

A hand is shown placing a wooden block with a yellow lightbulb icon on top of a row of wooden blocks with black person icons. The background is a soft, out-of-focus light color.

Finansiering av digital hjemmeoppfølging

InnoMed 23.09.2021

Om dokumentet

Denne presentasjonen ble utarbeidet av InnoMed for prosjektet i Agderregionen som en del av prosessveiledningen. Presentasjonen belyser utfordringer og muligheter rundt finansiering av digital hjemmeoppfølging.

Presentasjonen forklarer forskjeller i finansieringen av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten, og hvordan det påvirker gevinstrealisering ved digital hjemmeoppfølging. Presentasjonen synliggjør at begge partene kan oppnå gevinster i form av inntjente takster for sykehus og budsjettbesparelser for kommuner ved tverrfaglig samhandling og samarbeid mellom de to helseaktørene.

Agenda

- Kort introduksjon om finansieringsmodeller i spes.helsetjensten og kommunehelsetjenesten
- Gjennomgang av case som synliggjør at gevinster på tvers av spes.helsetjensten og kommunehelsetjenesten
- Synliggjøre beregninger og gevinster for følgende aktører som er involvert i DHO pasientforløpet:
 - Sykehus
 - Kommune
 - TMS
 - Fastlege
- Diskusjonsrunde

Ulike finansieringsmodeller trekkes ofte frem som en barriere for godt samarbeid mellom kommune og sykehus

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten

Sykehuset finansierer gjennom to modeller:

1) Rammefinansiering (basisbevilgning)

- Den bevilges til de regionale helseforetakene (RHF) som fordeler midlene videre til helseforetakene (HF)
- Årlig grunnbevilgning som er uavhengig av aktivitet.
- Grunnbevilgning baseres på bl.a. antall innbyggere i helseregionen, alderssammensetning, ulike sosioøkonomiske kriterier og kostnadsdata.
- Bevilges til RHF, som fordeler midlene videre til HF.

2) Innsatsstyrt finansiering (aktivitetsbasert bevilgning)

- Basert på hvor mange som får behandling og hvilken type pasienter/behandlinger.
- Aktiviteter gjennomført på sykehus blir omregnet fra diagnosekode til koder med fast enhetspris og kostnadsvektorer.
- Enhetsprisen for somatiske helsetjenester er satt til 46 718 kroner og for psykisk helsevern og TSB er enhetspris satt til 3 223 kroner.

Finansieringen av den kommunale helsetjenesten

- Den kommunale helsetjenesten finansieres gjennom skatteinntekter og rammetilskudd fra staten.
- Finansieringen av kommunens helsetjenester kommer fra øremerkede tilskudd fra blant annet staten, egenbetaling fra pasienter og brukere og gjennom takster.
- Privatpraktiserende behandlere som fastleger og fysioterapeuter med avtale, er finansiert gjennom ulike blandingsmodeller.
- Blandingsmodellene inneholder tilskudd fra kommunene, betaling fra pasientene og refusjoner fra Folketrygden, fastsatt gjennom årlige takstforhandlinger mellom staten og profesjonsorganisasjonene.

Likevel finnes det eksempler på samarbeid mellom kommune og sykehus hvor begge aktører oppnår gevinster ved samarbeidet.

