

Økonomiske virkemidler helsereform

Dette fagnotatet er laget i forbindelse med arbeidet med helsereform. Anbefalingene står for artikkelforfatternes regning.

1. Finansiering av kommunesektoren

Kommunene er i hovedsak rammefinansiert. Det som kalles frie inntekter, utgjør over 70 prosent av sektorens inntekter. Kommunene skal innenfor rammene som er tilgjengelig, gi et best mulig og helhetlig tjenestetilbud til sine innbyggere. Rammestyringen sørger for at de ulike tjenestene som kommunene har ansvar for sees i sammenheng. Rammefinansieringen gir gode incentiver til effektiv ressursbruk og mulighet til å tilpasse tjenestetilbudet til lokale forhold og prioriteringer. Slik styrkes lokaldemokratiet, og politikken kan utformes nærmere innbyggerne. Staten skal legge til rette for et godt kommunalt tjenestetilbud over tid, ved å sørge for samsvar mellom kommunenes oppgaver og inntektene sektoren får.

I tillegg mottar kommunene egenbetalinger (gebyrer) fra innbyggerne for ulike tjenester og øremerkede tilskudd. Siden øremerkede tilskudd begrenser kommuner og fylkeskommuner mulighet til å prioritere bruken av tilgjengelige ressurser og øker den administrative byrden, skal slike tilskudd i utgangspunktet begrenses. I 2025 utgjorde øremerkede tilskudd om lag 5 prosent av kommuner og fylkeskommuner samlede inntekter.

2. Samhandlingsreformen – økonomiske virkemidler

Samhandlingsreformen ble iverksatt fra 1. januar 2012 med sikte på å styrke samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, gi et mer helhetlige pasientforløp og legge større vekt på forebygging og behandling nær pasientens bosted. Reformen innebar både nytt lovverk og organisatoriske og økonomiske virkemidler, herunder lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

Samhandlingsreformen virker i dag som en implisitt retningsreform, men enkelte sentrale virkemidler som lå til grunn for reformen fra 2012, (kommunal medfinansieringen av spesialisthelsetjenesten), er senere avvirket eller endret. De grunnleggende prinsippene om ansvar, samarbeid og arbeidsdeling mellom kommunene og sykehusene ligger imidlertid fortsatt til grunn for dagens organisering av helse- og omsorgstjenestene.

De økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen var:

- **Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten:** Kommunene ble pålagt å betale en andel av sykehuskostnadene for sine innbyggere. Evalueringer viste at dette incentivet hadde **lav effekt** på å redusere sykehusinnleggelser, og ordningen ble avvirket.
- **Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter:** Kommunene må betale for pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, men som venter på kommunalt tilbud. Dette har ført til en raskere utskrivningsprosess og økt press på kommunene for å opprette tilbud.
- **Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD):** Statlige tilskudd ble gitt for å bygge opp ØHD-plasser i kommunene, med mål om å redusere unødige sykehusinnleggelser. Evalueringer peker på at mens mange kommuner har etablert tilbud, er bruken variert, og det er uklart i hvilken grad det reduserer de totale sykehusinnleggelsene. Utgiftene ble de første årene finansiert gjennom

omdisponering av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. I innfasingsperioden fikk kommunene overført midler etter hvert som tilbudene ble etablert. Kommunene som fikk tilskudd til opprettelsen av et ØHD tilbud har fått utbetalt tilskuddet basert på et estimat for antall liggedøgn multiplisert med en anslått liggedøgnskostnad. Beløpet ble deretter fordelt mellom kommunene etter objektive kriterier.¹ Det ble utbetalt tilskudd til etablering fra januar 2012. Halvparten av tilskuddene ble gitt gjennom øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet, og den andre halvparten gjennom overføringer fra de regionale helseforetakene. I perioden 2012–2014 utbetalte Helsedirektoratet i overkant av 734 mill. kroner i tilskudd til ØHD, samlet fra direktoratet og de regionale helseforetakene ble det overført nesten 1,5 mrd. kroner til kommuner som opprettet tilbudet.

- **Statlige tilskudd (stimuleringstilskudd):** Det ble gitt betydelige tilskudd for å fremme innovasjon og samhandling, for eksempel for å etablere samarbeidsavtaler og felles IKT-løsninger.

