Fremtidens helse- og omsorgstjeneste

– Hvilke helsepolitiske veivalg står vi foran?

osloeconomics

Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Fremtidens helse- og omsorgstjeneste – Hvilke helsepolitiske veivalg står vi foran?

© Oslo Economics, 10. februar 2017

Kontaktperson Oslo Economics: Erik Magnus Sæther / Partner
ems@osloeconomics.no, Tel. +47 94058192

Kontaktperson Spekter: Gunnar Larsen / Direktør for kommunikasjon og samfunnspolitikk
gunnar.larsen@spekter.no, Tel. +47 988 41 531

Innhold

Forord 4

Sammendrag og konklusjoner 5

1. Behov for å belyse vårt helsepolitiske handlingsrom 8

1.1 Målet er en bærekraftig helsetjeneste 8

1.2 Gap mellom tilgjengelige ressurser og ressursbehovet 8

2. Økt ressursbehov i helse- og omsorgstjenesten 9

2.1 Endret demografi og sykdomsbilde 9

2.2 Nye behandlingsmuligheter 10

2.3 Forventninger og krav 11

2.4 Økt produktivitetsvekst i andre sektorer 11

3. Hva er velferdsstatens bæreevne? 13

3.1 Store utfordringer for fremtidens velferdsstat 13

3.2 Hvilken produktivitetsvekst kan vi forvente i norsk økonomi? 13

4. Hvilke valg har vi? 15

5. Tiltak for å redusere ressursbehovet 16

5.1 Dagens ressursbruk 16

5.2 OECD peker på at 1/5 av helsekostnadene er sløsing 16

5.3 Effektiviserende tiltak (bedre ressursutnyttelse) 17

5.4 Forebyggende tiltak 23

5.5 Tiltak som reduserer tilbudet 25

6. Tiltak for å øke tilgjengelige ressurser 28

6.1 Økte rammer har en alternativkostnad 28

6.2 Økte skatteinntekter 28

6.3 Øke finansieringsgrunnlaget gjennom egenandeler 29

6.4 Omfordeling av samfunnets ressurser: større andel av budsjettet til helse- og omsorgstjenester 30

7. Helsepolitiske veivalg 32

7.1 Behov for politiske føringer 32

7.2 Hvor stort er gapet? 32

7.3 Hvor mye monner handlingsalternativene? 33

7.4 Oppsummert 37

8. Referanser 38

Forord

I denne rapporten presenterer vi en rekke eksempler på konkrete tiltak for å redusere gapet mellom behov og ressurstilgang. Våre eksempler og beregninger må anses som illustrasjoner og ikke presise anslag, der formålet har vært å antyde handlingsalternativer og å spore til debatt.

De tiltak vi har foreslått i denne rapporten har alle til felles at de kan møte til dels betydelig motstand både fra befolkningen generelt, fra pasienter og brukere og fra ansatte i sektoren. Økonomiske analyser kan belyse kostnad- og nytte-effektene av ulike enkelttiltak, men det vil uansett være et politisk ansvar å prioritere og iverksette tiltak. Norge kan likevel ikke møte helsetjenestens utfordringer uten at ansatte på alle nivåer blir bevisste på hvor vanskelige valg vi står overfor og at løsningene må finnes av og blant politikere, ledere og ansatte i hele helse- og omsorgssektoren.

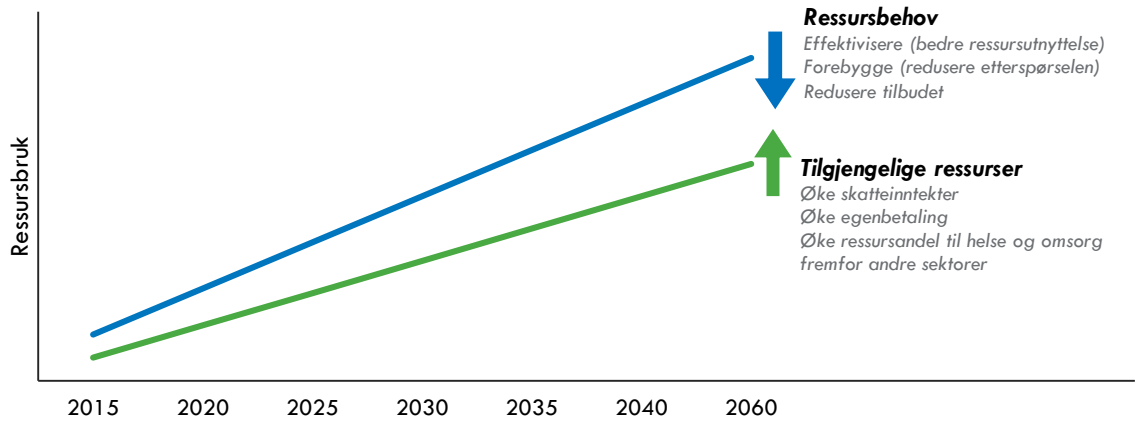
Rapporten er utarbeidet av Oslo Economics. Prosjektmedarbeidere fra Oslo Economics er Erik Magnus Sæther (prosjektleder), Christoffer Bugge, Ragnhild Haugli Bråten og Ivar Sønbø Kristiansen.

Sammendrag og konklusjoner

Det er et økende gap mellom behov og ressurstilgang i fremtidens helse- og omsorgstjenester. Oslo Economics har på oppdrag fra Arbeidsgiverforeningen Spekter utarbeidet en analyse av utfordringer og handlings-alternativer for sektoren. Analysen viser at vi kan komme et stykke på vei ved å jobbe smartere, men vi vil også stå foran krevende veivalg. Hvis noe prioriteres opp, må noe annet prioriteres ned, enten det skjer innen helse- og omsorgssektoren eller forbruk i andre deler av økonomien. Det vil være et politisk ansvar å prioritere og iverksette tiltak.

Behovet for helse- og omsorgstjenester forventes å øke betydelig i perioden fram mot 2060. Vi blir flere, lever lengre, det kommer stadig flere behandlingsmuligheter og forventningene til offentlig behandling og omsorg øker. Samtidig forventes det at produktivitetsvekst ellers i samfunnet øker presset på lønninger og kostnader også i helse- og omsorgssektoren. Samfunnets evne til å finansiere helse- og omsorgssektoren vil trolig fortsatt øke som følge av videre vekst i økonomien, men denne veksten er med dagens prognoser lavere enn veksten i behovet. Vi må derfor innstille oss på et økende gap mellom fremtidig ressursbehov og ressurstilgang i helse- og omsorgssektoren. For å sikre fremtidig finansiering må vi finne enten måter å redusere ressursbehovet eller vi må være villige til å prioritere denne sektoren fremfor andre. Trolig trenger vi begge deler, som illustrert i Figur 0-1.

Figur 0-1: Hvordan redusere gapet mellom ressursbehovet og tilgjengelige ressurser?



Illustrasjon Oslo Economics

Tiltak som reduserer ressursbehovet i helse- og omsorgssektoren

Effektivisere (bedre ressursutnyttelse): Aktiviteten i helse- og omsorgssektoren er økende. Likevel synes produktiviteten, ved noen av måltallene, å være synkende. Bedre ressursutnyttelse kan skje gjennom endringer i produksjons- og tjenesteprosesser gjennom tiltak som kan stimulere virksomhetene til å øke produktiviteten, skape innovasjon og understøtte omstilling. Et tjenestetilbud som i større grad innrettes for å imøtekomme pasientenes behov vil ikke bare gi økt kvalitet, men vil ofte også være mer effektivt. Nye digitale systemer for pasientoppfølging innebærer at helsepersonell kan bruke mindre tid på rutinekontroller og samtidig gi pasienten bedre og raskere medisinsk oppfølging når behovet virkelig er der. Dette vil gi bedre helse og livskvalitet for pasientene og samtidig redusere kostnadene innen helse- og omsorgssektoren. Helsevesenet kan også i større grad enn i dag utnytte eksisterende stordriftsfordeler og synergieffekter, enten ved å opprette større enheter eller ved å samordne tjenestene for å utnytte overskuddskapasitet. Det er også muligheter for å organisere arbeidskraften bedre, gjennom mer effektiv oppgavefordeling mellom ulike yrkesgrupper, bedre utnyttelse av teknisk utstyr og ved å i større grad innrette arbeidsinnsatsen til tidspunktene med størst pasientpågang.

Forebygge (redusere etterspørselen): Forebygging kan redusere behandlingskostnader ved å hindre sykdomsutvikling. Innsparingen spises imidlertid ofte opp av ny etterspørsel eller til dekning av tjenester der man opplever underdekning. Forebygging vil likevel fortsette å spille en viktig rolle fremover ved å begrense livsstilssykdommer og behovet for offentlige omsorgstjenester. Psykiske lidelser og angst opptar så mye som 18 prosent av dagens helseutgifter. Bedre forebygging på dette området vil være viktig i årene fremover, både for å bremse veksten i helseutgifter og for øke arbeidsdeltakelsen i pasientgruppen.

Redusere tjenestetilbudet: Det vil samtidig være nødvendig å holde oppe en debatt om hvilket omfang av helse- og omsorgstjenester velferdssamfunnet skal tilby. Helse- og omsorgstilbudet bør innrettes slik at vi tilbyr de tjenestene som gir mest livskvalitet for pengene. Det kan i dag stilles spørsmål om vi overbehandler visse tilstander. For andre tjenester bør vi stille spørsmål om de positive gevinstene for brukernes livskvalitet er store nok til å oppveie kostnadene. Det vil også være viktig å sikre at nye tjenester som inkluderes i det offentlige tilbudet gir tilstrekkelig kvalitetsøkning i forhold til ressursbruken.

Tiltak som øker tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgssektoren

Øke skatteinntekter: Det samlede offentlige ressursgrunnlaget kan økes ved at vi alle betaler mer i skatt eller at den generelle arbeidsinnsatsen eller produktiviteten økes. En hovedutfordring er at *andelen* innbyggere i arbeidsfør alder vil reduseres i årene fremover. Forholdet mellom antall mennesker i alderen 20 og 66 år og antall som er 67 år eller eldre vil endre seg fra knappe 5 til 1 i 2015 til under 3 til 1 når vi passerer 2040. Produktivitetskommisjonen har pekt på at skattebyrden for husholdningene dermed kan måtte øke fra rundt 35 prosent i dag til mellom 50 og 60 prosent i 2060 hvis tjenestene i offentlig sektor videreføres som i dag. Veksten i arbeidsproduktiviteten og fremtidige petroleumsinntekter er avgjørende for hvilket skattenivå som er nødvendig, men prognosene tyder på at vi står ovenfor store utfordringer knyttet til finansieringen av velferdsstaten. Økt arbeidsinnsats kan oppnås ved at det gjøres tiltak i helsetjenesten som gjør at flere beholder sin tilknytning til arbeidsmarkedet og dermed sikrer et bedre finansieringsgrunnlag. Det kan for eksempel være aktuelt å i større utstrekning prioritere pasienter i arbeidsfør alder, som igjen kan øke ressursene samfunnet har tilgjengelig (økte skatteinntekter). Dette gjøres i noen grad allerede gjennom tiltak som Raskere tilbake.

Øke egenbetaling: En måte å øke tilgjengelige ressurser på er å flytte større del av kostnadene over på brukerne. Helse- og omsorgstjenester i Norge betales i hovedsak gjennom velferdsstaten, mens egenbetaling i dag er rundt 14 prosent. I Finland er egenbetalingen til sammenligning 18 prosent. Det er store forskjeller i egenandelene for ulike tjenester i norsk helse og omsorg. Tradisjonelt har egenandel i spesialisthelsetjenesten vært lav, mens allmennlegetjenester og pleie- og omsorgstjenester har hatt en høyere egenandel. Økte egenandeler vil i tillegg til å øke finansieringsgrunnlaget kunne bidra til å redusere etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Utfordringen er likevel hvordan vi kan balansere økte egenandeler med målet om lik tilgang til helsetjenester i befolkningen.

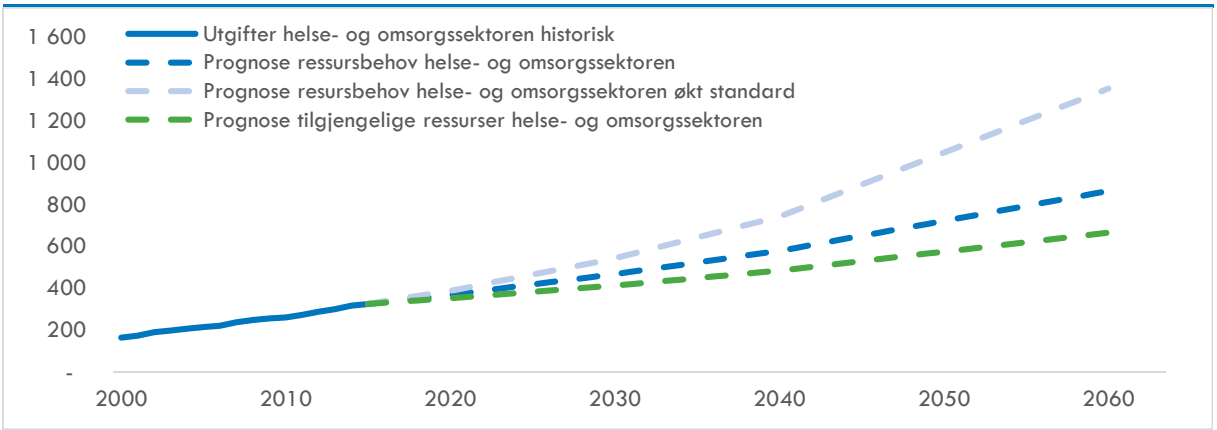
Øke ressursandel til helse og omsorg: En siste løsning kan være å i større grad prioritere helse og omsorg fremfor andre sektorer, slik at vi bruker en større andel av de samlede inntektene på disse tjenestene. Helsesektoren har historisk blitt prioritert opp med økende velstand og har over tid fått en økende andel av brutto nasjonalprodukt (BNP) og de offentlige budsjetter. Dette innebærer en alternativkostnad ved at andre samfunnsområder prioriteres ned.

Gapet mellom ressursbehov og tilgjengelige ressurser er økende

Det fremtidig bemanningsbehov i helse- og omsorgssektoren i 2060 blir omtrent det dobbelte av i dag, selv dersom vi legger konservative antakelser til grunn om nullvekst i tjenestestandarden. Dette ifølge prognoser som Statistisk sentralbyrå har utviklet på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet. Basert på prognosene for bemanningsbehovet har vi utarbeidet prognoser for offentlige utgifter i helse- og omsorgssektoren, forutsatt fremtidig reallønnsvekst i sektoren. Beregningene er illustrert i figuren under, sammen med prognoser for ressursbehovet dersom standarden øker. Disse sammenholdes med prognoser for tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgssektoren dersom vi i fremtiden benytter samme andel av fastlands-BNP på helse- og omsorgstjenester som i dag. Beregningene tilsier at vi står ovenfor et gap mellom utgifter og tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgssektoren på om lag 95 milliarder kroner i 2040, dersom standarden på tjenestene holdes på dagens nivå. Tilsvarende differanse i 2060 er ca. 200 milliarder kroner.

Det er likevel stor sannsynlighet for at nye behandlingsmuligheter og økt privat inntekt i fremtiden vil medføre økte krav til tjenestenes innhold. De siste årene har standarden på tjenestetilbudet økt med 1,5 prosent hvert år. Utviklingen i utrednings- og behandlingsmetoder tilsier at denne veksten ikke kommer til å avta, dersom man ikke i større grad går inn for å begrense tilbudet. I omsorgssektoren vil bemanningsstandarden være avgjørende for kostnadsutviklingen. Dersom vi legger inn en antakelse om 1 prosent standardvekst hvert år tilsier prognosene at differansen mellom ressursbehovet og tilgjengelige ressurser blir i overkant av 250 milliarder i 2040, og ca. 700 milliarder i 2060.

Figur 0-2: Prognoser for utgifter til helse og omsorg*, samt ressursgrunnlaget gitt konstant andel av BNP til helse- og omsorgsutgifter (milliarder 2015-kroner)

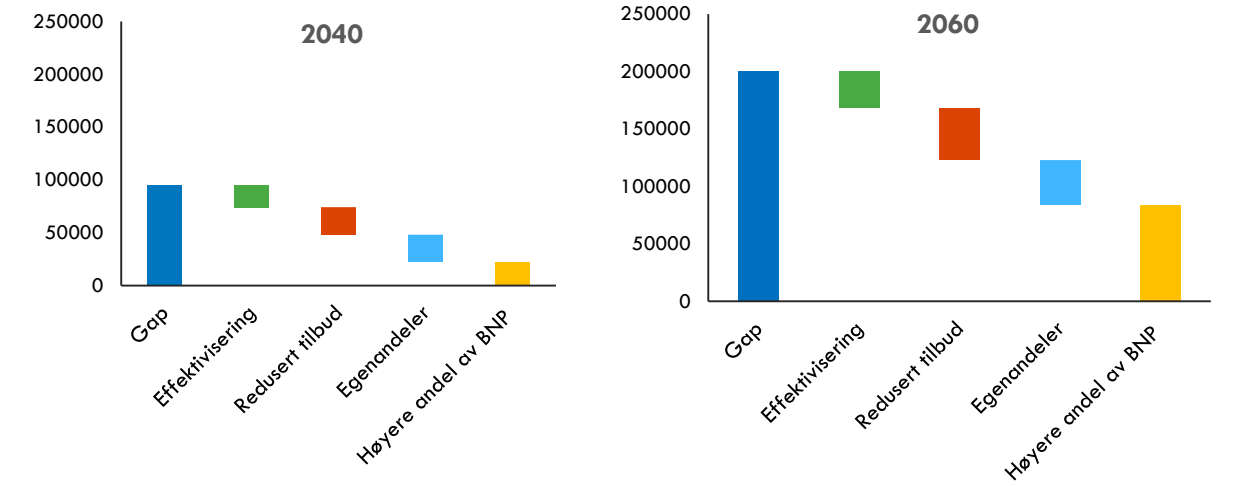


Datakilde: Helseutgifter fra Helseregnskapet (Statistisk sentralbyrå (SSB)), Prognose årsverk fra Holmøy et al. (2015), BNP vekst fra Perspektivmeldingen (2013), befolkningsvekst og BNP-data fra SSB. Analyse: Oslo Economics. *Merk: Det er lagt til grunn Helse- og omsorgsdepartementets framskrivninger for årsverk, med utsatt sykelighet og konstant familieomsorg, referert i Holmøy et al (2015).

