forbruket i denne gruppen:

- *Forbruk 80 år og over:* Forbruk ved innleggelse og dagbehandling ved offentlige og private sykehus (inkl. rehabilitering ved offentlige sykehus, men utenom private opptreningsinstitusjoner).
- *Forbruk medisinske avdelinger 80 år og over:* Som *Forbruk 80 år og over*, men avgrenset til forbruk ved medisinske avdelinger.
- *Forbruk medisinske avdelinger, elektiv behandling, 80 år og over:* Som *Forbruk medisinske avdelinger 80 år og over*, men avgrenset til elektive innleggelse.

Tabell 2.2 Forbruk av spesialisthelsetjenester for personer over 80 år (DRG-poeng per innbygger), 2007. N=423/424

	Gjennomsnitt	Std avvik	Minimum	Maksimum
Forbruk 80 år og over	0,042	0,012	0,013	0,115
Forbruk medisinske avdelinger, 80 år og over	0,024	0,008	0,007	0,091
Forbruk medisinske avd. elektivt, 80 år og over	0,004	0,008	0,000	0,061

Forbruket av spesialisthelsetjenester (innleggelse og dagbehandling) utgjør 0,042 DRG-poeng per innbygger. Av det totale forbruket slik det er definert i tabell 2.1, utgjør forbruket av innleggelse og dagbehandling for befolkningen 80 år og over, om lag 15 prosent.

Avgrenset til forbruket ved medisinske avdelinger er det tilsvarende tallet 9 prosent og avgrenset til forbruket av elektive opphold ved medisinske avdelinger så er tallet 1,4 prosent.

⁴ Til sammenlikning er forbruket som ligger til grunn for analysene i Magnussenutvalget 0,287 DRG-poeng per innbygger. Avviket skyldes flere forhold: 1) I Magnussenutvalget brukes folketall fra inngangen til året, mens det her benyttes folketall for utgangen av året. 2) I Magnussenutvalget fordeles pasienter behandlet hos avtalespesialister og som er uten registrert bostedskommune til avtalespesialistens praksiskommune. Her er de ufordelt. 3) Det virker i tillegg som om rehabilitering er ulikt behandlet i de to analysene.

Det er også gjort analyser av forbruk av spesialisthelsetjenester for aldersgruppen 67-79 år. Disse kommenteres i teksten.

2.3 Nærmere om forklaringsvariablene

Vi har benyttet ulike operasjonaliseringer av det kommunale tjenestetilbudet. Her presenteres tre alternative. I den første spesifiseringen benyttes legerårsverk målt ved fastleger per 10 000 innbyggere (FASTLEGER), legerårsverk i sykehjem per 10 000 innbyggere (SYKEHJEMSLEGER) og årsverk i pleie og omsorgstjenestene per innbyggere (PLOÅRSVERK) som beskrivelse på det kommunale tilbudet. I den andre spesifiseringen byttes PLOÅRSVERK ut med to variabler som klarere beskriver tilbudet av pleie- og omsorgstjenester; antall beboere i institusjoner og boliger for eldre og funksjonshemmede per innbygger (BEBOERE TOTALT) og mottakere av hjemmesykepleie per innbygger (HJSYKEPL). I den tredje spesifiseringen byttes BEBOERE TOTALT ut med dekningsgrader av sykehjemsplasser og boliger i aldersgruppen over 80 og HJSYKEPL byttes ut med dekningsgrader for hjemmesykepleie i aldersgruppen over 80 år. Tabell 2.3 gir full oversikt over forklaringsvariablene.

Tabell 2.3 Beskrivende statistikk for forklaringsvariablene (veide tall). N=422.

Variabler	Gjennomsnitt	Minimum	Maksimum
Fastleger per 10 000 innbyggere (FASTLEGER)	8,297	0,000	26,738
Legeårsverk i institusjoner (sykehjem) per 10000 innbyggere (SYKEHJEMSLEGER)	0,685	0,030	7,736
Årsverk i pleie og omsorgstjenestene per innbygger (PLOÅRSVERK)	0,025	0,012	0,114
Beboere i institusjoner og boliger, eldre og funksjonshemmede per innbygger (BEBOERE TOTALT)	0,019	0,006	0,053
Dekningsgrad institusjoner og boliger 80 år og over (DEKNINGSGRAD INST 80-)	0,244	0,119	0,645
Mottakere av hjemmesykepleie per innbygger (HJSYKEPL) ⁵	0,026	0,009	0,106
Dekningsgrad hjemmesykepleie 80 år og over (DEKNINGSGRAD HJSYK 80-)	0,259	0,104	0,592
Aldersgruppen 67-79 år per innbygger (AND67-79)	0,084	0,044	0,160
Aldersgruppen 80 og over per innbygger (AND80+)	0,046	0,019	0,119
Uføre per innbygger (UFØRE)	0,103	0,050	0,235
Døde per 10 000 innb (DØDELIGHET)	0,886	2,20	23,40
Sosialhjelpsklienter per innbygger (SOSHJ)	0,031	0,005	0,076
Personer med grunnskole som høyeste utdanning per innbygger (LAVUTD)	0,082	0,068	0,094
Anmeldte voldstilfeller per 1000 innbyggere (VOLD)	0,054	0,005	0,147
Kommune med offentlig sykehus (KOMMOFFS)	0,477	0,000	1,000
Reiseavstand til nærmeste sykehus (REISEAVS)	22,581	2,000	353,000

Analysene er gjennomført som "fixed effects"-analyser. Dette innebærer at vi utnytter heterogeniteten mellom kommunene innen det enkelte helseforetaks opptaksområde. "Fixed effect"-variablene vil da fange opp tilbudssidevariasjon eller utelatte behovsvariable.

Analysene er veid med utgangspunkt i kommunenes innbyggertall.

⁵ Hjemmesykepleie er summen av de som bare mottar hjemmesykepleie og de som mottar både hjemmesykepleie og praktisk bistand (mens de som kun mottar praktisk bistand ikke er med).

2.4 Analyse av totalt forbruk av spesialisthelsetjenester

Totalt forbruk av behandling i spesialisthelsetjenesten er 0,274 DRG-poeng per innbygger, varierende fra 0,183 til 0,454 DRG-poeng per innbygger. Tabell 2.4 viser resultatene av analysene.

Tabell 2.4 Variasjoner i totalt forbruk av spesialisthelsetjenester målt ved DRG-poeng per innbyggere. Resultater fra veid regresjon (kommunenivå, N=422).

Variabler	Modell 1	Modell 2
Konstantledd	0,037	0,053
FASTLEGER	0,000	0,000
SYKEHJEMSLEGER	0,005**	0,005*
PLOÅRSVERK	-0,074	-
BEBOERE TOTALT	-	-0,293
HJSYKEPLEIE TOTALT	-	-0,044
AND67-79	0,501***	0,523***
AND80+	0,147	0,279
UFØRE	0,332***	0,313***
DØDE	0,030***	0,030***
SOSHI	0,404**	0,463***
LAVUTD	0,920**	0,805**
VOLD	0,380***	0,386***
KOMMOFFS	0,006**	-
REISEAVS	-	-0,000*
Fixed effects (HF)	Ja	Ja
-2 Res Log Li	-1605	-1595

***=P<0,01 **= p<0,05 * = p<0,10

Det er signifikante effekter av alle variablene som uttrykker behov, både variablene som beskriver alderssammensetningen, andel uføre, dødelighet, omfang av sosialklienter, andel med lav utdanning og omfang av voldsanmeldelser. Vi tolker effekten av dødelighet som at forbruket av spesialisthelsetjenester i noen grad er knyttet til livets siste fase. Innslaget av voldsanmeldelser må forstås som en indikator på et bredere sett av sosial forhold.

Det er ingen signifikante effekter av variablene som beskriver det kommunale tilbudet av helsetjenester etter at det er kontrollert for behov med unntak for variabelen som beskriver omfanget av sykehjemsleger. Effekten her er positiv – flere sykehjemsleger øker forbruket av spesialisthelsetjenester. Det kan være at denne variabelen fanger opp variasjoner i behovene i sykehjemmene, dvs. at kommuner med institusjoner med høy pleietyngde tilsetter flere sykehjemsleger enn de med lavere pleietyngde.

Effekten av avstand til sykehuset er signifikant og negativ. Dette kommer til uttrykk både ved variabelen som beskriver om kommunen er vertskommune for et sykehus (KOMMOFFS) og AVSTAND. Til nærmere sykehuset en bor til mer spesialisthelsetjenester forbrukes, alt annet likt.

Vi ser at det er negative (men insignifikante) effekter av institusjonsdekning og hjemmesykepleie. Både institusjonsdekning og hjemmesykepleie er siste tiårene ekspandert overfor yngre aldersgrupper, særlig funksjonshemmede som er flyttet ut av større institusjoner. Dette er grupper som kan ha stort pleiebehov, men ikke nødvendigvis stort behov for sykehustjenester.

