

Aktuelle utfordringer i helsektorene i Norden

Tor Iversen

Universitetet i Oslo

Disposisjon

A. En nordisk modell for organisering av finansiering av helsesektoren

B. Behandlingsresultater og produktivitet i Norden

C. Problemer

D. For diskusjon: Endringer i organisasjon og finansiering

A. Nordisk modell for organisering og finansiering av helsetjenester:

1. Universell helsetjenesteforsikring som omfatter hele befolkningen
2. Offentlig helsetjenesteforsikring
3. Helsetjenesteforsikring finansiert ved generelle skatter
4. Til nå har bare en liten andel av helsetjenestene blitt finansiert av privat helsetjenesteforsikring
5. Dominerende offentlig eie og drift av sykehus
6. Betydelig desentralisering av finansiering og drift til lavere forvaltningsnivåer.
 - Det er samtidig forskjeller mellom landene når det gjelder grad av desentralisering med Finland og Sverige som de mest desentraliserte.
 - Det er også forskjeller i krav om henvisning fra primærhelsetjenesten for å oppsøke spesialisthelsetjenesten.

Organisasjon og finansiering i Norden

Ansvar for spesialist- og primærhelsetjeneste i de nordiske landene

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Spesialisthelsetjenester	18 distrikter	21 landsting (regioner)	5 regioner	4 regionale helseforetak
Desentralisert politisk styring av spesialisthelsetjenesten	Ja, gjennom sykehus -distriktene	Ja, gjennom landstingene	Ja, gjennom regionene	Nei
Primærhelsetjenesten	320 kommuner	21 landsting – 290 kommuner med delvis ansvar for sykepleie	5 regioner – 98 kommuner ansvar for sykepleie i eldreomsorg	430 kommuner
Lokal politisk styring av primærhelsetjenesten	Ja	Ja	Ja	Ja
Primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste på samme nivå	ja	ja	ja	nei

Betaling av tjenesteytere

	Norge	Sverige	Finland	Danmark
Somatisk spesialist-helsetjeneste (innleggelse)	50 % basert på DRG poeng, 50 % basert på beregnet behov	DRG-systemet: budsjett- og debeteringsinstrument i varierende grad blant landstingene	Budsjett baseres i hovedsak på DRG. Ikke vanlig med aktivitetsbasert finansiering	Minst 50 % basert på DRG-systemet. Regional variasjon
Poliklinisk aktivitet i spesialisthelse-tjenesten	I sykehus som for innlagte Private spesialister med kontrakt: Driftstilskudd (30%), takster (70%)	I sykehus som for innlagte. I tillegg private spesialister med kontrakt med landsting	I sykehus som for innlagte. Private spesialister med kontrakt med sosialforsikring og høy egenandel	I sykehus som for innlagte. I tillegg private spesialister med kontrakt med region
Psykisk helsevern	Rammebudsjett, befolkningsbasert	I hovedsak rammebudsjetter	Liggedøgn /kommunal helsesenter	Rammebudsjetter
Primærhelse-tjeneste	Primærlegepraksis: Kombinasjon av per capitatilskudd og ytelsesbaserte takster	Private eller offentlige helsesentre med per capitatilskudd, og div. risikojustering og ytelsesbaserte takster	Kommunale helsesentre fast budsjett Bedriftshelse-tjeneste sentralt supplement	Primærlegepraksis: Per capitatilskudd og ytelsesbaserte takster

Helsetjenester med egenbetaling i Norden (Kilde: NOMESKO, 2010 og senere)

	Danmark	Finland	Norge	Sverige
Primærlegetjenester	Nei	Ja, hvis pasient >18 år	Ja, hvis pasient >16 år	Ja – størrelse varierer mellom landsting
Spesialistkonsultasjon Poliklinikk	Nei	Ja	Ja, hvis pasient >16 år	Ja – størrelse varierer mellom landsting
Sykehusinnleggelse	Nei	Ja	Nei	Ja - størrelse varierer mellom landsting
Medisiner	Ja	Ja	Ja	Ja
Tannbehandling	Ja, hvis pasient >18 år	Ja	Ja, hvis pasient >18 år	Ja, hvis pasient >20 år
Øvre grense for pasientbetaling	Ja, medisiner og tannbehandling	Ja, samlede utgifter til helsetjenester	Ja	Ja, nasjonalt fastsatt øvre grense for legemidler, sykereiser, ambulant legebehandling

Noen kjennetegn ved ressursbruk og helse i Norden. 2011 eller nærmeste år.