Helsepolitiske veivalg

I hvilken grad de ulike virkemidlene vil bidra til å lukke dette gapet er usikkert, men det vil trolig være nødvendig med en kombinasjon av tiltak som reduserer ressursbehovet og tiltak som øker ressursgrunnlaget. I kapitel 7 illustrerer vi ulike scenarier for hvordan vi kan sikre finansieringen av helse og omsorg gjennom ulik bruk av effektivisering, redusert tilbud, økte egenandeler og økt prioritering av sektoren i offentlige budsjetter fram til 2040 og 2060. I figuren under er et eksempel med relativt jevn bruk av de ulike tiltaksgruppene frem mot 2040 illustrert (venstre panel). Fra og med 2040 vil økningen i ressursbehovet stige såpass kraftig at det vil kunne skape et press om ytterligere prioritering av helse og omsorg i offentlige budsjetter, som illustrert i det høyre panelet. En slik opp-prioritering av helse og omsorg kan bare være mulig dersom økt produktivitet i andre sektorer frigjør arbeidskraft til helse og omsorg. Samtidig bør det samlede ressursgrunnlaget også økes tilstrekkelig slik at den absolutte ressurstilgangen til andre offentlige tjenesteområder ikke nødvendigvis reduseres. For å sikre oppslutning om en slik linje, vil det være avgjørende at også helse- og omsorgssektoren tar ut sitt produktivitets- og effektivitetspotensial.

Figur 0-3: Scenario med bruk av tiltaksgruppene fram til 2040 og deretter ytterligere økning i andel av BNP til helse og omsorg (millioner 2015-kroner)



Illustrasjon Oslo Economics

1. Behov for å belyse vårt helsepolitiske handlingsrom

1.1 Målet er en bærekraftig helsetjeneste

Det er en erkjennelse at dagens løsninger for tjenesteproduksjon og finansiering vil bli utfordret i fremtiden. Rapporten ønsker å belyse fremtiden for norsk helsevesen ved å spørre:

- Hva er de største drivkreftene fremover?
- Hvilke veivalg står helsepolitikere og ledelsen i helse- og omsorgssektoren foran?
- Hvilke virkemidler har vi, og hvordan kan disse tas i bruk for å sikre et bærekraftig helsevesen?

1.2 Gap mellom tilgjengelige ressurser og ressursbehovet

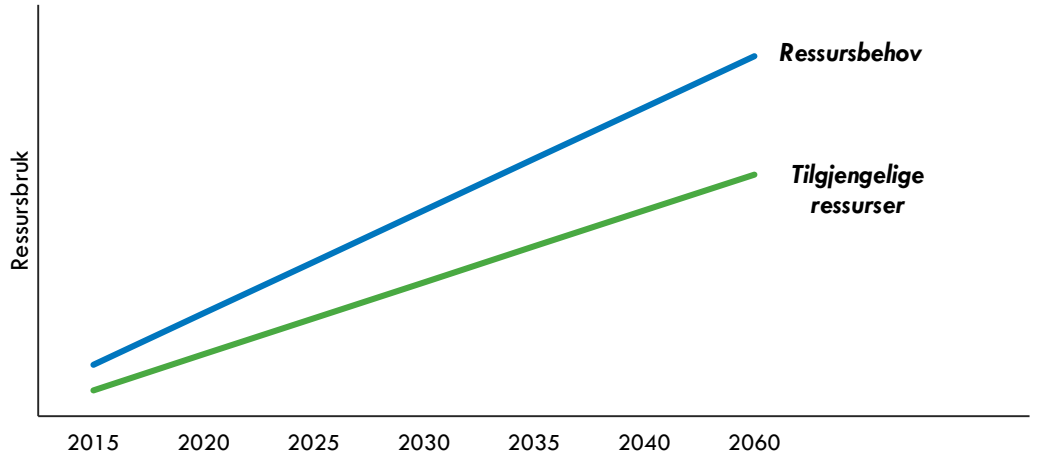
Figur 1-1 illustrerer det økende gapet mellom helse- og omsorgstjenestens forventede ressursbehov og tilgjengelige økonomiske rammer i sektoren. Kurvene avspeiler en videreføring av dagens praksis forutsatt at vi ikke endrer hvilke tjenester som tilbys, hvordan vi jobber eller utvider finansieringsgrunnlaget.

Det økte ressursbehovet er en konsekvens av at vi blir flere og lever lengre, vi får stadig flere behandlingsmuligheter og økte forventninger til tjenestene, samt at produktivitetsvekst i andre sektorer presser opp lønninger og kostnader i helse- og omsorgssektoren.

Vår evne til å finansiere helse- og omsorgssektoren forventes også å øke som følge av fortsatt vekst i økonomien. Denne veksten er med dagens prognoser likevel lavere enn veksten i behovet, blant annet som følge av at andelen av befolkningen i arbeidsfør alder reduseres med de kommende demografiske endringene.

I kapitlene 2 og 3 vil vi belyse drivere for helse- og omsorgstjenestens ressursbehov og for samfunnet evne til å finansiere den offentlige helsetjenesten. I kapittel 4 og 5 peker vi på mulige tiltak, før vi sammenstiller de veivalgene vi står overfor og drøfter konsekvensene av disse i kapittel 7.

Figur 1-1: Gapet mellom tilgjengelige ressurser og ressursbehovet i helsetjenesten er økende



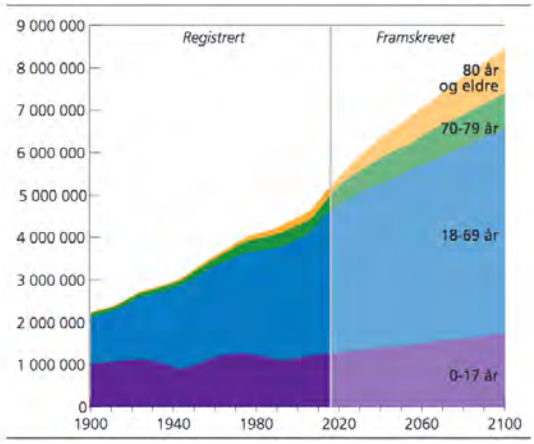
Illustrasjon Oslo Economics

2. Økt ressursbehov i helse- og omsorgstjenesten

2.1 Endret demografi og sykdomsbilde

Det er svært positivt at folkehelsen stadig blir bedre. Dette gir flere eldre som lever lengre som vist i Figur 2-1. Dette skyldes først og fremst at vi forventer en stadig økende levealder, men også at de store fødselskullene fra etterkrigstiden etter hvert bli blant de eldste i samfunnet.

Figur 2-1: Vi blir flere og eldre. Folkemengde i fire aldersgrupper, registret og fremskrevet (SSBs hovedalternativ)



Kilde: Statistisk sentralbyrå

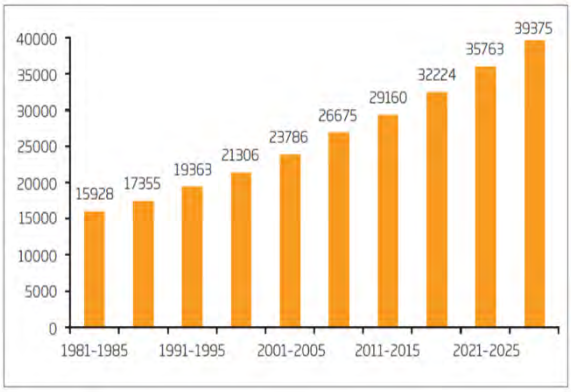
I årene fremover vil vi ventelig få vekst i alle aldersgrupper, men veksten blir størst blant de eldste. Antall personer som er 70 år eller mer dobles på tre tiår – fra nesten 600 000 i dag til nærmere 1,2 millioner. Antall som er 80 år eller mer dobles på enda kortere tid – fra 220 000 i dag til 440 000 om drøyt to tiår.

Disse tallene er hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB) sin befolkningsprognose (hovedalternativet), men den kraftige økningen i antallet eldre kommer i alle befolkningsframskrivingenes alternativer[1].

En direkte konsekvens for helse- og omsorgssektoren er at behovet for tjenester vil øke. Den viktigste driveren for økt behov er nettopp endret demografi og endret sykdomsbilde.

Et eksempel på endret sykdomsbilde er utviklingen i nye krefttilfeller. Kreft vil snart gå forbi hjerte- og karsykdommer som den viktigste dødsårsaken for både kvinner og menn og forventes å stige i de neste tiårene (Figur 2-2). Med nye behandlingsmuligheter vil mange kreftpasienter bli kronikere som mottar medisinsk behandling over tid.

Figur 2-2: Antall nye krefttilfeller (tall i 1000)

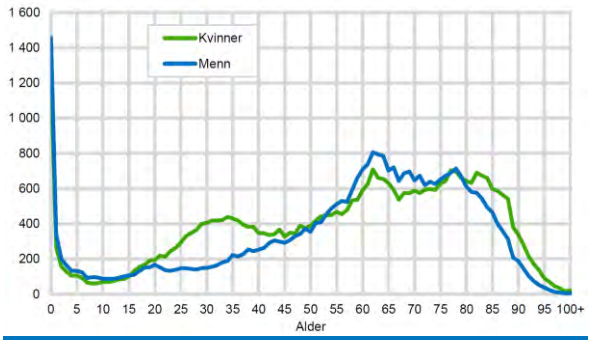


Kilde: Helsedirektoratet (2013)

Figur 2-3 viser hvordan behovet for somatiske helsetjenester, målt i årsverk i spesialisthelsetjenesten, fordeles etter befolkningens alder og kjønn. Behovet drives av antall pasienter i hver aldersgruppe og behandlings- og pleietyngden for aldersgruppen.

For befolkningen samlet sett øker tjenestevolumet opp mot 60-årene før det igjen synker noe. Eldre pasienter, særlig de over 80 år er mer ressurskrevende, men de er færre i antall. I årene fremover vil vi både få flere eldre som lever lengre og som i snitt har en større pleietyngde.

Figur 2-3: Årsverk i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2010, fordelt på brukernes alder og kjønn med korresponderende andeler av DRG-poeng i 2008



Kilde: Holmøy et al (2014)

Statistisk sentralbyrå har utarbeidet prognoser for fremtidig bruk av helse- og omsorgstjenester (Perspektivmeldingen 2013). Noen år fram i tid vil aldringen av befolkningen trekke i retning av at veksten i helse- og omsorgsutgiftene igjen skyter fart. For omsorgsutgiftene skyldes dette veksten i de eldste

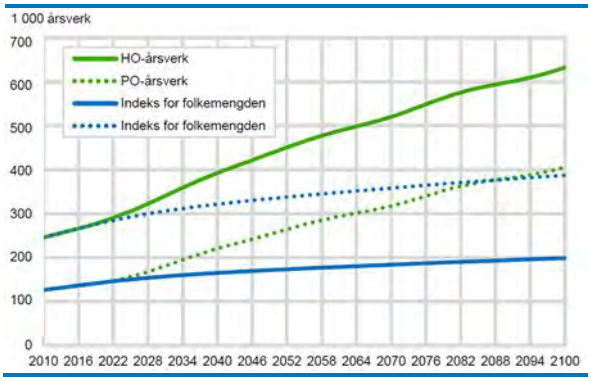
[1] https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram

aldersgruppene, som har størst behov for pleietjenester. Med uendret bruk for de enkelte aldersgruppene anslås andelen av personer 67 år og over som mottar omsorgstjenester fra det offentlige å øke fra ca. 150 000 i 2011 til ca. 450 000 i 2060.

Basert på anslag for fremtidig behov i helse- og omsorgssektoren har Statistisk sentralbyrå (Holmøy et al (2014)) utarbeidet prognoser for behovet for fremtidig arbeidskraft, gitt de demografiske endringene, men ingen endringer i helsetjenestenes innretning (Figur 2-4). De grønne kurvene viser årsverksutviklingen i perioden 2010-2100. De blå kurvene viser hvordan veksten i totalt antall årsverk ville vært i det hypotetiske tilfellet der alle individer, uansett kjønn og alder var like når det gjaldt brukerfrekvenser og ressursinnsats.

Prognosen viser en økning fra omlag 250 000 årsverk i helse- og omsorgstjenesten i 2010, hvorav 120 000 i pleie- og omsorgstjenesten til 400 000 i 2040 og omlag 500 000 i 2060.

Figur 2-4: Prognose for fremtidig behov for arbeidskraft i helse- og omsorgstjenesten (HO) samlet og for pleie- og omsorgstjenesten (PO)



Kilde: Holmøy et al (2014).

2.2 Nye behandlingsmuligheter

Nye teknologier og behandlingsprinsipper har bidratt til lengre og friskere liv for mange mennesker. En tidlig milepæl er smittevernsarbeidet, utviklet i det 19. århundre, som dramatisk har redusert unødvendige dødsfall. Antibiotika og vaksiner er blant de mest vellykkede helseteknologier. Siden da har medisinen vært sterkt knyttet til teknologisk fremgang. Noen nye behandlingsmuligheter som insulin eller behandling for hjerteinfarkt og hjerneslag har gitt store helsegevinster, andre har gitt langt færre.

Bruk av nye teknologier er en viktig driver for veksten i helseutgiftene, samtidig som utviklingen også kan bidra til å effektivisere tjenesteproduksjonen. I OECD sin nye rapport om bærekraftig innføring av nye teknologier i helsetjenesten (OECD, 2017) peker de på at beslutningstakere hele tiden må søke å forene tilgang til innovative behandlinger med kostnadskontroll, samtidig som man opprettholder insentiver for videre innovasjon. Terapier som skreddersys den enkeltes biologi, digitale nyvinninger, og revolusjonerende teknologier som 3D bioprinting innebærer store muligheter, men det gir også en rekke tekniske, etiske og økonomiske utfordringer. Legemidler som er skreddersydd til en persons genetikk er i dag dyrt og budsjettmessig uoverkommelig. Andre nye behandlinger er allerede svært kostnadseffektive, men fortsatt veldig dyre. Hvis mange pasienter behandles kan budsjettutfordringene bli store og kreve at mindre kostnadseffektive, men etablerte behandlinger prioriteres vekk.

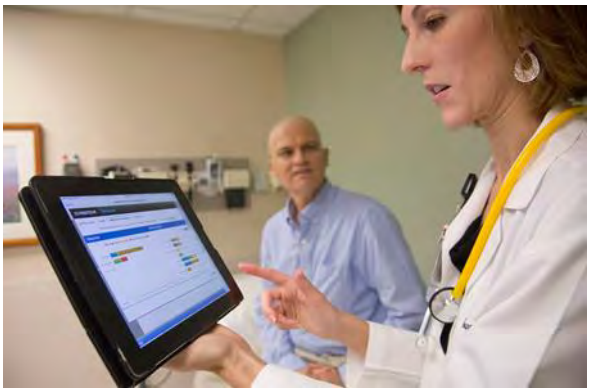
Innen omsorg vil bedre tilrettelegging av boliger og omgivelser, ny teknologi og nye faglige metoder gi folk muligheten til å klare hverdagslivet lenger på egenhånd. Blant annet peker stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012–2013)) på de mulighetene som ligger i å:

- Gjøre boliger og omgivelser funksjons- og aldersvennlige gjennom universell utforming
- Ta i bruk ny velferdsteknologi som både kan gi større trygghet, bedre mestringsevne og tilgang på informasjon og veiledning
- Legge større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering

Nye teknologier i helse- og omsorgstjenesten kan komplettere helsepersonellet ved at det gir beslutningsstøtte og styrker kompetansen. Et eksempel er kognitive dataanalyser slik som IBM Watson Health[2]. De har allerede utviklet anvendelser der dataverktøyet gir veiledning til helsepersonellet og stadig oppdateres med informasjon om beste praksis, samtidig som det har informasjon om pasientenes behandlingsforløp. IBM har lagt sin nord-europeiske virksomhet for IBM Watson til Oslo Cancer Cluster.[3]

[2] http://www.ibm.com/watson/health/
[3] http://oslocancercluster.no/2016/09/29/great-collaboration-between-ibmwatson-and-oslo-cancer-cluster/

Figur 2-5: IBM Watson utvikler løsninger for beslutningsstøtte, blant annet i kreftbehandlingen



Kilde: www.ibm.com, **www.istockphoto.com**

En annen form for innovasjon er automatisering som frigjør arbeidskraft. Mange kjenner disse allerede, for eksempel som robottralle på sykehus og innen rengjøring.

Figur 2-6: Roboter frigjør arbeidskraft

Kilde: www.stolav.no

2.3 Forventninger og krav

Med økt rikdom stiger våre forventninger, ikke bare til de varer og tjenester vi kjøper privat, men også til velferdstjenestene.

Over tid har da også standarden økt betydelig. Den offentlige timeverksinnsatsen per innbygger innenfor helse og omsorg har de siste par tiårene økt med i gjennomsnitt 1¾ pst. per år. Aldringen av befolkningen kan bare forklare en liten del av denne oppgangen, mens bidraget fra økte standarder og dekningsgrader i gjennomsnitt kan anslås til i underkant av 1½ prosentenheter per år (Perspektivmeldingen 2013, beregninger SSB).

Dette illustrerer at en videre utbygging av viktige velferdsordninger i betydelig grad vil kunne øke de langsiktige statsfinansielle utfordringene.

Det vil stadig være forventninger om tidsmessig standard på bygningsmasse, bedre bemanning og tilgang til innovative legemidler og behandlingsteknologier. Hvis den offentlige helsetjenesten ikke gir pasientene vesentlige behandlingsalternativer vil en stadig større andel søke private løsninger. Dette er en krevende balansegang for den offentlige helsetjenesten. De må både sikre legitimitet for at tilbudet de yter er tilstrekkelig og kan ivareta befolkningens behov, samtidig som oppgaveporteføljen må være bærekraftig.

Økt privat velstand øker også standardkravene til offentlige sykehjem. Når velstandsnivået og bostandarden i hjemmet øker vil vi også forvente et høyere nivå på bostandarden på sykehjem.

Bildet under (Figur 2-7) illustrerer at pasienter forventer å få tilgang til den beste behandlingen, når nye, dyre behandlingsmetoder blir tilgjengelige på markedet.

Figur 2-7: Nye og dyre legemidler utfordrer helsebudsjettene

Kilde: tv2.no

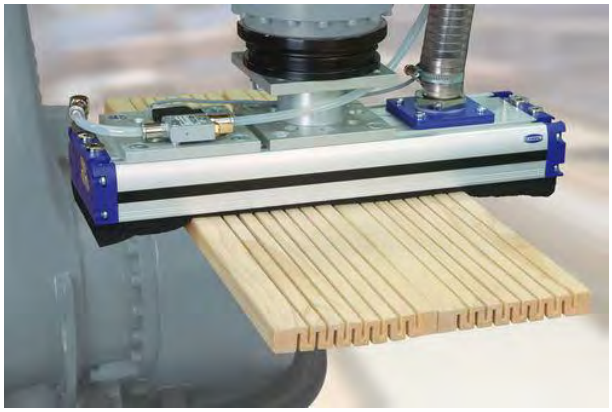
2.4 Økt produktivitetsvekst i andre sektorer

Teknologisk utvikling vil i fremtiden bidra til at en god del av dagens arbeidsplasser kan erstattes av roboter eller digitale systemer. I følge Pajarinen, et al. (2015) kan rundt en tredjedel av jobbene i det norske samfunnet bli erstattet av teknologi i løpet av de neste to tiårene.

Potensialet for digitalisering varierer mellom sektorer. Jobber innen industri, kontor og bank vil i stor grad kunne erstattes av roboter og digitale systemer (se

illustrasjon i Figur 2-8), mens helse- og omsorgstjenester fortsatt vil avhenge av arbeidskraft på omtrent lik linje som i dag (illustrert i Figur 2-9).

