

Effektivitet i helsetjenestene – hvor ligger hindringene?

Terje P. Hagen,
Professor, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Innledning for Produktivitetskommissjonen, 22. august 2014

Takk for invitasjonen! Måling av produktivitet og effektivitet i helsetjenesten er vanskelig. Det er lett å telle antall behandlede pasienter og relatere antallet til ressursinnsats for eksempel målt ved årsverk eller timeverk, men et slikt mål forteller oss lite om helsetjenestens egentlige produktivitet. Vi får ingen informasjon om hvordan pasientens helsetilstand har endret seg. Analyser av overlevelse etter ulike typer av behandling er mer meningsfulle, men vil i mange tilfeller gi for «harde» utfallsmål og ikke fange opp at det er variasjoner i helsetilstand for dem som overlever. Tradisjonelt har analysene av overlevelse også vært «institusjonsfrie», dvs. de har manglet analyser av effekter av institusjonelle forhold og dermed bare unntaksvis gitt politiske myndigheter retningslinjer for handling.

Analyser av QALYs - quality adjusted life-years (kvalitetsjusterte leveår) - er et supplement til analyser av overlevelse. QALY forteller oss hvor mange ekstra leveår et legemiddel eller en behandlingsprosedyre gir. QALYs har to dimensjoner, en som måler tid (leveår) og en som måler kvalitet. Kvalitetsdimensjonen går fra 1 (perfekt helse) til 0 (død). Redusert helse gir verdier mellom 0 og 1. Helsetilstand kan kartlegges på ulike måter, f.eks. ved spørreskjema (som EQ-5D) eller ekspertvurderinger (basert på ulike typer av tester). Økonomiske evalueringer basert på QALYs gjøres i dag rutinemessig av nye medikamenter (Statens legemiddelverk) og i noen grad av nye prosedyrer (Kunnskapscenteret).

I denne innledningen benytter jeg flere definisjoner på produktivitet og effektivitet. Hvilke som benyttes går fram av sammenhengen.

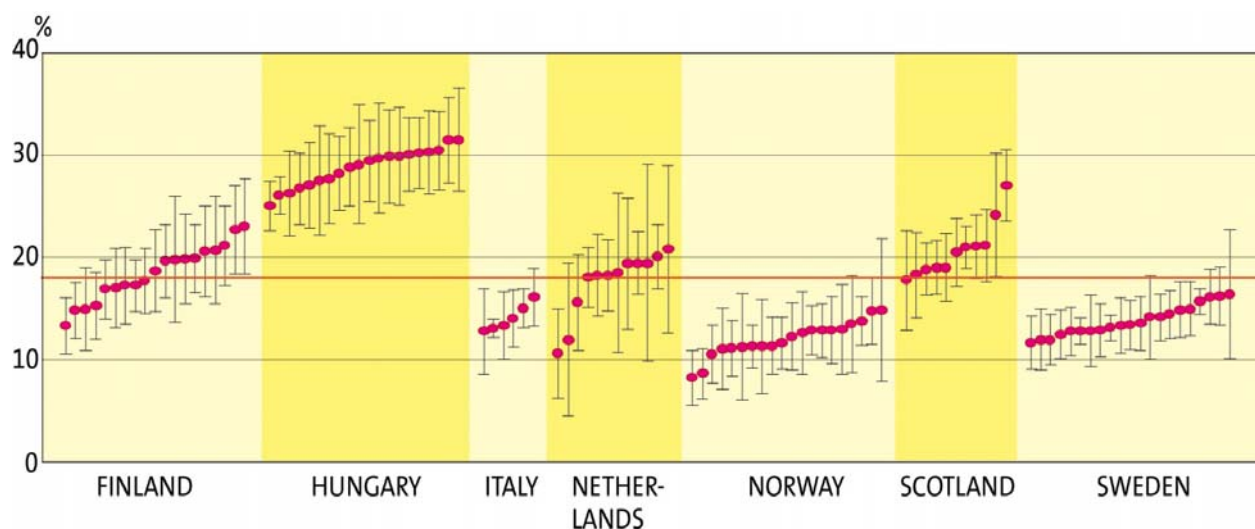
Det mangler ikke på krisebeskrivelser av norske helse- og omsorgstjenester. Nesten dagstøtt hører vi om lange ventetider til behandling, feilbehandling, IT-systemer som ikke fungerer og umenneskelige vaktordninger som setter liv i fare. Det framstår da kanskje paradoksalt at norske helsetjeneste kommer meget godt ut i internasjonale sammenlikninger. Dødeligheten for pasienter innen analyserte diagnosegrupper er lav og kostnadene lavere, eller i alle fall annerledes sammensatt, enn vi kanskje tror. I dette innlegget skal jeg starte med å presentere internasjonale sammenlikningstall før jeg går over til å diskutere noen effektivitetsproblemer i helse- og omsorgstjenestene. Det finnes muligheter for forbedring og

jeg diskuterer noen av disse. Avslutningsvis peker jeg på at erfaringene med store reformer i helsesektoren er blandede som følge av målkonflikter og sterke interessegrupper. La meg også understreke at alle betraktninger står for egen regning og at nærmere analyser av problemene ofte er nødvendig før tiltak iverksettes.