	Danmark	Finland	Norge	Sverige
GDP/capita 2009, US\$ PPP	32539	32057	47513	34861
Helseutgifter /capita 2007, US\$ PPP	4448	3374	5669	3925
Samlede helsetjenesteutgifter i % av GDP	10,9	9,0	9,3	9,5
Praktiserende leger/1000 innbyggere	3,5	3,3	3,7	3,9
% Offentlig finansiering av samlede helseutgifter	89	83	88	87
Forventet antall leveår ved fødsel - kvinner	81,9	83,8	83,0	83,6
Forventet antall leveår ved fødsel - menn	77,8	77,3	79,1	79,9
Spebarnsdødelighet – Døde /1 000 levende fødte	3,6	2,4	2,4	2,1

(Kilde: OECD Health Data)

B. Behandlingsresultater og produktivitet i Norden

European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency

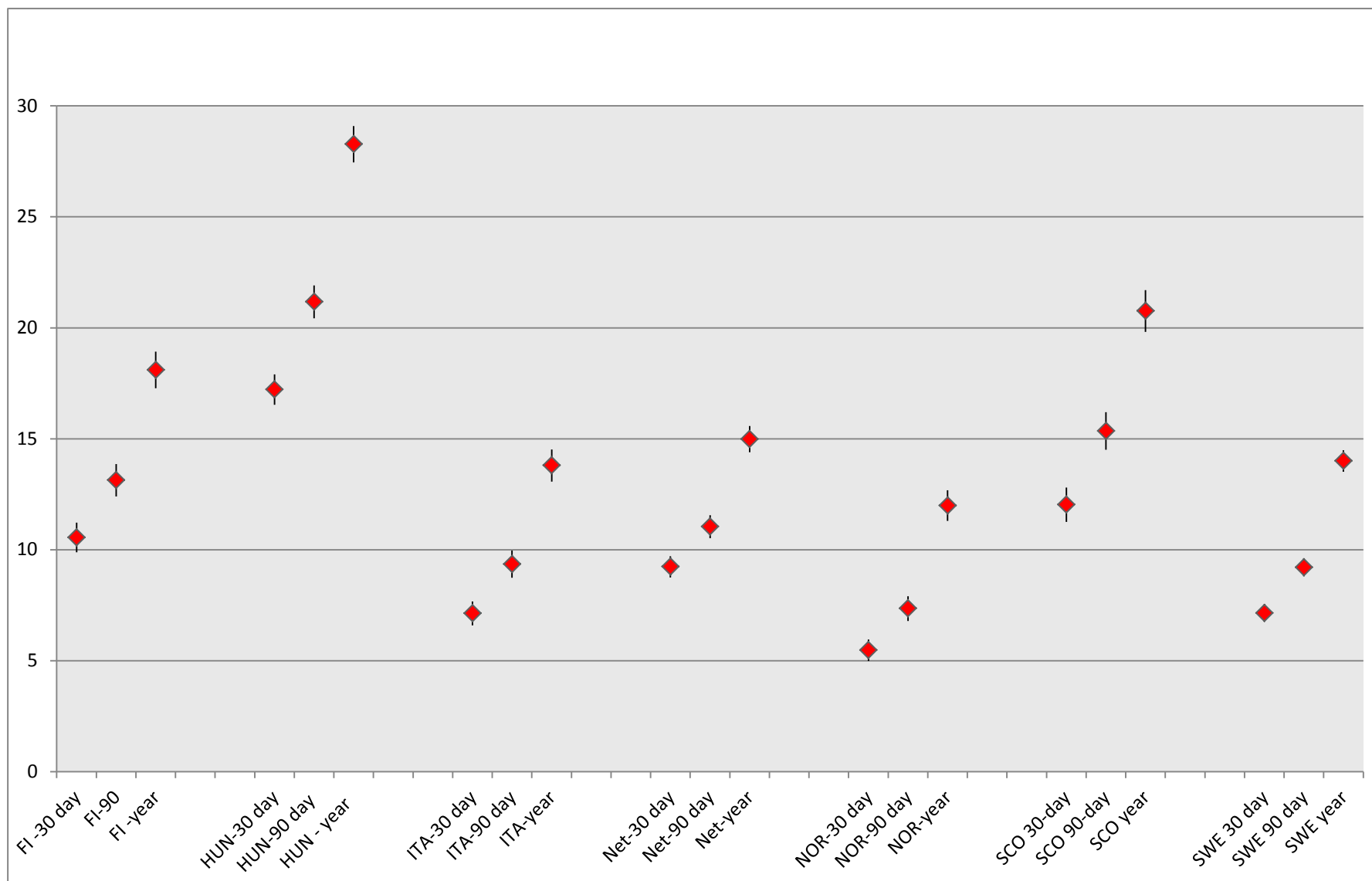
Sammenlikning av behandlingsutfall og ressursbruk for 5 sykdommer i 7 land