Figur 2-8: Produktiviteten øker i industrien når roboter erstatter arbeidskraften



Kilde: schmalz.com

Overgangen fra arbeidskraft til teknologi øker produktiviteten i disse sektoren, slik at de arbeidsplassene som blir igjen vil bli mer produktive. Produktivitetsveksten vil drive opp lønnen i disse sektoren, og lønnsveksten vil smitte over på alle sektorer i samfunnet, også sektorer som ikke opplever produktivitetsvekst. Det forventes derfor økende lønnskrav også i helse- og omsorgssektoren.

Økt kostnadspress i en sektor som følge av økt produktivitetsvekst i andre sektorer er kjent som Baumoleffekten.

Figur 2-9: Arbeidsintensive helsetjenester

Kilde: istockphoto.com

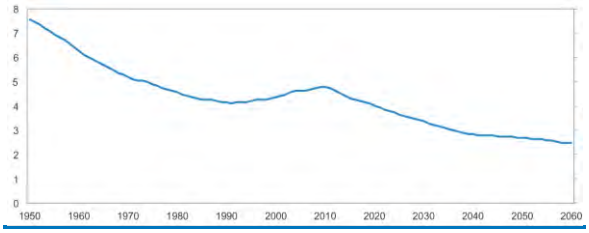
3. Hva er velferdsstatens bæreevne?

3.1 Store utfordringer for fremtidens velferdsstat

Myndighetene har de siste årene gjennomført en rekke utredninger om utviklingen i velferdsstatens bæreevne. Utredningene har til felles at de peker på store utfordringer for norsk økonomi fremover.

En årsak er andelen innbyggere i arbeidsfør alder vil reduseres i årene fremover. Forholdet mellom antall mennesker i alderen 20 og 66 år og antall som er 67 år eller eldre vil endre seg fra knappe 5 til 1 i 2015 til under 3 til 1 når vi passerer 2040, som vist i Figur 3-1.

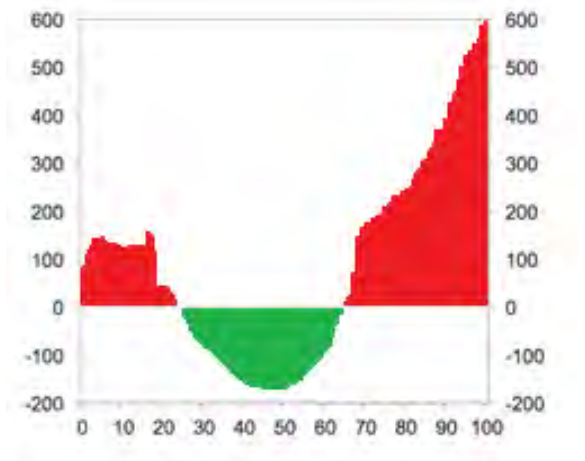
Figur 3-1: Forholdet mellom antall innbyggere mellom 20 og 66 år og antall som er 67 år og eldre



Kilde: Statistisk sentralbyrå (Basert på hovedalternativet (MMMM) i SSBs framskrivninger fra 2014)

Produktivitetskommisjonen (NOU 2016:3) peker på at velferdsordningene i all hovedsak finansieres av befolkningen i yrkesaktiv alder, mens bruken av ordningene er konsentrert blant unge og eldre som illustrert ved Figur 3-2 som viser netto overføringer etter alder i 2010.

Figur 3-2: Netto overføringer etter alder i 2010, 1 000 kroner



Kilde: Figur fra NOU 2016:3 Perspektivmeldingen

Den endrede alderssammensetningen i befolkningen vil dermed svekke finansieringsgrunnlaget for velferdsordningene. I tillegg vil størrelsen på Statens pensjonsfond utland, og dermed også den forventede realavkastningen, etterhvert avta som andel av verdiskapingen i fastlandsøkonomien.

Den demografiske utviklingen forventes å skje samtidig som sentraliseringen i bosettingen videreføres. Det vil bli en utfordring med ekstra sterk befolkningsvekst i byene. Samtidig blir det allerede skjeve forholdstallet mellom unge og gamle i fraflyttingsområder forsterket, noe som gir tilhørende rekrutteringsutfordringer i pleiesektoren i distriktene.

Innvandringen har endret seg mye over tid, og har økt spesielt sterkt de siste årene. Det er stor usikkerhet om hva nivået på innvandringen blir framover. I befolkningsframskrivingenes hovedalternativ (SSB) blir den årlige nettoinnvandringen i overkant av 25 000 gjennom mesteparten av dette århundret. Det gir en økning i antall innvandrere i Norge fra 700 000 i dag til 1,7 millioner i 2060.

For alle innvandringsgrupper er det så langt en tendens til fallende sysselsettingsrater – og økende mottak av uføretrygd og attførings- og rehabiliteringspenger – etter en periode på 10-15 år i landet (Bratsberg, Røed og Raaum 2011). Hvis man ikke utnytter den innvandrede arbeidskraften fullt ut over tid svekkes finansieringsgrunnlaget for velferdsordningene ytterligere.

I følge Perspektivmeldingen (2013) innebærer en videreføring av dagens system en økning i utgiftene som ikke kan dekkes av veksten i skatteinntektene eller avkastning på statens pensjonsfond utland. Forutsatt at arbeidstilbudet ikke øker, fremgår det at vi har en underdekning tilsvarende 6 prosent av fastlands-BNP i 2060. Dersom det legges til grunn en standardheving på 1 prosent er differansen mellom inntektene og utgiftene så mye som 16 prosent av fastlands-BNP i 2060.

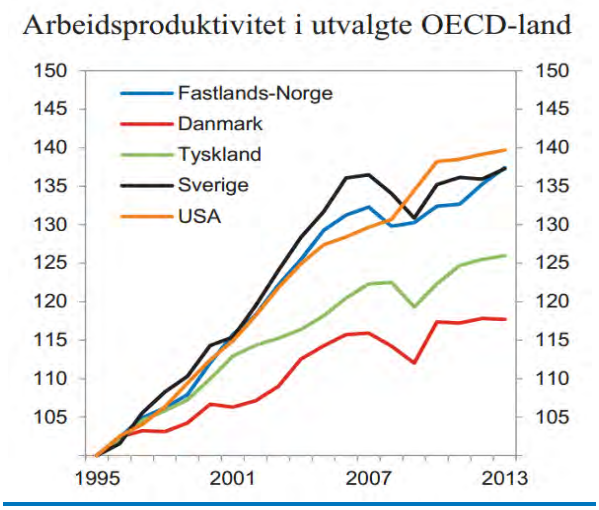
3.2 Hvilken produktivitetsvekst kan vi forvente i norsk økonomi?

Det er ingen tvil om at utgiftene vil øke dersom dagens velferdsgoder også skal videreføres i fremtiden. For å møte denne økningen er det behov for å øke finansieringsgrunnlaget. Som belyst av Produktivitetskommisjonen er vi relativt produktive sammenlignet med flere andre OECD-land, men den kraftige økningen i norsk arbeidsproduktivitet har avtatt de senere årene (Figur 3-3).

Den økonomiske veksten, målt som BNP per innbygger, forventes å vokse fremover, men mindre enn hva den har gjort tidligere. Fremtidig produktivitetsvekst er avgjørende for ressurstilgangen til velferdsstaten.

Redusert vekst i arbeidsproduktiviteten, kombinert med demografiske endringer som innebærer at en mindre andel av befolkningen arbeider, vil skape store utfordringer for velferdsstaten årene fremover. Utfordringen forsterkes av at fremtidige petroleumsinntekter er usikre.

Figur 3-3: Utvikling i arbeidsproduktivitet i utvalgte OECD-land. Indeks 1995 = 100



Kilde: Figur hentet fra NOU 2015:1, originalkilde: OECD og Statistisk sentralbyrå

4. Hvilke valg har vi?

Å redusere gapet mellom ressursbehovet og tilgjengelige ressurser kan, som illustrert i Figur 4-1, gjøres enten ved å redusere ressursbehovet eller ved å øke tilgjengelige ressurser. I de påfølgende kapitlene vil vi illustrere noen eksempler på tiltak.

Tiltak som reduserer ressursbehovet i helse- og omsorgssektoren

Effektivisere (bedre ressursutnyttelse): Produksjonen i norsk spesialisthelsetjeneste er økende, men produktiviteten, i alle fall ved noen av måltallene, synes å være synkende. Bedre ressursutnyttelse kan skje gjennom endringer i behandlingsmetoder og arbeidsprosesser, det vil si ulike tiltak som kan øke *produktiviteten, skape innovasjon og understøtte omstilling*. Ny teknologi kan både frigjøre ressurser, men kan også medføre økt ressursbruk som følge av nye behandlingsmuligheter.

Forebygge (redusere etterspørselen): Forebygging kan redusere sykdomsutviklingen og gi lengre og bedre liv og sparte behandlingskostnader. Hjerte- og kar-sykdommer og lungekreft er eksempler på områder der forebygging har gitt betydelig reduksjoner i antall pasienter. «Dessverre» spises ofte innsparingen opp i ny etterspørsel eller til dekning av tjenester der man opplever underdekning. Etterspørselen vil alltid overstige tilbudet så lenge det er tredjeparts-finansiering. En annen løsning kan derfor være å øke omfanget av ***egenbetalinger*** som begrenser etterspørselen.

Redusere tilbudet: Det vil samtidig være nødvendig å holde oppe en debatt om omfanget av helse- og omsorgstjenestene velferdssamfunnet tilbyr.

Helse- og omsorgstilbudet bør innrettes slik at det er tjenestene som gir mest livskvalitet for pengene som tilbys. For tjenester som gir lite livskvalitet per krone brukt bør det vurderes hvorvidt samfunnet har mulighet til eller prioriterer å tilby disse. Lange ventetider er en måte å begrense etterspørselen. Deler av tilbudet kan også i overlates til privat sektor uten offentlig finansiering (som deler av tannhelsetjenesten).

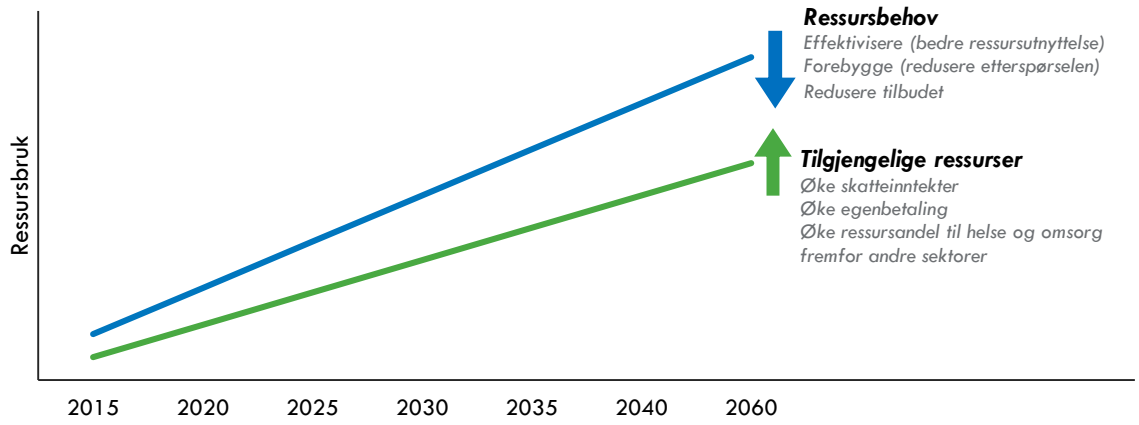
Tiltak som øker tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgssektoren

Det er også viktig å se etter andre måter å øke tilgjengelige ressurser på, for eksempel ved tiltak for ***øke skatteinntektene***. Dette kan gjøres ved ***høyere skatter***, eller at ***arbeidsinnsatsen/ -produktiviteten økes***. Sistnevnte kan oppnås ved at det gjøres tiltak i helsetjenesten som gjør at flere beholder sin tilknytning til arbeidsmarkedet og dermed sikrer et bedre finansieringsgrunnlag. Det kan for eksempel være aktuelt å prioritere pasienter i arbeidsfør alder, som igjen kan øke ressursene samfunnet har tilgjengelig (økte skatteinntekter). Dette kan gjøres gjennom tiltak som Raskere tilbake.

Øke egenbetaling: Høyere egenandeler betyr et større ressursgrunnlag for helsetjenesten og vil også bidra til å redusere etterspørselen. Økt egenbetaling kan likevel også gi uønskede fordelingseffekter.

En siste løsning kan være å i større grad ***prioritere helse fremfor andre sektorer***, med andre ord bruke en større andel av de samlede inntektene på helsetjenester. Helsesektoren har historisk blitt prioritert opp over tid med en økende andel av BNP og de offentlige budsjetter. Dette innebærer en alternativkostnad ved at andre samfunnsområder prioriteres ned.

Figur 4-1: Hvordan redusere gapet mellom ressursbehovet og tilgjengelige ressurser?



Illustrasjon Oslo Economics

5. Tiltak for å redusere ressursbehovet

5.1 Dagens ressursbruk

Samlede helseutgifter i 2015 var 311 milliarder kroner (Helseregnskapet, SSB). Nær halvparten av utgiftene er knyttet til medisinsk behandling, mens i underkant av en tredjedel oppstår i sykehjemstjenester og hjemmesykepleie.

Tabell 5-1: Helseutgifter 2015 (millioner kroner)

	2015
Medisinsk behandling	149 571
Rehabilitering	5 805
Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie	86 818
Støttetjenester	24 170
Medisinske produkter for pasienter uten innleggelse	33 933
Forebygging og helsefremmende arbeid	8 971
Helseadministrasjon	1 715
Totale helseutgifter ekskl. investeringer	**310 983**

Kilde: Helseregnskapet, Statistisk sentralbyrå

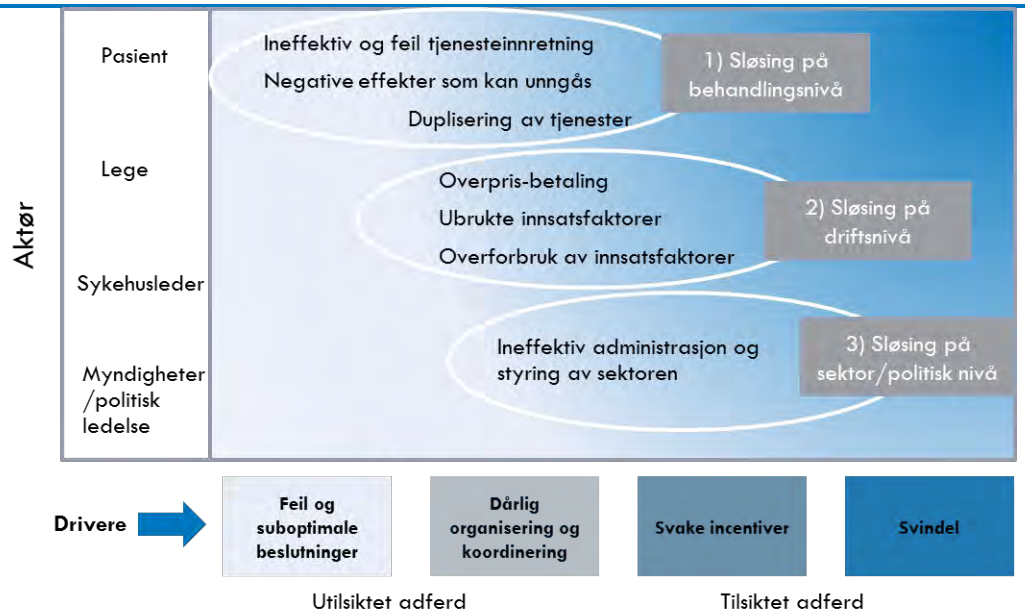
Hjerte- og karsykdommer og kreft er sykdommene som i størst grad reduserer antall leveår i Norge, mens muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser medfører størst helsetap. Når vi ser på hvilke sykdommer som driver helseutgiftene er hele 18 prosent av disse relatert til psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser. 12 prosent av utgiftene går til sykdommer i sirkulasjonssystemet og 10 prosent til henholdsvis kreft og muskel- og skjelettsykdommer.

5.2 OECD peker på at 1/5 av helsekostnadene er sløsing

OECD finner i en ny studie (OECD, 2017) at en betydelig andel av forbruket og aktiviteten i helsesektoren i OECD-land er sløsing, og at noen av aktivitetene i seg selv er til skade for helsen til befolkningen. Eksempelvis finner OECD at mer enn 10 prosent av sykehusutgiftene blir brukt på å rette opp i medisinske avvik i sykehus. Rapporten trekker frem at beslutningstakere kan utnytte budsjettene bedre og kutte enkelte steder, samtidig som pasientens helse bedres.

OECD peker på flere årsaker til at aktører i helsetjenesten bidrar til sløsing av samfunnet ressurser (Figur 5-1). Adferden som medfører sløsing kan være utilsiktet, ved at det gjøres feil eller suboptimale beslutninger, eller som følge av dårlig organisering og koordinering. Videre kan noe av sløsingen skyldes tilsiktet adferd, grunnet svake incentiver eller regelrett svindel. Sløsingen kan foregå i de kliniske tjenestene eller på behandlingsnivå, på operasjonelt/driftsnivå eller på sektornivå/politisk nivå. De rammer som politiske myndigheter setter for primær- og spesialisthelsetjenesten kan også medvirke til at tjenestestrukturen blir ineffektiv. Det kan være faglig uenighet om omfanget av sløsing, og hvor mye som i praksis kan unngås, men rapporten gir likevel grunn til kritisk vurdering av helsetjenestene.

Figur 5-1: Former for sløsing i helsevesenet



Kilde: Tackling wasteful spending on health, OECD (2017).

5.3 Effektiviserende tiltak (bedre ressursutnyttelse)

Helsetjenesten er preget av sterk produktinnovasjon (nye kirurgiske teknikker, nytt diagnostisk utstyr, nye legemidler, etc.). Den sterke produktinnovasjon og de demografiske endringer Norge står overfor kommer i fremtiden til å stille strenge krav også til prosessinnovasjon («effektivisering»).

Effektivisering innebærer å innrette tjenesteproduksjonen slik at vi får flere eller bedre tjenester ut av hver krone vi bruker. Dette innebærer ikke at helsepersonell skal «løpe fortere», men at arbeidet skal innrettes på andre og smartere måter som gir økt produksjon fra de samme innsatsfaktorene.

Stortinget har allerede stilt krav til RHF-ene og sykehusene om effektivisering i sykehusene, og det gjennomføres hvert år en rekke tiltak for å nå budsjettmålene samtidig som aktiviteten økes. Omsorgstjenesten møter tilsvarende krav fra kommunene.

5.3.1 Produktivitetskommisjonen fremhever effektiviseringspotensialet i helse og omsorg

I Norge har vi generelt hatt svært høy produktivitetsvekst etter 1970, men veksten har falt etter 2005. Det er store forskjeller i effektivitet mellom sammenlignbare enheter i offentlig sektor.

Produktivitetskommisjonens første rapport peker på at det i offentlig sektor er behov for økt mål- og resultatstyring. Målstyring skal bidra til riktig ressursbruk i tråd med politiske føringer, men kan samtidig gå ut over effektiviteten i virksomheten ved økt behov for dokumentasjon og rapportering. Økt overordnet styring er likevel nødvendig for å sikre effektiv bruk av ressursene i offentlig sektor. Prioritering av tiltak og mål bør tydeliggjøres, samtidig som det bør stilles klare krav til kvaliteten på tjenestene innbyggerne mottar.