Spesialisthelsetjenesten

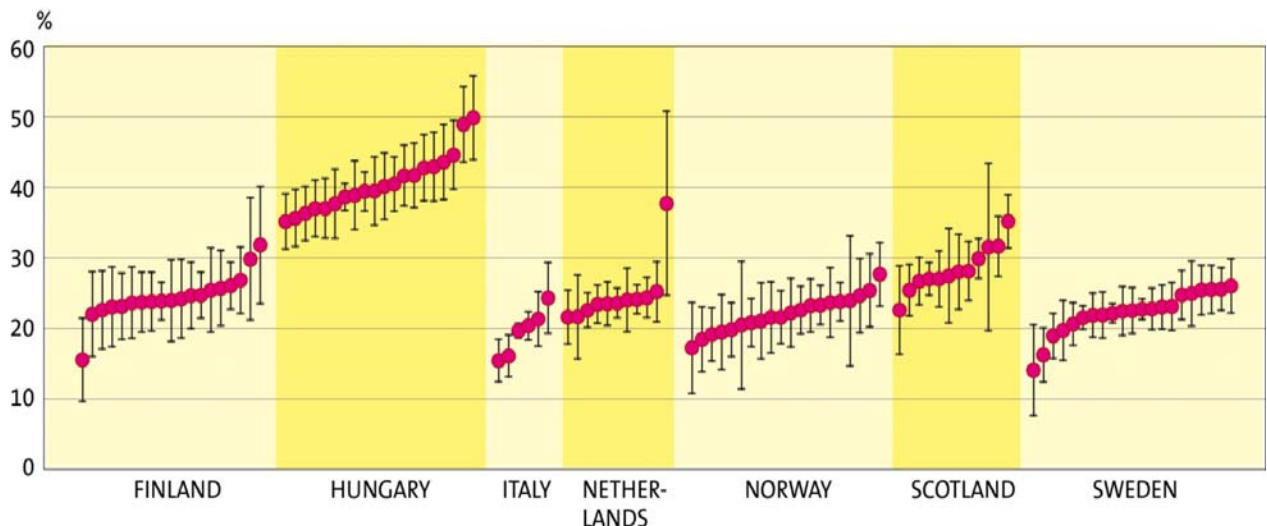
Analyser av overlevelse

Gjennom det EU-finansierte EuroHOPE-prosjektet er det foretatt analyser av overlevelse etter fem ulike sykdommer eller tilstander: akutt hjerteinfarkt, hoftebrudd, hjerneslag, brystkreft og barn med lav fødselsvekt. Syv land er med i analysene: Finland, Sverige, Norge, Scotland, Nederland, Italia og Ungarn. Metodisk er analysene gjennomført på en rigorøs måte med felles protokoll som inkluderer identiske definisjoner av variabler i alle land, kopling av data om ressursinnsats, prosedyrer og behandlingsutfall på individnivå, og et velutviklet sett av variabler for risikojustering (Hakkinen et al., 2013). Figur 1 og 2 viser resultatene for akutte hjerteinfarkt og hoftebrudd.



Figur 1 Regional variasjon i dødelighet etter hjerteinfarkt. Alders- og kjønnsjusterte ettårs dødelighetsrater, 2008 (2009 for Norge)

Kilde: Hakkinen et al. (2013)



Figur 2 Regional variasjon i dødelighet etter hoftebrudd. Alders- og kjønnsjusterte ettårs dødelighetsrater, 2008 (2009 for Norge)

Kilde: Hakkinen et al. (2013)

Konklusjonene basert på alle fem sykdommene¹ er at Sverige, etterfulgt av Norge, hadde lavest dødelighet. Finland, Nederland og Italia var i en mellomgruppe. Skottland, og spesielt Ungarn, hadde dødelighet over gjennomsnittet. Det var også slik at den regionale variasjonen innen landene var større enn variasjonen mellom landene (selv om regionene innen et land stort sett hadde overlappende konfidensintervall).

Hvorfor gjør Norge det bra? En nærmere analyse av hjerteinfarkt kan gi oss noen svar (Hagen et al., 2014). For det første finner vi effekter av gunstige økonomiske forhold som høyt brutto nasjonalprodukt og lav arbeidsledighet. Antakelig fungerer disse variablene gjennom mekanismer som for eksempel ernæring og røykeatferd. Korrekt bruk av medisinske prosedyrer er viktig. I vår analyse finner vi at overlevelsen øker ved økende bruk av prosedyrer (PCI eller «utblokking») inntil et visst nivå. Effekten er imidlertid avtakende med nivået på prosedyrebruken som reflekterer at en skal være forsiktig med å bruke denne prosedyren på de skrøpeligste pasientene. Analysen tyder på at Norge og Sverige klarer denne avveiningen bedre enn de andre. Fra tidligere studier vet vi i tillegg at gode akuttmedisinske kjeder er viktig for denne gruppen av pasienter. Her har Norge gjort betydelige investeringer siste tiårene og ligger i forkant av andre land, for eksempel Finland.

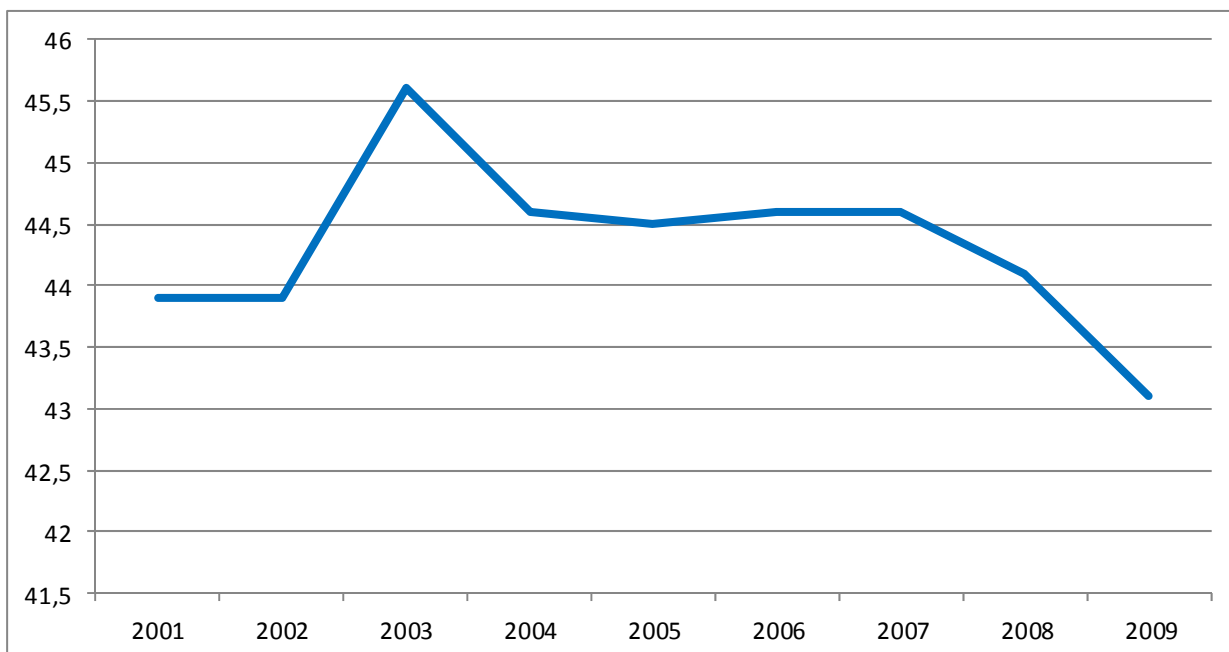
At den norske helsetjenesten leverer gode resultater betyr ikke at resultatene ikke kan bli bedre eller at det ikke foregår sløsing med innsatsfaktorene. Disse forholdene blir klarere ved bruk av eksempler.

¹ Norge er ikke med i analysen av slag.

