

KANDIDATNUMMER: 101

Kandnr 101,HMED4102 Komparativ helsepolitikk, våren 2016

Helseforhold og hovedtrekk i helsesystemet i USA

Historie:

Privat helseforsikring så dagens lys i USA tidlig på 30 tallet. Dallas Texas var først ute i 1929 med en forsikringsplan gjeldende sykehus.(1)

Amerikanere som hadde privat helseforsikring vokste dramatisk i 40 og 50 årene. I 1939 hadde bare 6 millioner amerikanere forsikring mens cirka halvparten av befolkningen var dekket i 1950 (75 millioner)(1)

I 1965 kom den inntil da største helsereformen i USA, den ble innført av president Lyndon B Johnson. Landets første store føderale helseforsikringsprogrammer ble da innført gjennom Medicare og Medicaid. Medicare dekket aldersgruppen fra 65 år og oppover samt de med funksjonshemming. Ett hull i Medicare var lenge dekningen av nødvendige legemidler. Et skritt på veien kom i 1988 da «Medicare Catastrophic Coverage Act» ble implementert i lovgivningen. Det skulle imidlertid bli omkamper, og først i 2006 er denne dekningen lagt til i Medicare.(1)

Medicaid skal dekke de med lavest inntekt (de fattige), Ordningen er behovsprøvd, og praktiseres ulikt statene imellom(1, 2)

Flest forkjempere for offentlige sykeforsikringer har vært å finne blant demokratene, blant de mest kjente av dem er Ted Kennedy og Bill Clinton, blant republikanerne er det færre, men Mitt Romney er imidlertid ett eksempel på en tilhenger av dette.(3)

Problemet for enkeltpersoner i USA er at de har stått utenfor forsikringsordningene og ikke har blitt plukket opp av Medicare og Medicaid , eksempler på disse kan være lavinntektsfamilier (ikke de aller fattigste) og personer tidlig i livets fase, og blant disse er det mange studenter.(3)

Akkurat dette ville Obama gjøre noe med, og hele 16- 17 % av den amerikanske befolkningen sto uten forsikring før Obama tok grep.(3)

Amerikanerne fikk i 2015 dekket sine helsetjenester på forskjellige måter. 46% får dekket dem via arbeidsgiver, 17% gjennom Medicare, 22% gjennom Medicaid, 6% har en individuell forsikring og 11% er uforsikrede.(4)

Obamacare:

Obamas hovedtanke bak reformen er at alle amerikanere skal ha en helseforsikring.(5) Dette betyr at fattige og lavinntektsgrupper skal få forsikringer over offentlige budsjetter. Det har vært mange

omkamper, men Obama har fått igjennom at det også er lovpålagt av hver enkelt å skaffe sin egen sykeforsikring. Hjelp og støtte skal gis for de vanskeligst stilte gjennom Medicare og Medicaid .

Det skal også bli ulovlig for forsikringselskaper å nekte enkeltpersoner med en sykdomshistorie sykeforsikring.

Som sagt har det vært mange omkamper rundt Obamas helsereform, med endelig den 28 juni 2012 ga høyesterett en kjennelse i USA om at reformen ikke var grunnlovsstridig.(6)

Selv om reformen er vedtatt praktiseres den fortsatt ulikt i de forskjellige delstater med hensyn til hvor mye av reformen som er gjennomført og implementert, dette har selvsagt sammenheng med den politiske styringen av disse.(3)

Eksempel på en studie gjeldene effekten av reformen viser at det i California er en signifikant økning i å inneha helseforsikring for lavinntektsfamilier.(7)

Fordelen med Obamacare er at flere er forsikret. Forsikringselskapene kan heller ikke nekte uforsikrede forsikring. Hvis man ikke følger dette blir man ilagt et straffegebyrer.

Det negative med Obamacare :

Flere innbyggere som er friske velger å betale ett straffegebyr på 750 dollar istedenfor å tegne en forsikring, ettersom man etter reformen uansett har dekning hvis det skulle bli en endring egen helsetilstand. Dette for å spare forsikringspenger.

