



UiO : **University of Oslo**

## ***Effektivitet i helsetjenestene – hvor ligger hindringene?***

Terje P. Hagen

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo



# Hoveddiagnose og disposisjon

- Behandlingskvaliteten i den norske spesialisthelsetjenesten kommer godt ut i internasjonale sammenlikninger
- Men vi har fortsatt problemer med produktivitet og lange ventetider til behandling
- Produktivitet og kvalitet i primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene er ukjente størrelser
- Prioriteringsregimet både i f t legemidler og prosedyrer har alvorlige svakheter
- Det finnes muligheter for forbedring, men erfaringene med store reformer er blandede som følge av målkonflikter og sterke interessegrupper i sektoren

# 1) Hva mener vi med produktivitet i helsetjenesten?



Produktivitet 1: Aktivitet/ressurser

Produktivitet 2 (effektivitet): Helsetilstand/ressurser

- Helsetilstand:
  - Dødelighet/overlevelse
  - QALYs (kvalitetsjusterte leveår)
- QALYs – Quality adjusted life-years
  - QALY forteller oss hvor mange ekstra leveår et legemiddel eller en prosedyrer gir
  - Hvert år med perfekt helse gir 1 QALY
  - Ekstra leveår med redusert helse gir verdier mellom 0 og 1
  - Helsetilstand kan kartlegges på ulike måter, f.eks. Spørreskjema (EQ-5D)