Finansiert av EU 7. rammeprogram

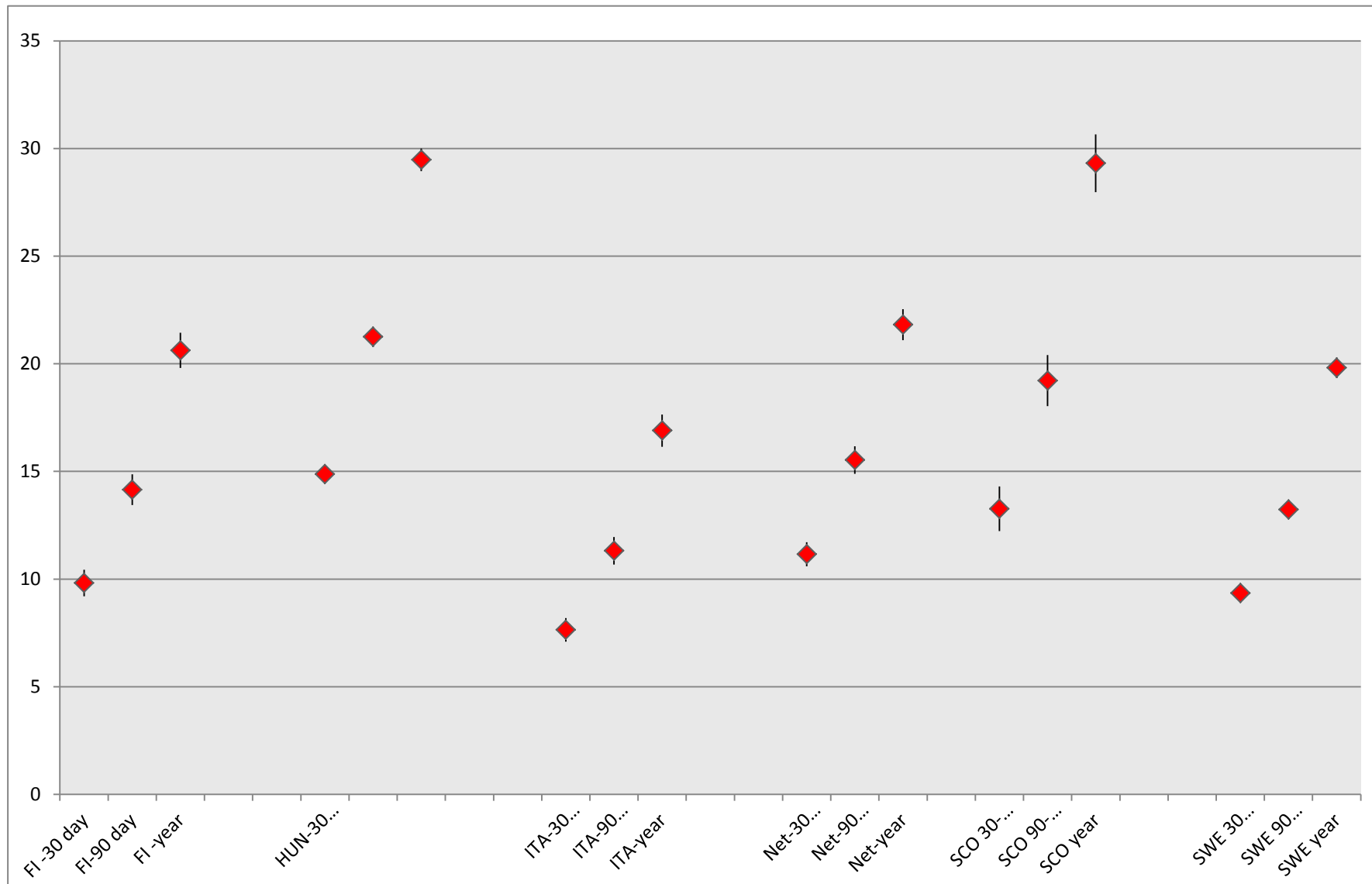
Slides from: Summary of the findings of the EuroHOPE project