Forsikringselskapene velger også i noen tilfeller å betale ett gebyr for å nekte enkelte med sykdomshistorie forsikring, dette for å slippe kommende forventede utgifter.

Utgiftene på offentlige budsjetter økes av denne grunn, og dette var uforutsett bivirkning av innføringen.

Ett annet problem er at det nedlegges sykehus i USA som ikke klarer seg økonomisk etter at de er pålagt gjennom reformen å behandle pasienter med takster satt av det offentlige. Detroit ble nevnt i en forelesning som ett eksempel på dette. Sykehus er i Detroit redusert fra 15 til 7 de siste årene .(8)

Det amerikanske helsesystemet kan ellers beskrives som et multippelt system som opererer alene og til tider sammen med hverandre. Det er begrenset med reguleringer i systemet, og systemnivåplanlegging er lite koordinert i USA i sammenlikning med andre land, deriblant Norge. Private interessenter spiller større rolle i USA enn i mange andre høyinntektsland.(1)

En oppsummering av systemet gjeldene hvordan systemet fungerer for hver enkelt amerikaner kan forklares ved å dele inn befolkningen i fire kategorier gjeldende forsikring og helsetilgang.

1: Frivillig forsikring, refusjon av pasienten:

Foregår gjennom forsikringsselskaper hvor det er risikjusterte premier, tjenesteyter sender regning til pasient. Forsikringsselskapet refunderer denne med en eventuell egenandel. Alt er inkludert og dekket.

2: Frivillig forsikring, kontrakter forsikring og helsetjenester

Forsikringsselskapene konkurrerer om kundene, kontrakter inngås etter en eventuell konkurranse.

Premien på forsikringene varierer med hensyn til valgfrihet. Kostnadene varierer etter kontraktstype.

3: Frivillig forsikring, integrasjon forsikring –helsetjenester

Forsikringsselskapene konkurrerer om kundene. Forsikringsselskapene tilsetter og eier helsetjenestene. Forsikrede må da få behandling her. Det er også en kontroll ved kostnadsnivået, slik at det er tak for hvilke behandlinger og metoder forsikringen inkluderer.

4: Obligatorisk forsikring, kontrakter forsikringsselskap – helsetjenester

Obligatorisk forsikring som er premie eller skattebasert. Forsikringsselskaper/offentlige myndigheter inngår kontrakter med tjenesteyterne etter en eventuell konkurranse. Kostnader er avhengig av kontraktstype.(3)

Utfordringen til Obama har vært i kategori 2 og 3 hvor flest har stått uten forsikring. For disse er det Obamacare som er ment skal være løsningen.

Hvordan fungerer så det norske helsesystemet:

Det norske helsesystemet på sin side kan karakteriseres som delvis desentralisert. Ansvar for spesialistbehandling har siden 2002 ligget hos staten som er eier av de fire regionale helseforetakene (RHF), RHF ene eier igjen de ulike helseforetakene. Kommunene har derimot et eget ansvar for primærhelsetjenesten og har stor grad av frihet i organiseringen av denne. Fylkenes rolle er de forebyggende helsetjenestene.(9)

Helse og omsorgsdepartementet har ansvaret for og fører tilsyn med helsetjenesten, men flere oppgaver er delegert ulike underliggende etater. Departementet styrer aktivitetene til de underliggende etatene gjennom direkte styring for nasjonale etater, eller gjennom