I neste trinn avgrensner vi analysen til forbruk blant befolkningen i aldersgruppen 80 år og over. Her er det gjort flere analyser, både av forbruk totalt, forbruk av behandling ved medisinske avdelinger og forbruk av elektive behandlinger ved medisinske avdelinger. Vi benytter dekningsgrader av institusjonsplasser og hjemmesykepleie i den aktuelle aldersgruppen som forklaringsvariabler.

Tabell 2.5 Variasjoner i innleggelser og dagbehandling målt ved DRG-poeng for aldersgruppen over 80 år per innbyggere. Resultater fra veid regresjon (kommunenivå, N=422).

Variabler	Totalt forbruk	Forbruk medisinske avdelinger
Konstantledd	-0,013	-0,012
FASTLEGER	-0,000	-0,000
SYKEHJEMSLEGER	0,001	0,000
DEKNINGSGRAD INST 80-	-0,007	-0,011*
DEKNINGSGRAD HJSYK 80-	-0,006	0,005
AND80+	0,621***	0,304***
UFØRE	0,048*	0,039**
DØDE	0,011***	0,008***
SOSHJ	-0,010	-0,043
LAVUTD	0,081	0,075
VOLD	0,059**	0,077***
KOMMOFFS	0,000	0,001*
REISEAVS	-	-0,000*
SPREDTBYGDHET	-0,007**	-
Fixed effects (HF)	Ja	Ja
-2 Res Log Li	-2406	-2638

***=P<0,01 **= p<0,05 * = p<0,10

Avgrenset til forbruk av sykehustjenester i aldersgruppen over 80 år finner vi effekter av andel av befolkningen i denne gruppen, dødelighet, uførhet og voldsanmeldelser. Vi finner også effekter av dekningsgrader når det gjelder institusjoner (beboere i institusjoner og boenheter). Effekten er signifikant i forhold til forbruk av sykehustjenester ved medisinske avdelinger, men ikke totalforbruket i aldersgruppen. Det er også negative effekter av hjemmesykepleie, men effekten er ikke signifikant i denne analysen. Legedekningen har heller ingen signifikante effekter. Avgrensning av analysen til elektive behandlinger ved medisinske avdelinger gir ikke signifikante effekter av variablene som beskriver det kommunale tilbudet, mens avgrensning av analysen til akutte innleggelser gir effekter som for totalt forbruk ved medisinske avdelinger. Det er altså først og fremst akutte innleggelser som reduseres ved høyt nivå på det kommunale institusjonstilbudet.

En tilsvarende analyse av forbruk av spesialisthelsetjenester i aldersgruppen 67-79 år gir ingen signifikante effekter av dekningsgrader i denne gruppen.

2.5 Offentlige og private poliklinikker

Spesialisthelsetjenester omfatter både selve det kurative forløpet og ”inputs” i undersøkelser i form av spesialistvurderinger, laboratorieanalyser og billeddiagnostikk. En vesentlig del av spesialisthelsetjenestene som ytes av sykehusenes poliklinikker, private avtalespesialister og private laboratorier og røntgeninstitutter er slik ”inputs” i undersøkelser som er rekvirert av fastleger. Fastlegene rekvirerer undersøkelser og prøver hos offentlige sykehus og hos private leverandører uten kostnader for fastlegen eller kommunen og det er stilt spørsmål ved om dette kan føre til overforbruk av helsetjenester, i alle fall i områder med stort tilbud av private spesialister (Iversen og Kopperud 2005).⁶ Her avgrenses analysen til poliklinikker og private avtalespesialister.

Det er betydelige variasjoner mellom landsdelene i fordeling av bruken mellom offentlige poliklinikker og private spesialister (se Nerland og Hagen (2008) for en nærmere

⁶ Det er siste årene gjennomført endringer av reguleringsregimet for private laboratorier og røntgeninstitutter ved at refusjonene fra folketrygden redusert og ressursene overført til RHF-ene gjennom deres basisbevilgning. RHF-ene har i økende grad benyttet anbuds konkurranser på dette feltet og RHF-ene har gradvis blitt viktigere som inntektskilde for de private leverandørene.

beskrivelse).⁷ Vi vil særlig være interessert i om variasjonen i tilgang til fastleger i kommunene påvirker bruken av polikliniske tjenester.

Tabell 2.6 Variasjoner i bruk av offentlige poliklinikker og private avtalespesialister. Resultater fra veid regresjon (kommunenivå, N=422).

Variabler	Polikliniske aktiviteter	Polikliniske aktiviteter
Konstantledd	-0,013	0,027
FASTLEGER	-0,000	0,001
SYKEHJEMSLEGER	0,001	0,000
BEBOERE TOTALT	-0,123*	-
HJSYKEPLEIE TOTALT	-0,009	-
DEKNINGSGRAD INST 80-	-	-0,008
DEKNINGSGRAD HJSYK 80-	-	0,002
AND67-79	0,094**	0,090**
AND80+	-0,054	-0,091**
UFØRE	0,064***	0,062***
DØDE	0,002	0,001
SOSHJ	0,019	0,015
LAVUTD	-0,115	-0,091
VOLD	0,055**	0,054**
KOMMOFFS	-	0,000
REISEAVS	-0,000**	-0,000**
SPREDTBYGDHET	-0,007**	-
Fixed effects (HF)	Ja	Ja
-2 Res Log Li	-2639	-2616

***=P<0,01 **= p<0,05 * = p<0,10

Analysene indikerer at mye av variasjonen i bruken av polikliniske tjenester forklares av behov i kommunen, i første rekke variasjoner i aldersgruppen 67-79 år, graden av uførhet og sosiale forhold målt ved voldsanmeldelser. I tillegg er kommunens avstand til sykehuset en viktig forklaringsvariabel.

Hvis vi sammenlikner denne analysen med analysen av innleggelser og dagopphold, finner vi interessante forskjeller mellom effektene av de ulike behovsvariablene. For eksempel har andel eldre i aldersgruppen over 80 år og dødelighet i kommunen signifikant positiv effekt på (summen av) forbruket av innleggelser og dagbehandling, men ikke på bruk av polikliniske tjenester. Tilsvarende har andel sosialhjelpsmottakere og andel med lav utdanning positiv

⁷ Begrunnelsen for å benytte et datasett fra 2004 er at data om bruk av private spesialister kun er tilgjengelig etter innvilget konsesjon. Siden slike saker tar tid, har vi her benyttet et eksisterende datasett.

effekt på forbruket av innleggelser og dagbehandling, men ikke signifikante på forbruket av polikliniske tjenester.

Ingen av variablene som beskriver variasjoner i det kommunale legetilbudet har signifikante effekter på forbruket av polikliniske tjenester. Det er eksperimentert med ulike operasjonalisering av fastlegedekningen, for eksempel en variabel som beskriver ledige listeplasser per innbygger og en variabel definert som kombinasjon av åpne lister og antall ledige listeplasser. Det er negative, men ingen signifikante effekter av disse variablene. Derimot finner vi en effekt av beboere i institusjoner.

2.6 Rehabilitering

Bakgrunnen for å skille rehabilitering og dagbehandling ut er at diskusjonen av samhandling i særlig grad har vært sentrert om disse pasientene.⁸ Ansvar for habilitering og rehabilitering er delt mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, men uten en klar avgrensning.

Hovedregelen er at rehabilitering som krever stort innslag av spesialister skjer i spesialisthelsetjenesten, mens lettere rehabilitering er ansvar for kommunehelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten skjer rehabilitering både ved private og offentlige organisasjoner. I offentlige sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner som finansieres med utgangspunkt i DRG-systemet, deles rehabilitering i to kategorier, primær rehabilitering som innebærer at pasienten hovedsakelig får rehabiliterende behandling og sekundær rehabilitering som karakteriseres ved at samme opphold både omfatter elektiv eller akutt behandling og rehabilitering. Ved primær rehabilitering er rehabilitering hoveddiagnosen og faller i DRG 462A/B. Ved sekundær rehabilitering vil rehabilitering være kodet som bidiagnose. Det skilles i tillegg mellom vanlig og kompleks rehabilitering, der kompleks rehabilitering innebærer minst 6 faggrupper i et rehabiliterende team. Rehabilitering skjer ved sykehusopphold (døgntilbeholdning eller dagbehandling) og polikliniske konsultasjoner. Antall sykehusopphold med rehabilitering som hoved- eller bidiagnose var i 2007 91083. Antall polikliniske konsultasjoner med NAV-takst var i 2007 på 3089 tilfeller. Tabell 2.7 viser rehabilitering fordelt etter oppholdstype ved offentlige sykehus.

⁸ Det har på den korte tiden som har vært til rådighet ikke vært mulig å skille ut det som er rehabiliteringsdelen av det som er definert som sekundær rehabilitering fra innleggelser og dagbehandling da dette krever at en skiller hoveddiagnoser fra bidiagnosene (se diskusjonen av rehabilitering). Sekundær rehabilitering analyseres derfor både sammen med innleggelser/dagbehandling og sammen med rehabilitering. Sekundær rehabilitering utgjør imidlertid en liten del av rehabiliteringen og sensitivitetanalyser gjort uten sekundærrehabilitering analysert sammen med innleggelser indikerer små variasjoner.

