



**Kommunal  
finansiering av  
utskrivningsklare  
pasienter.  
Erfaringer fra  
første året.**

*Terje P. Hagen  
David P. McArthur  
Trond Tjerbo*

*Institutt for helse og samfunn,  
Avdeling for helseledelse og  
helseøkonomi, HERO  
Universitetet i Oslo*

**UNIVERSITETET  
I OSLO**  
HELSEØKONOMISK  
FORSKNINGSPROGRAM  
Skriftserie 2013: 5

HERO

# **Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året.**

**Terje P. Hagen, David P. McArthur og Trond Tjerbo**

Institutt for helse og samfunn  
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Universitetet i Oslo

Korrespondanse rettes til: [t.p.hagen@medisin.uio.no](mailto:t.p.hagen@medisin.uio.no)

*1. september 2013*

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
HERO 2013**

© 2013 HERO og forfatterne - Gjengivelse av teksten er tillatt når kilde blir referert til.  
HERO - Health Economics Research Programme at the University of Oslo  
HERO programmet får økonomisk støtte fra Norges Forskningsråd.  
ISSN 1890-1735 (online), ISBN 978-82-7756-235-3

## Forord

Prosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner» har som hovedmålsetting å beskrive nye organisasjonsmodeller som utvikles for kommunal tjenesteyting og for samhandling mellom kommunene og spesialisthelse-tjenesten, og å studere effekter av disse modellene som kan avleses etter relativt kort tid (2-3 år). Prosjektet vil tilbakeføre informasjon til brukergruppene, i hovedsak statlige og kommunale beslutningstakere, slik at kunnskapen raskt kan benyttes til læring, korreksjon og videre innovasjon. Prosjektet er et samarbeid mellom Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED), Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Senter for omsorgsforskning, Østlandet ved Høgskolen i Gjøvik (HiG), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR).

Evalueringen er bygd over tre arbeidspakker som hver inneholder flere delprosjekter:

- Arbeidspakke A omfatter casestudier av modeller for tjenesteyting som er under utvikling i forhold til tre tilstander eller diagnosegrupper som har vært særlig fokusert i f m Samhandlingsreformen: "Øyeblikkelig hjelp"-tjenester, rehabilitering og forebyggende helsetjenester.
- Arbeidspakke B omfatter analyser av tre nye organisasjonsmodeller og rutiner som er under utvikling: 1) Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, 2) interkommunale samarbeidsordninger og 3) andre organisatoriske mekanismer og rutiner i samhandlingen mellom sykehus og kommunene.
- Arbeidspakke C omfatter analyser av korttidseffekter av de finansielle virkemidlene i Samhandlingsreformen, i første rekke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av innleggelser innen medisinske DRG-er.

Dette arbeidsnotatet inngår i Arbeidspakke C. Resultatene ble presentert på Helsekonferansen 2013 (<http://helsekonferansen.no/program/Sider/default.aspx>) og foreligger her i utskrevet versjon.

Oslo, 26.8.2013

Terje P. Hagen

# 1 Innledning

Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus ble innført som et ledd i Samhandlingsreformen fra 1. januar 2012 og innebærer at kommunene overtar det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. Som et ledd i reformen overførte staten rundt 560 millioner kroner fra sykehusene til kommunene slik at kommunene kunne etablere tilbud for disse pasientene. Kommunene betalte i 2012 4000 kroner per døgn for pasienter som ble definert som utskrivningsklare, men ikke utskrevet. I denne rapporten gir vi en foreløpig analyse av effektene av ordningen med kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter basert på data fra 2012. Problemstillingene som belyses er: 1) Hvilke effekter har ordningen med kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter hatt på antall liggedøgn ved sykehusene etter at pasienten er definert som utskrivningsklar? 2) Hvilke trekk ved kommunene bidrar til å forklare endringene i antall liggedøgn for pasienter som er definert som utskrivningsklare?

