

RAPPORT

***En komparativ analyse av spesialist-
helsetjenesten i Finland, Sverige,
Danmark og Norge:
Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007***

Sverre A.C. Kittelsen, Kjartan Sarheim Anthun, Birgitte
Kalseth, Jorid Kalseth, Vidar Halsteinli, Jon Magnussen

SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret

Juli 2009

En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007

Forfattere:

Sverre A C Kittelsen, Frischsenteret (prosjektleder)

Kjartan Sarheim Anthun, SINTEF Helsetjenesteforskning

Birgitte Kalseth, SINTEF Helsetjenesteforskning

Jorid Kalseth, SINTEF Helsetjenesteforskning

Vidar Halsteinli, SINTEF Helsetjenesteforskning

Jon Magnussen, Institutt for samfunnsmedisin, DMF, NTNU

**SINTEF****SINTEF Teknologi og samfunn**

Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim

Besøksadresse:

Teknobyen innovasjonssenter

Abels gt 5

7030 Trondheim

Telefon: 73 59 03 00

Telefaks: 932 70 800

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge:**Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005–2007**

FORFATTER(E)

Sverre A.C. Kittelsen, Frischsenteret, Kjartan Sarheim Anthun, SINTEF, Birgitte Kalseth, SINTEF, Jorid Kalseth, SINTEF, Vidar Halsteinli, SINTEF, Jon Magnussen, DMF, NTNU

OPPDRAKSGIVER(E)

Beregningsutvalget for Spesialisthelsetjenesten

RAPPORTNR.

SINTEF A12200

GRADERING

Åpen

OPPDRAKSGIVERS REF.

Lars Rønningsen

GRADER. DENNE SIDE

Åpen

ISBN

978-82-14-04800-1

PROSJEKTNR.

78H13030

ANTALL SIDER OG BILAG

128

ELEKTRONISK ARKIVKODE

PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)

Sverre A.C. Kittelsen

VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)

Pål Martinussen

ARKIVKODE

E

DATO

2009-09-01

GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)

Britt Venner, forskningssjef

SAMMENDRAG

Dette prosjektet har sammenliknet spesialisthelsetjenesten i fire nordiske land. De nordiske lands helsesystemer bygger på samme verdigrunnlag, har samme type målsettinger, er alle i hovedsak finansiert gjennom skattesystemet og har et dominerende innslag av offentlig eierskap og styring. Samtidig er det betydelige forskjeller mellom de nordiske landene i grad sentralisering, bruk av økonomiske incentiver i styringssystemene, grad av integrering av primær og spesialisthelsetjeneste etc. Resultatene i dette prosjektet nyanserer bildet for spesialisthelsetjenesten, blant annet ved å vise at realveksten for perioden 2005 til 2007 var høyere i Finland, Sverige og Danmark – enn i Norge. Oppdragsgiver har vært Beregningsutvalget for Spesialisthelsetjenesten (BUS). Prosjektet er gjennomført i samarbeid mellom Frischsenteret og SINTEF.

Noen utvalgte hovedresultater:

- Aktivitetsnivået innen somatisk sykehusvirksomhet synes å være høyere i Norge enn i de andre nordiske landene
- For psykisk helsevern for barn og unge finner prosjektet at aktiviteten i Norge er høyere enn i Finland som følge av høyt nivå på poliklinisk behandlede pasienter. Men Finland har en høyere rate for døgnbehandling
- For psykisk helsevern for voksne finner prosjektet at raten for utskrivninger og oppholdsdøgn er noe lavere i Finland enn i Norge, mens Sverige igjen har et noe lavere nivå enn Finland.
- Lønnskostnadene i Norge ligger jevnt godt over de andre nordiske landene
- Norge benytter betydelig mer ressurser til psykisk helsevern i sykehus enn de andre tre Nordiske landene
- Det er et betydelig lavere produktivitetsnivå i norske somatiske sykehus enn i Finland
- Det er ikke grunnlag for å konstatere noen forskjell i produktivitet mellom Norge og Finland når det gjelder psykisk helsevern

STIKKORD

NORSK

ENGELSK

GRUPPE 1

Sykehus

Hospital

GRUPPE 2

Statistikk

Statistics

EGENVALGTE

Komparativ

Comparative

Forord

Dette prosjektet har vært gjennomført av en prosjektgruppe bestående av forskere fra Frischsenteret, SINTEF Teknologi og samfunn og NTNU. Prosjektgruppen har bestått av:

Seniorforsker dr.polit Sverre A.C. Kittelsen, Frischsenteret - prosjektleder

Forskningsleder, dr. polit Jorid Kalseth, SINTEF, Avd. for helsetjenesteforskning

Forskningsleder, can. polit Vidar Halsteinli, SINTEF, Avd. for helsetjenesteforskning

Forsker Birgitte Kalseth, SINTEF, Avd. for helsetjenesteforskning

MSc Kjartan S. Anthun, SINTEF, Avd. for helsetjenesteforskning

Professor, dr polit Jon Magnussen, NTNU, Det Medisinske Fakultet, Institutt for samfunnsmedisin

Prosjektgruppen har hatt et nært samarbeid med medlemmer av nettverket Nordic Hospital Comparison Study Group (HNCSG). Denne gruppen har bestått av:

- Research professor Unto Häkkinen, National Institute for Health and Welfare (THL), Finland
- Researcher Kirsi Vitikainen, Institute for Health and Welfare (THL), Finland
- Researcher Miika Linna, Institute for Health and Welfare (THL), Finland
- Associate professor Clas Rehnberg, Medical Management Centre Karolinska Institutet, Sverige
- MD, MSc, PhD candidate Emma Medin, Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Sverige
- Prosjektleder Jannie Kilsmark, Dansk Sundhedsinstitut, Danmark
- Senior prosjektleder Kim Rosé Olsen, Dansk Sundhedsinstitut, Danmark

NHCSG fortjener stor takk for velvillig innsats med å fremskaffe data, samt bidrag i forhold til tilrettelegging og tolkning av disse.

Dette prosjektet er en komparativ analyse av Finland, Sverige, Danmark og Norge. Norden består som kjent av flere land enn disse. I teksten vil vi likevel for enkelhets skyld bruke "Norden" som betegnelse på disse fire landene.

Oslo/Trondheim 15.06.2009

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	6
Figuroversikt	8
Oppsummering og konklusjon	11
1 Innledning	15
1.1 Bestilling	15
1.2 Rapportens innhold	15
1.3 Noen ord om hva som sammenliknes	16
2 (Spesialist)helsetjenesten i de nordiske landene – forskjeller og likheter	17
2.1 Innledning	17
2.2 De nordiske helsesystemer	18
2.2.1 Finansiering	18
2.2.2 Styring	23
2.2.3 Tjenesteproduksjonen	26
2.2.4 Valgfrihet og tilgang til tjenester	29
2.2.5 Bruk av ressurser til helsetjenester	30
2.2.6 Oppsummering – forskjeller og likheter	33
2.3 Helsetjenestens ulike nivå - hva utgjør spesialisthelsetjenesten?	34
2.3.1 Definisjonen av spesialisthelsetjeneste	34
2.3.2 Sammenlikninger av spesialisthelsetjenesten	37
3 Aktivitet i sykehus – bruk av sykehus- tjenester	39
3.1 Innledning og problemstilling	39

3.2	Somatisk spesialisthelsetjeneste	40
3.2.1	Tilnærmingsmåte	40
3.2.2	Datagrunnlag og sammenlignbarhet	43
3.2.2.1	Totalvurdering av sammenlignbarhet ut fra tilgjengelige data	45
3.2.2.2	Forbruksmål brukt i analysen	45
3.2.3	Sammenligning av totalt sykehusforbruk	46
3.2.3.1	Rater for samlet forbruk	46
3.2.3.2	Rater på hoveddiagnosegruppenivå	48
3.2.3.3	Forbruksrater for kirurgiske og medisinske opphold	50
3.2.3.4	Forskjeller på nasjonalt nivå versus forskjeller innad i Norge	52
3.2.4	Nasjonale utviklingstall i totalt forbruk 2005-2007	54
3.2.5	DRG-grupper med prosedyrer som normalt krever innleggelse i sykehus	59
3.2.6	Operasjoner for tre typer kreft	63
3.2.7	Sammenligning av drg-grupper som er svært vanlige blant eldre	65
3.2.8	Oppsummering av hovedfunn	68
3.3	Aktivitet psykisk helsevern	71
3.3.1	Tilnærmingsmåte	71
3.3.2	Psykisk helsevern: Datagrunnlag – sammenlignbarhet - tilpasninger	73
3.3.3	Bruk av psykisk helsevern for barn og unge	74
3.3.4	Bruk av psykisk helsevern for voksne	76
3.3.5	Oppsummering aktivitet psykisk helsevern	78
4	Lønn, kostnader og ressursbruk i sykehus- sektoren	93
4.1	Innledning/problemstilling	93
4.2	Datagrunnlag	93
4.3	Justering for forskjeller i priser og valutakurser - deflator	94
4.4	Personellgruppens sammensetning og avlønning	98
4.5	Kort om kapitalkostnader	101
4.6	Forskjeller i ressursinnsats i realstørrelser	101
5	Forskjeller i produktivitet og produktivitetsutvikling	113
5.1	Innledning og problemstilling	113
5.2	Metode	114

5.3	Produktivitet i somatikk.....	115
5.3.1	Innsatsfaktorer og produkter – somatikk.....	115
5.3.2	Resultater – somatikk	116
5.3.3	Etteranalyse av produktivitetsforskjeller somatikk	118
5.4	Produktivitet i psykisk helsevern	120
5.4.1	Innsatsfaktorer og produkter – psykisk helsevern.....	120
5.4.2	Resultater – psykisk helsevern	121
5.4.3	Etteranalyse av produktivitetsforskjeller i psykisk helsevern	123
5.5	Oppsummering av produktivitetsanalysene.....	124
	Referanser	127

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Finansiering av helsetjenester	20
Tabell 2.2	Tjenester med egenandeler – kilde NOMESKO.....	22
Tabell 2.3	Ansvar for spesialist- og primærhelsetjeneste i de Nordiske landene	25
Tabell 2.4	Organisering av produksjonssiden.....	26
Tabell 2.5	Finansiering av spesialisthelsetjenester.....	28
Tabell 3.1	Oversikt over hva som inngår i de ulike land ¹⁾	44
Tabell 3.2	Totalt forbruk per 1000 innbyggere. Nordiske land og regioner i Norge. 2006.	53
Tabell 3.3	Operasjoner på uterus (livmor) ved godartet indikasjon. Per 1000 kvinner 2006.	60
Tabell 3.4	Kolecystektomi - fjerning av galleblæra. Per 1000 innbyggere 2006.....	60
Tabell 3.5	Proteseoperasjon i hofte/kne/ankel, utskrivninger og liggetid per 1000 innbyggere. 2006	61
Tabell 3.6	Operasjon på bekken/hofte/femur ekskl proteseoperasjoner Per 1 000 innbyggere. 2006	61
Tabell 3.7	Appendektomi-fjerning av blindtarm, per 1 000 innbyggere	61
Tabell 3.8	Perkutan Coronar Intervensjon (PCI), per 1 000 innbyggere. 2006	62
Tabell 3.9	Koronar Bypassoperasjon, per 1 000 innbyggere. 2006.....	62
Tabell 3.10	Fødsler, per 1 000 kvinner	63
Tabell 3.11	Tabell 3.3.1 Polikliniske konsultasjoner per innbygger 0-17 år i psykisk helsevern for barn og unge	74
Tabell 3.12	Dekningsgrad: Polikliniske pasienter per 100 innbygger 0-17 år i psykisk helsevern for barn og unge	75
Tabell 3.13	Dekningsgrad: Utskrivninger døgn per 100 innbygger 0-17 år i psykisk helsevern for barn og unge	75
Tabell 3.14	Polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger 18 år + i psykisk helsevern for voksne	76
Tabell 3.15	Utskrivninger døgnbehandling per 1000 innbygger 18 år + i psykisk helsevern for voksne.....	77
Tabell 3.16	Døgn for utskrevne pasienter per1000 innbygger 18 år + i psykisk helsevern for voksne.....	77
Tabell v3.17	Antall heldøgnsopphold og dagopphold per 1 000 innbyggere. 2006.....	82

Tabell 4.1	Kostnadsdeflatoren og deldeflatorer for lønnskostnader og for andre innsatsfaktorer.....	96
Tabell 4.2	Sammensetning av personellgruppene i statistikkgrunnlaget for lønnsdeflatoren. HA= Heltidsansatte, HE= Heltidsekvivalente, dvs. med deltidsansatte omregnet til heltid	99
Tabell 4.3	Omfanget av tillegg og sosiale kostnader i snitt over alle ansatte i hvert land og år. Lønnskostnader = månedsførtjeneste+sosiale kostnader og pensjoner. Månedsførtjeneste=grunnlønn+tillegg. Overtidstillegg er ikke inkludert.	99
Tabell 4.4	Relative lønnskostnader i 2006 innen hver yrkeskategori på tvers av land...	100
Tabell 4.5	Relative lønnskostnader i 2006 innen hvert land på tvers av yrkeskategorier.	100
Tabell 4.6	Sammenlikning Sverige og Norge, sum somatikk og psykisk helsevern. Utgifter som hhv län og regionale helseforetak har til avgrensede deler av spesialisthelsetjenesten - til egen befolkning, inkludert egenandeler.	102
Tabell 4.7	Sammenlikning Sverige og Norge, somatikk og psykisk helsevern separat. Utgifter som hhv län og regionale helseforetak har til avgrensede deler av spesialisthelsetjenesten - til egen befolkning, inkludert egenandeler.	103
Tabell 4.8	Sammenlikning Finland og Norge, sum somatikk og psykisk helsevern. Utgifter til offentlige sykehus, omfatter dermed ikke private sykehus eller private spesialister.	104
Tabell 4.9	Sammenlikning Finland og Norge, somatikk og psykisk helsevern separat. Utgifter til offentlige sykehus, omfatter dermed ikke private sykehus eller private spesialister.	104
Tabell 4.10	Sammenlikning Danmark og Norge, sum somatikk og psykisk helsevern. Utgifter til offentlige sykehus, omfatter dermed ikke private sykehus eller private spesialister.	105
Tabell 4.11	Sammenlikning Danmark og Norge, somatikk og psykisk helsevern separat. Utgifter til offentlige sykehus, omfatter dermed ikke private sykehus eller private spesialister.....	106
Tabell 4.12	OECD-tall (SHA) for de fire Nordiske landene, 2005. Nivå tall korrigert med GDB-PPP-deflator (SHA), US \$ omregnet til NOK (Kurs=6.00). Relativ sammenlikning med GDP-PPP korreksjon og med kostnadsdeflator.	107
Tabell 5.1	Beskrivende statistikk for variablene i produktivitetsanalysen i somatikk.....	115
Tabell 5.2	Forventningskorrigert (bootstrappet) produktivitet i somatikk i prosent, etter land, RHF og år. 95-prosents konfidensintervall i parentes.	116
Tabell 5.3	Etteranalyse av produktivitet. Resultater fra random-effect regresjon av de forventningskorrigerede anslagene mot ulike uavhengige variable.	

	Referanseenheden er i Helse Sør-Øst i Norge i 2007 og er ikke universitets- eller hovedstadsykehus.	119
Tabell 5.4	Beskrivende statistikk for variablene i produktivitetsanalysen i psykisk helsevern.	121
Tabell 5.5	Forventningskorrigeret (bootstrappet) produktivitet i psykisk helsevern i prosent, etter land, RHF og år. 95-prosents konfidensintervall i parentes.	121
Tabell 5.6	Etteranalyse av produktivitet. Resultater fra random-effect regresjon av de forventningskorrigerede anslagene mot ulike uavhengige variable. Referanseenheden er i Helse Sør-Øst i Norge i 2007 og er ikke universitets- eller hovedstadsykehus.	124

Figuroversikt

Figur 2.1	Andel lokal og sentral offentlig finansiering i de fire landene – 2006-2007.....	21
Figur 2.2	Andel samlet finansiering som er offentlig og privat – 2006	22
Figur 2.3	Andelen av BNP som benyttes på helsetjenester – perioden 1990-2005 – Kilde OECD Health data	31
Figur 2.4	Utvikling i kjøpekraftskorrigerede utgifter (i \$) pr innbygger 1980-2005.Løpende priser. Kilde OECD Health data	31
Figur 2.5	Kjøpekraftskorrigerede utgifter til helsetjenester pr innbygger i 2005 i prosent av tilsvarende tall for 1990	32
Figur 2.6	Andel offentlig finansiering av helsetjenester. 1990-2005	33
Figur 3.1	Forbruksnivå relativt til Norge for antall kontakter med spesialisthelsetjenesten. Norge=1. 2006. Rater per 1000 innbyggere.	47
Figur 3.2	Forbruksnivå relativt til Norge for liggedagsrate (døgn- og dagopphold), rate for drg-poeng og gjennomsnittlig liggetid. Norge=1. 2006. Rater per 1000 innbyggere.	47
Figur 3.3	Relativt forbruksnivå innen de største HDG-ene for samlet antall døgn- og dagopphold. 2006. Norge =1.	49
Figur 3.4	Avvik fra Norge i rate for drg-poeng for samlet aktivitet. Fordelt etter hoveddiagnosegruppe (HDG) og land.	50
Figur 3.5	Relativt forbruk av sykehustjenester. Kirurgiske drg-er 2006. (Norge=1).....	51
Figur 3.6	Relativt forbruk av sykehustjenester. Medisinske drg-er 2006. (Norge=1).....	51
Figur 3.7	Heldøgnsopphold per 1000 innbyggere. 2005-2007.	55
Figur 3.8	Dagopphold per 1000 innbyggere. 2005-2007.	56

Figur 3.9	Liggedager per 1000 innbyggere. 2005-2007.....	57
Figur 3.10	Drg-poeng per 1000 innbyggere. 2005-2007.	58
Figur 3.11	Polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere. 2005-2007.....	59
Figur 3.12	Operasjoner for lungekreft per 1000 innbyggere for 2006, døde av lungekreft og nye tilfeller av lungekreft. Norge=1.....	64
Figur 3.13	Operasjoner for Kolon-rektal kreft per 1000 innbyggere for 2006. Operasjoner og nye tilfeller. Norge=1	64
Figur 3.14	Figur brystkreftoperasjoner per 1000 innbyggere for 2006 og nye tilfeller av brystkreft. Norge=1.....	65
Figur 3.15	Antall opphold totalt for døgn og dagbehandling per 10 000innbygger normert i forhold til Norge (=1). Utvalgte drg-grupper.2006	66
Figur 3.16	Liggedager per 10 000 innbygger normert i forhold til Norge (=1). Utvalgte drg-grupper.2006	67
Figur 3.17	Drg-poeng per 10 000 innbygger normert i forhold til Norge (=1). Utvalgte drg-grupper. 2006	67
Figur 4.1	Kostnadsdeflator 2005-2007 kjedet med deflator 1999-2004 brukt i Kittelsen et al. (2007)	97
Figur 4.2	Deflator for andre innsatsfaktorer (GDP-PPP) 1999-2008. Kilde OECD/Eurostat.....	98
Figur 4.3	Forskjellen i prisnivå mellom de nordiske landene basert på lønnskostnader og BNP deflator.	98
Figur 5.1	Utvikling i gjennomsnittlig produktivitet (bootstrappet) i somatikk etter land fra 2005 til 2007 med 95-prosents konfidensintervall.....	117
Figur 5.2	Figur 5.2: Salter-diagram for produktivitetsmålene i somatikk med 95-prosents konfidensintervall.	118
Figur 5.3	Utvikling i gjennomsnittlig produktivitet (bootstrappet) i psykisk helsevern etter land fra 2005 til 2007 med 95-prosents konfidensintervall.	122
Figur 5.4	Salter-diagram for produktivitetsmålene i psykisk helsevern med 95-prosents konfidensintervall.	123

Oppsummering og konklusjon

De nordiske lands helsesystemer bygger på samme verdigrunnlag, har samme type målsettinger, er alle i hovedsak finansiert gjennom skattesystemet og har et dominerende innslag av offentlig eierskap og styring. Samtidig er det betydelige forskjeller mellom de nordiske landene i grad sentralisering, bruk av økonomiske incentiver i styringssystemene, grad av integrering av primær og spesialisthelsetjeneste etc. OECD tall viser også at det er store forskjeller i samlet ressursbruk til helsetjenester i de nordiske landene, og at Norge i de siste 10-15 årene har hatt en vekst i sin ressursinnsats som er betydelig sterkere enn de andre nordiske landene. Resultatene i dette prosjektet nyanserer bildet for spesialisthelsetjenesten, blant annet ved å vise at realveksten for perioden 2005 til 2007 var høyere i Finland, Sverige og Danmark – enn i Norge.

Et høyt nivå på ressursbruken i helsesektoren behøver ikke være noe problem i seg selv; målt i andel av samlet verdiskapning (BNP) ligger heller ikke Norge spesielt høyt i internasjonale sammenlikninger. Vår ressursbruk kan betraktes som en refleksjon av vår generelle velstand. På den andre siden vil det alltid være nødvendig å vurdere ressursbruken i én sektor opp mot hva man kunne fått igjen ved alternativ bruk av de samme ressursene. Sammenlikninger av Norge med andre land vil derfor være ett bidrag inn i en løpende diskusjon av hvordan vi best kan utnytte de ressursene vi benytter til helsetjenester.

Fokus i dette prosjektet er på spesialisthelsetjenesten. Norge sammenliknes med de andre nordiske landene på tre områder, og vi stiller spørsmålene om forbruket av spesialisthelsetjenester er høyere eller lavere, om vi bruker mer eller mindre ressurser på spesialisthelsetjenester og om produktiviteten er høyere eller lavere. Analysen dekker perioden 2005 til 2007.

Sammenlikninger av aktivitet, kostnader og produktivitet mellom land er ikke en triviell oppgave. OECD, som er den primære leverandøren av internasjonale sammenlikninger, har flere større utviklingsprosjekter på gang med sikte på å nå fram til et bedre harmonisert datagrunnlag for denne type sammenlikninger. Dels er det utfordringer knyttet til avgrensning av tjenesteområder, dels er det utfordringer knyttet til korreksjon for lønns- og prisforhold, dels er det utfordringer knyttet til komplettethet og oppdaterbarhet på data. I dette prosjektet har vi benyttet offisiell statistikk fra de fire Nordiske landene. Data fra Finland, Sverige og Danmark er hentet inn i tett dialog med nasjonale samarbeidspartnere i disse landene og så langt som mulig forsøkt harmonisert med definisjoner og avgrensninger i Norge. Som det vil framgå av de etterfølgende kapitlene, har dette ikke alltid vært like enkelt. I hovedtrekk betyr dette at vi på en del områder er forsiktige med hensyn til tolkning av de observerte forskjellene. Fra våre analyser av aktivitet, kostnader, ressursbruk og produktivitet framkommer det allikevel et ganske presist bilde av hvordan spesialisthelsetjenesten i Norge fortoner seg når den sammenliknes med de andre nordiske landene.

1. Høyere aktivitet – både innen somatikk og psykisk helsevern.

Aktivitetsnivået innen somatisk sykehusvirksomhet synes å være høyere i Norge enn i de andre nordiske landene. Våre tall viser at Norge har et høyere totalt forbruk per innbygger når dette måles gjennom døgnopphold, liggedager og DRG-poeng. Dette kombineres med et relativt lavere nivå på dagopphold og poliklinikk, og en lavere gjennomsnittlig liggetid for døgnpasientene. Det kan dermed synes som om vi er kommet kortere i bruk av dagaktivitet/poliklinisk aktivitet enn våre naboland.

Av de øvrige nordiske landene har Finland lavest totalt forbruksnivå, og det er for medisinsk behandling landet generelt sett har lavere rate.

Går vi ned på pasientgruppenivå nyanseres bildet av forbruksforskjellene ytterligere:

- Det er variasjoner mellom sykdomsgrupper, og det er grupper hvor aktivitetsnivået er lavere i Norge enn i de andre landene.
- For utvalgte kreftoperasjoner ser vi at forskjeller i sykkelighet i stor grad bidrar til å forklare forbruksforskjeller
- Det er størst forskjeller på områder hvor det finnes eller kan etableres alternativer til behandling i sykehus, og dette omfatter blant annet mange store pasientgrupper innen medisinsk behandling.

En samlet sammenlikning av aktiviteten i psykisk helsevern vanskeliggjøres av ulike definisjoner og delvis mangelfulle data. Likevel, for barn og unge finner vi at

- Aktiviteten i Norge er høyere enn i Finland som følge av høyt nivå på poliklinisk behandlede pasienter. Men Finland har en høyere rate for døgnbehandling.
- Aktiviteten synes også å være høyere i Norge enn Danmark, men her har vi kun tall for polikliniske pasienter å holde oss til.

For voksne finner vi at

- Raten for polikliniske konsultasjoner ligger på sammenliknbart nivå i Finland og Norge, med Finland litt over Norge i 2007.
- Raten for utskrivninger og oppholdsdøgn er noe lavere i Finland enn i Norge, mens Sverige igjen har et noe lavere nivå enn Finland.

Et høyere aktivitetsnivå i Norge må sees i sammenheng med den målbevisste opptrappingen og omstruktureringen som har skjedd siden 1998 i henhold til Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette gjelder spesielt det overordnede målet om 5 prosent dekningsgrad for barn og unge.

2. Høyest nivå på lønnskostnadene i Norge

Lønnskostnadene i Norge ligger jevnt godt over de andre nordiske landene. I vår sammenlikning inkluderes både fast lønn, tillegg, overtid, avgifter og sosiale kostnader. Lønnskostnadene vil derfor reflektere ikke bare avlønning av ansatte, men også for eksempel pensjonskostnader. Vi har beregnet en lønnskostnadsindeks for perioden 1999-2007, med en litt annen tilnærming for de tre siste årene enn perioden før. I hele perioden 1999-2007 lå lønnskostnadene i Norge høyere enn Sverige/Danmark, og disse lå igjen over kostnadene i Finland. Endring i beregning av pensjonskostnader ga et hopp i Norge fra 2006 til 2007, mens veksten i de andre landene kan synes å ha flatet noe ut.

Internasjonale sammenlikninger av ressursbruk til helsetjenester korrigerer for lønns- og prisforskjeller gjennom en såkalt "kjøpekraftskorreksjon". I OECD-statistikken er denne basert på en korrigering av bruttonasjonalproduktet, og tar dermed høyde for lønns- og prisforskjeller i andre sektorer enn helsesektoren. Vi har beregnet en egen deflator for helsetjenester som baseres dels på lønnskostnadene og dels på BNP-deflatoren. Vi antar at denne gir et mer korrekt bilde på kostnadsnivået for (spesialist)helsetjenester i de nordiske landene. Når denne benyttes på samlet ressursbruk blir konklusjonen at dagens OECD statistikk overvurderer forskjellen i ressursinnsats mellom Norge og de andre nordiske landene.

3. Høyere ressursbruk – særlig innen psykisk helsevern

Selv om forskjellene i ressursbruk mellom Norge og de andre nordiske landene reduseres noe når vi tar hensyn til forskjeller i lønnskostnader, er de fremdeles betydelige. Forskjeller i datagrunnlag og tilgjengelighet gjør det vanskelig å foreta en felles nordisk

sammenlikning av ressursbruk i sykehusene, men "parvise" sammenlikninger indikerer følgende bilde:

- Norge benytter noe mer ressurser per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester i sykehus enn hva tilfellet er i Sverige. I 2007 var nivået i Sverige om lag 94 prosent av nivået i Norge.
- Norge benytter mer ressurser per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester i sykehus enn hva tilfellet er i Danmark. I 2007 var nivået i Danmark om lag 92 prosent av nivået i Norge.
- Norge benytter betydelig mer ressurser per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester i sykehus enn hva tilfellet er i Finland. I 2007 var nivået i Finland om lag 65 prosent av nivået i Norge
- For alle tre landene er trenden at forskjellene blir mindre i perioden 2005 til 2007. Det indikerer at alle tre har hatt en sterkere realvekst enn Norge.

Tilsvarende får vi for psykisk helsevern:

- Norge benytter betydelig mer ressurser til psykisk helsevern i sykehus enn de andre tre Nordiske landene. Minst er forskjellen til Sverige, som i 2007 lå på et nivå tilsvarende om lag 64 prosent av nivået i Norge. Danmark og Finland lå i 2007 på henholdsvis noe under og noe over 50 prosent av nivået i Norge.

For begge sektorene er det særlig Finland som gjør seg bemerket med et lavere nivå på ressursbruken. I fortsettelsen er det imidlertid grunn til å studere årsakene til de store forskjellene innen psykisk helsevern spesielt. Sett i lys av den nylig avsluttede opptrappingsplanen for psykisk helsevern i Norge er det av interesse å få avdekket i hvilken grad forskjellene skyldes forskjeller i fordeling av tilbudet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, i hvilken grad det er forskjeller i tjenestevolum og sammensetning, og i hvilken grad det er forskjell i produktivitet.

4. Lavere produktivitet.

Tidligere analyser av produktivitetsforskjeller har indikert et betydelig lavere produktivitetsnivå i norske somatiske sykehus sammenholdt med situasjonen i Finland. De analysene som er gjennomført i dette prosjektet bekrefter dette bildet. Når vi korrejerer for størrelse og andre forhold vi antar ligger utenfor helseforetakene sin kontroll er nivået i Finland om lag 18 prosent høyere enn nivået i Norge. Forskjellen mellom de tre andre landene er ikke signifikant, selv om også Danmark synes å ha en høyere produktivitet enn Norge. Sverige ligger, derimot, svakt under.

Sverige og Danmark har ikke data som gjør sammenlikning av produktiviteten i psykisk helsevern med disse mulig. En tentativ analyse støtter i utgangspunktet bildet av et lavere nivå i Norge enn i Finland. Resultatene viser likevel en betydelig spredning innad i hvert land, og en etteranalyse tyder på at det er betydelige forskjeller i pasienttyngde som ikke blir fanget opp i produktivitetstallene. Kontrolleres for liggetid, andel barne- og ungdomspsykiatri og størrelsen på enheten blir forskjellene mellom Norge og Finland ikke lengre signifikante. Vi har derfor foreløpig ikke grunnlag for å konstatere noen forskjell i produktivitet mellom Norge og Finland.

Veien videre:

Vi vil særlig peke på fire forhold som bør følges opp i videre analyser:

For det første er det en hypotese at det lave nivået på ressursbruken i Finland og det høye nivået på produktivitet henger sammen med en modell hvor ansvaret for alle helse- og sosialtjenester ligger på samme forvaltningsnivå. Vi merker oss også at både Danmark og Sverige har en sterkere formell integrasjon mellom primær og spesialisthelsetjenesten, og kan ikke se bort fra at også dette kan forklare noe av forskjellene i aktivitet. På den andre siden er det interessant at Sverige synes å ha en lavere produktivitet i sykehusene enn de

andre nordiske landene. Vi er noe usikre på i hvilken grad dette skyldes at analyseenheten i Sverige er län, og anbefaler også en videre oppfølging av dette. Ideelt sett burde produktivitsanalyser baseres på et felles gruppert datamateriale, men dette krever konsesjoner som det innen rammen av dette prosjektet ikke har vært mulig å få.

