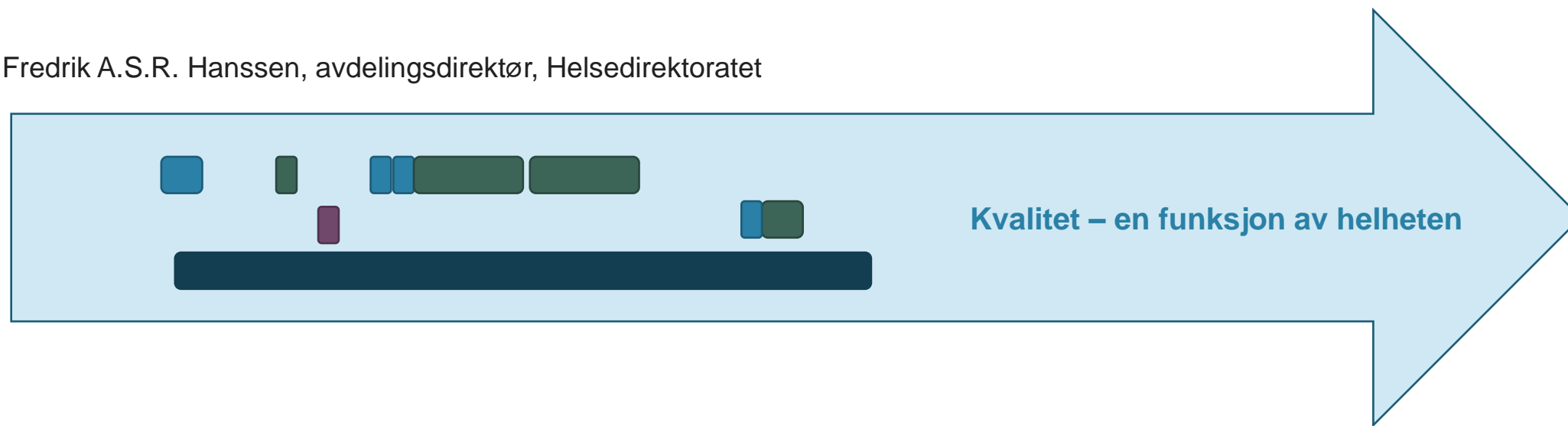


# Insentiv for å utvikle og forbedre samhandlingen

---

Kommunalt toppledermøte Bergensregionen, Os, 10.1.2019

Fredrik A.S.R. Hanssen, avdelingsdirektør, Helsedirektoratet



Vi jobber for:

god helse og reduserte  
helseforskjeller

at flere får god og sikker  
behandling og omsorg

at pasientene møter en  
samordnet helse-  
tjeneste

Vi videreutvikler og drifter finansieringsordningene for helsetjenestene og pasientene.

- Aktivitet- og kvalitetsbasert finansiering
- Helserefusjoner
- Søknadsbaserte tilskuddsordninger




# Mål i utviklingsarbeidet

## Langsiktige mål relatert til finansieringsområdet

- Finansieringsordninger som bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet.
- Levere styringsinformasjon av god kvalitet til Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og kommunene.
- Redusere rapporterings- og registreringsbyrde i helse- og omsorgssektoren [gjenbruk NPR og KPR]

## Tjenester av god kvalitet:

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



Finansiering kun ett av flere virkemidler. Hva er viktigst for å understøtte samhandling?

# Hva er tenkt før?

(Eksempler)