Lønn og arbeidstidsordninger

For 10 år siden ble øyeavdelingene ved to av landets sykehus slått sammen til en. Før sammenslåingen bestod vaktordningene av 3 parallelle lag ved hvert sykehus (dvs. at det var tre leger på vakt samtidig), 6 parallelle lag tilsammen. Forventning ved sammenslåingen var at det skulle bli 3 parallelle vaktlag ved den nye avdelingen og at en på den måten ville klare å hente ut en kostnadsgevinst. Resultatet ble 5 parallelle vaktlag. Årsaken til at en ikke klarte å redusere antall vaktlag ytterligere, var at det ga betydelige inntektstap for de ansatte som følge av at natt-tilleggene ble mindre. Hendingen illustrerer en generell tendens i helsetjenesten. Det skjer en betydelig spesialisering i sykehusene. Den økende spesialiseringen driver kostandene knyttet til vaktordninger opp. Spesialisering vil generelt bidra til høyere kvalitet. Spørsmålet er om det er behov for så spesialiserte vaktordninger som vi nå har utviklet ved våre største sykehus.

To lønnsoppgjør for legene har avveket betydelig fra oppgjørene for andre lønnstakere. I 1996 var målet å stoppe “lekkasje” av arbeidskraft til private aktører og øke arbeidstilbudet. En nådde målene om å stoppe lekkasjen (Baltagi et al., 2005), men det skjedde samtidig et fall i kostnadseffektiviteten (Biorn et al., 2003). I 2002/3 var målet å rydde opp i avtalesystemet og øke arbeidstilbudet. En klarte å rydde opp og fikk en mer realistisk beskrivelse av arbeidstilbudet fra 2003, men fikk ingen økning i arbeidstilbudet (Johannessen and Hagen, 2012). Trolig er en generell økning i arbeidstilbudet for leger ved at de jobber lengre også en problematisk strategi. Legene jobber mye sammenliknet med andre grupper og vi må trolig forvente fortsatt reduksjon i arbeidstiden framover slik vi har sett tilløp til siste årene (figur 3). Det er viktigere å sikre rekruttering til alle spesialitetene. I dag ser vi indikasjoner på at det økende innslaget av kvinner i legeyrket bidrar til svak rekruttering til enkelte spesialiteter, for eksempel kirurgi. Selv om rekrutteringen av leger for tiden er meget god (gjennom norske og europeiske utdanningsinstitusjoner utdanner vi nå ca. 1 lege per 60 innbyggere, i tillegg kommer import av utenlandsk arbeidskraft), kan skjevrekuttering bidra til mangel på arbeidskraft i deler av helsesektoren og overskudd i andre deler. Slik ubalanse kan i en situasjon med sterke fagforeninger fort lede til økte kostnader både som følge av at lønningene presses opp og ved at det oppstår tilbud av tjenester som ikke nødvendigvis har høy prioritet.

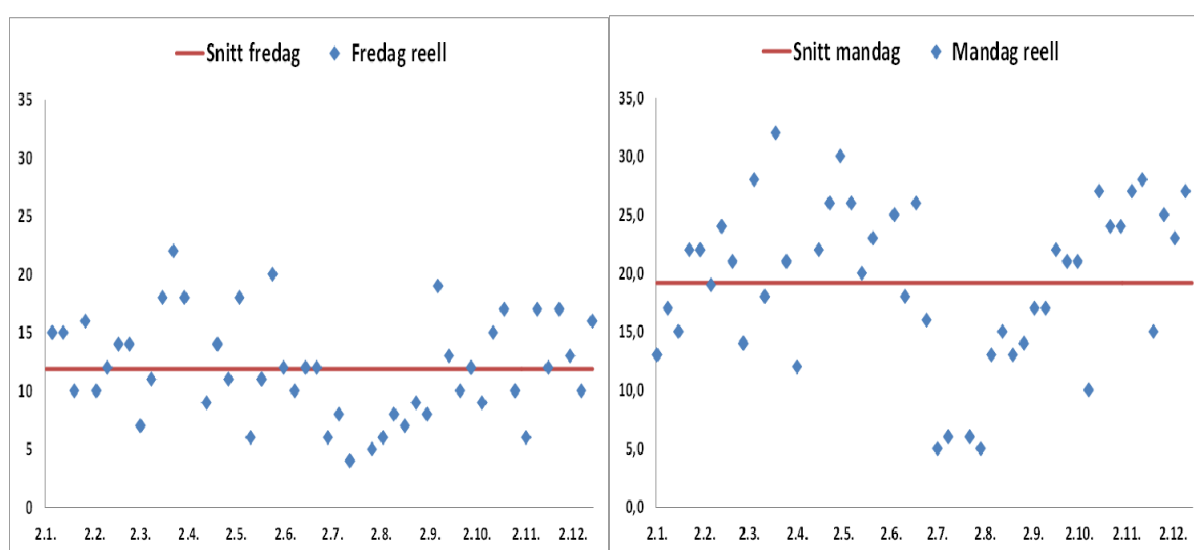


Figur 3 Gjennomsnittlig registrert arbeidstid blant norske sykehusleger, 2001-2009.

Kilde: Spekter og Johannessen og Hagen (2012), bearbejdede tall.

Produktivitet

Et annet problem gjelder utnyttelse av sykehusenes kapasitet i løpet av en bestemt tidsperiode, for eksempel en uke. Figur 4 viser produktivitetsforskjeller mellom ukedagene for en ekkokardiografi-prosedyre (ultralød av hjertet) ved et sykehus på Østlandet. X-aksen er tidsakse for hele året, Y-aksen viser antall prosedyrer per dag. Bildet til venstre viser aktiviteten på alle årets fredager, bildet til høyre viser aktiviteten på mandager.