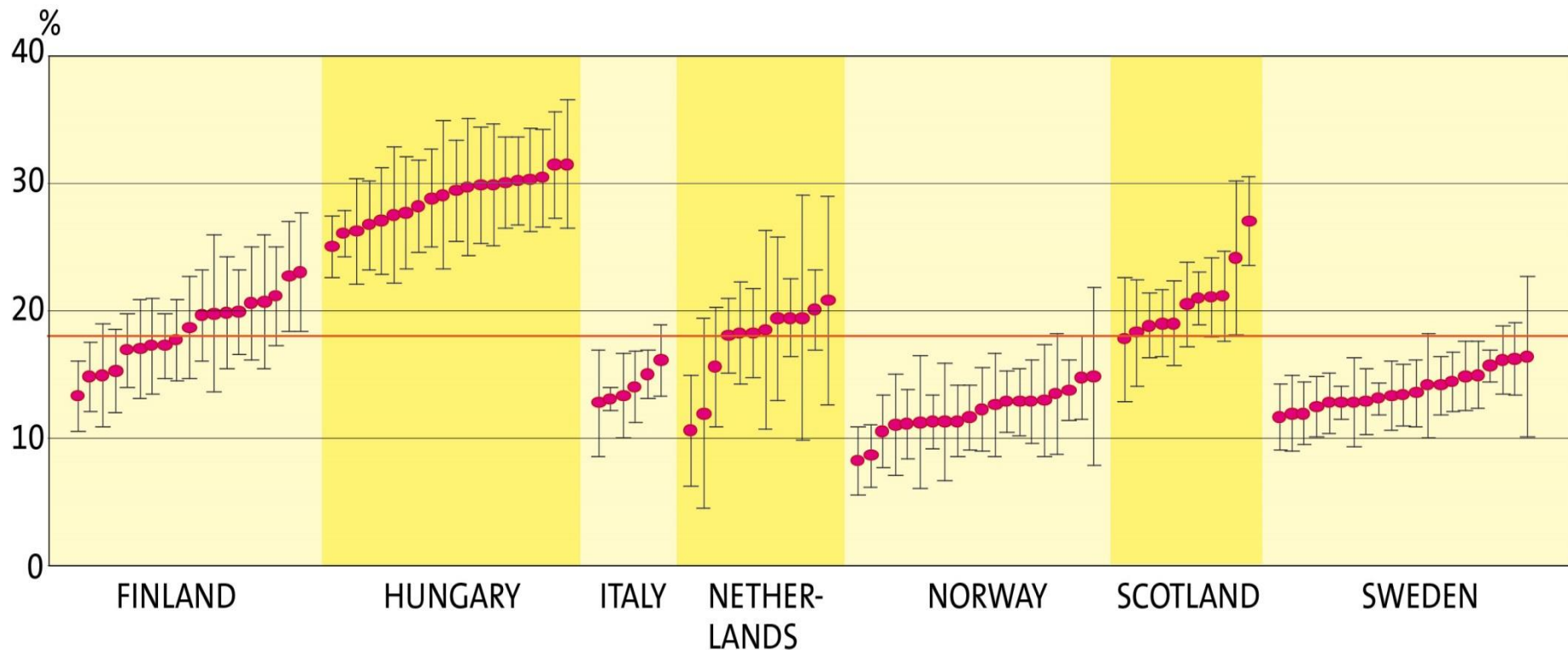
## 2) Spesialisthelsetjenesten

- Sykehusene har vært under kritikk fra alle kanter
  - Dårlig kostnadskontroll (1998-2007) eller for sterk styring av aktivitet og kostnader (2008-2013)
  - Lange ventetider eller induisert etterspørsel
  - For mye eller for lite sentralisering
  - Bygninger som forfaller eller nyinvesteringer uten kostnadskontroll

- EuroHOPE-prosjektet: Sykdomsspesifikk analyse
  - akutt hjerteinfarkt
  - hoftebrudd
  - hjerneslag
  - brystkreft
  - barn med lav fødselsvekt
- Sju land:
  - Finland, Sverige, Norge, Scotland, Nederland, Italia og Ungarn
- Metoden
  - Felles protokoll med identiske definisjoner av variabler i alle land
  - Kopler data om ressursinnsats (kostnader/prosedyrer), prosedyrer, og behandlingsutfall på individnivå
  - Risikojustering

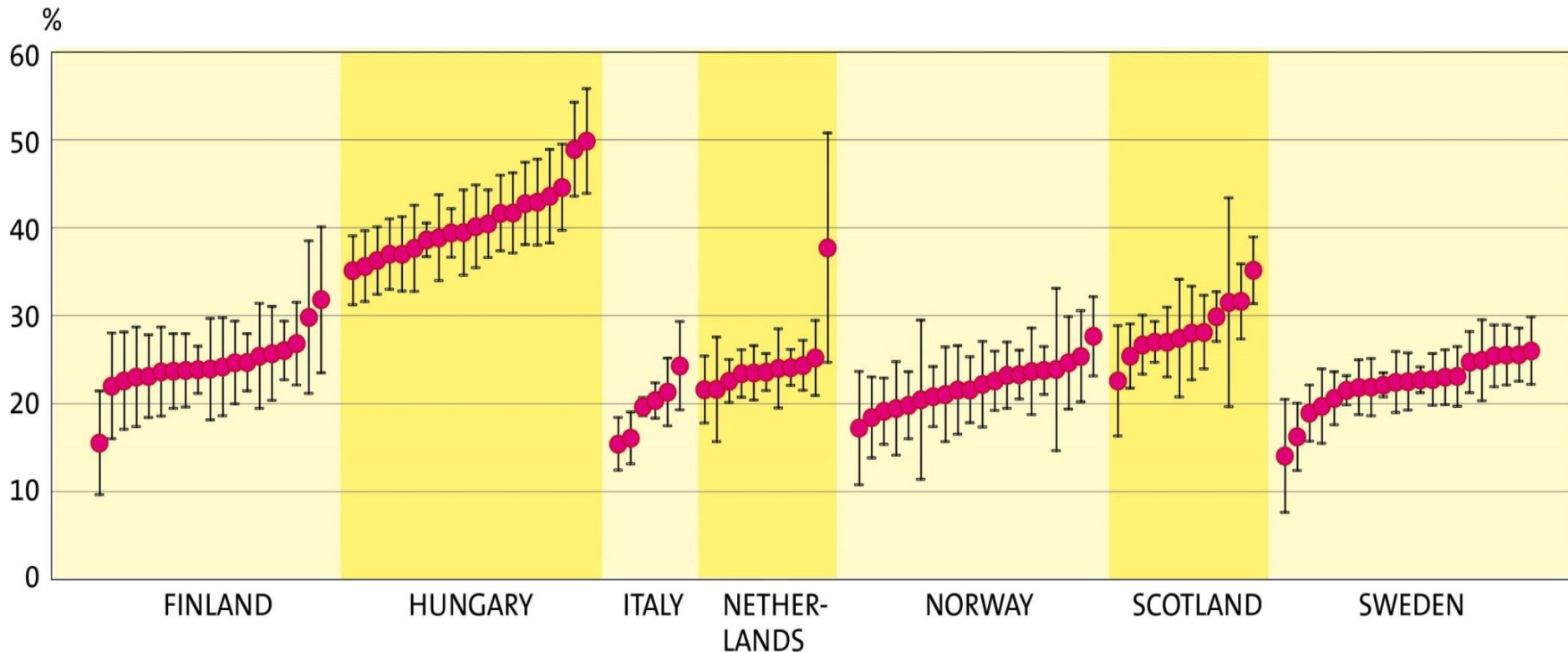
# Regional variasjon i dødelighet, infarkt