EuroHOPE prosjektet: <http://www.eurohope.info/>

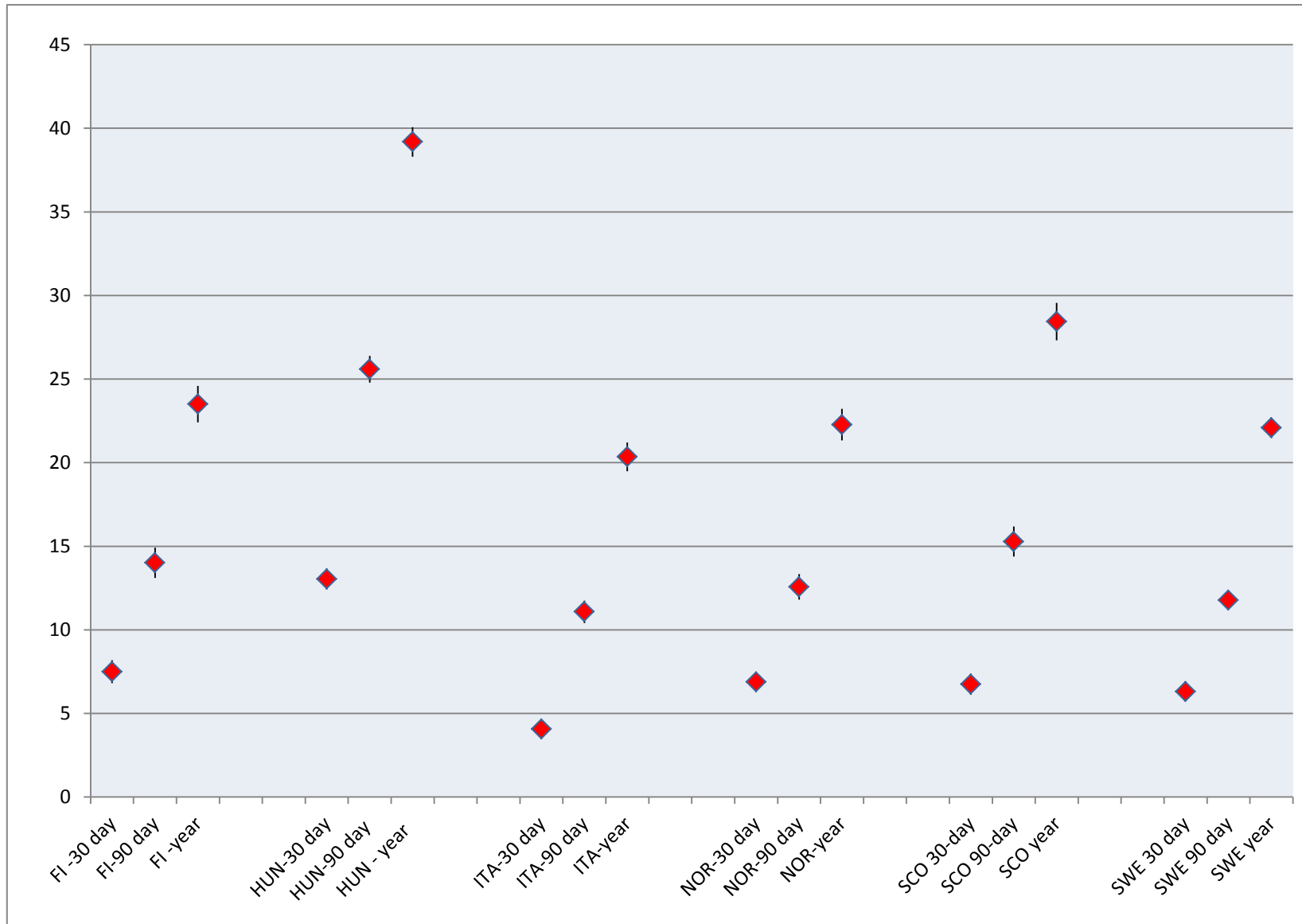
EuroHOPE – risikostjustert dødelighet etter hjerteinfarkt