For det andre er det av interesse å følge opp de lønnsforskjellene som dette prosjektet har avdekket. Særlig nødvendig er det kunne analysere forskjeller i kjøpekraftskorrigert lønn pr årsverk *etter skatt* for ulike yrkesgrupper.

For det tredje er det av interesse å følge opp de vesentlige forskjeller i ressursbruk knyttet til psykisk helsevern som dette prosjektet har avdekket. Er det slik at disse forskjellene reflekterer ulik organisering av tjenestetilbudet, ulik sykelighet, eller også ulik prioritering av kapasitet i psykisk helsevern? Uten bedre mål for pasienttyngde er det også vanskelig å sammenligne produktivitet innen psykisk helsevern.

For det fjerde avdekker analysene av forbruk av somatiske tjenester både forskjeller i forbruksnivå og sammensetning, som det er ønskelig å følge opp. Gjennom analyser av pasientstrømmer for store grupper av eldre pasienter bør man kunne belyse ytterlige forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i de fire landene.

I tillegg til de spesifikke analysene nevnt ovenfor vil vi også fremheve at det burde være av interesse for helsemyndighetene i alle de nordiske landene å bidra til at data om aktivitet og ressursbruk er sammenlignbare på tvers av landene. Til tross for de vanskelighetene ved sammenligning vi har avdekket i dette prosjektet er de nordiske landene fortsatt blant de gruppene av land som har mest til felles. Felles datagrunnlag gir store muligheter for komparativ helsetjenesteforskning, ikke minst i evalueringen av tiltak og politikktutforming. Dette betinger bruk av sammenlignbare kodeverk og standarder, velvilje i tilgang til de store helseregistrene, og støtte til arbeid med oppbygging av databaser på tvers av landene. Heller enn å være avhengig av enkeltprosjekter i enkeltland kunne det vært hensiktsmessig med initiativ i regi av nordiske samarbeidsorganer på myndighetsnivå.

1 Innledning

1.1 Bestilling

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) ønsker sammenlikning av nøkkeltall i norsk spesialisthelsetjeneste med andre nordiske land. Fire problemstillinger er særlig framhevet:

- Bruker vi i Norge mer eller mindre ressurser på spesialisthelsetjenester?
- Har vi større eller lavere forbruk av spesialisthelsetjenester?
- Er produktiviteten lavere eller høyere?
- Har vi en annen utvikling over tid?

En forutsetning for å kunne svare på disse spørsmålene er at de nordiske landene er sammenlignbare med hensyn til avgrensning og organisering av tjenester innad i spesialisthelsetjenesten og i forhold til primærhelsetjenester, I tillegg må det være mulig å hente inn et sammenliknbart datagrunnlag.

Diskusjon av avgrensning, registrering og sammenlignbarhet er derfor en viktig del av dette prosjektet.

1.2 Rapportens innhold

Rapporten behandler fire tema. I kapittel 2 gis først en beskrivelse og diskusjon av de nordiske landenes helsesystemer. Kapitlet behandler både helsetjenesten som en helhet, og diskuterer i hvilken grad begrepet spesialisthelsetjeneste har likt innhold i de fire landene. Bakgrunnen for denne diskusjonen er om det i det hele tatt er mulig å foreta en meningsfull sammenlikning av "spesialisthelsetjenesten", eller om man må ha en mer partiell tilnærming til seg spørsmålene i avsnitt 1.1.

I kapittel 3 beskrives og diskuteres forskjeller i aktivitetsnivået i så vel somatisk sektor som innen psykisk helsevern. Vi presenterer for somatikken både tall på aggregert nivå, og detaljerte beskrivelser av forbruk etter type pasienter (medisin/kirurgi), etter sykdomsgruppe (hoveddiagnoser) og etter grad av substituerbarhet med primærhelsetjenesten (for eksempel eldre pasienter). Med bakgrunn i konklusjonene fra kapittel 2 er det nødvendig å benytte noe plass på å redegjøre for sammenliknbarheten av data. Det legges også vekt på å diskutere hvorvidt de forskjeller som observeres kan føres tilbake til ulik organisering av tjenestetilbudet, særlig til forholdet mellom døgn- og dagbehandling. Datagrunnlaget innen psykisk helsevern er noe mer begrenset, men her skilles det både mellom behandlingsnivå (døgn/dag/poliklinikk) og mellom voksen- og barne- og ungdoms-psykiatrien.

Kapittel 4 omhandler kostnadsnivå og ressursinnsats. Sammenlikninger mellom land krever at man kan etablere en felles enhet som både tar høyde for forskjeller i valuta, forskjeller i prisnivå og forskjeller i prisutvikling. Dette er på ingen måte en triviell oppgave. I OECD sine sammenlikninger benyttes en deflator basert på brutto nasjonalproduktet, samtidig som det skjer et større utviklingsarbeid for å lage en egen, mer presis helsedeflator. I kapittel 4 beskrives både en egen nordisk lønnsdeflator og det lages en egen deflator for spesialisthelsetjenester som mer presist fanger opp lønns- og

prisforskjeller. I dette kapitlet beskrives og diskuteres dermed både forskjeller i lønnskostnader og forskjeller i ressursinnsats i realtermer.

Endelig analyseres så i kapittel 5 forskjeller i produktivitet mellom de fire nordiske landene. Innen somatisk sektor innebærer dette en oppdatering av analyser som tidligere er gjennomført i forbindelse med sykehusreformen i Norge. For første gang presenteres også tentative analyser av produktivitetsforskjeller innen psykisk helsevern.

1.3 Noen ord om hva som sammenliknes

Utgangspunktet for dette prosjektet var altså en sammenlikning av "spesialisthelse-tjenesten". Som det vil framgå av kapittel 2 er dette et begrep som ikke umiddelbart lar seg gi et presist og entydig innhold for de fire nordiske landene. Dette har ført til at vi i de praktiske beskrivelsene og analysene har måttet ta en partiell tilnærming. Dette reduserer noen steder tolkbarheten, men gir samtidig viktige føringer for hvor det i videre analyser er nødvendig å ha særlig fokus. Samtidig har det i flere tilfeller vært til dels svært krevende å hente inn data fra de andre landene på et format som har muliggjort en umiddelbar sammenlikning med Norge. Også her vil derfor noen av analysene være å betrakte som et første skritt på veien mot en mer fullstendig beskrivelse av de nordiske landene.

2 (Spesialist)helsetjenesten i de nordiske landene – forskjeller og likheter

2.1 Innledning

Det er stor forskjell mellom land i hvordan man har valgt å organisere, finansiere og styre helsetjenesten. Til tross for disse forskjellene kan det se ut som de fleste land møter de samme utfordringene: Hvordan kan vi sikre god tilgjengelighet til tjenester av høy kvalitet? Hvordan kan vi sikre at de ressursene vi benytter på helsetjenester benyttes på en, for samfunnet, mest hensiktsmessig måte? Hvordan møter vi de utfordringer et stadig økende tilbud av kostbar teknologi og kostbare medikamenter gir for systemets økonomiske bærekraft? Hvordan sikrer vi en fordeling av tjenestene dit de gir (i en eller annen forstand) størst effekt og nytte? Listen med spørsmål er lengre enn denne, og reflekterer at helsepolitikk er en krevende øvelse, som utføres under en ikke ubetydelig usikkerhet med hensyn til forholdet mellom virkemidler og mål. For de som skal utforme helsepolitikken er det viktig å redusere denne usikkerheten. Ett bidrag til en slik reduksjon er å se hva man kan lære av land som gjør ting på andre måter enn vi gjør i Norge. Heller ikke denne strategien er imidlertid uten fallgruver. Når vi kan observere mange varianter av helsesystemer rundt oss skyldes det også at disse systemene har en særskilt historisk og kulturell forankring. Det kanskje mest åpenbare eksemplet på dette er forskjellen mellom USA og Europa. Mens man i de fleste europeiske land betrakter helsetjenester som en rettighet vil man i USA hevde at helsetjenester er en tjeneste på lik linje med andre tjenester. Konsekvensen er at man i USA i langt større grad enn i Europa vil overlate til markedet å styre (store deler av) ressursfordelingen, mens man i Europa vil ønske en langt sterkere grad av offentlig styring. Denne forskjellen består til tross for at man kan påvise at den amerikanske modellen er dyrere, gir større sosiale skjevheter og ikke bedre folkehelse enn hva tilfellet er i Europa. Å endre det amerikanske systemet kan derfor like mye synes å være et spørsmål om å endre en kultur som å påvise at andre modeller kan gi både mer helse og mindre kostnader.

Dette trekker i retning av at en klok strategi kan være å forsøke å lære av land som er sammenliknbare med oss selv, men som allikevel gjør noen ting på en annen måte. I så måte kan det være lurt å se til våre naboer; Sverige, Finland og Danmark. Disse landene har mye til felles med Norge, spesielt er vi alle en del av det som ofte omtales som den Nordiske velferdsstatsmodellen. Dette notatet er ment som en innledning til en slik sammenlikning av de nordiske landene. Det er skrevet på oppdrag fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS), som ønsket en sammenliknende analyse av spesialistdelen av helsetjenesten i de fire landene. Notatet består av to deler: For det første gis en generell beskrivelse av likheter og forskjeller i de nordiske landenes helsesystemer. En forståelse av hvordan systemene er bygd opp, organisert, styrt og finansiert vil danne en bakgrunn for å kunne forklare og forstå de forskjeller som vil kunne være tilstede i forhold til ressursbruk og ressursutnyttelse. For det andre beskrives og diskuteres forskjeller mellom de fire landene i hva som utgjør spesialisthelsetjenester; hvordan disse er organisert, på hvilket nivå ansvaret for disse ligger og hvilke muligheter/begrensninger som ligger i sammenliknende analyser av spesialisthelsetjenesten i de fire nordiske landene.

Kapitlet er bygget opp som følger. I avsnitt 2 gis en kort overordnet beskrivelse av helsesystemet i de fire landene. I avsnitt 3 beskrives innholdet spesialisthelsetjenesten i

de fire landene nærmere, og vi diskuterer samtidig i hvilken grad OECDs mal for helseregnskap¹ kan danne grunnlag for sammenlikninger.

2.2 De nordiske helsesystemer

Helsetjenesten i de nordiske landene utgjør en vesentlig del av den nordiske velferdsstatsmodellen. Sentralt i denne modellen er universell tilgang til tjenester, skattebasert finansiering, altoverveiende offentlig tjenesteproduksjon, lav egenbetaling og et sterkt fokus på likhet. Under denne overordnede rammen er det allikevel vesentlige forskjeller mellom landene både i utforming av helsesektoren og i valg av helsepolitiske løsninger. Disse forskjellene kan forklares ut fra forskjeller i politisk-kulturelle forhold, fra forskjeller i makroøkonomiske rammebetingelser, fra forskjeller i hvor landene befinner seg i det som (muligens) kan beskrives som en reform-syklus, og ut fra ulik holdning til bruk av organisatoriske og økonomiske virkemidler. Disse forskjellene gjør det særlig interessant å sammenlikne de nordiske landene. Denne typen sammenlikninger kan skissere mulige helsepolitiske endringer som kan gjennomføres innen den overordnede rammen av en nordisk velferdsstatsmodell.

Et *helsesystem* kan forstås som *kombinasjonen av ressurser, organisering, finansiering, styring og ledelse som frambringer helsetjenester til befolkningen*². Vi skal her kort beskrive de nordiske systemene gjennom hvordan de løser de fundamentale strukturelle utfordringene; finansiering, styring og produksjon. Samtidig vil et helsesystem også kunne beskrives gjennom de valgmuligheter og rettigheter det gir innbyggerne, og gjennom den ressursinnsats som legges inn i systemet. Vi beskriver derfor også kort de nordiske landenes tilnærming til rettighets- og valgfrihetsproblematikk. Avslutningsvis gir vi en kort oppsummering av den samlede ressursbruken på helsetjenester i de fire landene. Vi benytter den samme tilnærmingen til et begrepet helsetjenester som OECD, dvs. at helsetjenesten også omfatter "helsesdelen"³ av det vi i Norge vil kalle pleie- og omsorgstjenester (for eksempel sykehjem), og folkehelsearbeid.

2.2.1 Finansiering

Et klassisk skille i beskrivelsen av finansiering av helsesystemer er mellom *forsikringsbaserte* og *skattebaserte* systemer⁴. Begge baseres på samme grunnfilosofi; man forsikrer befolkningen mot potensielle store individuelle utgifter til helsetjenester gjennom å fordele de samlede kostnadene som genereres gjennom bruk av helsetjenester over hele befolkningen. I forsikringsbaserte systemer gjøres dette eksplisitt gjennom offentlige eller private sykekasser; i skattebaserte systemer implisitt gjennom direkte eller indirekte skattlegging av befolkningen. Finansiering gjennom forsikring kan skje ved bruk av private eller bruk av gruppebaserte ("sosiale") forsikringer. De førstnevnte vil være frivillige de sistnevnte (ofte) obligatoriske. Det går dermed et fundamentalt skille mellom systemer hvor alle har tilgang på tjenester gjennom sin deltakelse i en obligatorisk forsikringsordning, og systemer hvor man selv kan bestemme om man vil "melde seg ut (eller inn)". Det er også viktig å merke seg at forsikringsbaserte systemer kan (og ofte vil) basere seg på sykekasser som er private. Forsikringsbaserte systemer kan dermed godt være universelle, i den forstand at alle må være medlem av en sykekasse, samtidig som tjenestene finansieres (og produseres) på et privat marked. Det offentliges rolle i et slikt system vil avgrenses til overordnet styring og regulering, samt gjerne et finansielt bidrag til å jevne ut risikoen mellom ulike private ordninger⁵. Et forsikringsbasert system vil (i teorien) ha en øvre grense for hvor mye ressurser man kan benytte på helsetjenester; denne bestemmes av de samlede premieinnbetalingene. Et sentralt helsepolitisk poeng i

1 System of Health Accounts (SHA), se <http://www.oecd.org/health/sha>.

2 Det er mange definisjoner av "helsesystem", denne er fra Roemer (1989).

3 Pleie- og omsorgstjenester er typisk en blanding av helse- og sosialtjenester. De siste regnes ikke med i oversikter over utgifter til helsetjenester.

4 Ofte også betegnet Bismarck og Beveridge systemer. Otto von Bismarck innførte sosial helseforsikring i Tyskland på 1880 tallet, William Beveridge var mannen bak "the Beveridge report" som la grunnlaget for Storbritannias National Health System (NHS) etter 2. verdenskrig.

5 Etter samme prinsipper som vi utjevner risikoen mellom geografiske områder (Regionale helseforetak) gjennom en kriteriebasert inntektsfordelingsmodell.

flere av de forsikringsbaserte systemene har vært hvordan man på best mulig måte kan sikre konkurranse, og dermed effektivitet i et marked for helseforsikringer. En slik konkurranse kan være innenfor et bestemt geografisk område, eller den kan også være knyttet til å levere forsikringer til spesielle yrkesgrupper. Som et siste poeng kan påpekes at man i systemer som er forsikringsbaserte kan ha ulike typer forsikringer; med andre ord kan hvilke typer tjenester forsikringen omfatter, hvor stor egenandelen er etc. variere mellom de ulike polisene.

Forsikringsbaserte systemer vil dermed gjerne være karakterisert ved:

- (I prinsippet) kontroll over totale kostnader gjennom de rammer som gis av samlede innbetalinger.
- Åpent for private forsikringsselskaper, og bestilleransvaret trenger dermed ikke være offentlig.
- Åpent for konkurranse mellom forsikringsselskaper (bestillere).
- Åpent for valgmuligheter mht hvilke tjenester som dekkes og hvor store egenandeler man selv ønsker å betale.
- I sosiale forsikringssystemer (ofte kalt Bismarck-modellen) skjer forsikring gjennom obligatorisk premie knyttet til arbeidsforhold, supplert med offentlige ordninger for de som faller utenom arbeidsmarkedet.

I skattebaserte systemer vil finansiering kunne skje gjennom spesifikke helseskatter, gjennom øremerking av en bestemt andel av de samlede skatteinntektene eller gjennom en løpende vurdering av fordeling av skatteinntekter på offentlige oppgaver. En modell med en helseskatt eller en øremerking vil (i prinsippet) kunne gi samme kontroll på samlede kostnader som en forsikring, mens en finansiering av helsetjenester fra det samlede skattegrunnlaget åpner for større fleksibilitet mht hvor store ressurser som benyttes. Innen skattebaserte systemer vil det også være variasjoner i forhold til om skattene innkreves på lokalt eller sentralt nivå. Også skattegrunnlaget kan variere; man kan skattlegge inntekt, kapital eller også hente midler gjennom avgifter⁶.

Skattebaserte systemer vil være karakterisert ved:

- Mindre kontroll over samlede kostnader fordi helsesektoren kan "spise av" de samlede skatteinntektene.
- Sørge-for ansvaret ligger hos offentlige myndigheter (men kan delegeres)
- Det er universell tilgang, og ikke variasjoner i hvilke typer tjenester som dekkes
- De som ønsker annen dekning må kjøpe privat tilleggsforsikring.
- Systemet er progressivt, ved at høye inntekter betaler mer i skatt, samtidig som de antas å bruke mindre tjenester,

I både skatte- og forsikringsbaserte systemer vil man selvsagt i tillegg til de inntekter som kommer fra skatter eller forsikringspremier kunne hente inntekter fra ulike former for egenbetaling. Dette kan være i form av egenandeler på forsikringer, i form av medforsikring hvor man betaler en andel av kostnadene, i form av egenandeler på tjenester eller også i form av at enkelte tjenester er unntatt fra dekning av forsikring/skattemidler.

Finansiering i de Nordiske landene

Alle de fire nordiske landene finansierer hoveddelen av sine helsetjenester gjennom skatter, men også egenbetaling spiller en vesentlig rolle i den samlede finansieringen. Privat forsikring eksisterer, men utgjør i alle landene et relativt marginalt, men økende, innslag i helsetjenesten. Selv om alle lands finansiering i hovedsak baseres på skatter er

⁶ Som en kuriositet: Emanuel og Fuchs (2005) foreslår en universell helseforsikring i USA finansiert gjennom en føderal merverdiavgift

det imidlertid forskjeller mellom landene i hvordan skattesystemet benyttes og på hvilket nivå skattinntektene hentes inn.

Danmark henter sine inntekter fra kommunale og statlige skatter, premier til privat forsikring og egenbetaling. I den "gamle" fylkeskommunale danske modellen hadde både primærkommuner og fylkeskommuner anledning til å sette egne skattesatser. Helse-reformen i 2007 medførte at de tidligere 14 fylkene ble slått sammen i 5 regioner, og disse har ikke lenger beskatningsrett. Antall nivåer som utstedte skatter ble dermed redusert fra tre til to. Kommunene har fremdeles frihet til selv å bestemme skattenivå. Fra 2001 er denne rettigheten allikevel begrenset gjennom innføringen av det såkalte "skattestoppet". Som en følge av dette er det ikke anledning for kommunene å øke skattenivået ut over det eksisterende. I forbindelse med reformen i 2007 ble det innført en øremerking av en andel av inntektsskatten på 8 prosent til helseformål. Frivillig forsikring eksisterer, men utgjør i størrelsesorden 2 prosent av det samlede inntektsgrunnlaget. Man regner med at ca 14,5 prosent av befolkningen i Danmark (800 000 personer) har tegnet privat helseforsikring (Næss-Schmidt, 2008). Egenbetaling er innført for medikamenter og tannbehandling. Vi merker oss altså at det i Danmark *ikke* er egenandeler verken for konsultasjon hos primærlege, spesialist eller for opphold på sykehus.

Finland baserer seg på kommunale og statlige skatter, samt innbetalinger fra arbeidsgiver og arbeidstaker til folketrygden. Kommunene kan sette sitt skattenivå fritt, den kommunale skattesatsen varierer fra 15 til 21 prosent. Privat forsikring eksisterer, men utgjorde i 2006 knappe 2 prosent av det samlede inntektsgrunnlaget. Vi har ikke opplysninger over andelen av befolkningen som har tegnet privat forsikring. Det er egenandeler på både sykehusbehandling, medikamenter og behandling ved de kommunale helsesentrene (primærhelsetjenester). Finland er nå midt inne i en større strukturreform som både har som målsetting å utjevne den geografiske ulikheten i tjenestetilbudet og å forenkle prinsippene for statlige overføringer. Reformen skal være implementert innen 2012.

Tabell 2.1 Finansiering av helsetjenester

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Skatter	Kommunale og statlige	Kommunale og statlige	Kommunale og statlige	Kommunale og statlige
Folketrygden	Ja	Ja – men avgrenset til legemidler og tannhelse	Nei	Ja
Lokalt bestemte skattesatser	Ja	Ja	Ja, men "skattestop" siden 2001	Nei (i praksis, alle kommuner/fylkeskommuner har høyeste nivå)
Andel med privat forsikring	ukjent	Ca 4.5 %	Ca 14,5 %	Ca 2,7 %
Egenandeler	Ja, også for innleggelser i sykehus	Ja, også for innleggelser i sykehus	Kun for tannhelse og medikamenter	Ja, men ikke for innleggelser i sykehus

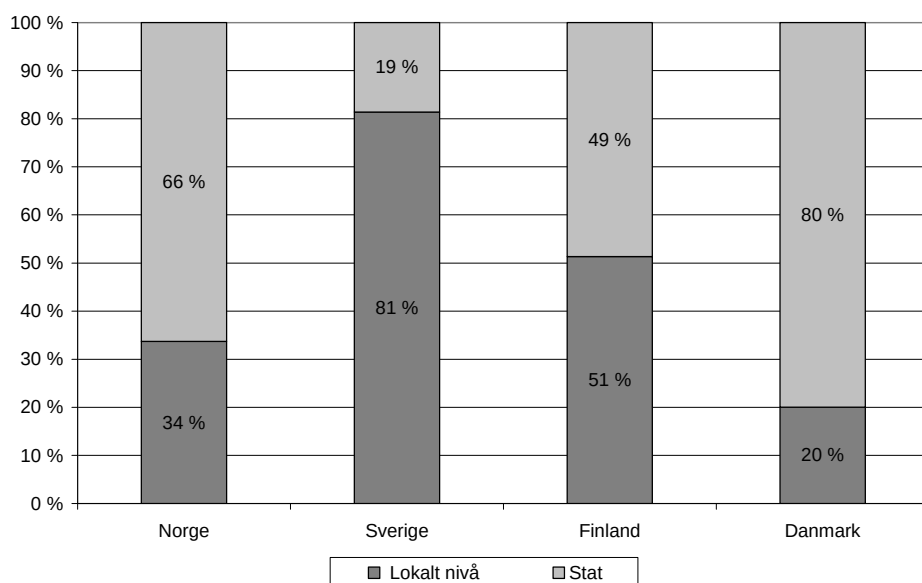
Sverige baserer seg på kommunale, fylkeskommunale og statlige skatter. I tillegg betaler arbeidsgivere inn til folketrygden. Fylker og kommuner kan sette sine skattesatser selv. Det er praktisk talt ikke øremerkede statlige midler til helsetjenester. Offisielle tall på omfang av privat forsikring finnes ikke, men omfanget er økende og det anslås at om lag 4.5 prosent (400 000 personer) har tegnet privat tilleggsforsikring⁷. Folketrygden subsidierer enkelte legemidler og deler av tannhelsetjenesten. Det er egenandeler på sykehusbehandling, legemidler og besøk hos primærlege.

⁷ Trygg-Hansa " Kostnaderna för privata sjukvårdsförsäkringar ökar" – pressemeddelande 10/11 2008.

Norge baserer seg på statlige og kommunale skatter, samt arbeidsgivers innbetaling til folketrygden. Kommunene kan ikke selv sette skattesatsen ut over en maksimumssats⁸. Frivilling forsikring eksisterer, men er marginal, og det finnes ikke tall for hvor stor andel av de samlede utgiftene som kommer fra privat forsikring. Det anslås at ca 2,7 prosent av befolkningen (130 000 personer) har tegnet privat tilleggsforsikring⁹. Det er egenandeler for, medikamenter, konsultasjoner hos primærlege og spesialist, men ikke ved innleggelse i sykehus.

Forskjellene mellom de nordiske landene kan illustreres på flere måter; her viser vi to: Figur 1 viser andelen av den offentlige finansieringen som kommer fra henholdsvis staten og lokale myndighetsutøvere (region/fylke/kommune), og som også inkluderer folketrygdens bidrag i Norge, Sverige og Finland. Dette forholdet illustrerer graden av finansiell sentralisering i de respektive landene. Figur 2 viser andelen av samlet finansiering som kommer fra private og offentlige kilder, og sier noe om graden av egenbetaling i de fire landene.

De statlige bidragene er, i henhold til definisjonene i OECDs helseregnskap (se avsnitt 3.2) avgrenset til de direkte overføringene fra staten til helsetjenester. Det innebærer at generelle (ikke øremerkete) overføringer fra stat til fylkeskommuner/kommuner strengt tatt skal klassifiseres som fylkeskommunale/kommunale utgifter til helse. Dersom vi følger denne definisjonen får Sverige andel statlig finansiering som er under 2 prosent. For å gjøre tallene mer sammenliknbare har vi valgt å inkludere også den delen av de generelle statlige tilskuddene til fylkeskommunene som benyttes til helsetjenester. For Danmark er tallene ikke basert på regnskapstall, men den offentlige innsatsen er fordelt etter budsjettavtalen mellom Danske regioner og staten, v/finansdepartementet. Her inngår ikke de helsetjenester som er fullfinansiert av kommunene, og det statlige bidraget overvurderes noe.



Figur 2.1 Andel lokal og sentral offentlig finansiering i de fire landene – 2006-2007¹⁰

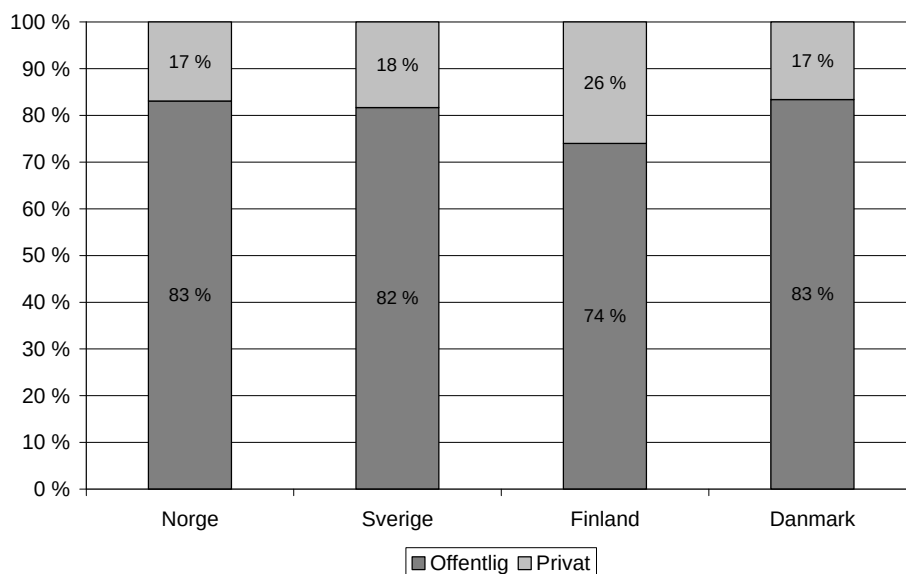
8 Men kan regulere eiendomsskatt og brukerbetaling. Disse utgjør imidlertid en liten andel av samlede kommunale inntekter.

9 Seim et al (2007) opererer med 80 000, Grasdal (2008) med 130 000.

10 Sverige er basert på data fra OECDs helseregnskap, men statens andel er tillagt den delen av det generelle statlige bidraget som oppgis benyttet til helsetjenester. Se: http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39260_1.pdf s 8. For Danmark er fordelingen mellom stat og kommuner et anslag basert på avtalen mellom staten og danske regioner. Tallene for Norge og Finland er fra OECDs helseregnskap. Finland oppgir, i motsetning til Sverige, andelen av generelle statlige bidrag som går til helse som "statlig finansiering".

Det framgår allikevel av figur 1.1 at det er betydelige forskjeller mellom de fire Nordiske landene i grad av sentralisering av finansieringsansvaret. Sverige og Danmark er motpoler med henholdsvis 80/20 og nær 20/80 på lokalt/sentralt nivå. Også i Norge kommer nær to tredjedeler av de offentlige inntektene fra staten, mens de to nivåene bidrar om lag like mye i Finland. Til dette skal legges til at vi både for Norge, Sverige og Finland definerer folketrygdens bidrag som statlig.

Den andre vesentlige forskjellen mellom landene er andelen privat finansiering. I Finland er mer enn hver fjerde krone (strengt tatt: euro) brukt til helsetjenester privat finansiert, I Norge, Sverige og Danmark er tilsvarende andel om lag hver sjette krone. Tabell 2.2 viser forskjeller i egenandeler mellom de fire landene:



Figur 2.2 Andel samlet finansiering som er offentlig og privat – 2006¹¹

Tabell 2.2 Tjenester med egenandeler – kilde NOMESKO

	Sverige	Finland	Norge	Danmark
Allmennlegetjenester	Ja – men varierer mellom fylker	Ja, over 18	Ja, over 7 år	Nei
Spesialistkonsultasjon	Ja	Ja	Ja, over 7 år	Nei
Poliklinikk	Ja	Ja	Ja, over 7 år	Nei
Innleggelse	Ja, men varierer mellom fylker	Ja	Nei	Nei
Medikamenter	Ja	Ja	Ja	Ja
Tannhelse	Ja, over 20 år	Ja	Ja, over 18 år	Ja, over 18 år

¹¹ Kilde OECDs helseregnskap.

Alle landene har egenandeler for medikamenter utenfor sykehus, men alle har også ordninger som regulerer individuelle samlede utgifter til dette. Norge og Sverige har et maksimalbeløp som ikke kan overskrides, mens Finland og Danmark har økende grad av subsidiering etter hvert som kostnadene stiger. I Danmark er det, for personer med kroniske lidelser, også mulig for å søke om å komme inn under et utgiftstak. Det er ellers verdt å merke seg at man i Sverige vil ha ulike egenandeler mellom de ulike fylkene. Endelig skiller Danmark seg klart ut med en restriktiv holdning til bruk av egenandeler. Innføring av slike diskuteres med jevne mellomrom, men er et betent politisk anliggende. Det samme kan sies om bruk av egenandeler for innleggelse i sykehus i Norge.

For en mer detaljert beskrivelse av detaljer i de finansielle strømmene henvises til de respektive lands Health Systems in Transition (HiT), se <http://www.euro.who.int/observatory>.

