



Charlotte Haug (f. 1959) er dr.med. og har en mastergrad i helsetjenesteforskning fra Stanford University. Hun har vært sjefredaktør i Tidsskriftet siden 2002.

Foto: Einar Nilsen

Land i rask utvikling har muligheten til å tenke helt nytt om helsetjenester – og gjør det. Tør vi lære av dem?

Froskehopp

«Vi studerer absolutt hvordan helsetjenesten er organisert i Nord-Europa og USA,» sa Subramaniam Sathasivan til meg. «Vi ønsker å lære – ikke minst hva vi ikke skal gjøre.» Subramaniam er dermatolog med utdanning fra Singapore, Wales og Irland og fra 2013 helseminister i Malaysia. Ordene falt på et møte i regi av World Economic Forum, der temaet var helsetjenester og helsesystemer i land i rask utvikling (1). Dette er land som Sør-Afrika, Tyrkia, Mexico, Kina, India, Indonesia og Malaysia, med kraftig vekst i nasjonaløkonomi, gjennomsnittsinntekt og levealder. Sammen med veksten stiger befolkningens forventninger til offentlige og private institusjoner og tjenester – for eksempel helsetjenesten. Subramaniam fortalte at Malaysia har et offentlig finansiert helsevesen som gir befolkningen god tilgang til et nettverk av offentlige og private klinikker til rimelige priser. Utfordringen er å møte de økte forventningene til høyere kvalitet, kortere ventetider og tilgang til de nyeste behandlingsmetodene uten at budsjettene sprenges og tilgjengeligheten reduseres.

Disse landene ønsker å reprodusere utviklingen i Vesten for å få tilgang til de samme godene. Når det gjelder helsetjenester, er slik etterlikning verken mulig eller ønskelig. Man ønsker de samme medisinske fremskrittene, men ser at den måten vestlige land har organisert og finansiert helsetjenestene på, ikke er bærekraftig i det lange løp. Det er blitt altfor dyrt, og det er lite samsvar mellom utgifter og viktige markører på helsetilstand, for eksempel forventet levealder. USA bruker nå 18 % av sitt bruttonasjonalprodukt (BNP) på helsetjenester, 8 000 dollar per innbygger, og har en forventet levealder på knapt 79 år. Singapore har en forventet levealder på drøyt 82 år og bruker 2 500 dollar per innbygger, 4,5 % av BNP. Norge har en forventet levealder nesten på høyde med Singapores, bruker mer enn USA i kroner per innbygger, men bare drøyt 9 % av BNP. Disse tallene kan beregnes på litt ulike måter, men hovedbudskapet er klart: Selv om den økonomiske veksten fortsetter i land som Mexico, Malaysia og Kina, er det utelukket at de kan bruke så mye på helsetjenester som USA og Norge. Det er ikke bare investeringene i rene penger som gjør det umulig å etterlikne utviklingen i vestlige land – Nigeria vil trenge 700 000 nye leger innen 2030 for å få samme legedekning som et gjennomsnittlig OECD-land. Kostnaden bare for utdanningen – gitt at det kunne la seg gjøre – ville være ti ganger det offentlige helsebudsjettet i Nigeria i dag. Hvis utdanningstempoet fortsetter i samme takt, ville det ta 300 år å nå dagens nivå på legedekning i OECD-landene.

«Leapfrogging» – å ta froskesprang – betyr å fremskynde utviklingen ved å ta i bruk ny teknologi eller nye handlingsmønstre for å hoppe over utviklingstrinn andre har måttet gå igjennom. Det klassiske eksemplet er introduksjon av mobiltelefoner i avsidesliggende områder i Afrika. Disse områdene fikk alle de sosiale og økonomiske

fordelene av et moderne telenettverk uten å gå veien om store investeringer i dyr infrastruktur for fasttelefoni. Det var muligheten til å foreta noen slike sprang innen helsesektoren som ble diskutert på møtet jeg nevnte innledningsvis. Det å ligge etter i utvikling kan snus til fordel. Et av problemene i vår del av verden er at teknologier, samarbeidsformer og strukturer som ble utviklet for å møte gårtdagens utfordringer, forblir en del av systemet også etter at forutsetningene er endret og bedre metoder er tilgjengelige. De fremvoksende økonomiene kan se mer fritt på hva som er hensiktsmessig fordi de slipper å ta hensyn til tidligere investeringer og etablerte interesser.

I motsetning til tilfellet med mobiltelefonene i Afrika, finnes det ikke et ideelt organisert helsevesen man bare kan etterlikne og implementere. Målsettingen er derfor å ta noen virkelig store og drastiske froskehopp forbi de løsningene vestlige land bruker i dag og utvikle helt nye alternativer tilpasset morgendagens pasienter, teknologi og sykdomspanorama – løsninger som gjør tjenestene billigere og dermed tilgjengelige for mange flere. Og det er mulig! Enkelte steder i India kan man tilby avanserte tjenester til en brøkdel av prisen de samme prosedyrene koster i den vestlige verden, og med dokumenterbare, svært gode resultater. Lavere lønns- og kostnadsnivå forklarer bare en liten del av prisforskjellene. Hovedårsaken er utradisjonelle og desentraliserte måter å organisere tjenestene på og, ikke minst, en annen bruk av leger og annet helsepersonell (2). Andre eksperimenter med forenklete utdanningsløp og desentralisert diagnostisk teknologi. Og ikke minst er det mange som forsøker å effektivisere helsehjelpen til kronisk syke. Fortsatt er helsetjenestene i de fleste land organisert som om pasientmøtene er enkeltepisoder.

Det er et stort paradoks at medisinsk forskning er helt i front, mens måten vi tilbyr helsetjenester på har forandret seg lite. Subramaniam Sathasivan oppsummerte slik: «Det er ikke først og fremst mer klinisk forskning, mer utstyr eller flere medikamenter vi trenger. Vi trenger bedre logistikk, andre holdninger, riktigere incentiver og mer involvering av pasienter og befolkningen for øvrig.» Nye tanker om hvordan helsetjenester av høy kvalitet kan leveres til en langt lavere pris, har naturligvis også relevans for oss. Det er truende. Det virkelig store froskehoppet ville være hvis vi tok sjansen på å rive oss løs fra bindinger til tidligere investeringer, ideologier og interesser for å frigjøre ressurser til beste for alle de pasientene som ikke får det de har behov for – selv i verdens rikeste land.

Litteratur

1. World Economic Forum. Health systems leapfrogging in emerging economies. www.weforum.org/reports/health-systems-leapfrogging-emerging-economies# [2.12.2014].
2. Govindarajan V, Ramamurti R. Delivering world-class health care, affordably. <https://hbr.org/2013/11/delivering-world-class-health-care-affordably> [2.12.2014].