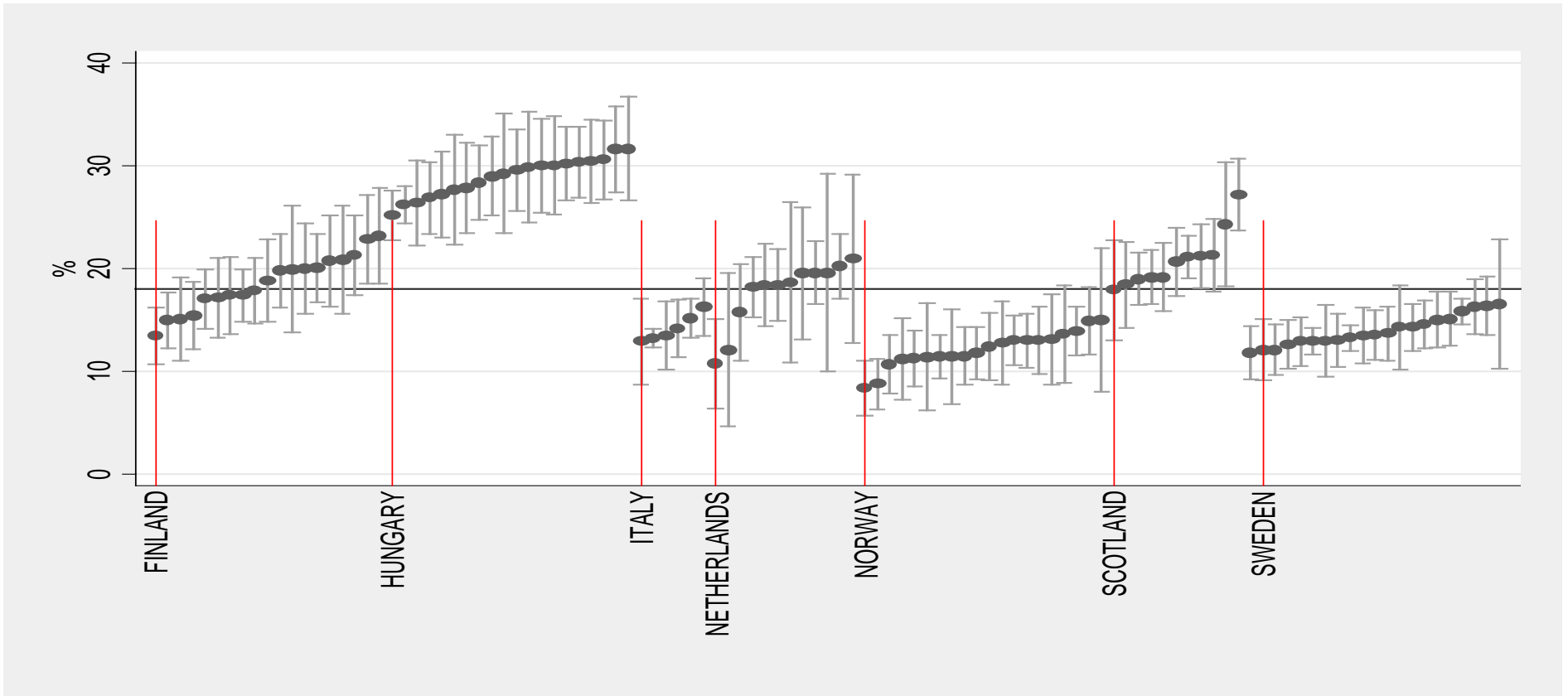


EuroHOPE – risikojustert dødelighet etter hjerneslag - stroke



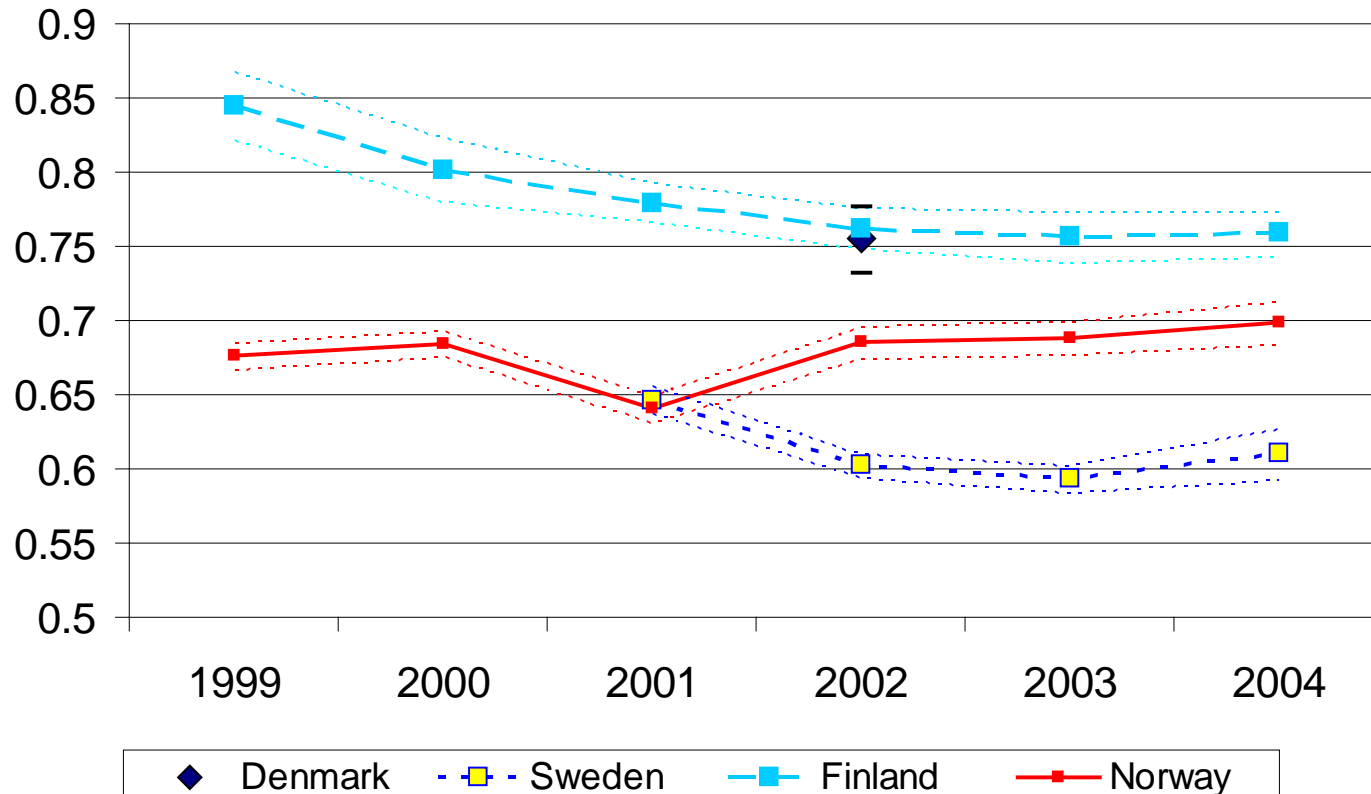
EuroHOPE – risikojustert dødelighet etter hoftefraktur