Tabell 2.7 Rehabilitering fordelt etter oppholdstype

	Døgnopphold	Dagopphold
Primær rehabilitering	17285	60294
Sekundær rehabilitering	9875	3652

De private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene finansieres ved kurdøgnsatser. I denne analysen er antall kurdøgn omregnet til DRG-poeng ved hjelp av gjennomsnittsprisen for et kurdøgn betalt av Helse Sør-Øst RHF i 2007. I gjennomsnitt ble det benyttet ressurser tilsvarende 23 DRG-poeng per 1000 innbyggere til rehabilitering i Norge i 2007. Knapt halvparten var knyttet til aktivitet ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Tabell 2.8 viser resultatene av regresjonsanalysene.

Tabell 2.8 Variasjoner i bruk av rehabilitering (offentlige og private institusjoner). Resultater fra veid regresjon (kommunenivå, N=430).

Variabler	Rehabilitering og opptrening	Rehabilitering og opptrening	Rehabilitering og opptrening
Konstantledd	0,009	0,010	0,010
FASTLEGER	0,000	0,001	0,001
SYKEHJEMSLEGER	0,000	0,001**	0,001**
PLOÅRSVERK	0,024	-	-
BEBOERE TOTALT	-	-0,088	-
HJSYKEPLEIE TOTALT	-	0,062*	-
DEKNINGSGRAD INST 80-	-	-	-0,001
DEKNINGSGRAD HJSYK 80-	-	-	0,001
AND67-79	0,052*	0,050	0,041
AND80+	0,044	0,055	0,038
UFØRE	0,033**	0,030*	0,039**
DØDE	-0,003	-0,001	-0,001
SOSHJ	-0,055	-0,053	-0,063*
LAVUTD	0,004	0,008	-0,002
VOLD	0,017	0,016	0,054**
KOMMOFFS	0,000	0,000	0,001*
REISEAVS	-	0,001**	0,001**
Fixed effects (HF)	Ja	Ja	Ja
-2 Res Log Li	-2807	-2908	-2782

***=P<0,01 **= p<0,05 * = p<0,10

Bruken av rehabilitering varierer i første rekke med om kommunen har et sykehus lokalisert, reiseavstanden til sykehuset og andel uføre i kommunen. Effekten av avstand er positiv. Det kan ha sammenheng med at det er mye rehabiliteringstilbud i distriktskommuner som ligger langt fra kommunene med sykehus.

Vi har også splittet rehabiliteringsaktiviteten i sykehus og analysert primær og sekundær rehabilitering separat. Effekten av andel uføre har positiv effekt på bruken av primær rehabilitering og negativ effekt på bruken av sekundær rehabilitering indikerer at dette er en gruppe som er ved sykehusene primært for å få rehabilitering. Effekten av andel 67-79 år på sekundær rehabilitering indikerer at dette er pasienter som primært er ved sykehusene som følge av akutte innleggelse (for eksempel slag eller infarkt) og som får rehabilitering i forlengelsen av behandlingene for disse lidelsene. "Fixed effects"-variablene indikerer at bruken av primær rehabilitering er særlig høy i opptaksområdene til helseforetakene i gamle Helse Sør og særlig i opptaksområdet til Sykehuset Telemark. Helse Finnmark har lite primær rehabilitering. Bruken av sekundær rehabilitering er noe høyere fra Bergen og nordover til og med Troms enn i andre deler av landet.

Igjen finner vi svake effekter av kommunalt tilbud, men effekten av legeårsverk bør noteres. Tolkninger er at til høyere antall legeårsverk i sykehjemmene per innbygger til høyere er bruken av rehabiliteringstjenester. Som påpekt tidligere, kan dette reflektere høyt behov i sykehjemmene med tilsatte leger.

2.7 Utskrivningsklare pasienter

I forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (HOD 1998) gis fylkeskommunene, senere de regionale helseforetakene mulighet til å kreve betaling av kommunene for pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Denne dagmulkten kan kreves fra 10 dager (7 dager for Oslo sykehusene) etter at kommunen er varslet om at pasienten er utskrivningsklar. I praksis innebærer dette at kommunen har svake økonomiske insentiver til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Det eksisterer ikke gode registerdata om hvor lenge utskrivningsklare pasienter ved sykehusene ligger utover

tidspunktet for avmelding til kommunene. En kan imidlertid få en tilnærming til problemet med utskrivingsklare pasienter ved å analysere langtidsliggedager ved sykehusene.

Langtidsliggedager er liggedager utover trimpunktet i den enkelte DRG. I 2007 var det registrert 389 000 langtidsliggedager. Det tilsvarer 37 liggedager per 1000 innbyggere.

Resultatene av analysene er presentert i tabell 2.9. Bruken av langtidsliggedager i sykehusene varierer i første rekke med om kommunen har et sykehus lokalisert, dekningsgradene i kommunenes pleie- og omsorgstjenester i aldergruppen 80 år og over, legedekning i institusjonen og dødeligheten i kommunen og innslag av sosial problemer, her målt ved antall voldsanmeldelser. ”Fixed effects”-variablene indikerer at antall langtidsliggedager er høyt i opptaksområdene til UNN og Nordlandssykehuset og lavt i opptaksområdet til Sørlandet sykehus. I en alternativ spesifisering som ikke er vist, er kommunenes folketall inkludert som forklaringsvariabel. Inklusjon av folketall svekker effektene av sykehuskommune (KOMMOFFS).

Tabell 2.9 Variasjoner i langtidsliggedager per 1000 innbygger. Resultater fra veid regresjon (kommunenivå, N=430).

Variabler	Langtidsliggedager (1)	Langtidsliggedager (2)	Langtidsliggedager (3)
Konstantledd	0,019**	0,019***	0,021***
FASTLEGER	0,001	0,000	0,000
SYKEHJEMSLEGER	-0,001*	-0,001**	-0,001**
PLOÅRSVERK	-0,051	-	-
BEBOERE TOTALT	-	-0,059	-
HJSYKEPLEIE TOTALT	-	-0,025	-
DEKNINGSGRAD INST 80-	-	-	-0,007*
DEKNINGSGRAD HJSYK 80-	-	-	-0,005
AND67-79	0,000	-0,007	-0,013
AND80+	0,002	0,014	-0,004
UFØRE	0,002	0,019	0,017
DØDE	0,003**	0,004**	0,003**
SOSHJ	-0,002	-0,001	-0,001
LAVUTD	-0,103	-0,098	-0,084
VOLD	0,024*	0,024*	0,024*
KOMMOFFS	0,002***	0,002***	0,002***
REISEAVS	-	0,000	0,000
Fixed effects (HF)	Ja	Ja	Ja
-2 Res Log Li	-2956	-2931	-2924

***=P<0,01 **= p<0,05 * = p<0,10

Av behovsvariablene er det kun dødelighet og registrerte voldsanmeldelser som har signifikant effekt. Kommuner med høy dødelighet benytter flere langtidsliggedager ved sykehusene enn de med lav dødelighet. Vi kan naturligvis ikke på bakgrunn av analysen trekke konklusjoner med hensyn til utskrivningsklare pasienter, men det er grunn til å anta at effekten av dødelighet vil være svakere på liggetiden for utskrivningsklare pasienter enn for pasienter generelt.

De øvrige variablene som påvirker liggetiden er knyttet til kommunalt tilbud, i første rekke legedekning, dekningsgraden av institusjoner og sykehusets lokalisering. Legedekning i institusjoner og dekningsgraden av institusjoner har begge negative effekter, dvs. at flere leger og flere institusjonsplasser reduserer bruk av langtidsliggedager ved sykehusene. Selv om vi også her skal være varsomme med å konkludere i forhold til utskrivningsklare pasienter, så gir analysen indikasjoner på at sykehusnære kommuner benytter sykehusenes hotellkapasitet.

2.6 Diskusjon av effekter

Målet med analysene har vært å avklare hvilke faktorer som påvirker bruken av ulike typer av somatiske spesialisthelsetjenester. Vi har særlig vært interessert i effekter av det kommunale tilbudet av tjenester. Hovedkonklusjonen er at variasjoner i det kommunale tilbud av legetjenester og pleie- og omsorgstjenester ikke har generelle effekter på bruken av spesialisthelsetjenester.⁹ Det er imidlertid effekter av det kommunale tjenestetilbudet på fire viktige områder:

- Forbruk av behandling ved medisinske avdelinger for pasienter som er 80 år og over reduseres når dekningsgradene i institusjonene i kommunene øker. Dette gjelder særlig for akutte innleggelser.
- Forbruk av polikliniske tjenester reduseres 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 er 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.

⁹ Dette er tilsvarende funn som er gjort i Danmark, se Pedersen (2005).

