

Innspill til helsereformutvalget

Sanofi Norge takker for muligheten til å gi innspill til Helsereformutvalgets viktige arbeid. Vi ser med glede på at utvalget anerkjenner behovet for en mer sammenhengende og kunnskapsbasert helsetjeneste, og at utfordringsbildet som nå tegnes legger et godt grunnlag for en bred diskusjon om fremtidens helsetjenester.

Samtidig mener vi at arbeidet bør gis et høyere ambisjonsnivå dersom reformen skal ta opp i seg de strukturelle utfordringene som i dag hemmer kapasitet, innovasjon, rettferdig tilgang – og ikke minst beredskap. I en global situasjon preget av økende geopolitisk uro, sårbare forsyningskjeder og større avhengighet mellom land, er helseberedskap blitt en integrert del av vurderingen av hva som gjør et moderne helsetjenesten motstandsdyktig. Folkehelse, tilgang til behandling og evnen til å opprettholde kritiske tjenester i krisesituasjoner kan ikke lenger sees som adskilte størrelser. Dette forsterker behovet for reformer som sikrer at Norge har en helsetjeneste som både fungerer i hverdagen og står støtt når det virkelig gjelder.

En reform som skal møte fremtidens demografiske og strukturelle utfordringer må derfor ikke bare rette blikket mot organisering og finansiering, men også mot hvordan helsesystemet kan bli mer robust gjennom bedre prioritering, sterkere forebygging og tydeligere insentiver for innovasjon. Den globale situasjonen gjør det mer relevant enn noen gang å bygge en helsetjeneste som er i stand til å levere – både i normal drift og i krevende situasjoner.

Helhetlig prioritering for en rettferdig og bærekraftig velferdsstat

Utvalgets arbeid viser tydelig at dagens organisering og finansiering skaper parallelle strukturer som hindrer helhetlige beslutninger. Sanofi mener at en bærekraftig helsereform forutsetter at prioriteringer gjøres ut fra hva som totalt sett gir størst helsegevinst og samfunnsnytte, ikke hva som lønner seg innenfor ett enkelt budsjett. Dette er særlig krevende i et system som i praksis opererer med tre atskilte budsjetter: kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og NAV. Som Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre selv uttalte i 2025, er det fortsatt «vanntette skott» mellom nivåene, og finansieringsmodellene trekker ikke i samme retning. Når kostnader og gevinster fordeles så ulikt, blir heller ikke prioriteringssystemet i stand til å ta hensyn til de tiltakene som samlet sett gir mest verdi. Dette kommer tydelig til uttrykk på flere områder.

For sjeldne sykdommer faller kostnadene i dag på det sykehuset eller den helseregionen der pasienten hører hjemme, mens gevinstene av behandlingen, redusert sykdomsbyrde, færre komplikasjoner og

høyere livskvalitet, kommer nasjonalt. Resultatet er at små fagmiljøer påføres store, uforutsigbare utgifter, og tilgang på behandling varierer med geografi. Dersom regjeringen mener alvor med målet om likeverdig tilgang, må finansieringsansvaret løftes nasjonalt. Så lenge beslutninger styres av lokale budsjetter, vil sjeldne diagnoser forbli et område der systemet ikke lykkes med rettferdig prioritering og bidra til ulikhet i helse.

Et annet eksempel er **forebyggende helsetiltak**, der gevinsten ofte oppstår langt senere og i et annet budsjett enn der kostnaden faller. Et system som skal prioritere helhetlig må i større grad sørge for nasjonal finansiering av forebygging, slik at kommuneøkonomien ikke blir en barriere for å redusere sykdomsbyrden.

Et tredje område hvor manglende helhetlig tenkning gjør at systemet svikter, er **arbeidsdeltakelse**. Oslo Economics viste i 2024 at 78 % av befolkningen mener behandlinger som får folk tilbake i jobb bør prioriteres, selv når dette gir mindre helse per krone. Likevel ekskluderer Norge eksplisitt produktivitetseffekter fra metodevurderinger. Det betyr at tiltak som reduserer sykefravær eller gjør at mennesker kan gå tilbake til arbeid ikke vurderes som mer verdifulle enn tiltak med mindre samlet samfunnsnytte. Dette valget blir enda mer problematisk i lys av at nesten 20 prosent av yrkesaktive mottar helserelaterte ytelser, og at NAV brukte 240 milliarder kroner på sykepenger, AAP og uføretrygd i 2024. Når kostnaden ved inaktivitet ligger i ett budsjett, mens kostnaden ved behandling ligger i et annet, blir det rasjonelt for enhver budsjettansvarlig å ignorere det befolkningen faktisk vektlegger.

