

Samhandlingsreformen – økonomisk risiko

Samhandlingsreformen har stor betydning for kommunene, både økonomisk og med hensyn til organisering av kommunehelsetjenesten. Det er derfor viktig at kontrollutvalg og revisor følger opp de oppgaver og utfordringer reformen innebærer for den enkelte kommune.

AV SENIORRÅDGIVER KNUT ERIK LIE OG
DAGLIG LEDER OLE KRISTIAN ROGNDOKKEN, NKRIF



1. Kort om samhandlingsreformen

Hovedutfordringene samhandlingsreformen skal møte er knyttet til den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet, samhandlingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten og behovet for forebygging av sykdom. Her gis en kort omtale av de ulike oppgaver/ansvar som følger med reformen.

1.1 Kommunal medfinansiering

Fra 2012 er kommunene ansvarlig for å finansiere pasientbehandlingen i sykehusene. Kommunenes medfinansiering gjelder somatisk behandling. Sykehusene finansieres gjennom en basisbevilgning på 60 % og en aktivitetsbasert finansiering på 40 % (innsatsstyrt finansiering – ISF). Fra 2012 er den statlige finansieringen gjennom innsatsstyrt finansiering redusert til 20 %, mens de resterende 20 % skal dekkes av kommunal medfinansiering. Kommunal medfinansiering og innsatsstyrt finansiering baserer seg på samme system, DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper), slik at den samlede finansieringen er uendret for sykehusene. Kommunene har i 2012 fått overført ca. 5 milliarder kroner for å finansiere medfinansieringsansvaret.

Oppgjøret foregår ved at kommunene betaler sin andel til det regionale helseforetaket (RHF) i sin region. Kommunene betaler a konto hver måned. A konto-beløpene er fastsatt av Helsedirektoratet. Hvert tertial foretas en avregning mot faktisk forbruk. Eventuelt justeres også a

konto-beløpene. Det gjennomføres i tillegg en årsavregning. Beregningen av hva den enkelte kommune skal betale foretas på bakgrunn av sykehusenes rapportering til Norsk pasientregister og gjøres av Helsedirektoratet. Foreløpige tall tyder på at a konto-beløpene stemmer rimelig bra med faktisk aktivitet i sykehusene totalt sett, men at det kan være store forskjeller for enkeltkommuner.

1.2 Utskrivningsklare pasienter

Kommunene har ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra første dag. En pasient er utskrivningsklar når vedkommende oppholder seg i sykehus etter at sykehuset vurderer vedkommende som ferdigbehandlet og har sendt melding om dette til kommunehelsetjenesten. Dersom kommunen ikke kan ta i mot disse pasientene og gi de et tilbud i kommunehelsetjenesten, vil kommunen måtte betale kr 4000 per døgn de ligger på sykehuset etter at kommunen har fått melding om at pasienten er utskrivningsklar. I prinsippet velger kommunene selv om de vil la pasientene ligge på sykehus og betale for oppholdet eller finne løsninger lokalt. Tanken er at det er billigere og bedre for pasientene å etablere lokale løsninger. I 2012 har kommunene fått 560 millioner knyttet til dette ansvaret.

Kommunene betaler for sykehusopphold direkte til sitt lokale helseforetak (HF).

1.3 Øyeblikkelig hjelp

Fra 2016 er kommunene lovpålagt å bygge opp et tilbud



Figur 1 Pasientforløp

om døgnopphold ved behov for øyeblikkelig hjelp. Dette gjelder pasienter som har behov for rask behandling, men som det ikke er nødvendig å legge inn på sykehus. Bevilgningene til dette overføres gradvis til kommunene i perioden 2012 til 2015.

2. Nærmere om DRG-systemet og kommunal medfinansiering

Som nevnt ovenfor baserer den aktivitetsbaserte finansieringen av sykehusene (ISF og kommunal medfinansiering) seg på DRG-systemet. DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper) er en gruppering av pasientbehandling knyttet til den diagnose og faktiske behandling den enkelte pasient får.