Det eksisterte også tidligere en betalingsordning for utskrivningsklare pasienter (Prop. 91 L (2010–2011)). I forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ble fylkeskommunene, senere de regionale helseforetakene, gitt mulighet til å kreve betaling av kommunene for pasienter som oppholdt seg i sykehus i påvente av kommunalt tilbud dersom det ikke forelå avtaler mellom helseforetakene og kommunene (Forskrift 16. desember 1998 nr. 1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter). Betaling kunne kreves fra 10 dager etter at kommunen var varslet om at pasienten var utskrivningsklar hvis ikke annet var avtalt. I praksis innebar ordningen at kommunene hadde svake økonomiske insentiver til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Det var imidlertid regionale variasjoner i kommunenes insentiver.

Ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter som ble implementert fra 1. januar 2012 er regulert i Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR 2011-11-18 nr 1115), kapittel 3 (§ 7-15). Hovedpunktene i forskriften er som følger:

- Når en pasient legges inn på sykehus, skal helsepersonellet på sykehuset gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset. Viser vurderingen at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning, skal sykehuset varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen. Dersom vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av sykehusoppholdet, skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at et slikt behov foreligger.

- Varselet skal inneholde informasjon om a) pasientens status, b) antatt forløp og c) forventet utskrivningstidspunkt. Sykehuset skal varsle kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov.
- En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen: a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart, b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart, c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for, d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten, e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.
- Når en pasient er definert som utskrivningsklar skal sykehuset straks varsle kommunen. Dette gjelder ikke utskrivningsklare pasienter som ikke har behov for et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.
- Kommunen skal etter å ha mottatt varsel om en utskrivningsklar pasient straks gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten. Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal sykehuset varsles om når et kommunalt tilbud antas å være klart.
- Sykehuset kan overføre en utskrivningsklar pasient når kommunen har bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud til pasienten er klart.
- Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Betalingsplikten inntreer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntreer også dersom kommunen ikke har svart på varselet om utskrivningsklar pasient.
- De regionale helseforetakene skal sørge for at det sendes regning til kommunen for betaling av utskrivningsklare pasienter som er blitt liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

Det er behov for detaljerte studier av hvordan ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter fungerer. Innenfor prosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner» er det lagt opp til å analysere følgende problemstillinger:

- Hva innebærer betalingsplikten for forbruket av kommunale pleie- og omsorgstjenester? Vil det samlede forbruket av pleie- og omsorgstjenester øke, eller vil terskelen for tildeling av hjemmetjenester og (særlig) institusjonsplasser blir høyere slik at det samlede forbruket holdes konstant? Hva forklarer eventuelle variasjoner mellom kommunene?
- Skjer det endringer i omfang og medisinske karakteristika ved sykehjemspopulasjonen som følge av den nye ordningen?
- Hvilket tilbud får de nylig utskrevne pasientene og hva forklarer eventuelle variasjoner mellom kommunene?

Målsettingen med dette arbeidsnotatet er som nevnt, avgrenset til en analyse av hvilke effekter ordningen hatt på antall liggedøgn ved sykehusene etter at pasienten er definert som utskrivningsklar og hvilke trekk ved kommunene som bidrar til å forklare endringene i antall

liggedøgn for pasienter som er definert som utskrivningsklare. Data og metode presenteres i del 2 og resultatene i del 3. I del 4 diskuterer vi resultatene i lys av målene med reformen.

## **2 Metode og data**

### ***2.1 Teoretiske forventninger***

Den avhengige variabelen er konstruert på følgende måte: 1) Antall liggedøgn som påløper etter at sykehuset har meldt pasienten utskrivningsklar registreres for den enkelte pasient, 2) liggedøgnene aggregeres til kommunenivå basert på pasientens bostedskommune og 3) normeres på grunnlag av kommunens innbyggertall (i 1000 innbyggere). Dette gir oss antall liggedøgn etter at pasienten er definert som utskrivningsklar per 1000 innbyggere.