Disse tre eksemplene illustrerer den samme strukturelle svakheten: Dagens system ser ikke helheten. Sykehusenes økonomiske press forsterker utfordringen ytterligere. Med 62,5 milliarder kroner i gjeld ved utgangen av 2024 og 2,9 milliarder i renter og avdrag i 2025, har sykehusene sterke incentiver til å velge de billigste løsningene på kort sikt. Det gir ikke rom for investeringer som er dyrere i sykehusbudsjettet, men billigere for samfunnet som helhet.

Sanofi foreslår følgende tiltak:

- Etablere én samlet modell for helseøkonomi som gjør at gevinster og kostnader sees på tvers av kommuner, sykehus og NAV.
- Innføre en nasjonal finansieringsordning for sjeldne sykdommer, slik at behandlingskostnader ikke belaster enkeltforetak og skaper geografisk ulikhet.
- Opprette en nasjonal forebyggingspott, øremerket tiltak med dokumentert effekt, slik at kommunenes økonomi ikke avgjør hvilke forebyggende tjenester som tilbys.
- Integrere produktivitetseffekter i metodevurderinger, slik at behandling som får mennesker tilbake i arbeid vurderes mer helhetlig.
- Gjennomgå terskelverdier, alternativkostnad og virkemidler i prioriteringssystemet for å sikre at de fremmer samfunnsøkonomisk riktige beslutninger, ikke bare isolerte budsjettmessige prioriteringer.

- Reformere budsjettansvarsprinsippet, slik at ingen sektorer taper økonomisk på å sette inn tiltak som gir gevinster i en annens sektors budsjett.

Bedre utnyttelse av kapasitet utenfor sykehusene

Utvalget peker på betydelige kapasitetsutfordringer i helsetjenesten, og Sanofi deler vurderingen av at personellmangel og økende ventetider er blant de mest akutte risikoene for tjenestens bærekraft. I dag løftes det frem at sykehusene står i en presset situasjon, men samtidig utnyttes ikke den tilgjengelige kompetansen utenfor sykehusene godt nok. Avtalespesialister og private aktører besitter betydelig medisinsk kapasitet og fagkompetanse som i praksis står delvis ubrukt, ikke fordi behovet mangler, men fordi avtaleverk, finansieringsstrukturer og organisatoriske rammer begrenser muligheten til å ta denne kapasiteten fullt ut i bruk.

Pasienter med vanlige og kjente problemstillinger kunne i langt større grad blitt håndtert i avtalespesialistpraksiser eller hos private leverandører med kort ventetid, men dagens modell gjør det utfordrende å styre pasientstrømmer på tvers av nivåer. Dette bidrar til at sykehusene belastes med oppgaver som like gjerne kunne vært løst utenfor sykehus, samtidig som det oppstår et utilsiktet gap mellom tilbud og etterspørsel. Resultatet er unødvendig lange ventelister, økt press på sykehuspersonell og en ineffektiv bruk av fellesskapets ressurser.

En helhetlig gjennomgang av avtalesystemet bør derfor være en sentral del av reformarbeidet. En oppdatert modell må gjøre det mulig å bruke kapasitet der den faktisk finnes, med større fleksibilitet til å la avtalespesialister ta en større rolle der dette er medisinsk og organisatorisk hensiktsmessig. Et mer dynamisk system vil også gjøre det enklere å bygge robuste pasientforløp, der oppgaver kan fordeles ut fra kompetanse og kapasitet, ikke ut fra historiske avtaler og strukturer.

En slik endring vil ikke bare avlaste sykehusenes kapasitetsutfordringer, men gi mer sømløse og forutsigbare pasientforløp. Det vil bidra til kortere ventetider, bedre utnyttelse av helsepersonellens tid og sterkere sammenheng mellom nivåer i helsetjenesten. Dersom vi skal lykkes med å møte den demografiske utviklingen, må all tilgjengelig kompetanse tas i bruk, noe som forutsetter et avtale- og finansieringssystem som ikke står i veien for effektiv ressursutnyttelse.

Sanofi foreslår følgende tiltak:

- Revidere og forenkle avtalespesialistordningen for å øke kapasiteten og gi større fleksibilitet til å ta på seg flere pasientgrupper, herunder utvide ordningen slik at flere private spesialister kan inngå som avtalespesialister.
- Det må utvikles et mer effektivt styringsverktøy for best mulig pasientflyt og oppfølging mellom spesialist- og primærhelsetjensten.