Alders- og kjønnsjustert ettårs dødelighet, 2008  
(2009 for Norge)



# Regional variasjon i dødelighet, hoftebrudd

Alders- og kjønnsjustert ettårs dødelighet, 2008 (2009 for Norge)





- Konklusjoner basert på 5 sykdomer:
  - Rangeringen av landene
    - Sverige, etterfulgt av Norge, hadde lavest dødelighet
    - Finland, Nederland og Italia i en mellomgruppe
    - Skotland, og spesielt Ungarn, har dødelighet over gjennomsnittet
  - Regional variasjon var større en variasjonen mellom landene (selv om regionene innen et land stort sett hadde overlappende konfidensintervall)

# Forklaringer

- Hvorfor gjør Norge det bra?
  - Hjerteinfarkt (Hagen, Hakkinen, et al, 2014a/b)
    - BNP: +
    - Arbeidsledighet: -
    - Prosedyrebruk (PCI): +/-
    - Organisering - gode akuttmedisinske kjeder: +

# Likevel - store utfordringer i sykehussektoren

- Bruk av innsatsfaktorene
  - Spesialisering og vaktordninger
  - Lønnsutvikling og arbeidstilbud
  - Utnyttelse av investeringer
- Output
  - Produktivitetsforskjeller mellom helseforetak