I 2016 evaluerte UiO Det medisinske **fakultet samhandlingsreformen. Hovedfunn fra evalueringer (EVASAM m.fl.)** var:

- **Skjev ressursfordeling:** Veksten i de økonomiske ressursene har ikke i tilstrekkelig grad flyttet seg fra sykehus til kommunene, til tross for økt oppgaveoverføring.
- **Økt økonomisk ansvar, lite handlingsrom:** Kommunene opplever økte utgifter til pleie- og omsorgstjenester som følge av sykere pasienter som skrives ut tidligere, uten at de økonomiske rammene har økt tilsvarende.
- **Samarbeidsavtalene fungerer ulikt:** Lovpålagte avtaler mellom kommuner og helseforetak er inngått, men evalueringer antyder at de i varierende grad har bidratt til reell endring i praksis.
- **Behov for bedre virkemidler:** Det er påpekt behov for sterkere økonomiske insentiver for forebygging og mer helhetlige pasientforløp, samt at finansieringssystemet i større grad må støtte opp under tverretattlig samarbeid.

I tiden etter evalueringen fra 2016 har kommunene over tid gitt tilbakemeldinger til KS om at oppgavene vokser, og at samhandlingsreformen som retningsreform har fortsatt selv om de økonomiske hovedvirkemidlene er endret. Det er i mange sammenhenger pekt på at psykisk helse og rus, rehabilitering og habilitering er områder hvor oppgavene er «sklidd over» til kommunene i betydning at sykehusene har endret sin oppgaveløsning og at det er forventninger om at kommunene skal håndtere økte oppgaver. Nye muligheter for medisinsk behandling i hjemmet gjør også at oppgavene til kommunene har vokst, det gjelder også somatikk, både for yngre og eldre personer.

3. Utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene og bærekraft i tjenestene fremover

I rapporten dypdykk i pleie og omsorg² pekes det på at det de siste 10-årene har skjedd 3 fundamentale endringer i helsetjenestesystemene - både i Norge og internasjonalt.

- 1) Det har skjedd reduksjon i liggetider i sykehusene og mer av rehabilitering og oppfølging er overlatt til primærhelsetjenestene.
- 2) Primærhelsetjenestene i de fleste land endres fra å være institusjonsbaserte til å bli mer hjemmebaserte.
- 3) Det skjer en forbedring i eldres helse og deres funksjonsevne. Samhandling mellom sykehus og kommuner:
 - Reduksjon i liggetider i sykehus har økt oppfølgingsbehovene for kommunene.

¹ Riksrevisjonens undersøkelse: [Dokument 3:5 \(2015–2016\)](#)

² <https://www.ks.no/fou-sok/2024/234041/>

Det er mer avansert behandling som gjøres nå i kommunene enn før samhandlingsreformen. Det er blitt færre døgnplasser innen psykiske helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) i sykehus).

Omfanget av helse- og omsorgstjenester tildelt av kommunen har økt over tid. Samtidig har det vært en vridning fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. I 2013 var andelen mottakere under 67 år 38 prosent. Denne andelen har økt gradvis og var 40,4 prosent i 2024.

Innenfor hjemmebasert omsorg gis 70 prosent av timene til innbyggere under 67 år. Den gjennomsnittlige pleietyngden per tjenestemottaker har økt både for institusjonsbasert omsorg og for hjemmetjenesten fra 2013 til 2024. Innen hjemmetjenestene økte gjennomsnittlig timetall per mottaker fra 8,4 timer i uka i 2013 til 9,9 timer i 2024. De siste 10 årene har kommunenes driftsutgifter til helse- og omsorgstjenestene økt med 77 prosent og utgjorde i 2025 220 mrd.kroner. Hjemmetjenesten i kommunene utgjorde nær 100 mrd. kroner i 2025.

Avtalte årsverk innen kommunale omsorgstjenester har økt med om lag 1 prosent årlig fra 2016 til 2023. Mange kommuner rapporterer om utfordringer med å rekruttere helsepersonell. Tall fra Teknisk beregningsutvalg viser at kommunene de nærmeste ti årene vil ha behov for om lag 34 000 flere årsverk innen omsorgstjenestene. For mange kommuner vil det bli svært krevende å skaffe arbeidskraft med riktig kompetanse.

4. Finansiering og samhandlingsutfordringer

God samhandling mellom de som gir helse og omsorgstjenester til innbyggerne og god sammenheng i tjenestene for de ulike brukerne er et overordnet mål. Det kan være mange årsaker til at pasientene ikke opplever god nok sammenheng i tjenestene, og utfordringene har blitt forsøkt løst i mange omganger.