Innovasjon må være en integrert del av løsningene

Innovasjon handler ikke bare om nye produkter, men om smartere måter å organisere behandling og oppfølging på. Mange legemidler og behandlingsregimer kan i dag redusere behovet for hyppige kontroller, innleggelser og ressurskrevende oppfølging. Noen metoder kan flytte behandling ut av sykehus og inn i pasientens hjem, andre kan redusere behovet for monitorering, og erstatte prosedyrer som i dag krever betydelig personellinnsats. Dette er konkrete muligheter for å frigjøre tid, særlig i spesialisthelsetjenesten hvor personellmangelen er mest akutt.

I tillegg kan innovasjon bidra til å bygge en mer robust helsetjeneste ved å forbedre kvalitet, redusere feil og gjøre det lettere for helsepersonell å jobbe kunnskapsbasert. Digitale verktøy kan redusere dokumentasjonsbyrden, automatiserte løsninger kan håndtere rutineoppgaver, og nye behandlingsmetoder kan redusere risikoen for komplikasjoner som i dag krever stor personellinnsats.

Sanofi foreslår følgende tiltak:

- Inkludere kapasitets- og personellgevinster som en del av metodevurderinger, ikke kun helsegevinster og kostnad per QALY.
- Opprette en nasjonal ordning for raskere innføring av innovasjon som kan redusere presset på helsetjenesten
- Skape incentiver for å ta i bruk behandlinger som reduserer behov for innleggelser eller kontroller, inkludert legemidler som muliggjør hjemmebehandling.
- Lansere et nasjonalt program for digital avlastning, der dokumentasjonskrav, rutineoppgaver og administrasjon automatiseres eller teknologistøttes.
- Etablere mekanismer for tidlig dialog med fagmiljøer og pasient-/interesse organisasjoner for å identifisere innovasjon med høyest nytte i klinisk praksis.
- Oppdatere finansieringsmodeller slik at sykehus ikke straffes økonomisk for å ta i bruk innovasjoner med høy samfunnsnytte, men økonomisk belønnes for effektivisering.

Beredskap som forutsetning for en motstandsdyktig helsetjeneste

I en tid med økende global uforutsigbarhet, mer komplekse forsyningskjeder og større avhengighet mellom land, må Norge i større grad forstå beredskap som en integrert del av folkehelsen. En befolkning som holder seg frisk gjennom forebygging, tidlig innsats og god håndtering av kroniske sykdommer, er en befolkning som står sterkere når kriser oppstår. Folkehelse og beredskap henger derfor tett sammen og kan ikke behandles som separate områder.

Pandemier, legemiddelmangel og internasjonale leveranseutfordringer har vist at helsetjenesten er sårbar når langsiktighet og forutsigbarhet ikke ligger til grunn. I en global konkurranse om kapasitet fra legemiddelfirmaer må Norge være en stabil og attraktiv samarbeidspartner. Under en krise kan ingen land være selvforsynt, og tilgang på legemidler, vaksiner og kritiske teknologier vil være avhengige av hvilke markeder leverandørene velger å prioritere. For at Norge skal være et av disse markedene, må rammebetingelsene være tydelige, forutsigbare og basert på god dialog med industrien.

Norge er en liten aktør i et stort globalt marked. Manglende forutsigbarhet i metodevurderinger, finansiering eller tilgangsprosesser kan svekke vår plass i køen når internasjonale kapasitetsutfordringer oppstår. Skal vi sikre kontinuitet i behandlinger, rask tilgang til innovasjon og stabil forsyningssikkerhet, trengs det en mer strategisk og langsiktig tilnærming som bygger på både nasjonale og internasjonale hensyn.

En helhetlig beredskapstilnærming må derfor koble folkehelse, innovasjon og tilgangspolitikk. Norge bør være en partner industrien ønsker å prioritere også når det ikke er krise.

Sanofi foreslår følgende tiltak:

- Inkludere industrien i beredskapsplanleggingen for å sikre rask respons og god tilgang når forsyningskjeder utfordres.
- Styrke beredskap gjennom raskere implementering av vaksiner i et bredere barne- og voksevakinasjonsprogram.
- Anbefale at det legges frem en nasjonal strategi for legemiddelberedskap sammen med industrien hvor det gis forutsigbare og stabile rammevilkår. Dette vil kunne bidra til å sikre tilstedeværelse av legemiddelselskaper i Norge både i normal- og krisesituasjoner.
- Økt betalingsvillighet for legemidler og vaksiner.