

Temamøte 4:

Hvordan utnytter vi ressursene i helsetjenesten best mulig?



Inspirasjonsnotat, utarbeidet av prosjektgruppen
Oslo, mars 2006

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Innledning..... | 3 |
| Norge: En halv reform..... | 3 |
| Systemets svakheter | 4 |
| De viktigste drivkreftene | 6 |
| Europeiske helseledere: Dagens system er ikke bærekraftig | 7 |
| Ansvarliggjøring av utførerrollen..... | 9 |
| Eierskapsreform | 9 |
| Frankrike: Kontroll med profesjonene | 9 |
| Danmark: Strukturreform og ny finansieringsmodell | 9 |
| Regnskapsprinsipper i endring | 10 |
| Konkurransen og samhandling | 11 |
| Offentlig-private partnerskap (OPS) | 12 |
| Produktivitetsreform..... | 12 |
| Strømreformene i behandlingstilbudene | 13 |
| Toyotas produksjonsmetode gir store resultater for sykehus | 13 |
| Ansvarliggjøring av bestillerfunksjonen | 14 |
| Innsats- og aktivitetsstyrt finansiering | 14 |
| Sverige: Kostnad per pasient..... | 15 |
| Nederland: Ny forsikringsmodell..... | 15 |
| Storbritannia: Frihet og ansvar til brukerne | 16 |
| Nye refusjonsordninger | 17 |
| Storbritannia – honorerer prestasjoner fremfor ytelser | 17 |
| Vejle-modellen | 17 |
| British Columbia: Behandlingsretningslinjer og refusjon..... | 18 |
| Egenandeler | 18 |
| Hva slags rollefordeling? | 19 |
| Perspektiv: Mot behandlingsforebyggende finansiering? | 20 |
| Modell 1: Utførerreform..... | 21 |
| Modell 2: Bestillerreform..... | 22 |
| Til diskusjon i tankesmien..... | 22 |
| Kilder..... | 23 |

Innledning

Norge er et av de land som bruker mest ressurser på helse. I 2004 var de totale helseutgiftene på 168 milliarder kroner, og vi brukte 10,3 prosent av BNP på helse. I flere vestlige land er de økonomiske følgene av økningen i helseutgiftene i ferd med å få alvorlige konsekvenser for myndighetene.¹ Det franske helsesystemet, som anes som et av de beste i verden, er på grensen til økonomisk sammenbrudd og antas å bryte helt sammen rundt 2020 dersom det ikke skjer radikale endringer i kostnadsstrukturen – noe myndighetene er i ferd med å innføre tiltak for å hindre.² Tyskland har de siste årene innført endringer som strammer inn bruken av helsetjenester, blant annet via økte egenandeler. Offentlige sykehus selges til private kjeder som i løpet av et par år snur dem til overskuddsforetak. Storbritannia har hatt lange ventelister og her arbeides det aktivt for å få National Health Service (NHS) på rett kjøll både ift økt effektivitet og kvalitet. I USA er det estimert at Medicare Trust Fund vil gå konkurs rundt 2020.

I flere av disse landene ser vi at det er gjennomført eller i ferd med å gjennomføres omfattende systemendringer innen helsetjenesten. Systemendringene går blant annet ut på endringer i eierskapsstrukturene, at man samler finansieringsansvaret, kobler finansieringsansvar med prioriteringsbeslutning og delegerer ansvar til lokale enheter og borgerne. Vi ser ulike former for *ansvarsreformer*, reformer som både involverer utfører- og bestillerfunksjonen.

Norge: En halv reform

Gjennom sykehusreformen som samlet eierskapet til sykehusene har Norge tatt et viktig steg på veien mot en ansvarsreform på utførersiden. Det er bare halve jobben. En stor del av helsetjenesten – primærhelsetjenesten – er fortsatt forvaltningsstyrt. En del hevder at spesialisthelsetjenesten fremdeles preges av å være forvaltningsstyrt trass i foretaksreformen. Fremdeles er ansvar og myndighet fragmentert. Vesentlige systemfeil og svakheter viser seg ved at mange ulike interesser i stor grad kan påvirke prioriteringer og beslutninger, noe som ikke fremmer optimal ressursutnyttelse. Nedenfor har vi vist dette ved noen eksempler:

- ❖ Fire av fem helseregioner gikk med et samlet underskudd på 1,3 milliarder kroner i 2005. Styreleder i Helse Midt-Norge, Kolbjørn Almlid sier at kutt i utgiftene er helt uunngåelig³.
- ❖ Helse Vest sliter med pasienttørke. Helseregionen mener de er kommet i krysspress fordi regjeringen på den ene side vil beholde lokalsykehus og på den annen side krever at kapasiteten ved sykehusene utnyttes bedre – og pasientene har fritt sykehusvalg. Det er overkapasitet på visse operasjoner ved sykehuset i Stord, og til dels lange ventetider for samme operasjon ved Haukeland sykehus, men pasientene vil ikke dra til Stord. Anbudsrunde med privat klinikk er avlyst og Colosseumklinikken melder at de fra 1. mars har 20 overtallige ansatte.⁴
- ❖ Det er store prisforskjeller mellom offentlige og private sykehus på flere standardoperasjoner. En oversikt fra Privatsykehusenes Fellesorganisasjon/Samdata viste at merkostnadene ved offentlige sykehus er på 73 prosent for enkel skulderoperasjon, 97 prosent for menisk, 83 prosent for enkel hofteoperasjon, og 35 prosent for komplisert hofteoperasjon.⁵

¹ I Muusmann og Agendas evaluering av foretaksreformen er det beskrivelse av reformtiltak i flere europeiske land, blant annet Danmark, Sverige, Irland, Storbritannia, Nederland, Tyskland og Frankrike.

² PriceWaterhouseCoopers: "HealthCast 2020. Creating a Sustainable Future", 2005.

³ NTB 18.02. 2006

⁴ Stavanger Aftenblad 14.02.2006

⁵ Dagens Næringsliv: "Lik operasjon – nær dobbel pris", 2. august 2005.

- ❖ Det er to sykehus i Finnmark – Hammerfest og Kirkenes. Nå ønsker Alta å bygge opp egen sykehusadministrasjon fordi spesialisthelsetilbudet i kommunen er for dårlig. Hammerfest frykter at et nytt sykehus i Alta vil føre til nedleggning av deres sykehus fordi det ikke er stort nok befolkningsgrunnlag for tre sykehus i fylket.⁶
- ❖ Sykehusene krevde 34 mill kroner fra kommunene i 2005 for å oppbevare ferdigbehandlede pasienter, hovedsakelig eldre som det ikke var sykehjemsplass til.⁷ Ved St. Olavs Hospital har styret vedtatt å øke døgnprisen for ferdigbehandlede fra 1.600 til 3.000 kroner. Det har vakt sterke reaksjoner. Kommunaldirektør i Trondheim kommune, Tor Åm vil kreve betaling fra St. Olavs Hospital og andre sykehus for pasienter som står i sykehuskø. Han sier kommunen bruker store ressurser på personer som venter på utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig psykiatriske pasienter, utviklingshemmede, demente med store atferdsforstyrrelser og rusavhengige som venter på metadonbehandling. – "I mangel av tilstrekkelig kompetanse må vi ofte bemanne opp med en til to pleiere per pasient. Det blir fort millionkostnader," sier kommunaldirektør Tor Åm.⁸
- ❖ Ifølge legemiddelindustrien ligger Norge bak en rekke europeiske land i å ta i bruk ny kreftbehandling. Medikamentutgifter til kreftbehandling dekkes i hovedsak over sykehusbudsjettene. Andre land har også klart å redusere dødeligheten ved kreft mer enn Norge. Det er relativt store forskjeller mellom helseregionene i medikamentell kreftbehandling. Terapianbefalinger følges ikke av finansiering.⁹
- ❖ Nye St. Olavs Hospital er under utbygging, men det er ikke endelig ferdigfinansiert. Selv om første byggetrinn er fullført innenfor budsjett og med en foreløpig "gevinst" på 300 millioner kroner, synes ikke det å lette på kravet om kraftige innsparinger i de neste byggetrinnene. Det er også usikkert om et nytt psykiatrisenter blir del av det nye sykehuset.

Systemets svakheter

De viktigste svakhetene ved dagens system er ifølge tidligere diskusjoner i tankesmien:

Fragmentert finansieringsansvar: Inndelingen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste er antikvarisk og uhensiktsmessig. Pasienten opplever ofte at behandlingen krever et kontinuerlig samarbeid mellom de to nivåene, og samarbeidet vil fremmes ved at finansieringsansvaret samles på ett nivå. Finansieringen bør understøtte det gode pasientforløpet og fremme forebyggende helsearbeid. Fastlegen bør være "edderkoppen" og helsecoach som løser pasienten gjennom systemet – og bestyrer finansieringen av behandlingsforløpet.

Manglende insentiver: Verken finansieringssystemet eller styringsindikatorerne straffer de som gjør det dårlig eller tilgodeser de som gjør det bra. Det bør utvikles insentivsystem for ledere og ansatte som fremmer økonomisk styring og kvalitetsutvikling.

Regioninndeling gir svarteperspill: Pasientene "tilhører" i prinsippet regionene og dette kan i noen tilfeller brukes som maktmiddel, spesielt når det gjelder mulighet til behandling ved private sykehus. Feiringklinikken og andre opplever at de ikke får kontrakter om pasientbehandling og det kan hindre god kapasitetsutnyttelse. Ordningen med fritt sykehusvalg skulle i teorien være en motvekt mot denne utviklingen.