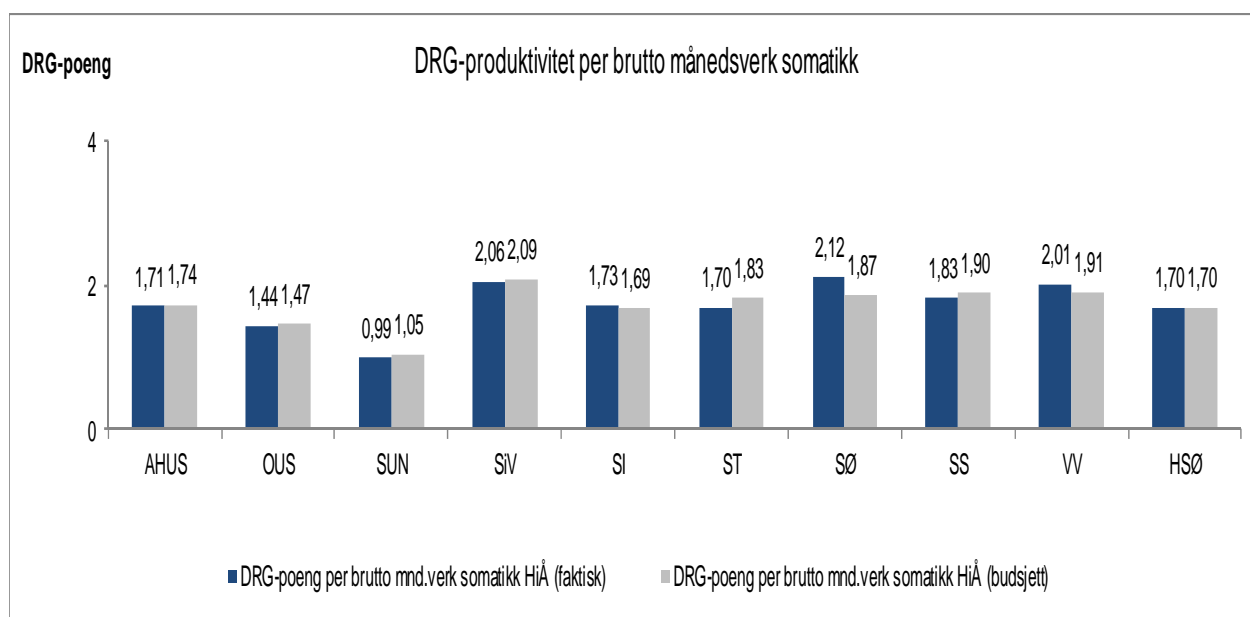


Figur 4 Antall utførte prosedyrer etter ukedag, fredager og mandager (ekkokardiografi).

Kilde: Sykehuspartner.

To forhold er iøynefallende. For det første er det store svingninger gjennom året. Dette reflekterer stort sett ferieavvikling. For det andre og mer interessant i vår sammenheng, er det store forskjeller mellom dagene. Faktisk er forskjellene mellom ukedagene så stor at hvis aktiviteten på ukedager som ligger under gjennomsnittet ble hevet til gjennomsnittet, så ville aktiviteten forbundet med denne prosedyren ha økt med 14 %. Hadde vi klart å heve aktivitetsnivået alle dager til nivået på mandager, ville aktiviteten ha økt med 34 %. Ventetidene på dette feltet, som er betydelige for det sykehuset der eksemplet er hentet fra, ville da vært borte i løpet av noen få måneder.

Produktivitetsforskjellene finner vi ikke bare på avdelingsnivå, men også på sykehusnivå. Figur 5 viser DRG-aktivitet per brutto månedsverk ved helseforetakene i Helse Sør-Øst (budsjett – grått og faktisk – blått) for første halvår 2014.



Figur 5 Produktivitetsforskjeller mellom helseforetak i Helse sør-Øst RHF (første halvår 2014).

Kilde: Helse Sør-Øst/Effektivitetsprosjektet.

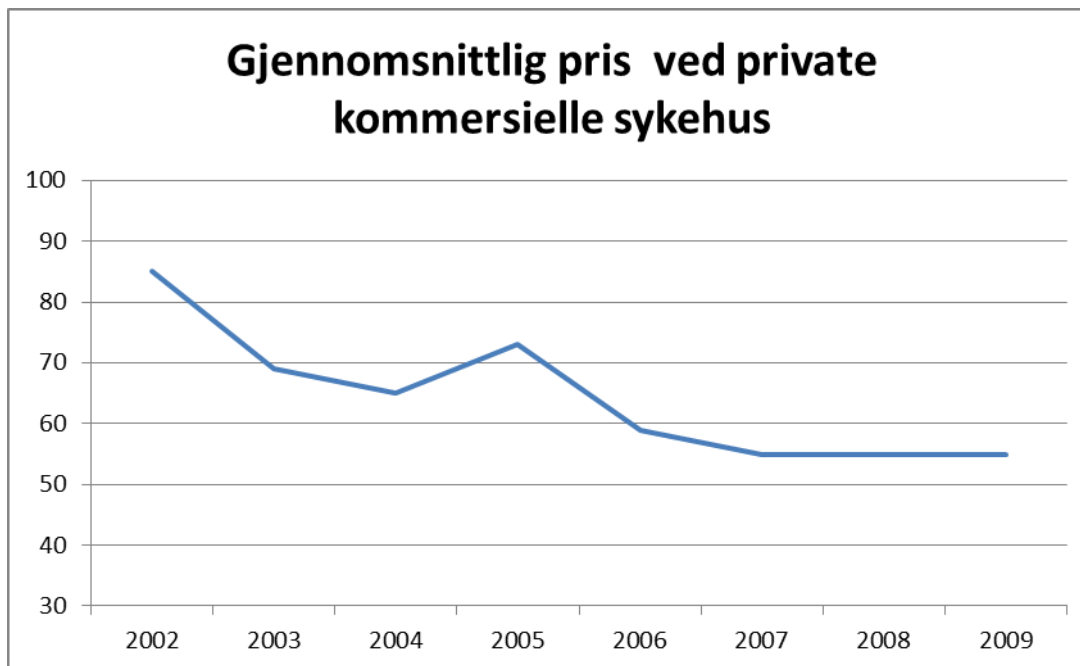
Sunnås sykehus (SUN) er et spesialsykehus som ikke er lett å sammenlikne med andre. Akershus universitetssykehus (AHUS) og Oslo universitetssykehus (OUS) er som navnene sier, begge universitetssykehus. At forskningsaktiviteten og antall spesialavdelinger er betydelig høyere ved OUS enn AHUS kan forklare produktivitetsforskjellene vi observerer. De andre helseforetakene har langt på vei de samme funksjonene. Dette er generelle somatiske akuttssykehus med enkelte mer spesialiserte avdelinger. Sykehuset i Vestfold (SiV)

og Sykehuset Østfold (SØ) betjener begge geografisk kompakte områder og er sykehus med sentralisert akuttstruktur (kun ett sykehus med døgkontinuerlig beredskap). Disse to sykehusene har høyest produktivitet slik det her er målt. Enda mer interessant er det at Sykehuset Telemark (ST) og Sykehuset Innlandet (SI) har en produktivitet som ligger nesten 15 % under den vi finner ved Vestre Viken (VV). Alle disse foretakene har en desentralisert struktur med flere akutenheter.