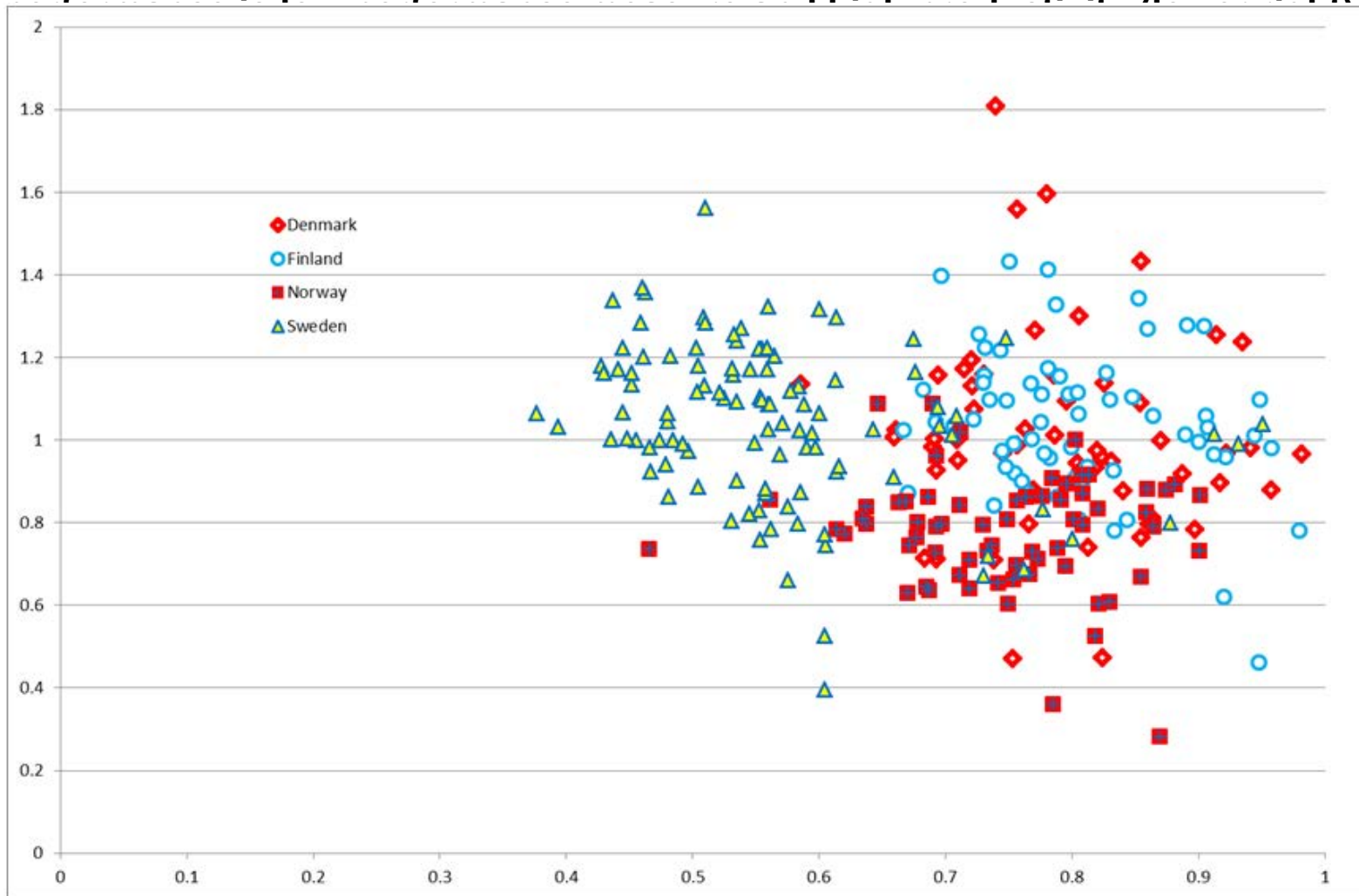
Age and sex adjusted one-year mortality by regions, AMI in 2008 (2009 in Norway).

Forskjeller i sykehusproduktivitet i Norden



(Kilde: Kittelsen et al (2008), Hospital productivity and the Norwegian ownership reform – A Nordic comparative study, Working Paper 2008:10, Health Economics Research Programme, University of Oslo)

Hospital productivity estimates (horizontal axis) plotted against hospital performance measures for mortality within 30 days of last hospital admission (vertical axis). Better joint



C. Felles problemer i de nordiske landene

En kollektiv og offentlig finansiering er en sentral egenskap ved helsesektorene i alle de nordiske land.

1. Trusler mot den kollektive finansieringen.

Små pasientbetalinger medfører at andre mekanismer enn prismekanismen må rasjonere helsetjenester.

2. Ventetider og prioriteringer

Regulering av tjenesteytere og pasientstrømmer.

3. Brister i koordinering av tjenester for pasienter med kroniske sykdommer.

1. Trusler mot den kollektive finansieringen.

Generelt vanskeligere å opprettholde kollektiv finansiering jo mer heterogen befolkningen blir med hensyn til helse og inntekt

En økende andel eldre

Danmark: andel eldre over 80 år som andel av befolkningen vil vokse fra 4,2 % i 2010 til 9,2 % i 2050.

Sverige: fra 5,3 % til 8,8 %

Norge: 4,5 % til 8,4 %

Finland: 4,8 prosent til 11,9 prosent

Innebærer større overføringer fra befolkningen med liten sykdomsrisiko til befolkningen med stor sykdomsrisiko

Kroniske sykdommer knyttet til livsstil

Andel i prosent med fedme (BMI \geq 30)

	Danmark		Finland		Norge		Sverige	
		2006	1996	2008	1991	2008	1989	2009
Kvinner		11,0 ^a	10,4 ^b	16,0 ^a	8,4 ^a	8,0 ^a	5,6 ^a	12,0 ^a
Menn		11,8 ^a	10,9 ^a	15,4 ^a	8,7 ^b	11,0 ^a	5,2 ^a	13,0 ^a

- a. Survey uten fysisk undersøkelse
- b. Fysisk undersøkelse

Standardforbedringer: Kostbare nye behandlinger

Utvikling i ulikhet i helse

2. Rasjonering og prioritering

Små pasientbetalinger gjør at pasient (og lege som pasientens representant) vil etterspørre helsetjenester til de marginale helsegevinstene er mindre enn de marginale kostnadene ved å yte dem.