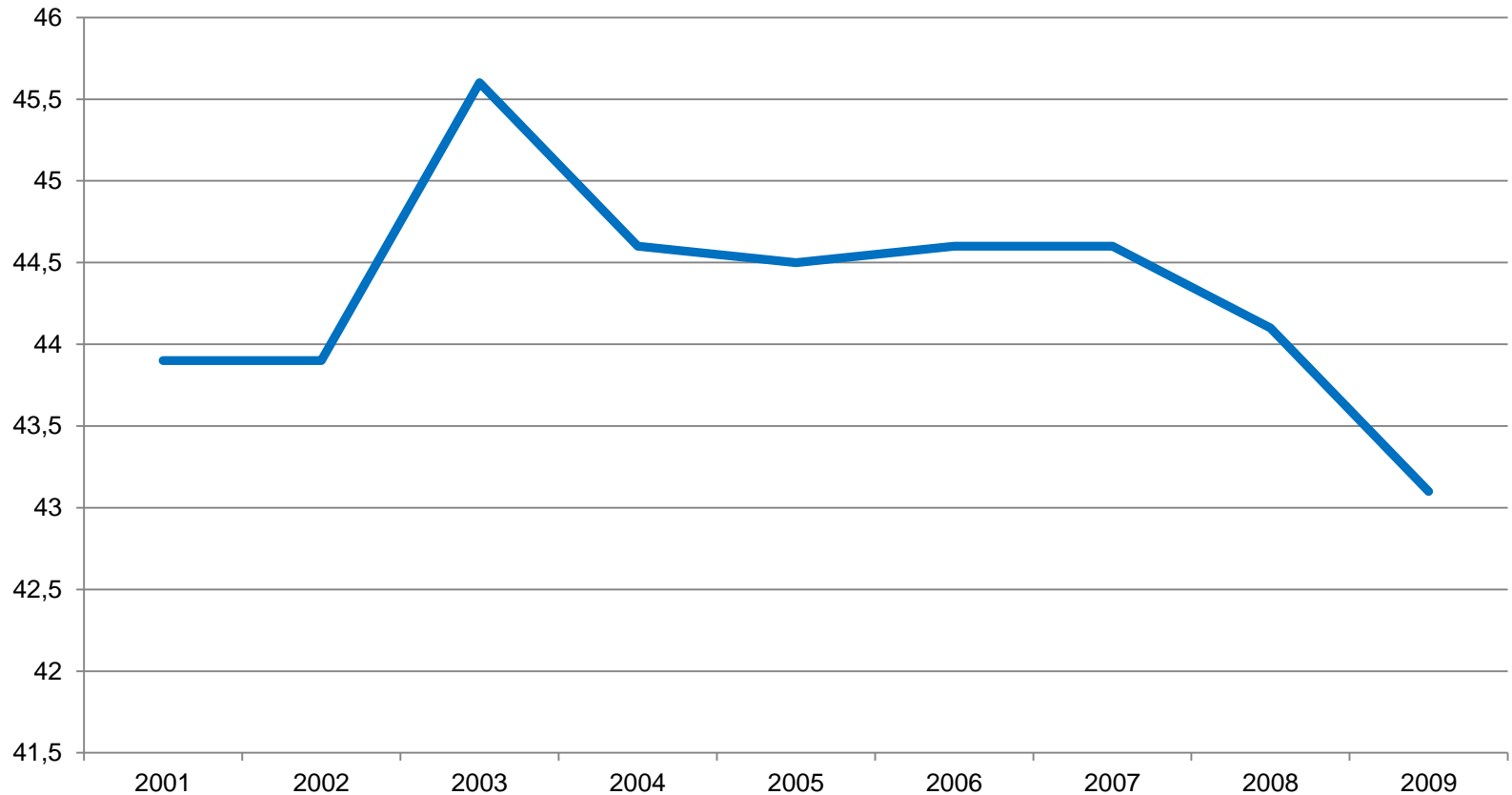
# Spesialisering og vaktordninger

- Eksempel:
  - I 2006 ble øyeavdelingene ved to av landets største sykehus slått sammen
  - Før sammenslåingen: 3 parallelle vaktlag ved hvert sykehus, 6 til sammen
  - Forventning: 3 parallelle vaktlag ved den nye avdelingen
  - Resultat: 5 parallelle vaktlag
  - Årsak: Reduksjon i antall vaktlag ga betydelige inntektstap for ansatte og var ikke mulig
- Økende spesialisering i sykehusene. Dette driver kostandene knyttet til vaktordninger opp