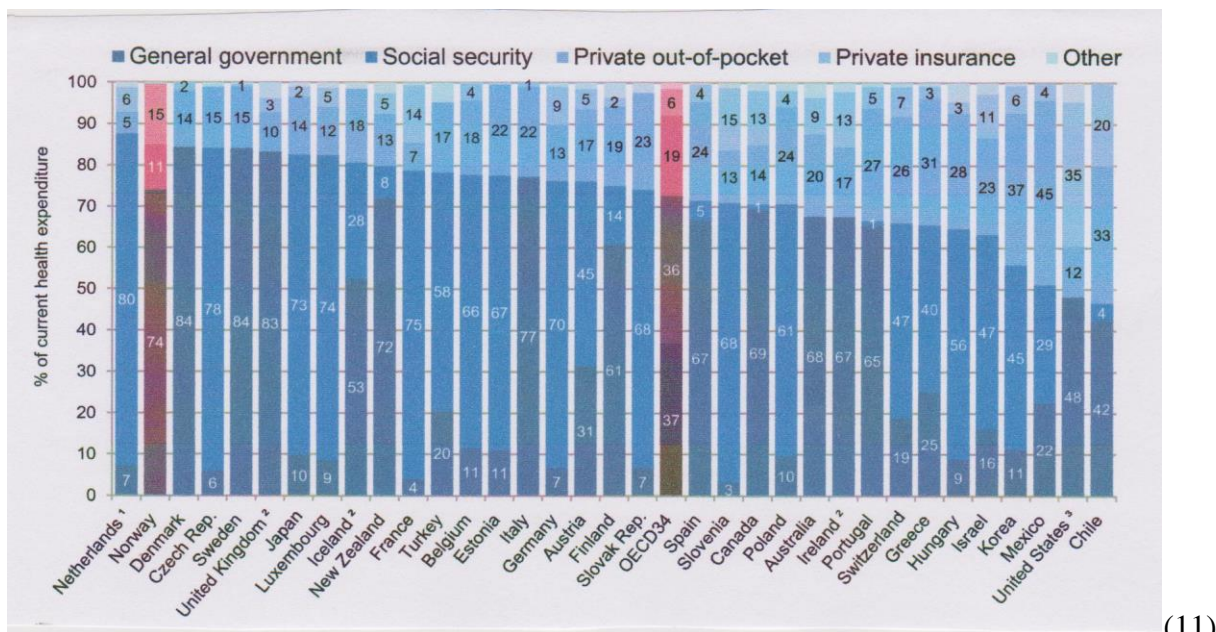
eierskapsordninger som budsjetter og oppdragsdokumenter for de regionale helseforetakene, samt lovverk og finansielle instrumenter for fylkeskommuner og kommuner. Departementet har ansvaret for at helse- og omsorgstjenester er i samsvar med de nasjonale lovene og forskriftene.(9)

Indikatorer for vurdering av helsesystemer:

Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) har indikatorer for å vurdere kvaliteten på hverandres helsesystemet. Dette gjeldene hvert enkelte lands ivaretagelse av befolkningens helse og deres helsetjenester. Via disse indikatorer kan man da sammenlikne de ulike medlemsland. OECD har 34 medlemsland , deriblant Norge og USA.(6)

På OECD egne nettsider finnes det indikatorer innen følgende områder:

Primæromsorg, akutt omsorg, mental helse, kreftbehandling, pasientsikkerhet, respons og pasientopplevelser, styrking av helseinformasjon og infrastruktur og indikatorer innen kardiovaskulær sykdom og diabetes.(10) Utfra tall kan man da se at Norge har en god helsetilstand, forventet levealder er høy, og vi har en lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag sammenlignet med de andre OECD landene. Helsevaner er også bedre enn snittet. Når det gjelder kostnadsandelen til pleie og omsorg er det fortsatt Norge som har de største utgiftene .



(11)

Utgifter i helsetjenesten etter type tjenester

Når det gjelder det landet som bruker klart mest på helsetjenestene totalt så er det USA, som bruker 8713 US dollar per innbygger. Norge på sin side bruker 5862 US dollar pr innbygger.(11) Tall fra 2012 viser at USA brukte totalt 2,8 trillioner US dollar på helse.(12)

Når utgiftene kun er sett på i forhold det offentlige helsevesenet topper Norge statistikken.(11) Det er offentlige helsevesenet er jo mye mer omfattende utbygd her enn i USA , der private aktører dominerer .

Out-of-pocket betalinger er også forskjellig mellom Norge og USA. Dette er direkte utbetalinger hver enkelt må gjøre til den enkelte tjenesteyter for ulike helsetjenester. Disse kan det bli gitt refusjon på avhengig av egen forsikringsdekning. Norge på sin side har små egenandeler, mens det offentlige dekker resten.