Ressursbruken må derfor styres ved direkte rasjonering

- Ventetider før behandling
- Uformell rasjonering
- Betalingssystem for sykehus og legepraksis
- Retningslinjer for prioritering
- Primærlegen som portvakt

Ventetider ineffektiv som rasjoneringsmekanisme. Ved prioritering ved hjelp av retningslinjer kan samme antall pasienter behandles for samme ressurser uten at de trenger å vente

Mindre vekt på rasjonering ved ventetider gjør at de andre mekanismene må spille en større rolle

Eventuelt differensierte ventetider

I Norden er det Sverige som er lengst fremme når det gjelder åpne prioriteringer

3. Regulering av tjenesteytere og pasientstrømmer: Brister i koordinering for pasienter med kroniske sykdommer.

Tabell 6: Prosentvise fordelinger på spørsmål om koordinering

		Norge	Sverige	Europa (+Sverige)	USA	Alle (-Norge)
1006	I løpet av de siste to årene, når du har vært hos lege, har det noen gang hendt at...					
a	Provesvar, medisinske opplysninger eller henvisningsårsaker ikke var tilgjengelige på det planlagte legebesøket	19,9	13,6	11,6	ns 17,8	13,9
b	Leger beordret en medisinsk test du følte var unødvendig fordi testen allerede var gjennomført	5,6	ns 5,5	ns 7,2	17,2	** 8,6
1010	Har det hendt i løpet av de siste 2 årene at leger eller annet helsepersonell ikke har delt viktig informasjon om din sykehistorie eller behandling med hverandre?					
	Ja	21,2	ns 20,8	* 17,7	ns 18,2	16,5
1060	Hvor ofte blir tjenester du får fra andre leger eller behandlingssteder samordnet eller avtalt ved hjelp av din faste lege eller annet personell ved ditt legeskontor, for eksempel hjelp til å avtale time?					**
	Alltid	46,6	31,2	36,4	51,0	40,7
	Ofte	17,8	18,1	18,3	18,4	17,7
	Av og til	14,1	11,3	14,2	11,9	14,2
	Sjelden eller aldri	21,6	39,4	31,1	18,6	27,3

Hvis ikke annet er angitt er resultatene for land og landgrupper signifikant forskjellig fra Norge med $p < 0,001$. *= $p < 0,05$, **= $p < 0,01$, ns=ikke signifikant forskjellig.

Nylige OECD rapporter:

Sweden: “OECD Reviews of Health Care Quality - Sweden - Raising Standards”

Sweden

- Sweden has a long-established and extensive set of quality registers for many areas of health and social care. More needs to be done though to build links between quality registers, in order to build up a picture of the complete pathway of care for patients with complex needs.
- Primary care providers are ideally placed to meet the needs of patients with one or more long-term conditions, and to act as a care co-ordinator across complex clinical pathways. A stronger data infrastructure is also necessary before achieving the role of co-ordinating the care of elderly patients with complex needs. Sweden also needs to enhance the role of secondary prevention within primary care sector and thereby insure that doctors and nurses have adequate training to provide care for patients with complex needs.
- Sweden is expanding the role of non-traditional care providers (such as private sector providers or community organisations) in an attempt to expand patient choice and encourage quality-based competition. Close evaluation of these reforms will be needed to ensure that other objectives, such as coordinated care and equity of access, are not compromised.

Norge samhandlingsreformen fra 2012:

- kommunene betaler 4255 kr pr døgn for utskrivningsklar pasient i sykehus
- kommunene betaler 20% av DRG-kostnad for visse behandlinger – avskaffes fra 2015
- kommuner forplikter fra 2016 å ha tiltak for akuttinnleggelser

Norway: “OECD Reviews of Health Care Quality - Norway - Raising standards

- Through the 2012 ‘Coordination Reform’ Norway set out a strategic vision for its health system, seeking to increase the role of primary and community services, including through a number of financial penalties and incentives.
- The Coordination Reform’s financial incentives should be a strong driver for municipalities to strengthen care in the community and support early discharge from hospital, but may be working less well to promote good management of chronic conditions and prevent avoidable hospital admissions.
- The core incentives of the Coordination Reform were directed at service delivered by municipalities, meaning that key players in reducing hospital admissions and promoting coordination of care, e.g. GPs and the mental health sector, have much weaker incentives for change.
- Under-developed data infrastructures in primary care have limited progress towards securing better quality, and a lack of electronic patient records that are portable across care settings may impede smooth patient pathways across service settings.