Lokaliseringsdebatten fremmer ikke kvalitetsutvikling: Kvalitetsmålinger viser at alt ikke bør behandles overalt. Politiske retningslinjer om bevaring av lokalsykehus kan gå på tvers av behovet for å sentralisere en del behandlingstilbud for å få god nok kvalitet. Dette synes også å gjelde høyspesialiserte tjenester. En rekke av disse behandlingstilbudene blir fordelt mellom sykehusene på

⁶ Kommunal Rapport 01.03.2006

⁷ Kommunal Rapport 06. 03 2006

⁸ Kommunal Rapport, 08.03 2006

⁹ Unni Hjelmaas: "Hva er mulig behandling? Hvem får tilgang til ny terapi? Case: moderne kreftbehandling"

en måte som tyder på at det ikke bare er kvalitetshensyn, men også politiske og fagpolitiske hensyn som ser ut til å ligge bak.¹⁰

Organiserer ikke ressursbruken optimalt: Dersom vi hadde brukt sykehusene like effektivt som i Stockholmsregionen, ville Helse Øst hatt behov for 1.000 færre sykehussenger. Årsaken er blant annet færre liggedager for gitte pasientgrupper sammenlignet med Norge (for eksempel pneumonipasienter). Dersom disse tallene overføres til landsbasis kunne Norge spart 3.000 sykehussenger. En sykehusplass på sentralsykehusnivå koster mellom 1,1 og 1,5 millioner kroner i året, og 4.000 kr i døgnet. Vi kunne spart mellom 3,3 og 4,5 milliarder i året. En sykehjemsplass koster mellom 1.300 og 1.400 kr i døgnet, og en rehabiliteringsplass koster mellom 2.000 og 2.500 kr i døgnet.

Mangler viktig kompetanse: Manglende kompetanse i f.eks eldreomsorgen fører til dårligere rehabilitering, for sen behandling og dårlig behandling, og derved feil bruk av sykehusressursene og totalt sett dårlig ressursutnyttelse. Eldreomsorgen bærer mer preg av oppbevaring enn aktiv rehabilitering. Regjeringen går nå inn for at lokalsykehusene skal øke innsatsen for eldre, øke utdanningen innen geriatri og oppgradere kompetansen ved sykehjem.¹¹

I evalueringen av foretaksreformen som Muusmann og Agenda fremla i november 2005, er den overordnede konklusjonen at helseforetaksmodellen kan være et fundament for styring og utvikling i spesialisthelsetjenesten i årene fremover. I rapporten pekes det på flere forbedringspunkter.¹² Vi har forsøkt å sammenfatte noen som er relevante i denne sammenheng:

- ❖ De regionale helseforetakene bør tillegges ytterligere ansvar og oppgaver.
- ❖ Redusere SHdirs oppgaver ift spesialisthelsetjenesten.
- ❖ Utvidet lokal- og regionalpolitisk legitimitet, blant annet via samfunnspanel og politiske representanter i styrene.
- ❖ Eliminere de ulike formene for bestiller-/utførertenkning fra foretaksmodellen. Erstatte med en integrert modell bestående av eierskap og sørge-for-ansvar.
- ❖ Konkretisere og presisere prioritering, gjøres mindre overordnet i bestillerdokumentene.
- ❖ Beholde rammefinansiering og DRG-baserte takster, og holde fast ved 60 prosent-satsen ift ISF.
- ❖ Innføre konsekvenser dersom helseforetak produserer ut over budsjetterte antall DRG-poeng.
- ❖ Insitamenter som gjør det lønnsomt å avlaste spesialisthelsetjenesten med oppgaver knyttet til pasienter med langvarige sykdommer og der det ofte ikke er evidens for at opphold ved medisinske avdelinger gir effekt.
- ❖ Tydeliggjøre private aktørers plass og rolle.
- ❖ En nasjonal strategisk plan for utviklingen av spesialisthelsetjenesten.
- ❖ En årlig strategisk samling hvor Stortingets politikere møter utvalgte ressurspersoner fra RHF og HF, samt fagmiljøene. Hensikten er å gjennomgå og drøfte vesentlige utviklingstendenser og utfordringer, og få en formalisert status som utgangspunkt for bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene.

Evalueringen trekker frem disse områdene som de største utfordringene i årene fremover:

- ❖ Å etablere formell og driftsmessig stabilitet i samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Å rette oppmerksomheten mot behovet for å dokumentere kvalitet og effektivitet gjennom lokale forbedringsprosesser.
- ❖ Å utvikle et finansieringssystem som i større grad fremmer samarbeid og samhandling mellom nivåene.

¹⁰ Bratlid D, Rasmussen K: "Nasjonal styring av høyspesialiserte medisinske tjenester", Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 2005:125:2976.9.

¹¹ Aftenposten, 14.03.2006.

¹² Agenda og Muusmann: "Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåter og effekter, begrensninger og potensialer", Oslo, november 2005.

De viktigste drivkreftene

På de foregående temamøtene har det vært pekt på en rekke utfordringer og svakheter ved det nåværende systemet og hvilke drivkrefter som i størst grad vil legge press på helsetjenesten og finansieringen. De viktigste drivkreftene og utfordringene som helsetjenesten står overfor, er ifølge tankesmien:

- ❖ Demografisk mismatch mellom eldre og yngre befolkningsgrupper som særlig vil gjøre seg gjeldende fra 2010.
- ❖ Flere lever lenger med kroniske sykdommer.
- ❖ "Plager" omdefineres til sykdommer, som krever offentlig behandling.
- ❖ Pasienter vil i økende grad kreve skreddersøm og individuelle opplegg. De krever samhandling på tvers av administrative og finansielle grenser.
- ❖ Mer informert og krevende befolkning vil ha mer ut av ressursene, best mulig kvalitet, effektivitet osv. Ofte motstridende krav ift å bevare lokalsykehuset, men samtidig ha tilgang til den beste behandlingen.
- ❖ Betalingssevne og –vilje er ikke korrelert. De mest ressurssterke klarer å få midler ut av det offentlige og er en viktig pressgruppe.
- ❖ Velferdsstaten har gjort oss kulturelt avhengige av offentlig støtte. Vi forventer at det offentlige skal dekke det meste av helsetjenester og at vi ikke selv skal betale for det vi mener er nødvendige tjenester.
- ❖ Teknologisk utvikling og innovasjon innen medisinsk forskning vil øke presset på økonomien og sette myndighetene overfor vanskelige avveininger. For eksempel kan utvikling av ny kreftvaksine stille myndighetene i en svært vanskelig situasjon.
- ❖ Samtidig er det teknologien som kan bidra til at en del tjenester blir atskillig mer effektiv og kreve mindre ressursinnsats og kortere liggetid.
- ❖ Kortere levetid for medisinsk teknologisk utstyr.
- ❖ Utviklingskostnadene for legemidler har økt fra rundt 200 millioner euro i snitt i 1975 til ca 800 millioner euro i snitt i 2000 (beregnet i 2000-verdi).¹³
- ❖ Utvikling av rettighetsassamfunn legger økt press på helsetjenesten. Benchmarking med andre land, økt gjennomsiktighet og økende krav til nye medikamenter, nye behandlinger etc.

Noen av utfordringene vi står overfor kan kort oppsummeres slik:

- ❖ Etterspørselen etter helsetjenester er i prinsippet uendelig – og økende. Likevel er overkapasitet et økende problem i mange land, også i Norge.
- ❖ Myndighetenes evne til å finansiere og levere tjenestene er på sikt usikker.
- ❖ Store kvalitetsforskjeller fra land til land og mellom helseregioner og sykehus kan føre til mer mobilitet blant pasientene.
- ❖ Store produktivetsforskjeller og ulik økonomisk lønnsomhet kan føre til økt mobilitet av pasienter og tjenester.

Et annet vesentlig spørsmål er hva som er målene med en god helsetjeneste? Er det et kvantitativt mål om å behandle flest mulig eller et kvalitativt mål om å behandle flest mulig best mulig? Og er disse to målene nødvendigvis i konflikt? I tillegg kommer det overordnede helsepolitiske målet om at alle borgere uansett kjønn, alder, bosted og økonomisk evne skal ha samme tilgang til helsetjenester.¹⁴

Området er så stort og komplekst så det er ikke mulig å dekke det fullgodt på noe vis innen rammen av inspirasjonsnotatet. I stedet trekker vi frem noen utviklingstrekk, eksempler på hva som skjer i andre land og i ulike virksomheter. Det blir dermed vekslning mellom makro og mikronivå. I inspirasjonsnotatet vil vi se på utvikling av økt ansvarliggjøring i ulike deler av helsetjenesten som virkemiddel for bedre utnyttelse av de totale ressursene:

¹³ Ugebrevet Mandag Morgen: "Ny medicin skal hurtigere på markedet", nr 24, 21. juni 2004.

¹⁴ Rasmussen K, Bratlid, D: "Medisinske monopoler – et valg mellom kvalitet eller likhet?". Tidsskrift for Den norske lægeforening, 2005:125:2980-83.

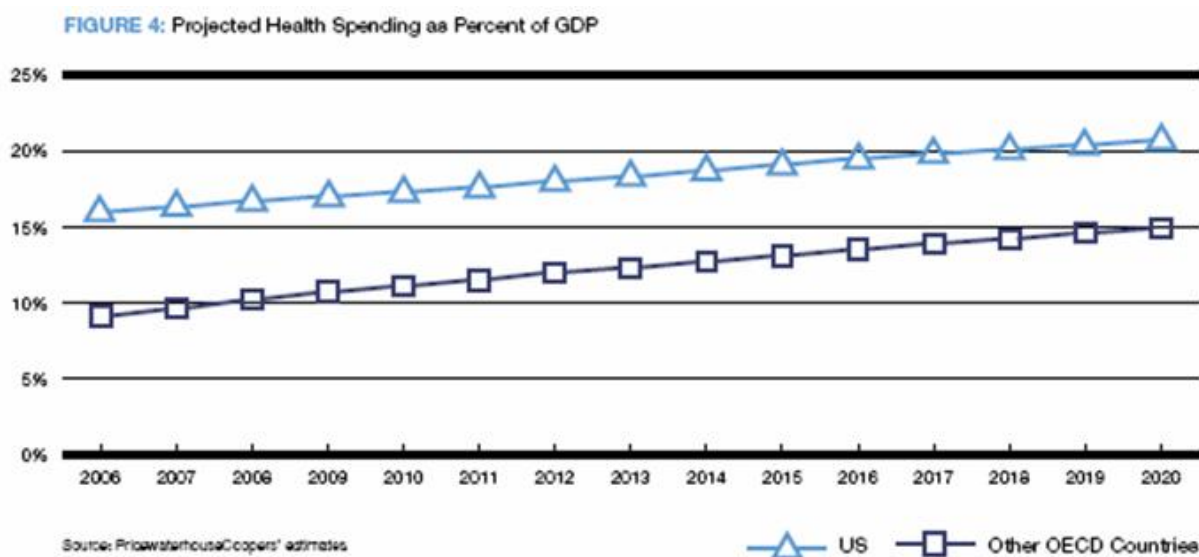
- ❖ Ansvarliggjøring av utførerrollen
 - Eierstyring
 - Budsjett- og regnskapsreform
 - Konkurransereform og samhandling
 - Produktivitetsreform
- ❖ Ansvarliggjøring av bestillerfunksjonen
 - Innsats-/aktivitetsstyrt finansiering
 - Forsikrings- eller behandlingsreducerende finansiering
 - Egenandeler
 - Resultatbasert refusjon
- ❖ Perspektiv: Mot behandlingsforebyggende finansiering?