Både i kommunale omsorgstjenester og i sykehusene er det trolig et stort potensiale for effektivisering. Nordisk forskning innen helseøkonomi viser at produktiviteten ved norske sykehus er betydelig lavere enn ved finske sykehus, uten at man finner noen strukturelle årsaker til en slik forskjell. Den samme forskningen tyder også på at større sykehus ikke nødvendigvis er mer produktive enn mindre sykehus, men at det er stordriftsfordeler å hente i administrasjons- og innkjøpsenhetene (Kittelsen, et al., 2015). Anbefalingene fra produktivitetskommisjonen innebærer at man i helsesektoren i større grad bør utnytte stordriftsfordeler og synergieffekter, slik at positive erfaringer overføres mellom enheter.

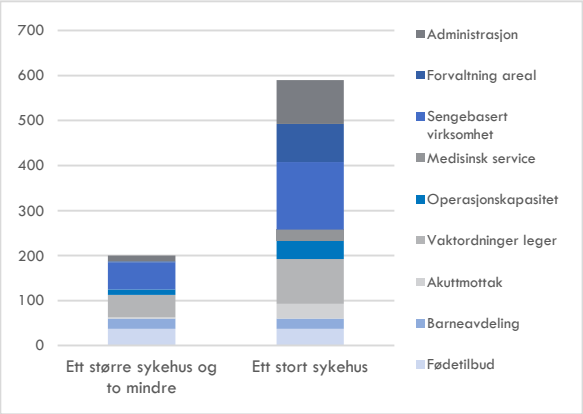
5.3.2 Driftsbesparelser som følge av bedre infrastruktur og samlokalisering

Det kan være mye å hente ved funksjonsfordeling og å samlokalisere driften i de norske sykehusene. Samlokaliserte spesialavdelinger gir sterkere fagmiljø og bedre kompetanse enn ved mindre, spredte avdelinger. I tillegg vil det ofte være potensiale for reduserte driftsutgifter ved samlokalisering, som kommer gjennom stordriftsfordeler knyttet til behov for legevakter, forvaltning av arealer og administrasjon. På den annen side gir nærhet til sykehuset ofte en trygghetsfølelse for pasientene og sykehusene er viktige arbeidsplasser i lokalsamfunnene.

Sørlandet Sykehus har nylig vurdert de økonomiske konsekvensene av samlokalisering av sykehuset. Utredningen anslår at det er potensiale for å spare 515-655 millioner kroner årlig i driftsutgifter ved samlokalisering av sykehuset i 2030 (Sørlandet Sykehus HF, 2014). Figur 5-2 viser hvordan de estimerte besparelsene fordeler seg mellom ni drivere ved to alternativer for samlokalisering.

Utredningen viser at det er mest å spare på en full samlokalisering av sykehuset, i kombinasjon med utvikling av regionale helsesentre ved andre lokasjoner. Men også ved delvis samlokalisering, hvor dagens sykehus i Kristiansand utvides mens avdelingene i Arendal og Flekkefjord reduseres til å kun inneha generelle funksjoner, er det store potensielle reduksjoner i driftsutgifter.

Figur 5-2: Estimert årlig besparelse i drift ved endret lokalisering (millioner kroner)



Kilde: Gjennomsnittsberegninger fra Utviklingsplan 2030 – Sørlandet Sykehus HF

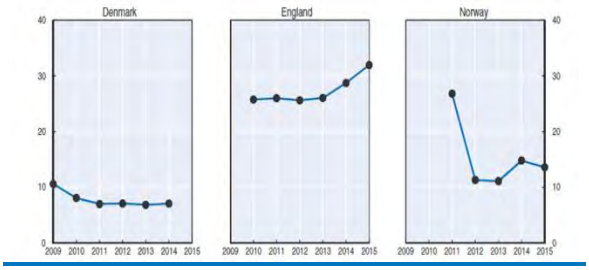
5.3.3 Manglende samhandling

Dårlig samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester kan medføre at pasienter ikke skrives ut fra sykehus når behandlingen er ferdig fordi kommunen ikke har et omsorgstilbud klart. Slike unødvendige sykehusopphold gir ingen videre helseeffekt for pasienten, men kostnadene ved

sykehusopphold er langt høyere enn kostnaden ved alternativ omsorg i kommunen. Det er derfor viktig at pasientenes liggedager på sykehus ikke er flere enn nødvendig.

Figur 5-3 viser hvordan antall liggedager for utskrivningsklare pasienter har utviklet seg de siste årene i Danmark, England og Norge. Figuren viser at antall unødvendige liggedager i Norge falt kraftig i 2012. Samhandlingsreformen overførte dette året det totale betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter fra sykehusene til kommunene, for å gi kommunene insentiver til å opprette tilbud til denne pasientgruppen i kommunal regi. Selv om unødvendige liggedager er blitt kraftig redusert, er Norge fortsatt dårligere enn Danmark. Det bør være potensiale for å redusere liggedager for utskrivningsklare pasienter til nær null, med et tilsvarende potensial for kostnadsreduksjoner knyttet til kostbare sykehusdøgn. Når pasientene blir liggende i sykehus, kan det oppstå unødvendig bruk av diagnostiske og behandlingsmessige tiltak. Sammen med høyere enhetskostnader i sykehus, betyr det besparelser når pasienter kan overføres til kommunene.

Figur 5-3: Forsinkede utskrivninger fra sykehus. Antall liggedager utskrivningsklare pasienter, per år og 1000 innbyggere, 2009-2015



Kilde: OECD (2017)

5.3.4 Bedre utnyttelse av operasjonssaler

Det er stor variasjon mellom norske sykehus i utnyttelsen av investeringer i arealer og tekniske maskiner. I følge produktivitetskommisjonen varierer utnyttelsesgraden i operasjonsstuene på dagtid i norske sykehus fra 40 til 70 prosent. Denne variasjonen tyder på at sykehusenes investerte kapital kan utnyttes langt bedre ved mange sykehus.

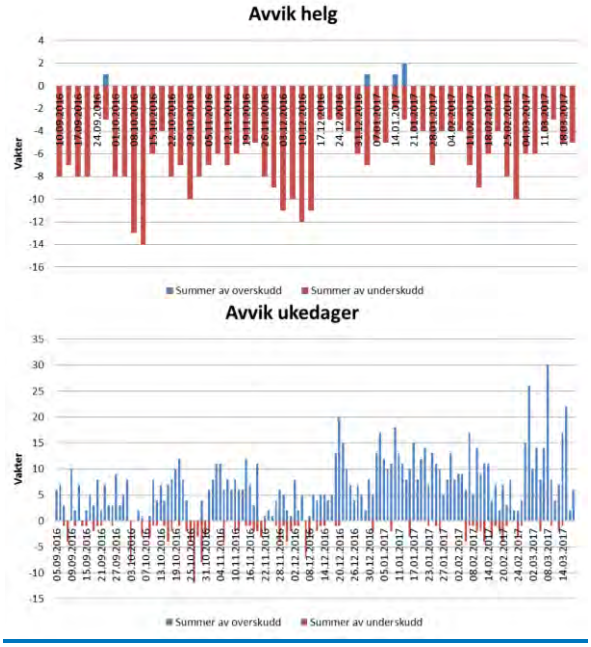
Samtidig utgjør kapitalkostnadene kun en mindre andel av sykehusenes samlede kostnader. Lønnskostnader til ansatte utgjør hoveddelen av kostnadene og det er derfor ikke gitt at det er optimalt å øke ressursbruken på arbeidskraft for å utnytte investert kapital bedre.

5.3.5 Bedre utnyttelse av helsepersonell

En bedre bemannings-/arbeidsplan for sykepleiere og spesialsykepleiere kan gi bedre utnyttelses av helsepersonell, og redusere utgiftene knyttet til vikarer og ekstravakter. Ved mange sykehus i Norge er det i dag planlagt for høy kapasitet på ukedager, mens kapasiteten er for lav i helgene.

Figuren under synliggjør en ineffektiv ressursbruk ved at det planlegges med for stor kapasitet på ukedager, og for liten kapasitet i helgene. Illustrasjonene viser avviket mellom bemannings- og arbeidsplan for sykepleiere og spesialsykepleiere på en spesialavdeling ved et norsk sykehus. Med kortere liggetid og mer komprimert behandlingsforløp er det stadig viktigere å ha tilstrekkelig bemanning av kvalifisert helsepersonell i helgene. En økning i antall vakthelger kan være en måte å løse dette på, alternativt arbeide flere timer i vakthelgene (for eksempel 12,5 timers vakter).

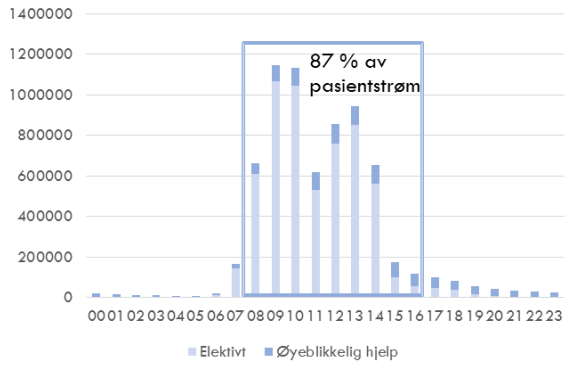
Figur 5-4: Avvik per dag mellom bemanningsplan og arbeidsplan på et norsk sykehus, ukedager og helg



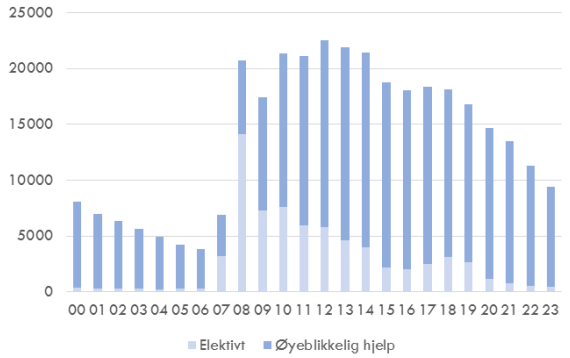
Kilde: Uttak fra bemanningssystemet GAT

Tilsvarende kan det oppnås besparelser ved å endre arbeidstidsorganiseringen slik at den i større grad imøtekommer pasientenes behov. Økt klinisk aktivitet og bemanning på ettermiddag og i helger kan gi riktigere pasientbehandling og bedre ressursutnyttelse når man ser på hele pasientforløpet. Det kan også gi bedre utnyttelse av infrastruktur som operasjonssaler.

Figur 5-5: Pasientstrøm over døgnet, hverdager (2015)



Figur 5-6: Pasientstrøm over døgnet, helgedager (2015)



5.3.6 eHelseløsninger og velferdsteknologi

Produktivitetskommisjonen (2013) peker også på at det i helse- og omsorgssektoren er særlig stort potensiale for driftsbesparelser ved implementering av bedre IKT-systemer og digital kommunikasjon.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram[4] viser at velferdsteknologi gir bedre kvalitet på tjenestene for brukere, pårørende og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samtidig har ansatte spart tid og kommunene har unngått kostnader. Gevinstrealiserings-rapporten forteller om konkrete erfaringer fra enkeltkommunene:

Bergen kommune tok i bruk elektronisk medisineringsstøtte for 18 brukere. Det førte til at kommunen reduserte antall hjemmebesøk med 38 prosent og total vedtakstid med 59 prosent per uke. Samtidig opplevde brukerne økt selvstendighet, mestring og de ble mer fornøyd med hjemmetjenesten enn tidligere. Bærum kommune beregnet at kommunen sparte tid tilsvarende 2,3 årsverk i 2016 ved elektronisk medisineringsstøtte.

5.3.7 Ny bruk av teknologi: Digital egen-registrering av symptomer hos kreftpasienter

Det finnes nå en rekke teknologier som tilrettelegger for et mer pasient-orientert helsevesen. Et eksempel på en slik teknologi er applikasjonen Noona for digital oppfølging av pasienter med brystkreft (Figur 5-7). Pasientene registrerer selv sine symptomer regelmessig på mobil, nettbrett ol. Applikasjonen gir sykehuset beskjed ved forverring av tilstand eller andre forhold som krever oppfølging fra sykehuset.

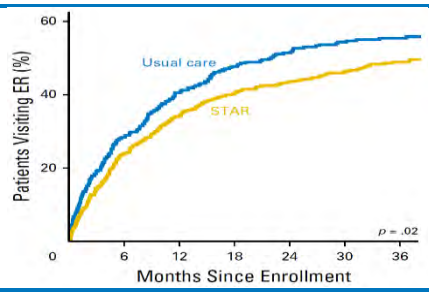
Slik får pasienten tettere oppfølging og nødvendig endring av behandlingsopplegg kan iverksettes på et tidligere tidspunkt og øker pasientens livskvalitet. Samtidig reduseres behovet for kontroller på sykehuset, som frigjør tid for helse- og administrativt personell ved sykehuset.

Figur 5-7: Applikasjonen Noona

Illustrasjon fra Noona.com

En randomisert studie fra et sykehus i New York viser gode resultater fra bruk av en lignende teknologi til digital oppfølging av kreftpasienter på cellegiftbehandling (Basch, et al., 2015). Pasient-gruppen som mottok digital oppfølging, hadde høyere overlevelse og bedre egenregistrert livskvalitet etter ett år, sammenlignet med en tilsvarende pasientgruppe som fikk tradisjonell oppfølging.

Figur 5-8: Digital oppfølging gir færre pasienter til akuttmottak. Besøk i akuttmottak blant pasienter med digital (STAR) og tradisjonell oppfølging (usual care), i prosent av levende pasientgruppe



Kilde: Basch, et al (2015)

[4] https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1277/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf

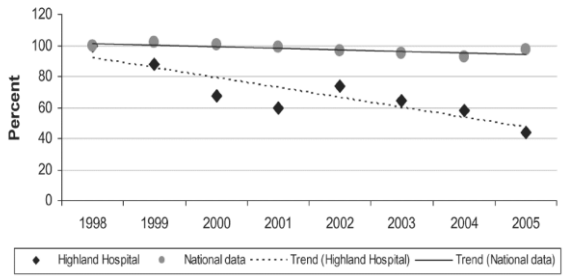
I tillegg viser studien at færre pasienter kom inn til akuttmottak i gruppen som fikk digital oppfølging (Figur 5-8), noe som trolig er et resultat av raskere oppfølging fra sykehuset ved behov og bedre pasienthelse.

5.3.8 Symptombaserte konsultasjoner

Mange kronisk syke pasienter har ikke nødvendigvis behov for regelmessige kontroller, men når de først blir dårligere er det gjerne viktig med rask undersøkelse og behandling for å reversere en dårlig tilstand før den utvikler seg videre. Dette gjelder for eksempel pasienter med tarmsykdommer, som Crohns sykdom og ulceløs kolitt.

På gastroenterologisk enhet ved Höglandet Sykehus i Eksjø har de klart å legge om fra en klassisk legeorientert drift til symptombaserte konsultasjoner. Avdelingen gikk fra en situasjon med lange ventetider, hvor legene brukte mye av tiden sin på rutinekontroller i pasientenes friske perioder, og med mange pasienter som oppsøkte akuttavdelingen med påfølgende innleggelse. Rutinekontroller på sykehuset ble erstattet av telefonoppringning fra en spesialsykepleier. I tillegg ble det satt opp en direkte telefonlinje til spesialsykepleier, hvor pasienter kunne ringe inn om spørsmål og ved forverring av tilstanden. Symptomene ble da vurdert over telefon og de kunne få utskrevet behandling umiddelbart. Hvis det ikke ble en snarlig forbedring ble pasienten satt opp til en akutt kontroll ved poliklinikken. Det ble holdt av tid hver dag til slike mulige akutt-tilfeller, slik at disse kunne komme inn umiddelbart ved behov. Kun pasienter med spesielle behov fortsatte med årlige rutinekontroller hos lege.

Figur 5-9: Symptom-baserte konsultasjoner ga reduserte innleggelser. Utvikling i antall innlagte pasienter med tarmbetennelsessykdom, Höglandska Sykehus og i Sverige totalt



Kilde: Rejler et al (2007)

Gjennomsnittlig ventetid falt fra opp mot 70 dager i 2001 til 25 dager i 2006. Ressursbruken falt også fordi langt færre pasienter oppsøkte akuttmottaket og færre pasienter ble innlagt (Figur 5-9). Samtidig har kliniske data påvist at pasientene har like god og kanskje bedre medisinsk utvikling.[5]

5.3.9 Effektivisering av medisinsk oppfølging i sykehjem

Vasa kommune i Finland har svært gode erfaringer med å sette ut medisinsk oppfølging av sykehjems-pasienter til et privat firma med mer effektiv drift. Firmaets leger starter med en grundig undersøkelse av den enkelte pasient på sykehjemmet der behovet for behandling kartlegges. Deretter skjer videre oppfølging per videokonsultasjon, og sykepleiere ved sykehjemmet kan ta kontakt med legen over video ved ytterligere behov. Legen besøker sykehjemmet kun 1-2 ganger i året ved behov, noe som gir store effektivitetsgevinster.

Nøkkelen til bedret medisinsk utfall for pasientene er trolig selskapets tilbud om akutt legekonsultasjon når det trengs. En lege er tilgjengelig 24 timer i døgnet, slik at sykepleiere kan få umiddelbar respons og satt i verk nødvendige tiltak på kortere tid. Dette har ført til redusert behov for ambulansetjenester og færre akutte besøk til primær- eller sekundærhelsetjenesten for beboerne.

Vasa kommune har spart rundt 500 000 euro, eller 5 millioner kroner, på denne omleggingen i løpet av en 11-måneders periode. Dette tilsvarer 15 000 kroner per pasient per år. Tabell 5-2 viser hvordan kostnadene av pasientgruppens helsetjenester i løpet av en 11 måneders periode før og etter omleggingen.

Tabell 5-2: Effektivisering av legetjenester på sykehjem. Helseutgifter for sykehjemspasienter i Vasa kommune over 11 måneder (EUR).

Kostnadspost	Før	Etter
Sekundær-helsetjenesten	1,231,385	786,467
Primærhelsetjenesten	579,752	247,233
Ambulanseoverføringer	44,248	20,382
Akuttbesøk primærhelsetjeneste	67,889	31,950
Sykehjemsleger	31,349	321,844
Totale kostnader	1,955,623	1,407,876

Kilde: Lindh (2015)

[5] Resultatene er hentet fra beskrivelsen i Rejler et al (2007).

Regneeksempel: effektivisere medisinsk oppfølging av sykehjemsbeboere

Det er 34 000 langtidsbeboere i omsorgsinstitusjoner i Norge. Dersom man i Norge kan oppnå like store besparelser per pasient ved lignende effektiviseringstiltak som i Vasa, kan helsetjenesten samlet spare 500 millioner kroner årlig.