Analysene baseres på en etterspørselsmodell (Rubinfeld 1979, Inman 1986, Rattsø 1989) der en antar at kommunen tilpasser seg befolkningens behov for tjenester innenfor en restriksjon gitt av kommunale inntekter. Inntektssiden vil da fortelle oss hvor stort tilbud kommunen samlet sett kan ha av tjenester. Mer presist antar vi at antall liggedøgn etter at pasienten er definert som utskrivningsklar påvirkes av 1) trekk ved det kommunale tilbudet av tjenester, primært i tilbudet av lege- og omsorgstjenester, 2) forhold ved etterspørselen etter eller behovet for kommunale tjenester slik det måles ved variabler som beskriver demografi og dødelighet, 3) om kommunen er vertskommune for et (somatisk) sykehus og 4) forhold ved selve sykehuset.

Av disse gruppene av variabler er sammenhengen mellom kommunalt tilbud og antall liggedøgn etter at pasienten er definert som utskrivningsklar, den mest intuitive. Vi antar at høyt kommunalt tilbud gir få liggedøgn etter at pasienten er definert som utskrivningsklar og også den største reduksjonen i antall liggedøgn fra 2011 til 2012. Vi har ingen spesifikke hypoteser om hvilke deler av det kommunale tilbudet som gir sterkest effekter. Dette vil bli avklart gjennom den empiriske analysen. Forhold ved etterspørselen etter kommunale tjenester som for eksempel høyt antall eldre, er antatt å påvirke antall liggedøgn etter at pasienten er definert som utskrivningsklar positivt. Dette har sammenheng med at mange eldre vil gi sterkere konkurranse om ressursene innad i kommunene. Om kommunen er vertskommune for et sykehus eller ikke, er tidligere vist å være den viktigste variabelen som forklarer variasjon i langtidsliggedager, dvs. liggedager utover trimpunktet for den enkelte diagnoserelaterte gruppe (se Hagen 2009 for en nærmere analyse). Analysen av langtidsliggedager har klare paralleller til denne analysen og vi antar tilsvarende effekter.

Forhold ved selve sykehuset er også antatt å påvirke vår avhengige variabel. Vi antar f.eks. at mange senger relativt til folketallet i et opptaksområde, vil gi muligheter for å ha mange utskrivningsklare pasienter liggende. Data om sykehusspesifikke forhold er i denne analysen modellert som ved hjelp av "fast effekt"-variabler. Det innebærer at vi utnytter kommunal variasjon i forklaringsvariablene innenfor det enkelte helseforetak til å estimere modellen.

## **2.2 De uavhengige variablene**

Det kommunale tjenestetilbudet operasjonaliseres ved seks variabler:

- *Fastleger*: Legeårsverk (diagnose og behandling) per 1000 innbyggere
- *Sykehjemsleger*: Legeårsverk i sykehjem og andre omsorgsinstitusjoner per 1000 innbyggere
- *Omsorgsårsverk*: Årsverk i brukerrettete pleie og omsorgstjenester per 1000 innbyggere
- *Omsorgsårsverk m/fagutdanning*: Årsverk i brukerrettete pleie og omsorgstjenester med fagutdanning per 1000 innbyggere
- *Omsorgsboliger*: Omsorgsboliger (boenheter) per 1000 innbyggere<sup>1</sup>
- *Institusjonsplasser*: Plasser i institusjon (sykehjem og andre omsorgsinstitusjoner) per 1000 innbyggere

Det er høy grad av korrelasjon mellom flere av disse variablene, særlig mellom årsverk i omsorgstjenestene og plasser i omsorgsboliger og institusjoner. I analysene lar vi derfor variablene som beskriver tilbudet av tjenester inngå på to alternative måter. I den første analysen benytter vi årsverksvariablene. I en alternativ spesifisering benytter vi årsverksvariablene for legene sammen med variablene som beskriver omsorgsboliger og institusjonsplasser.