Bruk av private sykehus

Offentlig innkjøp av tjenester hos private sykehus i Norge økte betydelig fra 2001. Liknende endringer har vi sett i flere land som i utgangspunktet har skattefinansierte helsesystemer. Det har vært et problem i flere land, for eksempel England og Danmark, at den prisen den offentlige finansieren har betalt de private sykehusene har vært høy. I England har de private sykehusene fått den samme betalingen som de offentlige sykehusene selv om aktiviteten ved de private sykehusene stort sett har bestått av planlagt aktivitet uten krav til beredskap på nattetid og i helgene. I Danmark har prisen til de private sykehusene ligget på om lag 80 % av prisen de offentlige sykehusene.

I Norge har vi benyttet en annen strategi. Den dagkirurgiske aktiviteten som lenge var de private sykehusenes hovedaktiviteter ble gradvis utsatt for anbuds konkurranse. Dette ga betydelig effekter som vist i figur 6.



Figur 6 Gjennomsnittspris betalt til private, kommersielle sykehus, 2002-2009. Prosent av DRG-pris.

I figuren måles prisen som den offentlige finansieren betaler de private sykehusene i prosenter av prisen de offentlige sykehusene får under forutsetning av full stykkprisbetaling, det som kalles DRG-prisen (y-aksen). Som vi ser, reduseres prisen ned til om lag 55 prosent av det en betaler offentlige sykehus. Det er flere årsaker til reduksjonen i pris. Effekten av konkurranseutsetting er imidlertid betydelig og i størrelsesorden 10–15 prosentpoeng. Vi ser at prisen som betales i Helse Sør-Øst, er noe lavere enn i resten av landet. Det skyldes primært flere tilbydere og dermed hardere konkurranse om kontraktene. De to viktigste årsakene til at de private sykehusene har lavere kostnader enn de offentlige, er: 1) De tar kun planlagte operasjoner og har ingen avbrudd i aktiviteten som følge av at pasienter må behandles akutt og 2) de har ikke døgnberedskap, det vil si at aktiviteten skjer på dagtid eller eventuelt tidlig kveldstid.

Kommunehelsetjenesten og omsorgstjenestene

I 2013 brukte Norge om lag 270 milliarder kroner på helsetjenester (utenom investeringer). Utgiftene fordeler seg nokså likt på spesialisthelsetjenester og kommunenes helse- og omsorgstjenester. Kommunehelsetjenesten består av fastlegene, forebyggende helsetjenester som skolehelsetjeneste med mer. Med unntak for fastlegene er ressursbruken på disse områdene liten.

Fastlegene er imidlertid interessante både ved den behandlingen som utføres ved

legekontorene og ved at de enten direkte eller gjennom legevaktarbeidet bestemmer hvilke pasienter som skal henvises videre til sykehusene. Vi vet at det er betydelige variasjoner i henvisningsratene (Forde et al., 2011), men vet lite om årsakene. Her er problemet at vi foreløpig ikke har muligheter for å gjøre skikkelige analyser på grunn av manglende muligheter til å kople data. Heller ikke produktivetsanalysene av fastlegenes praksis blir valide når data om henvisningene mangler eller ikke er av god kvalitet.

Omsorgstjenestene er også et område der det finnes lite forskning. Det eksisterer analyser av produktivitet i omsorgstjenestene (Borge and Haraldsvik, 2009), men på data med manglende muligheter for risikojustering (korrigerer for pasientenes behov). Analysen gir imidlertid resultater som vi kjenner fra liknende analyser: Effektiviteten faller med økende kommunalt inntektsnivå. I dag eksisterer tilgang til data for risikojustering (IPLoS-registeret), men det er foreløpig ikke gjennomført landsdekkende produktivetsanalyser på disse dataene. Derimot er det gjennomført flere analyser som viser betydelige ulikheter i tilbudet av tjenester mellom ulike deler av landet.

Kostnadseffektivitet for medikamenter og prosedyrer

Det eksisterer i dag fire ulike ordninger for vurdering av om legemidler eller annen medisinsk teknologi skal finansieres over offentlige budsjetter: Statens legemiddelverks vurderinger av medikamenter for forhåndsgodkjent refusjon («blåreseptordningen»), HELFOs vurderinger av legemidler på individuell refusjon, et system for ny teknologi i spesialisthelsetjenesten som vurderer både legemidler og annet medisinskteknisk utstyr og helseforetakenes tilsvarende vurderinger basert på mini-metodevurdering. Mitt syn er at regimet for vurdering av medikamenter i prinsippet fungerer bra, men at det dessverre bryter sammen ved sterkt politisk press som vi så i saken om legemidlet som benyttes ved langt kommet føflekk-kreft (ipilimumab).

Når det gjelder innføring av nye prosedyrer, er det derimot ingen krav til dokumenterte kostnads-nytte-effekter før prosedyren iverksettes. En ordning med såkalte "Mini-HTA" har vært utprøvd i Norge og anbefalt iverksatt, men er fortsatt ikke benyttet bredt. Mini-HTA er en sjekklister som sykehus i flere land bruker når de skal vurdere effekt, sikkerhet, kostnader og organisatoriske konsekvenser når ny teknologi implementeres. Det pågår fremdeles en diskusjon om hvilke kriterier som skal legges til grunn for beslutningene og en likelydende styresak er sendt til alle styrene i de regionale helseforetakene. Det er her viktig at de samme prioriteringskriteriene som benyttes i andre deler av systemet, f.eks. i forhold til nye medikamenter, også benyttes for nye prosedyrer.

Mulige reformer

Eksemplene over har illustrert områder med lav effektivitet og lav produktivitet. I det følgende skal jeg diskutere noen reformforslag som i større eller mindre grad er koplet til problemene jeg har beskrevet over og som ha vært framme i den politiske debatten.

De offentlige sykehusene

Etter Sykehusreformen av 2002 vurderte de regionale helseforetakene (RHF-ene) to modeller for styring av helseforetakene (HF-ene) (Nerland, 2007):

- En konkurransemodell der HF-ene konkurrerte om kontrakter i en modell basert på anbudskonkurranse. RHF-ene meldte hvor stor økning en tenkte seg i forhold til ulike diagnosegrupper og helseforetakene la inn bud på økningen. De som ga det beste budet fikk kontrakten. Kostnadseffektiviteten skulle økes gjennom konkurranse om kontraktene.
- En modell basert på arbeidsdeling og spesialisering. Kostnadseffektiviteten heves ved at spesialiserte funksjoner sentraliseres og ved målestokk-konkurranse/benchmarking. Målestokk-konkurransen sikres ved at basisrammen risikjusteres (en korrigerer for variasjoner i befolkningens behov for tjenester i det enkelte helseforetaks opptaksområde) og ved en aktivitetsbasert komponent på toppen som er basert på nasjonale priser definert gjennom DRG-systemet.