5.3.10 Telefonkonsultasjoner gir rom for avlastning innad og på tvers av sykehus

Nevrologisk avdeling ved Vestre Viken har i stor grad innført rutinekontroller per telefon for egnede pasientgrupper. Dette frigjør tid for avdelingen, men åpner også opp for samarbeid med tilsvarende avdelinger ved andre sykehus. Dette gir:

- En enklere hverdag og effektiv tidsbruk for pasientene
- Legene kan i noen tilfeller gjennomføre flere kontroller per time (fra 2 kontroller per time til 4-6 per time)
- Legene kan i større grad ringe pasienten når legen selv har tid
- En avdeling med ledig kapasitet kan utføre kontroller av pasienter et annet sted i landet.
- Hvis den frigjorte kapasiteten brukes til å øke antallet kontroller per pasient er der usikkert hva den samlede effekten vil være.

5.3.11 Pasientorientert behandling reduserer behovet for rutinekontroller

De foregående eksemplene viser at det på ulike måter kan være mye å spare på en omlegging til mer pasientorientert behandling. Produktivitetsgevinsten i disse eksemplene kommer i hovedsak gjennom redusert og mer målrettet bruk av kontroller. Rutinekontroller erstattes med digital pasient-registrering eller telefonoppfølging, noe som frigjør tid blant leger til å ta imot pasienter med mer reelle behov på kort varsel.

Samtidig kan oppgaver overføres mer effektivt mellom ulike typer helsepersonell avhengig av kapasitet, noe som øker effektiviteten. Langtidsplanlegging bidrar også til et mer effektivt konsultasjonsoppsett, slik at riktige pasienter kommer inn til riktig tid.

I tillegg innebærer eksemplene at sykehuset raskere mottar informasjon om pasienter som trenger rask oppfølging. Dersom sykehusene klarer å møte disse pasientenes behov raskere, for eksempel ved daglig åpen legetid ved avdelingen som er tilgjengelig for slike pasienter, kan en ytterligere besparelse være redusert antall pasienter i akuttmottaket og redusert antall innleggelser. I tillegg gir dette økt trygghet, bedre medisinsk oppfølging (raskere) og frigjort tid for pasientene, som forventes å øke pasientenes livskvalitet under behandling.

Ved overgang til digitale kontroller, hvor pasientene registrer symptomer i systemet uten å møte legen, er det et stort potensiale for å redusere bruken av rutinekontroller i helsevesenet. I dag er en slik omlegging delvis hindret av sykehusenes finansieringssystem, som ikke gir avdelingene økonomisk kompensasjon for kontroller per telefon eller digitalt.

5.3.12 Fortsatt omstilling fra innleggelse til poliklinikk vil kunne gi betydelig besparelse

De senere årene har vi i Norge sett en betydelig omleggelse fra innleggelser til dagbehandling og poliklinikk. I følge Samdata for 2015 var 9,5 prosent av kontaktene ved Oslo Universitetssykehus HF døgnopphold. For Norge totalt var samme størrelse 11,8 prosent. Dersom Norge totalt hadde like liten andel døgnopphold som OUS, ville antall døgnopphold i Norge blitt redusert fra 804 000 til 649 000 opphold. Med i gjennomsnitt 4,25 liggedager per døgnopphold (Samdata) tilsier dette at antall liggedøgn i 2015 kunne vært redusert med 659 000. De potensielle besparelsene er imidlertid ikke så store som redusert antall liggedøgn kunne tyde på fordi overgang til poliklinikk bare kan gjøres for de «letteste» og minst ressurskrevende pasientene, og fordi marginalkostnaden for liggedøgn avtar raskt med antall liggedøgn.

Det er imidlertid krevende å få til en slik overgang i praksis, mye fordi finansieringsmekanismene ikke legger til rette for det. Fordi sykehusene får relativt godt betalt for døgnopphold sammenlignet med poliklinikk har de få incentiver til å presse frem en slik overgang. Særlig mindre sykehus, med god kapasitet, har sterke incentiver til heller å legge inn pasientene enn å behandle dem ved poliklinikken.

Regneeksempel: digitale polikliniske kontroller

Det gjøres 5,7 millioner polikliniske konsultasjoner i Norge per år. Gjennomsnittlig kostnad per konsultasjon estimeres til 3 760 kroner. Hvis vi antar at 50 % av disse er rutinekontroller og 10 % av disse blir overflødige ved bruk av digital symptom-registrering, reduseres behovet tilsvarende 290 tusen årlige konsultasjoner. Dette vil gi en årlig besparelse på 1 milliard kroner.

5.3.13 Oppgavedeling

Oppgavedeling slik at det blir bedre match mellom kompetanse og oppgaver kan frigjøre betydelige ressurser. I flere deler av helsetjenesten har sykepleiere overtatt oppgaver som legene tidligere gjorde. Det er fortsatt potensiale for en videreføring av denne utviklingen. Videre kan man tenke seg at hjelpepleiere overtar oppgaver for sykepleiere og sekretærer overtar administrative oppgaver for alle grupper av helsepersonell.

En behandlingstype hvor en slik utvikling allerede er i gang er injeksjonsbasert behandling av øyesykdommer, som aldersrelatert degenerasjon av makula. Denne sykdommen behandles i hovedsak med regelmessige injeksjoner i øyet, som tradisjonelt har vært utført av lege. Omfanget av behandlingene har imidlertid økt betydelig de senere årene, noe som har medført et økt press på avdelingene. Flere sykehus har derfor lagt om behandlingssystemet, slik at flere injeksjoner kan utføres av sykepleiere.

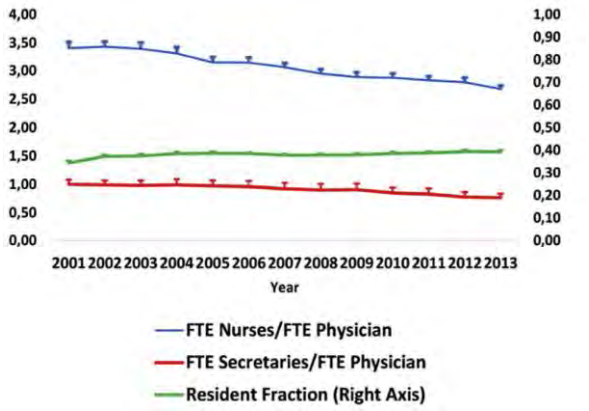
Mye tyder likevel på at den samlede utviklingen på dette området har gått feil vei de siste årene, ved at legeintensiteten i behandlingen har økt mens andel sykepleiere, hjelpepleiere og sekretærer er redusert (Figur 5-10).

Regneeksempel: Oppgavedeling

I følge SSB var det 12 164 leger i somatikken i spesialisthelsetjenesten i 2015. Hvis disse legene overført 10 % av sine oppgaver til sykepleierne, som igjen overførte 10 % av sine oppgaver til hjelpepleierne, ville det blitt behov for 1 216 færre leger og 1 216 flere hjelpepleiere (antar lik effektivitet for de ulike yrkesgruppene). Med uendret lønnsnivå vil en slik oppgavedeling gi en årlig besparelse på knapt 500 millioner kroner.

Hvis alle sykehusleger i tillegg overførte 10 % av oppgavene sine direkte til helsesekretærer, ville dette gi årlige besparelser på nye 500 millioner kroner.

Figur 5-10: Utviklingen i sykepleierårsverk og sekretærårsverk i forhold til legeårsverk, samt andel studenter under opplæring, ved norske sykehus



Kilde: Johannesen, et al. (2017)

En ny studie om norske legers produktivitet viser at legers produktivitet, målt i antall DRG-produksjon per legeårsverk, er høyere ved sykehus og avdelinger med en høyere andel sykepleiere, hjelpepleiere og sekretærer er mer produktive. Siden sykehusreformen i 2002 er andelen sykepleiere, hjelpepleiere og sekretærer per legeårsverk redusert, samtidig som legenes produktivitet i form av DRG-produksjon per legeårsverk har falt med 6 prosent (målt i 2013). Den behandlende aktiviteten ved norske sykehus har økt betydelig i perioden, men antall legeårsverk har altså økt enda mer. Det er også betydelig variasjon mellom norske sykehus, både når man ser på antall pasienter behandlet og DRG-produksjon per legeårsverk (Johannesen, et al., 2017).

Studien konkluderer at en optimal tilpasning av driften i norske sykehus, gitt dagens ressurstilgang og ulikheter i lønn mellom yrkesgruppene, ville innebære å nedskalere lege-bemanningen og oppskalere bemanningen av hjelpepleiere og sekretærer.

Det estimeres at det ved norske sykehus er et overforbruk av leger på 15 prosent, mens det er et underforbruk av hjelpepleiere på 89 prosent og sekretærer på 30 prosent. Dagens bemanning av sykepleiere anslås å ligge omtrent på riktig nivå, gitt ressurstilgangen (Johannesen, et al., 2017).

Disse resultatene kan sees i sammenheng med en økt digitalisering i sykehusene, hvilket har medført reduksjon i antall sekretærer. Samtidig har man kanskje ikke vært godt nok rustet til å håndtere de nye elektroniske løsningene. Systemene fungerer ikke alene og man har trolig undervurdert behovet for menneskelig system-støtte. Dette har medført at helsepersonell til en viss grad har måttet overta sekretæroppgaver.

5.4 Forebyggende tiltak

Forebyggende tiltak kan deles inn i livsforlengende og livskvalitetsforbedrende. Den første gruppen er viktig fordi livsforlengelse er en sentral målsetting for helsetjenesten. Når man lever lengre, forbruker man også flere helsetjenester. Forskningen viser derfor at livsforlengende tiltak vanligvis ikke reduserer behovet for helsetjenester. Det vil være tilfelle ved tiltak som reduserer symptomer og plager. Forebyggende tiltak kan da være en effektiv måte å redusere behovet for helsetjenester. Tiltak som gjør at pasientene ikke kommer inn i helsetjenesten kan være av stor verdi da ressursene kan brukes på å behandle andre pasienter. Psykiske lidelser og smertetilstander i hode, nakke og rygg hører til de mest kostnadskrevende ikke-dødelige sykdomsgrupper. For å illustrere potensialet for besparelser knyttet til forebyggende helsearbeid har vi sett på effekter av tiltak for å redusere:

- Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser
- Ulykker i trafikken

5.4.1 Forebygging av psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser

Helsedirektoratet har beregnet helsetjeneste-kostnadene for ulike sykdomsgrupper (Helsedirektoratet, 2015).

Resultatene viser at utgifter til diagnoser for psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser er den sykdomsgruppen som står for den største andelen av helsetjenestekostnadene med 17,8 prosent (Tabell 5-3).

Tabell 5-3: Helsetjenestekostnader fordelt etter sykdomsgruppe, 2010, millioner kroner og andeler i prosent

Hovedkapittel ICD-10	Mill.kr.	Andel i prosent
Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	1 787	1,3
Kreft	13 580	10,2%
Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	1 231	0,9%
Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	3 678	2,8%
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	23 831	17,8%
Sykdommer i nervesystemet	4 360	3,3%
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	7 300	5,5%
Sykdommer i øre og ørebensknute	1 692	1,3%
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	15 915	11,9%
Sykdommer i åndedrettssystemet	9 980	7,5%
Sykdommer i fordøyelsessystemet	6 424	4,8%
Sykdommer i hud og underhud	2 079	1,6%
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	12 640	9,5%
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	5 461	4,1%
Svangerskap, fødsel og barseltid	3 694	2,8%
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	3 147	2,4%
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	906	0,7%
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	2 240	1,7%
Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	8 107	6,1%
Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	0	0,0%
Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	4 813	3,6%
Uregistrert	733	0,5%
Totalt	**133 596**	**100%**

Kilde: Helsedirektoratet (2015)

De samlede helsetjenestekostnadene for sykdomsgruppen psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser er beregnet til om lag 24 milliarder kroner. Ved siden av psykiske lidelser er kreft (13,5 milliarder), sykdommer i sirkulasjonssystemet (15,9 milliarder) og muskel- og skjelettsykdommer (12,6 milliarder) en stor belastning for helsetjenesten. Det at enkelte sykdomsgrupper representerer en stor kostnad for helsetjenesten betyr ikke at behandling av disse gruppene ikke er effektivt eller at det finnes gode forebyggende tiltak som ikke er innført, men det forteller oss noe om potensialet for besparelser dersom man klarer å redusere sykdomsutbredelsen gjennom forebyggende tiltak.

Regjeringen har uttalt at de ønsker å styrke det forebyggende helsearbeidet og det fremgår av Folkehelsemeldingen at regjeringen vil inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. I Folkehelsemeldingen lister

regjeringen opp en rekke tiltak for å følge opp satsningen innenfor psykisk helse[6]:

- Sette i gang et utviklingsarbeid med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid rettet mot barn og unge
- Ta initiativ til en informasjonssatsing sammen med frivillige organisasjoner og mobilisere til samarbeid for å forebygge ensomhet
- Styrke tilskuddsordninger for å bidra til at alle barn og unge skal ha mulighet til å delta i en fritidsaktivitet
- Etablere et register med data om psykiske lidelser og ruslidelser
- Målrette ordningen «Raskere tilbake» inn mot personer med psykiske plager og muskel- og skjelettlidelser

Helsetjenestekostnadene knyttet til sykdomsgruppen psykisk helse utgjør altså i underkant av 24 milliarder kroner i året. Dersom forebyggende tiltak medfører en reduksjon i forekomsten er det potensial for betydelige besparelser.

Regneeksempel: Forebygging psykisk helse

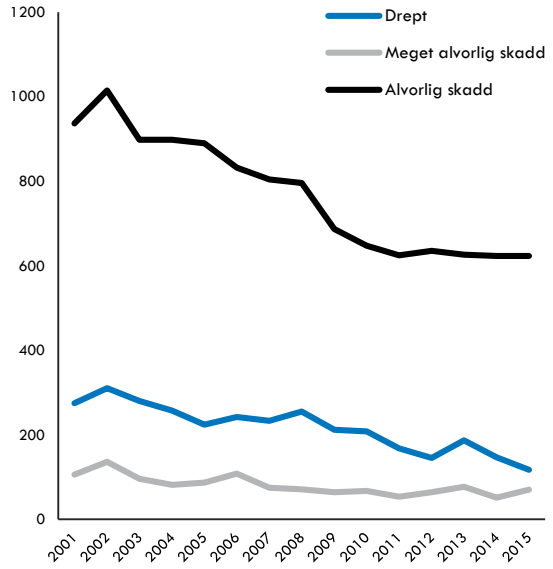
Dersom vi legger til grunn at det gjennomføres forebyggende tiltak innen psykisk helse som reduserer forekomsten med 5 prosent kan det bety besparelser på 1,2 milliarder kroner.

5.4.2 Forebygging av trafikkulykker

Ny teknologi bringer frem nye muligheter å drive forebyggende arbeid på. Et eksempel på dette er førerløse biler, som ifølge en rapport fra analyseselskapet McKinsey vil kunne redusere antall kollisjoner på veiene med 90 prosent (McKinsey, 2015). I følge rapporten var kostnaden knyttet til ulykker på amerikanske veier 212 milliarder dollar i 2012, mens potensialet for besparelser på grunn av førerløse biler i USA er omtrent 190 milliarder dollar årlig.

I Norge mistet totalt 117 personer livet, mens 693 personer ble meget alvorlig eller alvorlig skadd i forbindelse med en trafikkulykke i 2015. 4 831 personer fikk lettere skader samme år. Utviklingen i antall ulykker og skader har falt betydelig siden 2001.

Figur 5-11: Antall drepte, meget alvorlig skadd, og alvorlig skadd i trafikken i Norge, 2001 - 2015



Datakilde: Statistisk sentralbyrå tabell 06752. Analyse: Oslo Economics

Transportøkonomisk institutt (TØI) har beregnet kostnadene samfunnet påføres som følge av ulykker i trafikken (Tabell 5-4). Kostnadene omfatter både realøkonomiske komponenter (medisinske, materiell, administrasjon og produksjonstap) og velferdsmessige komponenter (tapt velferd).

Tabell 5-4: Ulykkeskostnader (2009 kroner), millioner

	Realøkonomiske kostnader	Velferdseffekt	Total ulykkeskostnad
Drept	4,1	26,1	30,2
Meget alvorlig skade	9,6	13,4	22,9
Hard skade	5,4	5,2	10,6
Alvorlig skade	4,1	4,0	8,1
Lettere skade	0,15	0,5	0,6
Kun materiell skade	0,03	0	0,03

Kilde: TØI rapport 1053C/2010

Basert på nøkkeltallene for ulykkeskostnader og statistikk for trafikkulykker har vi estimert det samlede realøkonomiske tapet som følge av trafikkulykker i Norge i 2015. Resultatene er oppsummert i Tabell 5-5. I beregningene har vi sett bort fra skader som var registret med uoppgitt skadegrad (163 skader i 2015). Kostnadene omfatter medisinske kostnader, materiell, administrasjonskostnader og produksjonstap og er beregnet til ca. 5 milliarder kroner i 2015.

[6] Meld. St. 19, 2014-2015 - Folkehelsemeldingen

Tabell 5-5: Estimat for realøkonomiske kostnader som følge av trafikkulykker* i Norge i 2015, millioner 2016-kroner**

	Antall skader	Enhetskostnad	Kostnad
Drept	117	4,72	552
Meget alvorlig skadd	70	11,06	774
Alvorlig skadd	623	4,72	2 941
Lettere skadd	4 831	0,17	821
Sum	5 641		5 088

Datakilde: TØI og SSB. Analyse: Oslo Economics. *ulykker med uoppgitt skade (163 skader) er ikke inkludert **prisjustert med KPI

Regneeksempel: Færre trafikkulykker

Dersom vi legger til grunn at førerløse biler reduserer antall trafikkulykker med 90 prosent tilsvarer dette en kostnadsreduksjon på drøye 4,6 milliarder kroner.

5.5 Tiltak som reduserer tilbudet

Det økende kostnadspresset i helse- og omsorgstjenester innebærer trolig også at vi må redusere noe av dagens tilbud til pasienter og brukere. I denne sammenhengen snakkes det ofte om prioritering. Prioritering innebærer at noe velges på bekostning av noe annet. Når vi snakker om prioritering i helsevesenet er det ofte snakk om å prioritere bestemte pasienter eller grupper av pasienter fremfor andre når det gjelder innføring av ny behandling, diagnostikk, rehabilitering eller pleie, eller om nye tiltak skal innføres eller ikke. Prioritering kan også skje på et mer overordnet nivå, for eksempel at det prioriteres mer ressurser i statsbudsjettet til helse- og omsorgssektoren.

I dette delkapittelet vil belyse den delen av prioriteringsdebatten som gjerne er underliggende, men vanskelig å snakke om; nemlig nedprioritering og reduksjon av utvalgte tilbud. Vi tar for oss noen eksempler på måter å redusere tilbudet på:

- Nedprioritering av tjenesteområder
- Strengere prioritering av enkelttiltak/behandlinger for å redusere behovet for ressurser i helsetjenesten
- Begrenset tilgang og ulike egenandeler

5.5.1 Reduksjon i pleiefaktor tilsvarende Finland kan gi store besparelser

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester gir kommunene plikt til å tilby pleie- og omsorgstjenester. Kommunene tilbyr i dag flere tjenestetyper: praktisk bistand, dagsenter, avlastning i eller utenfor institusjon, hjemmesykepleie, tidsbegrenset eller varig opphold i institusjon (sykehjem mv). En måte å begrense ressursbehovet i helse- og omsorgssektoren på er å nedprioritere pleie- og omsorgstjenester gjennom for eksempel å redusere pleiefaktoren (antall årsverk pleiepersonell pr. plass).

