

Referat

Møte om: Nasjonal koordineringsgruppe for samhandlingsreformen

Møtedato: 19.06.2013

Til stede: Adm.dir Sigrun Vågeng, KS
Avdelingsdirektør Tone Marie Solheim, KS
Prosjektleder Sigrid J. Askum, KS
Helsesjef Åse Laila Snåre, Oslo kommune
Kommuneoverlege Hege R. Basmo, Hamar kommune
Rådmann Tor Arne Gangsø, Vågå kommune
Kommunaldirektør, Per Haarr, Stavanger kommune
Fagleder Rune Hallingstad, KS
Dep.råd Eivind Dale, KRD
Dep.råd Ellen Seip, AD
Dep.råd Ingelin Killengreen, FAD
Dep.råd Trond Fevolden, KD
Fylkesmann Erling Lae, Vestfold
Fung. ass. helsedirektør Knut-Inge Klepp, Helsedirektoratet
Avdelingsdirektør Bjørn Astad, ADA, HOD (for Ole T. Andersen)
Avdelingsdirektør Are Forbord, SHA, HOD (for Cathrine Meland)
Ekspedisjonssjef Kari Sønderland, HRA, HOD
Ekspedisjonssjef Frode Myrvold, EIA, HOD
Ekspedisjonssjef Petter Øgar, KTA, HOD
Leder av Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, Tor Åm, HOD

Forfall: Kommunaldirektør Bjørg Månum Andersson, Oslo kommune
Daniel Haga, Helse-Midt RHF
Direktør for fylkeslinjen i NAV, Bjørn Gudbjørgrud
Ekspedisjonssjef Geir Stene-Larsen, FHA, HOD

Møteleder: Dep. råd Bjørn-Inge Larsen, HOD

Referent: Monica Skjöld Johansen

Observatører: Helsedirektoratet: Jon Hilmar Iversen, Olav V. Slåttebrekk
HOD: Elisabeth Salvesen, Maren Skaset, Stein Johnsen
KS:

Tilbakemelding fra gruppens medlemmer

KS

- KS har meldt inn saker til dagsorden og gir tilbakemelding når disse sakene drøftes i møtet

Fylkesmannen i Vestfold

- Det meldes om manglende oppbygging av ø-hjelpstilbudet i Vestfold. Dette avstedkommer utfordringer for sykehuset.

Orientering fra Nasjonalt nettverk for samhandlingsreformen

- Følgeforskning – det meldes om mye dobbeltarbeid. Mange miljøer forsker på de samme problemstillingene.
Petter Øgar: Vi må invitere partene sammen og diskutere dette.
Sigrun Vågeng: Dette kan skyldes at man ser på den samme problemstillingen ut fra ulike vinkler (kommunenes perspektiv, brukernes perspektiv etc etc). Må finne ut av dette.
- Det savnes et sterkere fokus på spesialisthelsetjenestens rolle i reformen. Bør departementet være tydeligere på hva som forventes av spesialisthelsetjenesten?
Petter Øgar: jobben fremover er å internalisere reformen i utøvende ledd. Dette er et utfordrende arbeid som man må ta tak i fra ulikt hold.
- Det oppleves som en utfordring å kople fastlegene på reformen. Hvordan kan man gjøre det på en god måte? Ny forskrift gir nye muligheter, men ingen avtaler er reforhandlet etter at man fikk ny forskrift. Det etterlyses videre gode eksempler. Tor Åm orienterte kort om en modell/overordnet avtale i Trondheim kommune som forplikter fastlegene på en ny måte.
Maren Skaset: Mye kan gjøres innenfor eksisterende avtaler. Avtalene trenger ikke reforhandles.
KS har satt i gang et FoU-arbeid for å se på fastlegene sin rolle i forbindelse med reformen.
Oppfølgingspunkt: KS jobber videre med denne saken.
Tor Arne Gangsø: "Trondheims-modellen" bør spres

- Vedr nytt prioriteringsutvalg – forskning peker på at tilbudet i stor grad styrer utviklingen av tjenestene. Dette bør man se på i arbeidet med ny prioriterings-NOU.