Diskusjon

De nordiske landene er alle skattebaserte; inntekter fra skatter og avgifter utgjør den viktigste finansieringskilden. Landene bruker imidlertid skattesystemet på ulik måte:

- Statens rolle i finansiering av sektoren er sterkest i Danmark og Norge, og minst framtrepende i Sverige.
- Statens bidrag til finansieringen skjer i Danmark og Norge i stort grad som øremerkede tilskudd, i Sverige og Finland står kommuner og fylker i sterkere grad fritt mht hvordan statlige tilskudd benyttes, her er statens rolle i større grad å kompensere for kommunale inntektsforskjeller.
- Kommunene kan selv bestemme skattenivået i Sverige og Finland, i noen (og etter reformen, betydelig mindre) grad i Danmark, og i praksis ikke i det hele tatt i Norge.
- Finland har en betydelig høyere grad av privat finansiering gjennom egenandeler enn de andre tre Nordiske landene. Det synes som det, særlig i Sverige og Danmark, er et voksende marked for private forsikringer.

2.2.2 Styring

Den andre strukturelle utfordringen i et helsesystem er hva slags styringsstruktur som skal velges. I grove trekk kan vi skille mellom tre typer styring; *sentralisert offentlig*, *desentralisert offentlig*, eller *markedsbasert privat*. De nordiske landene baserer seg alle på en offentlig styring, men har – som vi allerede har sett – ulik holdning til graden av desentralisering. I dette ligger også et skille mellom en desentralisering gjennom delegering av administrativt ansvar og gjennom delegering av politiske beslutninger.

Beskrivelse

Det som i første rekke har skilt de nordiske landene som gruppe fra andre skattebaserte systemer, som Storbritannia, er at de alle tradisjonelt har lagt vekt på styringsmodeller basert på lokal politisk (kommunal, fylkeskommunal, regional) beslutningsrett. De nordiske landene har dermed hatt en tradisjon med desentraliserte styringssystemer, med sterk lokal politisk medvirkning. Mens man i Storbritannia også har hatt en sektor som har vært delt i distrikter, har dette vært en administrativ – ikke en politisk – desentralisering. Den nordiske modellen er utfordrende fordi den må balansere hensynet til nasjonale målsettinger om likhet med hensynet til lokale prioriteringer og lokal beslutningsrett. Også her finner vi imidlertid, under den felles nordiske overskriften "desentralisering", betydelige forskjeller mellom landene, både i forhold til hvilket lokalt nivå som har ansvaret for hva og i forhold til hvilken rolle staten spiller i styringen av sektoren.

I *Finland* er ansvaret for alle helsetjenester lagt på det kommunale nivået. Små kommuner vil imidlertid ha begrenset økonomisk bæreevne til å håndtere risikoen knyttet til

finansiering av spesialisthelsetjenester, og eierskapet til sykehusene er derfor gjort interkommunalt, gjennom såkalte sykehusdistrikter. Det er 21 slike sykehusdistrikter¹², og samtlige av de 348 kommunene er del av et distrikt. Kommunene kan selv velge hvilket distrikt de vil være medlem av, og har muligheten til å sende pasienter til sykehus utenfor sitt distrikt. Internt i sykehusdistriktene er det imidlertid modeller for å utjevne utgiftsforskjeller mellom kommunene, og kommunene har dermed incentiv til å holde pasientene innenfor "sitt" distrikt. Den finske modellen er basert på utstrakt lokalt selvstyre; staten bidrar gjennom utgiftsutjevnennde tilskudd, og i liten grad gjennom direkte styring. Kommunene har dermed stor frihet til å organisere tilbudet, bestemmer selv skattenivået og også nivået på egenbetalinger (dog innenfor en nasjonal maksimumsgrense). Finland er for tiden inne i en prosess hvor tre ulike modeller diskuteres; en regional modell bestående av om lag 20 "storkommuner", en kommunal modell med færre og større kommuner (minimum 20 000 innbyggere) og en blandingsmodell hvor primær og spesialisthelsetjeneste integreres med sosialtjenester og leveres av geografiske områder som dekker 100 – 200 tusen innbyggere, mens øvrige tjenester ivaretas av dagens kommuner. Så langt er det ikke fattet vedtak om hvor man ønsker, men antall kommuner er det siste året redusert fra 415 til 348, blant annet fordi statlige myndigheter gir økonomisk støtte til kommuner som slår seg sammen.

I *Sverige* ligger ansvaret for helsetjenester på 21 fylker¹³. Statens rolle avgrenses tradisjonelt til lovgiving, tilrettelegging og informasjon. Utgiftsutjevnennde tilskudd eksisterer, men disse er betydelig lavere enn hva tilfellet er for Finland. Det lokale ansvaret omfatter både primær og spesialisthelsetjenester. En større utredning (Ansvarskomiteen, SOU 2007:18¹⁴) ble levert i 2007, og inneholdt forslag om en ytterligere sentralisering. For helsesektoren ble det spesifikt foreslått en inndeling i færre og større regioner – hver med ansvar for et regionsykehus. Så langt er imidlertid ikke komiteens forslag fulgt opp. Den svenske modellen er, som den finske, kjennetegnet ved stor lokal frihet, få sentralt initierte løsninger og dermed utstrakt variasjon mellom fylkene i håndtering av flere viktige helsepolitiske forhold som valgfrihet og finansiering.

I *Danmark* gjennomførte man i 2007 en større strukturreform som overførte ansvaret for helsetjenestene fra amtene til 5 regioner. Disse styres av politisk valgte organer. Regionene har ansvaret for både primær og spesialisthelsetjenester. Finansiering av tjenestene skjer gjennom avtaler mellom stat og regioner. Fordelingen mellom stat og kommune anslås til noe mindre enn 80 prosent stat og noe mer enn 20 prosent kommune i 2008¹⁵. Den statlige finansieringen skjer gjennom en kombinasjon av rammetilskudd og aktivitetsbasert finansiering. Regionene har dermed ikke den beskatningsretten som de tidligere fylkeskommunene hadde, og reformen representerer en betydelig sentralisering av finansieringsansvaret. Samtidig understrekes statens rolle som lovgiver og tilrettelegger. Spesielt med den danske modellen er også de årlige budsjettforhandlingene mellom helsedepartement, finansdepartement og regionene. Selv om de overordnede budsjetttrammene som kommer ut av disse ikke er formelt bindene for sektoren, vil de bidra til en felles forståelse av hva som er faktisk ressurstilgang.

I *Norge* ligger ansvaret for spesialisthelsetjenester hos staten, som imidlertid har delegert utøvelsen av dette til fire regionale helseforetak. De regionale helseforetakene har ingen direkte politisk styring, men politisk oppnevnte styrerepresentanter. Ansvaret for primærhelsetjenester ligger hos de 430 kommunene. Finansiering skjer gjennom statlige direkte tilskudd for spesialisthelsetjenester og gjennom en blanding av statlige tilskudd og kommunale skatter for primærhelsetjenester. Det er imidlertid ikke fri beskatningsrett for kommunene.

Forskjellene mellom de fire nordiske landene kan oppsummeres som i tabell 2.3.

12 Hvor Åland utgjør ett distrikt.

13 Strengt tatt 18 fylker, en kommune (Gotland) og to regioner (Vestra Götaland og Skåne). Vi bruker betegnelsen fylke.

14 <http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/75/20/a50fe36e.pdf>

15 http://www.sum.dk/publikationer/kommunalreformen-kort_fortalt/Kommunalreformen.pdf

Tabell 2.3 Ansvar for spesialist- og primærhelsetjeneste i de Nordiske landene

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Spesialisthelsetjenester	21 distrikt	21 fylker (regioner)	5 regioner	4 regionale helseforetak
Desentralisert politisk styring av spesialisthelsetjenesten	Ja, gjennom sykehusdistriktene	Ja, gjennom fylkene	Ja, gjennom regionene	Nei
Primærhelsetjenesten	348 kommuner	21 fylker (regioner)	5 regioner	430 kommuner
Lokal politisk styring av primærhelsetjenesten	Ja	Ja	Ja	Ja
Statens rolle i overordnet strukturell og daglig styring av helsesektoren	Svak, men økende	Svak	Sterk, men i samarbeide med regioner	Sterk

Diskusjon

Det er fundamentale forskjeller mellom de nordiske landene i synet på sentral vs. lokal styring og muligheten for lokale variasjoner i utforming og omfang av tilbud.

- Norge har gjennom sykehusreformen i 2002 valgt å sentralisere eierskap og styring av spesialisthelsetjenesten til det statlige nivået. De regionale helseforetakene har et delegert administrativt, men ikke et politisk ansvar. Dermed har Norge brutt med den nordiske modellen med desentralisert politisk styring for spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten er imidlertid fremdeles lokalt politisk styrt.
- Danmark har også sentralisert helsetjenesten, både gjennom å redusere antall enheter fra 14 fylker til fem regioner, og gjennom å frata regionene den beskatningsretten fylkene før hadde. Danmark har beholdt en politisk desentralisering gjennom å la regionene styres av politisk valgte regionale råd.
- Sverige og Finland har desentraliserte systemer, både gjennom de facto politisk styring på fylkeskommunalt (Sverige) og kommunalt (Finland) nivå, men også gjennom lokal beskatningsrett. Det er også en markant forskjell på Sverige/Finland på den ene siden og Norge/Danmark på den andre i synet på lokale variasjoner i løsninger. I Finland styres spesialisthelsetjenesten av styrer for sykehusdistriktene. Disse styrene består av representanter for alle medlemskommunene og av og til også av eksterne representanter (for eksempel fra universiteter).
- Norge er det eneste landet som har valgt å legge ansvaret for helsetjenester på to forvaltningsnivå. Den norske modellen for primærhelsetjenester er slik sett mer desentralisert enn både den danske og den finske. Samtidig har altså ikke norske kommuner reell fri beskatningsrett¹⁶.

Finansiering og styring vil henge sammen. I hvilken grad man velger å desentralisere finansieringen av helsesektoren vil ha betydning for både den samlede ressursbruken, og for styringsmuligheter på kort og lang sikt. Systemer med sentral beskatning og lokalt produksjonsansvar kan skape problemer i forhold til budsjettbalanse. Det lokale nivået vil oppleve press fra befolkningen for å opprettholde/øke nivået på tjenesteproduksjonen; for befolkningen vil dette framstå som tilnærmet kostnadsfritt. Samtidig vil de lokale enhetene presse videre på for bruk av sentrale midler til å finansiere det lokale forbruket. I litteraturen omtales dette som et "double common pool" problem (se for eksempel Rattsø

¹⁶ Formelt kan man sette kommunale skatter opp til en maksimumsgrense på 21 %, og kan også regulere kommunale inntekter gjennom eiendomsavgifter og andre avgifter. Reelt velger alle kommuner den maksimale skattesatsen, og andelen inntekter fra avgifter er av mindre betydning.

1998). Den tidligere norske modellen med fylkeskommunalt ansvar for spesialisthelsetjenester kan være et eksempel på dette. For å motvirke et slikt press kan man, som i Sverige og Finland, innføre lokal beskatningsrett. Dette bidrar til å disiplinere "sørge for" leddet til å holde vedtatte budsjetttrammer. På lengre sikt vil en modell med stadige underskudd skape problemer i forhold til systemets bærekraft. Løsningen i så måte er å sentralisere ikke bare skatteinnkrevningen, men også budsjettering og styring. Den norske og danske løsningen kan tolkes som et forsøk på å håndtere denne typen problematikk¹⁷.

2.2.3 Tjenesteproduksjonen

Den tredje strukturelle utfordringen for et helsesystem er hvordan de organiserer og finansierer produksjonen av tjenester. Her vil det være et skille etter eierform, etter tilknytningsform og etter formål (tabell 2.4).

Tabell 2.4 Organisering av produksjonssiden

Privat		Offentlig	
Overskuddsmaksimerende	Ideell	Forvaltning	Foretak

Kanskje like viktig som eier/tilknytningsform vil være måten man regulerer forholdet mellom bestiller og utfører. En viktig del av denne reguleringen vil være finansieringssystemet som styrer pengestrømmen mellom bestiller og utfører. Rollene som bestiller og utfører vil ikke alltid være like klart skilt fra hverandre, og valg av finansieringsmodell vil til en viss grad reflektere hvordan man i hvert enkelt land ønsker å avgrense de to funksjonene mot hverandre. I hovedsak skilles mellom følgende finansieringsmodeller:

A: Retrospektive modeller – dvs. modeller hvor utfører kompenseres for alle eller deler av sine kostnader i ettertid. Eksempler på retrospektive modeller er den norske ordningen med kurdøgnfinansiering fra 1970 tallet, men også ordninger hvor sykehusene får satt sine budsjetter basert på tidligere års kostnader vil være retrospektive. Retrospektive modeller anses ikke å være formålstjenlige, verken i forhold til en målsetting om høy effektivitet eller en målsetting om høy grad av kostnadskontroll. På den andre siden er det grunn til å regne med at denne typen finansiering gir få problemer i forhold til en målsetting om høy kvalitet, dette fordi utførerne i stor grad får dekket faktiske kostnader.

B: Prospektive modeller – dvs. modeller hvor størrelsen på inntektene er uavhengig av de faktiske kostnadene. De to vanligste formene for prospektiv finansiering er rammebudsjetter (når disse ikke baseres på historiske kostnader) og aktivitetsbasert finansiering, slik som ISF. Rammebudsjettene kan ytterligere raffineres gjennom å øremerke deler av disse til for eksempel psykisk helsevern, til spesielle pasientgrupper etc. Mens rammebudsjetter antas å være egnet dersom målsettingen er kostnadskontroll er aktivitetsbasert finansiering mer egnet til å stimulere til høy effektivitet. Samtidig kan det oppstå problemer i forhold til pasientseleksjon og kvalitet i modeller hvor en høy andel av inntektene kommer i form av aktivitetsbaserte tilskudd.

Helseøkonomisk litteratur gir ikke noe klart svar på hva som er "den beste" finansieringsmodellen. Aktivitetsbaserte modeller framheves som gunstige på grunn av de incentiver de gir til høy effektivitet, men bør utformes på en slik måte at man unngår seleksjon av lønnsomme pasienter. Samtidig må man vurdere om modellen skal kombineres med et tak på aktiviteten, for dermed å sikre en viss kontroll med samlede kostnader. En generell utfordring ved bruk av aktivitetsbaserte modeller er også hvordan man skal måle aktiviteten. I alle fire nordiske land benyttes DRG-systemet (om en i forskjellige varianter) som en innfallsvinkel til klassifisering av aktiviteten i somatisk sektor.

¹⁷ Se Hagen & Kaarbøe (2006), og Magnussen et al (2007) for en diskusjon av dette for Norges vedkommende.

Beskrivelse

I *Finland* inngår hvert av de 21 sykehusdistriktene kontrakter med sine sykehus. Disse kontraktene vil som oftest regulere både aktivitetsvolumet og hvilke inntekter som følger med. Budsjettene er dermed prospektive og baseres på en (relativt komplisert) prisliste som i noen tilfeller dekker typer tjenester, i andre tilfeller baseres på DRG-systemet. Systemet er allikevel ikke mer prospektivt enn at man, dersom aktivitetsnivået (og kostnadene) blir høyere enn avtalt, kommer i forhandlingssituasjon mellom sykehusdistrikt, sykehus og kommuner om dette avviket skal dekkes inn gjennom ekstra tilskudd eller lavere pris. Hvert sykehusdistrikt står fritt til å velge kontraktform. DRG-systemet brukes i økende grad; i 2000 var det kun 3 av 21 distrikter som benyttet DRG, i 2003 var antallet økt til 7 og i 2008 til 12 distrikter. Fremdeles er det imidlertid kun en drøy tredjedel av sykehusene (15 av 42 i 2005) som får sine inntekter delvis basert på DRG-systemet. Andelen av inntektene som knyttes til DRG varierer fra 43 prosent til 75 prosent. Finland sitt system er ikke et aktivitetsbasert system, DRG-systemets funksjon er i hovedsak å gi retningslinjer i forhold til fordeling av kostnadene mellom kommunene i sykehusdistriktene.

I *Danmark* har man tradisjonelt vært mer skeptisk til å bruke aktivitetsbaserte modeller. DRG ble fra 1998 benyttet ved avregning av gjestepasientoppgjøret mellom fylkene, og fra 1999 ble det innført en stykkprisandel på 10 prosent. Denne ble siden økt til 20 prosent i 2004. Etter strukturreformen i 2007 er det imidlertid fastslått at minimum 50 prosent av sykehusenes inntekter skal være aktivitetsbaserte. Hvordan dette er implementert i praksis er ikke helt klart. Danmark er det eneste nordiske landet som ikke bruker NordDRG, til grunn for avregningen ligger en egen dansk versjon av DRG-systemet; DK-DRG, samt et eget klassifiseringssystem for poliklinikker – DagsDRG. I tillegg benyttes systemet som grunnlag for en kommunal medfinansiering av regionene; kommunene betaler en stykkprisandel på 30 prosent for sine pasienter til regionene, dog med en øvre grense på 4476 Dkr for innlagte pasienter og 298 Dkr for polikliniske konsultasjoner¹⁸.

¹⁸ I tillegg betaler kommunene et tilskudd til regionene basert på innbyggertall.

Tabell 2.5 Finansiering av spesialisthelsetjenester

	Norge	Sverige	Finland	Danmark
Finansiering fra stat til region/fylke/kommune	Kombinasjon av aktivitet og ramme – øremerket	Ramme – ikke øremerket	Ramme – ikke øremerket	Ramme - øremerket
Fordelingsprinsipper	Befolkning - justert for behov og kostnadsstruktur	Befolkning - justert for behov og kostnadsstruktur	Befolkning - justert for behov. Kostnadsstruktur fanges opp av ruralitets-kriterie. System under revidering (2009)	Befolkning - justert for behov. Liten fast basis i tillegg. System under revidering (2009)
Kommunal finansiering av spesialisthelsetjenester	For ferdigbehandlede pasienter		Kommunalt ansvar	30 % for somatiske pasienter (med tak, i praksis betydelig lavere)
Somatisk aktivitet	40 % ISF basert på DRG systemet, 60 % basert på behov i tre av fire RHF. Funksjons-budsjetter i det fjerde.	Varierer mellom fylker	Budsjett baseres i hovedsak på DRG. Ikke tradisjonell aktivitetsbasert finansiering	50 % ISF basert på DRG-systemet (dansk versjon)
Poliklinisk aktivitet	40 % ISF	Varierer mellom fylker. Mye bruk av private spesialister med høy (60%) egenandel	Budsjetteres, men mye bruk av private spesialister med høy (50 %)egenandel	Som for innlagte, men gjøres ofte av private spesialister finansiert av regionene
Psykisk helsevern	Rammebudsjett, dels befolkningsbasert	I hovedsak rammebudsjetter	Etter liggedøgn eller i kommunale helsesentra	Ramme-budsjetter
Rusbehandling	Rammebudsjett	Ramme-budsjetter, men delvis kommunalt	I kommunale helsesentra eller som en del av bedriftshelse-tjenesten	Kommunene betaler 70 % dersom behandling skjer i regional institusjon

I *Sverige* står fylkene fritt til å bestemme finansieringssystem. DRG-systemet brukes av de aller fleste landsting som et planleggingssystem og/eller som grunnlag for oppfølging. De aller fleste fylkene bruker systemet som grunnlag for finansiering av gjestepasienter, og i 2007 var det 7 av 18 fylker som benyttet DRG som finansieringsgrunnlag for pasienter også fra eget område. Andelen varierer imidlertid fra fylke til fylke, og var i 2007 fra 20 til 100 prosent¹⁹. Noe nasjonalt finansieringssystem basert på DRG synes ikke å være aktuelt i nær framtid. Det eksisterer imidlertid en nasjonal referansepris basert på kostnad-per-pasient beregninger, men det er opp til hvert enkelt fylke om man ønsker å benytte denne. Västra Götaland og Stockholm har sine egne DRG-vekter og prislister.

I *Norge* står de regionale helseforetakene fritt til å velge sin egen finansieringsmodell. Staten finansierer RHF-ene med en blanding av rammetilskudd og ISF, hvor ISF-satsen pt er 40 prosent av en nasjonal gjennomsnittlig DRG-pris. Mens de regionale helseforetakene alle viderefører den aktivitetsbaserte finansieringen til sine helseforetak, er det forskjeller i

¹⁹ http://www.socialstyrelsen.se/Om_Sos/organisation/Epidemiologiskt_Centrum/Enheter/CPK-PAR/vad_DRG.htm

utformingen av rammetilskuddet. Tre av fire regionale helseforetak benytter en modell hvor rammetilskuddet knyttes til befolkning og ikke til forventet aktivitet, mens det fjerde regionale helseforetaket knytter rammetilskuddet til forventet aktivitet.

Diskusjon

Det har vært (og er) betydelige forskjeller mellom de nordiske landene i hvordan de har utformet finansieringssystemet for spesialisthelsetjenester.

- I Sverige eksperimenterte man på begynnelsen av 90 tallet med bestiller-utfører modeller, og bruk av DRG baserte kontrakter. I dag er det variasjon mellom fylkeskommunene i type kontrakter, og ingen systematisk bruk av stykkpris-finansiering.
- I Danmark har man tradisjonelt vært skeptisk til bruk av stykkprisbaserte kontrakter, men har etter reformen skiftet holdning. Mens man før reformen hadde en stykkprisandel på først 10, så 20 prosent, er det en uttalt målsetting at sykehusene nå skal få 50 prosent av sine inntekter basert på stykkpris.
- I Finland benyttes ikke stykkprisfinansiering, men DRG systemet brukes delvis til planlegging, delvis til fordeling av kostnader mellom kommuner. Som i Sverige er det lokale variasjoner.
- I Norge har man siden 1997 aktivt benyttet innsatsstyrt finansiering, både til å stimulere til økt aktivitet og til å gi høyere aktivitet. Andelen stykkpris har variert kraftig, men har nå ligget stabilt på 40 prosent de siste fire årene.

Det har etter den norske helsereformen in 2002 skjedd en omlegging av finansieringen av sykehusene (helseforetakene) fra en blanding av et funksjonsbasert rammebudsjett og ISF til en blanding av befolkningsbasert rammebudsjett og ISF. Dette er en på mange måter dramatisk omlegging, fordi helseforetakenes rolle endres fra å være produsenter av helsetjenester til å fylle en rolle som både produsent og som administrativt i varetaaker av "sørge-for" ansvaret for sin befolkning. Ett av de fire RHF ene har gått tilbake til funksjonsbudsjetter (Helse Midt Norge), men de tre andre praktiserer fremdeles en blanding av behovs- og aktivitetsbasert finansiering. Tilsvarende modeller finnes ikke i de andre nordiske landene.

I europeisk sammenheng har Norge vært tidlig ute med å innføre aktivitetsbaserte kontrakter. Vi ser nå at store land som Tyskland og England følger etter og innfører aktivitetsbaserte systemer som har en høyere stykkprisandel enn hva vi har i Norge. Samtidig skiller Norge seg ut i nordisk sammenheng ved at vi benytter en aktivitetsbasert finansiering også i den statlige overføringen til de regionale helseforetakene. Verken Finland eller Sverige gjør noe tilsvarende, mens Danmark nå har innført 30 prosent kommunal medfinansiering²⁰.

2.2.4 Valgfrihet og tilgang til tjenester

Beskrivelse

I *Danmark* velger befolkningen mellom to ulike tilknytningsformer; Gruppe 1 og Gruppe 2. Gruppe 1 gir adgang til allmennlege, øyespesialister og øre-nese-hals spesialister. Det er ingen egenandeler. Tilgang til øvrige spesialister og ikke-akutt sykehusbehandling krever henvisning fra allmennlege. 99 prosent av befolkningen er medlem av Gruppe 1. Gruppe 2 gir i tillegg tilgang til alle typer spesialistbehandling uten henvisning, men pasientene må da selv betale merkostnaden i forhold til Gruppe 1 alternativet. For begge grupper har det siden 1993 vært fritt valg av sykehus innen for samme grad av spesialisering. Det frie sykehusvalget ble i 2002 utvidet til også og gjelde private sykehus og sykehus i utlandet. Sundhedsloven, som trådte i kraft i 2007, lovregulerer det frie sykehusvalget. Pasientene må selv bære kostnadene ved å reise lengre enn det nærmeste offentlige sykehuset.

²⁰ Det er en øvre grense for betaling pr pasient som gjør at andelen i praksis vil være betydelig lavere enn 30 prosent. I skrivende stund (vinteren 2009) vurderes omfang og utforming av kommunal medfinansiering i Danmark.

I *Finland* er valgfriheten begrenset, både hva gjelder allmennleger og sykehus. I den finske modellen har de kommunale eller interkommunale helsesentrene et befolkningsansvar, og man må dermed forholde seg til det senteret man tilhører. Samtidig spiller bedriftshelsetjenesten (occupational health) en vesenlig rolle i det finske helsesystemet, og mange har sin primærlege gjennom dette systemet. Endelig eksisterer det også et parallelt privat tilbud. For å oppsøke spesialist må man imidlertid ha henvisning fra en primærlege, enten fra et helsesenter, fra en bedriftslege eller fra en privat lege. Videre fører modellen med sykehusdistrikter til at man i praksis må forholde seg til sykehus innen det distriktet hvor kommunen er medlem. Det er verdt å merke seg at valgfrihet i liten grad har stått på den politiske agendaen i Finland, hvor fokus i større grad har vært rettet mot å virkemidler for å redusere ventelistene.

I *Sverige* er det ingen sentral regulering av valgfrihet, verken for allmennleger, adgang til spesialist eller valg av sykehus. I prinsippet har derfor de enkelte fylkene stor frihet til å velge lokale løsninger. I tre fylker (Halland, Västmanland og Stockholm) praktiseres valgfrihet for allmennlege. I praksis vil man i Sverige ha fri adgang til spesialisthelsetjenester *uten* henvisning fra allmennlege. Fra 2003 har man også praktisert fritt valg av sykehus, innen samme spesialiseringsnivå. Reisekostnader til sykehus utenfor eget fylke belastes imidlertid pasienten, og det frie sykehusvalget er ikke lovregulert. I Sverige diskuteres for tiden en modell med s.k. vårdval i primærhelsetjenesten. Modellen innebærer at staten setter nasjonale retningslinjer for innholdet i primærhelsetjenesten, men at enhver som oppfyller disse fritt kan etablere et tilbud innen et fylke. Pasientene velger selv fritt hvem de vil bruke, og finansieringsmodellen utformes slik at pengene følger pasienten. Denne reformen planlegges implementert innen 2010.

I *Norge* kreves det henvisning fra primærlege for å oppsøke spesialist. Det er fritt valg av sykehus innenfor samme behandlingsnivå, og begrenset egenandel ved reise ved valg av annet sykehus enn "nærsykehuset".

Diskusjon

Alle landene, så nær som Sverige, bruker allmennlegene i en formalisert portvaktrolle for spesialisthelsetjenesten. Norge og Danmark har en lovfestet rett til valg av sykehus, noen slik finnes ikke i Sverige og Finland. I Sverige har man imidlertid allikevel i praksis valgfrihet.

2.2.5 Bruk av ressurser til helsetjenester

Beskrivelse

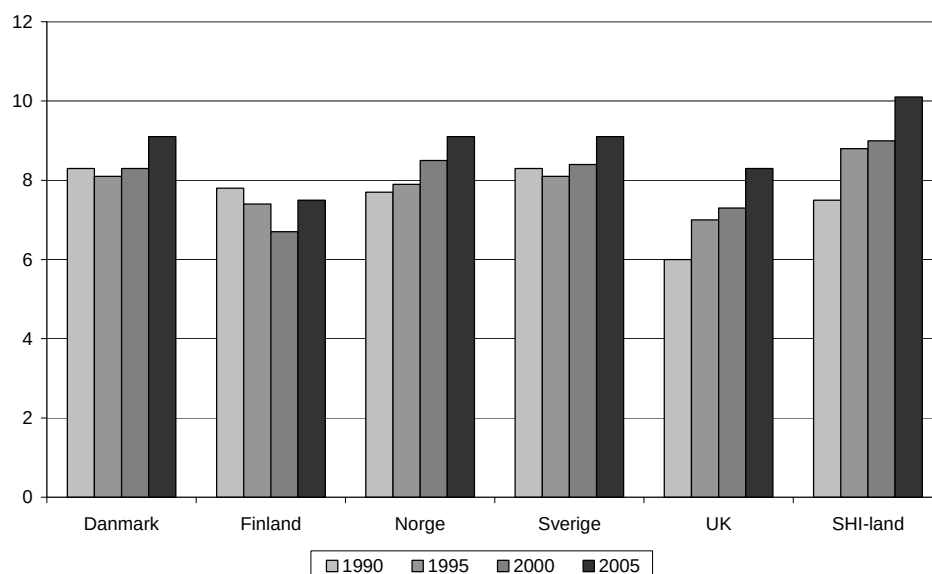
Det er betydelige forskjeller i utgifter til helsetjenester mellom de fire nordiske landene. Under viser vi nå utviklingen i tre vanlige typer indikatorer for ressursbruk i de nordiske landene; *andel av brutto nasjonalprodukt som benyttes til helsetjenester, priskorrigerte utgifter pr innbygger* og *andel av samlede utgifter som dekkes av offentlige kilder*. I tillegg til de nordiske landene viser vi tilsvarende tall for Storbritannia og et gjennomsnitt av de syv forsikringsbaserte melleuropeiske landene²¹.

Andel av BNP som benyttes til helsetjenester sier noe om i hvilken grad helsetjenester prioriteres i forhold til andre områder, eller sagt på en annen måte – hvor mye av den samlede verdiskapningen som er igjen til andre formål når vi har dekket kostnadene til helsetjenester. Det vil være forskjeller mellom land i BNP, og andelen sier dermed ikke noe om den absolutte størrelsen på helsesektoren, kun dens *relative* betydning. Det framgår av figur 1 at de nordiske landene, med Finland som et klart unntak, i 2005 bruker om lag like stor andel av sin verdiskapning på helsetjenester. Samtidig ser vi at Norge gjennom hele denne perioden har hatt en jevn vekst i andel BNP som går til helse. Både i Storbritannia og i et gjennomsnitt av de melleuropeiske forsikringsbaserte systemene har imidlertid veksten vært kraftigere. Vi ser ellers at både Finland og Sverige hadde en nedgang i andelen BNP til helse på begynnelsen av 1990 tallet, dette reflekterer den makroøkonomiske krisen disse landene gjennomgikk på den tiden. Krisen i Finland var sterkere enn i Sverige, og her har man først de siste årene begynt å hente inn igjen noe nedgangen. Det er verdt å merke seg at andelen helseutgifter vil kunne svinge noe i Norge

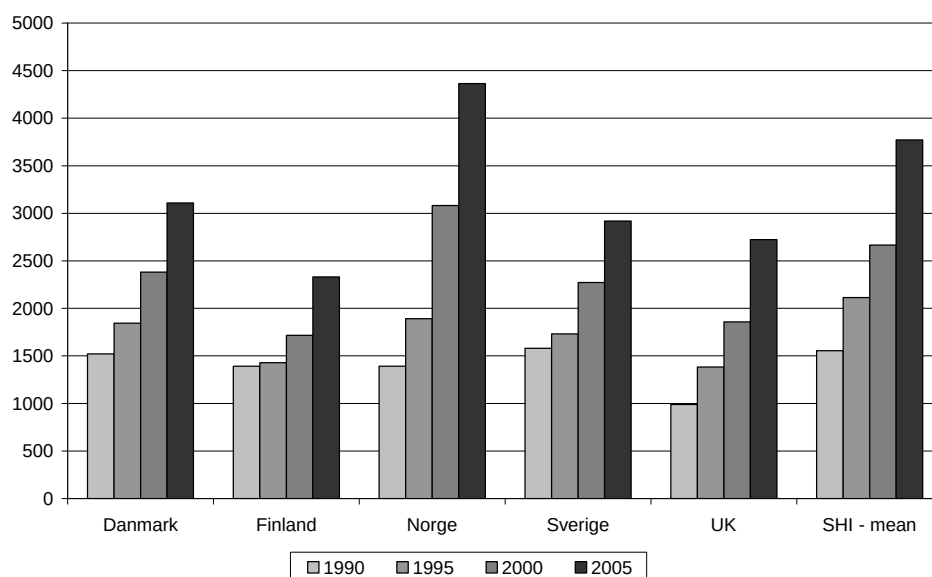
²¹ Tyskland, Nederland, Belgia, Luxemburg, Sveits, Østerrike og Frankrike

pga at BNP vil være følsom for svingninger i oljeprisen. Samtidig har Norge i perioden etter 1970 hatt en betydelig sterkere vekst i BNP enn resten av Europa og OECD grunnet oljeinntektene. Andelen av BNP som benyttes til helse gir dermed et noe foretegnet bilde av den reelle utviklingen i utgifter til helsetjenester.