Primærlegene holdt utenfor samhandlingsreformen

Tre hovedgrupper av utfordringer som krever tiltak

1. Finansieringsproblemet
2. Rasjonering og prioritering
3. Større produktivitet og bedre kvalitet i helsesektoren

Ingen enkle løsninger - alle systemer har sine fordeler og ulemper

1. Finansieringsproblemet

- Den private betalingsvilligheten for helse øker betydelig med inntekten
- Det grunnleggende problem: Utvikle den private betalingsvillighet for helsetjenester til betalingsvillighet for kollektivt finansierte helsetjenester
- Trekker i retning av større gjennomsiktighet
- Større forutsigbarhet for hvilken 'benefit package' det offentlige helsevesen tilbyr til hvilken pris
- Utrede utvikling av 'standard benefit package' som en del av de åpne prioriteringer
- Knytter sammen nyttesiden og kostnadsiden i den offentlige finansierte vården
- Større forutsigbarhet også om nytten av private helseforsikringer
- Bør man utrede vårds katt?

2. Rasjonering og prioritering

- Utvikle systematiske forsøk med åpne prioriteringer
- Utfordring: Motsetningen mellom innbygger som skattebetaler og innbygger som pasient
- Norge: Nytt prioriteringsutvalg i arbeid
- Utvikle graderte pasientbetalinger?

Større pasientbetaling for diagnostikk og behandling politikerne ikke ønsker å prioritere.

Anders Anell: "Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård"

Multifokal lins vid kataraktoperation (grå starr) samt hörapparater.

Norske Retningslinjer for forebygging av hjerte- karsykdommer:

- 10 års risiko for kardiovaskulær død avhenger av kjønn, røykevaner, totalkolesterol og systolisk blodtrykk.
- Mann, 65 år gammel, røyker med total kolesterol på 8 mmol/l og systolisk blodtrykk på 180 mmHg har en 10-års risiko for kardiovaskulær død på 44 % og skal ha høy prioritet, medikamentell behandling og tett oppfølging.
- Kvinne, 65 år gammel, ikke-røyker med total kolesterol på 8 mmol/l og systolisk blodtrykk på 140 mmHg har en 10-års risiko for kardiovaskulær død på 5 % og skal ha lav prioritet uten tilbud om medikamentell behandling.
- Gradert pasientbetaling kan innebære at den 65-år gamle kvinnen blir tilbudt medisiner mot forhøyet pasientbetaling, mens den 65 år gamle tilbys medisiner uten pasientbetaling

- Viktig motforestilling: Heterogenitet innenfor diagnose/behandlingsgrupper hindrer etterprøvbarehet og legitimitet i befolkningen
- Eksempel: Norsk Prioriteringsveileder innen ortopedi omfatter tilstanden «Kontrakturer, deformiteter og artrose i håndledd, håndrot, fingerledd».
- Som hovedregel skal tilstanden ikke gi rett til prioritert helsehjelp.
- Smerter, grad av funksjonstap, affeksjon av flere lokalisasjoner, feilstillinger, alder, varighet av tilstand, komorbiditet og treningspotensial kan gi rett til prioritert helsehjelp
- Anvendelse av skjønn problematisk

Utfordring: Få de ulike prioriteringsinstrumenter til å utfylle hverandre

3. Større produktivitet og bedre kvalitet i helsesektoren

- Sammenlignende studier av kostnader og behandlingsutfall
- Utvikling og anvendelse av kvalitetsregistre i helsesektoren.
- Utvide öppna jämförelser av behandlingsresultater og kostnader mellom landstingene til hele Norden
 - Hvorfor er finske sykehus mer effektive enn svenske og norske?
- Regulering av tjenesteytere – Integrasjon av tjenester - ulike løsninger i Sverige og Norge
 - Anders Anells rapport om Sjælland og Skåne
 - Gatekeeping eller økonomiske virkemidler? – hva fungerer best?
 - Erfaringer med gatekeeping fra Norge

-
- Sentrale spørsmål for koordinering og integrasjon:
 - Hvem skal koordinere helsetjenestene for pasienter med kroniske sykdommer
 - Primærlegen vil forutsette pasientlister
 - Skal primærlegen være koordinator?
 - Skal primærlegene har et utvidet budsjett for å betale for spesialisthelsetjenester?
 - Pasientseleksjon og for lite spesialisthelsetjenester? Kvalitet?

Bør staten eie og drive sykehusene?

- I Norge statlig eierskap fra 2002. Motivasjon: Hensiktsmessig struktur og kontroll med økonomi

Kontroll med økonomi

Tabell 6.2 Regnskapsmessig resultat korrigert for eiers styringskrav for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene i perioden 2008-2012. Mill kroner.

	2008	2009	2010	2011	2012	Samlet 2008-12	Samlet 2003-12
Helse Sør-Øst	-425	-157	172	-478	211	-678	-3 986
Helse Vest	-141	156	436	455	565	1 471	-261
Helse Midt-Norge	86	214	548	417	524	1 788	-464
Helse Nord	-221	100	112	373	437	801	-496
TOTALT	-700	312	1 267	767	1 737	3 383	-5 207

Sykehusstruktur

Distanse fra lokalpolitiske organer har gjort mulig sentralisering og spesialisering

Men:

Primærhelsetjenester og sykehus på ulike forvaltningsnivåer i Norge – problem for koordinering og integrasjon av tjenester

- Bør Sverige heller satse på regioner med primærhelsetjeneste og sykehus på samme forvaltningsnivå? Jfr Reform i Finland

Alle systemer har sine fordeler og ulemper

Mye vi ikke vet - flere forsøk med organisering og finansiering – nordisk samarbeid