Det som særlig pekes på som utfordrende er forskjell i finansieringen av kommunene, fastlegene og sykehusene, og at forskjellen i finansieringen gir ulike insentiver til samhandling. Kommunene er i hovedsak rammefinansiert og inntektene påvirkes i liten grad av hjelpebehovet til innbyggerne. Innen helse og omsorgstjenesten mottar kommunene i tillegg refusjon fra staten på lønnsutgifter til særlig ressurskrevende tjenester for brukere under 67 år gjennom et øremerket tilskudd. Kommunene har også et overordnet ansvar for allmennlegetjenesten og mottar et årlig tilskudd som skal dekke basisrammen/tilskudd per innbygger til fastlegene. Fastlegene finansieres ellers i hovedsak på bakgrunn av aktivitet gjennom Folketrygdens takstfinansiering. Takstene fastsettes årlig, der deler av inntektene er pasientenes egenandeler. Takstfinansiering er også hovedfinansieringen for legevakten, men kommunene dekker kostnader ved legevakt som ikke dekkes av takstfinansieringen. Spesialisthelsetjenesten finansieres av staten gjennom regionale helseforetak, via en kombinasjon av basisbevilgning som utgjør største del av finansieringen og innsatsstyrt finansiering, mens investeringer hovedsakelig skjer gjennom statlige lån. Både rammefinansieringer og aktivitetsbaserte finansieringsløsninger skal i utgangspunktet bidra til effektiv ressursbruk.

Aktivitetsbasert finansiering stimulerer til kostnadseffektiv pasientbehandling siden inntekter per behandling er gitt. Aktivitetsbasert finansiering kan også bidra til økt behandlingsvolum og kan dermed bidra til å redusere ventetider siden inntektene øker når aktiviteten øker. På den andre siden gir aktivitetsbasert finansiering insentiver til å prioritere behandlinger som er godt betalt, og dermed en risiko for vridning mot enkle og målbare aktiviteter og svakere prioritering av kronikere og komplekse pasienter. Det gir også

insentiver til rask behandling, kortere liggetid på sykehus og rask utskriving. Det kan igjen øke belastningen på kommunale tjenester. Når inntektene øker med aktivitet, kan total aktivitet og dermed kostnadene øke. Det kan innebære mer effektivitet per behandling, men ikke nødvendigvis lavere samlet ressursbruk. Aktivitetsbasert finansiering bidrar dermed ikke nødvendigvis til bærekraft i ordningen.

Rammefinansiering gir forutsigbarhet om inntektsrammene og behov for å tilpasse utgiftene til inntektene. Slik sett bidrar rammefinansiering til bærekraft i ordningene. Det tvinger frem prioritering av innsatsen. Rammefinansiering gir insentiver til helhetlig pasientforløp og også insentiver til forebygging. Når inntektene er gitt, er det en stor utfordring å ha nok kapasitet til å dekke et økende behov og økende forventninger fra innbyggerne. For kommunene bidrar toppfinansieringsordningen til at kommunene ikke alene må finansiere all økt etterspørsel etter helse og omsorgstjenester innenfor rammetilskuddet.

Rammestyring gir bærekraft gjennom kontroll og helhetlige prioriteringer, mens aktivitetsbasert finansiering gir bærekraft gjennom kostnadseffektiv pasientbehandling. En utfordring er at virkemidlene trekker i ulike retninger, særlig når det gjelder samhandling og prioritering av pasientgrupper.

Til grunn for statlig styring av kommunesektoren ligger det finansielle ansvarsprinsippet. Prinsippet innebærer at den aktøren som har ansvaret for en oppgave, også skal ha det økonomiske ansvaret for å finansiere oppgaven. Ulik finansiering av kommuner og spesialisthelsetjenesten utfordrer det finansielle ansvarsprinsippet, fordi beslutninger som tas i sykehusene utløser kostnader i kommunene. Når gevinster og kostnader havner på ulike nivåer, svekkes insentivene til forebygging, helhetlige pasientforløp og reelt partnerskap.