Figur 2.2 viser utviklingen i priskorrigerte utgifter pr innbygger i de fire Nordiske landene, Storbritannia og de mellemeuropeiske forsikringsbaserte systemene i samme periode. Veksten i utgifter i Norge er svært kraftig i denne perioden. Mens vi i 1990 lå noe under både Sverige og Danmark, og om lag på nivå med Finland er nivået på utgiftene i 2005 i Finland, Sverige og Danmark henholdsvis 53 prosent, 67 prosent og 71 prosent av nivået i Norge. Også her legger vi imidlertid merke til at veksten i Storbritannia og i de forsikringsbaserte landene er sterkere enn i de øvrige Nordiske landene (men allikevel ikke på linje med veksten i Norge).

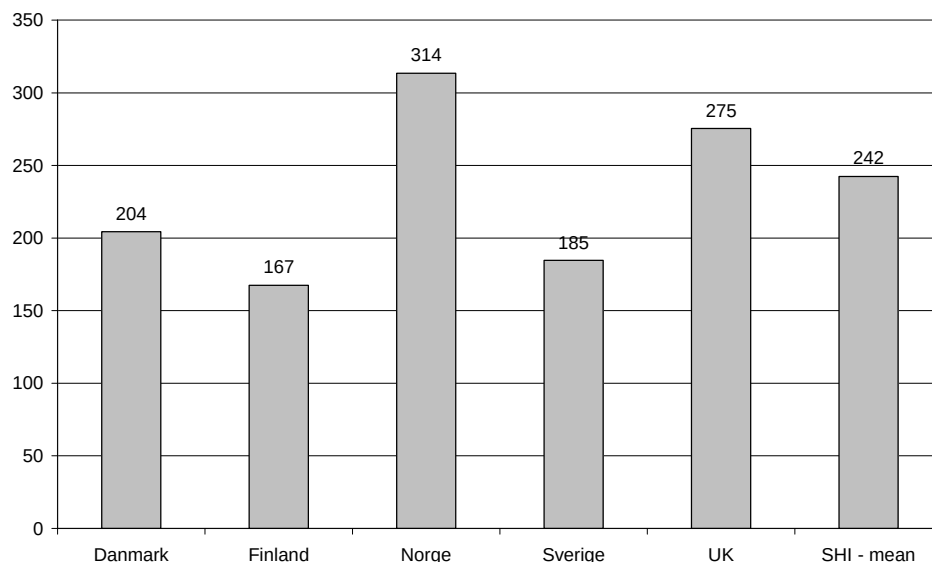


Figur 2.3 Andelen av BNP som benyttes på helsetjenester – perioden 1990-2005 – Kilde OECD Health data



Figur 2.4 Utvikling i kjøpekraftskorrigerte utgifter (i \$) pr innbygger 1980-2005. Løpende priser. Kilde OECD Health data

Figur 2.5 illustrerer forskjellen i veksten i perioden mellom 1990 og 2005 på en annen måte. Her presenteres utgift pr innbygger i 2005 i prosent av tilsvarende tall for 1990. I løpet av 15 år er utgifter til helsetjenester pr innbygger i Norge mer enn tredoblet (i løpende priser).

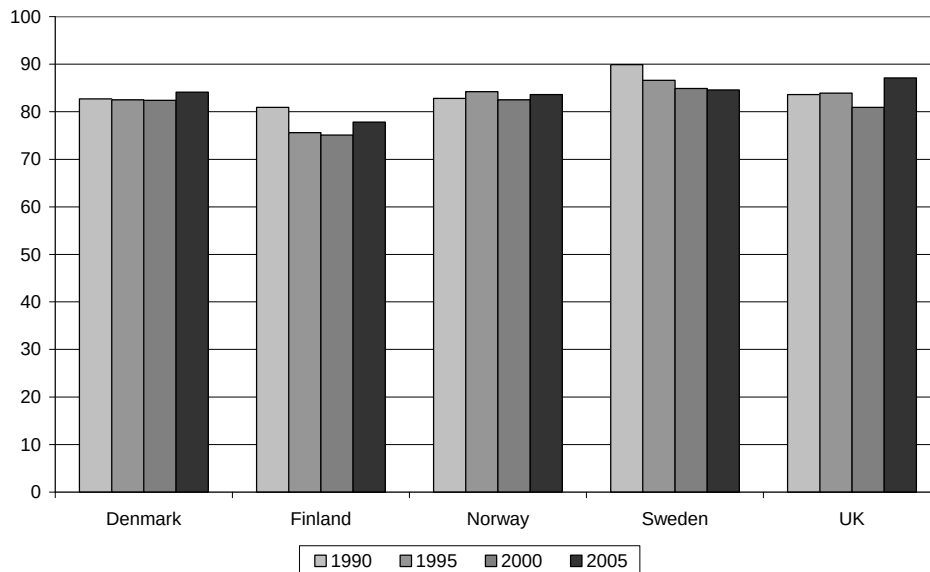


Figur 2.5 Kjøpekraftskorrigererte utgifter til helsetjenester pr innbygger i 2005 i prosent av tilsvarende tall for 1990

Analysen av forskjeller i utgifter til helsetjenester mellom land peker nokså utvetydning på inntekt (BNP) som den viktigste forklaringsfaktor. Forskjellene mellom de nordiske landene i vekst i utgifter til helsetjenester kan i tråd med dette i all hovedsak forklares med forskjeller i makroøkonomisk handlefrihet. Rundt 1990 var den samlede verdiskapningen i de fire landene ikke dramatisk forskjellig; Sverige hadde et BNP pr innbygger som lå 6-10 prosent over de øvrige Nordiske landene. I 2005 er dette bildet endret; BNP pr innbygger i Norge ligger nå henholdsvis 41 prosent, 46 prosent og 51 prosent over nivået i Danmark, Sverige og Finland. Bak dette ligger både en kraftig lavkonjunktur i Sverige og Finland tidlig på 1990 tallet, og en oljedrevet vekst i Norge. Den sterke veksten i BNP i Norge har gjort det mulig å finansiere veksten i helsesektoren uten å benytte en vesentlig større andel av den samlede verdiskapningen på helsetjenester.

Endelig viser vi i figur 2.6 utviklingen i andelen offentlig finansiering av helsetjenesten i de fire nordiske landene og Storbritannia i perioden 1980 til 2005²². Som vi var inne på i avsnitt 2.2 skiller Finland seg ut, med en betydelig høyere andel privat finansiering enn de tre øvrige landene. Samtidig ser vi at Sverige er det landet som i størst grad har redusert sin andel av offentlig finansiering i denne perioden.

²² Her er tallene for de forsikringsbaserte landene ufullstendige, og det er ikke mulig å lage noe gjennomsnitt.



Figur 2.6 Andel offentlig finansiering av helsetjenester. 1990-2005

Diskusjon

Helsevesenet i Norge skiller seg ikke vesentlig ut dersom vi sammenlikner andel av samlet verdiskapning som benyttes til helse. Utgiftene til helsetjenester *pr innbygger* er i Norge imidlertid betydelig høyere. Dette er også en utvikling som i særlig grad har skutt fart etter 1995. Både Sverige og Finland hadde tidlig på 1990 tallet en makroøkonomisk lavkonjunktur som førte til at veksten i helsesektoren i stor grad stoppet opp. I særlig grad var dette tilfelle for Finland. Dette forklarer også i stor grad den vesentlig høyere andelen av privat finansiering i Finland.

Sammenhengen mellom folkehelse og ressursinnsats i helsesektoren er ikke entydig. Det er allikevel verdt å merke seg at det ikke har skjedd noen vesentlig endring i det relative forholdet mellom de nordiske landene, verken når det gjelder forventet levetid eller potensielle tapte leveår²³ i perioden etter 1990.

2.2.6 Oppsummering – forskjeller og likheter

De nordiske helsesystemene har mange fellestrekk; de er alle en del av den nordiske velferdsstatsmodellen, og bygger på en sterk tiltro til offentlige finansiering, universell tilgang og geografisk likhet. Samtidig er det flere viktige forskjeller mellom systemene i valg av løsninger på strukturelle, organisatoriske og finansielle løsninger. Vi merker oss spesielt:

- Finland og Sverige har valgt en modell som er mer desentralisert enn Norge og Danmark. Det er i disse to landene også i betydelig større grad rom for lokale variasjoner i valg av løsninger. Norge og Danmark kjennetegnes ved en sterk sentral styring, og løsninger som er ens for hele landet.
- Norge har etter sykehusreformen i 2002 brutt med den nordiske modellen med desentralisert politisk styring av spesialisthelsetjenesten, men har beholdt denne modellen for primærhelsetjenesten.
- Norge er det eneste landet som har delt ansvaret for primær- og spesialisthelsetjeneste mellom to ulike forvaltningsnivå.

²³ Kilde OECD helsedata

- Norge og Danmark benytter aktivitetsbasert finansiering for somatiske tjenester, i hovedsak som et insitament til effektivisering. I både Sverige og Finland er rammebudsjettering og kombinasjoner kostnad/volum kontrakter mer fram-tredende.
- I Norge benyttes i tre av fire RHF en kombinasjon av aktivitetsbasert finansiering og behovsbasert finansiering på foretaksnivå. Dette gir det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten i Norge en rolle både som produsent og sørge-for enhet som ingen av de andre landene har.
- Sverige har i mindre grad enn de andre landene restriksjoner på tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester. Samtidig er fritt sykehusvalg lovfestet i både Norge og Danmark, men ikke Sverige og Finland.
- Norge har de siste 15 årene hatt en vekst i ressursinnsatsen som langt overstiger både de andre Nordiske landene og andre land i Europa det er naturlig å sammenlikne seg med.

2.3 Helsetjenestens ulike nivå - hva utgjør spesialisthelsetjenesten?

Komparative studier av ulike lands helsesystemer kan ha ulike formål og ulik avgrensning. Dette notatet er utarbeidet på oppdrag fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten, som primært ønsker en sammenliknende analyse av spesialistdelen av helsetjenesten i de fire landene. I dette avsnittet redegjør vi derfor for avgrensning og oppbygging av spesialisthelsetjenesten i Norge, Sverige, Finland og Danmark, og diskuterer samtidig kort mulige tilnærminger til komparative analyser.

2.3.1 Definisjonen av spesialisthelsetjeneste

Begrepet "spesialisthelsetjeneste" har i utgangspunktet ikke noen entydig definisjon. I medisinsk terminologi gjøres et skille mellom primærhelsetjeneste som pasientens første kontaktpunkt, spesialisthelsetjeneste som et mer spesialisert nivå hvor det kreves kompetanse som (den antatte) generalisten i primærhelsetjenesten ikke besitter, og endelig tertiærhelsetjeneste om svært spesialisert behandling²⁴. I vår sammenheng er avgrensning av primær- mot spesialisthelsetjeneste det viktigste, og de vesentlige punktene er her "første kontakt" og "generell kompetanse".

I *Norge* kan etter Lov om spesialisthelsetjenesten Departementet gjennom forskrift bestemme hva som er spesialisthelsetjeneste²⁵. I 2009 omfatter spesialisthelsetjenesten følgende områder:

- Sykehustjenester
- Medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
- Akuttmedisinsk beredskap
- Medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og båt
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Transport til undersøkelse i kommune- og spesialisthelsetjenesten

Det kan åpenbart diskuteres om for eksempel transport til undersøkelse i kommunehelsetjenesten faller inn under den medisinske definisjonen av spesialisthelsetjeneste som "secondary care", slik referert over. Det samme vil gjelde deler av tjenestetilbudet i sykehusene, slik som for eksempel opptrening og rehabilitering. Avgrensningen av spesialisthelsetjenesten i Norge er imidlertid ikke kun bestemt ut fra et

²⁴ Se for eksempel Miriam Webster, Medical Dictionary : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html>

²⁵ <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html> , se §1.2 og tilhørende merknader i Ot.prp. nr 66 (2000-2001) avsn. 8.12

medisinsk faglig skille, den styres i stor grad av den lovbestemte ansvarsfordelingen mellom de regionale helseforetakene og kommunene. Samtidig tyder mye på at en stor del av aktiviteten som skjer innenfor det som lovmessig er spesialisthelsetjenesten faktisk ikke er "spesialisthelsetjenester". Helse- og omsorgsdepartementet anslår av vel 10 prosent av alle liggedøgn (kostnadsberegnet til 800 millioner kroner) i spesialisthelsetjenesten kunne være overført kommunehelsetjenesten²⁶.

I Sverige ligger altså både ansvaret for primær- og spesialisthelsetjenesten på samme forvaltningsnivå; fylkene. Den svenske Hälso- och sjukvårdslagen gir ingen avgrensning mellom disse, men skiller mellom de tjenestene som er et kommunalt og et fylkeskommunalt ansvar. Det kommunale ansvaret avgrenses til tjenester som ikke krever lege²⁷. En avgrensning mellom spesialist- og primærhelsetjeneste gis imidlertid av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i deres presentasjon av virksomhetsstatistikk²⁸. Her defineres spesialisthelsetjeneste som *"hälso och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder enn vad som kan ges i primärvård"*. På samme måte defineres primærhelsetjeneste som grunnleggende helsetjenester som *"...inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser"*. Den svenske definisjonen er dermed, i motsetning til den norske, mer i tråd med den medisinske forståelsen av begrepene²⁹. Følgende tjenester inngår i følge SKL i spesialisthelsetjenesten.

- Somatisk spesialisthelsetjeneste
 - o Mottakning
 - o Dagbehandling
 - o Hjemmebehandling
 - o Inneliggende behandling

Vi merker oss at man i Sverige opererer med hjemmebesøk både innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten. Hjemmebesøk utføres i hovedsak av andre personellgrupper enn leger, men utgjorde allikevel i 2007 anslagsvis 5.6 prosent av antall legekonsultasjoner innen spesialisthelsetjenesten. Hjemmebesøk la beslag på om lag 1 prosent av ressursene i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2007. Det er store problemer med å skille de ulike kategoriene fra hverandre i datagrunnlaget; dette gjelder i særlig grad forholdet mellom polikliniske konsultasjon og dagpasienter. I motsetning til i Norge defineres altså ikke spesialisthelsetjeneste i Sverige etter hvor aktiviteten foregår. Det innebærer at i tillegg til hjemmebesøk vil også deler av aktiviteten som skjer i helsesentre ("vårdsentraler") også regnes med som spesialisthelsetjeneste, mens noe av aktiviteten som skjer i sykehus, eksempelvis basale mor og barn helsetjenester regnes som primærhelsetjeneste.

Rehabilitering i Norge ikke definert som en egen del av spesialisthelsetjenesten, men de regionale helseforetakene har ansvaret for opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner. Forskjeller mellom land i organisering av rehabiliteringsområdet kan få konsekvenser for sammenlikninger dersom noen av landene i første rekke leverer denne typen tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten. I Sverige defineres rehabilitering som spesialisert behandling av pasienter med funksjonshemming (for eksempel grunnet skade eller ulykke) og leveres enten i sykehus eller i hjemmet. I det siste tilfellet faller dette under et kommunalt ansvar, og dermed utenfor spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering for eldre etter sykehusopphold er etter Ädelreformen i 1992 et kommunalt ansvar.

- Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste
 - o Mottakning
 - o Dagbehandling
 - o Hjemmebehandling
 - o Inneliggende behandling

²⁶ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemter/pressemeldinger/2008/flere-pasienter-bor-behandles-i-kommune.html?id=533324>

²⁷ <http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19820763.htm#P18S3>

²⁸ http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39260_1.pdf side 28

²⁹ Men sirkulær, og dermed ikke veldig presis...

Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste omfatter både kort- og langtidsopphold, samt psykiatrisk behandling av rusmisbrukere. Det er ut fra datagrunnlaget mulig å foreta skille mellom allmenn psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rettspsykiatri, men ikke å skille ut rusbehandling som et eget område. Også innen psykisk helsevern benyttes hjemmebesøk, men omfanget av dette utgjør under 0,5 prosent av den samlede ressursinnsatsen. Psykiatriske sykehjem regnes ikke som en del av spesialisthelsetjenesten i Sverige.

Ambulanse og syketransport, samt andre transportkostnader rubreres i Sverige under overskriften "andre helsetjenester", og defineres således ikke under begrepet spesialisthelsetjeneste.

I *Danmark* gir Sundhedsloven³⁰ en beskrivelse av regionenes og kommunenes ansvar for helsetjenester, men heller ikke her beskrives nærmere hva som innen regionene skal være å forstå som spesialisthelsetjenester. Det har heller ikke vært mulig å finne dansk statistikk som definerer eller skiller mellom spesialist og primærhelsetjeneste. I Danmark opereres med begrepene "praksissektoren" og "specialiceret behandling" med omtrent samme avgrensning som de svenske definisjonene. Det vil også i Danmark kunne være vanskelig å foreta et entydig skille mellom spesialisert og kommunal rehabilitering. Kommunene har et medfinansieringsansvar for rehabilitering som skjer i regional regi (70 prosent), og kan derfor ha sterke incentiver til å overta deler av denne aktiviteten selv. Også innen psykisk helsevern har kommunene et medfinansieringsansvar på 60 prosent av fastsatt liggedagstakst, dog med en øvre grense på DKK 7169 (2007). Regionene plikter å stille behandlingsplasser til rådighet for rusbehandling, og også yte rådgiving. Rusomsorgen er imidlertid delt mellom kommunene og regionene, og det er ikke klart hvor skillet går mellom hva som er spesialisthelsetjeneste og hva som er primærhelsetjeneste innenfor dette området.

I *Finland* ligger ansvaret for både primær og spesialisthelsetjeneste på kommunesektoren. Helsetjenesten reguleres gjennom "lov om primærhelsetjenester" og "lov om spesialisthelsetjenester"³¹. Lov om primærhelsetjenester legger ansvaret på kommunale eller interkommunale helsesentre, men med betydelig frihet i hvordan kommunene velger å organisere tjenestene. Samtidig får en stor andel av befolkningen sine tjenester gjennom arbeidsplassen, i s.k. occupational health care. Begrepet "allmennlege" (GP) er ikke entydig i det finske systemet. Iflg. den finske legeforeningen fordelte allmennlegene seg i 2007 med 57 prosent i kommunale helsesentre, 16 prosent i occupational health care, 6 prosent drev privat praksis, mens 21 prosent arbeidet "andre steder", som inkluderer i sykehusene³². Ansvaret for spesialisthelsetjenester legges, ifølge loven, på sykehusdistriktene. Folketrygden spiller en vesentlig rolle i finansieringen, både gjennom å finansiere transport, men også gjennom finansiering av occupational health. En ny helselovgivning er på trappene, bl.a. med det formål å bedre samhandlingen mellom spesialist og primærhelsetjenesten.

I prinsippet er skillet mellom primær og spesialisthelsetjenester i Finland klart, og definert på den måten av det som gjøres i sykehusdistriktene er spesialisthelsetjenester. Samtidig vil de fleste helsesentrene ha sengeplasser, de vil kunne drive enkel kirurgisk virksomhet, og også konsultasjoner som vil kunne defineres som spesialisthelsetjenester i det norske systemet. Kommunene har formelt adgang til å sette ut spesialisthelsetjenester til helsesentrene. Den praktiske implikasjonen av dette er at en beskrivelse av den finske spesialisthelsetjenesten som tar utgangspunkt i sykehusene, vil undervurdere det reelle omfanget av aktiviteten.

Psykisk helse er et kommunalt ansvar, og gjøres dels i regi av de kommunale helsesentrene, dels i regi av sykehuspoliklinikker og dels gjennom innleggelser ved sykehus. Fordelingen mellom de ulike nivåene vil kunne variere mellom ulike deler av landet, og ikke nødvendigvis være bestemt av om pasientene hører hjemme i spesialist eller primærhelsetjenesten. Også helsesentrene vil ha ansatt psykiatere og psykologer. Dermed vil deler av det som i Norge defineres som spesialisert psykisk helsevern i Finland skje lokalt i helsesentre. Det samme vil til en viss grad gjelde for rehabilitering. Formelt er dette et ansvar for helsesentrene (og dermed etter finsk definisjon primærhelsetjeneste),

³⁰ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114054>

³¹ Se <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/aa1106916032942/passthru.pdf> for en oversikt.

³² Kirsi Virsanen, Stakes – personlig meddelelse.

men deler av rehabiliteringen vil også skje i sykehusene. Rehabilitering involverer i mange tilfeller også sosialtjeneste, skolene og arbeids- og velferdsetaten.

Rusbehandling skjer i Finland enten i regi av primærhelsetjenesten, egne organisasjoner, eller også i sykehusene. Igjen vil dette variere mellom områder, uten at variasjonene kan tilbakeføres til hva som (etter norsk variant) er spesialist- og hva som er primærhelsetjeneste.

2.3.2 Sammenlikninger av spesialisthelsetjenesten

En definisjon av spesialisthelsetjenester som tar utgangspunkt i tjenestenes forvaltningsmessige plassering vil være lite stabil, og også danne et begrenset grunnlag for sammenlikninger mellom ulike land og systemer. Det finnes i dag ikke noe offisielt, lett tilgjengelig datagrunnlag som kan benyttes til å sammenlikne spesialisthelsetjenesten – slik den forstås i Norge – mellom de nordiske landene. Det framgår av gjennomgangen i avsnitt 3.1 at de fire landene både benytter begrepet spesialisthelsetjenester på ulike måter, og har ulike grad av spesifikkhet i sin avgrensning av hva som er spesialisthelsetjenester. Den norske definisjonen er preget av nødvendigheten av å skille hva som er et kommunalt ansvar fra hva som er de regionale helseforetakenes ansvar. Dette løsriver til en viss grad den norske definisjonen fra den medisinske forståelsen av begrepet. Også i Finland skilles primær og spesialisthelsetjenester fra hverandre gjennom et skille mellom hva som er sykehusdistriktenes ansvar og hva som løses av den enkelte kommune alene³³. I Danmark og Sverige er forskjellen mellom primær og spesialisthelsetjeneste i liten grad knyttet opp til hvor tjenestene leveres, og i større grad til deres medisinske innhold. Ett utslag av dette er man i Sverige vil ha primærhelsetjenester levert innen sykehusene, mens personell fra spesialisthelsetjenesten til en viss grad driver hjemmebesøk.

En ytterligere utfordring med å harmonisere de nasjonale definisjonene av spesialisthelsetjeneste er vanskeligheter med å identifisere de enkelte typene tjenester i alle landene. I særlig grad vil dette gjelde rusbehandling, i noen grad psykisk helsevern, men også rehabiliteringsfeltet vil vanskelig kunne dekkes på lik måte i de fire landene. En særskilt utfordring vil Finland representere fordi deler av spesialisthelsetjenesten leveres i helsesentrene. Endelig vil det både i Sverige og i særlig grad i Finland være lokale variasjoner i hvordan man organiserer tjenestetilbudet som fører til at tjenester i noen områder av landet vil betegnes som primær- og i andre tilfeller som spesialisthelsetjenester, selv om de i medisinsk forstand i realiteten har identisk innhold.

- *Det anses derfor ikke som hensiktsmessig å forsøke å gi en samlet beskrivelse av "spesialisthelsetjenesten" i de fire landene som omfatter det samme tjenestetilbudet som vi i Norge definerer som spesialisthelsetjeneste.*
- *Det vil for Sverige og Finland være teoretisk mulig å beskrive omfanget av spesialisthelsetjenesten slik den defineres i disse to landene. I begge tilfellene vil imidlertid beskrivelsene være heftet med en betydelig usikkerhet knyttet til kvalitet på data. Det er også i disse to fall uklart hvilken hensikt en slik beskrivelse vil ha så lenge tallene vil ha begrenset sammenliknbarhet med tall for spesialisthelsetjenesten i Norge. Det er usikkert i hvilken grad det er mulig å skille ut ressursbruken til spesialisthelsetjenester i Danmark.*

Dersom hensikten med sammenlikninger er å sammenlikne land på makronivå; ressursinnsats, fordeling av ressurser på ulike funksjoner og fordeling av ressurser mellom ulike typer produsenter kan ét alternativ til egen datainnsamling være å ta utgangspunkt i OECDs helseregnskap (system of health accounts - SHA³⁴). Viktige formål med denne inndelingen har vært å lage klare og entydige avgrensninger mellom de ulike delene av helsetjenestene og dermed gjøre sammenlikninger over tid og mellom land konsistente og (dermed mer) informative. Alle de nordiske landene leverer nå data etter prinsippene i helseregnskapet – om en i noe ulik detaljeringsgrad. Det er imidlertid viktig å være klar over at dette er informasjon som ikke kan splittes i en kvantums- og en priskomponent.

³³ "Alene" er noe upresist, siden helsesentrene kan være (og ofte er) interkommunale, men allikevel atskilt fra sykehusdistriktene.

³⁴ Beskrivelsen finnes i sin helhet på <http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf>

Eksempelvis vil man ikke få informasjon om årsverk ut av disse dataene. Heller ikke sammenlikninger av aktivitetsnivå eller aktivitetssammensetning vil man kunne hente fra nasjonalregnskapsdata.

I gjeldene versjon av SHA skiller man utgifter etter tre dimensjoner

- Hva slags funksjoner/tjenester som ytes - (HC – health care)
- Hvem som utfører tjenestene - (HP – health provider)
- Hvem som betaler for tjenestene - (HF – health financing)

Funksjonsinndelingen skiller mellom følgende hovedfunksjoner; *behandling, rehabilitering, langtids pleie, røntgen og laboratorietjenester, levering av medikamenter/utstyr og forbruksvarer*. Disse utgjør samlet det som benevnes personlige helsetjenester (personal health care): I tillegg kommer kategoriene *forebygging og folkehelse, administrasjon av helsetjenester og helse relaterte funksjoner*. Samlet utgjør disse landets totale utgifter til helsetjenester, slik det rapporteres til og presenteres av OECD.

Det skilles mellom følgende grupper produsenter; *sykehus, sykehjem og andre boenheter, ambulerende virksomhet, salg av medikamenter og forbruksvarer*. Samlet utgjør disse personlige helsetjenester (personal health care). I tillegg kommer så *framskaffing og administrasjon av folkehelseprogrammer, generell administrasjon og forsikring, andre produsenter og resten av verden*. Lagt oppå personlige helsetjenester gir disse en oversikt over løpende helseutgifter.

Endelig skilles mellom følgende former for finansiering; *offentlig sektor (etter nivå), privat sektor (forsikring, egenbetaling, non-profit) og resten av verden*.

Det er viktig å understreke at den internasjonale harmoniseringen av nasjonalregnskapsdata til denne typen sammenlikninger enda er på et relativt tidlig nivå. Det vil for eksempel kunne være forskjeller mellom land i hvordan man avgrense pleie- og omsorgstjenester fra helsetjenester, i hvordan man klassifiserer ulike typer produsenter eller lignende. Det kan allikevel være verdt å vurdere videre i hvilken grad man kan bruke deler av tallmaterialet fra SHA til en overordnet beskrivelse av deler av helsetjenesten i de fire nordiske landene.

Nasjonalregnskapsdata er basert på felles definisjoner i alle de fire nordiske landene, og gjennom denne type data kan man bryte ned samlet ressursbruk etter funksjon, type produsent og type finansiering. Fordelen ved å benytte denne type data er at man dermed, i prinsippet, får meningsfulle sammenlikninger både på tvers og over tid. Fremdeles vil det imidlertid kunne være forskjeller mellom landene i hva som rapporteres hvor. Eksempelvis vil man i Sverige ikke kunne skille ut rehabilitering som en egen funksjon, og denne slås derfor sammen med behandlingsfunksjonen. Norge gjøres et forsøk på å rapportere rehabilitering som summen av sykehusrehabilitering og rehabilitering i institusjoner utenfor sykehus. Det er imidlertid grunn til å tro at også disse tallene er heftet med noen usikkerheter.

Også på produsentsiden vil det kunne være problemer med reell sammenliknbarhet. I Sverige er i prinsippet ikke sykehusene egne regnskapsenheter, men en del av landstingenes regnskapssystem. Det vil dermed kunne være utfordringer knyttet til korrekt å skille ut korrekte kostnader knyttet til ressursbruk på ulike produsentnivå. Vi merker oss også at man i helseregnskapsdefinisjonen grupperer rus- og psykiatri sammen. Det fremheves fra Finland³⁵ at helseregnskapets inndeling i ulike typer produsenter i liten grad fanger opp den finske virkeligheten, og at en sammenlikning mellom de nordiske landene basert på denne dermed vil være lite meningsfull.

- *Med de for behold som er gjort over anbefales allikevel å ta utgangspunkt i helseregnskapsdata til for overordnede struktur eller sammenlikninger av de Nordiske landene. En tilnærming er å utvikle et spesifikt tabellsett til bruk for BUS, som kan inngå den årlige rapporteringen.*

³⁵ Unto Häkkinen, personlig meddelelse.

3 Aktivitet i sykehus – bruk av sykehus-tjenester

3.1 Innledning og problemstilling

I dette kapitlet sammenliknes forbruket av sykehustjenester mellom de nordiske landene. Vi har to siktemål med analysene. For det første å se på forskjeller i samlet forbruk av sykehustjenester. For det andre å diskutere mulige årsaker til forskjeller i forbruk med sikte på å både vise tjenester/pasientgrupper hvor det er åpenbare forskjeller i bruken av sykehus og hvor det er store utfordringer med hensyn til sammenlignbarhet, og pasientgrupper hvor vi antar at problemer med sammenlignbarhet er begrenset.