“Rune” mottar først digital hjemmeoppfølging fra sykehus med overgang til TMS



Rune

Alder: 67 år

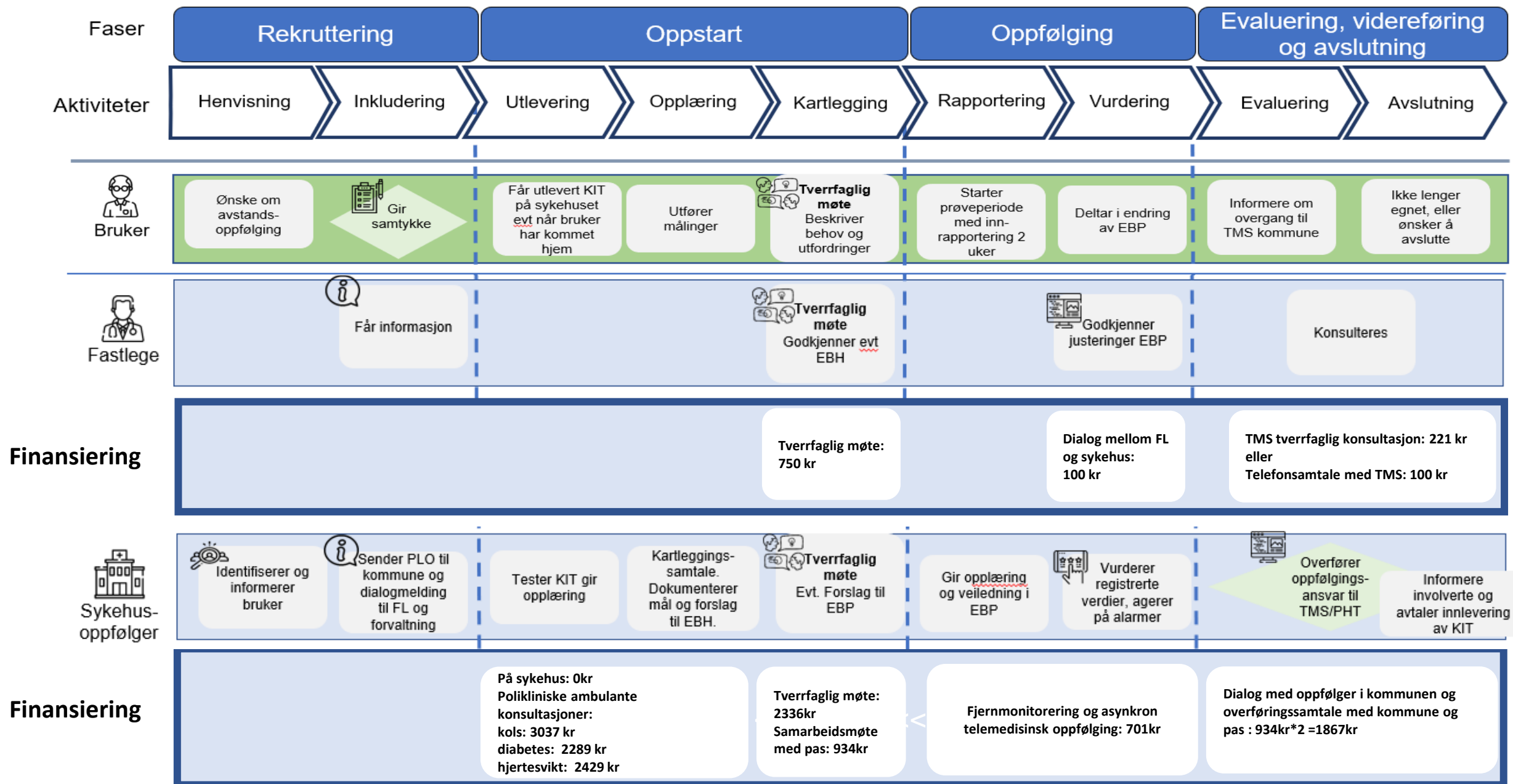
Bosituasjon: Bor alene

Sykdomshistorie: Diagnostisert med KOLS

- Rune mottar 10 minutters tilsyn fra hjemmetjenesten for å øke trygghet hver morgen og kveld. Hjemmetjenesten bruker 1 time tur/retur på kjøring.
- Rune blir innlagt på sykehus i forbindelse med KOLS-forverring. Han får tilbud om DHO fra sykehuset.
- Han takker ja til tilbudet og mottar DHO fra sykehuset i 1 mnd. Deretter blir han overført til TMS for videre oppfølging. Hos TMS får han oppfølging i første omgang i 3 måneder.
- Rune avslutter tjenestene fra hjemmetjenesten etter at han får tilbud om DHO.

Gjennomgang av pasientforløp og finansiering

Pasientforløp oppfølging fra sykehus med overgang til TMS



Pasientforløp med oppfølging fra TMS



Inntekter for sykehuset

- Regnestykket forutsetter at pasient gjennomgår alle aktivitetene som er oppgitt i pasientforløpet **en gang**. I de fleste tilfeller vil noen av aktivitetene bli utført flere ganger, noe som vil generere høyere takst. Det tas også utgangspunkt i at sykehus dekker kostnader for teknisk utstyr.
- Summen av regnestykket tar ikke med takst for opplæring av teknisk utstyr og kartleggingssamtale da det i pasientforløpet i dag ikke er lagt opp til at disse aktivitetene skal utføres i eget hjem.
- Sykehuset mottar ikke takst for opplæring og kartleggingssamtale dersom det er utført på sykehuset.
- Dersom pasientforløpet endres, vil totalsum per pasient (med en utførelse per aktivitet) være på **13 079 kroner**.

