



Finansieringsmodeller i kommunehelsetjenesten

1. Innledning og bakgrunn

Kommunehelsetjenesten (ofte kalt helse- og omsorgstjenesten i kommunene) står for om lag halvparten av den samlede helsetjenesten i Norgeⁱ. Når en ser på forskningsinnsatsen, så har imidlertid den vært rettet inn mot spesialisthelsetjenestenⁱⁱ.

Spesialisthelsetjenesten har de siste tiårene hatt betydelige innslag av aktivitets- eller incentivbasert finansiering. For somatiske tjenester finansieres om lag 50% som rammebevilgning og 50% som innsatsstyrt finansiering (ISF).ⁱⁱⁱ

Kommunehelsetjenesten finansieres, på linje med de andre kommunale tjenestene, hovedsakelig gjennom rammetilskudd fra staten. I inntektssystemet inngår en rekke objektive kriterier som kompenserer for ulik kostnadsstruktur. I kostnadsnøkkelen for pleie og omsorg inngår innbyggere i ulike aldersgrupper, antall personer med utviklingshemming, antall enslige eldre, dødelighet, samt geografi. I kostnadsnøkkel for helse inngår innbyggere fordelt på aldersgrupper, dødelighet og geografi^{iv}.

Kommunehelsetjenesten har i dag mange ulike tilknytningsformer for tjenesteutøvere, og mange ulike finansieringsmodeller. Noen beskrivelser som kan illustrere dette:

• Legetjeneste: Allmennlegetjenesten er i hovedsak organisert med fastleger som er selvstendig næringsdrivende, og som mottar basistilskudd per listepasient fra kommunen (rammefinansiering), samt egenandeler fra pasienter og refusjoner fra staten (HELFO) (aktivitetsbasert finansiering). En økende andel kommuner (særlig kommuner med lavt folketall i utkant-Norge) går nå over til fastlønn på grunn av en vanskelig rekrutteringssituasjon ^v .
• Legevakt: Legevakslege er som hovedregel selvstendig næringsdrivende på dag og ettermiddag, og har fastlønn på natt. Mange kommuner velger også her å gi legene fastlønn for hele vekten. Egenandeler og refusjoner tilfaller da kommunen.
• Helsestasjon/skolehelsetjeneste: Er organisert og finansiert av kommunen. Som en del av en statlig satsing på tjenesten har en fått en økning i rammetilskudd til kommunene, men det er ikke gitt som øremerket tilskudd. Eneste innslag av aktivitetsbasert finansiering er HELFO-refusjon til jordmortjeneste (som tilfaller kommunen).
• Hjemmetjenester: Er organisert og finansiert av kommunen. Brukere betaler egenandel for praktisk bistand, mens helsetjenester i hjemmet er gratis. Der sykepleier utfører tjenester som normalt gjøres på legekantor (eks. blodprøvetaking eller sårskift), så utløser det ikke rett til å ta en egenandel fra pasient eller få refusjon fra HELFO.
• Bolig med heldøgns pleie- og omsorgstjeneste: Er organisert av kommunen, noen ganger i samarbeid med private boligstiftelser eller borettslag. Bruker betaler husleie, og har rett til bostøtte. Bruker mottar tjenester fra fastlege, og får hjemmesykepleie/praktisk bistand etter enkeltvedtak.
• Sykehjem: Er organisert og finansiert fra kommunen. Bruker betaler vederlag utfra inntekt, men det utgjør en liten andel av samlet kostnad. Kommuner kjøper noen institusjonsplasser fra ideelle og kommersielle aktører, det utgjør per i dag 5,5% av alle plasser ^{vi} .

I tillegg til dette så gis det en rekke øremerkede tilskudd. Det største er tilskudd til særlig ressurskrevende tjenester, der kommuner får refundert 80 prosent av lønnsutgifter utover 1,36 mill kroner for en enkeltbruker^{vii}. Andre øremerkede tilskudd gis til kompetanseheving, rekruttering, og til andre prioriterte innsatsområder.