Alle RHF-ene valgte den siste modellen. Er tiden inne for å revurdere beslutningen? Det er to problemer ved konkurransemodellen. For det første vil konkurranse mellom helseforetakene bryte opp arbeidsdelingen mellom sykehusene og gi mindre spesialisering. Dette vil gi mindre muligheter for å hente ut stordriftsfordeler og kan dermed lede til fall i kostnadseffektiviteten. For det andre må en være klar over at sykehusene med unntak for i Oslo-området, er monopolister i sitt opptaksområde. De vil derfor kunne ta ut høyere priser dersom prisdannelsen skal baseres på tradisjonell konkurranse.

En alternativ form for konkurranse ville en fått ved å la private aktører overta driften av offentlige sykehus. Da ville vi fått testet ut om de private aktørene er bedre til å drive sykehusene enn det dagens eiere er. Kan vi kjøre et forsøk med privat drift i Bærum og Levanger og sammenlikne resultatene med dem en får ved offentlige sykehus når det gjelder ventetider, effektivitet og kvalitet? Et slikt forsøk er mulig å gjennomføre fordi vi har gode muligheter for å kontrollere for pasientseleksjon mellom sykehusene.

Bruken av private kommersielle sykehus

Som vi så tidligere, har modellen med anbudskonkurranse gitt oss lave priser ved de private kommersielle sykehusene. Det er enkelt å øke bruken av de private sykehusene innenfor denne modellen dersom det er ønskelig. En kan gjøre det ved å legge ut et større volum tjenester til konkurranse. Litt overraskende har den sittende regjeringen kommet med forslag som kan underminere denne modellen og gi oss høyere priser i det private markedet. Dette kan skje ved at en åpner opp for at pasienter kan få offentlig betalt behandling ved private kommersielle sykehus utenfor kontraktene som er inngått med RHF-ene.

Det er imidlertid et problem i det private markedet at priskonkurransen siste årene har avtatt som følge av mer konsentrert eiermakt. En måte å håndtere dette problemet på kan være å åpne konkurransen for offentlige aktører. En må da skille ut f.eks. en dagkirurgisk enhet fra et offentlig sykehus og organisere den som et eget foretak. Dette foretaket kan så inviteres inn i konkurransen med de private kommersielle sykehusene. Modellen har likhetstrekk med «friklinikkene» vi kjenner fra Danmark. Det er ikke sikkert modellen gir gunstige effekter. F.eks. kan den påføre det offentlige sykehuset kostnader i form av økt behov for koordinering, men den er kanskje et forsøk verdt.

Høyere brukerbetaling for helsetjenester

Høyere egenbetaling for helsetjenester er nettopp vurdert av Nordheim-utvalget (NOU 2014:12). Utvalget foreslår endringer i egenbetalingsordningene. For å begrense bruk av lavt prioriterte tjenester kan det være riktig å øke bruken av egenbetaling. For høyt prioriterte tjenester bør egenbetaling reduseres eller fjernes. Hensikten med tilrådingene er ikke å øke omfanget av egenbetaling, men å innrette egenbetalingsordningene slik at de bidrar til riktigere prioriteringer. Utvalget har vurdert to typer tiltak hvor endret egenbetaling gradert etter prioritet kan være aktuelt. Det første er tiltak som gir store forventede helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med store helsetap. Her vil det være grunnlag for å redusere eller fjerne all egenbetaling. Eksempler er egenandeler for rusavhengige og visse undersøkelser for pasienter med multipel sklerose. Det andre er tiltak som gir små eller usikre helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med små helsetap. Her vil det være grunnlag for å innføre gradert eller full egenbetaling. Eksempler på tilstander i den siste gruppen er katarakt (grå stær) med visus bedre enn 0,5 på det beste øyet/operasjon, hengende øyelokk/ operasjon og snorking uten pustestopp eller andre tilleggs-symptomer (utredning, kirurgi eller veiledning om levevaner).

Jeg er enig i at vi må prøve oss fram langs disse linjene.

Private forsikringer

Økt kjøp av private tilleggforsikringer kan komme som et resultat av høyere egenbetaling slik det skjedde i Frankrike på 1990-tallet eller det kan komme som et resultat av lange ventetider til behandling slik vi har sett det i Skandinavia de siste 10 årene. Økning i kjøp av private helseforsikringer vil skape ulikhet i tilgangen til helsetjenester ved at noen får raskere behandling enn andre. Dette må veies opp mot fordelene ved at helsesektoren samlet sett får tilført mer ressurser og at også pasientene som er ventende ved offentlige sykehus får behandling raskere enn de ellers ville ha gjort (som følge av at noen går ut av køen). Fra Norge vet vi at forsikringene som kjøpes stort sett (90%) er gjennom kollektive avtaler og at ulykkesutsatte bransjer som bygg og anlegg er overrepresentert blant kjøperne (Seim et al., 2007).

Om en betrakter private tilleggforsikringer som et problem eller et gode avhenger av hvilket grunnleggende syn en har på velferdsstaten. Mitt personlige syn er at dette markedet i dag fungerer greit. Det er verken behov for skattesubsidier slik vi hadde tidlig på 2000-tallet eller andre endringer i beskatningen av slike forsikringer.

Flytting av oppgaver fra sykehusene til kommunene

Det er en bred trend i vestlige land at oppgaver flyttes fra institusjonshelsetjenesten, der sykehusene er den viktigste delen, til primærhelsetjenesten. I Norge har dette skjedd ved sykehjemsreformen i 1988, HVPU-reformen i 1991, opptrappingsplanen for psykisk helsevern fra 1998 og Samhandlingsreformen av 2012. Særlig tre virkemidler i Samhandlingsreformen er sentrale; 1) Kommunal medfinansiering som innebærer at kommunene skal betale 20 % av kostnadene ved innleggelser ved sykehus for medisinske pasienter, 2) opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter som har som mål å hindre innleggelse i sykehus for særlig eldre pasienter og 3) kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende i sykehusene.