For å kompensere for bruddet på det finansielle ansvarsprinsippet bør en se på alternative finansieringsløsninger for å bedre samhandlingen. Alternativer som omtales videre nedenfor kan være felles samhandlingsbudsjetter eller øremerkede midler som kommuner og helseforetak disponerer sammen. Formålet vil være å samle ansvar og finansiering, og la partene vurdere tiltak ut fra samlet nytte og redusere konflikter om kostnadsfordeling. I tillegg omtales mulighet for innsatsstyrt finansiering av sammensatte pasientforløp.

5. Samarbeidsløsninger i dag

Innenfor innsatsstyrt finansiering kan samarbeid og samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten deles inn i to hovedgrupper³:

1. Samarbeid om utskrivningsklare pasienter ved utskriving fra sykehus til oppfølging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Kommunene betaler for pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, men som venter på kommunalt tilbud.
2. Samarbeid om å behandle eller følge opp en pasient tverrfaglig med behandlere fra sykehus og kommunale helsetjenester i et integrerte tjenestetilbud. Slike tjenester er bygget rundt et kontinuerlig og koordinert samarbeid, for eksempel fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam (FACT) eller aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT). Dette er tverrfaglige team med ansatte fra både kommune og sykehusene. Et eksempel på slik samhandling er kontinuerlig digital oppfølging av kronisk syke KOLS pasienter eller digital sårbehandling. Det er eksempler på integrerte helsetjenester der samlokalisering, samtidighet, deling av utstyr, samordning av arbeidsprosesser

³ TB2023-81 Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester. Helsedirektoratet

og til dels fleksibel bruk av personell fra de ulike forvaltningsnivåene til oppgaver på tvers av nivåene. Spesialisthelsetjenestens andel av finansieringen av slike teams dekkes av refusjonen for innsatsstyrt finansiering og kommunens andel dekkes av rammetilskuddet. I tillegg finnes det øremerkede tilskudd til FACT og ACT- team, (psykisk helse).

3. Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre er en annen samhandlingsarena der kommuner og helseforetak på ulike måter og i varierende grad samarbeider om å levere desentraliserte helsetjenester i områder med lang reisevei til nærmeste sykehus. Det finnes om lag 35 sykestuer, LMS og DMS i 2026.⁴

Tjenestetilbudet i sykestuer, LMS og DMS varierer på tvers av enhetene. Flere av enhetene har en kombinasjon av ulike oppholdstyper, men det er også eksempler på enheter som kun har tilbud om sengeplasser, kun dagbehandling eller kun polikliniske konsultasjoner.

Vanlige former for samlokalisering er med legekontor, legevakt, sykehjem og/eller kommunal akutt døgnenhet (KAD/ØHD). Andre former for samlokalisering omfatter blant annet fysioterapeut eller ergoterapeut, helsestasjon, barnevernsvakt eller jordmortjenester. De ulike modellene har positiv virkning på pasienttilfredshet og ressursbruk. Tilbudene kan bidra til bedre ressursbruk gjennom redusert reisebehov, bedre utnyttelse av lokal kompetanse og avlastning av spesialisthelsetjenesten.

Oslo Economics peker på at tydelige avtaler om ansvar og finansiering går igjen ved sykestuene, LMS og DMS der erfaringene er gode. Når dette er til stede, tyder erfaringene på at modellene kan tilpasses lokale forhold og behov, og at de kan gi gevinster for pasientene, spesielt i distriktsområder hvor det er lang vei til sykehus.

Det benyttes ulike finansieringsmodeller, noen steder kjøper helseforetaket tjenester av kommunen for å kunne gi sitt tilbud. Vertskommunen har indirekte kostnader som i liten grad fanges opp i dagens finansieringsmodeller, og som er krevende å dokumentere og innarbeide i leiepris eller andre fordelingsmekanismer. En del finansieringsmodeller har en fast fordeling som i begrenset grad justeres etter bruk eller endrede behov over tid. De mest brukte modellene er ulike kombinasjoner av grunnfinansiering og fordeling etter folketall eller bruk. I noen samarbeid deles kostnader kun for avgrensede tjenester, som legevakt og barnevernsvakt, mens øvrige kostnader bæres av vertskommunen og helseforetaket i henhold til egne avtaler, for eksempel basert på areal og bruk. I andre tilfeller beskrives fordelingsmodeller der driftsbudsjett eller regnskap fordeles etter en fast andel kombinert med fordeling etter folketall, eller der kommunene betaler en årlig refusjon til spesialisthelsetjenesten basert på forventet bruk av sykestue eller KAD.⁵

Flere opplever at sykestuer og distriktsmedisinske sentre bidrar til bedre samlet ressursbruk i helsetjenesten. Samtidig pekes det på at finansieringsmodellen i liten grad er økonomisk bærekraftig, både for vertskommunene og fordi sykehusenes innsats reduseres over tid. Spørsmålet blir da, hva er potensialet for å gjøre modellen økonomisk bærekraftig?