2005



2007



2009



2015



2016



2016



2017

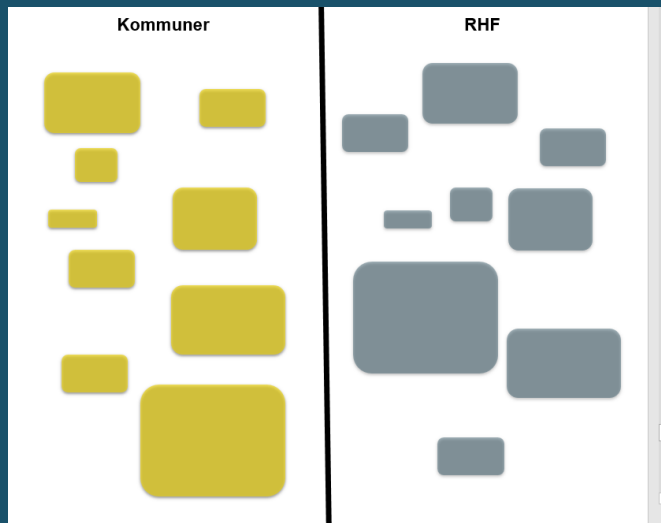


## Noen fellestrekk i problemanalysen og tilnærmingen

- Finansieringsordningene *én del av systemet*, men ikke den viktigste begrensende faktoren for samarbeid og integrerte tjenester
- Asymmetriske og frakoblede finansieringssystem for kommuner og RHF → Begrensede eller negative incentiver for partene til samarbeid
- Spesialisthelsetjenestens finansieringssystem har fått mest fokus
- Diskusjon av finansieringsløsninger for spesifikke delprosesser og tjenester, til dels med forslag til konkrete løsninger

Samhandling er så mangt

To utvalgte utfordringstyper. Hvilke tiltak er aktuelle?



## Fleksibel oppgavedeling og -overføring mellom forvaltningsnivåene

Hensiktsmessig ressursfordeling avhengig av hvem som dekker pasientenes behov i gråsonen mellom aktørene

## Integrasjon av tjenester for pasienter med særskilte behov

Finansiering av tjenester der nivåene samarbeider tett og direkte om den enkelte pasient