# Legelønn og endringer i legenes arbeidstilbud

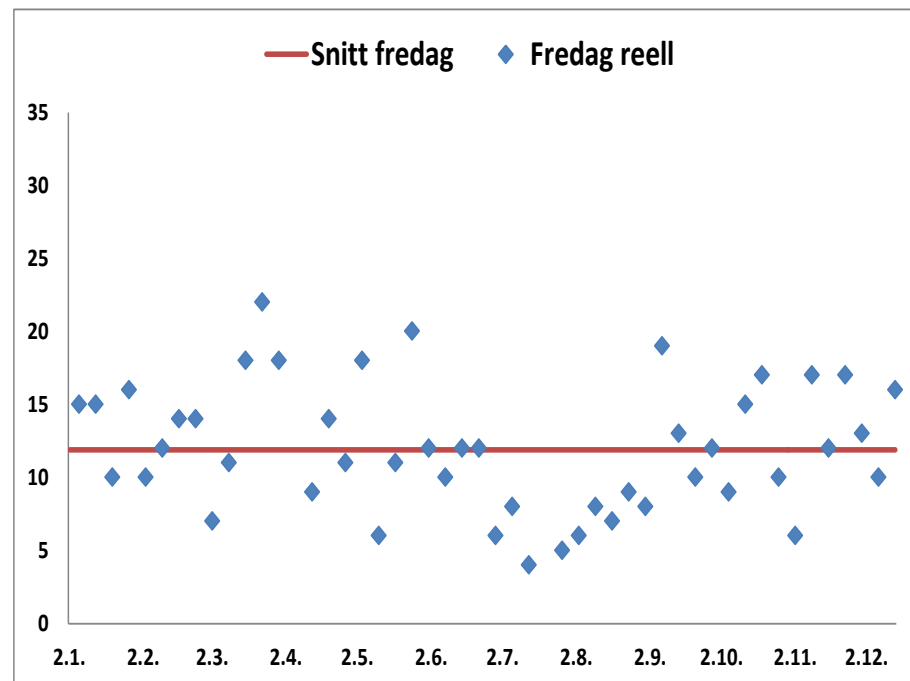
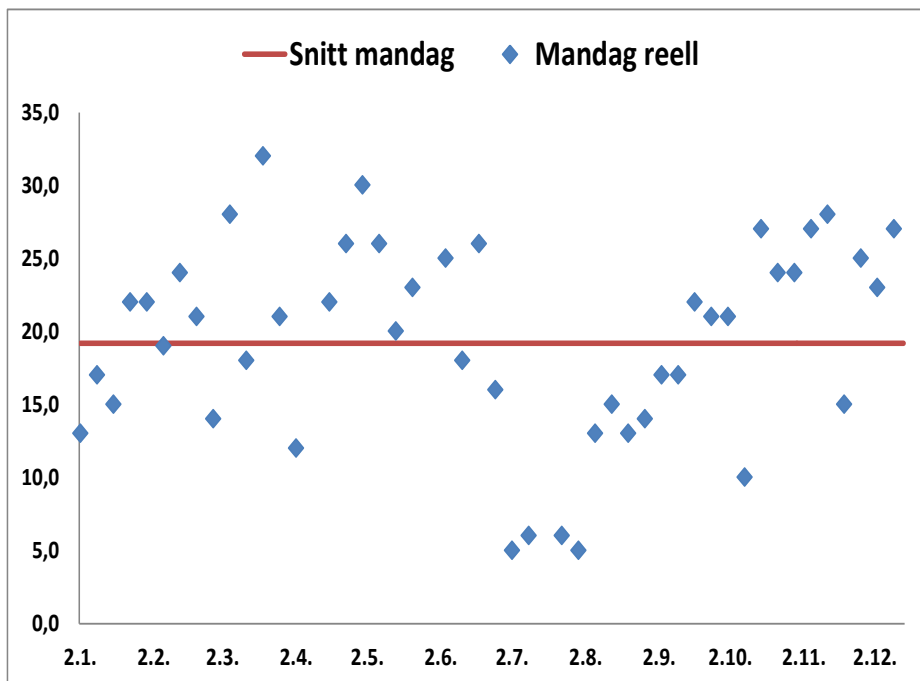
- To lønnsoppgjør for legene som har avveket betydelig fra oppgjørene for andre lønnstakere
  - 1996:
    - Mål: Stoppe “lekkasje” til private aktører og øke arbeidstilbudet
    - Resultat: Nådde målene (Baltagi et al, 2003), men det samtidig et fall i kostnadseffektiviteten (Biørn et al, 2003)
  - 2002/3:
    - Mål: Rydde opp i avtalesystemet og øke arbeidstilbudet
    - Resultat: Ryddet opp, men ingen økning i arbeidstilbudet (Johannessen og Hagen, 2012)