Sensitivitetsanalyser basert på varierende utvalg av kommuner gir konklusjoner som avviker noe fra de som her er presentert. For eksempel så svekkes effekten av dekningsgrader i institusjonene når en ekskluderer de minste kommunene. Dette kan ha flere årsaker, for eksempel at analysen gjøres på et mindre utvalg og at en har tatt ut kommuner med verdier som avviker mye fra gjennomsnittet.

Flere andre studier har siste årene analysert tilsvarende eller nært tilgrensede problemstillinger. Før det trekkes endelige konklusjoner diskuteres funnene i denne analysen i lys av resultatene fra disse analysene. Vi konsentrerer oss om nylig publiserte studier som fanger opp den ekspansjonen som har skjedd innen spesialisthelsetjenestene siste årene.

Det finnes få studier av effekter av det generelle nivået på pleie- og omsorgstjenestene på det generelle forbruket av spesialisthelsetjenester. En studie av Nerland og Hagen (2008) bekrefter funnene fra denne studien om svakt negative, men ikke signifikante effekter.

Av mer spesifikke analyser, er den mest omfattende analysen gjort i forbindelse med forarbeidene til Magnussen-utvalget (NOU 2008:2), heretter omtalt som Carlsen (upublisert). Carlsen (upublisert) er gjennomført på cellenivå definert som ettårige aldersgrupper etter kjønn innen den enkelte kommune. Dette gir et svært stort datamateriale (om lag 77 000 enheter) og dermed stor grad av sikkerhet i estimatene. Analysen er også gjort på ulike typer av tjenester og er på den måten sammenliknbar med vår analyse.

Carlsen (upublisert) finner en negativ effekt av dekningsgrader av institusjoner i aldersgruppen over 80 år på forbruket av ø-hjelpsinnleggelser generelt. I vår analyse har vi avgrenset analysen til innleggelser ved medisinske avdelinger. Det er grunn til å tro at også Carlens resultater primært drives av variasjoner i ø-hjelpsinnleggelser ved medisinske avdelinger siden innleggelser ved kirurgiske avdelinger er vanskelig for kommunene å forhindre. Når det gjelder elektive innleggelser, så finner Carlsen en negativ effekt av et førstegradsledd og positiv effekt av et andregradsledd. Effekten av dekningsgrader når det gjelder institusjonsplasser for eldre over 80 uttømmes med andre ord på et bestemt nivå. Nærmere inspeksjon av data tyder på at den marginale effekten av institusjonsplasser på elektive innleggelser er positiv fra et relativt lavt nivå (ca 2/3-deler av gjennomsnittlig dekningsgrad). Dette er i hovedsak i samsvar med våre funn. Carlsen finner videre negative

effekter av dekningsgradene av hjemmesykepleie på ø-hjelpsinnleggelser. Det finner vi ikke her.

Effekter av variasjoner i det kommunale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester på bruken av langtidsliggedager er analysert av Holmås, Kjerstad, Kristiansen og Lurås (2007a, b). De finner effekter som i hovedsak er i tråd med funnene her, dvs. at langtidsliggedagene reduseres med økende dekningsgrad av kommunale institusjonsplasser og med lange avstander til sykehuset. Antall langtidsliggedager er høyere i kommuner med sykehus lokalisert enn i kommunene uten sykehus.

Også effekter av variasjoner forbruk av rehabiliteringstjenester er analysert av Carlsen (upublisert) som finner at bruken av rehabilitering reduseres med økt dekningsgrad av institusjonsplasser for aldergruppen over 80 år. I vår analyse fant vi en liknende effekt, men knyttet til omfanget av hjemmesykepleie.

Bruken av polikliniske tjenester er analysert av Carlsen (upublisert) og Tjerbo (2009), i tillegg til denne studien. Carlsen finner ingen effekter av kommunale pleie- og omsorgstjenester, tilsvarende gjelder for Tjerbo. I vår analyse fant vi som nevnt en negativ effekt av institusjonsdekning.

Beveger vi oss til effekter av legedekningen i kommunene er effektene mer usikre og sammensatte enn effektene av pleie- og omsorgstjenestene. Carlsen (upublisert) finner positive effekter på forbruket av spesialisthelsetjenester av andel vikarer og andel med fast lønn i fastlegetjenesten. Vikarandelen påvirker forbruket av sykehustjenester, både elektive og akutte innleggelser, mens andel med fast lønn påvirker forbruket av elektive tjenester og poliklinikk. Det siste er kompatibelt med at fastleger på fast lønn har lavere produktivitet målt ved konsultasjoner per time og timer per dag (Grytten og Sørensen 2003). Denne studien viser generelt sett svake effekter av legedekning på pasientenes bruk av spesialisthelsetjenester. Vi finner en negativ effekt av sykehjemsleger på forbruk av langtidsliggedager i sykehus. Det finnes ingen studier å sammenlikne med på dette på punktet. Vi finner positive effekter av sykehjemsleger på forbruk av rehabilitering og på det totale forbruket av spesialisthelsetjenester. Når det gjelder effekten på totalt forbruk finnes dette igjen i paneldataanalysen basert på data fra perioden 1999- 2005 i Nerland og Hagen (2008). Tjerbo (2009) finner en negativ effekt av konkurranse blant fastlegene på forbruket av polikliniske

tjenester. Liknende operasjonalisering av variablene gir tilsvarende, men ikke signifikante effekter på dette datamateriale. Erfaringer fra andre nordeuropeiske land tyder gjennomgående på at effektene av varierende primærlegedekning på bruken av spesialisthelsetjenester er svake (se Tjerbo 2009 for oppsummering).¹⁰

I lys av denne diskusjonen virker det som en med rimelig grad av sikkerhet kan trekke disse konklusjonene når det gjelder effekter av kommunale tjenester på forbruket av spesialisthelsetjenester:

- Forbruket som følge av innleggelser ved indremedisinske avdelinger for de eldste pasientene påvirkes av institusjonsdekningen og trolig også av dekningsgradene når det gjelder hjemmesykepleie. Effektene er klarest når det gjelder akutte innleggelser. Sammenhengene er negative, dvs. at høye kommunalt tilbud reduserer bruken av sykehus
- Langtidsliggedagene reduseres med økning i legedekning i sykehjemmene og med dekningsgraden av institusjoner og boliger for eldre 80 år og over. Effektene er negative, dvs. at høye kommunale tilbud reduserer bruken. Kommuner som er vertskommuner for sykehus har flere langtidsliggedager enn kommuner uten sykehus.

Akutte innleggelser ved indremedisinske avdelinger utgjør om lag 7,6 % av det totale forbruket av spesialisthelsetjenester. Langtidsliggedagene utgjør om lag 5 % av det totale forbruket. I tillegg kommer at ikke alle innleggelser kan forhindres innefor disse to områdene. Av de største gruppene av akutte innleggelser ved medisinske avdelinger for denne aldergruppen er for eksempel pasienter med hjerneslag og hjerteinfarkt. Disse innleggelsene alene utgjør 10-12% av alle akutte innleggelser ved indremedisinske avdelinger i aldersgruppen fra og med 80 år og utgjør en enda høyere andel av DRG-poengene. Hovedkonklusjonen er da at det er substitusjon mellom kommunehelsetjenesten og somatiske spesialisthelsetjenester på et relativt avgrenset område.

Til slutt i dette kapitlet må det understrekes at den gjennomførte analysen har sine begrensninger. For det første kan det innvendes at det kommunale helse- og omsorgstilbudet er dårlig beskrevet. For eksempel er plasser i institusjoner og mottakere av hjemmesykepleie et grovt mål på omfang og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. For det andre kan det hevdes

¹⁰ Amerikanske analyser gir noen andre resultater. Dette kan ha sammenheng med at allmennlegetjenesten i deler av USA er svært dårlig utbygd.

at en tverrsnittsanalyse som her er gjennomført bare på en indirekte måte belyser forholdet mellom kapasitet i kommunehelsetjenesten og forbruk av spesialisthelsetjenester. Det ville vært ønskelig med et paneldatasett som strakte seg over en lengre periode og som fanget opp både kapasitetsmessige og organisatoriske endringer både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. En tredje innvending er at analysen fortsatt er for aggregert. Det ville vært ønskelig å skille ut enkeltdiagnoser eller grupper av hoveddiagnoser for å få et mer detaljert bilde av sammenhengene. Alle disse innvendingene er det mulig å håndtere, men det krever noe mer tid enn det som er avsatt til analyser i dette tilfellet.

3 Diskusjon av generell kommunal medfinansiering

3.1 Innledning

Hovedkonklusjonen er at det er substitusjon mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og somatiske spesialisthelsetjenester på avgrensede områder, og primært når det gjelder eldre pasienter som legges inn akutt ved medisinske avdelinger og når det gjelder langtidsliggedager. Fra mikroanalyser vet vi i tillegg at integrerte behandlingsprogrammer for kronikergrupper som hjertesviktpasienter, KOLS-pasienter og diabetikere har ønskede effekter i form av færre sykehusinnleggelser og bedre overlevelse. Kunnskapsoppsummeringer viser i tillegg gunstige effekter av rehabilitering i forsterkede sykehjem på Eldres overlevelse, på andelen reinnleggelser og på de samlede kostnadene i helsetjenesten.