DRG prøver å håndtere en kompleks virkelighet, hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle pasienter kan klassifiseres ved dette systemet. I stedet for antall opphold, brukes antall DRG-poeng som aktivitetsmål. Alle pasientopphold og polikliniske behandlinger blir plassert i en DRG. Hver DRG har en poengverdi som gir et uttrykk for den relative kostnaden til aktuelle behandlingen (kostnadsvekt). For eksempel tilsvarer et opphold med levertransplantasjon 34 poeng, og et opphold med dialysebehandling tilsvarer 0,1.

Grunnlaget for gruppering av et pasientopphold eller poliklinisk behandling til en DRG er de data som registreres om pasientene i sykehusenes pasientadministrative data-system. De sentrale variablene for DRG-klassifisering er:

- Diagnoser
- Prosedyrer (operasjoner med mer.)
- Kjønn
- Alder
- Utskrivningsstatus

Det skilles mellom medisinske og kirurgiske DRGer og mellom kompliserte og ukompliserte DRGer. Det er også utviklet DRGer som kun er ment for polikliniske pasienter. Gruppering til DRG skjer ved hjelp av et dataprogram.

Sykehusene kan derfor ikke selv "velge" en DRG. Korrekt koding er følgelig en forutsetning for korrekt oppgjør.

Sykehusenes samlede aktivitetsbaserte finansiering er uendret som følge av innføringen av kommunal medfinansiering.

3. Risikoområder

Det kan identifiseres en rekke risikoområder knyttet til samhandlingsreformen. Dette er ikke ment som en fullstendig gjennomgang, men nevner noen områder knyttet til økonomi og regnskap. Vi viser for øvrig til Annette Gohn-Hellums artikkel «Samhandlingsreformen – utfordringer og risiko» i Kommunerevisoren nr. 3/2012.

Et pasientforløp består som skissert i figur 1 over, i grove trekk av at en pasient blir lagt inn eller henvist fra fastlegen eller annen lege i kommunehelsetjenesten (f.eks. legevakt eller ansvarlig lege på sykehjem). Pasienten gjennomgår deretter de nødvendige undersøkelser og behandling på sykehuset. Etter at pasienten er ferdig behandlet blir han eller hun enten skrevet ut og sendt hjem eller, dersom det er behov for fortsatt bistand av kommunehelsetjenesten, vurdert som utskrivningsklar og melding blir sendt til hjemkommunen. Ansvar for pasienten overtas da av kommunen som enten gir et tilbud i regi av kommunehelsetjenesten eller må betale for at pasienten blir liggende på sykehuset inntil videre.

Som følge av samhandlingsreformen er kommunen inne i alle ledd i et pasientforløp. Kommunen har ansvar for primærhelsetjenesten, herunder legevakt og avtaler med fastlegene. Kommunal medfinansiering innebærer at sykehusbehandlingen har økonomiske konsekvenser for kommunen og ansvaret for utskrivningsklare pasienter gir kommunen fullt ansvar for pasienter som er ferdig behandlet av spesialisthelsetjenesten.

3.1 Kommunal medfinansiering

Som redegjort for ovenfor baseres kommunal medfinansiering på sykehusenes koding av pasientbehandlingen. Feil i kodingen innebærer dermed også at kommunens