6. Mulige finansieringsløsninger – samhandling mellom sykehus og kommuner

a. Samhandlingsbudsjett

⁴ Oslo Economics for KS 2026

Et samhandlingsbudsjett innebærer at en avgrenset del av bevilgningene til kommunesektoren og helseforetakene avsettes til felles bruk, og disponeres etter omforente prioriteringer i helsefellesskapene. Midlene skal benyttes til tiltak som bidrar til bedre sammenheng i pasientforløpene, særlig for pasientgrupper med sammensatte og langvarige behov. Avtalen må beskrive konkret samhandlingstiltak, og det etableres et felles budsjett for eksempel knyttet til personellressurser, leie av lokaler og innkjøp av nødvendige utstyr. Midler flyttes ikke ut fra helseforetakene og kommunene, men det inngås en forpliktende avtale om finansiering. Et samhandlingstilskudd kan inngå sammen med finansieringen fra helseforetak og kommuner og stimulere til gjennomføring av avtalte samarbeidstiltak. Dette er i tråd med slik Helsedirektoratet definerer samhandlingsbudsjett⁶. Det avviker imidlertid fra sykehusutvalgets bruk av begrepet (NOU 2023_38) der samhandlingsbudsjett ble forstått mer som et samhandlingstilskudd, og der midler ble foreslått flyttet ut av rammene til kommunene og fylkeskommunene.

Formålet med et samhandlingsbudsjett er å styrke sammenhengen mellom ansvar, beslutningsmyndighet og finansiering, og legge til rette for at kommuner og helseforetak kan vurdere tiltak ut fra samlet nytte i pasientforløpet. Ordningen skal redusere barrierer som følger av ulike finansieringssystemer, og understøtte samarbeid om forebygging, tidlig innsats og hensiktsmessig oppgavedeling mellom nivåene.

Mange av de etablerte samarbeidstiltakene bygger på slike spleiselag som samhandlingsbudsjettene er. Det gjelder blant annet ACT/FACT-modellene og pasientsentrerte helsetjenesteteam basert på insentiv fra Universitetssykehuset i Nord-Norge. I tillegg har det vært tilskuddsordninger knyttet til disse i en oppbyggingsfase. Sykestuer, lokal- og distriktmedisinske sentre kan også basere seg på samhandlingsbudsjettløsningen.

Evalueringer viser at det i slike samarbeidstiltak må være tydelige avklaringer om rammevilkår og struktur. Samarbeidsavtalen må også bygge på jevnlig analyse av de økonomiske konsekvensene for aktørene. I evaluering gjennomført av Oslo Economics av sykestuer, lokal- og distriktmedisinske sentre fremkommer det tydelig at kommunene over tid har fått ansvar for stadig flere og mer krevende oppgaver, blant annet som følge av tidligere utskriving av pasienter med større og mer komplekse oppfølgingsbehov, uten at dette er fulgt av tilsvarende justering i finansieringen. I noen tilfeller skyldes dette at sykehusene har endret sin ressursinnsats. Oslo Economics peker også på at vertskommunen der disse enhetene ligger får en del utgifter som ikke er så lett å plassere. Der erfaringene med sykestuene, LMS og DMS har vært gode viser evalueringene at de har bygget på tydelige avtaler om ansvar og finansiering.

Samhandlingsbudsjett kan bygge på faste prinsipper, men må kunne tilpasses lokalt etter behov både i kommuner og sykehus. Samhandlingstilskudd kan være en del av samhandlingsbudsjettet, og tilskuddet må da følges opp etter de kriteriene som gjelder.

Vurdering

I en fremtidig modell vil det være mulig å bygge videre på tidligere erfaringer og etablerte samarbeidstiltak. Helsefellesskapene som er opprettet for å bedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, bør spille en viktig rolle for å starte opp og følge opp tiltak med samhandlingsbudsjetter. Gjennom helsefellesskapene finnes det allerede en arena der fagfolk i både kommuner og helseforetak møtes og kan utarbeide konkrete prosedyrer og tjenestemodeller ut fra faglige vurderinger og lokale forhold.