Etterspørselssiden operasjonaliseres ved variabler som beskriver behov. Følgende variabler inngår i analysene:

- *Andel 67-79*: Antall i aldersgruppen 67-79 år som prosentandel av befolkningen
- *Andel 80 pluss*: Antall i aldersgruppen 80 år og over som prosentandel av befolkningen
- *Andel enslige 80 pluss*: Antall enslige i aldersgruppen 80 år og over som prosentandel av befolkningen
- *Dødelighet*: Antall døde som prosentandel av befolkningen

---

<sup>1</sup> Det er betydelige svakheter knyttet til registreringen av antall omsorgsboliger. SSB har ikke oppdatert data på dette feltet siden 2007.

Også mellom disse variablene er det korrelasjon. Det gjelder særlig mellom de to variablene som beskriver befolkningen over 80 år. Disse to variablene inngår derfor i alternative spesifiseringer.

Vi har i innledende analyser også testet ut effekten av enkelte sosioøkonomiske variable, blant annet utdanningsnivå, arbeidsledighet og andel av befolkningen med uførestønad. Disse variablene hadde ikke signifikante effekter og beskrives ikke nærmere. Vi har videre testet ut effektene av folketall og reiseavstander innad i kommunene. Heller ikke disse variablene hadde signifikante effekter i innledende analyser og beskrives ikke nærmere.

Derimot inkluderes som nevnt en dummyvariabel (*Vertskommune*) som tar verdien 1 dersom kommunen er vertskommune for et sykehus, verdien 0 ellers.

### **2.3 Andre forhold**

Vi benytter ordinær regresjonsanalyse til selve analysen som gjennomføres to trinn. I første del analyseres variasjoner i antall liggedager etter definert utskrivningsdato på grunnlag av 2011-data. I andre del undersøker vi nærmere hvilke variabler som bidrar til endringer i antall liggedager etter definert utskrivningsdato mellom 2011 og 2012. Alle resultater er basert på veide tall der veiingen skjer på grunnlag av kommunenes innbyggertall.

Data om antall liggedøgn som påløper etter at sykehuset har meldt pasienten utskrivningsklar er hentet fra Helsedirektoratets hjemmesider (<http://helsedirektoratet.no/Sider/default.aspx>). Øvrige data er hentet fra Statistisk sentralbyrå (Statistikbanken) ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)).

## **3 Resultater**

Antall liggedøgn etter at sykehuset meldte pasienten utskrivningsklar ble redusert fra 126 315 i 2011 til 51 145 i 2012, en reduksjon på om lag 60 prosent. I normerte størrelser var reduksjonen fra 21,5 liggedager per 1000 innbyggere i 2011 til 12,2 liggedager per 1000 innbyggere i 2012 (tabell 1).

Det er betydelige forskjeller i liggedøgn for utskrivningsklare pasienter mellom ulike deler av landet både før og etter innføringen av den nye betalingsordningen. Tabell 1 viser liggedøgn per 1000 innbyggere etter helseforetaksområde.<sup>2</sup> Særlig Nordlandssykehuset, Oslo sykehusområde, Helse Stavanger, Helse Sunnmøre og Helgelandssykehuset hadde mange liggedøgn per 1000 innbygger i 2011. Sykehuset Innlandet, Sykehuset Sørlandet, Helse Nord-

---

<sup>2</sup> Bydelene i Oslo som ligger til AHUS sitt opptaksområde er her gruppert til Oslo sykehusområde.



Trøndelag og Helse Bergen hadde relativt få liggedøgn. Vi merker oss også at flere av opptaksområdene som hadde det høyeste nivået på antall liggedøgn i 2011, f.eks. Nordlandssykehuset, Oslo sykehusområde og Helse Stavanger er blant de som har den største reduksjonen i antall liggedøgn fra 2011 til 2012, mens enkelte av opptaksområdene med lavt antall liggedøgn i 2011, f.eks. Helse Bergen, Sykehuset Innlandet og Helse Nord-Trøndelag, har en mindre økning i liggedøgn for utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2012.