Effekten av det siste tiltaket er meget sterk og pasienter som tidligere ble liggende på sykehus i påvente av kommunalt tilbud blir nå sendt hjem raskere. Dette har frigjort sengekapasitet tilsvarende ca. 1,3 % på årsbasis, som er betydelig. Problemet med ordningen er at akutte reinnleggelser øker. Foreløpige analyser indikerer at 25-30 % av den frigjorte kapasiteten fylles opp av pasienter som reinnlegges akutt. De to andre tiltakene er det foreløpig for tidlig å evaluere, men resultater her kan ventes tidlig i 2015. Ordningen med

kommunal medfinansiering blir forøvrig avvirket fra 1. januar 2015.

Et alternativ til å eksperimentere med finansieringsordningene er å flytte ansvar for hele grupper av pasienter eller tjenester. I dag bør en vurdere å flytte alt ansvar for habilitering og rehabilitering til kommunene. Ansvar for disse tjenestene er i dag delt mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og det er store variasjoner i tilbudet mellom ulike deler av landet. En kan også tenke seg forsøksprosjekter der en lar kommunene overta finansieringsansvaret for alle tjenester innen rusbehandling og psykiskhelsevern. Felles for begge disse forslagene er at det forutsetter større kommuner.

Organiseringen av fastlegene

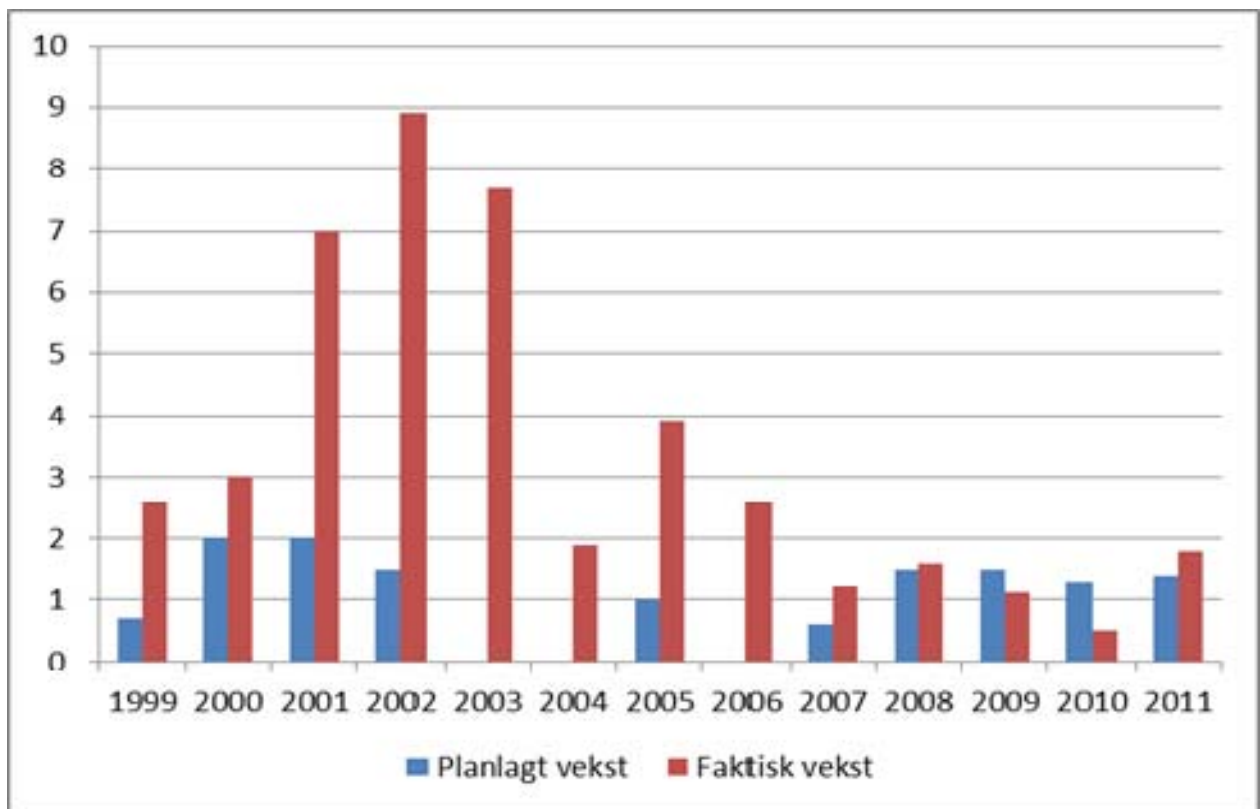
Fastlegene er som hovedregel organisert som private næringsdrivende og arbeider å kontrakt med kommunen. Finansieringsordningen består av tre om lag like store komponenter: en del avhengig av antall pasienter på legenes liste (per capita-komponent), en del basert på pasientens egenbetaling og en del basert på refusjoner fra staten basert på antall konsultasjoner og konsultasjonenes innhold. Dagens modell har mange sterke sider. De to viktigste er: 1) Den store aktivitetsavhengige delen av legenes inntekter gjør at de har høyt arbeidstilbud og 2) at legene må ha kontrakt med kommunen for å få statlige refusjoner gjør at det blir god geografisk fordeling av tilbudet.

Det kan likevel stilles tre spørsmål ved dagens modell. Det første spørsmålet tar utgangspunkt i målsettingen i Samhandlingsreformen om at mer av pasientbehandlingen skal skje i kommunene. Særlig ordningen med kommunal medfinansiering var et virkemiddel for å nå dette målet. Når kommunal medfinansiering hadde svake (kanskje ingen) effekter, kan det skyldes at det er fastlegene eller legevaktslegene som henviser til sykehus. Disse var ikke omfattet av incentivet i kommunal medfinansiering. En alternativ ordning hadde en i England på 1990-tallet gjennom ordningen med praksisbudsjetter for primærlegene – GP Fundholding (Propper et al., 2002). Da fikk legene tildelt et budsjett som de kunne benytte til kjøp av utredninger i spesialisthelsetjenesten. Det andre spørsmålet gjelder legenes integrasjon i kommunenes omsorgstjenester. Kommunene øker nå legedekningen i sykehjemmene. Antakelig vil det også helsemessige gevinster for pasientene som er hjemmeboende om legene gikk oftere visitt. Det siste spørsmålet gjelder bruken av legeressurser i NAV-systemet. Jeg er ikke overbevist om de økte kravene som NAV stiller til legene for eksempel i forbindelse med tildeling av stønader er beste måten å dempe veksten i trygdeutgiftene på.