Først skal vi se hvilke perspektiver europeiske helseledere har for årene fremover.

Europeiske helseledere: Dagens system er ikke bærekraftig

PriceWaterhouseCoopers¹⁵ har med utgangspunkt i de siste års utvikling estimert at helseutgiftene vil utgjøre 15 prosent av BNP i snitt i OECD-landene, og 21 prosent av BNP i USA i 2020, se figur:

Figur 1: Estimert økning i helseutgifters andel av BNP. Kilde: PriceWaterhouseCoopers.



Undersøkelsen viser også:

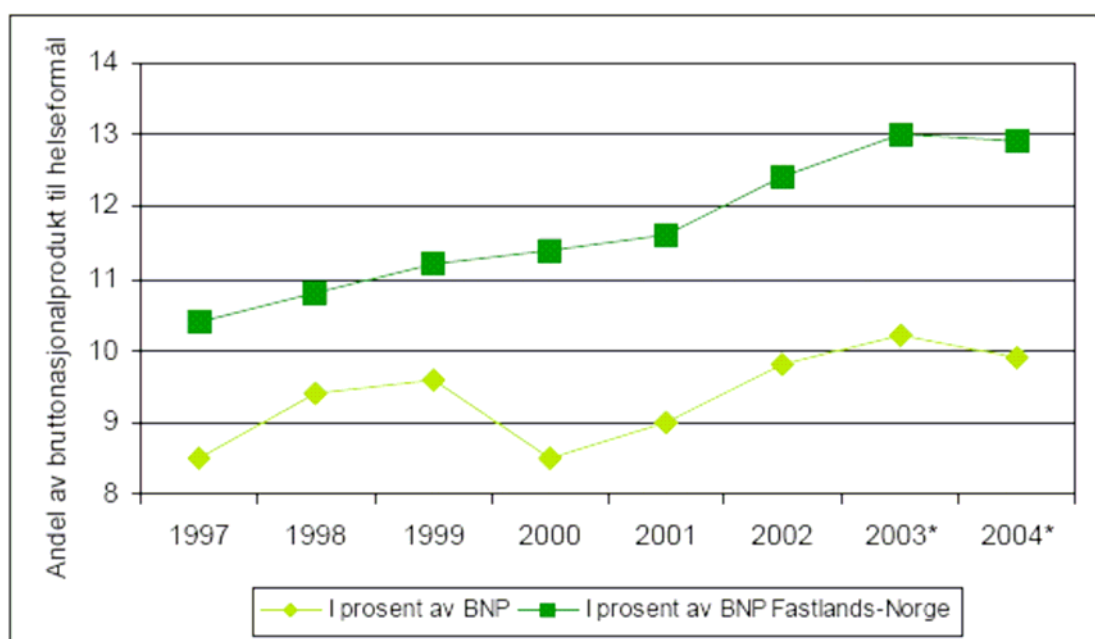
- ❖ Et mindretall tror at skattebasert finansiering er bærekraftig fremover. Selv i skattefinansierte systemer som i europeiske land og Canada, tror bare 20 prosent at dette er et finansieringsystem som passer for fremtiden.
- ❖ Over 75 prosent tror at finansieringsansvaret må deles.
- ❖ 85 prosent har innført innsatsstyrt finansiering og 43 prosent sier at det har vært en effektiv eller veldig effektiv måte å håndtere etterspørsel etter helsetjenester.
- ❖ Over 80 prosent mener at økt gjennomskiktighet i forhold til kvalitet og pris bidrar til en mer robust helsetjeneste.

¹⁵ PriceWaterhouseCoopers: "HealthCast 2020. Creating a Sustainable Future", 2005.

- ❖ 65 prosent mener at forebygging og helsefremming er mest effektive virkemidler for å kontrollere etterspørselen etter helsetjenester. Ventelister og rammebudsjetter for klinikere anses som minst effektive kontrollmekanismer mot økt etterspørsel.
- ❖ Bare 35 prosent mener at sykehusene er forberedt på å møte etterspørselen fra mer krevende og informerte brukere.

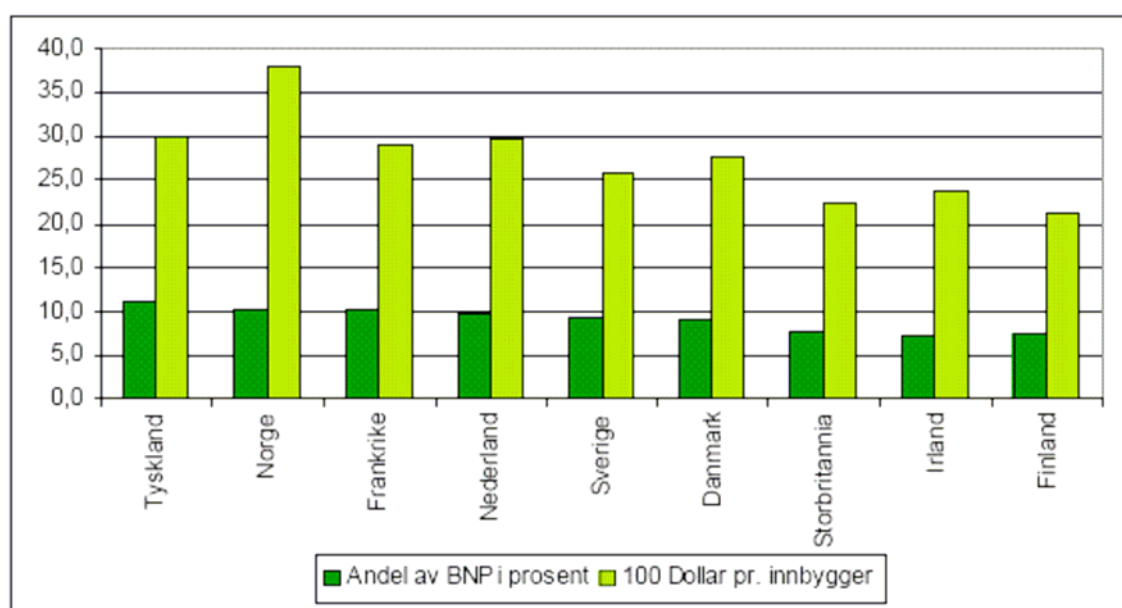
Norge bruker i dag 10,3 prosent av BNP på helsetjenester, og veksten har vært jevn siden 1997. Vurderer man dette i forhold til fastlandsøkonomien (da variasjon i oljeprisene vil påvirke utregningene), bruker vi i dag 13 prosent av BNP til helsetjenester. Det er derfor et legitimt spørsmål og en stor utfordring å se hvordan vi får best mulig helsetjeneste for den høye ressursbruken.

Figur 2: Utvikling i andel BNP brukt på helse i Norge. Kilde: Muusmann-rapport.



Sammenlignet med flere andre europeiske land, ser vi at Norge bruker betydelig mer penger på helse per innbygger enn samtlige andre land. Her ser det ut til at Tyskland er det eneste landet som bruker større andel av BNP på helse med 11,1 prosent, men OECD-tallene fra 2003 viser at Sveits brukte 11,5 prosent av BNP og Island brukte 10,5 prosent.

Figur 3: Andel av BNP brukt til helseformål sammenlignet med utvalgte ande land. 2003-tall. Angitt i dollar og prosent. Kilde: Muusmann-rapport.



Ansvarliggjøring av utførerrollen

Eierskapsreform

Innføring av foretaksmodellen var et viktig skritt mot økt ansvarliggjøring og profesjonalisering av utførerrollen. Flere land endrer etablerte systemer, og vi har trukket frem noen av disse endringene.

Frankrike: Kontroll med profesjonene

Det franske helsevesenet ble utpekt til verdens beste rundt 2000, men har fått en del medfart de siste årene blant annet ved manglende behandling av eldre og for lav kapasitet ved medisinske avdelinger. En rapport fra 2004 pekte på store behov for endringer av eierstyring og myndighetsstyring, samt behov for å sikre mer effektiv drift. Rapporten pekte også på et handlingsmønster blant legene kombinert med nesten total mangel på eierstyring. Den franske regjeringen utarbeidet "L'Hospitaux 2007", som sikter i høy grad mot reformer med omfattende organisatoriske og styringsmessige tiltak. Økt regulering og myndighetskrav er sentrale elementer, og atferdsregulering overfor de helsefaglige profesjonene er prioritert område.¹⁶

Danmark: Strukturreform og ny finansieringsmodell

Fra 1. januar 2007 får Danmark en ny forvaltningsstruktur. Gjennom strukturreformen er amtene (fylkene) blitt nedlagt, en rekke kommuner slått sammen til større enheter og det er etablert fem

¹⁶ Agenda og Muusmann: "Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåter og effekter, begrensninger og potensialer", Oslo, november 2005.

regioner med ansvar for helsetjenesten, regionale utviklingsplaner og ansvar for å løse visse driftsoppgaver for kommunene.¹⁷

I kraft av denne reformen får kommunene en større rolle i helsetjenesten. De får det samlede ansvaret for all gjenopptrening (unntatt ved innleggelse), hovedansvar for forebyggende og helsefremmende innsats ift borgerne, rusbehandling, hjemmesykepleie, tannpleie og sosialpsykiatri.