KOSTRA-registeret som forvaltes av Statistisk Sentralbyrå, inneholder informasjon om ressursbruk i kommunene. KOSTRA inneholder statistikk om kostnader og bemanning i kommunene. De totale utgiftene til pleie og omsorgstjenesten beløp seg til omtrent 100 milliarder kroner i 2015 (Tabell 5-6). Tallene representerer kommunenes bruttokostnader ved å produsere de aktuelle tjenestene. Kommunene mottar diverse tilskudd, herunder brukerbetaling, hvilket gjør nettokostnadene lavere.

Tabell 5-6: Norske kommuners utgifter til pleie- og omsorgstjenester i 2015

Type tjeneste	Utgift (NOK)
Pleie- og omsorgstjenester i institusjon	41 307 074
Pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende	50 360 261
Akutthjelp pleie- og omsorgstjenester	529 525
Institusjonslokaler	4 399 000
Sum	**96 595 860**

Kilde: KOSTRA

Utgiftene i pleie- og omsorgstjenesten utgjør altså en betydelig andel av de totale helseutgiftene (ca. 30%). Samtidig har vi begrenset informasjon om de pasienter og tjenester som inngår. Mer enn to av tre pasienter som registreres i det sentrale IPLOS-registeret, er uten diagnose.

Ettersom årsverkskostnadene er det viktigste kostnadselementet i helse- og omsorgskostnadene, vil pleiefaktoren være en viktig driver for de samlede utgiftene. Norge har i dag en pleiefaktor på ca. 0,7, mens for eksempel Finland har 0,4. I Finland reduserte man nylig pleiefaktoren fra 0,5 til 0,4 (20%).

Regneeksempel: Redusert pleiefaktor

Dersom vi i Norge også reduserer pleiefaktoren med 0,1 (til 0,6), og vi forutsetter at vi oppnår samme reduksjon i utgiftene i institusjon (eks lokaler) og til hjemmeboende, vil vi kunne oppnå besparelser på 13 milliarder kroner årlig. Dette forutsetter dagens utgiftsnivå, og med kostnadsveksten vi venter fremover er det god grunn til å tro at besparelsene av å redusere pleiefaktoren vil være langt større i fremtiden enn i dag.

5.5.2 Nedprioritering av enkelte tiltak/behandlinger

Et første skritt i prioritering av tiltak i somatiske sykehus er å avvikle tiltak som er uten effekt eller endog er skadelige. I prinsippet er trolig alle enige om dette, men i praksis er det til dels stor uenighet om hvilke tiltak som er uten effekt eller er skadelige. Diskusjonen av overbehandling i norsk helsevesen viser at det hverken er enighet om definisjonen av overbehandling eller omfanget av den.

Kirurgisk behandling av prostatakreft

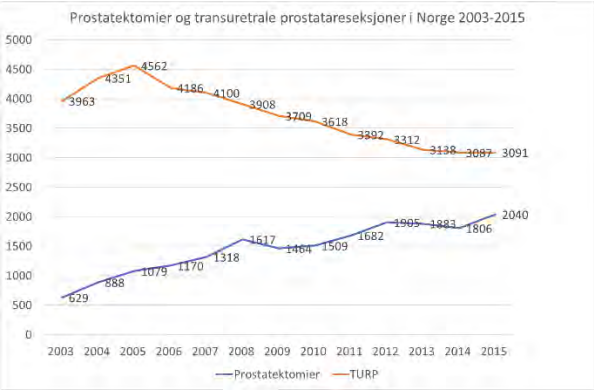
Prostatakreft er den vanligste kreftform hos menn med 5 061 nye tilfeller i 2015 (3 412 i 2003) og 1 093 dødsfall. Ved prostatakreft er innholdet i blodet av PSA (prostata-spesifikt antigen) økt, og testen brukes derfor ved mistanke om prostatakreft eller som en screeningtest. Slik screening er omdiskutert fordi sannsynligheten for falske positive prøver er høy. Screening er ikke anbefalt av norske myndigheter bortsett fra i små høyrisikogrupper. Det tas likevel årlig mer enn en halv million PSA-tester hvorav en stor del må antas å representere uorganisert screening hos fastleger og legespesialister.

Både forekomst og dødelighet av prostatakreft er økende, men tolkning av Kreftregisterets statistikk er ikke entydig. Internasjonale studier viser at mikroskopisk prostatakreft øker med alderen, og det antas at om lag 40 prosent av menn i alderen 70-79 år har prostatakreft ved vevsundersøkelse (biopsi). Obduksjonsstudier av prostata over de siste 50 år tyder ikke på økt forekomst eller geografisk variasjon. Det kan således tenkes at forekomsten av prostatakreft egentlig er uforandret, og at det økende antall nye tilfeller og dødstall skyldes endringer i diagnostikk (mer bruk av PSA-test) og registrering av dødsårsaker.

Innføring av robotkirurgi har medført økt interesse for å tilby kirurgi ved prostatakreft i Norge. Figuren nedenfor viser antall prostataektomier (kirurgisk totalfjerning av prostata) i perioden 2003-2015.

Antall operasjoner er omtrent tredoblet i perioden, mens antall nye tilfeller bare økte med om lag 20 prosent. Rundt 95 prosent av disse operasjonene er utført hos pasienter med prostatakreft. Tallene kan tyde på at innføring av robotkirurgi har blitt etterfulgt av økt operasjonsfrekvens.

Figur 5-12: Prostataektomier og transuretrale prostatareseksjoner i Norge, 2003 - 2015



Kilde: NPR-kuben

Da kirurgi ved tilfeldig påvist prostatakreft er omdiskutert hva angår livsforlengelse, er ressurskrevende og dessuten medfører betydelig risiko for bivirkninger (impotens og inkontinens), kan det stilles spørsmål ved om økningen i antall prostataektomier er ønskelig eller primært en følge av ny teknologi (robotkirurgi). Målt i faste priser økte kostnadene for prostatakreftoperasjoner fra 50 millioner kroner i 2003 til 146 millioner i 2015. Det kan være aktuelt å iverksette tiltak:

- Begrense kirurgi til relativt få enheter for å bidra til best mulig kirurgisk kvalitet
- Begrense kirurgi til pasienter med stor sannsynlighet for livsforlengelse eller pasienter som legger liten vekt på bivirkninger og unngå potensiell overbehandling

Tiltak mot mat-intoleranse

Helsetjenesten har tradisjonelt tilbudt diagnostikk og behandling for veldefinerte sykdommer og tilstander. Med økende ressurstilgang har tilbudet blitt utvidet til å omfatte stadig mindre veldefinerte plager og tilstander. Det er imidlertid grunn til varsomhet med å implementere nye tilbud med mindre tilstandene er godt definerte, er alvorlige, tiltakene har solid effektdokumentasjon og kostnader som er rimelige i forhold til effekten (Prioriteringsmeldingen).

Utredning for matintoleranse er et eksempel på tiltak som er velment, men som kan koste dyrt. Det er anslått at matintoleranse rammer 20 % av befolkningen. Dersom man skal gjøre utredning av matintoleranse, kan det være aktuelt med til dels kostbare blodprøver

og andre prøver, herunder gastroskopi og koloskopi. En utredning vil typisk kreve minst to poliklinikk-konsultasjoner, gjerne med flere faggrupper som lege, dietetiker mv. En slik utredning koster trolig 10 000 – 25 000 kroner, avhengig av undersøkelsesomfanget.

Dersom alle norske sykehus etablerer team for matintoleranse, vil det trolig generere sterk økning i etterspørselen etter utredning fordi interessen for mat-allergi og mat-intoleranse er stor og andelen med aktuelle plager er høy. Det er likevel bare om lag 1% av befolkningen som har cøliaki (glutenallergi). Etablering av spesielle tilbud til personer med mat-intoleranse kunne ideelt sett være aktuelt, men hører trolig til en stor gruppe tiltak offentlige sykehus må prioriteres ned i fremtiden.

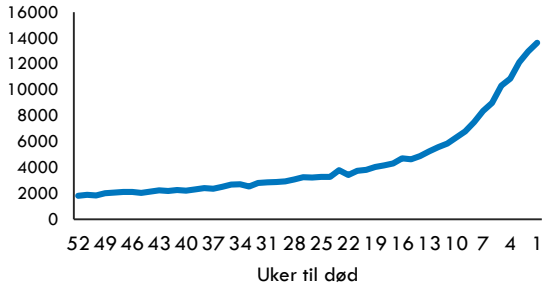
Regneeksempel: Begrense utredninger av mat-intoleranse

I 2040 forventes 68 000 fødsler i Norge. Dersom 20 % av befolkningen i enhver kohort skal utredes for mat-intoleranse vil det koste 140-340 millioner kroner per år. Dersom kun 5 % har reelle symptomer på cøliaki og utredning begrenses til disse, spares 100-250 millioner kroner årlig.

Redusere behandlingsomfanget i siste leveuker før død for kreftpasienter

Spesialisthelsetjenestens kostnader er høyest mot slutten av pasientenes levetid. I rapporten *Kreft i Norge – kostnader for pasienter, helsetjenesten og samfunnet* har Oslo Economics beregnet DRG-kostnadene forbundet med behandling av kreftpasienter mot slutten av pasientenes levetid (Figur 5-13). 8 uker før død får 7,6 prosent av kreftpasientene antineoplastisk legemiddelbehandling (cellegift og annen medikamentell kreftbehandling). Behandlingen gir redusert livskvalitet for pasientene og kostnader for helsetjenesten, selv om behandlingseffekten er usikker. For pasienten kan det være en stor fordel at livets siste uker ikke tilbringes i sykehus, men nærmest mulig familie og andre pårørende.

Figur 5-13: Kostnader i spesialisthelsetjenesten ved kreftbehandling siste leveår, løpende priser (NOK)



Kilde: Kreft i Norge – kostnader for pasienter, helsetjenesten og samfunnet (2015)

6. Tiltak for å øke tilgjengelige ressurser

6.1 Økte rammer har en alternativkostnad

Økte offentlige utgifter til helse og omsorg vil, gitt den samlede offentlige ressurstilgangen, måtte gå på bekostning av andre offentlige tilbud eller kreve økt samlet offentlig ressurstilgang. Også økt offentlig ressurstilgang vil også innebære en avveining mot andre hensyn. Det vil kunne kreve at flere av oss jobber mer for å betale høyere samlede skatter, og dermed redusere arbeidstakeres fritid, som også er et velferdsgode. Alternativt må vi betale en høyere andel av inntekten vår i skatt og redusere netto privat inntekt. En annen mulighet for å øke ressurstilgangen innen helse og omsorg er økt grad av egenbetaling for tjenestene, slik at vi bruker en større andel av inntekten vår til helsetjenester.

6.2 Økte skatteinntekter

Det er mange muligheter for å øke offentlige inntekter, enten gjennom økt produktivitet i arbeidslivet, ved at folk jobber mer eller smartere, eller gjennom økte skattesatser.

6.2.1 Økte skatteinntekter (høyere skatter eller økt arbeidsinnsats/-produktivitet)

For å kunne finansiere de økte utgiftene i offentlig sektor må vi med andre ord øke inntektsgrunnlaget (bli mer produktive eller heve skattene) eller redusere omfanget av tjenester som leveres av det offentlige.

Produktivitetskommisjonens andre rapport (2016) peker på at skattebyrden for husholdningene kan øke fra rundt 35 prosent i dag til mellom 50 og 60 prosent i 2060. Veksten i arbeidsproduktiviteten er avgjørende for hvilket skattenivå som er nødvendig, men resultatene tyder uansett på at vi står ovenfor store utfordringer knyttet til finansieringen av velferdsstaten.

Enkelte tiltak vil kunne gi økte kostnader for helsetjenesten, men besparelser for samfunnet som helhet. Tiltaket «Raskere tilbake» tilbyr for eksempel målrettet behandling for sykemeldte arbeidstakere for å bidra til mindre sykefravær, med en intensjon om at økte behandlingskostnader oppveies av den samfunnsøkonomiske gevinsten av økt arbeidsinnsats.

6.2.2 Redusert sykefravær gjennom vaksinering

Norge har høyt sykefravær i arbeidslivet sammenlignet med andre land, som medfører offentlige utgifter til sykepenger samt redusert skattegrunnlag. Det er stort potensiale for økt finansieringsgrunnlag ved å redusere sykefraværet. Det bør i hovedsak gjøres ved langsiktig jobbing med målrettede tiltak på arbeidsplassen, men det finnes også enkelte tiltak på samfunnsnivå som kan redusere deler av sykefraværet.

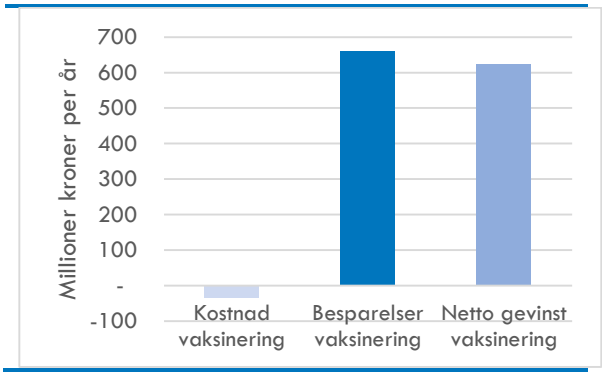
Et eksempel er økt bruk av vaksiner, som kan redusere sykdom både blant arbeidstakere og barn, hvorav sistnevnte kan redusere foreldre fravær grunnet syke barn. Norge har historisk ikke hatt tradisjon om å vaksinere barn i like stor grad som andre land i verden. Dette kan medføre at foreldre får flere dager hjemme fra jobben, noe som påfører samfunnet en kostnad. Vaksine mot vannkopper til alle barn i Norge ville gitt produktivitetsgevinster i form av redusert sykefravær blant foreldre som er langt høyere enn kostnaden av vaksineringen.

Regneeksempel: Vaksine vannkopper

Rundt 80 prosent av barn i alderen 0-8 år får vannkopper. Vannkopper gir ubehag og 5-10 dagers sykdom. Forutsatt at 80% av barn i alderen 1-8 år får 7 sykedager (hvor 5 faller på en arbeidsdag) hver, medfører dette 240 000 barnesykedager på hverdager i Norge per år. Dette gir anslagsvis 190 000 sykefraværsdager for foreldre, til en samfunnsøkonomisk kostnad på 600 millioner kroner. Dersom vaksinen medfører at disse sykefraværsdagene forsvinner vil samfunnet altså kunne spare 600 millioner kroner i året. Årlige kostnader knyttet til å tilby vaksinene anslås til å være 35 millioner kroner.

Regneeksempelet over, illustrert i Figur 6-1, viser hvordan det kan være potensiale for besparelser ved å i større grad benytte barnevaksiner i dag. Gevinstene (i form av reduserte samfunnsøkonomiske kostnader) i dette regneeksempelet tar bare hensyn til produksjonsgevinsten som følger av at foreldre for færre sykefraværsdager, ikke andre gevinster som livskvalitetsgevinster for barna. Det er grunn til å tro at andre vaksiner også kan gi lignende besparelser, eksempelvis influensavaksine til barn som i dag testes i Storbritannia.

Figur 6-1: Regneeksempel: Kostnader og besparelser av vaksinering mot vannkopper for barn



Beregninger Oslo Economics

6.3 Øke finansieringsgrunnlaget gjennom egenandeler

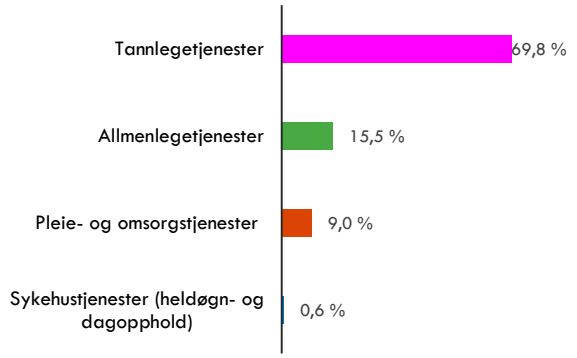
En måte å øke finansieringsgrunnlaget, og dermed tilgjengelige ressurser, er å flytte større del av kostnadene over på brukerne. Økte egenandeler vil i tillegg til å øke finansieringsgrunnlaget kunne bidra til å redusere etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester.

Husholdningenes finansiering i Norge

Helse- og omsorgstjenester i Norge betatales i hovedsak gjennom velferdsstaten. Av de samlede helseutgiftene i 2015 (311 mrd. kr.) finansierte husholdningenes egenbetaling ca. 14 prosent, tilsvarende 44,4 milliarder kroner. 231,5 milliarder kroner (74%) ble finansiert av offentlig forvaltning, mens folketrygden finansierte ca. 34 milliarder kroner (11%).

Det er store forskjeller i egenandelene for ulike tjenester i helse- og omsorgssektoren. Tradisjonelt har egenandel i spesialisthelsetjenesten vært lav. Allmennlegetjenester og pleie- og omsorgstjenester har hatt høyere egenandel enn i spesialisthelsetjenesten. Tannlegetjenester er et eksempel på en tjeneste som i Norge har hatt svært høy grad av egenandelfinansiering (Figur 6-2).

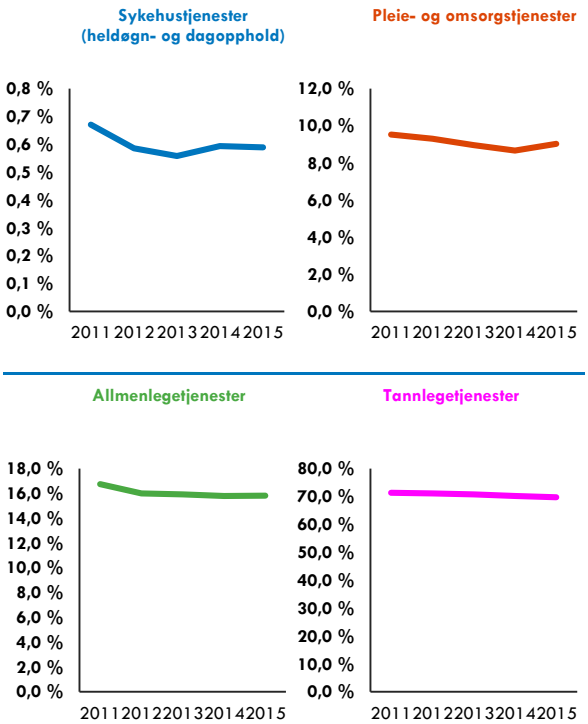
Figur 6-2: Prosentandel egenbetaling av samlet finansieringsgrunnlag for ulike tjenester, 2015



Kilde: Helseregnskapet. Analyser Oslo Economics

Utviklingen i andelen egenbetaling for ulike helse- og omsorgstjenester er presentert i Figur 6-3. Av figuren fremgår det at andelen egenbetaling (av samlet finansieringsgrunnlag) har falt for alle tjenestene i perioden 2011 til 2015.