Observerte forskjeller i bruk av sykehus kan ha ulike årsaker:

1) Sykelighet/behov

Det er vanskelig på generelt grunnlag å påvise forskjeller i sykelighet eller behov for sykehustjenester. Men det kan ikke utelukkes at det er forskjeller mellom de nordiske landene. Det er betydelig kompensasjon for regionale forskjeller i Norge i inntektssystemet til de regionale helseforetakene (NOU 2008: 2).

2) Tilbudsforskjeller/ulik terskel for behandling

Det kan være tilbudsforskjeller på grunn av ulik medisinsk praksis, prioritering av helsetjenester eller andre forhold som for eksempel inntektsnivå i samfunnet.

3) Ulik grenseoppgang i tjenester i og utenfor sykehus

Arbeidsfordelingen mellom sykehusene og andre som utfører helsetjenester varierer mellom ulike omsorgsnivå og pasientgrupper, jf kapittel 2. Vi vet for eksempel at det er ulik ansvarsfordeling for rehabiliteringstjenester i de nordiske landene. Innen psykisk helse og tilbud til rusmiddelmisbrukere kan det også være betydelig gråsoneproblematikk. Videre vil oppgavefordeling i forhold til diagnostisering, enklere behandling, kontroller og annen etterbehandling etter sykehusopphold ha en grenseflate mot primærhelsetjenesten, private spesialister og private sykehus. Dette er områder som er gråsoner også i Norge³⁶ og hvor vårdcentralene i Sverige og helsesentrene i Finland ser ut til å spille en større rolle enn primærhelsetjenesten i Norge. Norge er det eneste landet hvor sørge-for-ansvaret for primærhelsetjenesten og sykehustjenester er delt. I Finland er ansvaret for legetjenester og sykehustjenester på kommunenivå, mens ansvaret er lagt til länsnivå og regionnivå i henholdsvis Sverige og Danmark. Ulik ansvars plassering kan ha betydning for organisering og forbruk av helsetjenester, spesielt for pasienter/tjenester i "gråsonen" mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

4) Ulik organisering innad i sykehussektoren

- Omsorgsnivå: I hvilken grad ulike typer pasienter legges på sengeavdeling, dagpost eller behandles ved en poliklinikk kan variere.

³⁶ jamfør gjennomgang av samhandlingstiltak i notat 3 til møte i ekspertgruppen som arbeidet med samhandlingsreformen. Se <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen/notater-.html?id=533422>

- Funksjonsfordeling mellom sykehus (overføringsproblematikk). For å frigjøre kapasitet ved de mer spesialiserte sykehusene overføres pasienter til sitt lokale sykehus etter nødvendig behandling og stabilisering. Ulikheter i omfanget av overføringer på grunn av ulik sykehusstruktur vil påvirke antall registrerte sykehusopphold.

Vi er spesielt interessert i å undersøke om det er tilbudsforskjeller mellom de nordiske landene. Men ulik terskel for sykehusbruk kan være vanskelig å skille fra andre faktorer dersom disse ikke kan identifiseres på en god måte. Det er imidlertid interessant å se om bruken av sykehus varierer mye selv om vi ikke kan utelukke at forskjellene (delvis) kan knyttes til sykелighet og ulik organisering av primærhelsetjenester og sykehustjenester.

Vi vil på ulike måter belyse og diskutere forskjeller mellom de nordiske landene i bruk av sykehus relatert til ulikt behandlingstilbud i sykehus og til ulik grenseoppdragning til andre deler av helsetjenesten. Dette gjøres både ved å tilpasse datamaterialet slik at vi får mest mulig sammenlignbare totaltall og ved å undersøke forskjeller i sykehusforbruk for utvalgte pasientgrupper (somatikk). Pasientgruppene velges ut fra ulike kriterier, og omfatter både grupper som forventes i hovedsak å behandles i sykehus og grupper hvor vi forventer at gråsoneproblematikk i større grad gjør seg gjeldende. Somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern for henholdsvis voksne og barn/unge analyseres separat, henholdsvis i kapittel 3.2 og 3.3. Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere er ikke analysert fordi det ikke finnes data for de fire nordiske landene som egner seg i en komparativ analyse.

Tilnærmingstype, datagrunnlag (datakilde, avgrensning og komplettethet), spesifikasjon av uttrekk og tilrettelegging for analyse og andre spørsmål knyttet sammenlignbarhet diskuteres i de respektive kapitlene for somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern.

3.2 Somatisk spesialisthelsetjeneste

I dette kapitlet sammenlignes og diskuteres forskjeller i bruk av somatiske sykehus. Organiseringen av kapitlet er slik:

- Avsnitt 3.2.1 beskriver tilnærmingstypen som er valgt for å sammenligne sykehusbruk i de ulike landene.
- Datagrunnlag, tilrettelegging av data samt metodiske valg for analysene beskrives i avsnitt 3.2.2.
- I avsnitt 3.2.3 presenteres og diskuteres resultatene for sammenligningen av nivåforskjeller i totalt sykehusforbruk. Fordi vi mangler sammenlignbare data for Sverige for 2007 er 2006 valgt som sammenligningsår.
- Utvikling i forbruksrater i de ulike landene for årene 2005-2007 er presentert i avsnitt 3.2.4.
- Analyse av forskjeller i forbruk for utvalgte pasientgrupper (DRG-grupper) er presentert i avsnittene 3.2.5- 3.2.7.
- Hovedfunnene oppsummeres i avsnitt 3.2.8.

3.2.1 Tilnærmingstype

Analysene av forbruk vil starte med sammenligninger som skal si noe om det generelle sykehusforbruk i de fire landene. Det korrigeres for identifiserte forhold vi vet skaper store forskjeller i forbruksrater som ikke er reelle. Dette er basert på kunnskap om forskjeller i ansvar og organisering i de nordiske land og erfaring fra analyser av norske forhold. Forskjeller i det totale sykehusforbruket diskuteres videre med utgangspunkt i en inndeling i hoveddiagnosegrupper basert på drg-systemet (HDG-grupper).

I oppfølgingen av dette framstilles også nasjonale rater for forbruk innen spesifikke pasientgrupper (Drg-er). Utvelgelsen av gruppene er basert på at behandlingen i liten grad

vil foregå utenfor sykehus og dermed er sammenlignbare. Vi ser her også på forskjeller i forbruksrater for operasjoner for utvalgte krefttyper. Dette er også grupper vi vil forvente at organisering av tjenestene ikke skal påvirke forbruket, men som forventes i stor grad å reflektere forskjeller i sykелighet. Deretter ser vi på sykehusbruken for sykdom /tilstander/behandling som er dominerende blant eldre pasienter og som utgjør et stort volum i opphold og liggedager. Her vil vi forvente større grad av innslag av gråsone-problematikk. Dette er spesielt interessant med tanke på at helse- og omsorgstjenester til eldre står sentralt i diskusjoner rundt samhandling mellom sykehus og primærhelse-tjeneste.

For mange av de spesifikke pasientgruppene som presenteres er Danmark vanskelig å sammenligne med de andre landene fordi danske data ikke er gruppert på samme måte som i Norge, Finland og Sverige (se avsnitt 3.2.2).

I tillegg til relativt detaljerte analyser av forbruket av døgn- og dagbehandling i sykehus presenteres rater for den totale bruken av polikliniske konsultasjoner. Dette består i hovedsak av utredning og kontroller, i tillegg til enkel behandling som normalt ikke krever tilgang til sengeressurser.

Vi er ikke i stand til på en presis måte å knytte forskjeller i forbruk av sykehustjenester til de ulike forklaringsfaktorene som ble nevnt innledningsvis. Observerte forskjeller i bruk av tjenester må imidlertid tolkes på bakgrunn av potensielle forskjeller i sykелighet, ansvarsfordeling og organisering i tillegg til eventuelle forskjeller i terskelen for bruk av sykehus som kan knyttes til tilbudsforskjeller. Som en bakgrunn for tallene som presenteres gir vi derfor først noen kommentarer til forskjeller mellom de nordiske landene når det gjelder sykелighet, ansvarsfordeling og organisering.

Sykелighet

Det er som nevnt innledningsvis vanskelig på generelt grunnlag å påvise forskjeller i sykелighet eller behov for sykehustjenester. I det nasjonale inntektssystemet for somatisk spesialisthelsetjeneste tas det høyde for ulikheter i behov knyttet til ulik alders-sammensetning, forskjeller i dødelighetsrater og andre helse- og sosiale kjennetegn ved befolkningen som antas å ha betydning for forbruk av sykehustjenester. Fra NOMESCO-statistikken (NOMESCO, 2007) vet vi at det også er forskjeller mellom de nordiske landene når det gjelder demografi og dødelighet.

Norge har relativt sett mange barn, mange i fertil alder og mange i de eldste aldersgruppene (over 85 år). Sverige har høyest andel av eldre over 75 år. Mens Finland har relativt sett flest middelaldrende (45-64 år). Danmark har i likhet med Norge relativt sett mange barn, mange i fertil alder, men relativt sett færre blant de yngre eldre (75-84 år). Vi vet at eldre har et relativt sett høyt sykehusforbruk (SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007). Dette trekker isolert sett i retning av et høyere forventet forbruk i Sverige.

Norge har lavest total dødelighetsrate for både menn og kvinner. Dødelighetsraten for menn er høyest i Danmark og for kvinner i Danmark og Sverige. Dersom vi alders-standardiserer er dødelighetsraten fortsatt høyest i Danmark for både menn og kvinner. Finland har da også høy rate for menn. For kvinner er det små forskjeller mellom Norge, Sverige og Finland. I NOMESCO-statistikken vises dødelighetsrater for det de kaller unngåelige dødsfall. Statistikken viser veldig store forskjeller mellom landene. For kreft i spiserør, kreft i luftrør, bronkie og lunge, obstruktiv lungesykdom og sukkersyke har Danmark dobbelt så høye dødelighetsrater som Norge, Sverige og Finland. Danmark har også, sammen med Finland, høye dødelighetsrater for sykdommer i hjernen (raten i Danmark er dobbelt så høy som i Norge) og kronisk leversykdom og skrumplever hvor ratene i Danmark og Finland er henholdsvis 16,3 og 20,5 per 100,000 innbyggere mens ratene i Norge og Sverige er henholdsvis 3,3 og 6,1. Selv om det trolig er feilkilder i statistikken både med hensyn til registrering, klassifisering, manglende diagnoser og feilkilder knyttet til usikkerhet i dødsårsak, så er forskjellene så store at de likevel at de indikerer betydelige forskjeller i dødelighet knyttet til "helserelatert" atferd. Det er imidlertid ikke nødvendigvis en entydig sammenheng mellom dødelighetsrater og behov for sykehustjenester. Insidens- og prevalenstill gir bedre indikasjoner på behov på et gitt

tidspunkt. Analysene i NOU 2008: 2 viser imidlertid en sterk positiv sammenheng mellom dødelighetsrater og forbruk av somatiske sykehustjenester for Norge, og dødelighet er det helse- og sosiale kriteriet som inngår med høyest vekt (11,3 prosent) i behovsnøkkelen for somatiske spesialisthelsetjenester i inntektsmodellen for de regionale helseforetakene. En mulig tolkning er derfor at forskjeller i dødelighetsrater isolert sett trekker i retning av høyere behov i Danmark.

Norge har den høyeste fertilitetsraten, og vi vil forvente å finne igjen dette som høye fødselsrater i pasientdata.

Vi forsøker i noen grad å ta høyde for ulikhet i demografi (alders- og kjønns sammensetning) når vi ser på forbruket for spesifikke pasientgrupper. I analysene av forbruk knyttet til utvalgte krefttyper sammenholder vi forbruksrater med forskjeller i dødelighetsrater/insidenstall.

Ansvarsfordeling/grenseoppgang

Spesialisthelsetjeneste kan finne sted i offentlige sykehus, i private sykehus og hos private spesialister. Omfanget av privat finansiert behandling ved private sykehus og spesialister kan variere for eksempel knyttet til ulikt omfang av privat forsikring. I tillegg kan spesialisert behandling i offentlig regi også finne sted utenfor sykehus, i desentraliserte spesialisttilbud ofte i tilknytning til primærhelsetjenester og kommunale omsorgstjenester. I tillegg kan det i noen grad være substitusjon eller gråsoner mellom sykehustjenester og primærhelsetjenester og omsorgstjenester. Det vil for eksempel si at i noen grad vil samme type aktiviteter finne sted både hos primærleger og ved (primært) poliklinikker i sykehus. Det er også gråsoner i etterbehandling og omsorg av ferdigbehandlede pasienter mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester.

Vi vet fra kapittel 2 at det er ulike definisjoner av spesialisthelsetjenester og ulike grenseoppganger i forhold til primærhelsetjenester i de nordiske landene. I Sverige og spesielt i Finland har de vårdcentraler/helsesentre hvor deler av aktiviteten defineres som spesialisthelsetjenester. I Sverige finner vi i tillegg hjemmebesøk både innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi vil også i noen grad også finne slike gråsoner i Norge i organiseringen av tjenestene i form av desentraliserte poliklinikker, distriktsmedisinske sentra, sykestuer og intermedie ravdelinger i kommunene. Men omfanget er beskjedent. Det er altså trolig en større grad av gråsoneproblematikk mot primærhelsetjenester gjennom helsesentrene i Sverige og Finland enn i Danmark og Norge. Organisering og ansvarsfordeling av rehabiliteringstjenester er også forskjellig i de nordiske landene. Det er også trolig at omfanget av privat finansierte helsetjenester varierer. Kapittel 2 viste at omfanget av privatfinansierte helseforsikring er mye høyere i Danmark enn i Norge og Sverige (omfanget i Finland er ukjent). Dette vil også ha betydning for forbruksforskjeller i offentlig finansierte helsetjenester. Tall fra OECD, i hovedsak fra 2000, viser at Norge og Sverige hadde ubetydelig omfang av privat helseforsikring, mens i Danmark og Finland stod privat forsikring for henholdsvis 1,6 prosent og 2,6 prosent av totale utgifter til helse (Colombo og Tapay 2004). I OECD sin SHA-statistikk er det også skilt etter finansieringskilde. I statistikken var det ikke oppgitt beløp for privatfinansiering av sykehus- og legetjenester for Norge og Sverige. Enten kan det skyldes at tallene mangler eller at beløpene er så beskjedene at det ikke hensyntas. For Danmark og Finland var i følge SHA-tallene henholdsvis 1,6 prosent og 3,5 prosent av utgiftene til sykehus- og legetjenester finansiert av private forsikringer i 2006. I den grad tjenestene som finansieres av private helseforsikringer erstatter offentlig finansierte tjenester, vil dette isolert sett bidra til lavere forbruksrater i Danmark og Finland.

Organisering

Omfanget av gjeninnleggelser og sykehusoverføringer vil påvirke forbruksrater basert på opphold som observasjonsenhet. Omfanget av reinnleggelser kan knyttes både til tilbakefall av sykdom, planlagte behandlingsforløp med flere opphold og andre årsaker til oppstyking av opphold. I Norge kan stykkprisfinansiering av sykehustjenester gi insentiver til å stykke opp oppholdene. Jørgenvåg og Jensberg (2006) fant at 25 prosent

av gjeninnleggelsene i Norge i 2004 var planlagte. Sykehusoverføringer kan knyttes til sykehusstruktur og funksjonsfordeling. I Norge har vi en geografi og bosettingsmønster som trekker i retning av en desentralisert struktur. I tillegg har vi sett en økende grad av funksjonsfordeling mellom sykehus (Huseby 2008). Mange av lokalsykehusene har et lite befolkningsunderlag, og både kvalitetshensyn og økonomiske hensyn kan tale for en sentralisering av mer spesialisert behandling. Jørgenvåg og Jensberg (ibid) fant at omfanget av engangsopphold blant gjeninnleggelser var ti prosentpoeng høyere når man beregnet (aggregerte) antall pasienter på institusjonsnivå sammenlignet med når man fulgte pasienten mellom sykehus. Det vil si at ti prosent av sykehusinnleggelsene skyldes sykehusoverføringer i 2004. De fant videre at overføringer mellom institusjoner økte med ti prosent fra 2001 til 2004. Gitt utviklingen de siste årene vil vi forvente at omfanget av sykehusoverføringer har økt også etter 2004. Vi kjenner ikke til omfanget av gjeninnleggelser og sykehusoverføringer i de andre nordiske landene. Huseby (ibid) finner tendenser til større grad av konsentrasjon for utvalgte kirurgiske prosedyrer i Norge enn i Sverige. Sentraliseringstendensen er imidlertid ikke et særnorsk fenomen.

Organisering av tjenester innad i sykehus vil også ha betydning for forbruksforskjeller når vi ser på indikatorer for ulike omsorgsnivå. Det er en generell trend fra døgnbehandling til dag- og poliklinisk behandling. Dersom landene har kommet ulikt langt i denne utviklingen vil det kunne forklare noe av observerte forbruksforskjeller. Også indikatorene for samlet forbruk på tvers av omsorgsnivåer vil påvirkes fordi dag- og poliklinisk behandling er mindre ressurskrevende enn døgnbehandling.

3.2.2 Datagrunnlag og sammenlignbarhet

Som redegjort for tidligere er det til dels ulik grenseoppgang mellom landene i forhold til omfanget av tjenester som utføres ved offentlige sykehus, ved private sykehus og innenfor primærhelsetjenesten. På bakgrunn av begrenset tilgang til sammenlignbart datamateriale er vår analyse avgrenset til å omfatte offentlig betalte sykehustjenester. Som grunnlag for analyser innen somatisk sektor er det innhentet data over aktiviteten ved somatiske sykehus i Norge, Finland og Danmark for årene 2005, 2006 og 2007 og for Sverige i 2005 og 2006.

Flere forhold påvirker potensielt sammenlignbarheten av data for sykehustjenester fra de fire landene.

- kompletthet på data- manglende innrapportering til nasjonale registre
- ulik registrering av diagnoser og prosedyrer i innrapporterte data
- ulik grad av registrering av desentralisert sykehusaktivitet; intermediære tilbud og lignende
- ulik metode for å gruppere pasienter (ulik drg-gruppering)

Tabell 3.1 viser en oversikt over hvilke data som er inkludert i datagrunnlaget fra det enkelte land.

Tabell 3.1 Oversikt over hva som inngår i de ulike land ¹⁾

	Norge	Finland	Sverige	Danmark
Offentlige sykehus	Ja	Ja	Ja	Ja
Private sykehus som drives med offentlig finansiering	Ja		Ja	Ja
Private sykehus – på stykkprisbasis	Ja	Ja, innlagte pasienter	Ja	Ja
Private sykehus-privat betaling	Nei	Nei	Nei	Nei
Spesialistbehandling utenfor sykehus. I helsesentre o.l	Nei, kun hvis det inngår i helseforetak, eks desentr polikl	Ja, Spesialistbehandling ved helsesentrene (overkant av 6%).	Ja, Spesialistbehandling ved helsesentrene og spesialistmottak (lite volum)	Nei
Private opptreningscenter ²⁾	Nei	Nei	Ja, offentlig finansiert spesialisert rehab. Primær rehab. (drg 462) ekskludert fra data før analyse.	Nei

1) Opplysninger basert på informasjon fra samarbeidende miljø i de respektive land

2) Rehabilitering er i hovedsak en kommunal oppgave i Sverige og Finland

Felles for alle landene er at en avgrenset del av den offentlig finansierte behandlingen utføres ved private sykehus etter avtale. Dette er så langt det er innrapportert, inkludert i datagrunnlaget. I Norge er aktivitet ved private sykehus som er finansiert gjennom ISF inkludert i sykehusdataene. Dette er i stor grad dagkirurgisk behandling. Privatfinansiert aktivitet ved private sykehus er ikke inkludert i noen av landene.

Aktivitet utført av private spesialister utenfor sykehus skal i prinsippet ikke være inkludert i sykehusdata. Unntaket for Norge er behandling som inngår i Innsatsstyrt finansiering (litt dagkirurgi), men dette gjelder svært få pasienter på landsbasis. Det meste av aktiviteten til private spesialister utenfor sykehus kan sammenlignes med poliklinisk aktivitet ved sykehusene og grenser tildels også opp mot primærhelsetjenesten. Spesialistbehandling ved desentraliserte poliklinikker (for eksempel ved Distriktsmedisinske sentre) skal inngå i dataene til det helseforetaket som drifter poliklinikken. Ulikt omfang av private spesialister i datamaterialet vil ha betydning for observerte forskjeller i polikliniske konsultasjoner. Både Sverige og Finland oppgir at spesialisthelsetjeneste ved helsesentre er inkludert. For Sverige har dette et lite volum, mens spesialistaktiviteten ved finske helsesentre utgjør seks prosent av aktiviteten for dag- og døgnbehandling og også seks prosent av polikliniske konsultasjoner. Her vil det være gråsoneproblematikk mot primærhelsetjenesten, som kan bidra til at landene med utstrakt bruk av helsesentre får høyere forbruksrater, spesielt for poliklinisk behandling.

Primærhelsetjenester skal ikke være inkludert i tallene, men ulik organisering av helsetjenestene og ulik grensedragning mellom sykehustjenester og primærlegetjenester vil kunne bidra til forskjeller i registrerte forbruksrater for sykehustjenester. For eksempel vet vi at i Sverige utføres også hjemmebesøk i den spesialiserte delen av helsetjenesten og at pasienter kan oppsøke sykehusene direkte uten henvisning fra primærlege. Ulik ansvars plassering av primærlegene i de ulike landene kan også ha betydning for omfanget av gråsoneproblematikk i dataene.

Tre typer aktivitet

I analysene skilles det mellom tre typer aktivitet ved sykehusene:

- i) enkle polikliniske konsultasjoner
- ii) dagbehandling (lengre i varighet og krever ofte seng og/eller operasjonsstue).
- iii) døgnopphold (med overnatting).

Dagbehandling kan skje ved en poliklinikk eller ved egne dagposter hvor pasientene registreres som innlagt. I forbruksanalysene vil bruken av dag- og døgnbehandling stå i hovedfokus. Denne aktiviteten er gruppert i pasientgrupper basert på drg-systemet.

Omfanget av polikliniske konsultasjoner er kun innhentet som totaltall.

Drg-grupperingen, avgrensing av dagbehandling og tilpasninger av datamaterialet for analyse er nærmere omtalt i appendiks til dette kapitlet.

3.2.2.1 Totalvurdering av sammenlignbarhet ut fra tilgjengelige data

Vi forventer størst forskjeller i omfanget av dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Dette som følge av ulik grenseoppdragning i forhold til primærhelsetjenester og som følge av forskjeller i organisering av spesialisthelsetjenester. Ulik grenseoppdragning kan også påvirke døgninnleggelser, men trolig i mindre grad. Forskjeller i pasientsammensetning målt ved drg-poeng og forskjeller i liggetid ved sykehusene ("lette versus "tunge pasienter") kan være indikasjoner på det.

Sammenligningsproblematikken kan være forskjellig for ulike pasientgrupper. Vi vil forsøke å belyse/fange opp tilbudsdrivne forskjeller ved å se på noen pasientgrupper vi antar i liten grad omfattes av gråsoneproblematikken. Valg av grupper vil da styres ut fra at behandlingen all hovedsak foregår ved sykehus.

På grunn av færre muligheter for alternativer til sykehusbehandling vil kirurgisk behandling være mer direkte sammenlignbar enn medisinsk/ikke-kirurgisk behandling.

3.2.2.2 Forbruksmål brukt i analysen

Forbruk av sykehustjenester kan måles på flere måter. I vår analyse viser vi hvor mange døgn- og dagopphold befolkningen har hatt på sykehus i løpet av ett år. Oppholdene, både heldøgnsopphold og dagopphold, kan være svært ulike når det gjelder medgått ressursbruk. Når vi bruker opphold som mål kan dette representere en mulig skjevhet dersom landene har ulikt forbruksmønster for ulike pasientgrupper. Vi har to alternative mål som kan fange opp ulik ressursbruk knyttet til oppholdene; samlet antall liggedager og samlet antall drg-poeng. Antall liggedager fanger ikke opp all ressursbruk knyttet til en sykehusinngivelse. DRG-poeng er et mer presist uttrykk for ressursbruk og pasientsammensetning ved at hver pasientgruppe (DRG) er tildelt en spesifikk kostnadsvekt. Opphold som inngår i samme DRG er antatt å være medisinsk og ressursmessig homogene. Utfordringen ved bruk av DRG-poeng er at sammenligning på tvers av land krever at vi kan gruppere pasientene likt, og det krever at de ulike landene har lik rapporterings- og registreringspraksis. Dette er ikke alltid tilfelle³⁷. Spesifikke utfordringer for spesifikke pasientgrupper kommenteres der det er hensiktsmessig i teksten.

På grunn av restriksjoner på utlevering av data knyttet til personvern og taushetsplikt har vi ikke data på pasientnivå, men aggregerte data etter DRG-gruppe på sykehusnivå. Dette setter begrensinger på hvilke analyser det er mulig å foreta.

³⁷ Se appendiks til kapittel 3 for omtale av drg-systemet og vekting.

Mål på forbruk av sykehus tjenester er oppsummert:

- antall døgnopphold og dagopphold per 1000 innbyggere
- liggedager per 1000 innbyggere
- drg-poeng per 1000 innbyggere
- polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere

Vi kan ikke skille mellom øyeblikkelig hjelp og planlagt behandling i vår analyse. Dette ble ikke mulig fordi registreringsforskjellene mellom landene er så store at det ikke ville gitt meningsfulle sammenligninger. I Sverige er andelen registrerte ø-hjelpsoverhold svært liten for døgnopphold.

3.2.3 Sammenligning av totalt sykehusforbruk

I dette avsnittet presenteres og diskuteres sammenligningstall for totale forbruksrater i 2006 basert på avgrensingen av datamaterialet som diskutert i avsnitt A 3.5 i appendiks til kapittel 3. Vi starter med å se på samlerater for overhold (innleggelser), polikliniske konsultasjoner, liggedager og DRG-poeng for innleggelser samt gjennomsnittlig liggetid for heldøgnsopphold. Deretter diskuteres forskjeller i rater for de største pasientgruppene basert på hoveddiagnosegrupper og på forskjeller mellom kirurgiske og medisinske DRG-er. Dette gir grunnlag for å drøfte om forbruksforskjeller vi observerer for samlet sykehusbruk er knyttet til spesielle pasientgrupper og overholdstyper eller om forskjellene er av mer generell karakter. For ytterligere å belyse om forskjeller mellom Norge og de øvrige nordiske landene er av generell karakter, har vi beregnet forbruksrater for helseregionene i Norge. Dersom forskjellene innad i Norge er mindre enn forskjellene mellom de nordiske landene kan vi si at et eventuelt avvikende forbruksnivå i Norge gjelder generelt og ikke er et resultat av avvikende forbruk i spesielle deler av landet.

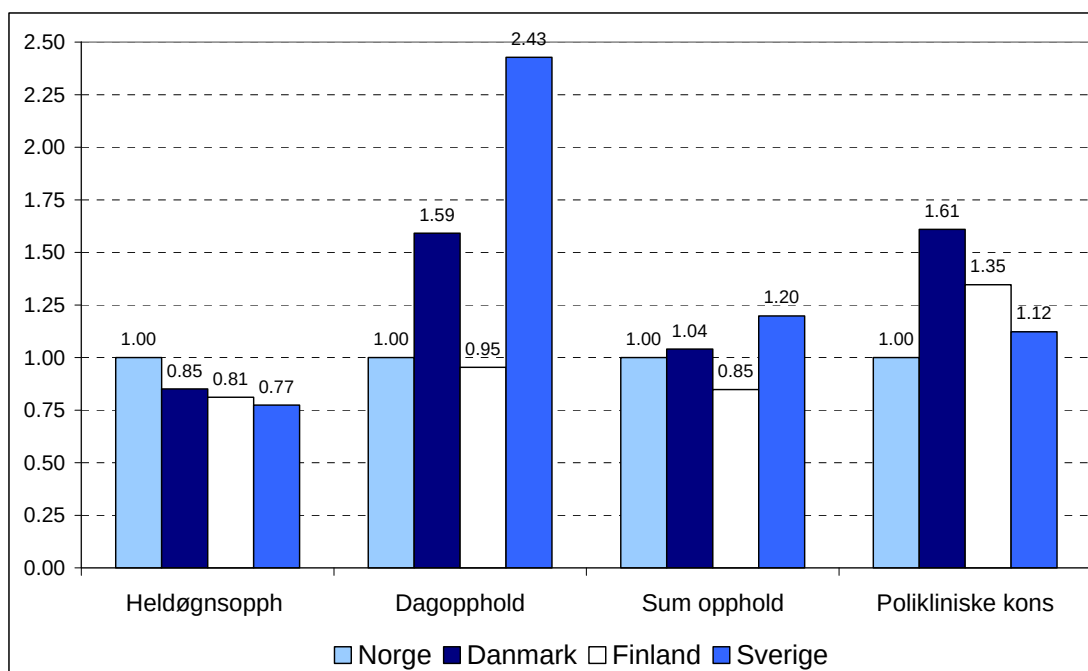
Som diskutert i avsnitt A 3.2 i appendiks har vi ikke data som gjør det mulig å sammenligne Danmark med Norge, Sverige og Finland på DRG-gruppe nivå. I sammenlikning av totalt sykehusforbruk er Danmark inkludert i tabellene som viser nasjonale totaltall og når vi skiller mellom forbruk på hoveddiagnosegruppenivå. Dette er mulig fordi logikken i den danske drg-grupperingen bygger på logikken i NORdrG. Vi kan imidlertid ikke sammenligne totalforbruket for kun kirurgiske drg-er eller kun medisinske drg-er i det danske materialet på en måte som er direkte sammenlignbart med de andre landene.

3.2.3.1 Rater for samlet forbruk

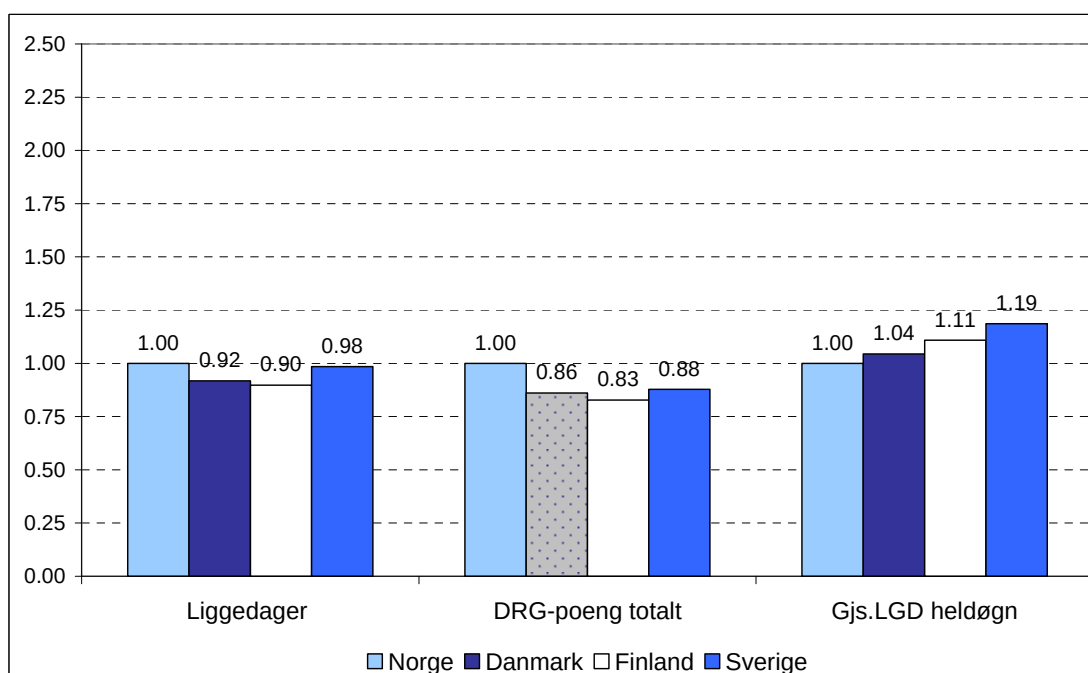
Samlet forbruk i 2006 var per 1000 innbyggere i Norge 189 for heldøgnsopphold, 65 for dagopphold og 254 for totalt antall overhold, Raten for liggedager var 1134 og raten for DRG-poeng var 228. Gjennomsnittlig liggetid for heldøgnsoppholdene totalt sett var på 5,8 dager³⁸. Ratene for Norge og de øvrige landene er vist i tabell A 3.1 og Tabell A 3.2 i appendiks til kapittel 3.