*Tabell 1 Liggedøgn per 1000 innbyggere etter at pasienten er definert som utskrivningsklar gruppert. Kommunedata gruppert etter helseforetaksområde (2011-2012). Veide gjennomsnitt.*

Opptaksområde	2011	2012	Endring 2011-2012	Antall kommuner
Østfold	19,8	2,5	-17,3	17
Akershus	30,0	7,9	-22,1	20
Oslo	47,5	8,7	-38,8	1
Innlandet	5,9	11,3	5,6	49
Vestre Viken	27,6	14,8	-12,8	23
Telemark-Vestfold	18,1	5,5	-12,6	32
Sørlandet	2,5	1,9	-0,6	30
Stavanger	43,6	12,9	-30,7	18
Fonna	11,1	4,4	-6,7	19
Bergen	6,6	11,1	4,5	22
Førde	19,2	2,2	-17,0	26
Sunnmøre	38,6	14,9	-23,7	17
Nordmøre og Romsdal	33,9	32,1	-1,8	18
St Olav	30,4	19,4	-11,0	24
Nord-Trøndelag	3,6	4,1	0,5	24
Helgeland	37,4	15,0	-22,4	18
Nordland	57,5	5,7	-51,8	21
Universitetssykehuset i NN	33,8	22,7	-11,1	28
Finnmark	15,9	6,5	-9,4	19
<i>Landet*</i>	<i>21,5</i>	<i>12,2</i>	<i>-9,3</i>	<i>426</i>

\* Tre kommuner er utelatt fra analysen som følge av manglende data

Beskrivende statistikk for de uavhengige variablene er gitt i tabell 2. Vi merker oss at minimumsverdien for fastleger og sykehjemsleger er 0. Dette reflekterer at enkelte mindre kommuner, f.eks. Bjarkøy i Troms, benytter legeordningen i nabokommuner. Enkelte kommuner har ikke omsorgsboliger. Disse kommunene har som hovedregel meget høy sykehjemsdekning. Det gjelder i hovedsak kommuner med høye inntekter, kraftsinntektskommuner og enkelte kommuner i Finnmark. Dummyvariabelen som beskriver om kommunene er vertskommune for sykehus tar gjennomsnittsverdien 0,47. Den høye

verdien reflekterer veiemetoden som er benyttet og indikerer at 47 % av befolkningen bor i kommuner med sykehus.

Tabell 2. Beskrivende statistikk for de uavhengige variablene, 2011 (veide tall).  $N \sim 426-430$

Variabler	Gjennomsnitt	Minimum	Maksimum
Fastleger	0,79	0,00	3,13
Sykehjemsleger	0,09	0,00	0,54
Omsorgsårsverk	24,59	12,97	95,65
Omsorgsårsverk m/fagutdanning	17,85	9,07	74,27
Omsorgsboliger	5,51	0,00	29,93
Institusjonsplasser	8,27	1,57	38,46
Andel 67-79	8,68	5,00	16,80
Andel 80 pluss	4,44	2,10	9,90
Andel enslige 80 pluss	6,59	4,67	9,70
Dødelighet	8,30	3,10	28,60
Vertskommune	0,47	0,00	1,00