En fordel med samhandlingsbudsjett er at et slikt samarbeid kan finne sted innenfor de løsninger for finansiering som allerede eksisterer. Omfanget og finansieringen kan tilpasses lokale forhold. I

⁶ Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester.

utgangspunktet kan derfor samhandlingsbudsjett være rene spleiselag mellom kommunene og helseforetakene, men evalueringer viser at et øremerket tilskudd som dekker deler av kostnadene, kan være viktig særlig i en oppstartfase for å stimulere til samarbeid. I utgangspunktet kan det være vanskelig for både kommunene og helseforetakene å se fordelene med et slikt samarbeid og et økonomisk insentiv gjennom et øremerket tilskudd kan gjøre samarbeidet mer attraktivt for begge parter, og bøte på asymmetrien i finansieringen mellom nivåene.

KS avga høringsuttalelse på sykehusutvalgets rapport i 2023. Det ble da pekt på at forslaget om samhandlingsmidler er interessant, men at det måtte utredes bedre. Kommunene var da delt i synet på samhandlingsbudsjetter. Sykehusutvalget la til grunn at samhandlingsbudsjettet som et minimum måtte være på én til to mrd. kroner. Men det gjaldt under de forutsetningen som sykehusutvalget la til grunn, nemlig en statlig prosess hvor midler ble trukket ut. Et samhandlingsbudsjett på for eksempel én milliard ville utgjøre om lag 18,4 mill. kroner per 100 000 innbyggere. Helsefellesskap Lofoten, Vesterålen, Salten representerer et opptaksområde på 136 000 innbyggere og ville dermed kunne disponere om lag 25 mill. kroner. Dersom beløpet på én mrd. kroner fordeles med like stort beløp mellom kommunene og helseforetakene, vil 500 mill. kroner utgjøre 0,4 pst. av basisbevilgningen i 2023 til de regionale helseforetakene. Det ble påpekt i høringsuttalelsen at: «KS er svært kritisk til en eventuell modell hvor nye samhandlingsmidler over statsbudsjettet finansieres gjennom samtidig trekk i kommunerammen og sykehusenes driftsrammer. En ny modell for samhandlingsbudsjett etter klare prinsipper, kombinert med tilskudd vil kunne gi større lokal handlefrihet og potensielt bedre ressursutnyttelse.

En modell som anses lite aktuelt er at staten skal fastsette en fordeling av samhandlingsbudsjett. Det vil være en svært vanskelig oppgave for staten å fastsette denne fordelingen på rettferdig vis før man i det hele tatt vet hvilke tiltak og prosjekter som skal iverksettes i helsefellesskapet. I tillegg vet vi av erfaring at sykehusene har bedre tilgang på gode styringsdata som gjør det mulig å måle effekter av tiltak. I kommunene er det behov for mer komplekse hendelsesanalyser, samtidig som det gjerne mangler strukturerte styringsdata til å kunne gjøre treffsikre kost-nytte-vurderinger. Samhandlingsbudsjetter må settes opp enten ved at partene i helsefellesskapet selv velger å prioritere dette hver fra sine budsjetter og ved at det i tillegg eventuelt bevilges samhandlingsmidler som nytt tiltak på statsbudsjettet uten nedtrekk i kommunerammene.»⁷ Et samhandlingsbudsjett forstått som prinsipper for hvor mye man lokalt i den enkelte kommune går inn med sammen med sykehus kan være en god løsning. Erfaringene fra vellykkede prosjekt kan danne grunnlag for felles prinsipper for samhandlingsbudsjetter til støtte for kommuner og sykehus.

B Bundling- betaling for episoder («penger følger pasient»)

En annen alternativ måte å finansiere samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og kommunene er gjennom det såkalte finansiering av sammensatte (bundlet) behandlingsforløp. Bundling er en betalingsform som bygger videre på elementer fra DRG-metodikken. I stedet for at spesialisthelsetjenesten, fastleger og kommunale tjenester får betaling hver for seg for sine aktiviteter, fastsettes det en samlet finansiering for et definert behandlingsforløp, som kan omfatte utredning, behandling i sykehus, utskrivning og videre oppfølging i kommunen. Målet er å understøtte bedre sammenheng og ansvarlighet på

⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-20238-fellesskapets-sykehus.-styring-finansiering-samhandling-og-ledelse/id2968185/?uid=468969ad-79c4-4cf4-8a33-2e1552d6a779>

tvers av nivåene i helsetjenesten. I praksis må dette løses ved at en av aktørene mottar betalingen og at inntektene deretter fordeles på bakgrunn av etablerte normer eller interne avtaler om økonomisk oppgjør.

