

Innspill Helsereformutvalget

1. Verdien av innsatsfaktoren medisinsk utstyr og helseteknologi

Norske helse- og velferdstjenester står i en vedvarende skvis: flere pasienter, mer komplekse forløp og knapphet på personell, samtidig som budsjettene strammes til. Medisinsk utstyr og helseteknologi er en av de viktigste innsatsfaktorene vi har for å møte disse utfordringen på en bedre måte.

Melanor mener at det ikke spiller så stor rolle hvilken modell vi velger for organisering, styring og finansiering, men om vi ikke løfter medisinsk utstyr og helseteknologi opp som en strategisk innsatsfaktor vil modellen feile på sikt.

2. Anskaffelse av innsatsfaktorer

Dagens anskaffelsespraksis understøtter at det er enklere å gjenkjøpe gårsdagens løsninger fremfor å anskaffe noe som gjør helsevesenet i stand til å anskaffe det helsevesenet har behov for i fremtiden. Helse-Norge har lenge vært vant til å tenke på medisinsk utstyr som noe man «kjøper inn så billig som mulig», innenfor et årlig budsjett, med et sett minimumskrav til kvalitet. Det har gitt oss god tilgang på enkelt og standardisert utstyr til lav pris. Men det har også hatt en pris.

Det betyr at gode løsninger som gjør at Helse-Norge kan f.eks. behandle flere pasienter med færre hender eller med et lavere ressurspådrag, ikke er tilgjengelig på det norske markedet. Dette er løsninger vi trenger for å kunne møte fremtidens behov. Det er også i liten grad tatt inn løsninger som gjør at kostnaden kommer i en silo, mens gevinsten er i en annen. Til tross for at dette er den mest samfunnsøkonomiske lønnsomme modellen.

Når hovedspørsmålet i anskaffelser er «hvem er billigst nå?», blir det mindre rom for det egentlige spørsmålet:

Hvilken løsning løser det medisinske problemet best, med minst mulig ressursbruk gjennom hele pasientforløpet? I praksis betyr dagens logikk at:

- teknologier som reduserer innleggelser, kontroller, reinnleggelser og komplikasjoner ofte taper mot enklere produkter

- løsninger som kan flytte aktivitet nærmere pasienten, hjem eller til primærhelsetjenesten, ikke får gjennomslag fordi de ikke passer inn i dagens takster og innkjøpsmaler
- det sjelden tas høyde for at noen systemer er dyrere i innkjøp, men billigere i drift og bemanning, og tryggere for pasienten over tid

Det grunnleggende problemet er at anskaffelser ofte ser på en liten del av bildet – innkjøpspris og minimumskrav – og ikke på totalbildet: pasientens forløp, ressursbruken i hele kjeden og den samlede kostnaden for samfunnet.

3. Utvikling av innsatsfaktorer

I Norge har vi lagt til rette for at innovasjonsselskaper skal kunne lykkes. Selskap som har gode løsninger basert på klinikers behov, men som i mindre grad lykkes i å gå fra å være suksess på ett sted til å skalere opp til å bli et produkt eller løsning som kan anskaffes av flere. Hvorfor blir det sånn?

Vi kan peke på to årsaker. Den ene er at rammebetingelsene er for dårlige i Norge. Det er lav betalingsvilje og en stor andel av risikoen legges på leverandørmarkedet. Dette gjør at Norge ikke er et attraktivt marked for oppstartsbedrifter eller globale aktører.

Den andre årsaken er at det er vanskelig for helsevesenet å finne de løsningene de trenger gjennom anskaffelsesprosessene som er etablert i Norge. Det er lite kultur for å ha tett dialog med leverandørmarkedet om behovsdrevne anskaffelser som gjør at man sammen kan finne løsninger. Vi mener å se at dette fører til at man istedenfor «innoverer» sin egen skreddersøm istedenfor å ta i bruk eksisterende løsninger. I Norge er andelen offentlig investering i innovasjon altfor høy for å være bærekraftig på sikt.

3. Gode rammebetingelser for leverandørmarkedet

Vi ser at antallet tilbud per konkurranse mange steder er urovekkende lavt. I gjennomsnitt mottar Sykehusinnkjøp kun 2,4 tilbud per anskaffelse de utlyser. Det er kritisk lavt.

Vi tror at det vil være hensiktsmessig å flytte innkjøp av medisinsk utstyr og helseteknologi til et riktigere strategisk nivå, med riktig mandat. Når innkjøpsavdelingen blir tvunget til å utfordre brukerne om deres behov vil det bli enklere å ha markedsdialoger med leverandørmarkedet om mulige løsninger. Dette vil på sikt føre til at vi i Norge blir flinkere til å ta i bruk medisinsk utstyr og helseteknologi på tvers av sektorene.

Når leverandører opplever at det ikke lønner seg å tilby mer avanserte eller mer arbeidsbesparende løsninger, fordi dette ikke blir vektet, faller de fra. Et system som belønner «nesten likt produkt, men litt billigere», vil over tid svekke både innovasjon og konkurranse.

4. En mer logisk innkjøpslogikk: Kjøp det som gir best total effekt

I helsetjenesten bør vi bruke samme tilnærming til anskaffelser som vi gjør ellers i samfunnet:

Ikke bare spørre «hva koster denne enheten?», men «hva koster det å bruke denne løsningen gjennom hele pasientforløpet – og hvor mye helse og trygghet får vi igjen?».