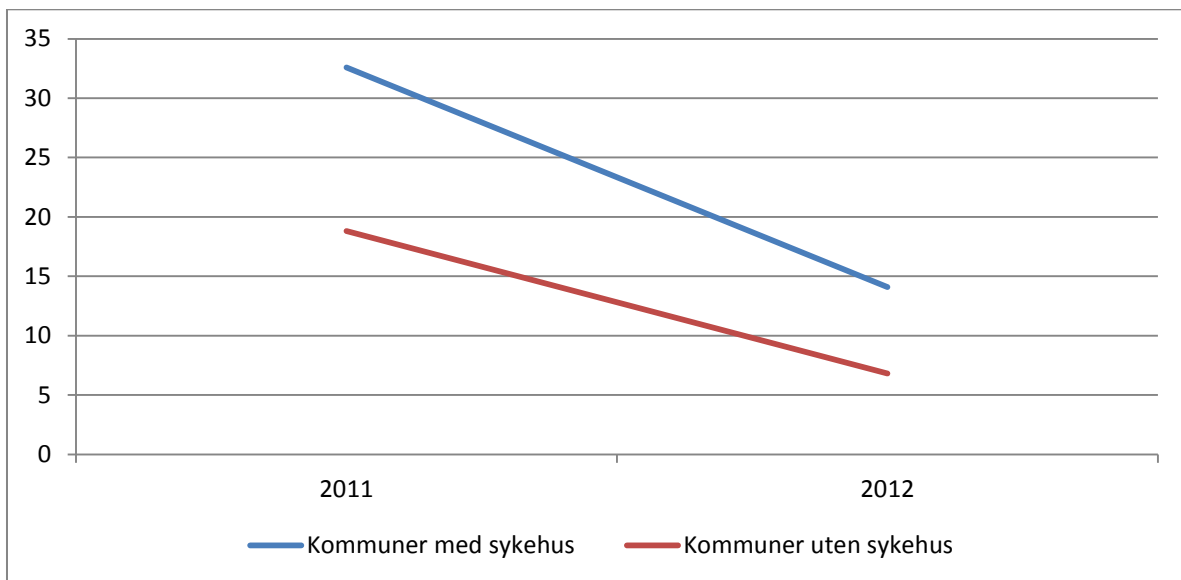
Resultatene fra analysene der antall liggedøgn etter at pasienten er definert som utskrivningsklar i 2011 er presentert i tabell 3. Vi betrakter først tverrsnittsanalysen av 2011-data. Effektene av variablene som beskriver behov i den enkelte kommune, har gjennomgående insignifikante effekter. I modellene 1-4 er det eksperimentert med ulik modellering av det kommunale tilbudet. Konklusjonene er at tre av disse variablene har signifikante effekter på variasjonen i liggedøgn i 2011 – fastlegeårsverk, legeårsverk i institusjoner og antall institusjonsplasser.

Tabell 3 Regresjonsanalyser av liggedøgn etter at pasienten er definert utskrivningsklar (estimer).  $N=426$

Variabler	Liggedøgn for utskrivningsklare 2011				Endring i liggedøgn
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 4
Konstantledd	33,51***	33,43***	23,36***	23,36***	19,40***
Fastleger	-5,88**	-5,87**	-	-5,27*	-2,53
Sykehjemsleger	-50,95***	-50,73***	-	-40,81**	-48,65***
Omsorgsårsverk	-55,76	-	-	-	-
Omsorgsårsverk m/fagutd.	-	-77,60	-	-	-
Omsorgsboliger	-	-	-0,29	-	-
Institusjonsplasser	-	-	-0,80***	-0,40*	-0,22
Andel 67-79	-0,72	-0,73	-0,78	-0,78	-0,40
Andel 80 pluss	0,67	-	1,42	0,99	0,96
Andel enslige 80 pluss	-	0,90	-	-	-
Dødelighet	0,09	0,10	0,11	0,15	0,41
Vertskommune	12,38***	12,36***	11,44***	12,03***	1,77
Faste effekter (HF)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
-2 Res Log Li	3487,0	3488,0	3540,0	3502,0	3479,8

\*\*\*= $p < 0,01$  \*\*= $p < 0,05$  \*= $p < 0,10$

I tillegg er det sterke effekter av de faste effektene for helseforetak slik det er indikert i tabell 1. Effekten av vertskommunestatus er betydelig i alle spesifiseringene som omfatter analyser av 2011-data og er illustrert i form av en bivariat sammenheng i figur 1. Vertskommunene har om lag dobbelt så mange liggedøgn etter at pasientene er definert som utskrivningsklare som kommuner uten vertskommunestatus.