De fem regionene skal ha ansvar for sykehusene, behandlende psykiatri, sykesikringsområdet, privatpraktiserende leger, legespesialister etc. Regionene og kommunene plikter å inngå samarbeid i helsekoordinasjonsutvalg om blant annet sammenhengen i behandlingen, trening, forebygging og pleie. De skal også lage helseavtaler som blant annet inneholder utskrivingsforløp for svake eldre pasienter og avtaler om forebygging og gjenopptrening.

Regionenes utgifter til helse skal finansieres via et statlig blokktilskudd (ca 75 prosent som fordeles etter en rekke fordelingskriterier som avspeiler utgiftsbehovet i regionen), et statlig aktivitetsbestemt bidrag (ca 5 prosent for å øke aktiviteten), et kommunalt grunnbidrag (ca 10 prosent) og kommunalt aktivitetsavhengig bidrag (ca 10 prosent). Hensikten med den kommunale finansieringen er å få kommunene til å prioritere og sette i gang effektive forebyggingstiltak overfor innbyggerne.

Regnskapsprinsipper i endring

De siste ti årene har det vært en internasjonal trend i retning av å innføre bedriftsøkonomiske styringsverktøy i offentlige virksomheter. Hovedelementet i denne trenden er overgangen fra kontant- til periodiseringsprinsippet, som blant annet gir økt adgang til å overføre penger mellom budsjettperioder og lånefinansiere investeringer.¹⁸

Nær halvparten av OECD-landene har de siste årene innført eller vedtatt å innføre disse elementene i variert grad og form. Storbritannia har innført rendyrket periodiseringsprinsipp for statsregnskap og statsbudsjett. Budsjettprosessen er også nært knyttet opp til treårige utgiftsplaner fordelt på ulike utgiftsområder som f.eks. helse, utdanning, transport, forsvar og lokal forvaltning. New Zealand innførte dette rendyrket i 2004, Sverige har innført prinsippet for statsregnskapet og skal også gjøre det for statsbudsjettet. Danmark innførte det fra 2005 for statsregnskapet, og fra 2007 skal det innføres for budsjettbevilgningene.¹⁹

I en undersøkelse som Mandag Morgen utførte blant en rekke statlige virksomhetsledere i Norge høsten 2004, ønsket 78 prosent overgang fra kontantprinsipp til periodiseringsprinsipp. Hele 83 prosent ønsket også flerårige budsjetter og mente at det vil gi bedre måloppnåelse. Finansdepartementet er skeptisk fordi det er ønske om mest mulig politisk handlefrihet i budsjettet og behov for å sikre at de overordnede rammene for budsjettet er ansvarlige. De overordnede departementene ønsker å holde kontroll med virksomhetenes årlige utgifter og investeringer, noe som går på bekostning av muligheter og insentiver til å investere i produktivitetsfremmende tiltak. I 2005 ble det satt i gang ti pilotprosjekter for å prøve ut periodiseringsprinsippet i regnskapsføringen.

Når det gjelder helsetjenestens del er periodiseringsprinsippet innført i kraft av foretaksreformen, men det er ikke innført langtidsbudsjetter. Det er også andre svakheter i nåværende system blant annet ved at åpningsbalansen mangler. For kommunehelsetjenesten kan også manglende langtidsbudsjetter være en utfordring.

¹⁷ Indenrigs- og Sundhedsministeriet: "Kommunalreformen – kort fortalt".

¹⁸ Kontaktprinsippet går ut på at inntekter og utgifter regnskapsføres i det året de blir kontakt innbetalt og utbetalt. Dette er dagens system for rapportering gjennom statsbudsjettet og statsregnskapet. Periodiseringsprinsippet betyr at inntekter resultatføres i den perioden de opptjenes og utgifter kostnadsføres i den perioden de pådras. Dette tilsvarer de regler som gjelder for foretak som avlegger regnskap etter prinsippene i regnskapsloven.

¹⁹ Mandag Morgen: "Finansdepartementet bremser historisk budsjettreform", nr 33, 25. oktober 2004.

Konkurrans og samhandling

De europeiske velferdssystemene har sitt utspring i Bismarcks Preussen på 1800-tallet, og de ble i hovedsak utmeislet i etterkrigstiden. I den vestlige verden har det manifestert seg tre ulike velferdsmodeller – den universelle og skattefinansierte (Skandinavia og Storbritannia), den skattefinansierte og behovsprøvde (USA, sterkt behovsprøvd), og den bidragsfinansierte og fortjenestebaserte (Tyskland). I mellom disse tre ytterpunktene er det flere blandingsmodeller. Vi kjenner igjen disse modellene fra organiseringen av helsetjenestene i de ulike landene.

I løpet av de siste årene har det skjedd vesentlige endringer i organiseringen av helsetjenester i flere europeiske land. For noen handler det om å flikke på nåværende ordninger, i andre tilfeller er det gjennomført større reformer.²⁰ I Tyskland, Nederland, Storbritannia og Frankrike er det innført markedsbaserte reformer som fremmer et mer liberalisert marked for tilbydere av helsetjenester. Flere land retter oppmerksomheten mot egenandeler og helseforsikringer som supplement til det universelle og "frie" systemet som er blitt utviklet i etterkrigstiden. Det er også flere eksempler fra de siste årene på hvordan europeiske land innfører ulike insentiver for å fremme konkurranse. Det interessante er at markedsbaserte reformer, egenandeler og konkurransefremmende virkemidler innføres i land som har sosialdemokratisk styre (f.eks. Storbritannia og Tyskland før valget i 2005).

Figur 4: Flere land har innført konkurransereformer i helsetjenesten, dels med gode resultater. Kilde: PriceWaterhouseCoopers.²¹

| Country | Type of Competition Encouraged | Result |
|----------------------------|--|--|
| Australia | In 2002, government encourages consumers to buy health insurance by offering 30% tax rebate, and mandating pricing system in which premiums are cheaper to early buyers. | Number of insured in Australians increased from 30% in 1998 to 45% in 2002 |
| Canada | In 2005, the Canada Supreme Court ruled to allow private insurance because waiting list had become so long that the violated patients "liberty, safety and security" under the Quebec charter. | Enforcement of the ruling delayed until June 2006 while issue under debate |
| England | In 2004, NHS outsourced a variety of surgical procedures to South African companies. | Waiting lists are reduced |
| Germany | Some public hospitals are privatised resulting in greater efficiency and equivalent quality outcomes. | Reduction in costs, competition among private hospital groups |
| Republic of Ireland | National Treatment Purchase Fund set up in 2002 to arrange for patients to be treated in private hospitals in Ireland, the United Kingdom or other countries. Government providing tax relief for private hospitals in a bid to increase capacity quickly. | Reduction in waiting lists. Rapid increase in number of private hospitals |
| The Netherlands | Insurance companies will contract with providers independently, forcing providers to differentiate themselves. | Begins in 2006. |

²⁰ For mer detaljert informasjon om utviklingen i andre land, se kapittel 6 i Agenda og Muusmanns evaluering av foretaksreformen.

²¹ PriceWaterhouseCoopers: "HealthCast 2020. Creating a Sustainable Future", 2005.

Offentlig-private partnerskap (OPS)

OPS er vanligvis definert som et samarbeid mellom offentlig og privat sektor hvor målet er å produsere en offentlig tjeneste. Det offentlige finansierer tjenesten i siste instans, men måten dette foregår på varierer. OPS skiller seg fra normal anbudskonkurranse på flere måter: Samarbeidet er mer langvarig (opptil 25-30 år), den private parten påtar seg mer av risikoen, anbudsdocumentet er mindre detaljert og det tas hensyn til flere parametere enn pris²².

OPS har vært mest utbredt i Storbritannia, men har også spredt seg til blant annet Frankrike og Spania. Flere land kan vise til gode resultater, blant annet fordi partene ved denne samarbeidsformen kan dra bedre nytte av sin spesifikke kompetanse. Det er også vesentlige fallgruver ved OPS, blant annet at konseptet fordrer sterk tillit mellom partene.

I Spania er det planlagt å bygge 12 privatfinansierte sykehus med en estimert kostnad på 3,6 milliarder euro. Private selskaper bygger og eier sykehusene, vedlikeholder dem og har rett til kontrakt på ikke-kliniske tjenester i 20-30 år.²³

I Nottingham bygges det et omfattende distriktsmedisinsk senter som skal inneholde ulike behandlingstjenester, rehabilitering, fysioterapi, ernæringsrådgivning/diettrådgivning, språkterapi osv. Det skal også være base for hjemmesykepleien og et ressurscenter og møtested for lokalsamfunnet. Prosjektet har en kostnadsramme på £34,2 millioner og er et OPS-prosjekt. Kommunene i området er oppdragsgivere sammen med NHS. Excellcare er et konsortium av private selskaper som står for investeringen og byggingen. Konsortiet skal også drive senteret i 25 år, betalt av NHS.²⁴

I Norge har det vært få og spredte OPS-prosjekter. Det er bygget et par veier, Kongsvinger sykehus og en skole. Stoltenberg-regjeringen er skeptisk til OPS-prosjekter og det får i første omgang konsekvenser for store deler av veiprosjektene i Oslopakke 3, som enten blir forsinket eller skrinlagt fordi investeringene er for store til å være statlig finansiert.²⁵ I Norge ser vi i stedet mer bruk av leasingkontrakter ved større investeringer i medisinsk teknologisk utstyr.

Produktivitsreform

Rammene for best mulig utnyttelse av ressursene i helsetjenesten handler i stor grad om helsemyndighetenes regulering av vilkårene gjennom finansieringsordninger, rollefordeling og organisering. I tillegg kan helsetjenesten selv påvirke ressursutnyttelsen i stor grad, og det kan tyde på at virksomhetene har et handlingsrom som ikke brukes. Mange vil hevde at her er det fortsatt mye å hente og at det er i prosessene at pengene finnes.