Dette innebærer imidlertid at en generell ekspansjon av kommunehelsetjenesten, innen rimelige grenser og slik det i dag er innrettet, ikke vil dempe etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i særlig grad. Med dette som utgangspunkt diskuterer vi her nærmere noen mulige effekter av innføring av generell kommunal medfinansiering. Vi diskuterer tre forhold:

- Hvor sterke vil insentivene for kommunene være med en modell basert på 20 % medfinansiering?
- Hvilke effekter vil kommunal medfinansiering ha for den risiko kommunene opplever som følge av variasjoner i etterspørselen etter helsetjenester?
- Kan eventuelt risikoproblemet reduseres ved kommunalt samarbeid?

3.2 Hvor sterke er insentivene?

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene innebærer at kommunene betaler en andel av utgiftene i spesialisthelsetjenesten. Det har vært antydning av en kommunal

medfinansiering på 20 % av sykehusenes kostnader.¹¹ Spørsmålet er her hvor sterke insentiver dette gir kommunene til å bygge opp alternativer til sykehusbehandling.

Hvis vi som illustrasjon avgrenser analysen til rehabilitering, kan vi med utgangspunkt i tabell 2.1 kalkulere den totale rehabiliteringsaktiviteten i Norge til ca 105 000 DRG-poeng, tilsvarende kostnader på 3,7 milliarder kroner eller 780 kroner per innbygger. Trekker vi ut 20 % av dette og tildeler midlene til kommunene tilsvarer det om lag 156 kroner per innbygger. For gjennomsnittskommunen på 11 000 innbyggere innebærer det om lag 1,7 millioner kroner i økte inntekter.

La oss nå anta at vi har to gjennomsnittskommuner: Kommune A som antar at det er mulig å redusere bruken av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten med 5 % de første to årene og ytterligere 5 % de to neste. Kommune B som antar det er mulig å hente ut 10 % de første to årene og ytterligere 10 % de to neste. Husk at i utgangspunktet er det ingen effekter av styrket årsverksinnsats i pleie- og omsorgstjenestene på forbruket av bruk av rehabiliteringstjenester. De effektene vi forutsetter her må da ha sin bakgrunn i høyere kompetanse eller teknologiske endringer eller begge deler. Tabell 3.1 viser konsekvensene for kommunene.

Tabell 3.1 Effekter av kommunal medfinansiering

	Kommune A	Kommune B
Effekter etter 2 år		
- Utgifter til spesialisthelsetjenester	1 615 000 kr	1 530 000 kr
- Frigjort til økt kommunal innsats	85 000 kr	170 000 kr
Effekter etter 4 år		
- Utgifter til spesialisthelsetjenester	1 530 000 kr	1 360 000 kr
- Frigjort til økt kommunal innsats	170 000 kr	340 000 kr

Hvis vi forutsetter at noe av de frigjorte ressursene, for eksempel 10 %, benyttes til utstyr så vil kommune B kunne finansiere ca $\frac{3}{4}$ sykepleierstilling etter 4 år og kommune A halvparten av dette. Begge kommunene har i utgangspunktet over 300 sykepleiere og andre ansatt i pleie- og omsorgstjenestene. Er det rimelig å anta at $\frac{3}{4}$ sykepleierstilling i tillegg, en økning på 0,25

¹¹ Helseminister Bjarne Håkon Hanssen, VG, 16.2.2009

% ansatte, skal kunne redusere forbruket av spesialisert rehabilitering i kommunen med 20 %, for eksempel fra vel 900 til om lag 720 liggedøgn ved en privat opptreningsinstitusjon, uten at kvaliteten skal forringes? Eller sagt med andre ord: Er det rimelig å anta at kommunale tjenester kan drives med 20 % av kostnadene av de i spesialisthelsetjenesten? Hvis kommunen ikke tror det, skjer ingen atferdsmessige endringer.¹² Kommunal medfinansiering vil da kun innebære at en bytter penger innefor offentlig sektor.

En kan tenke seg at en øker den kommunale medfinansieringen. Om dette skaper atferdsmessige endringer vil igjen være et åpent spørsmål, men sannsynligheten vil nå øke fordi kravene til kommunal effektivitet i forhold til effektivitet i spesialisthelsetjenestene reduseres. Ved 80 % medfinansiering vil kommunene fortrekke egen tilbud dersom de klarer å framskaffe dette til 80 % av kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Kommunal medfinansiering på et så pass høyt nivå at det er grunn til å anta at det vil skje substitusjon innen for rehabilitering, innebærer imidlertid to andre problemer. For det første vil det øke risikoen på kommunene. For det andre vil det kunne skape tilpasningsproblemer i spesialisthelsetjenestene som de ikke nødvendigvis klarer å gjennomføre. Erfaringene er at tilpasningsproblemer løses ved statlige tilleggsbevilgninger. Det vil da ikke skje en nedbygging av rehabilitering parallelt med oppbyggingen i kommunene. Problemene øker med økende kommunal medfinansiering.

3.3 Illustrasjon av risikoproblemet

Risiko er en sentral egenskap ved helse og helsetjenester. For den enkelte er det usikkert om, når og eventuelt hvor mye helsetjenester en får behov for. Denne usikkerheten håndteres ved hjelp av forsikringsordninger. I Norge kan staten forstås som en skattefinansiert helseforsikringsordning som fordeler risiko ved sykdom mellom individer og over livsløpet for den enkelte. Skattefinansiering gjør at helsetjenester framstår som gratis for den enkelte når de brukes. Siden gratis helsetjenester gir høy etterspørsel kan det være nødvendig å innføre ordninger for rasjonering. Rammefinansiering av regionale helseforetak og kommuner er en mekanisme som bidrar til rasjonering. Men ved rammefinansiering føres også risikoen ved tilfeldige etterspørselsvariasjoner nærmere den som har behov for helsetjenestene. Det er to mekanismer som kan bidra til å håndtere denne risikoen: 1) At den økonomiske rammen

¹² Lav kommunal medfinansiering har klare paralleller til dagens betalingsordning for utskrivningsklare pasienter. Insentivene til å endre atferd vil være meget svake.

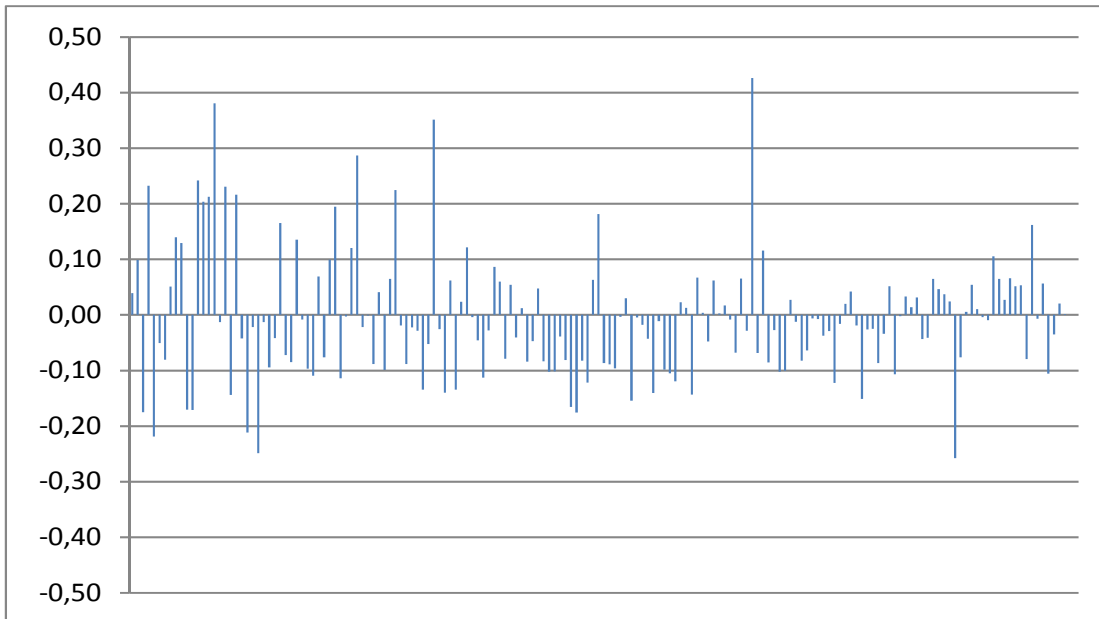
risikojusteres og 2) at de enhetene som rammefinansieres er nokså store. I Norge er risiko forbundet med tilfeldige etterspørselsvariasjoner et problem i de minste kommunene. Vi må anta at problemet gir dårligere tjenester for enkelte brukere enn ønskelig, men det eksisterer foreløpig ikke mye analyser av dette.