Aktiviteter som genererer takst for sykehuset	Takst i kroner
Opplæring i teknisk utstyr (når pasient er i eget hjem)	3 037
Tverrfaglig møte med fastlege for å utarbeide EBP	2 336
Samarbeidsmøte med pasient og fastlege	934
Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging (føres en gang per tertial)	701
Dialog med oppfølger i TMS og overføringssamtale med kommune og pasient	1 867
Tverrfaglig møte med TMS for faglige innspill på EBP	2 336
Samarbeidsmøte med pasient under oppfølging fra TMS	934
Sykehus involvert i avslutning	934
SUM	10 042

* Regnestykket viser alle aktiviteter som sykehuset deltar i, både når sykehuset selv gjennomfører oppfølging men også sykehuset sin rolle når pasient blir fulgt opp av TMS.

Inntekter for fastlegen

- Regnestykket forutsetter at pasient gjennomgår alle aktivitetene som er oppgitt i pasientforløpet **en gang**. I de fleste tilfeller vil noen av aktivitetene bli utført flere ganger, noe som vil generere høyere takst.

Aktiviteter som genererer takst for fastlegen	Takst i kroner
Tverrfaglig møte	750 kroner
Dialog mellom fastlege og sykehus	100 kroner
Tverrfaglig møte med TMS	750 kroner
Tverrfaglig konsultasjon	221
Tverrfaglig møte ved avslutning av tjenesten	750 kroner
Kontakt med TMS	100 kroner
SUM	2 671 kroner

* Regnestykket viser alle aktiviteter som fastlegen deltar i, både under oppfølging fra sykehus men også under oppfølging fra TMS.

Priser for TMS-tjenester

- Regnestykket forutsetter at pasient må ha tildelt et kit m/måleutstyr for KOLS.
- I dag er det kommunen som dekker TMS sine utgifter tilknyttet oppfølging og teknisk utstyr.

Inntektskilder TMS	Inntektskilde i kroner
Kit m/måleutstyr for KOLS	720 kroner
Administrasjonsgebyr for fakturering	129 kroner
Lisens hovedløsning	317 kroner
Oppstartskostnad (engangskostnad)	2 400 kroner
Kostnad for oppfølging	731 kroner
SUM	4 297 kroner

* Regnestykket viser hvordan TMS finansieres både under oppfølging fra sykehus og fra TMS.

Kostnader og besparelser for kommunen

Kostnader

- Regnestykket forutsetter at pasient må ha tildelt et kit m/måleutstyr for KOLS.
- Regnestykket viser hva det vil koste å finansiere oppfølgingen av Rune fra TMS per mnd.

Kostnad kommune	Kostnad i kroner pr mnd.
Kit m/måleutstyr for KOLS	720 kroner
Administrasjonsgebyr for fakturering	129 kroner
Lisens hovedløsning	317 kroner
Oppstartskostnad (engangskostnad)	2 400 kroner
Kostnad for oppfølging	731 kroner
SUM	4 297 kroner

Besparelser

- Det er gjennomført beregninger på unngåtte kostnader for kommunen da Rune erstattet besøk fra hjemmetjenesten med DHO.
- I Rune sitt tilfelle, som erstattet alle sine hjemmebesøk med DHO, vil den unngåtte kostnaden per mnd. være 29 916 kroner.

Besparelse kommune	Besparelse i kroner pr mnd.
Lønnskostnader hjemmetjenesten*	3 733 kroner
Kostnader til kjøring*	26 183 kroner
SUM	29 916 kroner

Kommunen sitter igjen med en netto besparelse på 25 619 kroner per mnd.

* Regnestykket tar for seg sykehusforløpet og TMS-forløpet

* Besparelsene for kommunen er regnet ut i et tidligere gevinstcase

DHO i drift krever avtale om hvordan kostnader skal fordeles

- Digital hjemmeoppfølging skaper nye tjenestetilbud, men det er et paradoks at finansieringsmodellene skaper barrierer for utbredelse av digital hjemmeoppfølging når tjenesten er designet for å skape gevinster for begge parter.
- Selv om finansieringsordningene de seneste årene er fornyet, og finansierer mange DHO-aktiviteter for sykehus og fastlege, er det ikke etablert en «fasit» på hvordan sykehus og kommuner skal fordele kostnader og gevinster.
- Slik rammebetingelsene er nå, må helsefelleskapene bli enige om kostnadsfordelingen ved tjenesten. Kostnader og inntekter kan varieres ut fra pasientgruppe og hvem som er involvert i de ulike stegene i forløpet.

Diskusjonspunkter

- Hvordan skal vi sikre at forløp innrettes på en slik måte at sykehus og fastleger sikres takst?
- Hvordan skal kostnader (og gevinster) fordeles?
- Hvordan kan Agder-regionen jobbe med prinsipper for kostnads- og gevinstfordeling i helsefelleskapet?