## Legenes arbeidstilbud, 2001-2009 (totalarbeidstid, inkl overtid)



# Produktivitetsforskjeller mellom ukedager (ekkogardiografi)

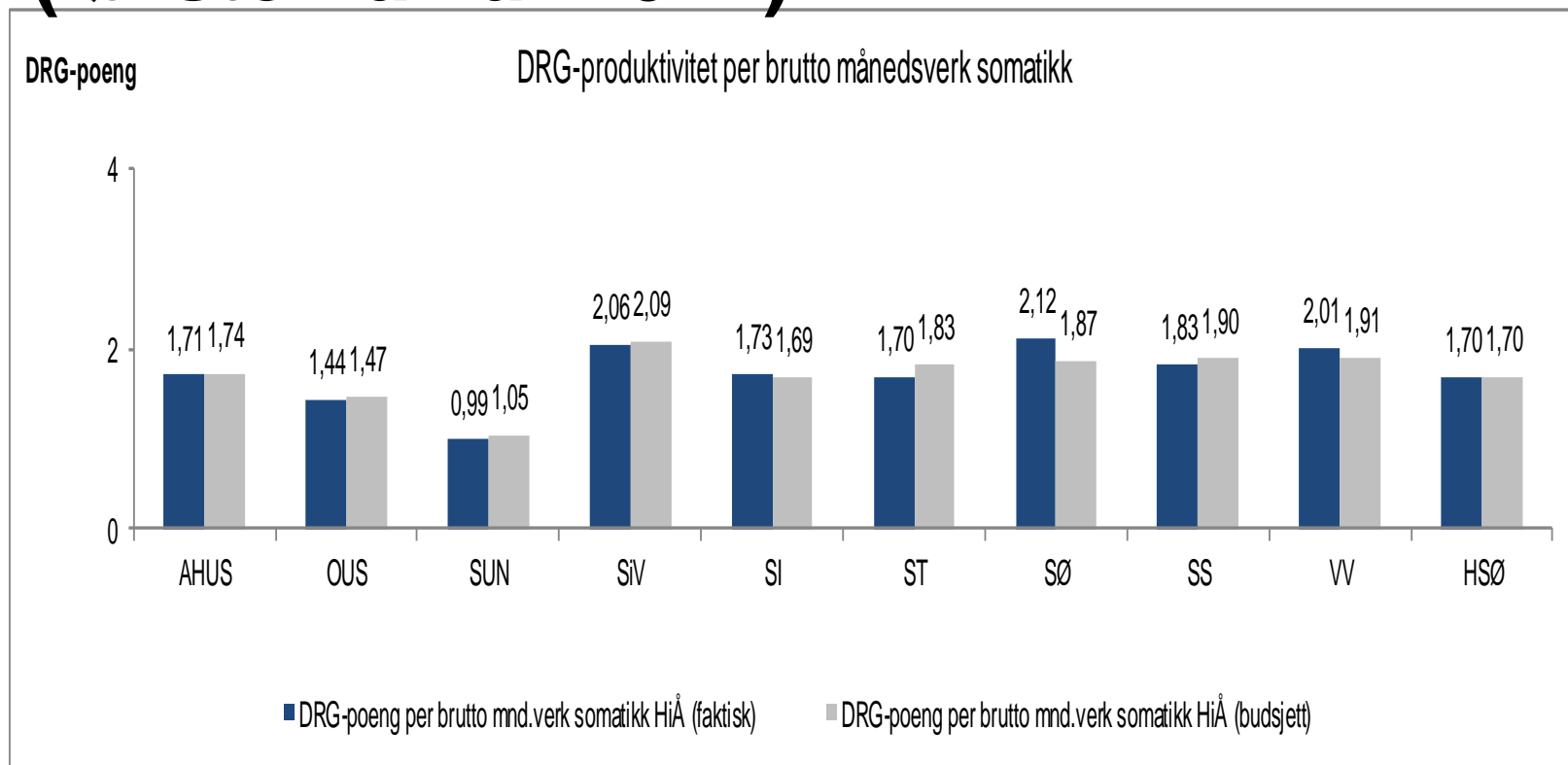
X-aksen er tidsakse for hele året (2.1.13-22.12.1), Y-aksen er antall prosedyrer per dag



**Ingen dager under nåværende snitt; totalkapasitet økt med 14 %.**  
**Alle dager samme aktivitet som mandag; kapasiteten økt med 33.5 %.**

*Kilde: Sykehuspartner*

# Produktivitetsforskjeller mellom HF (første halvår 2014)



Kilde: Helse Sør-Øst/Effektivitetsprosjektet



### 3) Primærhelsetjenesten

- To typer av analyser er av særlig interesse:
  - Produktivitet hos fastlegene
  - Fastlegenes henvisningspraksis
- Som i sykehusanalysene krever dette risikojustering (korrigerer for variasjoner i pasientsammensetning) som har vært vanskelig å få til
- I tillegg mangler vi data om fastlegenes henvisninger – produktivitetsanalysene blir da ikke valide

## 4) Omsorgstjenestene

- Eksisterer tidlige analyser av produktivitet i omsorgstjenestene
  - Edvardsen, Førsvund, Aas 2000 og Borge og Haraldsvik 2006: Manglet data for god risikojustering
- I dag eksisterer tilgang til data for risikojustering (IPLoS-registeret), men det er foreløpig ikke gjennomført landsdekkende produktivitetsanalyser

## 5) Kostnadseffektivitet for medikamenter og prosedyrer

- Legemidler
  - Det finnes flere prosedyrer for å få markedsføringstillatelse for et legemiddel i Norge, blant annet:
    - Sentral prosedyre (CP): Legemiddelet godkjennes i hele EU/EØS samtidig
    - Nasjonal prosedyre: legemiddelet godkjennes utelukkende i Norge
  - Det stilles klare krav til legemidlenes effektivitet i form av kostnad per ekstra leveår (QALYs)
  - Regimet fungerer i hovedsak bra, men bryter sammen ved sterkt politisk press
    - Eksempel: Føflekk-kreft (ipilimumab)

- Prosedyrer
  - Ingen krav til godkjenning, nye prosedyrer tas i bruk uten forutgående kostnads-nytte-analyser
  - ”Mini-HTA” er en sjekklister som sykehus i flere land bruker når de skal vurdere effekt, sikkerhet, kostnader og organisatoriske konsekvenser før en ny teknologi implementeres
  - Har vært utprøvd i Norge og anbefalt iverksatt, men fortsatt ikke benyttet bredt