I flere land, blant annet Storbritannia, Danmark, Irland og Sverige er det målsetting om betydelig økt vekst i primærhelsetjenestens kapasitet, og det er et premiss for planleggingen av tjenestene at førstelinjetjenesten skal øke mer enn veksten i spesialisthelsetjenesten.²⁶ Som vi har sett i tidligere inspirasjonsnotater, skjer det motsatte i Norge.

Svært mye av ressursene i dagens spesialisthelsetjeneste går med til å dekke uproduktive oppgaver som betaling av vaktteam som venter på mulige pasienter. Det gjelder i stor grad innen de kirurgiske fagområdene. Den kirurgiske virksomheten i fastlands-Nordland med sykehusene i Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana og de tre sykehusene i Helse Fonna (Odda, Stord og Haugesund) er eksempler på dette. I en undersøkelse viste det seg at sykehuset på Stord hadde i underkant av en

²² Mandag Morgen: "Offentlig Privat Samarbeid på full fart inn", nr 7, 17. november 2003.

²³ PriceWaterhouseCoopers: "HealthCast 2020. Creating a Sustainable Future", 2005.

²⁴ www.thisisnottingham.co.uk

²⁵ Mandag Morgen: "Partiideologer knuser Oslos trafikkdrøm", nr 8, 27. februar 2006.

²⁶ Agenda og Muusmann: "Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåter og effekter, begrensninger og potensialer", Oslo, november 2005.

innleggelse per uke på ubekvem tid (mandag-fredag kl 16-08 og lørdag og søndag). De andre sykehusene hadde tilsvarende tall. Ved alle sykehusene var det fulle vaktteam med leger og operasjonssykepleiere som ventet på pasienter som kom en sjelden gang. Det fører til at sykehusene betaler overtid og vakttid for arbeid som ikke blir gjort. Alternativt avspaserer personellet for å redusere overtidsbetalingen, men da er personellet ofte borte på dagtid. Helse Fonna har tatt konsekvensen av dette og samlet alle de kirurgiske innleggelserne på kveld, natt og i helgene til sykehuset i Haugesund.

Strømlinjeformer behandlingslinjene

De beste sykehusene i verden benytter "clinical pathways" for å strømlinjeforme produksjonslinjen (=pasientbehandlingen) for gitte pasientgrupper. Flere sykehus i Norge har de senere årene tatt dette i bruk innen process redesign, bruk av behandlingsforløp eller ved å skille planlagt og elektiv i egne produksjonsløp.

Utarbeidelse av pasientforløp kan sikre behandlingen både faglig, ressursmessig og logistisk for gitte diagnosegrupper. Samtidig gir det økt mulighet for å utvikle gode faglige indikatorer for de ulike pasientgruppene. Det handler om å få klinikere interessert i sine egne data og bruke informasjonen bevisst i daglig praksis, som deretter gjenspeiles i styringsdialogen og ledelse av sykehus. Utarbeidelse av behandlingslinjer skjer i tverrfaglige team. Dermed får man en "bottom up"-prosess med utgangspunkt i kjernevirksomheten.

Noe av problemet i dag er at økonomisk evaluering og faglig klinisk evaluering foregår i to separate siloer. Økonomisk evaluering er ikke koplet til den kliniske aktiviteten, og de kliniske aktivitetene foregår uten særlig påvirkning av den økonomiske situasjonen. Det mangler et felles språk slik at økonomisk evaluering og faglig evaluering "møtes" og blir forståelig både for helsepersonell og administratorer.

Et eksempel kan være å ta i bruk balansert målstyring og måle på flere akser som:

- ❖ Faglige kliniske resultater
- ❖ Funksjonalitet og risiko for pasienter
- ❖ Pasientinformasjon og evaluering
- ❖ Ressursutnyttelse (direkte kostnader knyttet til behandling og indirekte kostnader knyttet til samfunnsutgifter)

Toyotas produksjonsmetode gir store resultater for sykehus

Hvis vi behandler sykehuspasientene slik Toyota produserer biler, kan vi behandle 50 prosent flere pasienter. På kjøpet vil man få færre feilbehandlinger og økt tilfredshet blant pasientene og ansatte. Det hevder McKinsey i en av sine rapporter om helsesektoren i Europa.²⁷ Det beste eksempelet McKinsey har på at påstanden stemmer, er fra hjertemedisinsk avdeling ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet.²⁸ Ellers har Harvard Business Review det siste året presentert analyser av hvordan amerikanske sykehus jobber med å innføre Toyota-metoden for å øke kvaliteten, effektiviteten og kostnadskontrollen – og presenterer dette som "Healing the health system from the inside".²⁹ Dette er også en metode for å arbeide med prosessdesign av produksjonen som utgangspunkt.

Toyotametoden kalles også "lean". Den går ut på å forkorte produksjonsprosessen fra råmateriale til ferdig vare. Svært mye i "lean" handler om lagerhold, som for helsetjenestens del er ventelister. Lager skjuler sløsing med ressurser, det er et resultat av mangler i produksjonssystemet. Problemet er at mange som prøver å bruke lean-metoden i egen virksomhet forveksler "lean" med kostnadsutt.

²⁷ Brendan Buescher and Paul Mango: "Improving service operations: Toyota for hospitals", Health Europe, McKinsey & Company, nr 2, sep 2003

²⁸ Mandag Morgen: "Rikshospitalet dobbelt så raskt på labben", nr 40, 13. desember 2004.

²⁹ Steven J. Spear: "Fixing Health Care from the Inside, Today", Harvard Business Review, sep 2005.

Derfor driver de bare en nådeløs jakt på kostnader. Det gir en kortsiktig effekt, men undergraver verdikjeden på sikt.

Hjertemedisinsk avdeling på Rikshospitalet startet en gjennomgang av alle arbeidsmetodene sommeren 2002 for å finne flaskehalsen. Den lå i produksjonslaboratoriene. Problemet var at de fire laboratoriene som produserte for hjertemedisinsk avdeling var organisert under røntgenavdelingen, som betjener et hundretalls enheter ved R-R. Det gjorde ikke saken bedre at det var opprettet et bestillingskontor som all kommunikasjon gikk gjennom. Bestillingskontoret lå fysisk langt borte fra laboratoriet og bidro til den "allmenne forvirring". De enkelte enhetene og avdelingene arbeidet for så vidt effektivt, men de var effektive hver for seg. Løsningen ble å overføre laboratoriene organisatorisk til hjertemedisinsk avdeling. Med en felles ledelse ble det et annet eierskap til pasientene og alle så betydningen av samhandling. Hos de ansatte økte fellesskapsfølelsen gjennom økt arbeidsinnsats. Ett år etter kunne man dokumentere at antall behandlinger hadde økt med 54 prosent og antall tester ved laboratoriet med 105 prosent uten økning i staben, men ved noe mer arbeidstid for de ansatte.

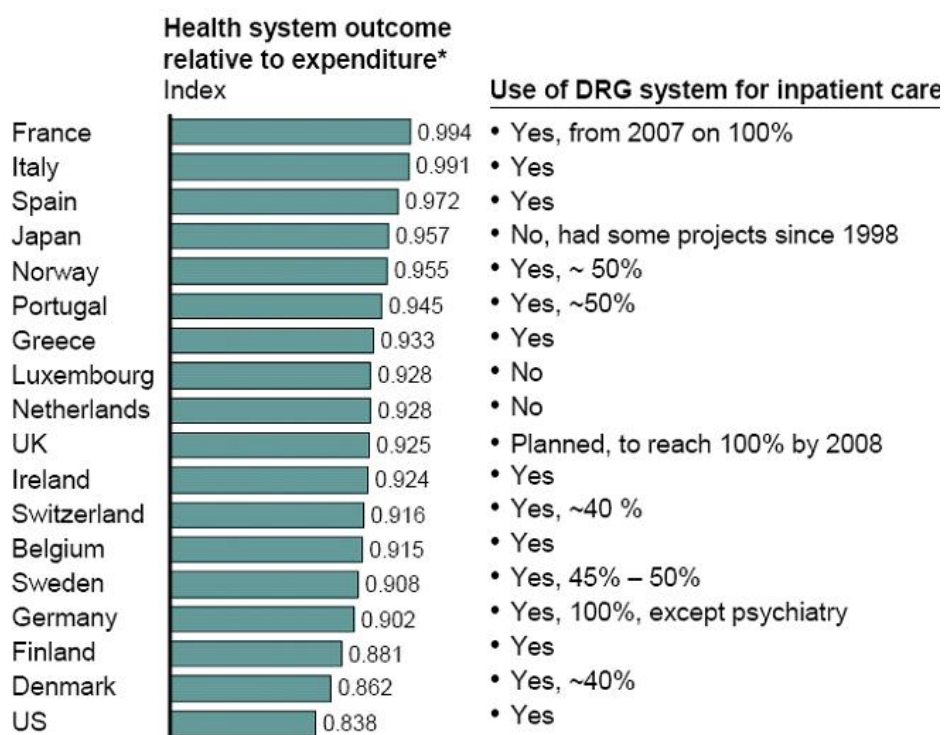
Ansvarliggjøring av bestillerfunksjonen

På den annen side innfører myndigheter ulike mekanismer for å begrense, få bedre kontroll med og/eller ansvarliggjøre etterspørselen etter helsetjenester.

Innsats- og aktivitetsstyrt finansiering

Mange land har de siste årene innført DRG-systemet i større eller mindre grad, viser denne oversikten fra McKinsey:

Figur 5: DRG-systemet er blitt svært utbredt. Kilde: McKinsey.



McKinsey har sett om det er sammenheng mellom finansieringsmodell (forsikrings- eller skattebasert, evt blandingsmodell) og helsetjenestens ytelser (i form av blant annet helsenivå, tilgang til helsetjenester, utgiftsnivå). Analysen deres viser at det ikke ser ut til å være noen systematiske

sammenhenger. Flere land utvikler nå DRG-modellen ved at de supplerer med andre avregningsformer.

Sverige: Kostnad per pasient

Sverige har i en årrekke anvendt DRG som grunnprinsipp, men har på flere områder utvidet med kostnad per pasient (KPP). KPP omfatter de reelle kostnadene som kan henføres til en gitt pasient i dennes pasientforløp på sykehuset. KPP består ikke av gjennomsnittsberegninger, men av reelle kostnader på personnivå. Dette er blant annet grunnlag for et forsøk med ressursstyring ut fra "vårdlogikker" som settes i verk i Region Skåne.