Figur 3.1 og Figur 3.2 viser totalt sykehusforbruk per innbygger i Norge, Danmark, Finland og Sverige i 2006. Forbruksraten er normert slik at de viser andel av raten for Norge, dvs. at Norge er lik 1 i figurene.

³⁸ Se definisjonen appendiks til kapittel 3.



Figur 3.1 Forbruksnivå relativt til Norge for antall kontakter med spesialisthelsetjenesten. Norge=1. 2006. Rater per 1000 innbyggere.



Figur 3.2 Forbruksnivå relativt til Norge for liggedagsrate (døgn- og dagopphold), rate for drg-poeng³⁹ og gjennomsnittlig liggetid. Norge=1. 2006. Rater per 1000 innbyggere.

Hovedinntrykket er at Norge har et høyere sykehusforbruk enn de andre nordiske landene. Norge ligger høyest på rate for heldøgnsopphold, liggedager og DRG-poeng. For døgnoppholdene er forskjellen i raten 23 prosent mellom Norge og Sverige som har lavest rate. For

³⁹ Raten for DRG-poeng for Danmark er for lav fordi vi ikke har drg-vekting av dagkirurgi på poliklinikk. Denne aktiviteten er derfor ikke inkludert i drg-poengene.

DRG-poeng er forskjellen i raten 17 prosent mellom Norge og Finland som har lavest rate. Danmark sin rate for DRG-poeng (markert i grått) er for lav fordi den ikke inkluderer DRG-poeng fra dagoppholdene hentet fra de danske poliklinikkdata. Hadde disse vært inkludert ville antakelig Danmark nærmet seg Norge i nivå for DRG-poeng, slik de gjør i forhold til antall opphold. Forskjellene i forbruksrate mellom landene er minst for liggedager, ti prosent mellom Norge og Finland som har lavest rate.

De andre nordiske landene har en høyere rate for polikliniske konsultasjoner enn Norge. En delforklaring på dette er ulikheter i organiseringen av tjenestene. Bruken av akuttpoliklinikk vs kommunal legevakt kan være forskjellig. I Finland er det inkludert en del spesialistkonsultasjoner som rapporteres som sykehusaktivitet, men som er organisert innen rammene av primærhelsetjenesten (ved helsevårdcentraler). Denne aktiviteten utgjør 6,4 prosent av de polikliniske konsultasjonene i Finland. En ekskludering av polikliniske konsultasjoner ved helsevårdcentralene vil ikke endre rangeringen av landenes plassering i figur 3.1. I tillegg til ulik grensedragning mot primærhelsetjenesten, kan resultatene indikere noen grad av substitusjon mellom innleggelser og poliklinikk.

Sverige skiller de seg ut med et svært høyt antall dagopphold. Dette medfører at de har den høyeste oppholdsraten når all aktivitet inkluderes. Bildet endres imidlertid når vi bruker DRG-poeng som mål på forbruk. Sveriges høye dagoppholdsrate skyldes åpenbart at de har mange dagbehandlinger som er lite ressurskrevende. Målt i DRG-poeng har altså Norge den høyeste raten, fulgt av Danmark, Sverige og til slutt Finland. Resultatet viser at et høyt antall heldøgnsopphold bidrar til høyere estimerte kostnader (DRG-poeng) totalt sett. Dette vises også ved at Sverige har om lag samme totale liggedagsrate som Norge, men lavere rate for DRG-poeng.

Det er også interessant å merke seg at den gjennomsnittlige liggetiden for heldøgnsoppholdene er kortest i Norge og lengst i Sverige. Dette er altså det motsatte mønsteret enn det vi ser for forbruksratene. Sverige har altså den klart høyeste dagraten, og ligger samtidig lavest på forbruksrate for døgnopphold. Videre har Sverige høyest gjennomsnittlig liggetid for heldøgnsopphold. Dette kan være en indikasjon på at Sverige er kommet noe lenger enn i Norge i å etablere alternativer til overnatting i sykehus.

Finland har lavest forbruk, målt både ved totalt antall opphold, liggedager og DRG-poeng per innbygger. Finland har nest høyest gjennomsnittlig liggetid for heldøgnsopphold, og i og med at dagraten er lav, er dette trolig en indikasjon på høyere terskel for sykehusbehandling enn på organiseringen mellom dag- og døgnopphold som i Sverige.

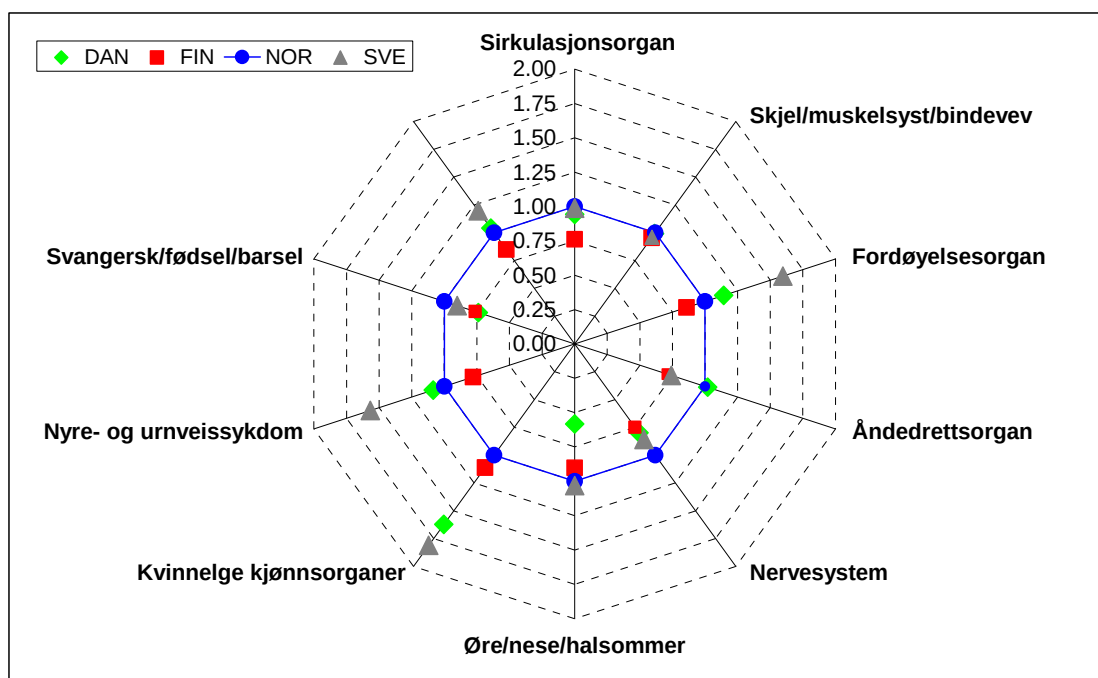
Norge er mest lik Danmark i nivå og mønster på sykehusforbruket, men har en noe høyere døgnrate og lavere dagrate. Dette kan indikere ulik organisering av aktiviteten i sykehusene i de to landene. Dagraten for Norge er på nivå med raten for Finland.

3.2.3.2 Rater på hoveddiagnosegruppenivå

Det neste spørsmålet er om inntrykket av Norge som et høyforbruksland i forhold til sykehustjenester er generelt eller gjenspeiler at vi på noen områder avviker betydelig fra de andre landene.

I tabell A3.1 og Tabell A3.2 i appendiks til kapittel 3 framstilles befolkningsbaserte rater for opphold, liggedager og drg-poeng fordelt etter hoveddiagnosegruppene i DRG-systemet.

I Figur 3.3 er gruppene med størst volum hentet ut fra tabell A 1.1 og viser hvordan de andre landene ligger i forhold til raten for Norge (markert i blått) på samlet antall døgn- og dagopphold.



Figur 3.3 Relativt forbruksnivå innen de største HDG-ene for samlet antall døgn- og dagopphold. 2006. Norge =1.

Det kommer tydelig fram at Finland har et lavere totalforbruk enn Norge innen nesten alle de større hovedgruppene, med unntak av behandling av sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer og skjelett-muskellidelser. Sverige avviker sterkt med et høyt antall opphold på grunn av gynekologiske problemstillinger, sykdommer i nyre- og urinveier og sykdommer i fordøyelsesorganer. Dette er knyttet til de høye dagratene vi så for Sverige; døgnratene er relativt sett lave for disse gruppene⁴⁰.

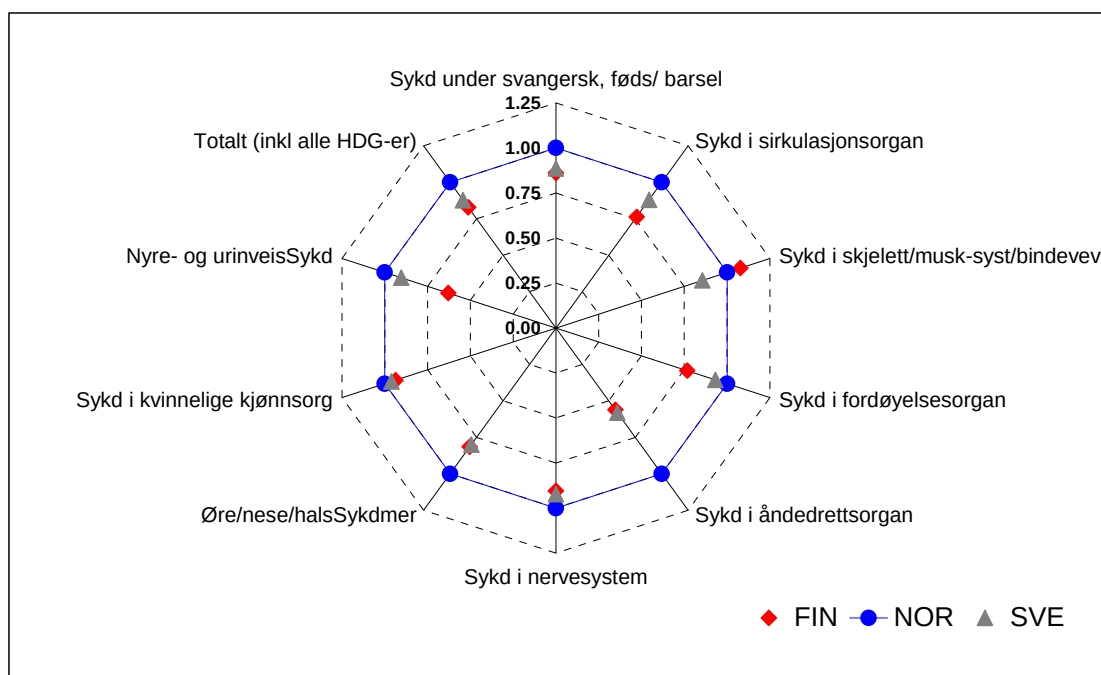
I tillegg kan det nevnes at Sverige hadde et spesielt høyt volum av dagopphold relatert til behandling av tilstander i huden. Dette gjaldt spesielt drg-ene "skade av hud, underhud & bryst", "lettere hudsykdom" og "operasjoner på hud, underhud og bryst".

For Danmarks vedkommende er det ikke et entydig mønster i forhold Norge og for mange av gruppene er det ikke store forskjeller, men Danmark har en høyere rate innen gruppen "sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer" og lavere rate for gruppen "øre/nese/hals". Forskjellene er knyttet både til dag- og døgnrater.

Norge har høyest døgnrate for alle de store HDG-gruppene med unntak av "sykdom i kvinnelige kjønnsorganer" (nest høyest etter Danmark) og "sykdom i nyre- og urinveier" (men på nivå med Danmark som har høyest rate).

Ved å måle forbruket i DRG-poeng per 1000 innbyggere får vi korrigert for ulikheter i pasientsammensetning. I Figur 3.4 framkommer landenes posisjon i forhold til Norge for de største HDG-gruppene. Danmark utgår i denne figuren fordi vi ikke har drg-poeng for dagkirurgisk behandling ved poliklinikkene.

⁴⁰ En nærmere studie viser at forskjellene var størst for følgende grupper innen de nevnte HDG-ene: "tilstander i kvinnelige kjønnsorganer ITAD (Ikke Tildelt Annen Drg)", "Øsofagitt, gastroenteritt & diverse", "sykdom i fordøyelsesorganene ITAD", "nyresvikt", "svulster i nyre/urinveier" og "symptomer fra nyre & urinveier".



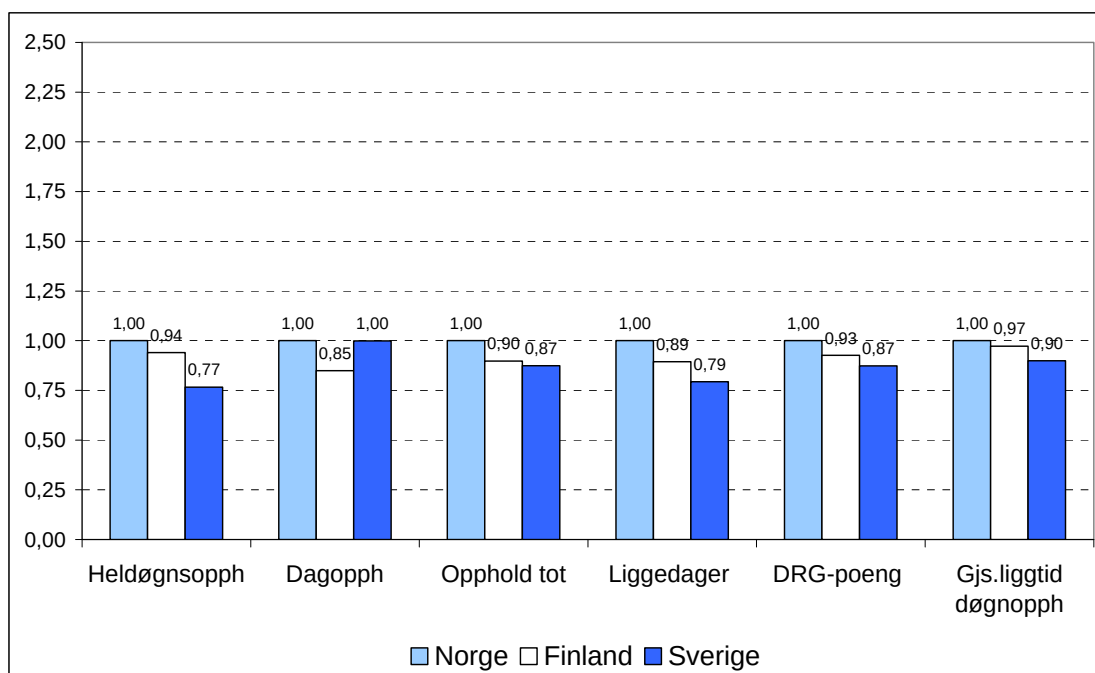
Figur 3.4 Avvik fra Norge i rate for drg-poeng for samlet aktivitet. Fordelt etter hoveddiagnosegruppe (HDG) og land.

Norge har den høyeste raten for drg-poeng for nesten alle de store HDG-ene. Avstanden til Sverige og Finland er størst for gruppen "sykdommer i åndedrettsorganene". Mens avstanden er minst for sykdom i kvinnelige kjønnsorgan og sykdommer i nervesystemet.

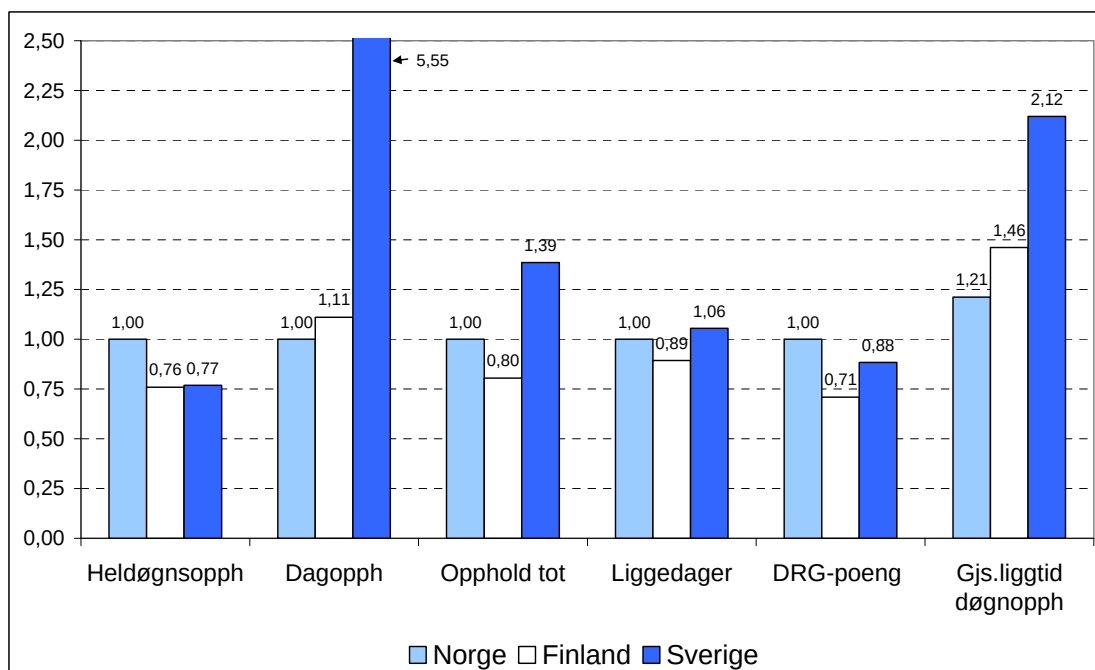
Norge har høyest rate for DRG-poeng for 15 av 23 HDG-grupper sammenlignet med Sverige og Finland, se tabell A 3.1 i appendiks til kapittel 3. Bildet er noe mer sammensatt dersom vi ser på liggedagsraten. Da halveres antall HDG-grupper hvor Norge har høyest rate. Sverige har høyest liggedagsrate for fem HDG-grupper hvor Norge har høyest rate for DRG-poeng. For de fleste gruppene er dette knyttet til høy dag-rate i Sverige. Vi så ovenfor at Sverige hadde høyest gjennomsnittlig liggetid for heldøgnsopphold samlet. Sverige har gjennomgående høyest gjennomsnittlig liggetid for HDG-gruppene. Det er kun for to HDG-grupper at Sverige ikke har høyest gjennomsnittlig liggetid for heldøgnsopphold. Dette er sykdommer i sirkulasjonsorgan, hvor Sverige har nest høyest liggetid i 2006, og sykdom under svangerskap, fødsel og barsel, hvor Sverige har lavest gjennomsnittlig liggetid.

3.2.3.3 Forbruksrater for kirurgiske og medisinske opphold

Grenseflaten mot primærhelsetjenesten er mindre for den kirurgiske aktiviteten enn innenfor medisinsk (ikke kirurgisk) behandling og dette vil spesielt gjelde innenfor medisinsk dagbehandling. Forbruksmål relatert til medisinske drg-er er skilt ut i Figur 3.5 og ikke-kirurgisk eller medisinsk behandling/oppfølging er skilt ut i Figur 3.6.



Figur 3.5 Relativt forbruk av sykehustjenester. Kirurgiske drg-er 2006. (Norge=1)



Figur 3.6 Relativt forbruk av sykehustjenester. Medisinske drg-er 2006. (Norge=1).

Figurene gir et klart bilde av at Norge har et noe høyere forbruk innen de kirurgiske drg-ene. Norge har høyest rate på alle forbruksmålene når all kirurgi ses under ett. Størst forskjeller mellom landene finner vi for raten for heldøgnsopphold hvor Norge ligger 23 prosent over raten for Sverige. Forskjellene i raten for DRG-poeng er på 13 prosent

mellom Norge og Sverige. Sverige har lavest rater for alle forbruksmålene med unntak for dagoppholdene, hvor raten er på nivå med Norge. For de kirurgiske drg-ene ser vi også at gjennomsnittlig liggetid for heldøgnsoppholdene følger samme mønster med hensyn til rangering av landene som forbruksnivået generelt, altså at Norge har høyest gjennomsnittlig liggetid og Sverige lavest.

Figurene illustrerer også at det er større variasjon i forbruket for de medisinske drg-ene enn for de kirurgiske, og spesielt når vi ser på raten for opphold. Det er her Sveriges avvikende høye dagoppholdsrate slår ut. Raten for medisinske dagopphold for Sverige er 5,5 ganger høyere enn den norske raten. På grunn av en høyere døgnoppholdsrate, er raten for drg-poeng høyest i Norge. Norge har 12 prosent høyere rate for DRG-poeng enn Sverige og 30 prosent høyere rate enn Finland. Den høye dagraten trekker opp liggedagsraten for Sverige. Norge har den korteste gjennomsnittlige liggetiden for pasienter som overnatter i sykehuset og Sverige svært lang liggetid. Dette kan være indikasjon på at Sverige har en "tyngre" pasientsammensetning på sengeavdelingene.

I Tabell A 3.3-Tabell A 3.6 i appendiks til kapittel 3 framstilles alle forbruksmålene fordelt etter hoveddiagnosegrupper for henholdsvis kirurgisk og medisinske drg-er. Når vi skiller på dette er Danmark ikke med på grunn av at de opererer med en egen inndeling i enkeltgrupper innefor HDG-ene.

Selv om Norge ligger høyest på kirurgi for de fleste HDG-gruppene er forskjellene mellom de tre landene ikke veldig stor for de fleste gruppene. Størst avvik i samlet oppholdsrate finner vi for operasjoner relatert til svangerskap og fødsler. Forskjellene i raten for DRG-poeng mellom Norge og henholdsvis Sverige og Finland er mindre enn 20 prosent for de fire største kirurgiske HDG-gruppene. Sverige skiller seg ut med høy dagkirurgi rate for operasjoner på hud, underhud og bryst. Sverige har imidlertid lavere rate for operasjoner innen skjelett-muskler enn Norge og Finland. Selv om oppholdsraten er relativt lik for Norge og Finland for denne gruppen, er raten for DRG-poeng høyere for Finland enn Norge. Dette indikerer en mer ressurskrevende pasientsammensetning i Finland. Det er ikke et entydig mønster for gjennomsnittlig liggetid for de kirurgiske heldøgnsoppholdene på HDG-gruppenivå. Sverige har særlig avvikende lang liggetid for heldøgnsopphold for sykdom i hud, underhud og bryst, altså den HDG-en hvor landet har svært høy dagrate.

Mens Sverige har høyest dagrate for nesten samtlige medisinske HDG-grupper, har Norge høyest døgnrate på nesten samtlige grupper. Sverige har generelt veldig mye høyere medisinske dagrater. Finland har lavest rate for DRG-poeng for nesten samtlige medisinske HDG-grupper. Norge har høyest rate for de fleste store HDG-gruppene. Norge har spesielt avvikende rate for DRG-poeng for medisinske opphold for sykdom i åndedretsorgan. Mønsteret vi så for gjennomsnittlig liggetid for medisinske opphold samlet sett gjelder også for de fleste HDG-gruppene.

3.2.3.4 Forskjeller på nasjonalt nivå versus forskjeller innad i Norge

Forskjeller mellom landene kan, som diskutert innledningsvis i dette kapitlet, skyldes ulike forhold. Forbruksforskjeller kan være et generelt trekk ved landene, men kan også være knyttet til geografiske variasjoner innad i landene. Det kan være at det er forbruket i deler av Norge som gjør at forbruksratene for Norge avviker fra andre nordiske land. Det er derfor interessant å se variasjonen mellom de nordiske landene i forhold til variasjonen mellom helseregionene innad i Norge. Dersom variasjonen innad i Norge er større enn variasjonen mellom de nordiske landene er ikke høye/lave rater et generelt kjennetegn ved Norge, men kan knyttes til avvikende forbruk i deler av landet.

Tabell 3.2 Totalt forbruk per 1000 innbyggere. Nordiske land og regioner i Norge. 2006.

	Heldøgnsopphold	Dagopphold	Sum opphold	Liggedager
Danmark	161	104	265	1 042
Finland	153	62	216	1 018
Sverige	146	158	305	1 071
Norge	189	65	254	1 134
Helse Sør-Øst	189	66	255	1 112
Helse Vest	180	67	247	1 097
Helse Midt-Norge	187	62	248	1 191
Helse Nord	204	68	272	1 248
<u>Norden</u>				
Max	189	158	305	1 134
Min	146	62	216	1 018
Diff max-min	43 96 89			116
<u>Norge</u>				
Max	204	68	272	1 248
Min	180	62	247	1 097
Diff max-min	24 7		25	151

Det fremgår av Tabell 3.2 at forskjellene i totale forbruksrater er til dels betydelig større mellom de nordiske landene enn mellom de fire norske regionale helseforetaksområdene. Det er altså ikke slik at det er en region som trekker opp forbruket i Norge. Høyt sykehusforbruk er et generelt fenomen uavhengig av regional tilhørighet. Raten for heldøgnsopphold er lavere for alle de tre øvrige nordiske landene sammenlignet med helseregionene i Norge. Det er liten variasjon i dagraten mellom de norske helseregionene, mens vi så at dagraten var betydelig høyere i Danmark og i enda større grad Sverige. Det er imidlertid større forskjeller i liggedagsraten mellom de norske helseregionene enn mellom de nordiske landene. Det er en forskjell på 151 liggedager per innbygger mellom Helse Vest og Helse Nord, mens forskjellen mellom høyest og lavest blant de nordiske landene er 116 liggedager per innbygger. Raten i Helse Vest, som har lavest rate av de norske helseregionene, er om lag to prosent høyere enn Sverige som har høyest liggedagsrate av de tre øvrige nordiske landene i analysen.

Vi har også sammenholdt størrelsen på forskjellene i forbruk mellom de nordiske landene med størrelsen på forskjellene i forbruk innad i Norge for de seks største hoveddiagnosegruppene. Disse er (rangert etter HDG-nummer):

- Sykdom i nervesystem,
- sykdom i åndedrettsorgan,
- sykdom i sirkulasjonsorgan,
- sykdom i fordøyelsesorgan,
- sykdom i skjellett/muskel/bindevev og
- sykdom under svangerskap, fødsel og barsel

Resultatene er vist i Tabell A 3.7 i appendiks til kapittel 3. Hovedinntrykket er at det generelt er større forskjeller mellom nasjonale rater for de nordiske landene enn mellom

de norske helseregionene også for de største HDG-gruppene. Det tyder på at forskjellene vi finner mellom Norge og de øvrige landene ikke kan tilskrives ekstreme utslag for enkelt-grupper i enkeltregioner. Det er noen forskjeller mellom gruppene. Vi oppsummerer derfor kort resultatene for hver av gruppene nedenfor.

Sykdom i nervesystem

Raten for heldøgnsopphold er høyere for alle regionene i Norge enn raten for de øvrige nordiske landene. Ratene for dagopphold og liggedager totalt imidlertid ikke systematisk høyere.

Sykdom i åndedrettsorgan

For sykdom i åndedrettsorgan er variasjonen innad i Norge betydelig mindre enn forskjellene i nasjonale rater for de nordiske landene. Nivået i alle de norske helseregionene er høyere både for raten for heldøgnsopphold og den totale liggedagsraten.

Sykdom i sirkulasjonsorgan

For sykdom i sirkulasjonsorgan er variasjonene i ratene relativt lik mellom de nordiske landene og mellom helseregionene for døgn- og dagopphold, men forskjellene i liggedagsraten er større innad i Norge enn mellom de nordiske landene. Regionene med lavest døgnrate i Norge er på nivå med Sverige som har den nest høyeste nasjonale raten etter Norge. For dagopphold er nivå og variasjon i raten omtrent lik innad i Norge som mellom landene. Det er Nord-Norge som skiller seg ut med høyest liggedagsrate. Raten for Helse Sør-Øst og Helse Vest er på nivå med Finland (lavest), mens Helse Midt-Norge er på nivå med Sverige. Danmark har lavest rate.

Sykdom i fordøyelsesorgan

For sykdom i fordøyelsesorgan har også alle de norske helseregionene høyere døgnrater enn de nasjonale ratene i Sverige, Finland og Danmark. Det er betydelig større variasjon i dagraten mellom de nordiske landene enn mellom de norske helseregionene. Dette skyldes de høye dagratene i Danmark og i første rekke Sverige, som har en rate som er 5,7 ganger høyere enn den norske raten. Det er større spredning i den totale liggedagsraten mellom de nordiske landene enn mellom helseregionene.

Sykdom i skjelett/muskel/bindevev

Også for sykdom i skjelett/muskelsystem finner vi større variasjon mellom nasjonale døgnrater i Norden enn mellom regioner i Norge. Regionen som har lavest døgnrate har rate lik den finske som er høyest blant de øvrige nordiske landene. Det er imidlertid større regionale variasjoner i dagraten enn blant de nasjonale ratene. Dette skyldes at de tre minste regionene har mye lavere rater enn Helse Sør-Øst, som har rate på nivå med de øvrige nordiske landene. i første rekke Finland. Den totale liggedagsraten er tilnærmet lik eller høyere for de norske helseregionene sammenlignet med de nasjonale rater for Sverige og Finland. Danmark har lavere rate.