Foreløpig analyse av utgiftene til kommunal medfinansiering i 2012

Petter Øgar innledet.

Olav Valen Slåttebrekk fra Helsedirektoratet presenterte en foreløpig analyse av utgiftene til kommunal medfinansiering i 2012.

Trond Hjelmervik-Hansen fra KS presenterte SØF-rapporten. Rapporten ser på forskjellen i bruk av spesialisthelsetjenester langs variablene: helseforetak kommunene er tilknyttet, reiseavstand til nærmeste sykehus og refusjoner til avtalespesialister (se vedlegg).

Diskusjonen i etterkant av presentasjonene fokuserte på:

- 1) Dette handler om samspillet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Gode løsninger forutsetter at begge parter går analytisk og løsningsmessig inn i forhold som påvirker bruken av spesialisthelsetjenesten. . Hvordan endrer vi praksis og holdninger hos personer/organisasjoner? Dette er et langsiktig arbeid.
- 2) SØF-rapporten sier lite/ingenting om variabler knyttet til kommunene.

Videre arbeid knyttet til økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen, innen psykisk helse og rus

Det blir ingen innføring av kmf for rus/psyk fra 1/1-2014 (jf Kommuneprp). Men målet er at det innføres på sikt. Det jobbes i departementet med det faglige – for eksempel: hva er en utskrivningsklar pasient? Samt økonomiske utredninger. Videre ses det på hvorvidt ø-hjelpsplikten også skal gjelde innenfor dette feltet. KS presiserte at de ønsker innføring av dette, men at man må få en modell som fungerer i praksis.

Oppfølging av sak vedr øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Hege Basmo og Tor Arne Gangsø (KS) presenterte saken. Veilederen er klar på at kommunene er ansvarlige for ø-hjelpstilbudet. Allikevel oppleves det som at spesialisthelsetjenesten har tatt definisjonsmakten på hva som regnes som et forsvarlig tilbud. RHFene har delegert ansvaret til HFene, men opplevelsen er et RHFene sitter i kulissene og styrer. Kommunene er ansvarlige, men spesialisthelsetjenesten kan påvirke. Dersom man ikke kommer til enighet, kan man melde saken inn for tvisteløsningsnemda. Dette handler om likverdighet mellom kommuner og spesialisthelsetjenester, men det er utfordrende å synkronisere omstillingsprosesser. Sykehusene må ta inn over seg at de har en viktig og tung rolle i samhandlingsreformen. Det kan virke som om

spesialisthelsetjenesten ikke helt har forstått at ø-hjelp døgntilbud ikke er spesialisthelsetjeneste, men kommunehelsetjeneste

Orientering om departementets arbeid med rundskriv om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene

Kari Sønderland i HOD orienterte om dette arbeidet. Rundskrivet kommer før sommeren (dvs rundt 1. juli).

Evalueringsav koordineringsgruppen

- Det ble besluttet at man fremover tar sikte på 2 møter pr semester.
- Dep. råd i HOD inviterer dep. rådene i de andre departementene til en diskusjon om videre deltagelse i møtene. Ett alternativ er å invitere FAD og KD hvis det er saker som vedrører dem
- HFene er ikke representert.
- RHFene har kun en representant. All den tid man forventer sterkere bidrag fra spesialisthelsetjenesten, bør man diskutere dette.
 - o *Oppfølging: HOD tar dette internt. Følger opp i dialog med KS*
- Det er ønskelig med litt mer tid til diskusjon. Slik dagsorden er nå, blir det mye 10-minutters saker – dette er ofte for kort
- KS spilte inn at de på høstens møter ønsker følgende saker på dagsorden:
 - o Rus/psyk – gå dypere inn i dette
 - o Oppsummering av hvert enkelt virkemiddel i reformen

SØF-rapport 01/13:

«Kommunal medfinansiering av sykehustjenester:
Betydningen av helseforetak, avstand og private
avtalespesialister» av Lars-Erik Borge og Ole Henning Nyhus

