

Om behovet for reformer i helsesektoren

Hans Olav Melberg (hans.olav.melberg),

Område for helsetjenester, FHI

Mål

Formålet med dette notatet er å gi en kortfattet oversikt over argumentene rundt behovet for reformer i helsesektoren. Målet er ikke å argumentere for et spesielt syn, men å organisere, strukturere og vurdere noen av de sentrale argumentene.

Hva slags kunnskap trengs?

For å vurdere om det er et behov for reformer, må man ha kunnskap om:

- Hvilke utfordringer forventer man framover? (For eksempel, demografi, teknologi, bemanningsproblemer, svakere økonomi)
- Hvilke mål har man? (Bedre helse, mindre ulikhet, kostnadseffektive tjenester)
- Hva man mener med «dagens system» og hva er alternativene? (Sentralisering eller desentralisering, finansieringssystemer, nivådeling med primær- og sekundærhelsetjeneste)
- I hvor stor grad oppfyller de ulike alternativene oppfyller målene?

Dette notatet vil ikke drøfte alle punktene hver for seg både fordi det vil kreve en lang innledning, men også fordi temaene henger sammen: I det samme man fremhever visse utfordringer, peker man også på mulige reformer. I stedet for å diskutere hvert punkt isolert, vil notatet gi en oversikt ved å fremheve argumenter som tar utgangspunkt i ulike utfordringer. Deretter vil vi systematisere og vurdere argumentene uten å gå i stor detalj på all relatert empirisk og teoretisk litteratur. Målet er å gi en kortfattet oversikt, ikke å være uttømmende.

Før vi starter

Det er viktig å understreke at diskusjonen ikke handler om dagens system har fungert godt historisk, men om hvilket system som vil være best framover gitt de endringene man ser komme. Det er med andre ord ingen konflikt i å si at man så langt har et system som har fungert godt, men at man samtidig ser behovet for reformer.

Videre bør det bemerkes at argumentene i notatet ikke representerer et gjennomarbeidet offisielt syn fra FHI. Tidsfristen har vært kort og forespørselen så åpen, at den naturlige tilnærmingen har vært at Område for helsetjenester formulerer en fleksibel og rask respons, med innspill fra andre deler av instituttet.

Trend 1: Demografiske endringer

Den demografiske utviklingen gir flere eldre med komplekse behov innen omsorg og helse. Dette øker behovet for helsetjenester og et mulig svar er en mer integrert tjeneste der primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er organisert i en felles enhet med et helhetlig ansvar. På den måten ønsker man å bedre informasjonsflyten og hindre koordineringsproblemer som oppstår når ulike deler av tjenesten fokuserer mest på egne budsjetter. For eksempel for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten som ikke får plass i kommunale tjenester. Eller pasienter som kunne vært behandlet lokalt som sendes til sykehus, eller pasienter som skrives ut så fort fra sykehus at kommunene må ta store oppfølgingskostnader.

Et mulig argument mot det demografiske argumentet for reform, er at effekten blir mindre på grunn målet om «sunn aldring» og at en del av helsekostnadene uansett kommer mot livets slutt. Framskrivninger viser at selv om dette vil påvirke utviklingen, vil de store fødselskullene etter krigen og den økte levealderen fremdeles gi betydelig vekst i behovet for helse- og omsorgstjenester.

Selv om demografiske endringer vil være viktige, vil noen mene at dette i seg selv ikke er et argument for å slå sammen primær og spesialist-helsetjenesten. Også i dagens system har vi rutiner og finansielle insentiver for samhandling. En ny organisering vil ikke løse utfordringene med vekst i behovet. Svaret på økningen i behovet, mener noen, er å endre den samlede ressurstilgangen.

Disse argumentene kan ikke avgjøres teoretisk, men ved at man må få en bedre oversikt over hvor store de ulike effektene er. Man må blant annet undersøke pasientflyten og kartlegge:

- Hvor ofte blir sykehjemspasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten, for hvilke diagnoser, og ville det vært mulig å behandle disse med bedre koordinering og en styrket primærhelsetjeneste?

- Hvor ofte blir brukere av kommunale omsorgstjenester behandlet i spesialisthelsetjenester, for hva, og avslører dette rom for mulige forbedringer?

To nyanser rundt demografiargumentet

Nyanse 1: Vekst i antallet yngre med behov for helsehjelp

Argumentet om demografiske endringer, fokuserer ofte på veksten i antall eldre. Selv om det er sant og viktig, er det også en annen trend som ikke er så kjent: Veksten i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pleietrengende unge. Det har vært en betydelig vekst i antall ikke-eldre som mottar kommunale omsorgstjenester, inkludert sykehjem. Dette er pasienter som ofte mottar mange helsetjenester, og utgjør på samme måte som veksten i antall eldre et argument for å forsterke samhandling og primærtjenestene. I tillegg utgjør det et selvstendig argument for bedre insentiver og koordinering rundt forebygging og tidlig innsats, selv om en del av sykdomsbyrden i denne gruppen vanskelig kan forebygges.