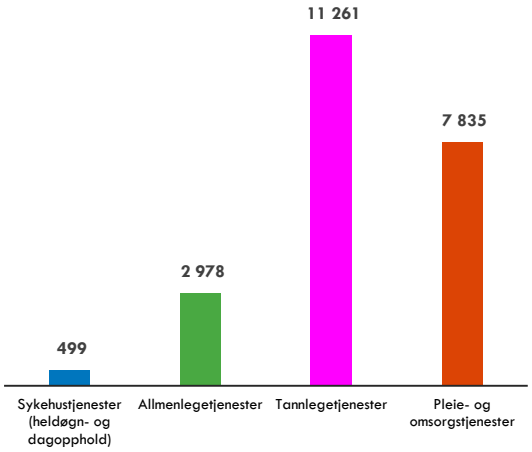
Figur 6-3: Prosentandel egenbetaling av samlet finansieringsgrunnlag for ulike tjenester, 2011-2015



Kilde: Helseregnskapet. Analyser Oslo Economics

Målt i kroner utgjorde husholdningenes egenbetaling for tannlegetjenester omtrent 11,3 milliarder kroner i 2015. Til sammenligning var samlet egenbetaling for sykehustjenester (heldøgn- og dagopphold) knappe 500 millioner kroner samme år (Figur 6-4).

Figur 6-4: Husholdningenes egenbetalinger for ulike typer tjenester, Mill. NOK, 2015

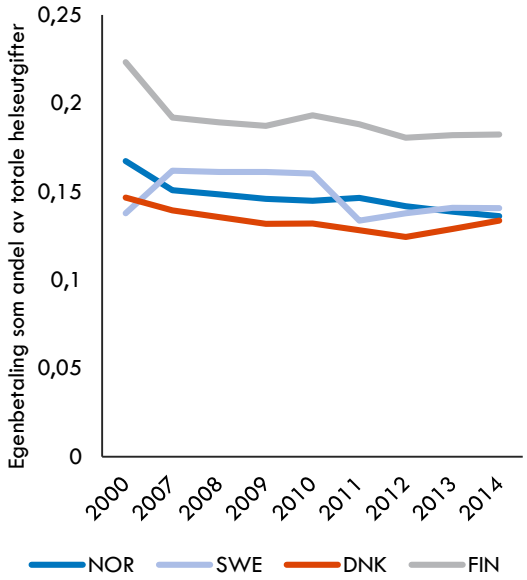


Kilde: Helseregnskapet

Privat finansiering i Norge sammenlignet med andre land

I Norge utgjør egenandeler om lag 14 prosent av de totale helseutgiftene, noe som også er tilfellet i våre naboland Sverige og Danmark. I Finland utgjør derimot egenandelene over 18 prosent. Utviklingen i alle de nevnte landene siden 2000 har vært at andelen egenbetaling har blitt redusert.

Figur 6-5: Egenbetaling (out of pocket) som andel av totale helseutgifter, 2000-2014



Kilde: Verdensbanken

Hvordan kan økte egenandeler påvirke tilgjengelige ressurser?

Somatisk spesialisthelsetjeneste hadde i 2015 en samlet egenbetaling på 1,9 milliarder kroner. I allmennlegetjenesten var tilsvarende beløp omtrent 3 milliarder kroner. Samlet egenandel for somatisk spesialisthelsetjeneste og allmennleger utgjorde altså 4,8 milliarder kroner, noe som tilsvarer 4,6 prosent av de totale driftskostnadene. En dobling av egenandelene (ved økte egenandeler og økt innslagspunkt for frikort) vil dermed kunne finansiere mindre en 5 prosent av de totale helsetjenestekostnadene, gitt at økte egenandeler ikke påvirker bruken av tjenestene.

Økt egenandel for allmennlegekonsultasjon kan imidlertid gi reduserte kostnader, dersom dette også reduserer bruk:

- Dersom egenandelen for konsultasjon hos allmennleger dobles, vil dette gi neste 3 milliarder kroner i økte inntekter dersom bruken ikke endres
- En rekke studier har vist at etterspørselen etter allmennlege reduseres med økt egenandel (REF). Disse studiene anslår at en dobling av egenandelen vil medføre at bruken reduseres med 20-30 prosent.
- Dersom vi legger til grunn at bruken reduseres med 25%, vil en dobling av egenandelssatsen gi en økt inntekt fra egenandeler med 1,5 milliarder kroner
- Samtidig reduseres da allmennlegekostnaden (vi antar at kapasiteten reduseres i takt med bruken) med 4,7 milliarder kroner (data fra SSB)
- Offentlig finansiering av allmennleger vil i et slikt scenario reduseres med drøyt 6,1 milliarder kroner årlig

Studier har vist at bruken av spesialisthelsetjenester kan øke som en følge av redusert bruk av allmennlegetjenester. Det kan derfor tenkes at besparelsen forsvinner i økte kostnader annet sted i helsetjenesten.

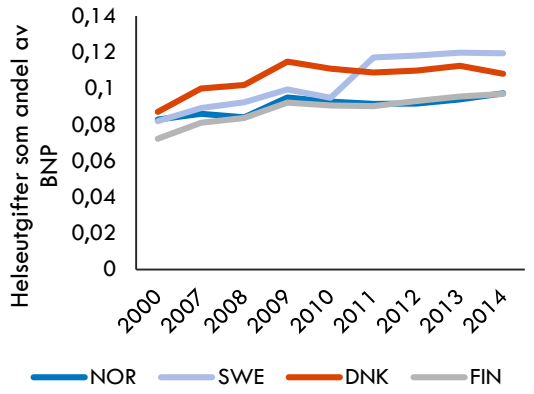
Egenbetaling utgjør omtrent 9 prosent av finansieringsgrunnlaget for pleie- og omsorgstjenester (jf. Figur 6-3). En dobling av egenbetalingen for disse tjenestene vil kunne bety en økning inntektene fra egenbetalinger på 11,3 milliarder kroner, forutsatt at bruken forblir uendret.

6.4 Omfordeling av samfunnets ressurser: større andel av budsjettet til helse- og omsorgstjenester

Norge brukte i 2014 omtrent 9,7 prosent av BNP på helse- og omsorgstjenester (Verdensbanken), eller ca. 12 prosent av fastlands-BNP (Helseregnskapet). Dette tilsvarer totale helseutgifter på over 300 milliarder kroner.

I liket med våre naboland bruker Norge en høyere andel av BNP på helse enn hva vi gjorde i 2002. Særlig Sverige har hatt en utvikling de siste årene hvor en høyere andel av de samlede inntektene går til helseformål (Figur 6-6). Norge har hatt en svært høy inntektsvekst og bruker mer enn alle de nordiske land i absolutte størrelser.

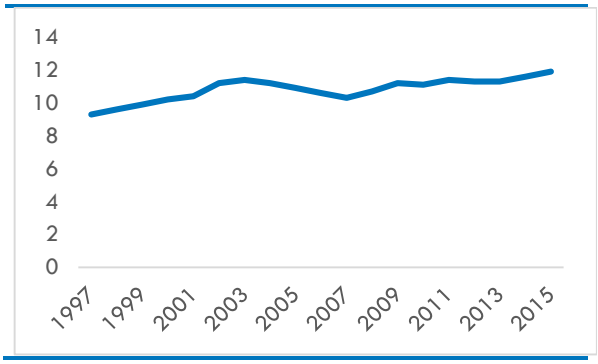
Figur 6-6: Totale helseutgifter som andel av BNP*, 2000-2014



Kilde: Verdensbanken. *merk: Figuren viser BNP (ikke fastlands-BNP).

Utviklingen i helseutgiftenes andel av Norges fastlands-BNP har økt fra 9,6 i 1997 til 11,9 i 2015 (Figur 6-7).

Figur 6-7: Helseutgifter i prosent av BNP Fastlands-Norge, 1997-2015



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Et alternativ for å redusere det fremtidige gapet mellom tilgjengelige ressurser og ressursbehovet i helse- og omsorgstjenesten er å prioritere en større del av våre samlede inntekter til disse tjenestene. Dette vil medføre at andre sektorer må nedprioriteres. Offentlige helseutgifter som andel av totale offentlige utgifter har økt fra 13,9 prosent i 1997 til 17,7 prosent i 2015.

Dersom vi forutsetter at Norge i 2014 hadde brukt 15 prosent av fastlands-BNP på helse- og omsorgstjenester ville helsebudsjettet økt fra ca. 300 milliarder kroner til 375 milliarder kroner. Dette innebærer at vi bruker ca. 15 prosent av fastlands-BNP.

7. Helsepolitiske veivalg

7.1 Behov for politiske føringer

Kapitlene foran viser at det er betydelige utfordringer som innebærer krevende valg både for politikerne og for ledere på ulike nivå i helsetjenesten. I dette kapitelet vil vi søke å illustrere i hvilken grad de ulike tiltakene kan fylle gapet mellom helse- og omsorgssektorens behov for tilgjengelig finansiering.

7.2 Hvor stort er gapet?

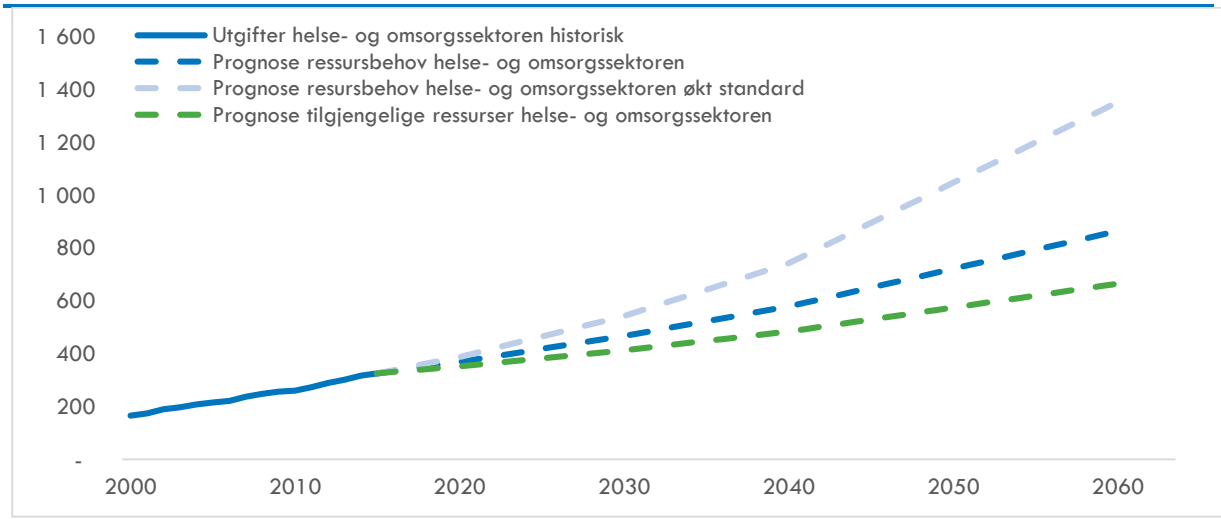
Demografiske endringer fram mot 2060 og de andre driverne som vi har beskrevet vil sette sterke krav til ressursbehovet i helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementets referansebane (referert i Holmøy et al, 2015) tilsier at fremtidig bemanningsbehov i helse- og omsorgssektoren i 2060 blir omtrent det dobbelte av i dag (514 000 mot dagens 245 000), forutsatt nullvekst i standarden på tjenestene, familieomsorg på dagens absolutte nivå og utsatt sykelighet. Tilsvarende er antall årsverk estimert til ca. 800 000 dersom det legges til grunn en årlig standardheving på ett prosent.

Basert på Helse- og omsorgsdepartementets referansebane har vi utarbeidet prognoser for offentlige utgifter i helse- og omsorgssektoren frem mot 2060. I prognosene forutsettes at veksten i utgifter utover årsverkskostnader vokser i takt med utviklingen i antall årsverk. Fremtidige årsverks-kostnader er realprisjustert med fremtidig reallønns-vekst i henhold til Perspektivmeldingen (2013).

Perspektivmeldingens prognose for vekst i fastlands-BNP er lagt til grunn ved beregning av fremtidige tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgssektoren. Videre har vi forutsatt at vi benytter samme andel av fastlands-BNP på helse- og omsorgstjenester også i fremtiden (ca. 12 prosent). Gitt forutsetningen om fremtidig BNP-vekst, andelen vi bruker på helse- og omsorg og Helse- og omsorgsdepartementets referansebane står vi ovenfor et gap mellom utgifter og tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgssektoren på om lag 95 milliarder kroner i 2040. Tilsvarende differanse i 2060 er ca. 200 milliarder kroner (Figur 7-1). I referansebanen for ressursbehov (blå stiplet linje i Figur 7-1) forutsettes nullvekst i standarden på tjenestene. Det er likevel mer realistisk at vi får økte krav til kvalitet og tilbud ettersom inntektsnivået stiger. Holmøy et al (2015) har utarbeidet prognoser hvor det forutsettes en standardøkning på 1 prosent per år. Dersom vi legger denne prognosen til grunn vil differansen mellom ressursbehovet og tilgjengelige ressurser bli i overkant av 250 milliarder i 2040, og ca. 700 milliarder i 2060.

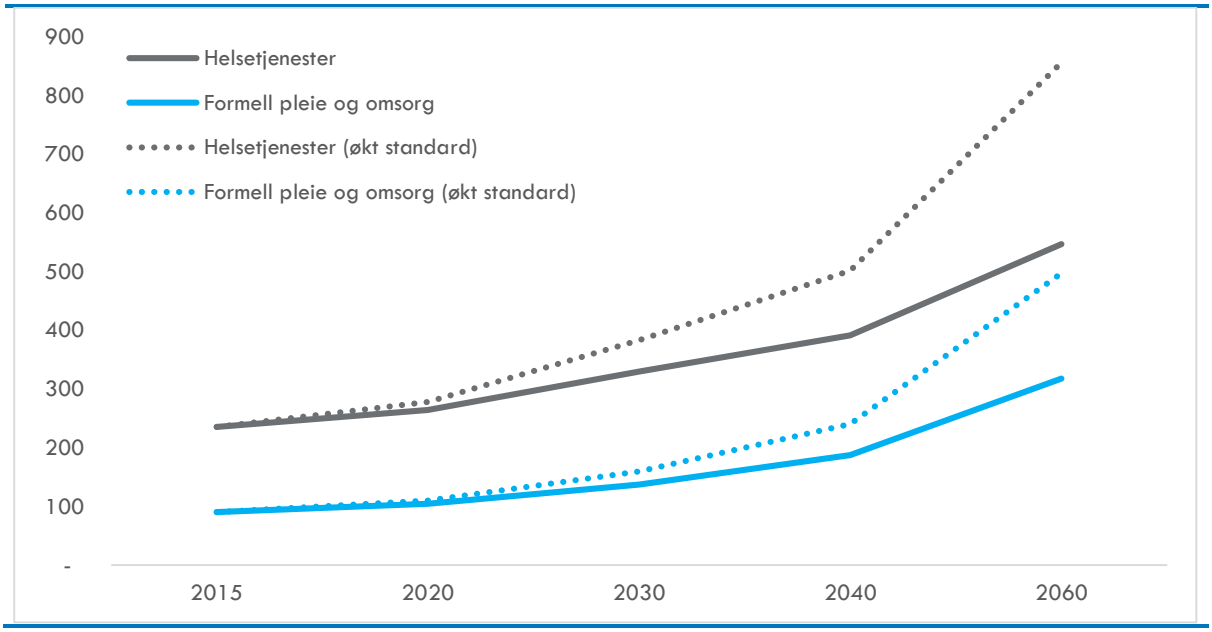
Behovet for arbeidskraft vil særlig vokse i pleie- og omsorgssektoren fremover. Helse- og omsorgsdepartementets referansebane innebærer en vekst i antall årsverk fra dagens nivå på ca. 150 000 til 320 000 i 2060. Veksten forventes å være særlig høy i perioden 2040 til 2060. Utgiftene forventes derfor å vokse raskere i pleie- og omsorgssektoren enn i helsetjenesten generelt. I Figur 7-2 har vi presentert prognoser for utgifter til helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester frem mot 2060.

Figur 7-1: Prognoser for utgifter til helse og omsorg*, samt ressursgrunnlaget gitt konstant andel av BNP til helse- og omsorgsutgifter (milliarder 2015-kroner)



Datakilde: Helseutgifter fra Helseregnskapet (SSB), Prognose for årsverk fra Holmøy et al. (2015), BNP vekst fra Perspektivmeldingen (2013), befolkningsvekst og BNP-data fra SSB. Analyse: Oslo Economics. *Merk: Det er lagt til grunn Helse- og omsorgsdepartementets framskrivninger for årsverk, med utsatt sykelighet og konstant familieomsorg, referert i Holmøy et al (2015).

Figur 7-2: Prognoser for utgifter til helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester (milliarder 2015-kroner)



Datakilde: Helseutgifter fra Helseregnskapet (SSB), Prognose årsverk fra Holmøy et al. (2015), Analyse: Oslo Economics. *Merk: Det er lagt til grunn Helse- og omsorgsdepartementets framskrivninger for årsverk, med utsatt sykelighet og konstant familieomsorg, referert i Holmøy et al (2015).

7.3 Hvor mye monner handlingsalternativene?

Gapet mellom hvilke ressurser samfunnet har tilgjengelig og utgiftene til helse- og omsorgstjenester forventes altså å bli større i årene fremover. Dersom det legges til grunn en standardheving vil differansen bli betydelig. Beslutningstakere står som dermed overfor sentrale veivalg i tiden fremover. Det er opp til politikerne å ta stilling til hvilke typer tiltak som skal gjennomføres for å tette gapet mellom ressursbehovet og ressursgrunnlaget.

Tidligere i denne rapporten har vi skissert mulige tiltak for å redusere differansen mellom hvilke ressurser som er tilgjengelig og fremtidige utgifter. Helt overordnet kan tiltakene kategoriseres i fire hovedfaktorer:

- Effektivisering (bedre ressursutnyttelse)
- Redusering av tilbudet og redusering av etterspørselen (forebygging)
- Økning av husholdningens finansieringsansvar (økte egenandeler, økte skatter)
- Økning av ressursandelen til helse og omsorg på bekostning av andre sektorer (bruke en høyere andel av BNP enn hva vi gjør i dag)

Enkelte tiltak vil bidra til å redusere utgiftene (for eksempel effektivisering eller redusering av tilbudet), mens andre vil øke ressursgrunnlaget (bruke en høyere andel av fastlands-BNP på helse- og omsorg). Økte egenandeler kan trolig bidra både til et større ressursgrunnlag, samtidig som etterspørselen reduseres.

I hvilken grad de ulike virkemidlene vil bidra til å redusere ressursbehovet eller øke tilgjengelige ressurser er usikkert, men det vil trolig være nødvendig med en kombinasjon av nevnte tiltak. I det følgende illustrerer vi noen scenarier med ulike kombinasjoner av disse virkemidlene, som sammen kan tette gapet på 95 milliarder kroner i 2040 og 200 milliarder kroner i 2060 dersom det ikke legges opp til standardheving på tjenestetilbudet. Politiske veivalg vil kunne føre til at noen typer virkemidler benyttes i større grad enn andre. I figurene under illustrerer vi ulike scenarioer hvor gapet tettes ved å benytte ulike hovedfaktorer.