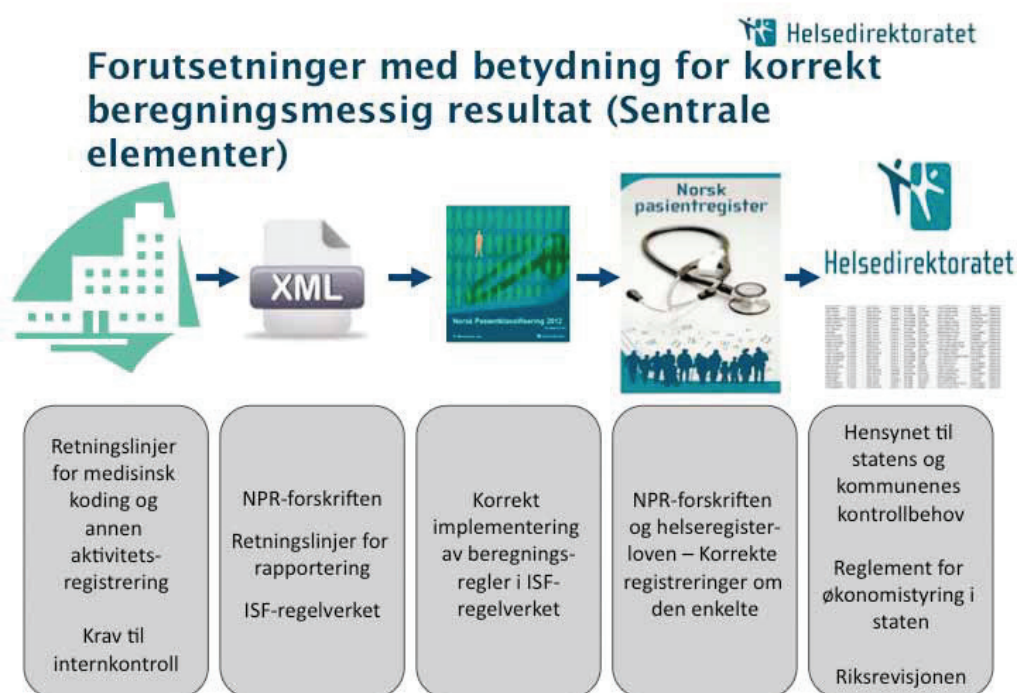


betaling blir feil. Medisinsk koding er komplisert, og kommunene kan i liten grad selv føre kontroll med at kodingen er korrekt. Korrekt koding vil i stor grad måtte sikres gjennom opplæring og intern kontroll på sykehusene. Undersøkelser gjennomført av internrevisjonen ved helseforetakene viser at det i ca. 80 % av tilfellene er samsvar mellom kodingen og journaldokumentasjonen. Avviket på ca. 20 % har ulike årsaker. Det kan tenkes at kommunene kan «pushe på» sykehusene på dette feltet. I stor grad må nok kommunene likevel basere seg på det kontrollsystemet som er etablert på nasjonalt plan gjennom ISF-ordningen.

Oppgjørsordningen for kommunal medfinansiering er basert på en månedlig akonto-betaling med tertialvise oppgjør og et årsoppgjør. Det må regnskapsføres et anslått beløp på hva oppgjøret vil bli. I prinsippet kan det tenkes at anslaget baseres på akonto-betalningene, men mer sannsynlig er at beste estimat vil være å basere anslaget på foreløpige aktivitetstall som vil foreligge medio januar¹.

3.2 Innleggelse på sykehus

Vel så stor betydning for kommunens økonomiske ansvar som korrekt koding, har den behandling mv. som syke-



Figur 2 Fra aktivitet til finansieringsbeløp

Figur 2 viser de ulike leddene i forløpet fra koding av pasientbehandlingen til den kommunale medfinansieringen er fastsatt. I tillegg til intern kontroll i sykehusene og systemkontroller knyttet til bruken av DRG-gruppering og ISF-beregninger, foretas det visse logiske kontroller mv. av Norsk pasientregister (NPR). I tillegg er det et avregningsutvalg som bistår Helsedirektoratet i medisinsk-faglige spørsmål knyttet til registrering og kvalitetskontroll av medisinske data ved sykehusene. Kommunesektoren er representert i dette utvalget gjennom KS.

I tillegg til korrekt medisinsk koding, er det sentralt at det er riktig kommune som betaler. Det skal være pasientens bostedskommune (bostedsadresse iht. folkeregisteret) på hendelsestidspunktet (dato for innleggelse eller poliklinisk behandling) som bestemmer kommunetilhørigheten. I møte med Helsedirektoratet ble det opplyst at NPR vil vaske dataene i pasientregisteret mot folkeregisteret første gang i 2012.

husene utfører. Sykehusopphold som strengt tatt ikke er medisinsk nødvendig påfører kommunen unødvendige utgifter.