# Integrerte tjenestetilbud

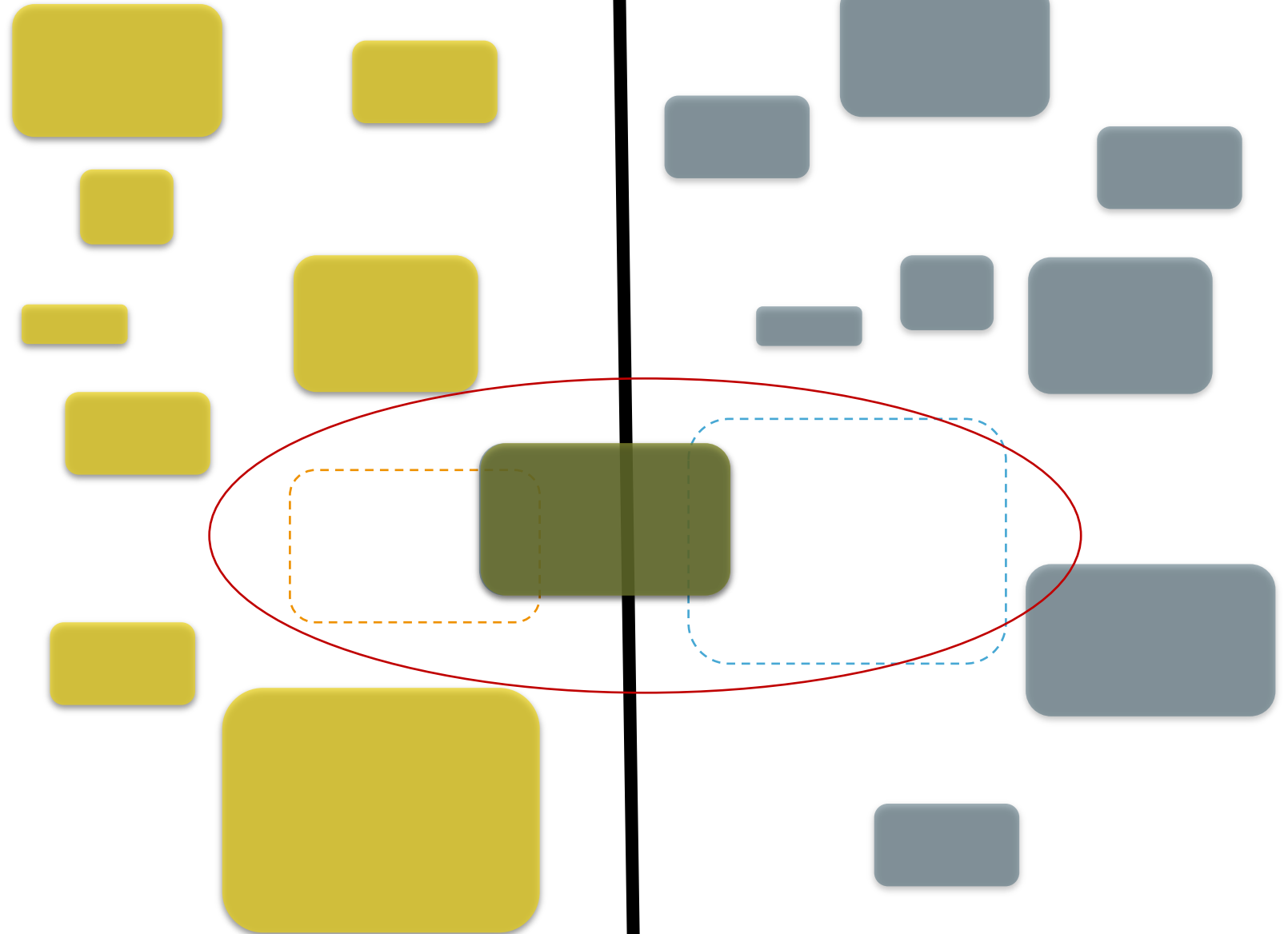
Samtidig integrasjon/  
koordinering

Eks: (F)ACT-team og  
PCT

Viktig for bedre tjenester  
til svingdørspasienter og  
andre storbrukere

Kommuner

RHF





# Økonomiske virkemidler for understøttelse?

- Aktiv stimulans gjennom aktivitetsbasert finansieringsordninger?
- Søknadsbaserte tilskuddsordninger?
- Resultatbasert finansiering der RHF og kommuner gjøres avhengig av hverandre? Inspirasjon av dansk «nærhetsfinansiering»?