Nyanse 2: Ikke bare kommune vs. sykehus

Ofte presenteres diskusjonen rundt koordinering som et problem for samhandlingen mellom kommunene og sykehusene. Dette er bare delvis riktig. Det er mange andre aktører, inkludert apotekene og statlige tilbud. Et godt eksempel er kommunale insentiver til å investere i sykehjem vs. andre omsorgstjenester. Når personer er i omsorgsbolig, kan kommunene få leieinntekter som delvis dekkes av staten (bostøtte), statlig støtte til hjelpemidler og annet utstyr (heis, seng), og andre helsetjenester (betalt av pasienten/staten). Det betyr at kommunene kan ha et insentiv til å velge en sammensetning av tjenestene som er gunstige for kommunene, men ikke for samfunnet som helhet. Denne utfordringen har fått mindre oppmerksomhet enn samhandlingsproblemer knyttet til kommune vs. sykehus, og det er behov for å mer kunnskap om:

- Hva er totalkostnaden for samfunnet for middels til tunge brukere i ulike omsorgsløsninger sammenlignet med institusjonsplasser?
- Hva er kostnadene knyttet til kommunale omsorgstjenester i bemanning og ressurser per pasient (sammenlignet med institusjonsplasser)?

Trend 2: Ny teknologi og nye legemidler

I tillegg til demografiske endringer, vil ny teknologi og nye legemidler øke etterspørselen etter helsetjenester og skape behov for reformer. For å si noe mer konkret om hva slags

utfordringer og reformer det kan aktualisere, er det nyttig å skille mellom ulike typer teknologiske endringer.

Digitale hjemmetjenester og velferdsteknologi: Ny teknologi gjør det mulig for personer med relevante behov å bli mer kontinuerlig monitorert eller at de selv foretar målinger som blir sendt og tolket i en sentral. På den ene siden kan disse tjenestene spare andre tjenester ved at man fanger opp signaler før problemet blir alvorlig, men de har også en kostnad i form av investeringer og ved at de kan skape et større bruk av tjenester ved at fordi helsetjenesten må vurdere og reagere på mer informasjon enn tidligere. Denne teknologien skaper et behov for innovasjon, kunstig intelligens, ny organisering og samhandling mellom sykehus og primærhelsetjenesten.

En annen gruppe ny teknologi og nye legemidler åpner for ny behandling som ikke tidligere var mulig. Ofte er det dyre intervensjoner med usikker effekt usikker, men potensielt betydelig forbedring for noen. Dette vil skape et økende press på finansiering i det offentlige helsevesenet, mulige økte køer og ventetid, og skape et større marked for private løsninger for de som kan betale. Vi vet at dette markedet er voksende, men det er behov for mer kunnskap for å vite hvor mye de private tilbudene vokser og om effekten av reformer i offentlig sektor for å skape innovasjon og nye tilbud (for eksempel digitale konsultasjoner, nettlege mm). Dette vil trolig kreve en endring i finansieringssystemer. For eksempel kan et takstbasert system bli lite innovativt dersom takstene ikke endres raskt når man får ny teknologi. Mer basisfinansiering eller betaling basert på utfall kan være en del av mulige reformer som gjør det mulig og lønnsomt å være mer innovativ. En slik endring må balanseres mot incentiver til å redusere aktivitet ved stor grad av basisfinansiering, som i sin tur kan øke ventetiden.

En tredje gruppe teknologi er de som forenkler og reduserer kostnader. For eksempel ble antall liggedager redusert da man begynte med kikkhullskirurgi. Denne type teknologi har bidratt til en overgang fra døgnplasser til dagplasser og poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. I den grad denne tendensen fortsetter, kan man forvente at flere oppgaver som tidligere ble utført på et høyt spesialisert nivå, kan utføres raskere og på et lavere nivå i helsetjenesten - hvis reformer gjennom organisering og finansieringssystemer legger til rette for dette.

For nye medisinske intervensjoner, har dagens system godt etablerte metoder og rutiner som prioriterer mellom ulike intervensjoner ved innføring. De vil bli satt under sterkere press fremover. Stadig flere behandlinger innføres på grunnlag av små forsøk med få

personer. Dagens system har også relativt svake systemer for etterprøving av effekt og justering av pris og bruk i etterkant av innføring. Undersøkelser antyder at betydelige ressurser går med til tjenester som har liten eller ingen effekt og med den nye teknologien kan dette vokse. Dette skaper et behov for reformer, som øker insentivene til å bruke registerdata, kunstig intelligens, bedre faglig feedback og «kloke valg.» Et viktig element i en reform kan være å styrke helsesystemet evne til nettopp dette: jevnlig revurdere kunnskapen om effekt av ulike tiltak, og ha strategier og krefter for gjennomføring av de-implementering.