Risikoen for at sykehusopphold blir mer kostnadskrevende enn nødvendig kan reduseres gjennom standardisering av informasjon og kommunikasjon mellom innleggende lege og sykehuset. Får sykehuset all informasjon om pasienten som er nødvendig, eller må sykehuset gjennomføre egne kostnadskrevende undersøkelser? Er pasienten undersøkt tilstrekkelig av innleggende lege til å konstatere at pasienten trenger sykehusbehandling?

Samhandlingsavtalen mellom kommunen og helseforetaket vil normalt regulere partenes ansvar ved innleggelser. Videre er det av betydning at kommunene følger opp fastlegene. Fastlegeavtalene er et instrument i så måte.

En god meldingstjeneste er også et viktig element. Det

¹ Aktivitetstall publiseres månedlig på www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen

har vært en del oppslag i media om at kommuner har måttet anskaffe fax-maskiner for å kunne ta i mot meldinger om utskrivningsklare pasienter fra sykehusene fordi meldinger ikke kunne sendes mellom IT-systemene. Det antas at tilsvarende problematikk kan gjøre seg gjeldende i andre enden av pasientforløpet også.

3.3 Utskrivningsklare pasienter

Kommunenes betaling for utskrivningsklare pasienter er knyttet til at sykehuset gir melding til kommunen om at en pasient er utskrivningsklar, og at kommunen har gitt tilbakemelding om at den ikke kan ta imot pasienten. Sammenlignet med kommunal medfinansiering har kommunene dermed langt større grunnlag for å føre kontroll med at fakturaene fra sykehusene for utskrivningsklare pasienter er korrekte. I stor grad kan korrekt betaling sikres gjennom intern kontroll i kommunen ved at meldinger fra sykehusene registreres og at regningene kontrolleres opp mot kommunens registrering. Betalingssatsen er gitt nasjonalt, slik at det ikke skal være risiko knyttet til feil satsbruk.

Gode rutiner for meldingsutveksling mellom sykehus og kommunen styrker intern kontrollen på dette området. Jf. det som er nevnt ovenfor om bruk av fax-løsninger for slike meldinger.

Også i denne enden av pasientforløpet kan det ligge kostnadsdrivere som innebærer økonomisk risiko for kommunen. Det kan tenkes at det for ulike pasienter vil være forskjellig om det beste er å ta i mot pasienten eller la vedkommende ligge på sykehuset. Begge deler medfører kostnader for kommunen. Det er imidlertid slik at økonomiske hensyn og hensynet til pasientens beste ikke nødvendigvis går hånd i hånd. Tilstrekkelig informasjon til kommunen om pasienten i form av epikrise, sykepleierapport mv. er også viktig for at kommunen skal sette inn korrekt tjenestetilbud.

Samhandlingsreformen medfører store utfordringer for kommunen, og de kvartalsvise avregningene har også vist at det kan ha stor betydning for den enkelte kommune. Det er derfor viktig at kommunen får etablert gode rutiner for å redusere risiko for uønsket behandling og økte kostnader, og det vil derfor være et viktig område for kontrollutvalgets tilsynsvirksomhet.

Foreløpige tall tyder på at a konto-beløpene stemmer rimelig bra med faktisk aktivitet i sykehusene totalt sett, men at det kan være store forskjeller for enkeltkommuner.

LEDIG STILLING

Søk etter «QR-reader» i AppStore (iPhone/iPad) eller i Market (Android) på din smarttelefon eller lesebrett og last ned en gratis QR-leser.

Skann QR-koden og få ledige stillinger innen revisjon av og tilsyn med kommunal virksomhet direkte på din smarttelefon eller ditt lesebrett.



www.nkrf.no/stilling_ledig