Hva er bedre i USA: Er man godt dekket gjennom arbeidsgiver og egne forsikringer kan man velge behandlingsmetoder og sykehus selv etter renome` og resultater, og få nesten ubegrenset av muligheter. Det kan være begrensninger hvis sykehuset man velger ikke har ett nettverk til eget forsikringsselskap, da kan det tilkomme en out of pocket betaling. Tannhelse er også dekket i USA. Det skal imidlertid sies at dette gjelder en del av befolkningen, og særlig den delen nevnt under kategori 1 og delvis kategori 2.(3, 13)

Øyeblikkelig hjelp er imidlertid likt i våre land, alle har uansett rett til akutt behandling. Det er behandlingen etterpå som er forskjellig. I USA er den beroende på forsikringsdekning, i Norge skal det være likebehandling uansett sosial status og inntekt gjennom det offentlige. Her hjemme er det selvsagt også mulig å tegne private forsikringer på egen hånd, eller at man har ekstradekninger gjennom arbeidsgiver. Dette i hovedsak for å unngå ventetider på behandling.

I undervisningen ble det nevnt en historie der en mann uten fast bosted i San Fransisco ble overkjørt av trikken og måtte amputere, han fikk akuttbehandling, men var å se på gata etter få dager i rullestol. Dette angivelig for at han manglet de nødvendige dekninger for videre behandling.(3)

Uansett om denne historien er fiktiv eller ikke, viser den tydelig forskjellen på hvordan to moderne velferdsstater i dette tilfellet i ytterste konsekvens kan fungere.

Hvordan er oppbygningen av velferdsstaten i ulike land:

Velferdsstatens tre modeller:

Den Sosial-Demokratiske modellen: Universalisme, du er garantert tilgang på fordeler og tjenester basert på statsborgerskap. Eksempler på dette er de nordiske land, da selvsagt inkludert Norge.

Den Kristne-Demokratiske modellen: Basert på subsidaritetsprinsippet (Sosialforsikring)Eksempel på land som har denne modellen er Tyskland.

Den Liberale modellen: Den er basert på markeders dominans (frie markedskrefter), og privat provisjon. Staten griper bare inn når det handler om å lindre fattigdom og sørge for at grunnleggende behov blir dekket i egen befolkning. Eksempel på land som har denne modellen er USA.(14)

Denne liberale modellen tillater fremvekst av private omsorgsselskaper som Kaiser Permanente.

Kaiser Permanente er et av de største selskapene som tilbyr helsetjenester I USA, og de har base i Oakland California. De tilbyr helse og forsikringstjenester. Medlemmene deres har støtte av ett komplett helseteam. I februar 2016 hadde de totalt 10,6 millioner medlemmer, hvor de fleste er i California. De finnes i sju regioner fordelt på åtte stater samt Washington DC.

Viktig for Kaiser er å forebygge sykdom, noe som gagnar den enkelte pasient og selskapet. Gjeldende kreftforebygging er de opptatt av å oppdage kreft tidlig. De har gode screeningprogrammer for blant annet colon og brystkreft , og skårer høyest på kvalitet blant tilbyderne av helsetjenester i landet.(4)

Kaiser er gode på kreftbehandling, og USA er blant de land nordmenn søker til for å få bedre kreftbehandling i. Hvorfor er det slik? Er ikke det norske helsevesen det beste? Er andre bedre, og hvorfor, er spørsmål jeg har undret meg over.

Ett eksempel er Rimi Hagen som velger å betale for sin behandling gjeldende cancer prostata ved John Hopkins Universitetssykehus i USA. Professor Edvard Schaeffer ved sykehuset sier at dødligheten ved en prostatakreftdiagnose er halvparten i USA sammenlignet med Norge.(15)

Norge har jo et offentlig helsevesen basert på skatteinntekter, med ett privat innslag som delvis er finansiert av det offentlige for å ta unna ventelister.

Hvorfor valgte ikke Rimi hagen ett av våre egne sykehus?