Trend 3: Bemanning og økonomi

En tredje utfordring som skaper en utfordring, er strammere økonomiske rammer og problemer knyttet til mangel på kompetent personell. Argumentet er at den nåværende trenden, spesielt i bemanning, ikke er bærekraftig på sikt. Det er et omstridt argument i den forstand at hva som er «bærekraftig» avhenger av politisk vilje til å prioritere sektoren. På lang sikt er det mulig at helsesektoren kan vokse både i antall ansatte og som andel av totaløkonomien. Når inntektene og behovene øker, er det naturlig at man ønsker å bruke mer på helse. Det er også naturlig at sektorer som er arbeidsintensive vokser mer som andel av økonomien når produktiviteten i samfunnet øker (Når vi blir mer effektive til å lage biler og andre kapitalkrevende produkter, stiger utgiftene til helse fordi man må betale de som jobber i helse lønninger som kan konkurrere med de lønningene som gis i sektorer med større produktivitetsvekst)

At sektoren i teorien kan utvides, er imidlertid ikke et godt argument mot reformer. For det første, vil det på kort og også relativt lang sikt ofte være vanskelig å skaffe nok kompetent arbeidskraft. Og selv på lang sikt kan det i praksis være vanskelig for det offentlige å skape det økonomiske handlingsrommet man trenger for å dekke gapet mellom forventninger og muligheter i helsesektoren. Uten reformer i offentlig sektor, vil trolig en del av behovet bli dekket av private tjenester og man vil få voksende ulikheter.

En mulig reform, er et større samarbeid mellom det offentlige og det private. Man kan, for eksempel, i større grad ha et system der det offentlige finansierer tjenester som tilbys gjennom det private (Fritt behandlingsvalg og lignende). Hvis – et viktig hvis - disse tilbudene er mer effektive enn det det offentlige kan tilby, vil en slik reform bidra til mer helse til en lavere kostnad enn dagens system. Også her er det viktig med empiriske analyser som sammenligner kostnader og nytten. Det er da viktig å ta hensyn til at det er ulikheter i pasientgruppen (for eksempel kan det offentlige ha de pasientene som krever tyngst behandling) og kostnader knyttet til etterbehandling av eventuelle komplikasjoner.

En privat-offentlig reform har flere mulige motargumenter. Systemer med offentlig finansiering av private tjenester kan være administrativt krevende, gjør det vanskelig å ha kostnadskontroll for det offentlige, og prioriterer visse grupper på bekostning av andre (som ikke får det samme tilbudet og må kutte hvis veksten er stor på det området som tilbyr fritt behandlingsvalg). Offentlige reformer som «kloke-valg» mister også kraft når tjenestene tilbys i det private.

Trend 4: Lite investeringer i forebygging og forskning innen omsorg og primærhelse

Dagens system skaper for svake insentiver for forebygging fordi de som har ansvaret (kommunene) må ta kostnaden, men får ikke hele gevinsten. Når kommunene bruker penger for å forhindre lårhalsbrudd, er det ikke bare de, men også staten og sykehusene som får gevinsten hvis det virker. Kommunene er også ofte for små til å ha god og stabil spesialisert kompetanse. Et mulig argument for en reform, er at man kan skape større miljøer med bedre insentiver dersom man både slår sammen spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og samtidig lager større enheter.

Motargumentet mot dette kan være at større og mer integrerte regioner skaper mer kompleksitet. Videre vil de større enhetene ikke ha samme lokalkunnskap som kommunene om hva som trengs, hvem som trenger det og når. Ingen organisering i større enheter vil endre på det faktum at vi har en spredt befolkning med ulike lokale behov. Samtidig kan den endre på insentivene slik at de som har kostnaden (for eksempel til forebygging) i større grad kan få hele gevinsten. Det er ikke sikkert det i sum vil gi sparte kostnader i sum (forebygging kan også føre til økte kostnader til andre sykdommer livsløpsperspektiv), men det vi allikevel ha en verdi i form av flere gode leveår.

Et relatert problem til svake insentiver til å forebygge, handler om at primærhelsetjenesten ofte har et svakere faglige grunnlag for å velge riktige folkehelsetiltak. Insentivene i sektoren har vært å forske på spesialisthelsetjenester og ikke på primærhelsetjeneste eller forebygging og folkehelsetiltak. I spesialisthelsetjenesten er det en obligatorisk andel av midlene som går til forskning, og private har en klar vei inn i systemet slik at kan tjene penge på å nye legemidler. Man har ikke tilsvarende obligatoriske forskningsmidler eller private veier inn til godkjenning i primærhelsetjenesten. Insentiver for forskning i primærhelsetjenesten og på forebyggende tiltak vil være viktige for å finne frem til løsninger som kan gi mindre press

på spesialisthelsetjenesten, herunder bedre samhandling. Forbedringer i dette systemet man vurdere som en del av reformer i sektoren.