I et samhandlingsperspektiv innebærer dette en dreining av insentivene: Når finansieringen er samlet, blir både kommuner og spesialisthelsetjenesten økonomisk berørt av hvordan hele forløpet fungerer. Det kan gi sterkere insentiver til tidlig innsats, god planlegging av utskriving, og til å bygge opp kommunale tilbud som forebygger reinnleggelser og unødvendig bruk av sykehus. Samtidig reduseres risikoen for kostnadsovervelting mellom nivåene, fordi gevinstene av gode sammenhengende forløp i større grad tilfaller helheten og ikke bare én aktør. I dag finnes det finansiering av tjenesteforløp, men bare avgrenset til spesialisthelsetjenesten.

Bundling forutsetter tydelige avgrensninger av hvilke tjenester som inngår i forløpet, og håndtering av variasjoner i pasientenes behov. I praksis innebærer dette ofte risikodeling, slik at kommuner og sykehus som tar ansvar for pasienter med sammensatte og langvarige behov ikke straffes økonomisk. Forløpsfinansiering kan også kombineres med kvalitetsindikatorer, slik at effektiv ressursbruk balanseres mot krav til kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuitet.

En ulempe med bundling av betalingsløp er at slik finansiering egner seg bedre til planlagte forløp enn til forløp som oppstår som følge av akutte hendelser. Det er også problematisk å lage slike bundlede forløp for pasienter med flere samtidige diagnoser. Det egner seg derfor dårlig for behandling av eldre med mange og sammensatte diagnoser. Internasjonalt er bundling brukt ved episoder som er naturlig tidsavgrenset slik som svangerskap, fødsel eller inngrep og oppfølging av hofte- og kneproteser. Bundling brukes også til behandling over tid, men der utbetalingen kan gjøres hvert halvår eller årlig til oppfølging og kontroll av pasienter med en eller et fåtall kroniske lidelser.

Siden betalingen for bundlet behandling skal være en annen måte å finansiere oppgaver kommunene og helseforetakene har i dag, må betalingen komme som erstatning for deler av dagens inntekter og ikke som tillegg. For kommunenes del innebærer det nedtrekk av rammetilskuddet. For å beholde de positive insentivene ved bundling kan ikke uttrekket basere seg på et én-til-én-forhold mellom uttrekk og nye inntekter for den enkelte kommune.

Vurdering

Bundling eller episodefinansiering brukes mest internasjonalt der hvor ansvaret er samlet på et nivå. Det er svært vanskelig å finne gode objektive kriterier innenfor dette feltet for kommunenes del, fordi ressursinnsatsen for de pasientgruppene som har mest behov for samhandling er omfattende, fra mange deler av kommunenes virksomhet (hvis vedkommende bor i eget hjem, som disse pasientene som regel gjør), og innsatsen endrer seg kjapt over tid også på bakgrunn av nye medisinske og teknologiske muligheter. Det kan føre til stort behov for justeringer av betalingsløsningene som er lite effektivt og byråkratiserende. Modellen kan ikke anbefales for kommunal sektor for samhandlingspasienter.

C Samhandlingstilskudd – forpliktende økonomisk ramme over tid.

Rekrutterings- og samhandlingsmidlene er en finansieringsordning som ble innført i 2024 i forbindelse med Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bevilget 280 millioner kroner i 2024 og 286 millioner kroner i 2025. For 2026 så utgjør midlene 326 mill, men det inkluderer da 80 mill til prosjekt X. Da RS-ordningen ble opprettet, hadde ikke kommunene og helseforetakene en organisering som raskt kunne ta midlene i bruk. De hadde heller ikke utviklet kriterier for fordeling av midlene.⁸ En ny rapport om helsefellesskapene viser at en av utfordringene med å få til varige endringer er at finansieringen i stor grad er prosjektbasert. Dette bidrar til å utløse aktivitet, men gjør det krevende å sikre videreføring, slik at tiltak ofte ikke

⁸ <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/helsereform/ny-rapport-gir-retning-for-helsefellesskapene/>

implementeres i ordinær drift. Rapporten om helsefellesskapene anbefaler at finansieringsordningene i større grad understøtter varig oppfølging og implementering av tiltak. Dette innebærer å supplere dagens prosjektbaserte tilskudd med ordninger som legger til rette for videreføring av tiltak i ordinær drift, for eksempel gjennom et implementeringstilskudd.