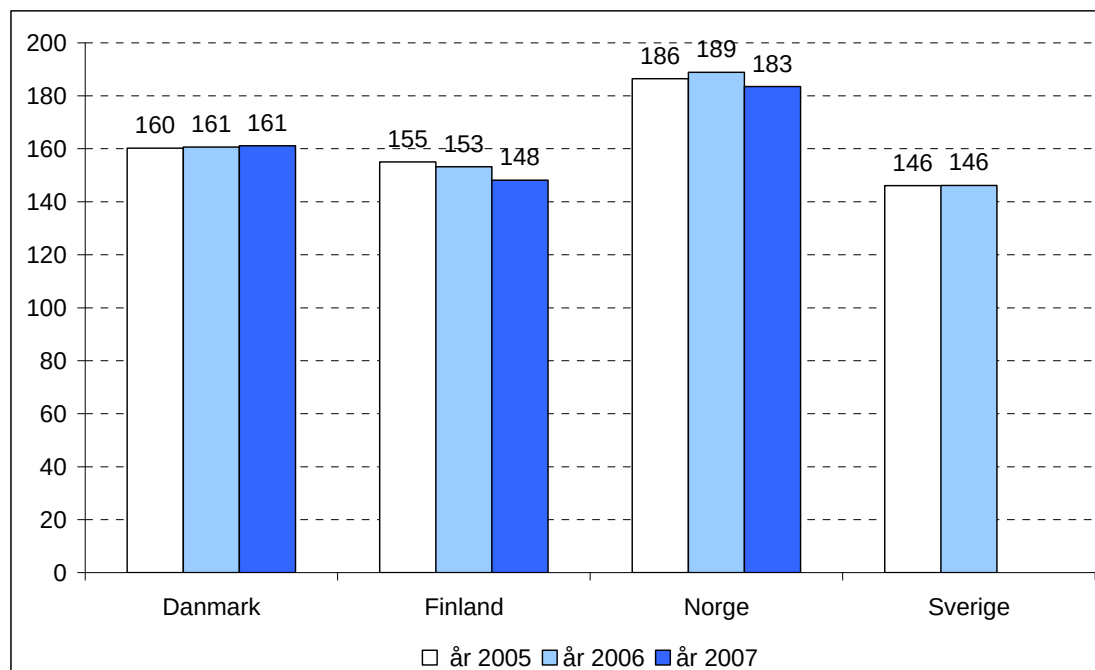
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel

For sykdom under svangerskap/fødsel/barsel er variasjonen innad i Norge betydelig mindre enn forskjellene i nasjonale rater for de nordiske landene. Nivået i alle de norske helseregionene er høyere både for raten for heldøgnsopphold og den totale liggedagsraten. Variasjon og nivå på dagraten er imidlertid lik innad i Norge som mellom de nordiske landene.

3.2.4 Nasjonale utviklingstall i totalt forbruk 2005-2007

Vi viser i dette avsnittet utviklingstall for totalt sykehusforbruk i årene 2005-2007. Vi har dessverre ikke fått sammenlignbare tall for Sverige for 2007.

Figur 3.7-Figur 3.11 viser utviklingen for ratene for henholdsvis heldøgnsopphold, dagopphold, liggedager, DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner.



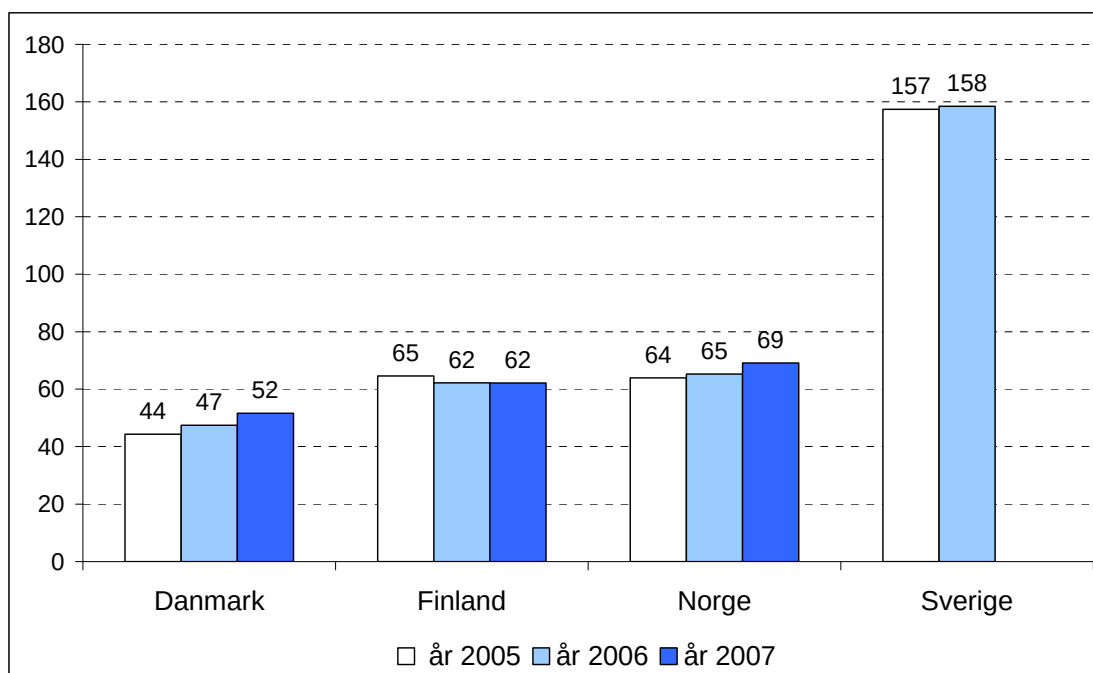
Figur 3.7 Heldøgnsopphold per 1000 innbyggere. 2005-2007.

Finland har hatt størst endring i raten for heldøgnsopphold i perioden, med en nedgang på i overkant av 4 prosent. Norge har også hatt en nedgang for perioden samlet sett. Ratene i Danmark er stabile i de tre årene. Det samme er ratene for Sverige for 2005 og 2006. Avstanden mellom Norge og Danmark har dermed avtatt litt, mens avstanden til Finland har økt marginalt.

Det er ikke ett entydig mønster i utviklingen fra 2005 til 2007 på HDG-gruppe ⁴¹nivå for Norge, men for fem av de seks største gruppene⁴² har det vært en økning i heldøgnsraten for Norge. Men det er betydelig nedgang for noen av de øvrige HDG-ene, blant annet øyesykdommer og ØNH. Danmark og Finland hadde nedgang i raten for de seks største gruppene.

⁴¹ Utviklingstall for de største HDG-gruppene er ikke vist i tabell

⁴² Sykdom i nervesystem, sykdom i åndedrettsorgan, sykdom i sirkulasjonsorgan, sykdom i fordøyelsesorgan, sykdom i skjellett/muskel/bindevev og sykdom under svangerskap, fødsel og barsel.

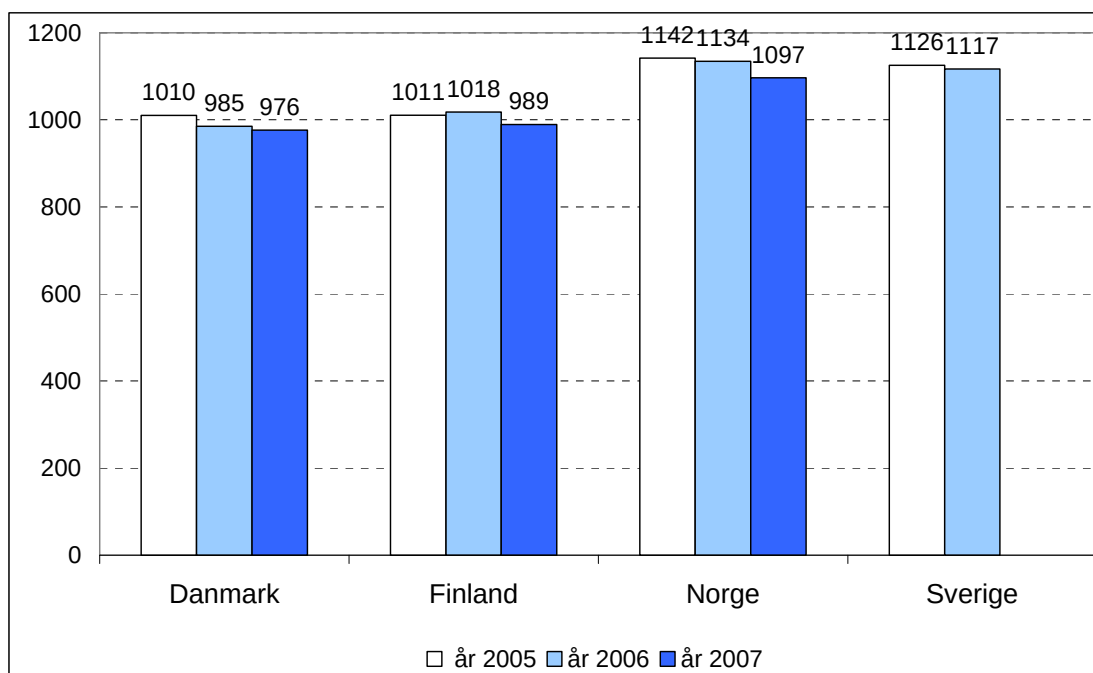


Figur 3.8 Dagopphold⁴³ per 1000 innbyggere. 2005-2007.

Vi observerer en betydelig økning i dagraten for Danmark (ca 16 prosent) og også for Norge (ca 8 prosent). For Finland er dagraten lavere i 2007 enn i 2005. Sverige hadde stabile rater for 2005 og 2006. Forskjellene mellom Danmark og Finland avtok, mens forskjellene mellom Finland og Norge økte. Det er altså Finland som ser ut til å ha en avvikende trend i de tre årene.

Norge hadde en økning på de fleste HDG-gruppene fra 2005 til 2007, inklusive de seks største gruppene. Det samme gjelder for Danmark. Norge hadde en spesielt stor økning for "sykdom i nervesystemet", mens Danmark hadde en spesielt stor økning på "Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel". Nedgangen vi ser for totalraten for Finland finner vi for mange av HDG-gruppene, også blant de store gruppene.

⁴³ Raten for Danmark er for lav pga dagkirurgi fra poliklinikk mangler.

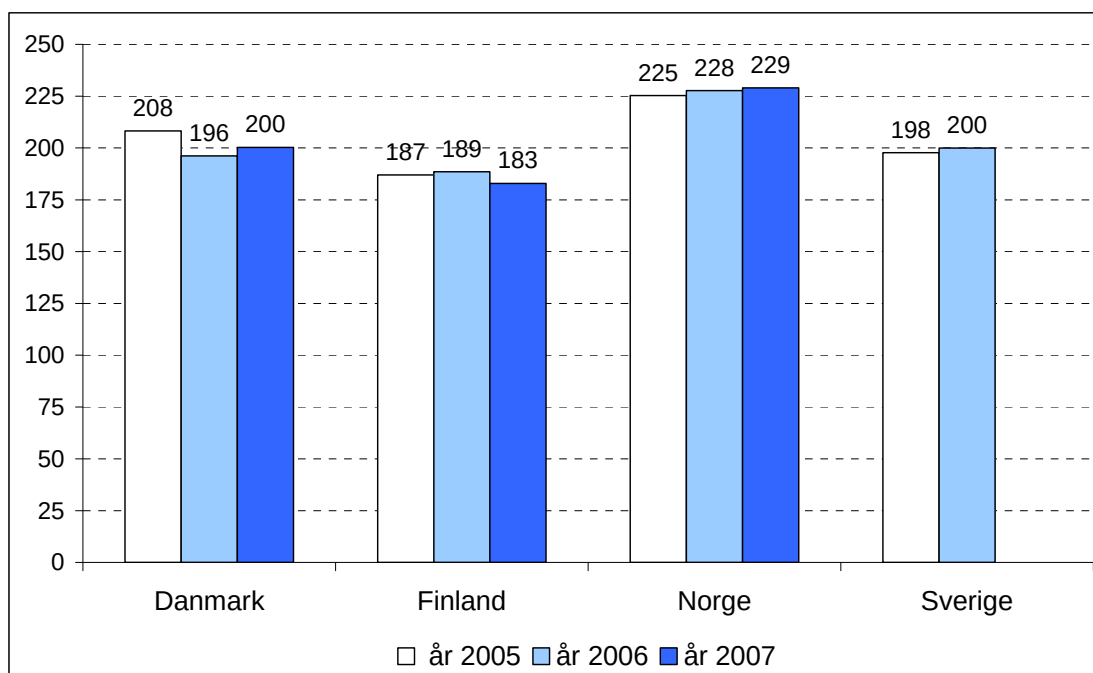


Figur 3.9 Liggedager⁴⁴ per 1000 innbyggere. 2005-2007.

Det er tendens til nedgang i forbruket av liggedager for samtlige land. Dette kan ses i sammenheng med trenden med overgang fra døgnopphold til dagopphold. For Finland bidrar også utviklingen i dagraten til nedgangen i raten for liggedager. Norge hadde en nedgang på om lag fire prosent fra 2005 til 2007, mens nedgangen i Danmark var på i overkant av tre prosent og i Finland på i overkant av to prosent. I store trekk er forskjellene i forbruk målt ved liggedøgn per innbygger mellom landene stabile.

Nedgangen i liggedagsraten fra 2005 til 2007 finner vi igjen for de fleste HDG-gruppene for alle landene. Norge hadde nedgang for alle de seks største gruppene, mens Danmark hadde en økning for "sykdom i åndedrett" og Finland hadde en økning i "sykdom i nervesystem".

⁴⁴ Raten for Danmark er for lav pga dagkirurgi fra poliklinikk mangler.



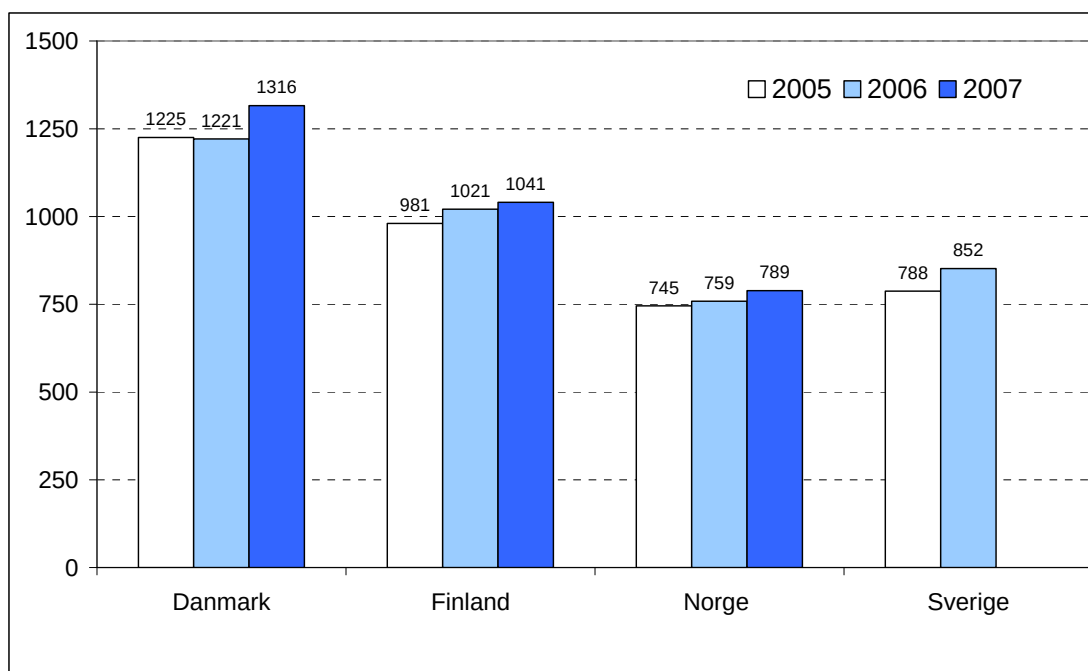
Figur 3.10 Drg-poeng⁴⁵ per 1000 innbyggere. 2005-2007.

Mens Danmark og Finland hadde en nedgang i raten for DRG-poengene fra 2005 til 2007, hadde Norge en økning. Dette betyr at det har vært en tendens til økte forbruksforskjeller målt ved DRG-poeng. For Norge var økningen på rundt 1,5 prosent med ratene for Danmark og Finland gikk ned med henholdsvis nesten fire prosent og i overkant av to prosent. Det har ikke vært en entydig tendens for alle årene for Danmark og Finland. Sverige hadde også en svak økning også fra 2005 til 2006.

Økningen i raten for DRG-poeng fra 2005 til 2007 finner vi igjen for de fleste HDG-gruppene i Norge. For Danmark finner vi nedgang for tre av de seks største gruppene, mens det er en økning for om lag halvparten av alle gruppene. Vi finner også økning for tre av de seks største HDG-gruppene for Finland, og der er det også nedgang for om lag halvparten av alle gruppene.

Noe av veksten i DRG-poeng i Norge kan trolig skyldes endring i kodingspraksis (Årsrapport BUS 2008). Det kan hende at kodingsendringspraksis endres over tid også i de andre landene.

⁴⁵ Raten for Danmark er for lav pga dagkirurgi fra poliklinikk mangler.



Figur 3.11 Polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere. 2005-2007.

For alle land finner vi en trend med økning i raten for polikliniske konsultasjoner fra 2005 til 2007. På grunn av noe mangelfulle data i Finland for 2005, er endringen fra 2005 til 2006 i realiteten mindre enn det framkommer her.

3.2.5 DRG-grupper med prosedyrer som normalt krever innleggelse i sykehus

I dette avsnittet ser vi på pasientgrupper hvor man kan anta at forskjeller mellom landene i forbruk ikke skyldes ulik organisering av tjenestene. Utvalget består av kirurgisk behandling som i liten grad utføres utenfor sykehus. Andelen dagbehandling er for de fleste gruppene relativt lav eller ikke forekommende og utvalgte behandlinger har et visst volum slik at sammenligningene blir meningsfulle. Ulikheter i rate vil kunne skyldes ulikheter i forekomst av lidelser i befolkningen eller at medisinsk praksis er forskjellig. I tillegg til de kirurgiske prosedyrene ser vi også på fødselsrater.

Utgangspunktet for analysene er drg-grupperte data. En del kirurgiske drg-grupper er svært homogene i forhold til hva som er pasientens tilstand, mens andre kan bestå av en gruppe av ulike tilstander som er beslektet (samme organ/kroppsdeler) og ressursmessig homogene i forhold til behandling. Vi har ikke tilgang til prosedyrekoder for å skille ut undergrupper innenfor drg-ene. Følgende drg-grupper er valgt ut:

- Operasjon på uterus (livmor) ved godartede tilstander: drg 358 og drg 359
- Proteseoperasjoner i hofte/kne/ankel: drg 209
- Operasjoner på bekken/hofte/femur ekskl proteseoper drg 210-212
- Perkutan Coronar Intervensjon (PCI): drg 112
- Koronar Bypass- operasjoner: drg 106 og 107 (Danmark Dkdr 507)
- Kolecystektomi (fjerning av galleblæra): drg 195,196,197,198,493,494 (Danmark Dkdr 704,707,708)
- Appendektomi -fjerning av blindtarm drg 166, 167 (Danmark Dkdr 612-614)
- Fødsler: Keisersnitt og vaginal fødsel drg 370-375 (Danmark Dkdr 1401-1407)

I hver tabell framstilles ustandardiserte rater per 1000 innbyggere. For å ta høyde for ulikheter i behov knyttet til befolkningssammensetning i en sammenligning med Norge, beregnes en forventet rate for de andre landene. Denne uttrykker hva raten for landet ville vært hvis forbruket hadde vært som i Norge i fem kjønns- og aldersspesifikke grupper. Delratene summeres og sammenholdes med den faktiske raten i hvert land. Vi får da et konkret mål på hvordan raten for hvert land står i forhold til Norge når vi tar hensyn til ulikheter i kjønns- og alderssammensetning. Dette kalles indirekte kjønns- og aldersstandardisering.

Danmark er ikke med i alle tabellene på grunn av forskjeller i inndeling i enkelt-drg-er i den danske grupperingen av pasientene i forhold til de andre landene. Vi sammenholder imidlertid våre tall med den offisielle NOMESKO-statistikken (NOMESKO 2008) hvor prosedyrene er basert på NCSP-koder (prosedyrekoder). Der inngår også Danmark.

Tabell 3.3 Operasjoner på uterus (livmor) ved godartet indikasjon. Per 1000 kvinner 2006.

	Prosedyrerate ustand.	Relativ til Norge (aldersstand.)	Andel dag- kirurgi	Gj.snitt liggetid	Gj.snitt alder
Finland	2,53	1,28	28,0	3,3	48,1
Norge	1,94	1,00	28,0	3,7	46,1
Sverige	1,67	0,86	35,9	3,2	45,6
Danmark	-	-	-	-	-

Operasjon på livmor gruppert til drg-ene 358 og 359 består i det norske materialet i stor grad av at livmoren fjernes. Vanlige årsaker til å fjerne livmoren på kvinner ved godartet indikasjon er godartede svulster, blødningsforstyrrelser og livmorfremfall. Vi ser at det er relativt store forskjeller i rate mellom landene. Finland har en rate som er 28 prosent høyere når det korrigeres for alderssammensetning. Gjennomsnittsalderen er også noe høyere. Sverige har en høyere andel dagkirurgi. Rangeringen av landene stemmer overens med NOMESKO-statistikk for hysterektomioperasjoner. I disse tallene har Danmark en rate omtrent på nivå med Norge.

Tabell 3.4 Kolecystektomi - fjerning av galleblæra. Per 1000 innbyggere 2006

	Prosedyre- rate	Relativ til Norge (kjønns- og ald.stand)	Andel dagkirurgi	Andel laparoskopisk	Gj.snitt liggetid	Gj.snitt alder
Finland	1,66	1,28	19,6	83,9	4,0	55,2
Norge	1,30	1,00	13,8	94,4	5,3	55,0
Sverige	1,61	1,28	13,5	82,1	4,8	56,1
Danmark	1,68	1,29				

Fjerning av galleblæra ser ut fra våre drg-tall å være mindre vanlig i Norge enn i de andre landene. Finland, Danmark og Sverige ligger på samme nivå i operasjonshyppighet, men er forskjellige med hensyn til andel som er utført dagkirurgisk og andel utført med laparoskopisk teknikk. Norges avvikende rate er i overensstemmelse med NOMESKO-statistikken.

Tabell 3.5 Proteseoperasjon i hofte/kne/ankel, utskrivninger og liggetid per 1000 innbyggere. 2006

	Prosedyrerate 2006	Relativ til Norge (kjønns- og ald.stand)	Gj.snitt liggetid	Gj.snitt alder	Andel kvinner
Finland	4,1	1,31	7,6	69	65
Norge	2,8	1,00	11,6	71	67
Sverige	3,2	1,01	9,3	71	61
Danmark	-	-	-	-	-

Antall proteseoperasjoner i hofte/kne/ankel er omtrent på samme nivå i Norge og Sverige, mens Finland har en rate som ligger 30 prosent over raten for Norge. Finland har også kortest liggetid og litt lavere gjennomsnittsalder, men disse størrelsene kan være påvirket av pasientsammensetningen hvis liggetiden er svært forskjellig for de ulike proteseoperasjonene. NOMESKO-statistikk over hofteproteseoperasjoner viser også at Finland har den høyeste raten for denne prosedyren, mens Sverige har en noe lavere rate enn Norge. Når Sverige og Norge kommer relativt likt ut i våre tall kan dette skyldes forskjeller i operasjonsratene for kne og ankelprosedyrer som inngår i drg-grupperingen vi bruker her. For hofteoperasjoner ligger Danmark likt med Norge i NOMESKO-tallene.

Tabell 3.6 Operasjon på bekken/hofte/femur ekskl proteseoperasjoner Per 1 000 innbyggere. 2006

	Prosedyrerate 2006	Relativ til Norge (kjønns- og ald.stand)	Gj.snitt liggetid	Gj.snitt alder	Andel kvinner
Finland	1,13	0,53	7,6	67,7	62
Norge	2,09	1,00	10,3	73,5	67
Sverige	1,92	0,81	11,3	75,5	65
Danmark	-	-	-	-	-

I denne drg-gruppen er akutte operasjoner etter lårhalsbrudd den største enkeltgruppen i norsk sammenheng. Vi kjenner ikke til om det samme gjelder i Finland og Sverige. Ved Det framkommer store forskjeller i operasjonsratene. Norge har den klart høyeste raten, mens Sverige og Finland ligger henholdsvis 19 og 47 prosent under. Finland har en klart lavere gjennomsnittsalder på pasientene i disse drg-ene og den gjennomsnittlige liggetiden er betydelig lavere enn i Norge og Sverige. Norges ledende posisjon og Finlands lave relative rate i våre tall gjenspeiles også i NOMESKO-tallene over lårhalsbrudd.

Tabell 3.7 Appendektomi-fjerning av blindtarm, per 1 000 innbyggere

	Prosedyrerate	Relativ til Norge (kjønns- og ald.stand)	Gj.snitt liggetid	Gj.snitt alder	Andel kvinner
Finland	1,21	1,28	3,8	34,1	
Norge	0,97	1,00	3,9	31,4	
Sverige	1,00	1,06	3,7	31,2	
Danmark	0,90	0,93			

Finland skiller seg ut med en langt høyere operasjonsrate enn de andre landene for drg-ene for fjerning av blindtarm og noe høyere gjennomsnittsalder. Vi forventer ikke store forskjeller i forekomsten av blindtarmbetennelse, selv om dette ikke kan utelukkes. En mulig forklaring på forskjeller mellom land kan være ulik indikasjonsgrense for å operere. Antibiotikabehandling og en "vente og se" – strategi er i noen tilfeller et alternativ til operasjon. Hvorvidt dette er tilfelle her kan vi ikke dokumentere. Rangeringen av landene er lik den vi finner i NOMESKO-statistikken.

Tabell 3.8 Perikutan Coronar Intervensjon (PCI), per 1 000 innbyggere. 2006

	Prosedyrerate 2006	Relativ til Norge (kjønns- og ald.stand)	Gj.snitt liggetid	Gj.snitt alder	Andel kvinner
Finland	1,7	0,58	4,2	61,9	33
Norge	2,7	1,00	3,4	62,7	27
Sverige	2,0	0,68	4,0	64,8	29
Danmark	-	-	-	-	-

Utblokkning av hjertekransårene har gjennom de siste 10-15 år hatt en betydelig vekst. I 2006 hadde Norge en klart høyere rate for denne drg-en enn Finland og Sverige. Norge har også den korteste gjennomsnittlige liggetiden. Også her er finner vi det samme mønsteret i NOMESKO-statistikken, og Danmark har ifølge denne en rate litt i underkant av Sverige.

Tabell 3.9 Koronar Bypassoperasjon, per 1 000 innbyggere. 2006

	Prosedyrerate 2006	Relativ til Norge (kjønns- og ald.stand)	Gj.snitt liggetid	Gj.snitt alder	Andel kvinner
Finland	0,52	0,72	10,0	66,3	
Norge	0,64	1,00	10,2	66,0	
Sverige	0,42	0,58	10,5	66,8	
Danmark	0,56	0,82			

Norge hadde den høyest raten for bypassoperasjoner gruppert i drg 106 og 107 i 2006. Raten for Norge er 18 prosent over Danmark og hele 42 prosent over Sverige. Gjennomsnittlig liggetid og gjennomsnittsalderen er svært lik i alle land. I NOMESKO-statistikken er ratene for koronar anastomose (lage forbindelser mellom årer inn til hjertet) høyere enn drg-tallene for Norge og de er spesielt avvikende for Sverige som der har en rate litt over Norge. Årsaken til forskjellene ligger antakelig i drg-grupperingen av operasjonene. Basert på norske data viser det seg at nesten 20 prosent av pasientene med bypassoperasjoner (basert på prosedyrekoder) også har gjennomgått en klaffeoperasjon på hjertet og dermed havner i en annen drg. Hvorvidt dette er tilfelle i de andre landene kan ikke dokumenteres med tilgjengelige data.

Tabell 3.10 Fødsler, per 1 000 kvinner

	Rate 2006	Relativ til Norge (alders.stand)	Gj.snitt liggetid	Gj.snitt alder	Andel keisersnitt
Finland	10,7	0,91	5,0	29,5	17,0
Norge	12,4	1,00	4,9	30,2	16,3
Sverige	11,3	0,95	3,9	30,4	17,8
Danmark	11,5	0,94			

Antall fødsler ved sykehus vil i liten grad være påvirket av medisinsk praksis. Det eneste er ulik forekomst av hjemmefødsler og hvor fødslene ikke registreres i sykehusdata. Vi forventer at denne andelen er svært liten. Tallene viser at Norge har den høyeste fødselsraten. Dette er som forventet og i tråd med NOMESCO-tallene som viser høyest fertilitetsrate for Norge. Gjennomsnittlig liggetid er kortest i Sverige, mens andelen keisersnitt er relativt lik i landene.

Oppsummering

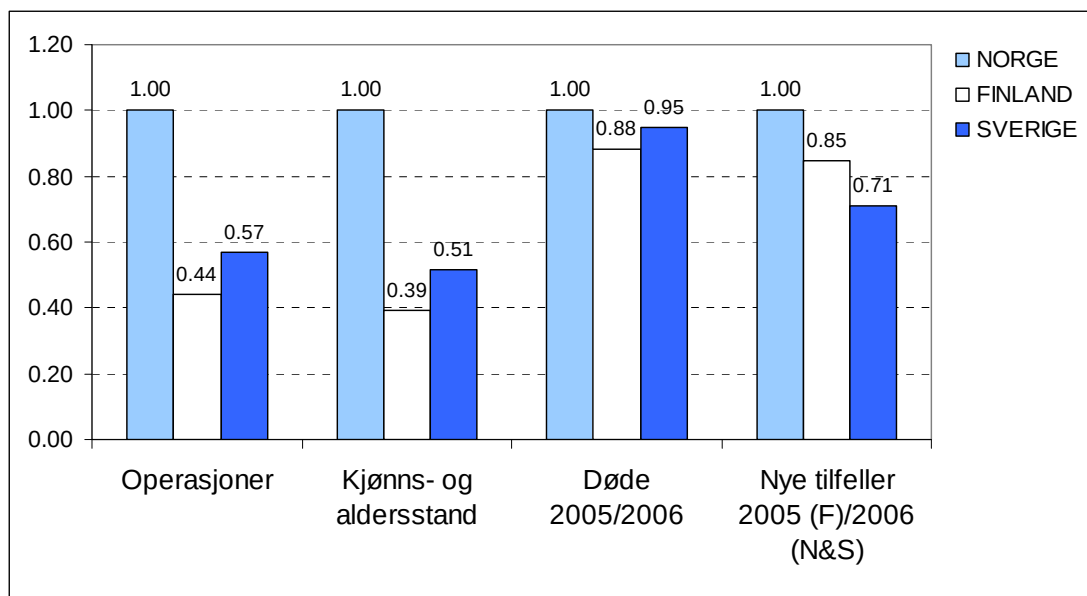
Det er ikke gjennomgående slik at Norge har høyere rater enn våre naboland på de utvalgte drg-gruppene i 2006. For operasjoner på livmor finner vi stor variasjon mellom landene og Norge ligger i en mellomposisjon. Ratene for fjerning av galleblæren er svært lik for de andre landene, mens Norge ligger betydelig lavere. Total rate for proteseoperasjoner i hofte, kne og ankel er omtrent lik for Norge og Sverige, men begge land ligger lavere enn Finland. Videre finner vi relativt store forskjeller i ratene for fjerning av blindtarm mellom landene. Norge ligger høyere enn Danmark, men lavere enn Sverige og Finland. For utblokking av hjertekransårene (PCI) har Norge klart høyere rater. Det samme finner vi for operasjoner på bekken, hofte og lårbein (ekskl proteseoper). Opphold for fødsler, er som forventet, noe høyere i Norge enn i de andre landene. Det er interessant å merke seg at Finland lå høyest på tre av gruppene (livmoroperasjon, proteseoperasjoner og fjerning av blindtarm). For fjerning av galleblæren lå Finland også klart høyere enn Norge - på linje med Sverige og Danmark. Årsaken til forskjellene mellom landene for de utvalgte drg-gruppene kan være relatert både til forekomst av ulike tilstander og tilbudsforskjeller. Vi kan ikke innenfor rammene av dette prosjektet dokumentere eller vurdere betydningen av slike faktorer.