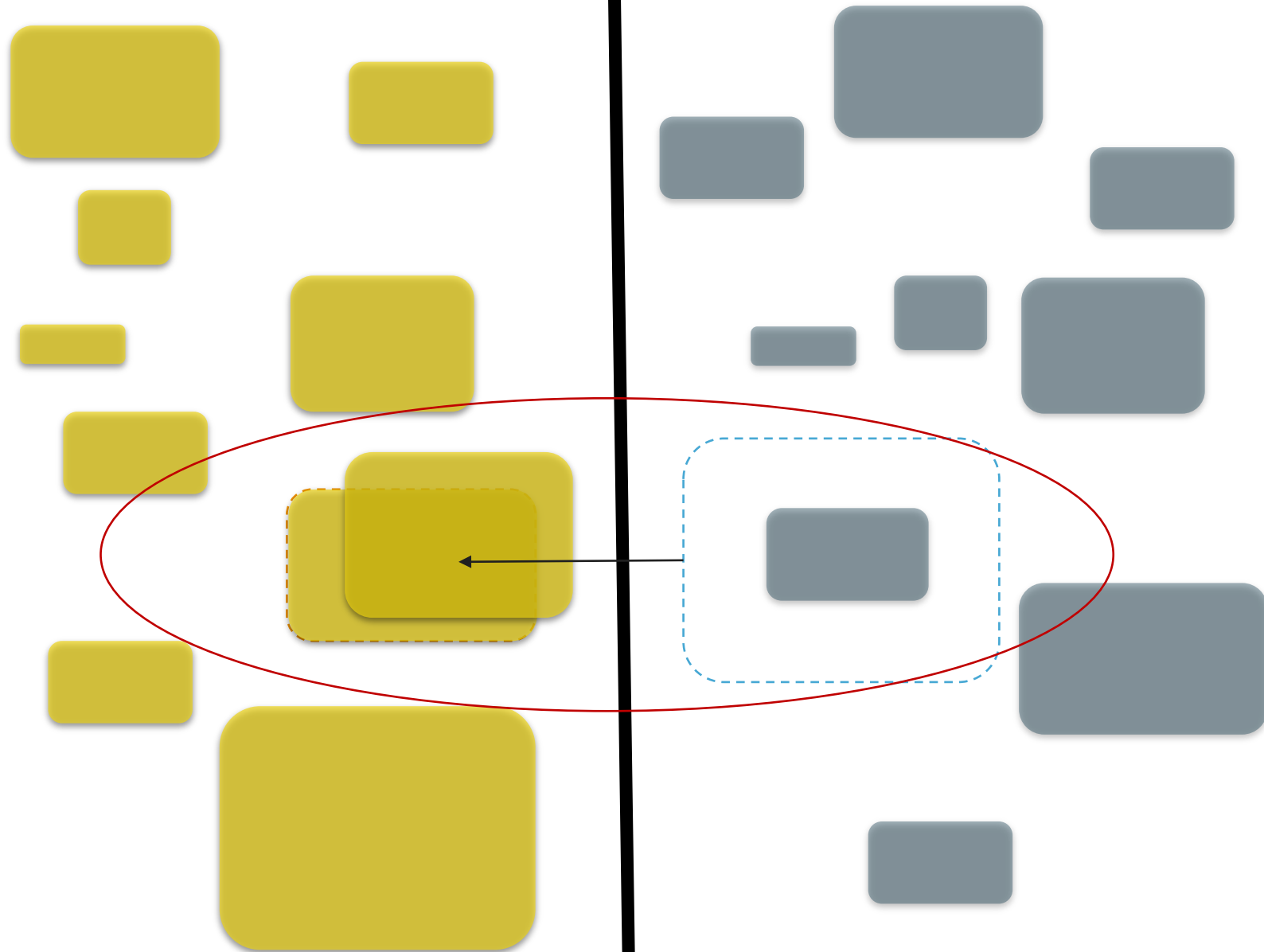
# Oppgave- overføring

Bevisst og eksplisitt?

«Det bare ble sånn»?

Kommuner

RHF



# Asymmetrisk finansiering

Ulike grader eller innretninger av aktivitetsbasert finansiering kan redusere interessen av å løse felles oppgaver på mest kostnadseffektive måte

Det vises til vurderingen av samhandlingsutfordringer i Helse direktoratets gjennomgang av finansieringsordningene i 2015<sup>9</sup>, samt rapport om samhandlingstiltak fra 2016<sup>8</sup>.

En viktig vurdering i førstnevnte dokument var at finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten ikke utgjorde et direkte hinder for samhandling i seg selv, men at asymmetri med finansieringsmodellen for kommunale helse- og omsorgstjenester skaper utfordringer.

Presiseringer i ISF-regelverket for 2017 gjør det tydeligere at RHF og kommuner kan samarbeide om gjennomføring av spesialisthelsetjenester uten at dette medfører reduksjon av aktivitetsbasert finansiering for disse tjenestene. Jf. også egen rapport om dette<sup>10</sup>. Dette løser imidlertid ikke utfordringen med at partene samlet sett mister aktivitetsbasert finansiering dersom de gjennomfører tiltak innenfor rammen av kommunale helse- og omsorgstjenester som gjør behovet for spesialisthelsetjenester mindre eller overflødig.

## Muligheter påpekt i 2017

*3.3.3. Mulige endringer  
for understøttelse av  
hensiktsmessig  
oppgavedeling mellom  
forvaltningsnivåene og  
ønsket  
venstreforskyvning*

- a) Økt innslag av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten
- b) Etablering av økonomiske koblinger mellom forvaltningsnivåene (á la kommunal medfinansiering)
- c) Etablering av statlige aktivitetsbaserte finansieringsløsninger for kommunal helse- og omsorgstjeneste, relatert til kommunenes «sørge for»-ansvar
- d) Forløpsbasert finansiering på tvers av forvaltningsnivåene

**Hvordan kan vi innrette den aktivitetsbaserte finansieringen for fastlegetjenestene eller øvrige kommunale tjenester slik at det blir mindre asymmetri, og slik at fleksibel oppgavedeling kan understøttes?**

# Hvordan komme videre?

## **Samarbeid**

HOD KMD

Kommuner (KS, K10, enkeltkommommuner osv.) RHF/HF

Helsedirektoratet og øvrige statlige etater

Profesjonsforeninger

## **Nasjonal helse- og sykehusplan – Involvering**

**Eksisterende aktivitetsbaserte finansieringsordninger** – Utnytte potensialet til stimulans til konkrete samhandlingsaktiviteter. Hvordan finner partene i fellesskap ut hva som er de viktige tiltakene som skal understøttes økonomisk?

## **Det kommunale inntekstsystemet. Hvor låst er gjeldende innretning?**

MulFortsatt frie inntekter, kombinert med løsninger for gevinstdeling med RHF-ene ved redusert ressursbruk i spesialisthelsetjenesten?

Takk for meg