I forbindelse med konkurranseutsetting av omsorgstjenester, så har KS, NHO og Virke utarbeidet modeller for beregning av enhets-kostnader for praktisk bistand, hjemmesykepleie og sykehjem^{viii}.



Regjeringen gjennomfører en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenester (2016-2022). De seks forsøkskommunene har blant annet testet ut ulike modeller for aktivitetsbasert finansiering, og gjort foreløpige evalueringer av disse^{ix}.

Hvordan kommunene fordeler tildelt ramme videre til kommunehelsetjenesten og de øvrige sektorene varierer mye. Dette er naturlig, gitt at kommunalt selvstyre ses som et grunnleggende prinsipp, jfr både Grunnlovens §49, og §2 i den nye kommuneloven. Foreløpige nettsøk tyder på at det i svært mange kommuner er utviklet ressursfordelingsmodeller på skole, mens det ikke i samme grad er utviklet innenfor hjemmetjenester og institusjoner.

Det synes derfor å være behov for mer kunnskap både om hvordan den interne ressursfordelingen skjer innad i kommunene, om hvilke ressursfordelingsmodeller som er utviklet, hvilke modeller som kan være egnet, og eventuelt hvilke effekter de har, på viktige mål som effektivitet, faglig utvikling, og tilpasning av faglig forsvarlige tjenester til brukernes behov.

En modell for finansiering eller ressursfordeling kan ha både et deskriptivt og et normativt element. Den deskriptive delen tar normalt utgangspunkt i en analyse av ressursbruk eller kostnader i et gitt basisår (eller en periode). Gjennom statistiske analyser søker en å finne enhetskostnader for ulike «produkter», eksempelvis hva en langtidsplass på sykehjem koster per år. Der det er vanskelig å definere ett enhetlig «produkt», så benyttes mer avanserte statistiske metoder for å identifisere ulike kostnadsdrivere. Eksempelvis har Bodø kommune utviklet en modell for ressurstildeling i hjemmesykepleien, ved hjelp av DEA-analyse (Data Envelopment Analysis). En har der identifisert tre elementer: antall brukere, antall tildelte timer, og antall besøk hos bruker, som brukes som grunnlag for ressurstildeling.

Det normative elementet kommer hvis en ressursfordelingsmodell brukes aktivt for å oppnå gitte mål. Det kan skje både gjennom å legge inn egne elementer i modellen uten at de er begrunnet i analyse av kostnader, eller ved at en «veker opp» et element i modellen mer enn det analyse av kostnader tilsier. Et eksempel på dette er når det i 2019 ble innført egen takst for fastleger som skulle stimulere til økt samhandling med spesialisthelsetjenesten^x.

2. Mål for kvalifiseringsprosjektet

Målet for kvalifiseringsprosjektet er avklare om innovasjonen (utvikling av egnede ressursfordelingsmodeller for kommunehelsetjenesten) kan videreføres som et forskningsdrevet innovasjonsprosjekt (hovedprosjekt) innenfor ordningen Offentlig sektor ph.d fra Forskningsrådet.

Mål og delmål

Overordnet mål: Utvikle ressursfordelingsmodeller for kommunene som bidrar til å styre helse- og omsorgstjenesten i bærekraftig retning

Delmål i kvalifiseringsprosjektet:

- DM1: Kartlegge og knytte kontakter til fagmiljø i landsdelen og i landet som kan være med å utforske problemstillingen.
- DM2: Kartlegge og knytte kontakter til kommuner som har innført ressursfordelingsmodeller.
- DM3: Avklare om innovasjonen kan videreføres som et forskningsdrevet innovasjonsprosjekt, med fokus på å utvikle ny kunnskap om hensiktsmessighet i bruk av ressursfordelingsmodeller for helse- og omsorgstjenesten internt i kommunene.

Forsknings- og utviklingsutfordringer, spørsmål og metode

Forskningsspørsmål: I hvilken grad kan ressursfordelingsmodeller internt i kommunene bidra til å styre helse- og omsorgstjenesten i bærekraftig retning?



Ap1: Kartlegge kompetansemiljø

DM1: Kartlegge og knytte kontakter til fagmiljø i landsdelen og i landet som kan være med å utforske problemstillingen.