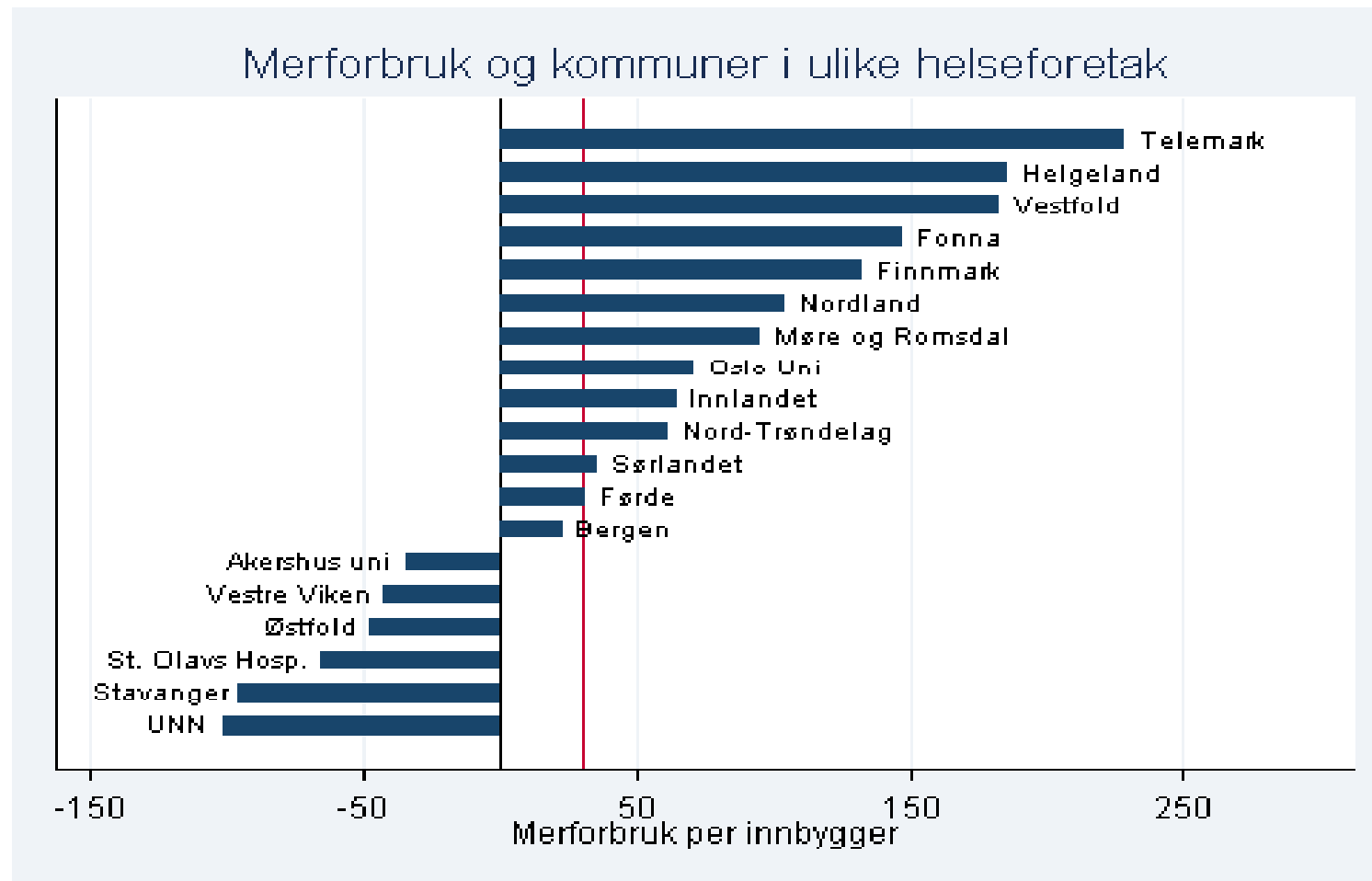
PROBLEMSTILLINGER

- Er det systematikk i merforbruket knyttet til
 - ✓ helseforetak?
 - ✓ reiseavstand?
 - ✓ private avtalespesialister?
- Er sammenhengene stabile over tid?
- SØF-rapport 01/13: «Kommunal medfinansiering av sykehustjenester: Betydningen av helseforetak, avstand og private avtalespesialister», Lars-Erik Borge og Ole Henning Nyhus