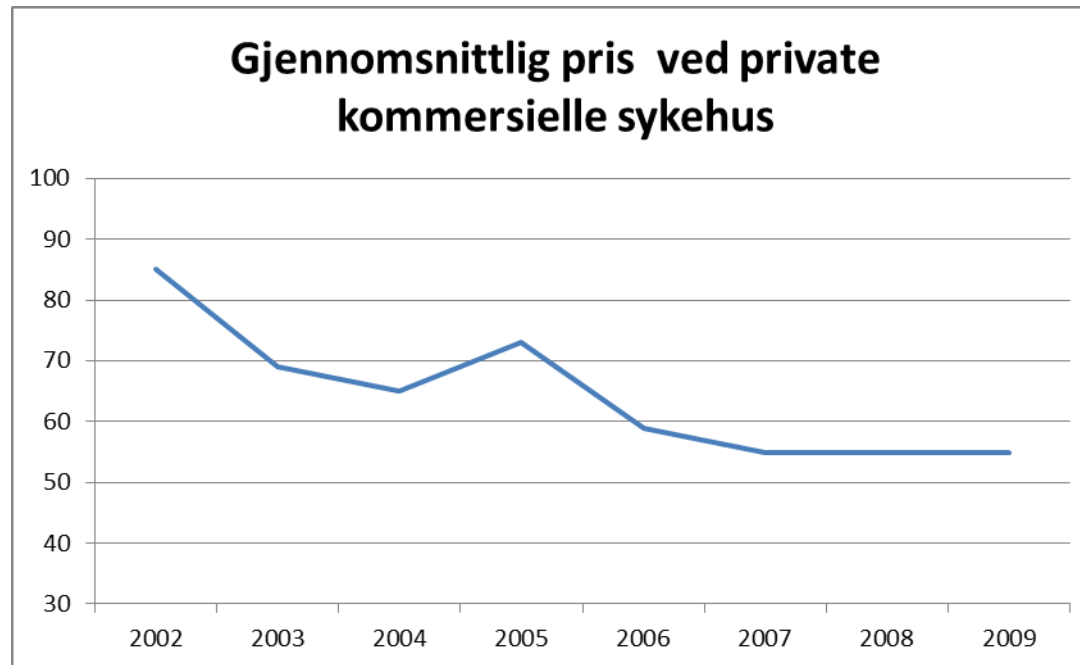
## 6) Hvor ligger hindringene?

- Sykehusene
  - Dårlig utnyttelse av utstyr og kapasitet
  - Dyre arbeidstidsordninger
- Kommunene
  - Statlig overføringssystem som gir betydelige ulikheter i tilbud og (trolig) i produktivitet
- Legemidler
  - Politiske spill
- Prosedyrer
  - Mangler rutiner for evaluering av innovasjoner

## 7) Mulige reformer

- Sykehussektoren
  - Etter sykehusreformen vurderte RHF-ene to modeller for styring av HF-ene
    - Konkurransen om kontrakter
    - “Målestokk-konkurransen”
      - Arbeidsdeling og spesialisering
      - Samenlikning av produktivitet og kvalitet
  - Er tiden moden for konkurranse?
  - To problemer
    - Konkurransen vil bryte opp arbeidsdelingen, gi mindre spesialisering
    - Sykehusene er monopolister i sitt opptaksområde
  - Kan private overta driften av offentlige sykehus?

- **Bruk av private kommersielle sykehus**



Dagens regime

- Lave kostnader
- Jevn fordeling

Kan skje endringer som gjør at dette konkurranse-regimet faller

- Høyere brukerbetaling for helsetjenester
  - Anbefales generelt ikke på grunn av uønskede fordelingsmessige effekter
  - Kan en innføre nyttegrader egenbetaling, dvs høyere egenbetaling for prosedyrer og legemidler uten dokumenterte effekter?
  - Kandidat for forsøk kan være enklere ortopediske prosedyrer der opptrening framstår som bedre alternativ



- Fra dagens debatt: Flytte oppgaver fra sykehusene til kommunene?
  - Idag betaler kommunene 20% av kostnadene ved innleggelse ved sykehus
  - Bør en heller vurdere piloter på områder der kommunene kan overta tjenester fra spesialisthelsetjenesten
    - Rehabilitering
    - Rus/psykiatri

## 7b) En advarsel til slutt ...