F1.1: I hvilken grad er det gjort forskning på interne ressursfordelingsmodeller innenfor kommunehelsetjenesten?

M1.1: Søk i relevante forskningsdatabaser.

M1.2: Strukturert telefonintervju med fagpersoner.

Ap2: Kartlegge i kommunene

DM2: Kartlegge og knytte kontakter til kommuner som har innført ressursfordelingsmodeller.

F2.1: Hvilke kommuner har innført interne ressursfordelingsmodeller?

F2.2: Erfaringene fra kommuner som har vært med i forsøk med statlig finansiering, hvordan samsvarer de med kommuner som ikke deltar i forsøket?

F2.3: Er det eksempler på at mangfoldet i finansierings-modeller innen kommune-helsetjenesten er til hinder for en bærekraftig utvikling av tjenesten?

M2.1: Generelt nettsøk, samt søk i relevante baser (SSB KOSTRA, folkehelse statistikkbank, kommune-barometeret, mv).

M2.2: Strukturert telefonintervju med fagpersoner i større nordnorske kommuner.

M2.3: Strukturert telefonintervju med fagpersoner i KS og i større konsulentselskaper som jobber opp mot kommunene.

Ap3: Utarbeide problemstilling til hovedprosjekt

DM3: Avklare om innovasjonen kan videreføres som et forskningsdrevet innovasjonsprosjekt, med fokus på å utvikle ny kunnskap om hensiktsmessighet i bruk av ressursfordelingsmodeller for helse- og omsorgstjenesten internt i kommunene.

F3.1: Hva er grunnlaget for at ressursfordelingsmodell skal utvikles til et forskningsdrevet innovasjonsprosjekt?

M3.1: Utvikle og teste ut pilotmodell i noen få kommuner.

M3.2: Workshop med forskningsmiljø (jfr DM1) og representanter fra kommuner (jfr DM2).

Innovasjonspotensial

Det er stort fokus både fra statlige myndigheter og fra samfunnet generelt på at kommunene må effektivisere sin tjenesteproduksjon^{xi}. Det har resultert i Avbyråkratiserings- og effektiviserings-reformen, der offentlige virksomheter gjennom budsjett pålegges en årlig effektivisering på 0,5%^{xii}.

Samtidig stilles det krav til faglig utvikling av tjenestene, og tilpasning av tjenestene til nye brukergrupper og nye behov^{xiii}.

En viktig innovasjon vil være å få fram ny kunnskap om interne ressursfordelingsmodeller kan bidra til effektivisering, utvikling og tilpasning av tjenesten, i hvilken grad finansieringsmodeller styrer adferd, og hvordan de eventuelt må utformes for å gi ønskede effekter.

Forskningsetikk

Prosjektet vil følge forskningsetiske retningslinjer fra Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, NESH.



3. Prosjektorganisering

Prosjektleder og prosjektgruppen

Solrun Holm, Ph.D, og leder av fagutviklingsavdelingen i Vestvågøy kommune, vil være prosjektleder for kompetanseprosjektet. Cand.polit i helseøkonomi Villy Angelsen vil være prosjektmedarbeider. Han har 25 års erfaring fra kommunesektoren, knyttet til økonomi, styring, analyse og omstilling.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), tilknyttet Institutt for Samfunnsmedisin, Helsefaglig fakultet, UiT Norges arktiske universitet, er partner i kompetanseprosjektet. Forskningsleder Birgit Abelsen er kontaktperson. Kommuneoverlege i Vestvågøy og forsker ved NSDM, Eva Muriel Kibsgaard Nordberg, vil også være en viktige bidragsyter.

Ledergruppen i sektor Helse- og omsorg i Vestvågøy kommune vil bli brukt som referansegruppe både i kompetanseprosjektet og hovedprosjektet. Dette for å sikre forankring av problemstillinger, og formidling av resultater tilbake til praksisfeltet.

