



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

Syk økonomi

LEDER

JØRGEN DAHLBERG

jorged@medisin.uio.no

Jørgen Dahlberg er spesialist i anesthesiologi og jurist med advokatbevilling. Han er overlege i anesthesi på Akershus universitetssykehus og forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er foretakstillitsvalgt for overlegene på Akershus universitetssykehus.

Vår oppgave som helsepersonell er å gi helsehjelp etter behov og ikke etter betalingsevne.

Mange av oss sykehusansatte opplever at vi har kommet dit hvor vi produserer helsetjenester for å få penger, i stedet for å få penger for å produsere helse. Kravene som stilles er i mye større grad enn tidligere bundet til økonomiske resultater og ikke helsegevinst. Vi styrer helsehjelp etter DRG, ikke etter behov. Vi blir bedt om å skrive ut pasienter, redusere prøvetaking og begrense bildediagnostikk for å få ned kostnadene. Vi må vurdere hvem vi kan ansette og hvilke kurs vi kan gå på først og fremst basert på budsjetter, ikke på behov og kompetanse.

Mange land yter helsehjelp i hovedsak styrt etter økonomiske prinsipper og basert på rene betalingssystemer. USA har eksempelvis finansieringsbaserte ytelser, der helsehjelpen i praksis er varer og tjenester som selges til markedsdefinerte priser. Det har imidlertid ikke vist seg å være hverken helseeffektivt eller kostnadsbesparende (1).

En utfordring i vår velferdsstat er at finansieringsbasert styring i liten grad er akseptert utad. Tidligere har vi derfor levd med «manglende innbetalinger» ved å ta driftskostnadene som de kommer. Resultatet har vært budsjettoverskridelser år etter år. I praksis har dette latt seg gjennomføre ved tilførte ekstrabevilgninger, slik det også ble i 2022 (2).

Dette er imidlertid i ferd med å endre seg. Kravene til økonomisk styring blir stadig mer stringente. Helseforetaksreformen av 2002 flyttet helseforetakene vekk fra politikernes direkte forvaltning, noe som blant annet førte til at store deler av helsetjenestene nå styres etter økonomiske modelleringer der helseforetakene får betalt for sin produksjon. Gjennom denne betalingen skal de finansiere sin drift, som ikke bare omfatter utgifter til pasientbehandling, men også forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter samt alle andre tilhørende løpende og faste utgifter for personalkostnader, IT-løsninger og bygningsmasse.

Problemene vi nå møter er at sykehusene må klare seg med de pengene som tildeles, samtidig som de må imøtese lovnader gitt av andre enn helseforetakene, nemlig politikerne. Her er det ofte manglende samsvar i forståelsen av hvilke ressurser som kreves, og tjenestene som skal leveres. Krav om fødetilbud i Kristiansund og ABC-klinikken i Oslo er blant nylige eksempler som tydelig viser spenningsforholdet mellom økonomiske styringsrammer og forventninger om helsetilbud. Underdimensjonerte sykehusbygg og uegnede IT-systemer er andre eksempler på manglende samsvar mellom tilførte ressurser og det som forventes levert.

«Sykehusene har signalisert forventninger om høyere produksjon til lavere kost og med mindre bemanning som skal møte friskere på jobb»

I et forsøk på å møte budsjettkravene for 2023 har flere av helseforetakene vist til at produksjonen skal øke, mens innleid arbeidskraft skal opphøre – så langt det lar seg gjøre. Samtidig skal lønnskostnadene ikke bevege seg nevneverdig ut over forventet prosentvis lønnsøkning, og utgifter til sykefravær forventes å synke. Sykehusene har i tråd med oppstilte krav dermed signalisert forventninger om høyere produksjon til lavere kost og med mindre bemanning som skal møte friskere på jobb. Skal alt dette innhentes ved «effektivisering»? Hvor har det i så fall ikke vært effektivt nok før?

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol vektla i sykehustalen i januar at sykehusene må prioritere tydeligere i sin drift (3). De skal «kritisk gjennomgå» vikarbruk, utarbeide rapporter om bemanning, bruke mer tid på pasienter og følge opp sårbare barn og unge. Det er videre vist til at det er overforbruk av laboratorie- og røntgentjenester, og at sykehusene må kartlegge dette.

Om vi ser bort fra den manglende konsistensen som ligger i noen av disse uttalelsene, bør det trekkes noen slutninger:

Vi leger bør i større grad bidra til at vårt arbeid går til pasienter og helsetjenester. En omprioritering bør medføre kutt i de stadig økende arbeidsoppgavene som går til byråkratiske systemer. Mange av oss bruker store deler av arbeidsdagen på rapporter, møter og prosjekter som har til hensikt å opprettholde komplekse systemer fremfor helse til befolkningen. Det gir liten mening å sette opp innviklede finansieringssystemer som underfinansierer sykehusene og fører til kjøp av dårlige digitale systemer og underdimensjonerte bygg, når det politiske målet er det motsatte. Infrastruktur for levering av helsetjenester er en forutsetning som må skaffes til veie uten finurlige sammenkoblinger med behandlingskoder og vikarleie!

Det vil bli stilt mye høyere krav til prioriteringer i fremtiden. Dette må vi ta på alvor. Prioritering av hva som er riktig og nødvendig helsehjelp må være vurderinger som vi leger bidrar med på vegne av pasientene og samfunnet. I motsatt fall risikerer vi at økonomene tar over styringen av helsesektoren med sine modeller, koder og rammer. Vi må nok akseptere at økonomien setter rammer for hva vi kan gjøre, men det må ikke bli et mål. Vi ønsker fortsatt et velferdssystem som først og fremst gir helse etter behov, og ikke etter økonomi.

REFERENCES

1. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators - Highlights for the United States. <https://www.oecd.org/unitedstates/health-at-a-glance-US-EN.pdf> Lest 4.3.2023.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Styrkar sjukehusa sin økonomi for 2022. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/styrkar-sjukehusa-sin-okonomi-for-2022/id2948518/> Lest 4.3.2023.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Sykehustalen 2023. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/2022> Lest 4.3.2023.