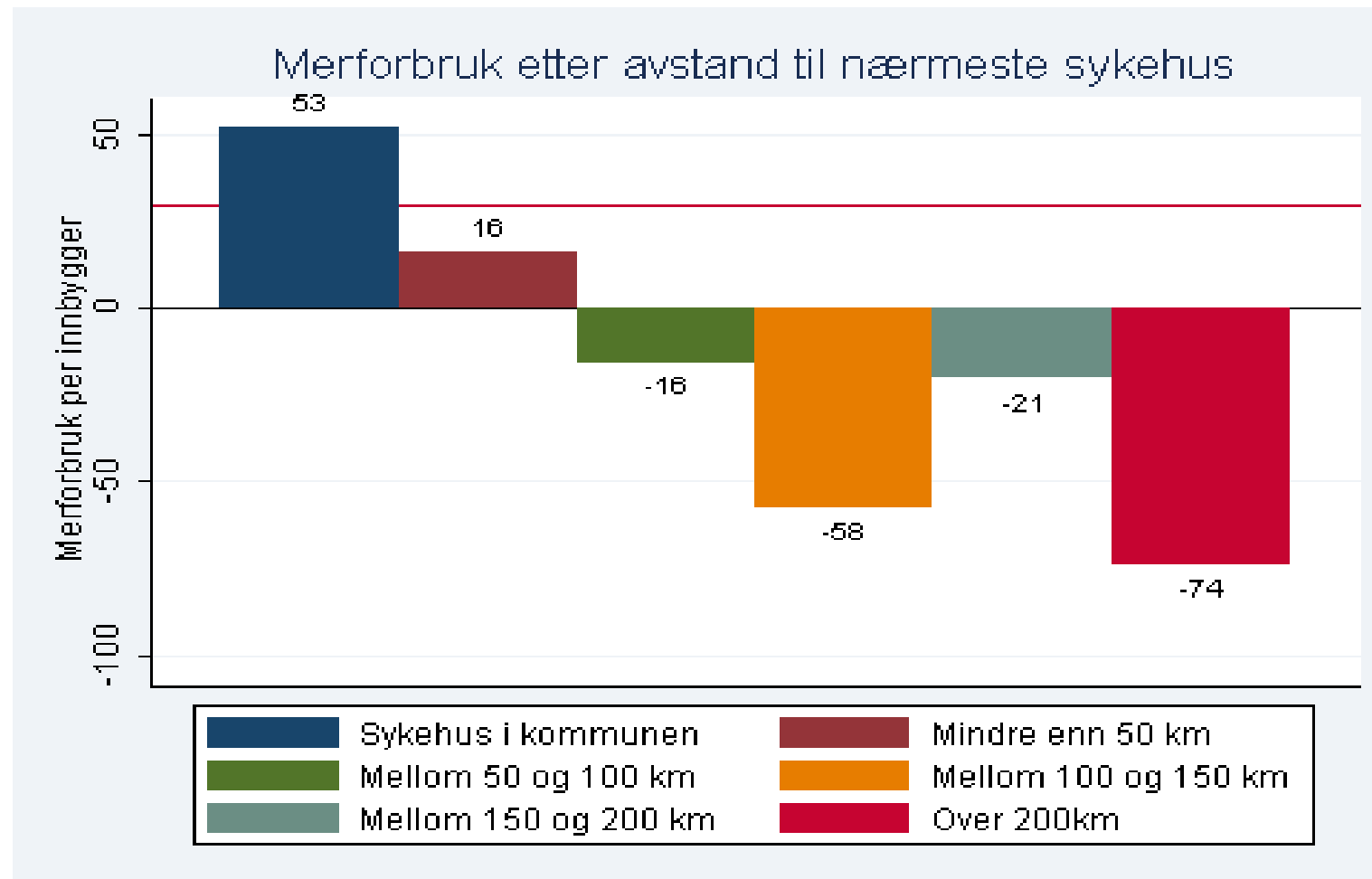
Definisjon av merforbruk per innbygger

- $$\frac{(\text{Beregnet kostnad} - \text{rammetilskudd})}{\text{Antall innbyggere}}$$