Budsjett og milepæler

Arbeidspakker	K3/20	K4/20	K1/21	K2/21	Ansvarlig	Kostnader kr.
Ap1: Kartlegge kompetansemiljø					SH	
F11: Forskning på modeller	M1.1	M1.2			VA	100.000,-
Ap2: Kartlegge i kommunene					SH	
F2.1: Bruk av modeller	M2.1	M2.2	M2.3		VA	100.000,-
F2.2: Forsøk statlig finansiering		M2.2	M2.3		VA	25.000,-
F2.3: Hindringer for utvikling		M2.1	M2.2		VA	50.000,-
Ap3: Problemstilling til hovedprosjekt					SH	
F3.1: Videreføre innovasjon			M3.1	M3.2	VA	225.000,-
SUM						500.000,-

4. Effekter og realisering

Virkninger og effekter

FN's bærekraftsmål nr 3 lyder: «God helse og livskvalitet - Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder». En effektiv og målrettet bruk av ressursene i kommunehelsetjenesten er viktig i denne sammenheng.

Kompetanseprosjektet vil kunne økt regional verdiskaping for offentlig sektor gjennom:

- Å kartlegge hvordan ressursfordelingsmodeller kan bidra til å nå mål knyttet til tilpassede tjenester, økt kvalitet, og reduserte kostnader for offentlige aktører.
- Resultatene vil bli formidlet og kan testes ut i Vestvågøy kommune, gjennom tett tilknytning til ledere og fagpersoner i tjenesten.
- Vestvågøy kommune er en relativt stor kommune i nord-norsk målestokk, og resultatene bør derfor være overførbare til andre kommuner i landsdelen.



Formidling av resultatene

Resultatene vil bli formidlet i ulike fora i Vestvågøy kommune, hos samarbeidspartner NSDM, samt i arenaer for kommunene i regionen (gjern i regi av KS eller Fylkesmannen).

Videreføring som FoU-prosjekt

Det er et klart mål i kompetanseprosjektet å utvikle et hovedprosjekt, som grunnlag for søknad om offentlig sektor ph.d til Forskningsrådet. Dette er godt forankret i kommunens administrative ledelse.

Prosjektleder har et bredt kontaktnett i kommunene i regionen, og vil bruke dette aktivt både i kompetanseprosjektet, og i utvikling av hovedprosjekt.

5. Referanser

Referanser er oppgitt i sluttnotene nedenfor:

ⁱ SSB. Brutto driftsutgifter i kommunehelsetjenesten (tab.12362) 150,4 mrd kroner, driftskostnader inkl avskrivning i spesialisthelsetjenesten (tab. 06464) 153,1 mrd kroner (2019-tall).

ⁱⁱ Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). (2019). Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet. <https://www.ks.no/globalassets/KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf>

ⁱⁱⁱ Helsedirektoratet: <https://nyemetoder.no/om-systemet/finansiering-i-spesialisthelsetjenesten->

^{iv} Finansdepartementet: Kap 16: Delkostnadsnøkklene i kostnadsnøkkelen for kommunene: <https://www.statsbudsjettet.no/Revidert-budsjett-2010/Dokumenter/html/Prop-124-S/Del-4-Endringer-i-inntektssystemet-for-kommunene/16-Delkostnadsnøkklene-i-kostnadsnøkkelen-for-kommunene/>

^v Dagens medisin: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/03/01/kommunene-punger-ut-med-fastlonn-for-a-redde-leggedekningen/>

^{vi} SSB Kostra.

^{vii} For beskrivelse av ordningen se Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester>

^{viii} KS: Arbeidshefte og modeller for beregning av enhetskostnader: <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/kvalitetsutvikling/hva-koster-pleie--og-omsorgstjenestene/>

^{ix} Helsedirektoratet: Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester>

^x Helse- og omsorgsdepartementet: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fastlegeordningen-styrkes-med-180-millioner-kroner/id2661712/>

^{xi} Senter for økonomisk forskning (SØF) beregninger for effektiviteten i de kommunale tjenestene: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunedata/effektivitetsanalyse/id2520379/>

^{xii} Finansdepartementet: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-gul-bok-20182019/id2613810/sec8>

^{xiii} Kvalitetsreformen «Leve hele livet»: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> og Handlingsplan for allmennlegetjenesten: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/>