Gjennom "vårdlogikkene" deles helsetjenestens aktiviteter inn i fire logikker:

1. Nærpsykehus-logikken
2. Elektiv spesialisthelsetjeneste-logikk
3. Akutt spesialisthelsetjeneste-logikk
4. Høyspesialisert helsetjeneste-logikk

Alle pasientrettede aktiviteter som utføres i det skånske helsevesen kan plasseres i de fire logikkene. Etter fordeling av aktivitet i de fire logikkene fordeles ressursene tilsvarende, og ressursene fordeles til de enkelte driftsenhetene etter hvor mye aktivitet den enkelte enhet har innen hver logikk. Det gjøres opp årlig om det er omfordelinger i mengden innen hver logikk på de enkelte driftsenhetene og følgende års budsjett justeres til den seneste oppgjørelsen av volum innenfor logikkene.

Systemet ble satt i verk 1. januar 2006, og avspeiler en internasjonal tendens mot å sikre mer gjennomsiktighet når det gjelder "stykkpris", det vil si veldokumentert innsikt i hva de ulike typer pasientforløp egentlig koster.³⁰

Nederland: Ny forsikringsmodell

Ved årsskiftet ble det innført et nytt forsikringssystem i Nederland. Forsikringer skal dekke sykehuskostnader og medisinske spesialister ut fra et nytt risikoustert finansieringssystem som kalles Prescription Cost Groups and Diagnostic Treatment Combinations (DTC). DTC-betalingen skal dekke rundt 70 prosent av nødvendig behandling. I henhold til den nye loven skal alle nederlandske innbyggere få et grunnleggende nivå på dekningen av helseforsikringen, uansett inntekt, og de har ikke lov til å reservere seg fra denne helseforsikringen. Forsikringen vil koste den enkelte rundt 1,100 euro i året, og barn under 18 år er gratis. Nederlenderne må selv tegne tilleggforsikringer for andre ytelser. Forsikringsselskapene og tjenestetilbyderne skal forhandle frem årlige kontrakter om den årlige kostnaden. De private forsikringsselskapene skal administrere både den obligatoriske og frivillige forsikringen.³¹

Pasienter kan fritt velge leger, og må i noen tilfeller (mest elektive behandlinger) betale ekstra for å bli behandlet ved det sykehuset de ønsker. Forsikringsselskapene skal knytte avtaler med tjenestetilbydere og hvilke fasiliteter de tilbyr. Det vil fremme konkurranse blant tilbyderne. Forsikringsselskapene skal etablere et fond for personer med spesielt høy risiko for å sikre at disse også får tegne forsikring. Både forsikringsselskapene og tjenestetilbyderne skal innrapportere en rekke data til bruk i sammenlignende oppfølginger.

Kjernen i systemet er at forsikringsselskaper skal konkurrere om pasientene, og det skal fremme økt samarbeid mellom sentrale interessenter som forsikringsselskaper og forskningsmiljøer. Et resultat av det nye systemet er at noen forsikringsselskaper har inngått samarbeid med universitetsleger i Leiden for å etablere et rådgivningssenter for behandling av pasienter over 80 år som har komplekse og

³⁰ Agenda og Muusmann: "Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåter og effekter, begrensninger og potensialer", Oslo, november 2005.

³¹ PriceWaterhouseCoopers: "HealthCast 2020. Creating a Sustainable Future", 2005.

kostbare helseproblemer. Innføring av elektronisk pasientjournal og system for kommunikasjon mellom spesialist- og allmennpraktiserende leger er utformet for å øke livs- og helsekvaliteten til eldre.

Nederland har siden 2003 hatt programmet Sneller Beter (Better Faster) som benchmarker sykehus og primærhelsetjenesten ut fra indikatorer for sikrere og bedre pleie. I tillegg er det indikatorer for kvalitet, innovasjon og effektivitetsprogrammer som skal gi betydelige resultater innen pasientsikkerhet, logistikk og kontroll.

Storbritannia: Frihet og ansvar til brukerne

I Storbritannia har Department of Health nylig lagt frem hvitboken "Our health, our care, our say: a new direction for community services". Her legges det frem en rekke forslag til reformer av NHS for å øke kvaliteten på tjenestene, effektiviteten og bedre ressursbruk – og å gjøre brukerne mer autonome og fri til å treffe individuelle valg. Hensikten med reformene er å gi tjenesteyterne direkte insentiv til å yte bedre helsetjenester på lavere nivå og flytte tjenester fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten³².

- ❖ **Practice Based Commissioning (PCB):** Allmennlegene (General Practitioners/GP) skal få mer ansvar for lokale helsebudsjetter. Det er satt i gang forsøksprosjekt med individuelle budsjetter for å se hvorvidt brukerne kan ta kontroll over egne midler (se nedenfor). Dette er utgangspunktet for en modell som skal fokusere på forebygging, bedre utvikling av lokale helsetjenester og mer valuta for pengene ved at lokale helseaktører og brukerne selv får større innflytelse over prioriteringene.
- ❖ **Individuelle budsjetter:** Sist høst ble det satt i gang et prøveprosjekt der eldre skal få utdelt virtuelle "helse-penger" som de selv kan disponere. Det er foreløpig satt av 2,6 millioner pund som skal fordeles til 13 lokale prosjekter. Lokale helsemyndigheter bestemmer selv hvordan pengene best kan brukes ut fra de eldres behov. Såkalte "care managers" vil hjelpe de eldre i å planlegge hvordan de kan bruke helsesjekkene sine. Bakgrunnen for prosjektet er erkjennelsen av at eldre mennesker har svært ulike behov for helse- og sosialtjenester. Omsorgsminister Liam Byrne sier i en kommentar at "Individuelle budsjetter vil hjelpe sårbare eldre og funksjonshemmede til å ta kontroll over sitt eget liv og velge tjenester som passer dem best. Det handler om å gi folk en valgmulighet, gi makt gjennom frihet". Helsedepartementet foreslår i hviteboken å utvide ordningen til å gjelde andre grupper som får individuelle budsjetter der offentlige støtteordninger, tilskudd fra sosialkontor, arbeidskontor, kommunalstøtte etc samles og der borgerne skal få hjelp til å ta mer kontroll over hvilke valg de vil ta og hvordan de ønsker å leve. Det skal etableres felles helse- og sosialteam som skal hjelpe brukerne til å få mer integrerte tjenester og helhetlig behandlingslinje for de med mest komplekse behov.
- ❖ **Payment by results (PBR):** Helsemyndighetene skal utrede hvordan endringer i PBR-refusjonene kan sikre insentiver for å fremme PCB og individuelle budsjetter. Ifølge departementet vil disse tre byggesteinene revolusjonere helsetjenesten og fremme langt mer personlig tilrettelagte tjenester (mer i avsnittet nedenfor).

Departementet planlegger å utvikle en utførermodell og retningslinjer for beste praksis for å fremme et felles rammeverk for helse og forebygging. Budsjettene og planleggingssystemene mellom statlig og lokalt nivå skal være basert på et felles resultatbasert rammeverk med indikatorer som måler ytelsene og kontrollmyndighet.

³² Health Department: "Our health, our care, our say: a new direction for community services", 2006.

Nye refusjonsordninger

I eksemplene nedenfor ser vi to interessante nyskapninger innen finansielle insentiver som kan bidra til å fremme kvaliteten i primærhelsetjenestens behandling av pasienter med kroniske sykdommer:

- ❖ Prestasjonsavhengig refusjon (NHS-modellen)
- ❖ Sykdoms- eller diagnoserelaterte basisytelser (British Columbia og til dels Vejle-modellen)

Storbritannia – honorerer prestasjoner fremfor ytelser

I 2004 implementerte NHS et nytt refusjonssystem for allmennpraktiserende leger. De gikk bort fra et system som var en kombinasjon av ytelses- og basisfinansiering. I stedet inngikk NHS en overenskomst med den britiske legeföreningen der finansieringen kobles til kvaliteten på den leverte tjenesten. Systemet går ut på at refusjonen utmåles i henhold til et poengsystem som er basert på en rekke kliniske indikatorer. Indikatorene er blant annet prosessuelle standarder (f.eks et spesifikt mål for hvor hyppig pasienter med hjertesykdom skal måle blodtrykk og kolesterol tall) og intermedieære resultater av behandlingen (som kan bestå av dokumentasjon av at det lykkes med å holde risikofaktorer innenfor en nærmere fastsatt grense). Dersom man oppnår gode intermedieære resultater, belønnes det med et større antall poeng enn dersom man bare følger de prosessuelle standardene – fordi dette avspeiler høyere arbeidsinnsats fra legenes side. Behandlingsmessige resultater som lever opp til fastsatte standarder er forbundet med en høyere honorering enn etterlevelse av prosessuelle krav til antallet og hyppigheten av diverse prøvetakinger, screening og undersøkelser.

Det nye refusjonssystemet baserer seg på legenes prestasjoner fremfor ytelser og gir legene et økonomisk insitament til å fokusere på kvaliteten og effekten av behandlingen.³³

Vejle-modellen

Vejle amt (fylke) har siden 2004 innført et refusjonssystem for praktiserende leger der de honoreres for å bruke lengre tid på konsultasjoner av en definert gruppe kroniske pasienter. Relativt sett honoreres dette ca tre ganger hørere enn alminnelige konsultasjoner. Samtidig har legen fått mulighet til selv å ta initiativ til konsultasjoner og sykebesøk. Og de honoreres for å delta i utskrivningssamtaler når en pasient forlater sykehuset etter innleggelse. Initiativet består av et supplement til de eksisterende grunntjelsene, samt en utvidelse av den praktiserende legens ansvar i relasjon til etterspørselsgenererende aktiviteter, nemlig selvinitiert kontakt med pasientene.