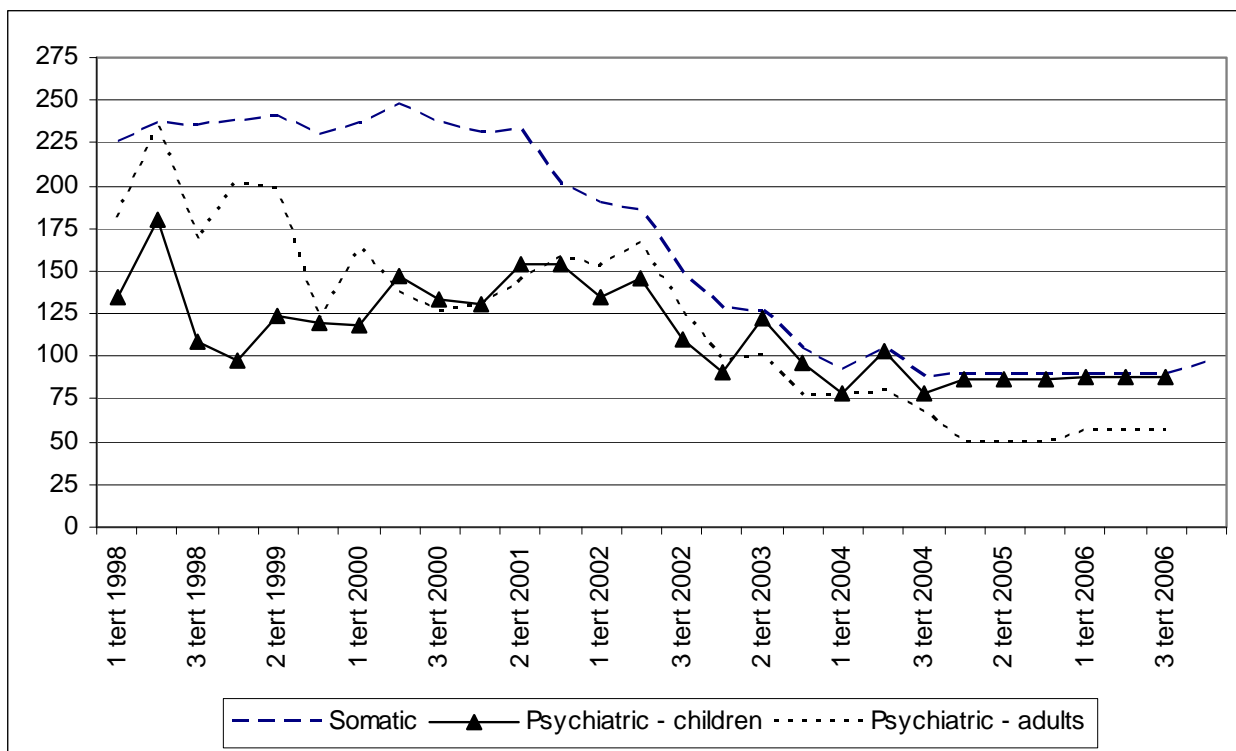
Konklusjoner

Jeg har gitt en oversikt over noen effektivitetsproblemer og diskutert noen forslag til løsninger på disse og andre problemer. Når utvalget nå går videre for å diskutere reformer er det viktig å være klar over helsesektorens kompleksitet. Det er en sektor med både sterke fagforenings- og brukergrupper og det er en sektor der disse spiller sammen mot en ofte litt «nervøs» stat.

Særlig i situasjoner med svake mindretallsregjeringer har dette skapt betydelige styringsproblemer. Mitt yndelingseksempel er Sykehusreformen av 2002. Reformen der staten tok over eieransvaret for sykehusene ble utløst av ønsket om å bedre kostnadskontrollen etter en periode med uplanlagt aktivitetsvekst og budsjettoverskridelser under det fylkeskommunale regimet. Resultatet ble det motsatte (Tjerbo and Hagen, 2009).



Figur 7 Planlagt og faktisk poeng mål i DRG-poeng, 1999-2011



Figur 8 Ventetider til behandling for ventende, 1998-2006

Etter at Stortinget vedtok statlig overtakelse av sykehusene i mai 2001 økte aktiviteten fritt og var 5-8 % over planlagt nivå både i 2001, 2002 og 2003 (figur 7). Først fra 2008, etter to år med flertallsregjering, oppnådde staten kostnadskontroll. Det gode med reformen var at den også hadde reduserte ventetider som et mål. Hvis en er litt omtrentlig med forståelsen av kausalitet, for eksempel knyttet til at reduksjonen i ventetider kommer 2 år før reformen i tid (figur 8), kan en konkludere med at reformens målsetting er nådd. Lykke til med reformarbeidet!

Referanser

- BALTAGI, B. H., BRATBERG, E. & HOLMAS, T. H. 2005. A panel data study of physicians' labor supply: the case of Norway. *Health Economics*, 14, 1035-1045.
- BIORN, E., HAGEN, T. P., IVERSEN, T., et al. 2003. The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000. *Health Care Manag Sci*, 6, 271-83.
- BORGE, L. E. & HARALDSVIK, M. 2009. Efficiency potential and determinants of efficiency: an analysis of the care for the elderly sector in Norway. *International Tax and Public Finance*, 16, 468-486.
- FORDE, O. H., BREIDABLIK, H. J. & OGAR, P. 2011. [Do differences in referral rates threaten the goal of equity in health care?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 131, 1878-81.
- HAGEN, T. P., HAKKINEN, U., BELICZA, E., et al. 2014. Acute myocardial infarction, use of PCI and mortality: A comparative effectiveness analysis covering seven European countries. *manuscript*.
- HAKKINEN, U., IVERSEN, T., PELTOLA, M., et al. 2013. Health care performance comparison using a disease-based approach: the EuroHOPE project. *Health Policy*, 112, 100-9.
- JOHANNESSEN, K. A. & HAGEN, T. P. 2012. Variations in labor supply between female and male hospital physicians: Results from a modern welfare state. *Health Policy*, 107, 74-82.
- NERLAND, S. M. 2007. *Effekter av sykehusreformen. Fire essays om mål og virkemidler i styringen av spesialisthelsetjenestene.*, Oslo, Faculty of Medicine, University of Oslo.
- PROPPER, C., CROXSON, B. & SHEARER, A. 2002. Waiting times for hospital admissions: the impact of GP fundholding. *Journal of Health Economics*, 21, 227-252.
- SEIM, A., LOVAAS, L. & HAGEN, T. P. 2007. [What characterizes companies that buy private health insurance?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127, 2673-5.
- TJERBO, T. & HAGEN, T. P. 2009. Deficits, Soft Budget Constraints and Bailouts: Budgeting after the Norwegian Hospital Reform. *Scandinavian Political Studies*, 32, 337-358.