Generell kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester vil øke problemet i og med at utgifter forbundet med kostbar behandling i spesialisthelsetjenesten da også faller på kommunene. Risikoproblemet vil være betydelig dersom kommunene ikke klarer å etablere alternativer til sykehusinnleggelse.

Her illustrerer vi risikoproblemet med data fra Helse Sør-Øst. Vi tenker oss at kommunene skal finansiere en andel av sykehusenes kostnader basert på forbruk. Kommunene tilføres derfor ressurser. Ved 20 % medfinansiering tilføres kommunene omlag kr 2000 per innbygger for somatiske tjenester og kr 2600-2700 dersom en inkluderer andre tjenester som drives av RHF-ene. Ressursene fordeles etter behovskriteriene anbefalt av Magnussen-utvalget.¹³ Deretter beregnes faktisk forbruk for den enkelte kommune basert på de samme dataene som er benyttet i tabell 2.3. Både forventet behov og faktisk forbruk normeres med gjennomsnitt lik 1. Figur 3.1 viser diskrepansen mellom forventet behov og faktisk forbruk etter kommune-størrelse med den minste kommunen lengst til venstre. Et avvik på 0,10 tilsvarer 10 %.

¹³ Klima og breddegrad benyttes ikke som kriterier.

Figur 3.1 Diskrepans mellom forventet og faktisk forbruk for kommunene i Helse Sør-Øst



I figuren indikerer verdier over 0 at faktisk forbruk er større enn predikert forbruk (behov). Vi ser at avvikene mellom predikert forbruk og faktisk forbruk er betydelige i den tredjedelen av kommunene som er minst. I gjennomsnitt avviker forbruket 12,3 prosent fra predikert forbruk i disse kommunene. I 12 av de 50 minste kommunene avviker forbruket mer enn 20 % fra forventet forbruk. I de største kommunene er avvikene mindre.¹⁴

3.4 Kommunale samarbeidsordninger

Ideelt sett burde kommunal medfinansiering vært kombinert med en kommunereform etter dansk mønster. Inntil videre må en derfor enten legge den kommunale medfinansieringen på et lavt nivå, kombinere kommunal medfinansiering med former for interkommunalt samarbeid som fordeler risikoen mellom kommunene, eller gjøre begge deler. Tabell 3.1 illustrerer de prinsipielle sammenhengene der ruter med X er aktuelle alternativer.

¹⁴ Kommunen med størst prosentvis avvik er Kragerø (10481 innbyggere).

Tabell 3.1 Kommunal medfinansiering. Aktuelle modeller markert med X

Kommunal Organisering	Kommunal medfinansiering		
	Lav	Middels	Høy
Små kommuner (dagens modell)	X		
Interkommunalt samarbeid (helsekommuner)		X	X
Store kommuner			X

I 2008 hadde om lag 235 kommuner færre en 5000 innbyggere og om lag 325 kommuner færre enn 10000 innbyggere. I utgangspunktet trekker dette i retning av lav kommunal medfinansiering.

Interkommunalt samarbeid er en løsning som kan håndtere noe av den økte risikoen som legges på kommunenivået for de små kommunene ved økt kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester. Interkommunalt samarbeid kan i tillegg bedre mulighetene for å bygge opp behandlingssenheter med høy kompetanse og hente ut stordriftsfordeler i behandlingsaktivitetene. Interkommunalt samarbeid kan skje på flere ulike måter:

- Ved interkommunalt samarbeid etter Kommunelovens § 27, dvs. at to eller flere kommuner, kan opprette et eget styre til løsning av felles oppgaver. Kommunestyret gjør selv vedtak om opprettelse av slikt styre. Til slikt styre kan kommunestyret gi myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift og organisering.
- Ved vertskommuneansvar etter Kommuneloven § 28, dvs. at en kommune (samarbeidskommune) kan avtale med en annen kommune (vertskommune) at vertskommunen skal utføre oppgaver og treffe avgjørelser etter delegert myndighet fra samarbeidskommunen i enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning.
- Ved etableringen av interkommunale selskap (Lov om interkommunale selskap), dvs. et selskap hvor alle deltakerne er kommuner, fylkeskommuner eller interkommunale selskaper.

I tillegg kan interkommunal samarbeid skje gjennom ordinære aksjeselskap, stiftelser og løse avtaler.

Særkommuner eller samkommuner representerer et alternativ til interkommunalt samarbeid. En særkommune er et forvaltningsnivå som er bygd opp rundt en tjeneste. Tidligere hadde vi i Norge egne brannkommuner og bygningskommuner. For disse tjenestene ble det foretatt en særskilt inndeling basert på hva som var et naturlig brannberedskapsdistrikt og et naturlig bygge- og reguleringsdistrikt. Tjenestene ble finansiert gjennom egne skatter, og hadde egne folkevalgte organer. Går vi riktig langt tilbake, var skolevesenet og sosialvesenet to tjenester som langt på vei var organisert uavhengig av kommunenes øvrige virksomhet.

Ifølge KRDs database over interkommunale samarbeidsordninger så eksisterer i dag 206 samarbeidstiltak innen helsesektoren (17.2.2009). Eksempel på interkommunale samarbeid omfatter primært legevakt (ca 40 % av samarbeidstiltakene innen helsesektoren), ambulansetjeneste, næringsmiddeltjeneste og fysioterapitjeneste. Lovgrunnlaget er dårlig beskrevet i databasen, men det virker som vertskommuneansvar er den mest utbredte ordningen.

Et grunnleggende problem med interkommunalt samarbeidet har vært lite stabilitet ved at kommunene kan tre ut av samarbeidstiltaket. Dette har særlig vært tilfellet i situasjoner der mange små kommuner samarbeider. Erfaringene er best i situasjoner der det finnes en stor kommune som kan strukturere samarbeidet. Kommunale selskaper representerer en noe mer forpliktende organisasjonsform, men også her kan deltakerne tre ut av samarbeidet. Oppsigelsestiden er ett år dersom annet ikke er vedtatt.

Kritikken mot interkommunale samarbeidsordningene fra lokalpolitikere er særlig knyttet til to forhold: 1) Samarbeidsordningene er ikke direkte styrt av folkevalgte forsamlinger, men indirekte gjennom selskapsmøter og styre. 2) De kan i visse situasjoner legge begrensninger på kommunenes økonomiske handlefrihet, for eksempel gjennom investeringsplaner eller ved at kommunen ved etablering av interkommunale selskaper er henvist til å kjøpe av en monopolist.

En kan tenke oss flere måter å finansiere interkommunalt samarbeid på:

- Bidrag basert på innbyggertall, eventuelt justert på grunnlag av demografi og sosioøkonomiske forhold
- Bidrag basert på aktivitet, for eksempel liggedøgn
- Bidrag basert på andre kostnadsbærende elementer, for eksempel avstander innad i kommunene når det gjelder legevaktssamarbeid

Konsentrerer vi oss om de to første alternativene, bidrag basert på innbyggertilskudd og bidrag basert på aktivitet, så vil valget mellom disse påvirke risikofordelingen mellom kommunene. Ved et risikojustert innbyggertilskudd vil kommunenes utgifter bli predikerbare for den enkelte kommune. Samtidig vil enkelte kommuner enkelte år måtte betale for mer enn de forbruker av tjenester. Ved aktivitetsbasert finansiering vil dette være motsatt.

Kommunene vil betale etter forbruk og utgiftene vil bli mindre predikerbare.

Siden et interkommunalt samarbeid primært skal redusere risiko ved variasjoner i forbruk må da den aktivitetsbaserte komponenten være lav.

3.5 Oppsummering

I kapitlet har vi analysert tre forhold ved generell kommunal medfinansiering; 1) Styrken i de økonomiske insentivene, 2) risikoproblemet forbundet med generell kommunal medfinansiering og 3) muligheter for interkommunale samarbeidsordninger.

Konklusjonene er at 20 % kommunal medfinansiering ikke vil gi kommunene særlige insentiver til å utvikle alternativer til sykehusinnleggelse, men derimot gi kommunesektoren økt risiko forbundet med variasjoner i etterspørselen en ikke klarer å predikere. Risikoen vil øke med økende kommunal medfinansiering. Interkommunalt samarbeid framstår ikke som et robust alternativ for å redusere problemene per i dag.

4. Alternativer til generell kommunal medfinansiering

4.1 Innledning

De foregående kapitlene har ikke gitt grunnlag for stor entusiasme for en modell med generell kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Her diskuteres om det er grunnlag for kommunal medfinansiering på avgrensede områder. Fire slike områder diskuteres; 1) Intermediære enheter, 2) utskrivningsklare pasienter, 3) bruk av poliklinikker og 4) pasienter over 80 år. Avslutningsvis stilles det spørsmål ved om en kan få til den ønskede ekspansjonen av kommunehelsetjenestene på andre måter enn ved kommunal medfinansiering.