Trend 5: Omstilling og investering

Et ofte brukt argument om behovet for reformer, handler om at dagens system med helseregioner er dyrt å administrere og at strukturen gjør det vanskelig å håndtere investeringsbeslutninger og nødvendig omstilling - både mellom tjenester og mellom geografiske områder med ulik befolkningsvekst. Lokale interessenmotsetninger gjør det krevende å bestemme hvor man skal lokalisere tjenester, bygge nytt, og legge ned eller endre.

Argumenter om utviklingen i omstillings og investeringsbehovet i RHF-ene brukes ofte i to retninger. Den ene gruppen vil ha mer sentralisering og legge ned de regionale helseforetakene. Andre vil ha en desentralisering og mulig oppdeling med sterkere lokal politisk kontroll med RHF-ene.

Hvis problemet er manglende omstilling som følge av lokale interessenmotsetninger, er det vanskelig å tenke seg at løsningen er mer lokal politisk innflytelse. Samtidig er det heller ikke gitt at sentrale beslutningstagere vil være mer immune mot ulike pressgrupper enn styrene i regionale helseforetak. Dette er et område der normative argumenter om legitimitet i beslutningen også spiller en stor rolle, og det er vanskelig å komme med nøytrale svar basert på tall.

Det man kan gjøre, er å peke på noen mulige problemer og konsekvenser. For eksempel er de regionale foretakene ansvarlige både for investeringer og drift. Noen investeringer er svært store som betyr at relativt små feil i investeringene, kan få betydelige konsekvenser som går ut over drift. Slike underskudd kan i noen tilfeller dekkes gjennom ekstraordinære bevilgninger, men dette skaper uheldig presedens. Det er mulig man i større grad bør ha reformer som skiller investeringer og drift. Spesielt hvis man ønsker å skape flere, men mer integrerte helseområder i Norge. Da vil disse regionene trolig ikke bli store nok til at de kan ta isolerte beslutninger om investeringer, oppgavedeling og lokalisering av spesialiserte tjenester.

Konklusjon

Det er sagt at de som tror de tror de har funnet det optimale systemet for å organisere helsetjenesten, bør vurdere om de har et Napoleonkompleks. Det er gode argumenter og motargumenter for mange av endringene og konklusjonen vil avhenge av hvor sterke de ulike effektene er. Dette er i seg selv en konklusjon: Det gjenstår et arbeid med å undersøke konkrete mekanismer og styrken på disse i ulike systemer. For eksempel i hvor stor grad silotenkning og fokus på egne budsjetter føre til feiltilpasninger i forebygging, kommunal omsorgstjeneste, og i pasientflyten mellom de ulike nivåene.

Litteratur

Her er en liste med noen av debattinnleggene om reformer i helsevesenet.

Jon Magnussen: Er helseforetakenes tid over?

Mer her: <https://www.altinget.no/helse/artikkel/er-helseforetakenes-tid-over>

Dette tror helseøkonomen må til for å løse problemene i helsesektoren

<https://www.dagensmedisin.no/helsepolitikk-og-helseokonomi-helsereformutvalget-prosjekt-x/dette-tror-helseøkonomen-ma-til-for-a-lose-problemene-i-helsesektoren/706732>

Mer faglighet innenfor demokratiske rammer

Gunnar Bovim og Bjørn Atle Bjørnbeth

Mer her: [Mer faglighet innenfor demokratiske rammer](#)

Faget først – det er slik vi berger sykehusene

Ståle Ørstavik Clementsenoverlege og leder i Overlegeforeningen

[Faget først – det er slik vi berger sykehusene](#)

[Vi trenger mer enn justeringer og velmente intensjoner](#)

Søren Barlebo Rasmussen Partner i strategihuset Mobilize

Gunnar Bovim Rådgiver / professor, Rektors stab, NTNU

Stig A. Slørdahl Helse Midt-Norge

[Sykehusdirektør etterlyser større grep i helsetjenesten](#)

[Forebygging reduserer ikke trykket på helsetjenestene | DN](#)

Jonas Minet Kinge, Geir Godager, Bjørn-Atle Reme, Henning Øien

[Hva feiler det egentlig helsevesenet?](#)

Ståle Clementsen Leder, norsk overlegeforening

[Bovim leder nytt utvalg: – Går løs på oppdraget med skrekkblandet fryd](#)