I det første scenariet legger vi opp til at den største delen av gapet dekkes gjennom effektivisering av tjenesteproduksjonen (Figur 7-3). Vi har her lagt til grunn at man sammenlignet med dagens innretning sparer 40 milliarder kroner i 2040 og 80 milliarder kroner i 2060 gjennom effektiviseringstiltak. Dette vil innebære en kraftig omlegging av helse- og omsorgstjenestene med implementering av ny teknologi for oppfølging av pasienter, bedre IKT-systemer og logistikk, utnyttelse av stordriftsfordeler og synergieffekter og økt fleksibilitet i tjeneste-produksjonen. En slik omlegging krever trolig økt kunnskap og en kulturendring på alle nivåer i hele sektoren, hvor kostnadseffektivitet og kvalitet i tjenestene blir prioritert. Dette vil være krevende, men trolig ikke umulig.

I det andre scenariet vil reduksjon i tjenestetilbudet gjennom forebygging og prioritering utgjøre den største kostnadsbesparelsen (Figur 7-4). Vi har da

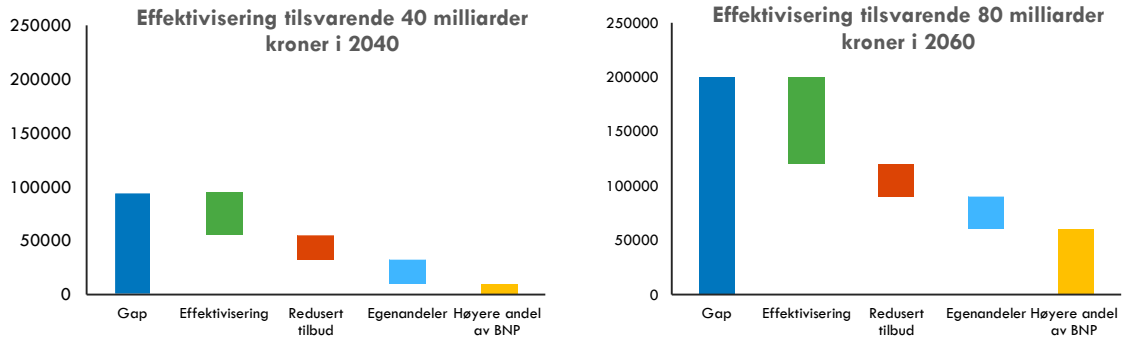
forutsatt at omfanget av tjenester reduseres med en kostnadsbesparelse som tilsvarer gevinsten av effektivisering i det første scenariet. Dette innebærer både en nøye gjennomgang av dagens behandlingstilbud og kraftig nedprioriteringer av dagens tjenester, sannsynligvis på alle områder. I et slikt scenario må man forvente at pasienter som har betalingsvilje og -evne vil henvende seg til private tilbydere for å et bedre tilbud. Dette kan på sikt undergrave legitimiteten til den offentlige helsetjenesten.

I det tredje scenariet (Figur 7-5) har vi lagt til grunn særlig høye egenbetalinger (økning fra 14,5% til 25% i 2040 og 30% i 2060). En slik strategi vil innebære at det er behov for mindre effektivisering, lavere reduksjon av tilbudet og en begrenset økning i andelen av samfunnets ressurser som benyttes på helse- og omsorgstjenester. En såpass sterk økning av egenandelene vil trolig også redusere etterspørselen etter tjenestene i betydelig grad, men det er verdt å merke seg at egendelen har gått vesentlig ned fra årtusenskiftet til i dag. Alternativet innebærer en risiko for et mer todelt helsevesen, hvor de som har dårligere råd eller får sykdommer som er svært kostbare å behandle vil få problemer med å finansiere egne helseutgifter. Dette kan til en viss grad løses med egenandelstak eller unngås gjennom lovpålagte forsikringsordninger, hvor fordelen av et kollektivt finansierings- og forsikringssystem må veies mot individuell valgfrihet. Dersom økte egenandeler i stor grad skal finansieres gjennom lovpålagte helseforsikringer vil ordningen i stor grad minne om dagens skattefinansierte ordning hvor fellesskapet i hovedsak betaler.

I det fjerde og siste scenariet (Figur 7-6) legger vi opp til at hoveddelen av gapet skal dekkes gjennom at helse og omsorg prioriteres foran andre offentlige tjenesteområder. Eksempelet innebærer at andelen av fastlands-BNP til helse og omsorg økes fra om lag 12 prosent i dag til 14 prosent i 2040 og 15 prosent i 2060. Dette kan muliggjøres gjennom økt produktivitet i offentlig tjenesteyting som vil redusere ressursbehovet på andre områder. Trolig innebærer dette likevel i tillegg at samfunnet må være villig til å redusere det offentlige tjenestetilbudet på andre områder, som utdanning, forsvar, infrastruktur eller velferdsytelser.

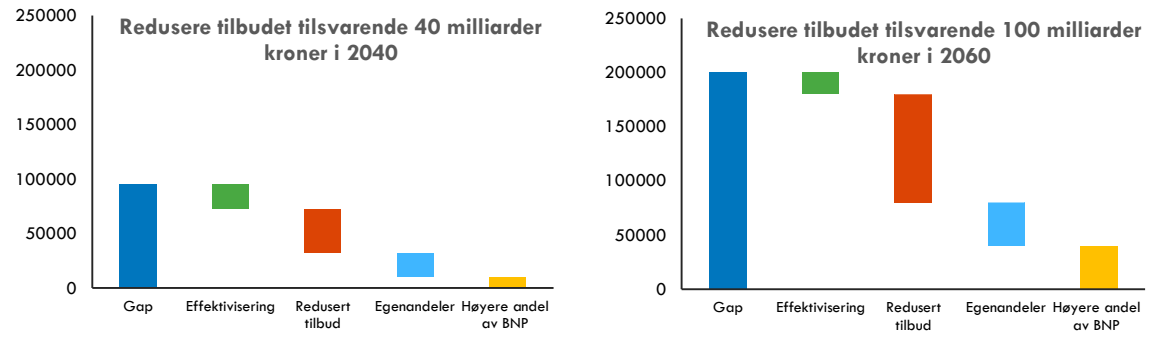
Hvis automatiseringen skyter fart på andre samfunnsområder og skaper overtallighet, kan helse- og omsorgssektoren gi meningsfulle jobber. Utfordringen vil være å finne gode løsninger for en slik samfunnsendring.

Figur 7-3: Senario hvor effektivisering er hovedfaktoren (millioner 2015-kroner)



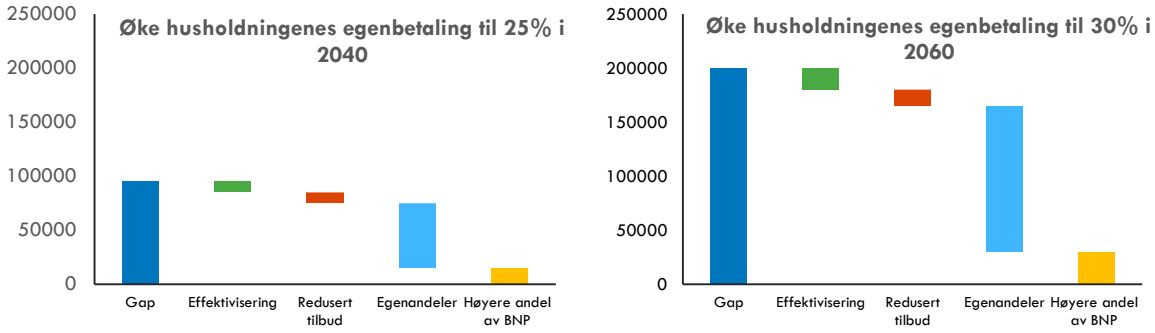
Illustrasjon av Oslo Economics

Figur 7-4: Scenario hvor redusert tjenestetilbud er hovedfaktoren (millioner 2015-kroner)



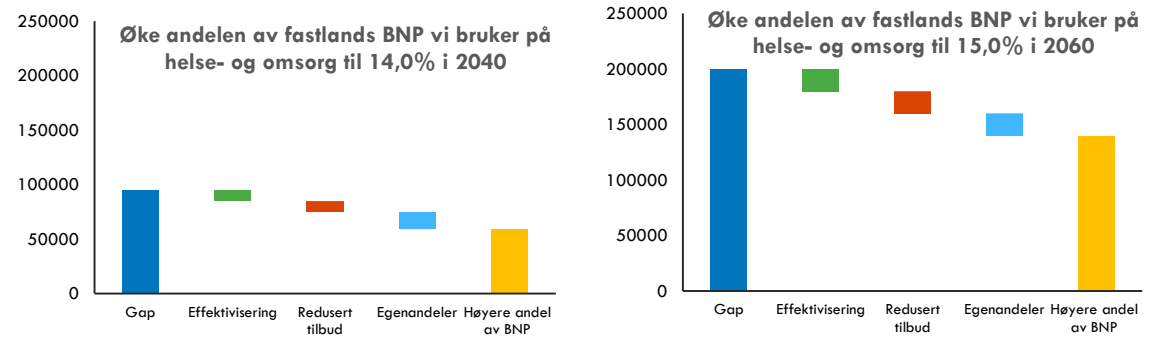
Illustrasjon av Oslo Economics

Figur 7-5: Scenario hvor økt egenbetaling er hovedfaktoren (millioner 2015-kroner)



Illustrasjon av Oslo Economics

Figur 7-6: Scenario hvor økt andel av BNP til helse og omsorg er hovedfaktoren (millioner 2015-kroner)



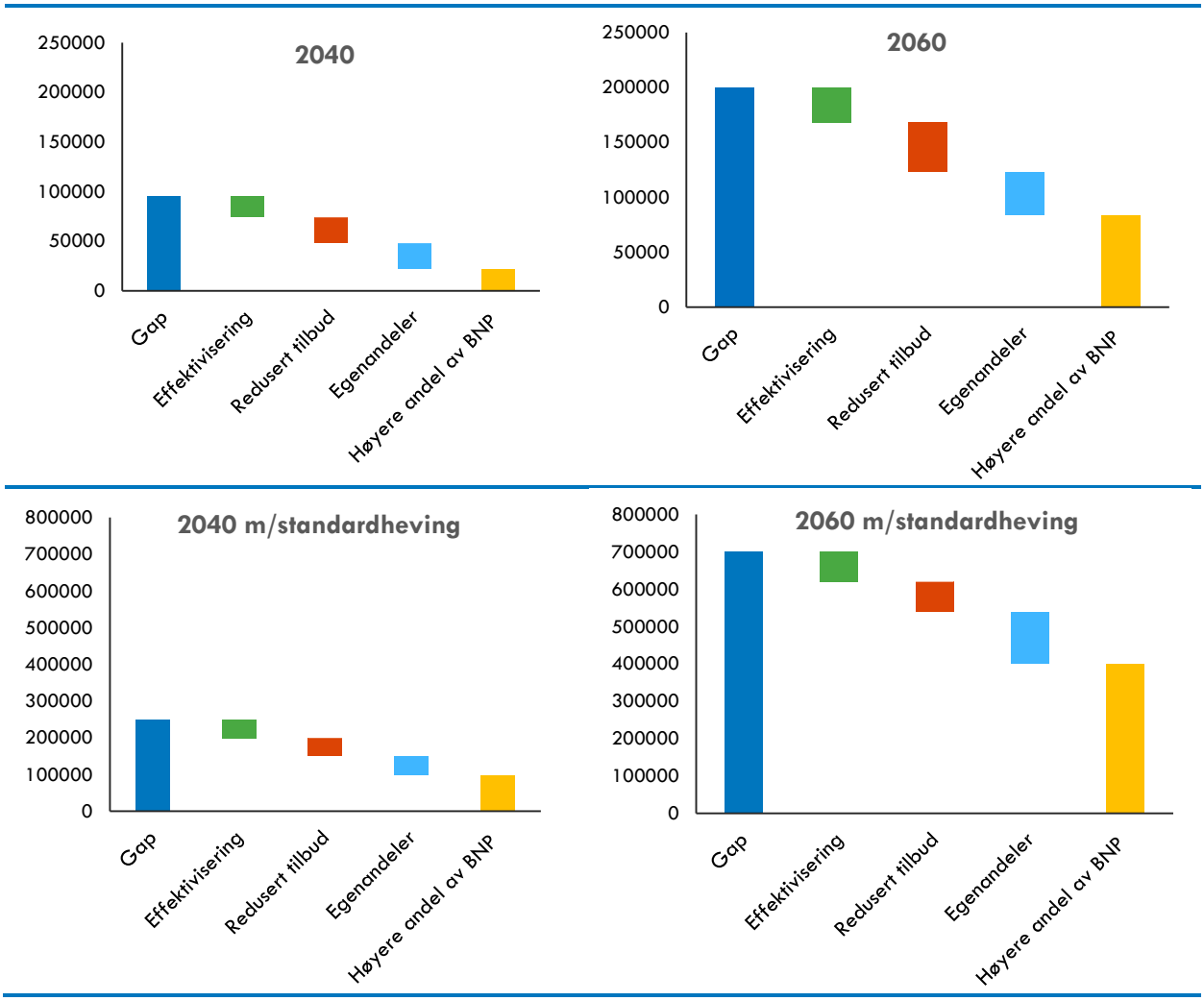
Illustrasjon av Oslo Economics

I hvilken grad de ulike virkemidlene vil bidra til å tette dette gapet er usikkert, men det vil trolig være nødvendig med en kombinasjon av tiltak som reduserer ressursbehovet og tiltak som øker ressursgrunnlaget. I Figur 7-7 illustrerer vi et scenario hvor kostnadene kuttes med relativt likt omfang av tiltaksgruppene fram til 2040. Deretter økes ressursgrunnlaget med økt andel av BNP til helse og omsorg. Innen 2040 har vi da lagt til grunn at det gjennomføres effektiviseringstiltak som medfører besparelser i helse- og omsorgstjenesten på 20 milliarder kroner, samtidig som tilbudet reduseres (gjennom prioritering og eller forebygging) med om lag 15 prosent. Videre er det forutsatt at egenandelene økes fra å utgjøre 14,5 prosent til 19,0 prosent, og at vi bruker 13,0 prosent av fastlands-BNP (mot ca. 12 i dag) til helse- og omsorgstjenesten. I panelet til høyre i Figur 7-7 (2060) er tilsvarende forutsetninger lagt til grunn, bortsett fra at andelen av fastlands-BNP vi bruker på helse- og omsorgstjenester er økt til 14 prosent. Nederste del i figuren viser

tilsvarende scenario for å tette gapet gitt standardheving på 1 prosent årlig.

Fra og med 2040 vil økningen i ressursbehovet stige såpass kraftig at det vil kunne skape et press om ytterligere prioritering av helse og omsorg i offentlige budsjetter, som illustrert i det høyre panelet. En slik opp-prioritering av helse og omsorg kan bare være mulig dersom økt produktivitet i andre sektorer frigjør arbeidskraft til helse og omsorg. Samtidig bør det samlede ressursgrunnlaget også økes tilstrekkelig slik at den absolutte ressurstilgangen til andre offentlige tjenesteområder ikke nødvendigvis reduseres. For å sikre oppslutning om en slik linje, vil det være avgjørende at også helse- og omsorgssektoren tar ut sitt produktivitets- og effektivitetspotensial.

Figur 7-7: Scenario med en jevnere kombinasjon av de fire tiltaksgruppene i 2040 og økte rammer for sektoren mot 2060 (millioner 2015-kroner)



Illustrasjon av Oslo Economics

7.4 Oppsummert

De tiltak vi har foreslått i denne rapporten har alle til felles at de kan møte til dels betydelig motstand både fra befolkningen generelt, fra pasienter og fra helsepersonell. Økonomiske analyser kan belyse kostnad- og nytte-effektene av ulike enkelttiltak, men det vil uansett være et politisk ansvar å prioritere og iverksette tiltak.

Det vil trolig på kort sikt være vanskelig å oppnå politisk flertall for omfattende tiltak som kan monne. Erfaringene fra Finland de seneste år viser at det først blir mulig å vedta omfattende reformer når nasjonen opplever vedvarende økonomisk nedgang og uakseptable underskudd på statsbudsjettet. Likevel vil bevissthet om fremtidens utfordringer kunne bidra til at vi allerede i dag legger et grunnlag for å effektivisere tjenestetilbudet. Videre kan analysene gi økt bevissthet om at det å utvide tjenestetilbudet eller standarden i dag vil kunne true bærekraften i helsetjenesten på sikt, som følge av de demografiske endringene.

Beslutningsforum har visst seg som en effektiv mekanisme for å prioritere mellom legemidler. Ordningen omfatter imidlertid bare 5-6 prosent av helsetjenestens kostnader. Andre nye tiltak blir i liten grad systematisk evaluert før innføring. Nye evalueringssystemer som kan bidra til en mer systematisk vurdering av andre nye tiltak i spesialisthelsetjenesten og ikke minst kommunehelsetjenesten bør utredes. Tiltak over et visst omfang bør evalueres i forhold til kostnadseffektivitet før de iverksettes, fordi det i praksis kan være vanskelig å fjerne tiltak som allerede er implementert.

8. Referanser

Basch, E. et al., 2015. Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*.

Bratsberg, B., Røed, K. & Raaum, O., 2011. *Yrkesdeltaking på lang sikt blant ulike innvandrergrupper i Norge*. s.l.:s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, (2012-2013). *Meld. St. 29 - Morgendagens omsorg*. s.l.:s.n.

Helsedirektoratet, 2015. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker – Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer*. s.l.:s.n.

Holmøy, Kjevik & Strøm, 2014. *Behovet for arbeidskraft I helse- og omsorgssektoren fremover*, s.l.: SSB-rapport 2014/14.

Johannesen, K. A., Kittelsen, S. & Hagen, T., 2017. Assessing psysician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis. *Social Science & Medicine*, Volum 175, pp. 117-126.

Kittelsen, et al., 2015. Decomposing the productivity differences between hospitals in the Nordic countries. *Journal of Productivity Analysis*, 43(3).

Lindh, M., 2015. *PERFORMANCE ASSESSMENT OF NURSING HOME MEDICAL PRACTICE SERVICES (Master thesis)*, s.l.: Aalto University.

McKinsey, 2015. *Ten ways autonomous driving could redefine the automotive world*. s.l.:s.n.

OECD, 2017. *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*. Paris: OECD Publishing.

OECD, 2017. *Tackling Wasteful Spending on Health*, Paris: OECD Publishing.

Pajarinen, M., Rouvinen, P. & Ekeland, A., 2015. *Computerization and the Future og Jobs in Norway*, s.l.: Kunnskapsdepartementet.

Rejler, M., Spångéus, A., Tholstrup, J. & Anderson-Gäre, B., 2007. Improved Population-based Care: Implementing Patient- and Demand-directed Care for Inflammatory Bowel Disease and Evaluating the Redesign With a Population-based Registry. *Quality Management in Health Care*, 16(1).

Sørlandet Sykehus HF, 2014. *Utviklingsplan 2030 - Sørlandet Sykehus HF: Økonomiske vurderinger av ulike scenarier*, s.l.: s.n.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Dronning Mauds Gate 10
0250 Oslo

Postadresse:
Postboks 1540 Vika
0117 Oslo