

Innspill til helsereformutvalget

Helseforetak, regionsgrenser og opptaksområder

Dagens Helseforetak er med få unntak innrammet av fylkesgrenser. Til tross for at spesialisthelsetjenesten siden sykehusreformen i 2002 har vært statlig organisert, følger opptaksområder og samarbeidsstrukturer fortsatt i betydelig grad administrative fylkesgrenser fremfor funksjonelle pasientstrømmer, reiseavstander, transportinfrastruktur og faglige samarbeidslinjer.

En mer fleksibel organisering av helseforetak og opptaksområder, hvor nærhet til sykehus, transportlinjer og faglig samarbeid tillegges større vekt vil kunne gi flere gevinster:

- Reduserte transportkostnader
- Kortere reisevei og raskere tilgang på helsehjelp for pasienter både på lokal- og regionssykehusnivå
- Avlaste sykehus i pressområder
- Bedre kapasitetsutnyttelse
- Styrke dagens desentraliserte sykehusstruktur
- Økt faglig samarbeid mellom nærliggende sykehus på tvers av dagens helseregioner

Et konkret eksempel ser man i Fjellregionen, helt nord i Innlandet fylke. Befolkningen i dette området har kortere vei til regionspsykehuset St. Olavs enn øvrige lokalsykehus i Innlandet og regionsfunksjonene ved OUS. Befolkningsgrunnlaget i dette grenseområdet er større nordover enn sørover.

Samfunnsøkonomisk ville det vært besparende om pasientene i dette området ble transportert til nærmeste sykehus avhengig av tilstand, snarere enn nærmeste sykehus innenfor dagens fylkesgrense og foretakstilhørighet.

En endring av foretakstilhørighet i dette området vært til det beste for pasienter på begge sider av fylkesgrensen, samt gjort ønsket samarbeid mellom store og mindre sykehus lettere.

Den politisk initierte overføringen av Kongsvinger sykehus fra Sykehuset Innlandet til AHUS har gitt mange av gevinstene jeg viser til her, på grunn av mer naturlige transportruter og behov for avlastning i et pressområde.

Det bør derfor vurderes om helseforetakenes geografiske organisering i større grad bør baseres på funksjonelle helseregioner, bosettingsmønster og dokumenterte pasientstrømmer fremfor historiske administrative grenser.

Finansiering av akuttberedskap ved mindre sykehus

En desentralisert struktur med geografisk spredte akuttstsykehus sikrer en god nasjonal helseberedskap og likeverdig tilgang til akutte tjenester i hele landet.

Døgnberedskap ved mindre sykehus koster mer per behandlet pasient enn ved store på grunn av smådriftsulemper. Dersom målet er å opprettholde akuttberedskap ved mindre sykehus av beredskapsmessige og distriktmessige hensyn, bør finansieringssystemet i større grad reflektere dette samfunnsoppdraget. Dagens finansiering fanger i begrenset grad opp kostnader knyttet til beredskap, dersom denne skal sikres, må man definere hvordan dette skal finansieres.

Det finnes eksempler på særskilt finansiering av spesialisthelsetjenester i Norge.

Universitetssykehuset Nord-Norge har mottatt særskilte bevilgninger over statsbudsjettet for å opprettholde akuttberedskap ved sykehusene i Narvik og Lofoten, og Oslo universitetssykehus mottar forhøyede ISF-satser for enkelte lands- og regionsfunksjoner.

Det bør derfor vurderes om akuttberedskap ved mindre sykehus skal finansieres gjennom særskilte øremerkede statlige tilskudd, økt basisfinansiering, differensierte ISF-satser som kompenserer for beredskapskostnader eller egne beredskapskomponenter i finansieringssystemet.

Dette vil kunne oppnå følgende effekter:

- Tydeliggjøre oppdraget
- Øke forutsigbarhet i drift
- Motvirke sentralisering
- Styrke samarbeid mellom sykehus innad i samme helseforetak
- Bedre ivareta samfunnets behov for geografisk distribuert akuttberedskap.

Utrede helsefaglig utdanningstid på universitet og høyskolenivå

Helsepersonellkommisjonen beskrev i utredningen Tid for handling (NOU 2023:4) at tilgangen på personell vil være den begrensende faktoren i helse- og omsorgstjenesten.

På denne bakgrunn bør det vurderes å gjennomføre en bred utredning av utdanningsløpene for helsepersonell på universitets- og høyskolenivå. Formålet bør være å undersøke om utdanningene kan organiseres mer effektivt, slik at studietiden blir kortere, uten at kvalitet og pasientsikkerhet svekkes.

Følgende problemstillinger kan være relevante:

- Om deler av dagens grunnutdanninger har begrenset relevans for klinisk praksis?
- Kan kortere grunnutdanning kombineres med mer målrettede spesialiseringløp?
- Bør arbeidslivsrelevans og praksisandel bør styrkes?
- Bør flere helseprofesjoner omfattes av strukturerte turnus- eller introduksjonsordninger?
- Kan kompetanseutvikling i større grad skje gjennom etter- og videreutdanninger?

Dersom en slik utredning viser at enkelte utdanningsløp kan effektiviseres uten å redusere kvaliteten i tjenestene, vil erfaringene potensielt kunne ha overføringsverdi også til andre profesjonsutdanninger.

Offentlige og private helsetjenester

I Norge har vi rett på lik tilgang av helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av alder, kjønn og bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status. Dette ansvaret skal det offentlige helsevesen sørge for.

Private helsetilbydere kan ses på som et godt supplement til og en sunn konkurranse til det offentlige helsevesen. Samtidig vil private aktører kunne være drivere av økte forskjeller da pasienter med god økonomi kan kjøpe seg helsehjelp og gå foran køen av pasienter som skal behandles med offentlig refusjon.

Dagens modell, hvor private aktører både kan behandle pasienter mot offentlig refusjon og tilby helsetjenester finansiert direkte av pasientene/forsikringsselskaper, kan bidra til uklare prioriteringsprinsipper og økt risiko for todeling av helsetjenesten.

Det bør derfor foretas en prinsipiell vurdering av forholdet mellom offentlige og private helsetjenester i Norge. Ett mulig alternativ er å tydeliggjøre skillet mellom sektorene, hvor:

- Det offentlige helsevesenet tilbyr universelle og likeverdige tjenester finansiert over offentlige budsjetter
- Private helsetjenester i større grad finansieres fullt ut av pasientene selv uten offentlig refusjon

Hensikten med en slik modell vil være å tydeliggjøre prioriteringsansvaret i den offentlige helsetjenesten og redusere risikoen for økte sosiale forskjeller i tilgang til helsehjelp.

Dersom helsetjenesten er avhengig av et tilbud av effektive, elektive ekstrahospitale enheter, bør det vurderes om også det offentlige helsevesen burde etablere slike enheter hvor de ansatte fritas fra oppgaver som utdanning, opplæring, forskning og akuttberedskap.