*Figur 1 Antall liggedøgn etter at pasienten er definert utskrivningsklar per 1000 innbyggere etter kommunens vertskommunestatus (veide tall).*

Resultatene av analysen av endringer i liggedøgn (liggedøgn i 2012 - liggedøgn i 2011) er også rapportert i tabell 3. Vi har benyttet samme modelleringsstrategi som for liggedøgn i 2011. Bare den siste analysen er rapportert (modell 4). I tillegg til de faste effektene er det kun en variabel som tar signifikant effekt - legeårsverk i institusjoner. Det er altså kommuner med god legedekning på institusjonsnivå som i høyest grad har klart å redusere antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2012. En variasjon i antall sykehjemsleger på 0,1 per 1000 innbyggere har en statistisk effekt på endringen i antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter på 4,8 per 1000 innbyggere. Vi ser også at reduksjonen i liggedøgn er om lag lik for kommuner med og uten sykehus slik figur 1 også indikerer.

## 4. Diskusjon

Vi har gitt en foreløpig analyse av effektene av ordningen med kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus som ble innført som et ledd i Samhandlingsreformen fra 1. januar 2012. Ordningen innebar at kommunene overtok det

finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. Som et ledd i reformen fikk kommunene overført rundt 560 millioner kroner fra sykehusenes budsjetter til å etablere tilbud for disse pasientene.

Den beskrivende delen av analysen viste at pasientene som var definert utskrivningsklare beslagla i overkant av 126 000 liggedøgn ved sykehusene i 2011. Dette utgjorde mellom 2,5 og 3 prosent av den samlede sengekapasiteten ved somatiske sykehus. Sykehusenes vertskommuner beslagla den største delen av denne kapasiteten noe som indikerer at disse kommunene i høy grad benyttet sykehusenes hotellkapasitet til pleieformål. Reduksjonen i antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er betydelig, om lag 60 prosent. Reduksjonen er størst i opptaksområdene til helseforetakene som i utgangspunktet hadde flest liggedøgn.

Av variablene som beskriver det kommunale tilbudet er det primært dekningsgraden for sykehjemsplasser og omfanget av sykehjemsleger som forklarer variasjonen i antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i 2011. Når vi ser på endringen i antall liggedøgn fra 2011 til 2012, er det kun omfanget av sykehjemsleger som har effekter. Det er altså kommuner med god legedekning på institusjonsnivå som i høyest grad har klart å redusere antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2012. Dette er et viktig funn som viser at for denne typen av pasienter er det innslag av substitusjon mellom kommunale tjenester og sykehustjenester.

En nylig avlagt masteroppgave (Swanson 2013) basert på individdata fra Oslo kommune viser de samme hovedtrekkene som denne analysen. Antall dager etter at pasienten er definert som utskrivningsklar går kraftig ned fra 2011 til 2012. Samtidig viser analysen at variasjoner i bydelenes tilbud påvirker endringene i antall liggedager utover tidspunktet da pasienten var definert som utskrivningsklar. I Oslo er det primært omfanget av omsorgstjenester som har effekter.