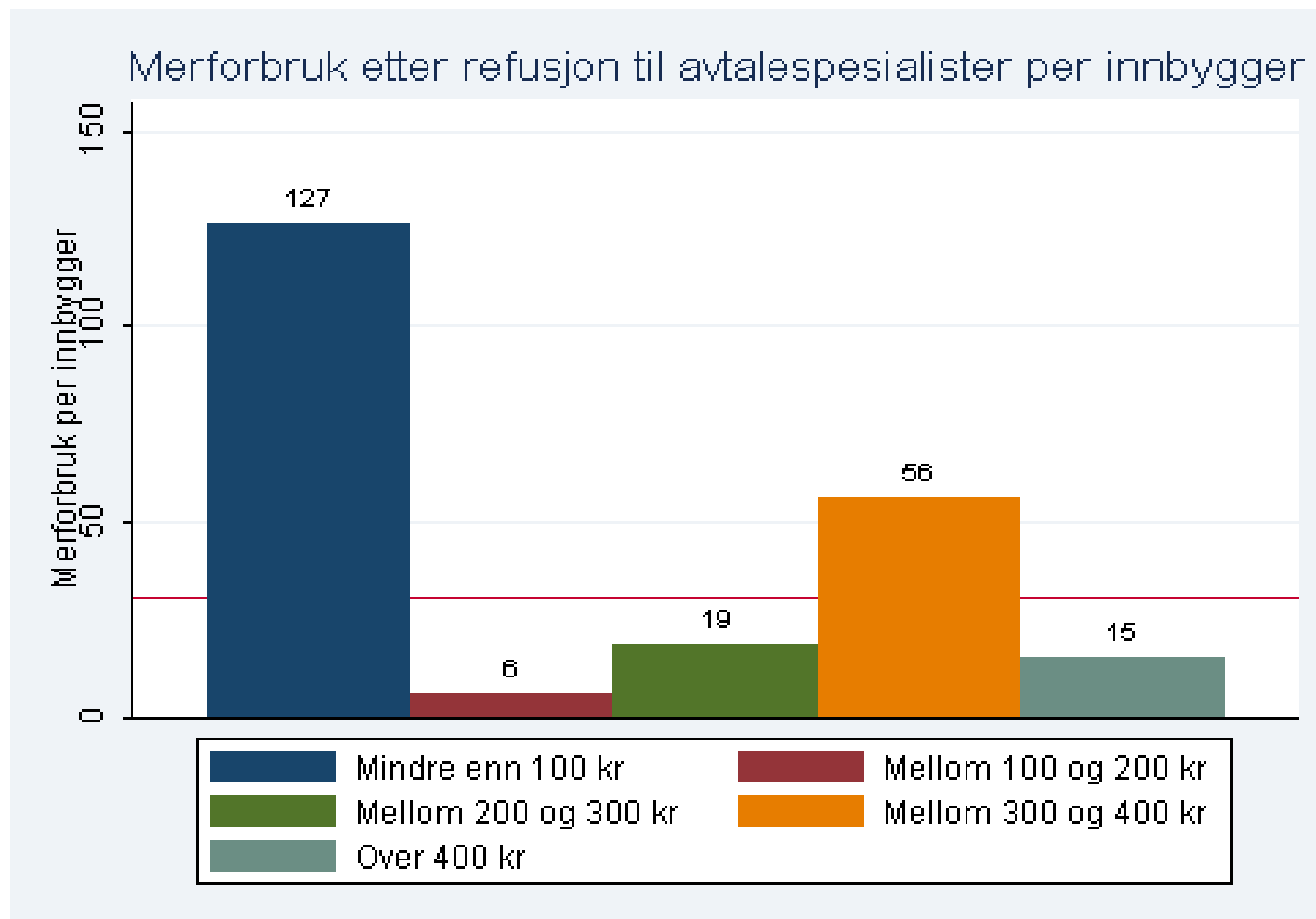
HELSEFORETAK



AVSTAND TIL SYKEHUS



PRIVATE AVTALESPEKIALISTER



Tabell 1.1: Regresjoner med merforbruk per innbygger i 2012 som avhengig variabel, OLS

	(1)	(2)
Forklaringsvariabler		
Forskjell i avstand fra sykehus på 50 km	-48***	-31**
Refusjon til private avtalespesialister per innbygger	-0,219	-0,16
Antall sykehussenger per 10.000 innbyggere i helseforetaket		11*
Antall årsverk per 10.000 innbyggere i helseforetaket		-0,50
Økning i gjennomsnittlig ventetid på én uke		-31**
Helseforetak (referansegruppe=Innlandet)		
Østfold	-58	
Akershus Universitetssykehus	-71**	
Oslo Universitetssykehus	53	
Vestre Viken	-84***	
Vestfold	138***	
Telemark1	26***	
Sørlandet	-18	
Stavanger	-191***	
Fonna	66***	
Bergen	-27	
Førde	-32**	
Møre og Romsdal	-13	
St. Olavs Hospital	-184***	
Nord-Trøndelag	110***	
Helgeland	193***	
Nordland	123***	
Univ.sykehuset i Nord-Norge	-124***	
Finnmark	222***	
Konstantledd inkludert	Ja	Ja
Dummy for helseforetak med mye forskning inkludert	Nei	Ja
Observasjoner	429	429
R2	0,313	0,190

Standardfeil er klustret på helseforetak. ***, ** og * indikerer statistisk utsagnskraftig effekt på henholdsvis 1, 5 og 10 prosent nivå. Dummyvariabelen som er inkludert i modell (2) er lik 1 for helseforetakene Oslo Universitetssykehus, Helse Bergen, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge.

BEHANDLINGSKAPASITET

- Er forskjellene mellom helseforetak et resultat av forskjeller i behandlingsskapasitet