Vurdering

Denne modellen i noe større omfang kunne med justering for hvem som mottar midlene og avgjør bruken av dem, videreutvikles. En forutsetning for dette er en forpliktende økonomisk ramme over tid, slik at både kommuner og sykehus har forutsigbarhet for planlegging av tilbud. Rammen på 326 mill. kroner er trolig for liten. En dobling ville kunne bety bedre planlegging og ressursutnyttelse.

7. Anbefaling

Vi anser at det vil være svært uheldig å gå bort fra rammefinansieringen som hovedprinsipp. Kommunene har ansvaret for mange av de viktigste velferdstjenestene til innbyggerne.inntektene fordeles mellom kommunene basert på flere ulike kriterier som samlet skal fange opp ulikhet i kostnadsforhold og samlet sett sette kommunene i stand til å gi likeverdige tjenester til innbyggerne.

Ved samarbeid mellom kommuner og sykehus gjennom samhandlingsbudsjett kan man ta utgangspunkt i dagens finansiering av kommunesektoren. Omfanget og finansieringen kan tilpasses lokale forhold, og helsefellesskapene kan spille en sentral rolle for å starte opp og følge opp tiltak med samhandlingsbudsjetter. Samhandlingsmidler vil bidra til å stimulere til samarbeid.

Det vil være vanskelig på forhånd å gi gode og objektive tall for pasientgrunnlaget for samhandling, og deretter fordele midlene til ulike pasientgrupper på en helt annen måte.

En annen utfordring er at sykehusene har en mer kortsiktig og målbar innsats og dermed et helt annet grunnlag for å gjøre vurderinger om kostnad enn det kommunene har. I tillegg er det også sannsynlig at kommunene kan fortsette å øke sin ressursinnsats, men utviklingen vil stadig gå i retning av mer avansert behandling som bare kan leveres på sykehusene.

8. Samarbeid mellom kommuner – finansieringsutfordringer

Det pågår omfattende interkommunalt samarbeid mellom kommunene. Slike samarbeid kan bidra både til bedre kvalitet på tjenestene som leveres og til reduserte kostnader for den enkelte kommune. Vertkommunen tar et ekstra ansvar i slike samarbeid, og de ekstra kostnadene som vertskommunen har, bør hensyntas i avtalene om samarbeid.

Små kommuner kompenseres gjennom inntektssystemet for smådriftsulempen, og disse ulempene kan reduseres med interkommunalt samarbeid. Det er ikke nødvendigvis behov for et nytt tilskudd, men klarere anbefalinger om hva man bør ta hensyn til i avtaler om interkommunalt samarbeid.

Skjønnskuddet blir brukt til å kompensere kommunene for lokale forhold som ikke blir fanget opp gjennom inntektssystemet eller andre fast tilskuddsordninger. I 2026 er den samlede skjønnsrammen til fordeling mellom kommunene på 1 030 mill. kroner. Skjønnskuddet er satt sammen av en basisramme, en reservepott og tilskudd til innovasjons- og utviklingsprosjekter. Basisrammen er på 830 mill. kroner i 2026, og fordeles til statsforvalteren som igjen fordeler rammen videre til kommunene. Statsforvalteren har ansvaret for årlig å fordele basisrammen mellom kommunene basert på statsforvalterens kjennskap til forholdene i den enkelte kommune. Tildelingen skal skje i dialog med kommunene, og det skal gjøres reelle vurderinger av behov for tilskudd fra år til år.⁹ Skjønnsmidlene brukes til mange ulike formål inklusive reparasjon/gjenoppbygging av kommunal infrastruktur etter naturskade.

Andre tilskuddsmidler

KS mottar tilskudd til flere prosjekter for å ivareta rollen som utviklingsaktør sammen med kommunene. Eksempler på dette er Menn i helse, Jobbvinner, Tørn samhandling. En mulighet kan være å slå sammen noen av disse prosjektene som kan forbeholdes samhandling mellom kommuner på velferdsområdet, hvor KS da er beredt til å bistå.

⁹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/893e7a447a4d45178108c3beef62de0c/retningslinjer-for-skjonnstildelingen-2026.pdf>