Siden tidspunktet for når en pasient er definert utskrivningsklar kun er registrert for de siste årene, er det gjennomført få liknende analyser tidligere. Det finnes tidligere analyser av variasjoner i langtidsliggedager mellom sykehusene (se f.eks. Holmås, Kjerstad, Kristiansen og Lurås, 2007a, b og Hagen, 2009). De finner effekter som i hovedsak er i tråd med funnene her, dvs. at langtidsliggedagene reduseres med økende dekningsgrad av kommunale institusjonsplasser og avstanden fra kommunen pasienten er bosatt i og sykehuset. Antall langtidsliggedager er høyere i kommuner som er vertskommuner for sykehus enn i kommunene uten slik status. En analyse av Holmås, Kjerstad, Lurås og Straume (upublisert) sammenliknet 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 ble utviklet en samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommunen. Konklusjonen, som er i tråd med analyser av Kjekshus (2005), var at samarbeidsavtaler bidro til kortere liggetider. Lurås, på bakgrunn av flere artikler av artikkelen til Holmås, Kjærstad, Lurås og Straume, konkluderte med at den 10 dagers karensperioden som tidligere eksisterte før kommunal betaling trådte i kraft ikke bare ble tolket som karenstid av kommunen, men også ble omtalt som karenstid både av sykehus og kommunene.<sup>3</sup>

Det er gjennomført tilsvarende endringer i betalingsordninger i enkelte andre land. I Sverige ble kommunene gitt det samlede ansvaret for eldre og handicapomsorgen i forbindelse med Ädelreformen i 1992. Da ble det også innført kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Satsen var om lag som i Norge og effektene betydelige. I følge sluttevalueringen av reformen var medianventetiden for pasienter som ventet på kommunalt tilbud etter somatisk behandling 13 dager i 1990. Den var redusert til 2 dager i 1996 (Socialstyrelsen 1996).

Til slutt 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 årsverk i omsorgstjenestene og plasser i institusjoner grove mål på tilbudet av pleie- og omsorgstjenester. Særlig de kvalitetsmessige sidene beskrives mangelfullt. For det andre kan det hevdes 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. Et fjerde moment gjelder sykehusenes registrerings- og utskrivningspraksis. Det kan ikke utelukkes at sykehusene setter forventet dato for når pasienten er utskrivningsklar på bakgrunn av kommunenes tilbud av tjenester, dvs. at det er elementer av gjensidig tilpasning mellom sykehus og kommuner. Alle disse innvendingene vil vi gradvis kunne håndtere. Et femte moment gjelder sykehusenes registreringspraksis og endringer i denne fra 2011 til 2012. Slike endringer er det ikke mulig å justere for.

---

<sup>3</sup> Hilde Lurås i innledning på Helseøkonomikonferansen 2007, Solstrand.

Som vi beskrev innledningsvis må en rekke andre problemstillinger analyseres før en kan trekke endelige konklusjoner om ordningens effekter. Vil det samlede forbruket av pleie- og omsorgstjenester øke, eller vil terskelen for tildeling av hjemmetjenester og (særlig) institusjonsplasser blir høyere slik at det samlede forbruket holdes konstant? Skjer det endringer i omfang og medisinske karakteristika ved sykehjemspopulasjonen som følge av den nye ordningen? Hvilket tilbud får de nylig utskrevne pasientene og hva forklarer eventuelle variasjoner mellom kommunene? Også disse spørsmålene vil vi komme tilbake til.

## Referanser

- Hagen, T. P. 2009. Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. HERO Working paper 2009:6. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo.
- 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).
- Inman, R.P. (1979): "The fiscal performance of local government: an interpretative review". In Mieszkowski, P. og M. Straszheim: *Current issues in urban economics*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- 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)
- Prop. 91 L (2010–2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Rattsø J. (1989): *Local government allocation of labour and the grant system: an applied model analysis of local government behaviour in Norway*, Environment and planning C: Government and policy, 1989, volume 7.
- Rubinfeld, D. (1987): "The economics of the local public sector". In A.J. Auerbach og M. Feldstein: *Handbook of public economics, Vol II*. Amsterdam: North Holland.
- Socialstyrelsen. 1996. Ädelreformen – slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Swanson, O. J. 2012. Bed Blocking and the City. Master thesis. Oslo: Department of health Management and Health Economics, University of Oslo.
- Tjerbo, T. 2009. Does competition among general practitioners increase or decrease the consumption of specialist health care? *Health Economics, Policy and Law*, accepted.