Begge disse elementene i Vejle gir den praktiserende lege mulighet for å ta bedre vare på de kroniske pasientene uten å miste inntekter. Initiativet fører ikke nødvendigvis til at legene sklir over mot å prioritere de kroniske pasientene og deres behov høyere. Dette vil i høy grad avhenge av hvor lang tid en forlenget samtale med en pasient med en kronisk sykdom vil være i forhold til alminnelig konsultasjon, samt forholdet mellom honoraret for den utvidede konsultasjonen og honoraret for en alminnelig konsultasjon.³⁴

³³ Sundhedsstyrelsen: "Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb", København 2005.

³⁴ Sundhedsstyrelsen: "Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb", København 2005.

British Columbia: Behandlingsretningslinjer og refusjon

I den canadiske delstaten British Columbia ble det innført et lignende system som i Vejle i 2003. I tillegg til den gjeldende refusjonsordningen for allmennpraktiserende leger, ble det innført et årlig sykdomsrelatert tillegg som legen kan velge å motta dersom han/hun samtidig aksepterer å følge de retningslinjer som delstaten har utarbeidet for behandlingen av den gitte sykdommen. I utgangspunktet omfatter ordningen pasienter med diabetes og hjerte- karsykdommer, men på lengre sikt skal den omfatte flere kroniske sykdommer. Erfaringene sies å være positive og halvparten av legene har tatt imot tilbudet.

Egenandeler

I 2003-04 utgjorde inntektene fra egenandeler 13-14 milliarder kroner i året, dvs rundt 13 prosent av utgiftene til offentlige helsetjenester. Likevel er Norge blant de land som finansierer minst av helsetjenesten via egenandeler ved siden av Nederland, Frankrike og Tyskland.

Program for helseøkonomi ved Rokkansenteret har utarbeidet en oversikt over bruk av egenandeler i ulike land. Landene har ulike motiver for innføring av egenandeler. I Sverige brukes det som et styringsverktøy for å styre etterspørselen til "rett" helsenivå. Frankrike jobber for å prioritere hvilke tjenester det offentlige helsevesenet skal tilby, samt overføre mer ansvar til brukerne. Finland er det landet som har gått lengst i å innføre egenandeler på grunn av økonomisk tilbakegang på 90-tallet. Studien viser også at egenandeler reduserer bruken av helsetjenester, både de nødvendige med høy terapeutisk verdi og de med lav terapeutisk verdi. I tillegg påvirker egenandeler helsestatus og virker sosialt skjevt. En undersøkelse fra Sverige viser at særlig unge kvinner velger bort legebesøk av økonomiske grunner. Det reduserer også bruken av forebyggende medisiner mens nivået på f.eks. smertestillende er like høyt.³⁵

Mandag Morgen gjennomførte for to år siden en befolkningsundersøkelse om holdninger til egenandeler. I valget mellom egenandeler, velferdskutt og økt skatt foretrekker 42 prosent å betale mer skatt for å beholde dagens tilbud. En av tre er villige til å godta økte egenandeler, mens bare 11 prosent synes velferdskutt er en løsning. Dersom egenandeler skal brukes, mener 44 prosent at de med høy inntekt og formue bør betale mer enn de med lav inntekt og formue.³⁶

USA er i ferd med å innføre mer pasientbetaling for å begrense overforbruk av helsetjenester. Tyskland innførte delte kostnader i 2004, og det reduserte antall legebesøk med 8,7 prosent, ortopedier med 11,3 prosent, gynekologer med 15,1 prosent og kirurger med 11,6 prosent.³⁷

³⁵ Mandag Morgen: "Underskudd i helse-Norge kan fremtvinge upopulære egenandeler", nr 8, 23. februar 2004.

³⁶ Mandag Morgen: "Underskudd i helse-Norge kan fremtvinge upopulære egenandeler", nr 8, 23. februar 2004.

³⁷ PriceWaterhouseCoopers: "HealthCast 2020. Creating a Sustainable Future", 2005.

Hva slags rollefordeling?

En del av problemet med dagens situasjon er manglende samsvar mellom beslutningsmyndighet og finansieringsansvar. Selv om fastlegen har en gatekeeperfunksjon og skal representere pasienten, er det betydelig rom for å forhandle seg frem til raskere behandling og ulike typer individuelle løsninger. De tidligere diskusjonene i tankesmien har ofte handlet om behovet for ett finansieringsnivå for helsetjenesten og en tydeligere rollefordeling mellom aktørene – og spesielt klargjøring av det offentliges rolle.

I figuren nedenfor har vi skissert hvem som kan inneha de ulike rollene (i de hvite firkantene). Det vil trolig være en fordel at det offentlige har kontrollansvar og at man hele tiden vurderer tilgjengelighet, faglig standard og kvaliteten på tjenestene slik at man unngår indikasjonsglidning og glidning innen kodepraksis etc. Myndighetene kan selvsagt sette dette ut til et konsulentselskap eller uavhengig kvalitetsorgan slik Muusmann foreslår, da dette er en egen nisje i markedet (Det Norske Veritas satser på helse som en vekstsektor for virksomhetens sertifiseringstjenester fremover).

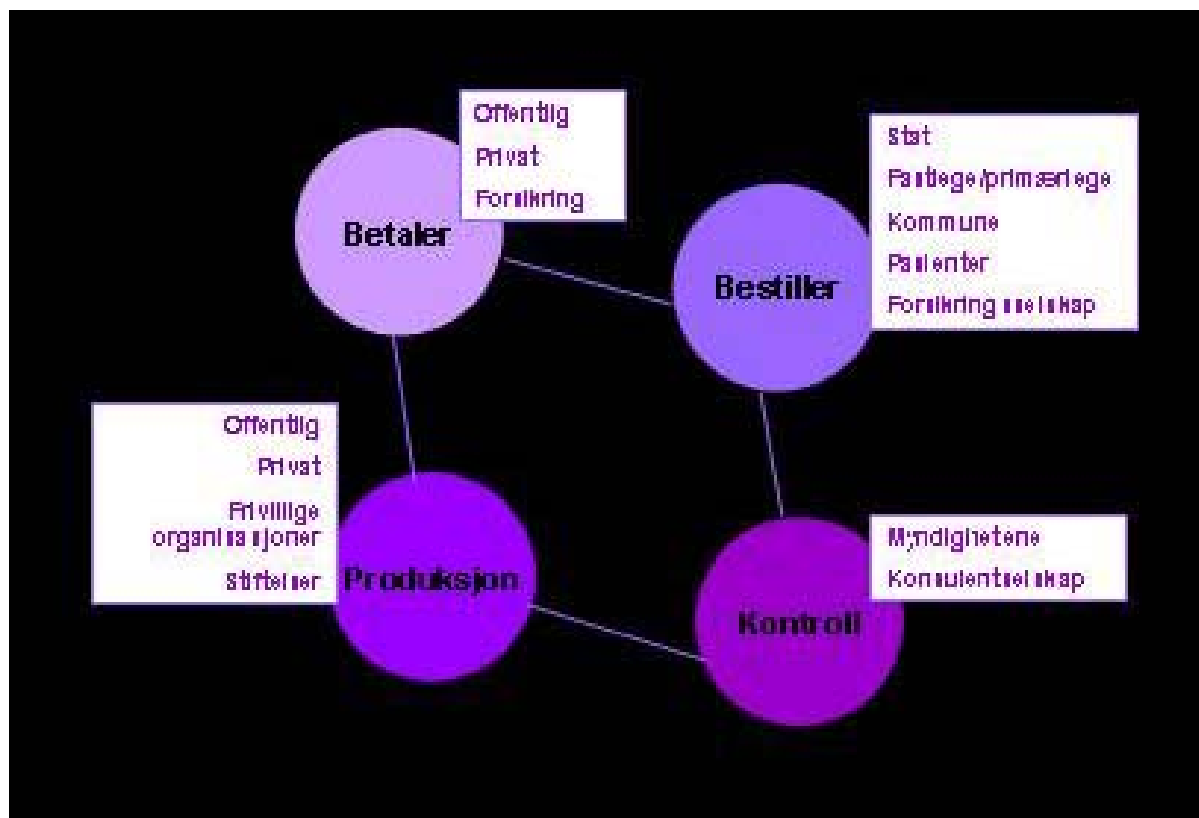
I fremtiden kan det tenkes at det vil være både private og offentlige som kan finansiere helsetjenestene, og hensikten må være at alle får samme refusjon for samme behandlet pasient i forhold til behandlingstkostnader. Produksjonene kan gjøres av flere, slik det også er i dag.

Bestillere kan også være flere aktører. Dess flere aktører som bestiller, dess mer kan interessen øke for at det som gjøres er av god kvalitet. Omvendt kan man tenke seg at det bygges opp mer profesjonisert og samordnet bestillerkompetanse, enten via staten, kommuner/regioner eller forsikringsselskaper. Hagen-utvalget³⁸ skisserte to alternativer der bestillerfunksjonen skilles fra utførelsesfunksjonen. I det ene tenkes det opprettet en statlig bestillerorganisasjon i hver av helseregionene eller i regi av Rikstrygdeverket. I det andre alternativet ble det skissert en modell der kommunen er lokalbefolkningens representant overfor produsentene av helsetjenestene. En tredje variant kan være at bestilleransvaret legges til forsikringsselskaper, slik tilfellet er f.eks. i Nederland og Tyskland. En fjerde variant kan være at pasientene selv er bestillere og betaler via egenbetaling.

Det vil også være behov for bevisstgjøring av befolkningen ved at det er de som betaler helsetjenesten i form av skatter og avgifter, og dermed vil ha økende interesse av at helsetjenesten fungerer både kvalitativt godt og på en effektiv måte. I utgangspunktet er kundene i helsetjenesten ikke prissensitive og kan ikke selv vurdere hva de trenger av behandling, men de kan vurdere kvaliteten på tjenesten de får – i hvert fall til en viss grad.

³⁸ NOU 2003: Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten”.

Figur 6: Fire roller – mange potensielle aktører. Kilde: Visjon helse 2015.



Perspektiv: Mot behandlingsforebyggende finansiering?