Sykehus i Norge skal tilby befolkningen spesialisert behandling. De har i tillegg oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. De viktigste lovene for sykehusdrift er Helseforetaksloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Pasientrettighetsloven.(16)

Den norske modellen skal gi god behandling til alle, Kong Salamo og Jørgen Hattemaker skal behandles likt. I Norge har vi allikevel et fritt sykehusvalg og fra 1 november 2015 og kan den enkelte utfra indikatorer se hvilke sykehus som har god kvalitet og korte ventelister. Hvis mobilitetsfaktoren hos den enkelte gjør det mulig kan man velge blant disse. (17)

I andre land deriblant USA er det slik at behandlingstyngden, og type behandling eventuelt behandlingssted kommer an på hvilken i forsikringskategori du tilhører. Tilhører du kategori 1 og delvis i kategori 2 som beskrevet tidligere, har du gjennom forsikringsordningen mulighet til å velge blant de beste.

I denne kategorien slipper du å tenke på om protonbehandling er tilgjengelig for cancerbehandling, du slipper å tenke på om du har rett til den nye dyre kreftmedisinen som har kommet på markedet og som i studier viser økt livskvalitet og økt livslengde.

Økonomi kommer her i andre rekke du er uansett dekket og har krav på det beste.(3)

Det er når du står uten ordninger, veien er vanskelig og lang. Akkurat dette vil jo Obama gjøre noe med, ved å pålegge den enkelte amerikaner via lovverket å tegne nødvendige helseforsikringer.

I 1987 var den totale kostnaden til cancerbehandling i USA 24,7 billioner dollar. Private forsikringer finansierte (42%) ,Medicare (33%), out of pocket (17%) andre (7%) og Medicaid (1%)

I 2005 var den totale kostnaden 48,1 billioner dollars fordelt på: Private forsikringer: (50 %), Medicare (34%), out of pocket (8%), andre (5%) og Medicaid (3%)

Trender: Stor økning i utgiftene hvor private, Medicare og Medicaid betaler mere.(18)

Framskrivninger viser at i 2020 vil kostnader til cancerbehandling være 173 billioner dollar.(19)

Studiene som viser dette er publisert i 2010 og 2011. Det som er sikkert er at utgiftene på kreftbehandling øker, ekstra spennende blir det å se på om offentlige utgifter fortsetter å øke gjennom Obamacare, og om hvordan utgiftene skal dekkes.

I Norge er statsborgerskap nøkkelen til å få helsetjenester deriblant kreftbehandling, du trenger da ikke å forholde deg til forsikringsselskaper, og bruke tid og krefter på bilag fra behandler som igjen skal refunderes via gjeldende forsikringsordning.

Delvis realisert i Norge er også sentralisering av kreftbehandlingen for å øke kvaliteten ved at få sykehus opererer flere pasienter.(20)

Utfordringen hos oss er at ikke all ny kreftmedisin og kreftbehandling blir tatt i bruk før studier og avhandlinger utført av arbeidsgrupper er fremlagt. Bytte av statsråder og skifte mellom borgerlig og sosialistisk flertall på stortinget har også hatt innvirkning. Innføring kan i mange tilfeller ta for lang tid, og fagmiljøer føler at de ikke blir hørt slik at økonomi kan bli styrende framfor den beste pasientbehandlingen. Helsebudsjettet gitt via statsbudsjettet spiller selvsagt her en viktig rolle.

For å få en forutsigbarhet og et system på dette er det innført i Norge et nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Systemet koordineres av Helsedirektoratet og har sin egen nettside. Systemet baseres på fire faser før en ny metode, eller innføring av nye legemidler blir gjort. De fire fasene ved innføring av nye metoder består av: Forslag, metodevurdering, en beslutning og i siste fase kommer implementeringen.(21)

Dette er en forbedring, men ventetiden for mange på nye medisiner og behandlingsmetoder er fortsatt lang, og for enkelte kommer de for seint til å gjøre en forskjell.

Når det gjelder legemidler og legemiddelindustri har USA alltid vært langt framme, og det har resten av verden nytt godt av.(3)

Når det gjelder kreft og kreftforskning i USA etablerte kongressen i 1937 The National Cancer Act. The Act etablerte The National Cancer Institute for å være banebrytende og forske på diagnoser og kreftbehandling.