- Indikatorer for behandlingsskapasitet
 - ✓ Antall senger per 10.000 innbyggere
 - ✓ Antall årsverk per 10.000 innbyggere
 - ✓ Ventetid

KVANTITATIVE EFFEKTER (2012)

- En reduksjon i gjennomsnittlig ventetid med en uke øker merforbruket med 31 kroner per innbygger
- En økning i antall senger på 10 per 10.000 innbygger øker merforbruket med 110 kroner per innbygger
- En reduksjon i reiseavstanden med 50 kilometer øker merforbruket med 31 kroner per innbygger

OPPSUMMERING

- Betydelige variasjoner i merforbruk avhengig av hvilket helseforetak kommunen er knyttet til
- Merforbruket har sammenheng med behandlingskapasitet (antall senger, ventetid)
- Tendens til at kommuner med kort avstand til nærmeste sykehus har høyt merforbruk
- Effektene synes å være stabile over tid

IMPLIKASJONER FOR DELKOSTNADSNØKKELEN I

- Kommuner med kort reiseavstand og kommuner knyttet til helseforetak med høy behandlingskapasitet får dårligere forutsetninger for det øvrige kommunale tjenestetilbudet
- Hensynet til likeverdig tjenestetilbud tilsier kompensasjon for kort reiseavstand, kort ventetid og et høyt antall senger

IMPLIKASJONER FOR DELKOSTNADSNØKKELEN II

- Innebærer at det innføres kriterier som kan påvirkes av helseforetakene
- Men vil ikke påvirke helseforetakenes prioriteringer siden de nye kriteriene bare inngår i finansieringen av kommunene
- Men samhandlingsreformen legger opp til tettere samarbeid mellom kommuner og helseforetak