Den korte gjennomgangen og eksemplene på hva som skjer både på et makronivå i ulike land og på mikronivå i enkelte virksomheter i helsetjenesten, viser at vi ser en ansvarsreform som går lang to akser:

Akse 1: Ansvarsreform av utførerrollen:

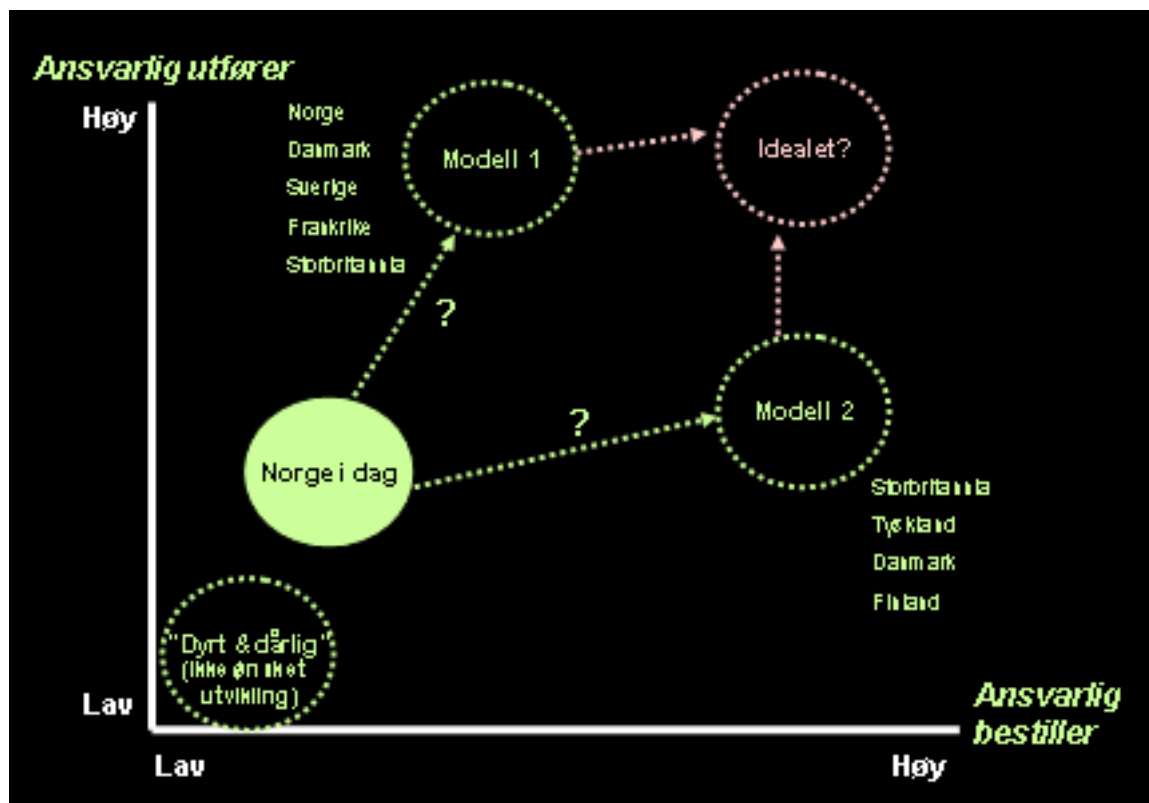
- ❖ Eierstyring – fra forvaltning til foretak
- ❖ Budsjett- og regnskapsreform – periodisering og langtidsbudsjett
- ❖ Konkurransereform og samhandling
- ❖ Produktivitsreform – Lean Management, balansert målstyring, behandlingslinjer etc

Akse 2: Ansvarsreform av bestillerfunksjonen:

- ❖ Innsats-/aktivitetsstyrt finansiering
- ❖ Forsikringsmodell eller behandlingsreducerende finansiering
- ❖ Egenandeler
- ❖ Resultatbasert refusjon
- ❖ Elementer av forsikring eller behandlingsreducerende finansiering (som f.eks. Nederland og Tyskland)

I figuren nedenfor har vi forsøkt å sette opp de to reformveiene, og vist hvordan ulike land går i ulike retninger i arbeidet med å utvikle organisasjonsformer, insentiver og finansieringsformer som demper veksten i etterspørsel etter helsetjenester og den offentlige utgiftsveksten.

Figur 7: Hvilken reformvei? Kilde: Visjon helse 2015.



Det er særlig langs den andre aksene (ansvarlig bestiller) vi er kommet kort i Norge. Noen land beveger seg i retning ansvarliggjøring av utføroller slik blant annet Norge har gjort med foretaksreformen, Danmark med strukturreformen, Sverige med vårdlogikkene og Frankrike med økt eierstyring. Vi ser at land med en velferdsmodell basert på universalisme og skattefinansiering hovedsakelig beveger seg i retning av mer ansvarlig utfører. I flere land ser vi at man beveger seg mer mot ansvarliggjøring av bestillerfunksjonen i den hensikt å begrense unødig bruk av helsetjenester og å fase bruken inn mot laveste nivå. Flere av tiltakene i Storbritannia går i den retning, det samme gjør økte egenandeler i Tyskland og Finland, den nederlandske forsikringsmodellen og for så vidt Danmark med kommunal aktivitetsbetaling av spesialisthelsetjenester og forsøksordning med nye refusjonsmetoder. Flere av landene går i begge retninger, spesielt Storbritannia og dels Danmark.

Vi ønsker derfor å stille spørsmålet om hva slags utviklingsvei det er mulig å se for seg i årene fremover i Norge, og vil kort skissere to alternative reformretninger:

Modell 1: Utførerreform

”Den intelligente helsetjenestetilbyder”: Muusmann-rapporten foreslår å løse prioriterings- og samhandlingsutfordringene gjennom mer styring – ref. forslaget om en nasjonal plan og et nasjonalt ”helseting”. Dette kan muligens virke et stykke på vei, men vil trolig ikke løse systemfeilene som er påpekt, som for eksempel forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og pressgruppers innflytelse på de reelle prioriteringene på helseområdet. En naturlig videreføring av foretaksreformen vil være å samle ansvaret for primær- og spesialisthelsetjenesten på en hånd. Det kan i prinsippet være helseregionene, folkevalgte regioner eller sammenslutninger/samarbeidende kommuner i en region. ”Den intelligente tjenestetilbyder” vil organisere tjenesten ut fra pasientforløpstenkning og på den måten stimulere til bruk av laveste effektive behandlingsnivå.

Modell 2: Bestillerreform

”Den ansvarliggjorte forbruker”: Forsøket på å skille mellom utfører- og bestillerrollen innenfor foretaksreformen har ikke vært vellykket, og foreslås avvirket av Muusmann. Uten en sterkere ansvarliggjøring på etterspørselssiden vil det ikke være gode insentiver til å forebygge, behandle og rehabilitere på lavest mulig nivå. En mulig modell kan være å gjøre kommunene ved fastlegene til ”eiere” av pasientene. Kommunen/fastlegen er ansvarlig for å bestille behandling fra helsetjenesten, muligens kombinert med at ansvaret for alle helseinstitusjonene samles i regionale helseforetak. En videreutvikling av denne modellen kan være å innføre en nasjonal forsikringsordning der kommunene velger forsikringselskap som har ansvar for å kjøpe tjenester fra institusjonene. For kommunene vil det være et insentiv til å fremme forebyggende helsearbeid ved at de kan få lavere forsikringsutgifter dersom de klarer å begrense behovet for behandling.

Til diskusjon i tankesmien

- ❖ Hva er de viktigste utfordringene for helsetjenesten frem mot 2015 for bedre utnyttelse av ressursene?
- ❖ Hvilke reformer på utførersiden er mest aktuelle for å fremme bedre ressursutnyttelse?
- ❖ Hvordan kan bestillerrollen ansvarliggjøres?
- ❖ Er det mulig å tenke seg en ordning eller organisering som gir fastlegene, kommunene/regionene og/eller den enkelte bruker finansielle insentiver for å redusere behovet for kostbar behandling?

Kilder

Aftenposten, 14.03.2006.

Agenda og Muusmann: "Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåter og effekter, begrensninger og potensialer", Oslo, november 2005.

Bratlid D, Rasmussen K: "Nasjonal styring av høyspesialiserte medisinske tjenester", Tidsskrift for Den norske Lægerforening, 2005:125:2976-9.

Brendan Buescher and Paul Mango: "Improving service operations: Toyota for hospitals", Health Europe, McKinsey & Company, nr 2, sep 2003

Dagens Næringsliv: "Lik operasjon – nær dobbel pris", 2. august 2005.

Health Department: "Our health, our care, our say: a new direction for community services", 2006.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet: "Kommunalreformen – kort fortalt".

Kommunal Rapport 01.03.2006

Kommunal Rapport 06. 03 2006

Kommunal Rapport, 08.03 2006

Mandag Morgen: "Offentlig Privat Samarbeid på full fart inn", nr 7, 17. november 2003.

Mandag Morgen: "Underskudd i helse-Norge kan fremtvinge upopulære egenandeler", nr 8, 23. februar 2004.

Mandag Morgen: "Finansdepartementet bremses historisk budsjettreform", nr 33, 25. oktober 2004.

Mandag Morgen: "Rikshospitalet dobbelt så raskt på labben", nr 40, 13. desember 2004.

Mandag Morgen: "Partiideologer knuser Oslos trafikkdrøm", nr 8, 27. februar 2006.

NOU 2003: Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten".

NTB 18.02. 2006

PriceWaterhouseCoopers: "HealthCast 2020. Creating a Sustainable Future", 2005.

Rasmussen K, Bratlid, D: "Medisinske monopoler – et valg mellom kvalitet eller likhet?". Tidsskrift for Den norske lægeforening, 2005:125:2980-83.

Steven J. Spear: "Fixing Health Care from the Inside, Today", Harvard Business Review, sep 2005.

Stavanger Aftenblad 14.02.2006

Sundhedsstyrelsen: "Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb", København 2005.

Ugebrevet Mandag Morgen: "Ny medicin skal hurtigere på markedet", nr 24, 21. juni 2004.

Unni Hjelmaas: "Hva er mulig behandling? Hvem får tilgang til ny terapi? Case: moderne kreftbehandling"