Dette har videreutviklet seg, og i 1971 var Nixon involvert i en ny utvidelse som blant annet resulterte i nasjonale kreft program, nye kreftsentere og en internasjonal kreftdatabank.(22) De utvikler seg stadig og er en global ressurs gjeldende kreftbehandling. Dette kan selvsagt forsikrede pasienter i USA nyte spesielt godt av.

Norge kommer etter og har de seinere år og har kommet med Nasjonal kreftstrategi og Nasjonal handlingsplan for kreft. Disse beskriver blant annet pakke og pasientforløp for kreft. Dette er også startet opp.(16)

I USA finnes ulike guidelines for screening av kreft. Ett eksempel er screening av brystkreft, som er behovsprøvd. Via en nasjonal komité rangeres behovet til ulike aldersgrupper i kategorier fra A til D, der A og B er pålagt dekket av forsikringsselskapene. Eksempelvis er kvinner i alderen 50-74 er kategorisert i gruppe B. I Norge tilbys dette alle kvinner mellom 50 og 69 annen hvert år.(23)

I California har Stanford University Hospital en separat sykehusenhet for kreftkirurgi. Dette for å gjøre logistikk og kvaliteten på behandlingen bedre med hensyn til standardisering. (8)

Private investorer er også viktige bidragsytere når det gjelder kreftbehandling. Ett eksempel er Sean Parker, en investor fra Silikon Valley som opprettet The Parker Foundation. Hans fond har gitt penger til Sykehus ved Stanford og UCSF Medical Center til kreftbehandling. Vi har selv sett at slike donasjoner gir sykehusene mulighet til å kunne tilby moderne fasiliteter til det beste for pasienter med forsikring tilknyttet disse.(24)

Men er det amerikanske helsesystemet bedre enn det norske totalt sett? På studieturen med hensyn de foreleserne vi har hatt, er svaret nei.

"We don't have good healthcare over her. We spend a lot of money and don't get much out of it. But that you already know" Steve Shortell (Professor of policy and health management Berkeley University)(8)

Konklusjonen må være at Norge har et totalt ett bedre helsesystem enn USA for enkeltmennesket der ingen med statsborgerskap holdes utenfor. USA har ett bedre for noen, blant annet innen kreftbehandling. Men det er et komplekst system der noen alltid vil falle utenfor.

1. Rice R, Unruh, Barnes. Health System in Transition. Vol15No3. 2013.
2. Healthplan S. Undervisning 06.05.2016. 2016.
3. T H. Det amerikanske helsesystemet Undervisning 18.04.2016. 2016.
4. Permanente K. Forelesning 04.05.2016 2016.
5. Hall M LR. Obamacare: what the Affordable Care Act means for patients and physicians
6. Wikipedia. 2016.
7. E G. Health Affairs. 2015.
8. University S. Forelesning 02.05.2016. 2016.
9. Ringard Å SA, Saunes I, Lindahl. Det norske helsesystemet. Health system i transition. 2013.
10. OECD. Health Care Quality Indicators. 2016.
11. Saunes IS TO, Helgeland J, Lindahl AK. Norsk helsetjeneste sammenlignet med andre OECD land. 2015.
12. T R. Challenges facing the United States of America in implementing universal coverage Policy and Practice. 2014.
13. University B. Forelesning 04.05.2016. 2016.
14. J F. Norwegian Health System. 2015.
15. VG. Hagen overlevde kreften. 10.11.2013.
16. Regjeringen.no.
17. Helsenorge.no. Fritt behandlingsvalg.
18. Tangka F K TJG, Richardson. L C, Howard D, Sabatino S A, Finkelstein E A. Cancer treatment cost in the United States. 2010.
19. Mariotto A B YKR, Shao Y, Feuer E, Brown M L. Projections of the cost of Cancer Care in the United States 2010-2020. Oxfors University Press. 2011.
20. T H. Finansieringsmodeller for sykehus Undervisning 30092016 2015.
21. Helsedirektoratet. Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialhelsetjenesten. nyemetoderno.
22. cancer.gov. National Cancer Institute.
23. Bryskreftforeningen. Bryskreftforening.no. 2016.
24. UCSF. Forelesning 06.05.2016. 2016.