En slik innkjøpslogikk innebærer at vi:

- vurderer hvordan ulike løsninger påvirker liggetid, behov for fysisk oppmøte, reiser, bruk av personell og sannsynlighet for komplikasjoner
- ser på hele pasientforløpet, ikke bare på enkeltbesøk eller én prosedyre
- belønner løsninger som er litt dyrere i innkjøp, dersom de sparer betydelige ressurser og gir bedre resultater over tid

Poenget er ikke å «kjøpe dyrest». Poenget er å kjøpe det som totalt sett gir mest helse for pengene:

Løsninger som gir mest igjen for pasienten, for klinikken som skal bruke teknologien hver dag, og for helsetjenesten og samfunnet som skal finansiere forløpene.

Det er dette gapet mellom innkjøpslogikken og den kliniske og økonomiske virkeligheten Helsereformutvalget har mulighet til å tette.

5. Et tydelig eksempel på ulønnsom praksis

Norge har titusener av pasienter med pacemaker. Standardmodellen er ofte denne: pasientene kalles inn til fysisk kontroll på sykehus, gjerne én gang i året, noen oftere. De reiser inn, tar fri fra jobb eller ordner seg hjelp til transport, sitter på venterom, kobles til sykehusets utstyr, og får beskjed om at alt er i orden – før de får en ny time langt frem i tid.

For flertallet skjer det ingenting med behandlingen på disse kontrollene. De er rutinemessige. Samtidig fyller de opp poliklinikkene, rommene og kalenderen til sykepleiere og leger, i en tid der alle er enige om at personell er vår knappeste ressurs.

Samtidig vet vi at:

- moderne pacemakere kan overvåke hjertet kontinuerlig og sende data fra pasientens hjem til sykehuset
- systemene kan fange opp arytmier og andre avvik når de faktisk oppstår, i stedet for å gamble på at én årlig kontroll skal treffe på riktig tidspunkt
- det finnes faglig gjennomarbeidede forslag til hvordan man kan organisere dette: én fysisk kontroll etter implantasjon, deretter primært digital oppfølging, med innkalling ved reelle funn eller behov

For pasienten er det lett å se hva som er mest rasjonelt:

Er det tryggest at noen ser på pacemakeren én gang i året på sykehuset – eller at den overvåkes kontinuerlig og gir beskjed når noe er galt?

For helsetjenesten er regnestykket like åpenbart:

Kontinuerlig digital oppfølging frigjør tid, rom og personell, reduserer unødvendige oppmøter og gjør det mulig å prioritere de pasientene som faktisk trenger fysisk vurdering.

Likevel er ikke dette blitt standard. Ikke fordi teknologien mangler. Ikke fordi fagmiljøene er imot. Men fordi finansiering, styringssignaler og innkjøpspraksis fortsatt er rigget for den gamle modellen:

Man kjøper pacemakeren, men ikke tjenesten rundt; man belønner fysisk aktivitet mer enn smart oppfølging, og man forventer at hver enkelt klinikk selv skal ha kapasitet til å redesigne forløpene.

Pacemakerpasientene viser dermed to ting:

- hvor stort potensialet er når vi velger løsninger som gir best samlet effekt
- hvor mye dagens systemlogikk står i veien for å ta dette potensialet ut

6. Et uutnyttet potensial

Melanors medlemmer leverer ikke bare produkter. De sitter også på:

- erfaring fra hundrevis av prosjekter i andre land og sykehus, hvor nye løsninger er testet, skalert og målt
- metodikk for å endre arbeidsprosesser, sette riktige alarmgrenser, trene opp personell og dokumentere effekter
- evne og vilje til å inngå avtaler der en del av betalingen knyttes til dokumenterte forbedringer i pasientforløp og ressursbruk

7. Vår anbefaling

Melanor vil oppfordre Helsereformutvalget til å bruke anskaffelser aktivt som en del av løsningen på kapasitetskrisen.

Innkjøp bør styres mot løsninger som gir best samlet effekt for pasient, helsetjeneste og samfunn. Det betyr at kriterier for valg av leverandør må vektlegge hvordan ulike løsninger påvirker pasientforløp, ressursbruk og risiko over tid.

Løsninger som dokumenterbart gjør det mulig å flytte behandling nærmest mulig pasienten med lavest mulig ressurspådrag må en reell fordel i anskaffelsesprosesser. Finansiering av helsevesenet bør understøtte dette.

Industrien bør defineres eksplisitt som en medspiller i reformen, under klare rammer. Det innebærer å involvere industrien tidligere i diskusjoner om pasientforløp, finansiering og gevinstrealisering, og å stille tydelige krav til dokumentasjon og resultater når nye løsninger tas inn.

Melanor og våre medlemsbedrifter ønsker ikke et system hvor det er «mest lønnsomt å selge mest mulig utstyr». Vi ønsker et system der det lønner seg å bidra til løsninger som gir mest mulig helse, med minst mulig unødvendig ressursbruk. Da må vi bruke anskaffelser som det kraftige styringsverktøyet de faktisk er – og styre etter det som er logisk: å velge det som gir best effekt, totalt sett.

Vennlig hilsen

Melanor

Hella Yngsdal
Fagdirektør