4.2 Drift av intermediære enheter/lokalmedisinske sentra

Bruken av spesialisert rehabilitering varierer i første rekke med om kommunen har et sykehus lokalisert, reiseavstanden til sykehuset og andel uføre i kommunen. Effekten av avstand er positiv. Når avstanden til sykehusene øker så øker bruken av rehabilitering. Dette kan ha sammenheng med at det er mye rehabiliteringstilbud ligger i distriktskommuner. Hovedkonklusjonen er at en generell ekspansjon av det kommunale tilbudet ikke vil redusere bruken av opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Denne konklusjonen må nyanseres. Studier som på en bedre måte beskriver det kommunale tilbudet kommer til noen andre konklusjoner. Garåsen i sin studie fra Saupstad i Trondheim har undersøkt 142 pasienter over 60 år innlagt ved St. Olavs Hospital for akutt sykdom eller forverring av kronisk sykdom (Garåsen m fl, 2008). Pasientene ble randomiserte til to undergrupper der den ene ble ferdigbehandlet ved St Olav Hospital mens den andre ble ferdigbehandlet ved intermediæravdeling på et sykehjem. Etter seks måneder var det 25 % i intervensjonsgruppen som klarte seg selv, mot 10 % i sykehusgruppen. 18 % i intervensjonsgruppen var døde etter ett år, 31 % i sykehusgruppen. Garåsens konklusjon er at forskjellene forklares ved at sykehjemmet vurderer pasientens behov for opplæring,

rehabilitering og annet ut fra sykdomskonsekvens og funksjonsnivå, og tilrettelegger behandlingen i forhold til dette. En slik oppfølging er ikke mulig ved en ordinær, travel akuttavdeling ved et sykehus. En Cochrane-studie som oppsummerer liknende eksperimenter, hovedsakelig i England og USA, kommer til sammenliknbare konklusjoner når det gjelder innleggelser og overlevelse, mens det ikke er avklart om denne behandlingsmåten gir økonomiske gevinster (Griffiths et al., 2007). I tillegg til å gi muligheter for tidlig tilbakeføring av sykehuspasienter, kan en intermediæravdeling av denne typen utvides til å omfatte akuttbehandling før transport til sykehus og diagnostisering og behandling av enklere tilstander slik at man unngår sykehusinnleggelse.

En kan øke insentivene til denne typen av enheter på flere måter.

Endring i finansieringen av spesialisthelsetjenestene

I denne modellen reduseres den aktivitetsbaserte komponenten i ISF samtidig som utvalgte polikliniske takster utvides til også å gjelde for sykehusspesialister i arbeid utenfor sykehus (jfr. desentralisert cytostatikabehandling). Takster for ambulans virksomhet vil gi sykehusene insentiver til å drive virksomhet uten for sykehuset. Samtidig vil omleggingen av ISF-finansieringen gi sykehuset insentiver til å hindre innleggelser (marginal inntekt ved innleggelser vil bli lav).

Hvis etablering av intermediære enheter kan bidra til å holde pasientene ute av sykehuset vil sykehusene ha insentiver til å bli med på etableringen av slike enheter. Kommunene vil ha insentiver for å være i et interkommunalt samarbeid om et intermediært senter fordi dette gir gevinster i form av tilgang til spesialistkompetanse fra sykehuset.

Denne modellen er nokså lik den vi har, og som har ledet til etablering av intermediære enheter i flere områder (for eksempel Hallingdal, Alta, Trondheim). Den avviker fra den eksisterende ved at den gir sykehusene sterkere insentiver til å initiere intermediære enheter fordi de med denne modellen vil ha sterkere interesser i å holde antall innleggelser nede. Staten har forsterket presset på RHF-ene for å etablere intermediære enheter gjennom styringsbrevne.

Endringer i finansieringen av kommunene

En kan tenke seg flere virkemidler for å simulere kommunene til etablering av intermediære enheter. De enkleste vil være bruke tradisjonelle virkemidler som investeringstilskudd, lønnstilskudd eller andre former for prisvirdende tilskudd. Disse ordningene har klart dokumenterte effekter og er enkle å administrere. En svakhet er at de gir sterke stimulanser til aktivitetsvekst i kommuner med høye inntekter og dermed godt tjenestetilbud alt i dag.

En kan tenke seg at kommunene tilføres ressurser forbundet med kommunal medfinansiering på et avgrenset område. Et område som er mulig å avgrense er rehabilitering. Kommunene må da tilføres ressurser tilsvarende 80-100 % av kostnadene forbundet med rehabilitering og gis fullt ansvar for disse tjenestene. Risikoproblemene vil gjelde tilsvarende som diskutert i kapittel 3, men siden en her kun overfører en avgrenset del av ansvaret vil problemet bli mindre.

Forsøk med ulike finansieringsmodeller

Hvis en er usikker på om sykehusinitierte og/eller kommuneinitierte intermediære avdelinger er å foretrekke, så bør en gjennomføre godt designede forsøk. Disse må tenkes nøye gjennom, men her er noen hovedelementer:

- Kommuneinitierte intermediære avdelinger: Kommunene i et område med 15-25 000 innbyggere får tilført ressurser forbundet med rehabilitering og opptrening (80-100 % av forventede utgifter). Kommunene danner et interkommunalt selskap som er ansvarlig for driften av en intermediær avdeling som har ansvar for rehabilitering, opplæring og enkel diagnostikk. Ved bruk av spesialisthelsetjenestenes rehabiliteringstilbud betales full eller tilnærmet full pris (80-100 % av prisen på et DRG-poeng/liggedøgn).
- Sykehusinitierte intermediære avdelinger: Den aktivitetsbaserte delen av ISF reduseres for utvalgte HF/sykehus samtidig som at flere polikliniske takster gjøres ambulante. Sykehusene pålegges å initiere intermediære avdelinger i samarbeid med kommunene.

Forsøkene etableres for en fireårsperiode og evalueres med hensyn på innleggelsesrater, kostnadseffektivitet, kvalitet, muligheter for tilpasninger av spesialisthelsetilbudet, m.v. Kommuner i tilsvarende områder uten intermediære avdelinger benyttes om sammenlikningsenheter.

4.3 Utskrivningsklare pasienter

I analysene fant vi at dødelighet og registrerte voldsanmeldelser hadde positive, signifikante effekter på langtidsliggedager, mens forhold ved det kommunale tilbudet, i første rekke omfanget av sykehjemsleger og dekningsgraden i institusjonsomsorgen, bidro til å redusere antall langtidsliggedager. I tillegg var antall langtidsliggedager i vertskommuner for sykehus vesentlig høyere enn i kommuner som ikke hadde sykehus.

Vi kan naturligvis ikke på bakgrunn av analysen trekke konklusjoner med hensyn til utskrivningsklare pasienter, men det er grunn til å anta at effekten av dødelighet vil være svakere på liggetiden for utskrivningsklare pasienter enn for pasienter generelt. De øvrige variablene som påvirker liggetiden er knyttet til kommunalt tilbud og sykehusets lokalisering. Selv om vi også her skal være varsomme med å konkludere i forhold til utskrivningsklare pasienter, så gir analysen indikasjoner på at sykehushørende kommuner benytter sykehusenes sengeavdelinger som sykehjem. Det trekker i retning av reformer i betalingsforskriften.

Dagens ordning er også evaluert av andre. En analyse av Holmås, Kjærstad, Lurås og Straume (upublisert) sammenlikner liggetiden for pasienter hjemmehørende i kommuner der en betaler for utskrivningsklare pasienter med utgangspunkt i betalingsforskriften med pasienter hjemmehørende i kommuner der det i tillegg er utviklet en samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommunen. Konklusjonen, som er i tråd med analyser av Kjekshus (2005), viser at samarbeidsavtaler bidrar til kortere liggetider. Lurås, på bakgrunn av artikkelen til Holmås, Kjærstad og Straume, konkluderer med at den 10 dagers karenstiden som i dag eksisterer før kommunal betaling trer i kraft ikke bare tolkes som karenstid av kommunen, men også omtales som karenstid både av sykehus og kommuner.¹⁵ Svært ofte planlegger kommunene uten samarbeidsavtale ikke mottak av pasienten før de har mottatt B-skjema (melding om utskrivningsklar dato) fra sykehuset.

Det kan tenkes to løsninger på problemet med utskrivningsklare pasienter:

- 1) Utvikling av samarbeidsavtaler for alle kommuner
- 2) Endring av betalingsforskriften

¹⁵ Hilde Lurås i innledning på Helseøkonomikonferansen 2007, Solstrand.

Gjennom utvikling av samarbeidsavtaler vil en bedre enn tidligere strukturere samhandlingen mellom sykehusene og kommunene og forplikte kommunene til å ta i mot pasienter når de er utskrivningsklare. Det er et argument for ordningen at den alt er utprøvd og fungerer på en god måte i mange områder.

En kan også tenke seg en endring av betalingsforskriften ved at karenstiden reduseres og prisen per liggedag etter at pasienten er meldt utskrivningsklar økes. Karenstiden er i dag 10 dager og prisen per liggedag om lag kr. 1500. Siden det er avdekket at det særlig er sykehusenes vertskommuner som utnytter sykehusenes sengekapasitet trekker dette i retning både av lav karenstid og høy pris. En modell er at karenstiden reduseres til 0 dager og at kommunene betaler full pris for liggetiden for ferdigbehandlede pasienter. Liggetiden for en pasient som ligger utover trimpunktet er i gjennomsnitt estimert til 5-6000 kroner. Kostnaden for en utskrivningsklar pasienter er lavere enn dette, anslagsvis 4000 kroner (ved bruk av sykehotell trolig enda lavere). En kan tenke seg at en slik ordning innføres over en toårsperiode der karenstiden settes til 2 dager og prisen til kr 2000 per døgn fra 2010. Karenstiden reduseres til 1 dag og prisen økes til full pris i løpet av to år. Endringen finansieres ved at RHF-ene får et trekk i sine rammer og kommunene en økning i sine rammer.

Et spørsmål er om sykehusene ved en slik ordning får insentiver til å skrive ut pasientene for tidlig. Erfaringer fra USA tyder på at reinnleggelser som følge av for dårlig rehabilitering er et økende problem. I USA diskuteres avkorting eller bortfall av refusjon ved reinnleggelser innen 30 dager.

Risikoen ved endringen for de små kommunene kan være et problem. Her som ellers trekker dette i retning av større kommunale enheter, subsidiært interkommunale samarbeidsordninger der en sprer risikoen mellom kommunene ved per capita basert fordeling. Dette er imidlertid av de feltene der risiko forbundet med tilfeldige variasjoner i bruk av sykehusene er nokså små og håndterbare.

4.4 Bruk av private og offentlige poliklinikker

Analysene indikerer at mye av variasjonen i bruken av polikliniske tjenester forklares av behov, i første rekke variasjoner i aldersgruppen 67-79 år, graden av uførhet og sosiale forhold målt ved voldsanmeldelser. I tillegg er kommunens avstand til sykehuset en viktig forklaringsvariabel.

Ingen av variablene som beskriver variasjoner i de kommunale tilbudet har rimelige og signifikante effekter på forbruket av polikliniske tjenester. Det er spesielt interessant at variasjoner i årsverksinnsatsen blant allmennlegene ikke har effekter på etterspørselen etter polikliniske tjenester. En nylig gjennomført analyse av Tjerbo gir noen andre resultater. Tjerbo modellerer konkurransesituasjonen mellom fastleger mer i detalj og finner at økt konkurranse i form av mange ledige listeplasser, leder til en signifikant lavere bruk av polikliniske tjenester. Effekten er imidlertid ikke sterk. Tjerbo finner ingen sammenheng mellom fastlegekonkurranse og etterspørselen etter innleggelse og dagbehandling.

En kan tenke seg to alternative løsninger:

- 1) Kommunen får tilført større ressurser og betaler en andel av utgiftene forbundet med forbruk av offentlige og private poliklinikker. Denne løsningen har likhetstrekk med løsningen som er valgt i Danmark der kommunene for eksempel betaler 10 % av honoraret for privatpraktiserende leger og 30 % av utgiftene til ambulerende behandling opptil en nærmere fastsatt grense. Atferdsmessige endringer krever antakelig større endringer, jf diskusjonen om rehabilitering.
- 2) Fastleger får tilført større ressurser, for eksempel i form av et fond, og betaler en andel av utgiftene forbundet med forbruk av offentlige og private poliklinikker. Denne løsningen har likhetstrekk med en modell, GP Fundholders, som ble utprøvd i England på 1990-tallet.

Om disse modellene bør innføres må igjen vurderes på bakgrunn av flere forhold. I tillegg til å avklare hvilke faktorer som påvirker forbruket av polikliniske tjenester, vil institusjonelle forhold ved fastlegeordningen være viktig hvordan en skal konkludere.

Er substitusjon mulig og vil kommunen kunne gi et poliklinisk tilbud til pasientene med lavere kostnader enn spesialisthelsetjenesten? Antakelig vil fastlegene kunne erstatte bruk av offentlige poliklinikker og private spesialister på enkelte områder. Det er imidlertid åpenbare svakheter ved begge de to løsningene. I den første løsningen er problemet at det er fastleger som henviser mens det er kommunen som betaler. Vi vil med andre ord ha en ordning med tredjepartsfinansiering. Spørsmålet er da om det er grunn til å tro at fastlegens atferd blir en annen når det er kommunen enn når det er staten som betaler. Siden de aller fleste fastleger er organisert som private næringsdrivende er det grunn til å tvile på om det skjer vesentlige endringer i atferd.

Med den andre løsningen vil fastlegen få sterke insentiver til å utvikle og tilby tjenester lokalt dersom dette blir rimeligere enn på poliklinikker, private avtalespesialister og private røntgeninstitutter. Dette følger av at fastlegen vil sitte igjen med en økonomisk gevinst av en slik tilpasning. Problemet er imidlertid at en stor del av fastlegene, ca 40 %, arbeider i solopraksis og i lav grad vil være i stand til å håndtere risiko forbundet med varierende behov hos pasientene. Løsningen kan derfor ikke implementeres, i alle fall ikke som en nasjonal modell.

Det betyr at en står tilbake med tradisjonelle virkemidler for å presse aktivitet nedover i systemet – primært endring i takster både for poliklinikker og fastleger.

4.5 Medfinansiering for pasienter over 80 år

I og med at det i første rekke er for pasienter som er 80 år og eldre og som legges inn akutt det er klare effekter av kommunalt tjenestetilbud, kan en tenke seg en ordning med kommunal medfinansiering avgrenset til denne gruppen. En slik ordning vil ha som fordel at den er lett avgrensbar, den treffer bedre enn en generell ordning og den påføre kommunene mindre risiko forbundet med variasjoner i etterspørselen enn en generell ordning. Argumentene mot vil være at det fortsatt er mange innleggelses kommunene ikke kan (og ikke bør) forhindre og at insentivene ved 20 % medfinansiering vil være svake.

4.6 Oppsummering og avslutning

Vi har kort diskutert fire alternativer til generell kommunal medfinansiering. Det finnes gode argumenter for endringer i betalingsforskriften for ferdigbehandlede pasienter. Eventuelle endringer i arbeidsdelingen mellom poliklinikker/avtalespesialister og fastlegene kan enklest og best håndteres ved endringer i takster. En kan tenke seg innføring av kommunal medfinansiering på avgrensede områder. Rehabilitering er et felt som kan avgrenses på en rimelig grei måte. Tilsvarende gjelder for pasienter over 80 år. Det er imidlertid usikkerhet også ved kommunal medfinansiering av avgrensede områder. Godt designede forsøk vil være virkemidler for å vinne erfaringer med nye organisasjons- og finansieringsmodeller.

Avslutningsvis må de også nevnes at ekspansjon av kommunehelsetjenestene kan gjennomføres ved hjelp av kjente virkemidler. Lønnstilskudd til kommunene for å tilsette sykehjemsleger kan være et aktuelt virkemiddel. Investeringsstilskudd til bygging av omsorgsboliger og institusjoner er et annet. Felles for disse virkemidlene er at de er lette å administrere, de kan lett innpasses i dagens virkemiddelsystem og de har predikerbare effekter.

Referanser

- Carlsen, F (upublisert). Innledende analyser gjort i f m arbeidet i Magnussen-utvalget (NOU 2008:2)
- Econ Analyse (2006) Interkommunalt samarbeid i Norge – omfang og politisk styring. Econ-rapport 2006-057
- Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scand J Public Health*. 2008 Mar; 36(2):197-204.
- Griffiths PD, Edwards ME, Forbes A, Harris RL, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD002214. DOI: 10.1002/14651858.CD002214.pub3.
- Holmås TH, E Kjerstad, H Lurås and OR Straume. Does monetary punishment crowd out pro-social motivation? The case of hospital bed-blocking. Unpublished manuscript.
- Holmås, TH, E. Kjerstad, F. Kristiansen og H. Lurås (2007a). Long term care and Hospital length of Stay for Elderly Patients. Working paper 09/07. Bergen: Stiftelsen for næringslivs- og samfunnsforskning (SNF).
- Holmås, TH, E. Kjerstad, F. Kristiansen og H. Lurås (2007b). Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Arbeidsnotat 04/07. Bergen: Stiftelsen for næringslivs- og samfunnsforskning (SNF).
- Kjekshus, LE. Primary health care and hospital interactions: Effects for hospital length of stay. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 33, No. 2, 114-122 (2005)
- Nerland, S. M. og T. P. Hagen. 2008. Forbruk av spesialisthelsetjenester: Ble det større likhet etter sykehusreformen? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, (49) 1:37-72.
- Pedersen, KM. 2005. Kommunal medfinansiering av sundhetsvesenet. En ide på sandgrund? Odense. Syddansk Universitetsforlag.
- Tjerbo, T. 2009. Does competition among general practitioners increase or decrease the consumption of specialist health care? *Health Economics, Policy and Law*, accepted.