3.2.6 Operasjoner for tre typer kreft

Vi forventer at behandlingen av kreftpasienter i stor grad vil følge forekomsten av personer med kreftsykdom i befolkningen. Mortalitet og insidens for en rekke krefttyper er publisert i NOMESCO-statistikken. Vi har valgt ut operasjoner for lungekreft, kolon- og endetarmskreft og brystkreft for å se på variasjon mellom landene og sammenholde behandlingshyppighet med tilgjengelige data på forekomst og død av kreftsykdommen. Dette er noen av de vanligste kreftformene og har et visst volum og er derfor egnet for sammenligning.

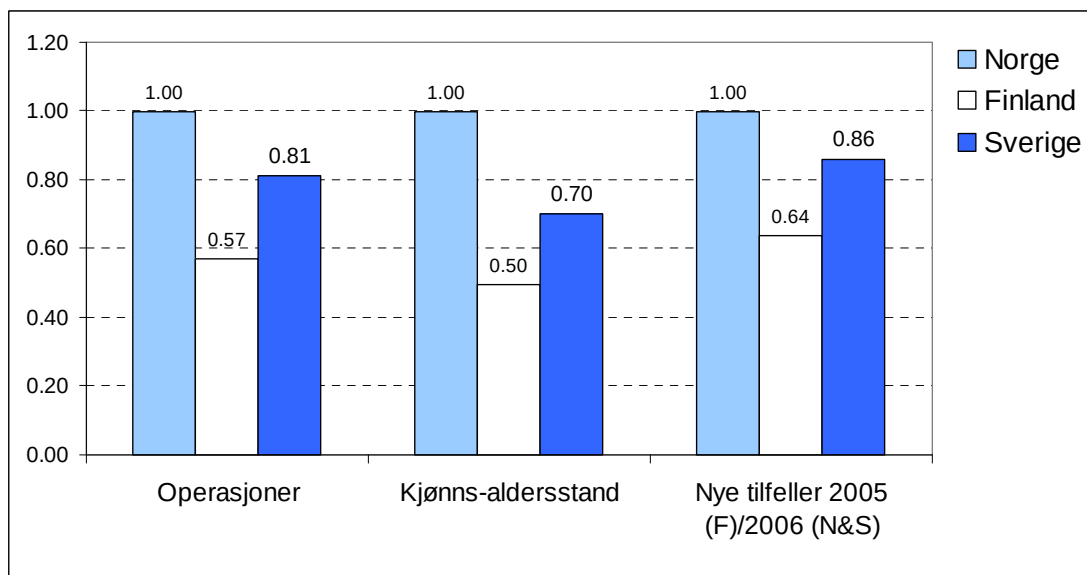
Utvalget er gjort på følgende kriterier:

- Operasjoner i drg 75-77 for pasienter med registrert lungekreft (ICD-10)
- Operasjoner i drg 146-149 og samtidig ICD-10 diagnose som angir kreft i kolon (tykktarm) eller rectum (endetarm).
- Operasjoner på bryst i drg 257-260 og ICD-10 diagnose som angir brystkreft



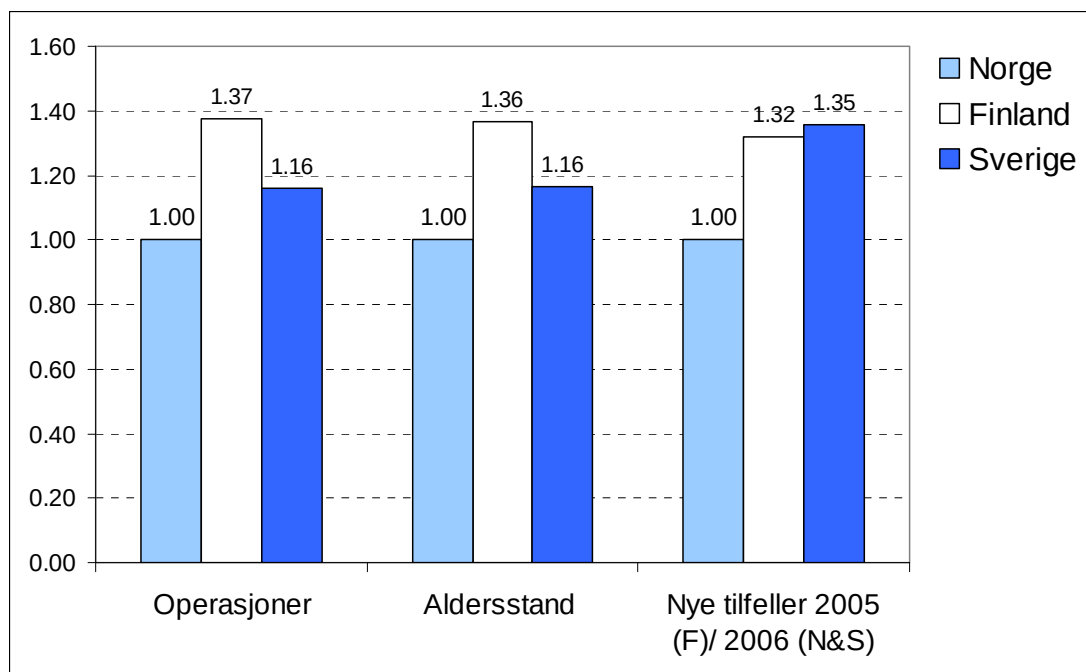
Figur 3.12 Operasjoner for lungekreft per 1000 innbyggere for 2006, døde av lungekreft og nye tilfeller av lungekreft. Norge=1

Norge kommer høyest ut både på operasjoner, døde og nye tilfeller av lungekreft. Videre viser tallene at Norge også har høyest mortalitetsrate og flest nye tilfeller. Denne samvariasjonen finner vi imidlertid ikke i samme grad for Sverige og Finland. NOMESKO-statistikken viser at Danmark har den høyeste forekomsten av nye tilfeller av lungekreft av alle de nordiske land.



Figur 3.13 Operasjoner for Kolon-rektal kreft per 1000 innbyggere for 2006. Operasjoner og nye tilfeller. Norge=1

Det framkommer klare forskjeller mellom landene i antall operasjoner for kreft i tykktarm-endetarm. Norge har høyest operasjonshyppighet og flest nye tilfeller. Forbruksmønsteret gjenspeiler i stor grad nye tilfeller. Den observerte forbruksvariasjonene kan derfor antas å gjenspeile ulikheter i behov. Danmark har en forekomst av nye tilfeller av tykktarm-endetarmskreft på nivå med Norge (NOMESKO).



Figur 3.14 Figur brystkreftoperasjoner per 1000 innbyggere for 2006 og nye tilfeller av brystkreft. Norge=1.

For brystkreftoperasjoner har Finland den høyeste operasjonsraten, mens Sverige har flest nye tilfeller. Norge ligger under de to andre landene både på operasjonsfrekvens og nye tilfeller. Danmark er ikke med her, men har en forekomst av nye tilfeller av brystkreft på nivå med Finland.

Oppsummering

Oppsummert for alle tre kreftgruppene kan vi si at forbruk og forekomst av nye tilfeller i noen grad følger hverandre. Resultatene indikerer at det eksisterer behovsforskjeller mellom landene som gir seg uttrykk i forskjeller i rater for kirurgisk behandling av kreft.

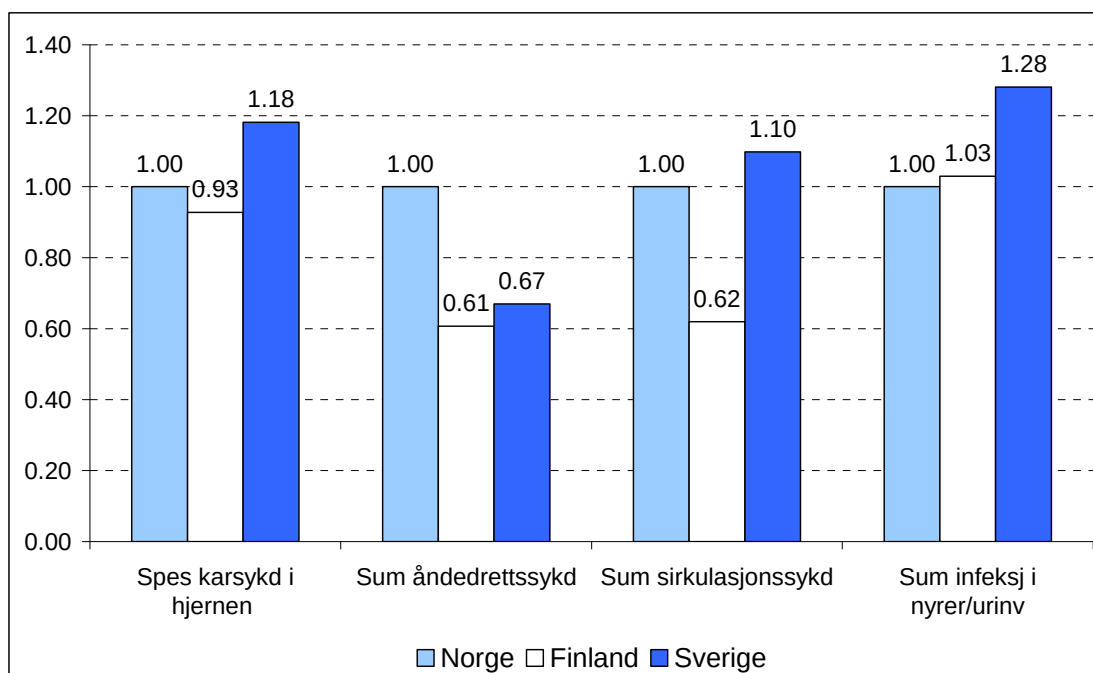
3.2.7 Sammenligning av drg-grupper som er svært vanlige blant eldre

Vi ser i det følgende på et utvalg medisinske drg-grupper som er hyppig forekommende blant eldre og gir både mange opphold og mange liggedager. Disse gruppene er interessante å studere både med tanke på grenseoppgang mot primærhelsetjenesten og i forhold til hvordan sengekapasiteten på sykehusene brukes. Ulikt tjenestetilbud utenfor sykehusene vil forventes å påvirke liggetiden i sykehus og i mange tilfeller også behovet for innleggelse.

I vårt datagrunnlag er dagopphold definert som opphold hvor pasienten skrives ut samme dag og vi kan ikke skille mellom planlagte og øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Det ville vært svært interessant å kunne skille på innleggelsesmåte i denne delen av vår analyse. På grunn av svært ulik registrering av innleggelsesmåte er det ikke mulig.

Utvelgelsen av drg-grupper er delvis basert på en artikkel av Ham m.fl. (2003) og inkluderer opphold på sykehus for utvalgte drg-er innen hovedgruppene sykdommer i nervesystemet, åndedrettssykdom, sirkulasjonssykdom og urinveissykdom. I Tabell A 3.8-Tabell A 3.10 i appendiks til kapittel 3 framstilles forbruksmål for opphold, liggedager og drg-poeng, og i tillegg gjennomsnittlig liggetid, gjennomsnittsalder i hver gruppe og andelen kvinner.

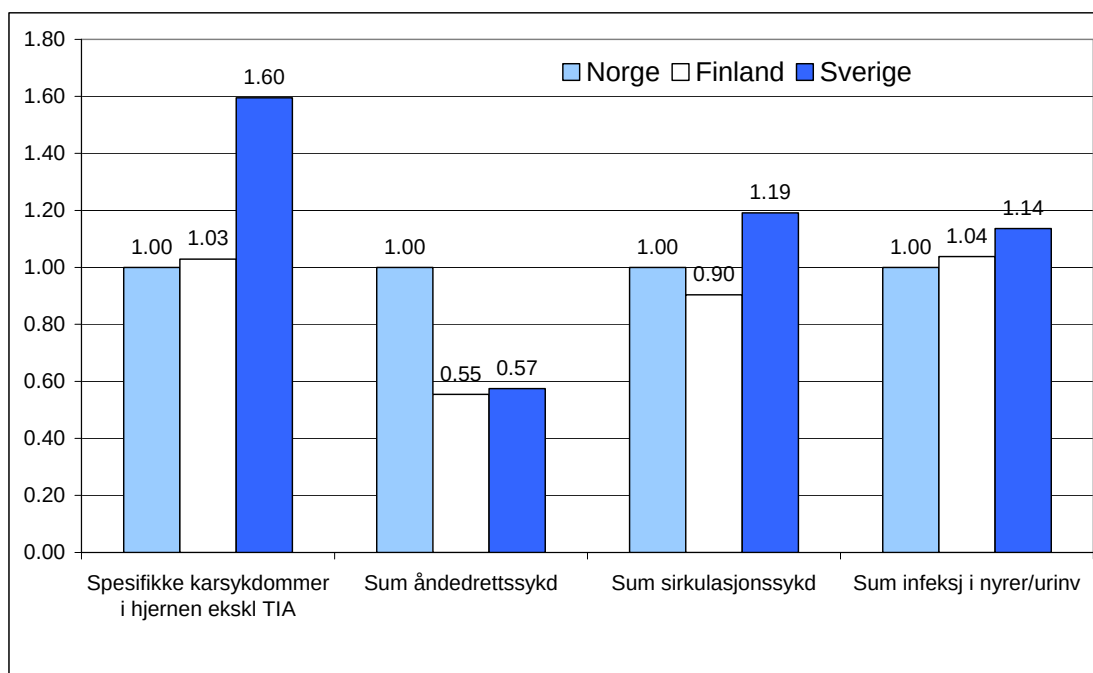
I Figur 3.15 er oppholdene for enkeltdrg-ene som er vist i appendikstabellene summert etter type sykdom.



Figur 3.15 Antall opphold totalt for døgn og dagbehandling per 10 000innbygger normert i forhold til Norge (=1). Utvalgte drg-grupper.2006

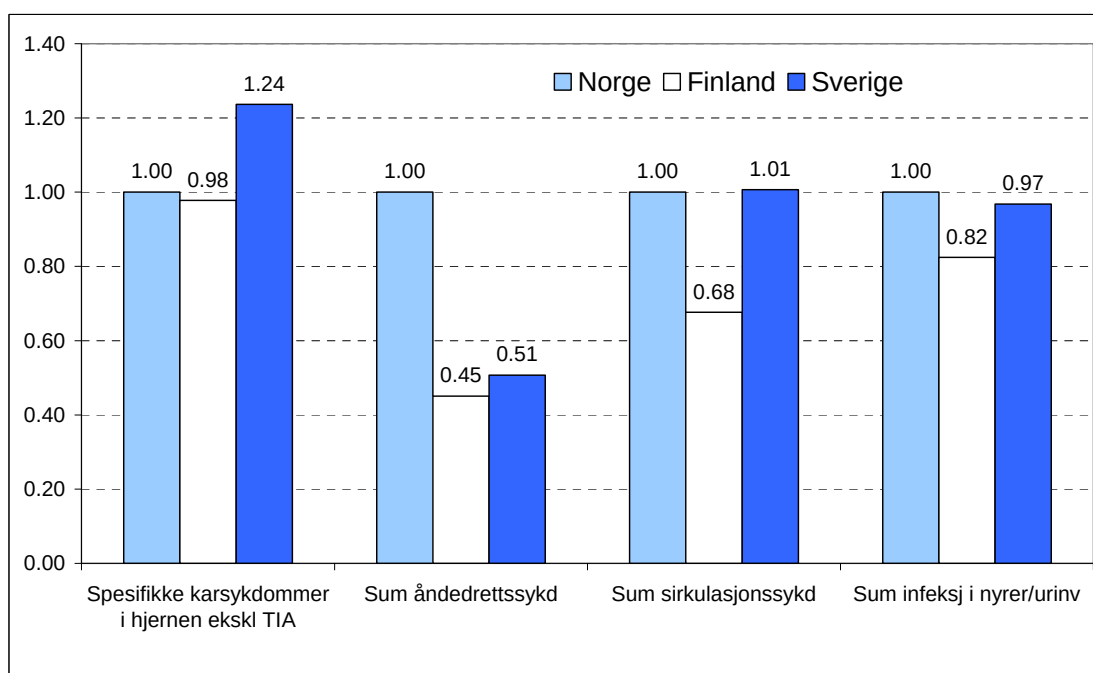
Hovedbildet er at Finland avviker fra Norge og Sverige i antall opphold totalt ved å ha lavere rater. Unntaket er opphold for urinveisinfeksjoner hvor Norge har færre opphold totalt. Ser vi bort fra åndedrettsykdom, hvor Norge har en langt høyere oppholdsrate enn de andre, har Sverige høyest totalrate. Av Tabell A 3.8 i appendiks finner vi at Sverige har en høyere dagoppholdsrate enn de andre landene. De har spesielt flere dagrater for brystmerter og urinveissykdom. Vi minner om at dagratene inkluderer ø-hjelpspasienter som skrives ut samme dag. Det er generelt lite omfang av dagopphold innenfor de utvalgte drg-ene som er inkludert i dette avsnittet.

Sammenligner vi kun heldøgnsopphold er Norge og Sverige svært like i nivå for sirkulasjonssykdom og urinveisinfeksjoner. Norge har klart høyere rater for åndedrett (spesielt på lungebetennelse og pleuritt), mens Sverige har flere døgnopphold for hjernekarssykdom (hjerneslag, hjerneblødning). Finland har færre innleggelser for de fleste av enkelt-drg-ene, men de ligger på linje med Norge for hjernekar-sykdom- og innleggelser for hjertesvikt og ikke-traumatisk sjokk.



Figur 3.16 Liggedager per 10 000 innbygger normert i forhold til Norge (=1). Utvalgte drg-grupper. 2006

Liggedagsraten følger mønsteret for oppholdsratene, men vi ser at Sverige har 60 prosent høyere liggedagsrate enn Norge for hjernekar-sykdom. En faktor som vil påvirke liggedagene etter hjerneslag er organiseringen av rehabiliteringstilbud. Sverige har en gjennomsnittlig liggetid på 15 dager for denne gruppen, mens Finland har 12,3 dager og Norge 11,8. Norge har gjennomgående litt kortere liggetid på enkeltdrg-ene (se Tabell A 3.9 i appendiks). Måles forbruket i drg-poeng er også mønsteret likt, men forskjellene både modifiseres og forsterkes. Figur 3.17 oppsummerer hovedbildet, mens Tabell A 3.9 i appendiks viser ratene også for enkelt-drg-ene.



Figur 3.17 Drg-poeng per 10 000 innbygger normert i forhold til Norge (=1). Utvalgte drg-grupper. 2006

Sveriges høye forbruk for hjernekar-sykdom og sirkulasjonssykdom modereres når forbruk måles som drg-poeng og avviket til Norge blir mindre. Totalt sett avviker Norge mer fra de andre landene når forbruket måles i drg-poeng. Forskjellene er størst for åndedrettssykdom, og spesielt for drg-gruppene som angir at diagnosen var "lungebetennelse og pleuritt" eller kom i drg-gruppen "sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte". Norge har langt flere opphold og liggedager i disse drg-ene. Det kan imidlertid påpekes at den gjennomsnittlig liggetiden ikke er lenger i Norge.

Oppsummert om eldrelatert sykehusforbruk

Norge har klart høyere sykehusforbruk målt som opphold, liggedager og drg-poeng i forhold til de andre landene for pasienter med åndedrettsrelaterte lidelser, og spesielt i forhold til innleggelser for lungebetennelse og åndedrettssykdom hvor pasienten trenger ventilasjonsstøtte. Sverige har flere opphold og lenger liggetid enn Norge og Finland for hjernekar-sykdom, mens Finland har et generelt lavere forbruk enn Norge, spesielt for de utvalgte enkeltgruppene innen or åndedrettssykdom og sirkulasjonssykdom.

3.2.8 Oppsummering av hovedfunn

På grunn av ulikheter mellom landene når det gjelder organisering av helsetjenestene både i og utenfor sykehus, ulike grenseoppganger i forhold til primærhelsetjeneste, ulike rapportering av data, ulike registreringspraksiser og grupperinger av pasientdata er det svært utfordrende å sammenligne forbruksrater for sykehustjenester. Vi har tilrettelagt data slik at de i størst mulig grad skal være sammenlignbare, men det vil likevel kunne være feilkilder som kan ha betydning for tolkning av resultatene. Den samme type utfordringer erfarer vi ved sammenligninger mellom helseregionene i Norge. Dataene gir likevel klare indikasjoner på systematiske forskjeller i forbruk og organisering mellom de nordiske landene.

Høyest forbruk av sykehustjenester i Norge

Basert på data for 2006 er hovedinntrykket at Norge har et høyere forbruk av sykehustjenester enn Sverige, Finland og Danmark. Norge har høyest rater både for liggedager og DRG-poeng. Finland har lavest forbruksrater. Men vi ser også at det er ulike organisering av sykehustjenestene mellom landene. Spesielt skiller Sverige seg ut med svært høy rate for dagopphold. Sverige har samtidig lavest døgnrate. Det er for medisinske opphold at Sverige har avvikende høy dagrate, og som trekker liggedagsraten opp.

Norge er mest lik Danmark i nivå og mønster på sykehusforbruket, men har en noe høyere døgnrate og lavere dagrate, noe som indikerer ulike organisering av aktiviteten i sykehusene i de to landene. Dagraten for Norge er på nivå med raten for Finland.

Det høyere forbruket i Norge ser ut til å være av generell karakter i den forstand at landet har høyest forbruksrater målt ved DRG-poeng for flertallet av hoveddiagnosegruppene, inklusive de store gruppene. Høy dagrate trekker opp liggedagsraten for Sverige, som har høyest liggedagsrate for flere av de store hoveddiagnosegruppene.

Inntrykket av at Norge generelt har et høyere forbruksnivå forsterkes når vi ser på forskjellene mellom de nordiske landene i forhold til variasjonene mellom helseregionene innad i Norge. I hovedtrekk ligger forbruksratene i alle helseregionene høyere enn de nasjonale ratene for de andre nordiske landene. Det er selvsagt noen ulikheter mellom de største hoveddiagnosegruppene. Men høyere forbruk i Norge kan ikke forklares med avvikende forbruk i noen deler av landet.

Størst forbruksforskjeller for medisinske opphold

Det er generelt større forbruksvariasjoner for medisinske opphold enn for kirurgiske. Dette er som forventet fordi kirurgiske behandling i langt større grad krever spesialisert kompetanse og utstyr som kun finnes ved sykehus.

Norge har relativt sett høyt forbruk både for medisinske og kirurgiske opphold. Finland har imidlertid høyere forbruk enn Sverige for kirurgi⁴⁶. Norge har høye forbruksrater for de fleste kirurgiske hoveddiagnosegruppene. Finland og Norge skiller seg vesentlig fra Sverige for skjelett-muskel operasjoner.

Mens Sverige har høyest dagrate for nesten samtlige medisinske hoveddiagnosegrupper, har Norge høyest døgnrate på nesten samtlige grupper. Finland har lavest rate for DRG-poeng for nesten samtlige medisinske hoveddiagnosegrupper. Norge har høyest rate for de fleste store hoveddiagnosegruppene.

Ikke entydig mønster i forbruksnivå for utvalgte drg-er som krever sykehusbehandling

Når vi ser på pasientgrupper (drg-er) hvor vi forventer at det ikke er vesentlige gråsoneproblemer, her avgrenset til utvalgt kirurgisk behandling som har lite innslag av dagopphold og som i hovedsak foregår i sykehus, er det ikke gjennomgående slik at Norge har høyere forbruksrater. Da finner vi for flere pasientgrupper høyest rater for Finland.

For tre utvalgte kreftoperasjonene kan forbruksforskjeller i betydelig grad knyttes til forskjeller i sykkelighet målt ved raten for nye tilfeller. Norge har både høyest operasjonsrate og insidensrate for lungekreft og tykktarm-endetarmskreft og lavere operasjonsrate og insidensrate for brystkreft enn Sverige og Finland. Men også her tyder tallene i noen grad på ulikheter i operasjonsraten, spesielt for lungekreft.

Lavt sykehusforbruk i Finland for opphold som er vanlig blant eldre

Vi har også sett på drg-grupper som er svært vanlig blant eldre. Dette er grupper hvor vi forventer større innslag av gråsoneproblematikk i forhold til primærhelsetjenesten og kommunale omsorgstjenester. Norge har klart høyere sykehusforbruk målt som opphold, liggedager og drg-poeng i forhold til de andre landene for pasienter med åndedrettsrelaterte lidelser, og spesielt i forhold til innleggelser for lungebetennelse og åndedrettssykdom hvor pasienten trenger ventilasjonsstøtte. For hjernekar-sykdom har Sverige flere opphold og lenger liggetid enn Norge og Finland. Finland har generelt et lavere forbruk enn Norge. Funnene er i tråd med det vi så for medisinske opphold generelt.

Overordnet utvikling i sykehusaktiviteten i de nordiske landene i årene 2005-2007

Når vi ser på utviklingen i forbruk i perioden 2005 til 2007 har det vært en noe ulik utvikling i ulike land. Norge har hatt en utvikling i retning av færre døgnopphold, flere dagopphold, nedgang i liggedagene totalt, økning i DRG-poeng og økning i aktiviteten ved poliklinikkene.

Nedgang i liggedagsraten ser ut til å være et generelt utviklingstrekk i alle land. Danmark hadde i likhet med Norge økning i dagopphold og økt poliklinisk aktivitet. Men i motsetning til Norge har ikke raten for døgnopphold gått ned, samtidig som raten for DRG-poeng er lavere i 2007 enn 2005. Utviklingen for Finland viser en tendens til reduksjon i forbruksratene generelt sett, med unntak av poliklinikkraten. For Sverige har vi kun data for 2005 og 2006, og det er vanskelig å si noe om tendenser basert på kun to år. Det er imidlertid ikke store endringer fra 2005 til 2006.

⁴⁶ Data gir ikke mulighet til å skille mellom medisinske og kirurgiske drg-er for Danmark.

Hvorfor forskjeller i observert forbruk?

Innledningsvis (Kap 3.1) ble det skisserte mulige årsaker til observerte forskjeller i sykehusforbruk. Disse var relatert til sykелighet, ulikheter i organisering av tjenester mellom sykehus og primærhelsetjeneste og organisering internt i sykehusene, effekter av desentralisering/funksjonsfordeling og forskjeller i medisinsk praksis. Resultatene peker i retning av flere mulig fortolkninger.

Sykelighet/behov: Basert på tilgjengelig informasjon om forskjeller i demografi og dødelighetsrater er det ikke noe som tyder på generelt større behov for tjenester i Norge. Det er likevel grunn til å anta at dette spiller viss rolle, men mangel på gode data for å sammenligne forekomst (prevalens) av sykdom vanskeliggjør en vurdering av dette. For kreft finnes det imidlertid insidenstall (nye tilfeller) og vi fant at ulikt omfang av nye tilfeller gjenspeilte seg i operasjonsrater for tre utvalgte krefttyper. En analyse av noen spesielt utvalgte pasientgrupper (i hovedsak kirurgiske) bidrar også til å nyansere bildet av forbruksforskjellene mellom landene i 2006. Der hvor det liten grad er alternativer til sykehusbehandling har ikke Norge nødvendigvis høyere rater. Finland som samlet sett har det laveste sykehusforbruket har høyere rater enn Norge for flere av operasjonsgruppene vi studerte. Det bør påpekes at sammenhengen mellom antall personer som har en sykdom og bruk av sykehustjenester er kompleks. Et behandlingsforløp består ofte både av utredning, behandling og oppfølging i etterkant. Ulikt omfang av tilbud og medisinsk praksis i de ulike deler av behandlingsforløpet og organisering av tjenestetilbudet mellom sykehus og andre deler av helsetjenesten påvirker derfor bruken av sykehustjenester.

Organisering av tjenestetilbudet- grenseoppgang mellom omsorgsnivåene internt i sykehusene: Norge har et relativt sett høyt forbruksnivå, og med relativt sett "tyngde" på døgntilbud. Danmark ser ut til å ha et større innslag av dagbehandling enn Norge, samtidig med en lavere døgnrate. For Danmark skilte vi ikke mellom medisinsk og kirurgisk aktivitet på grunn av at de organiserte data på en annen måte, men dette ble gjort for de andre landene. Vi fant at Sverige skiller seg vesentlig ut i forholdet mellom dag- og døgnopphold for medisinsk behandling. Resultatene kan indikere at Sverige har kommet lenger enn Norge i å etablere alternativer til overnatting i sykehus for medisinske pasienter. Til tross for at oppholdsraten for dagopphold er 5,5 ganger så høy i Sverige som i Norge er forskjellen i totalt antall dager på sykehus, inkludert dagopphold, bare seks prosent høyere.

Finland har lavest total forbruk, målt både ved totalt antall opphold, liggedager og DRG-poeng per innbygger. Videre har Finland nest høyest gjennomsnittlig liggetid for heldøgnsopphold, og i og med at dagraten er lav, er dette trolig en indikasjon på høyere terskel for sykehusbehandling. Men det er interessant at det er på medisinske opphold Finland skiller seg ut med lavt forbruk, for kirurgiske opphold er forbruket på høyde med Sverige. Alternative tilbud i primærhelsetjenesten er relevant å trekke inn her, noe som leder oss over til neste punkt.

Organisering av tjenestetilbudet- grenseoppgangen mot primær helsetjenesten: Forbruksforskjellene kan delvis skyldes gråsoneproblematikk mot primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester utenfor sykehus. I Sverige kan pasienter oppsøke sykehusene direkte uten henvisning fra allmennlege. Dette kan gi flere polikliniske konsultasjoner og dagopphold innenfor kategorien øyeblikkelig hjelp. Vi kunne i liten grad kontrollere for dette i våre data fordi ø-hjelpsregistreringen i de svenske dataene var svært dårlig. Våre erfaringer med analyser av norske sykehus tilsier at grenseoppgangen mellom kommunal legevakt og sykehusenes skadepoliklinikker kan være uklar også her fordi disse ofte er samlokalisert. Resultatene indikerer totalt sett at den svært høye dagoppholdsraten for Sverige både kan relateres til en sterk vekt på dagbehandling som alternativ til innleggelse og en bredere grenseflate mot primærhelsetjenesten⁴⁷.

I Finland utføres aktivitet definert som spesialisthelsetjeneste innenfor rammen av kommunale helsesentre. Spesialistledet aktivitet ved helsesentrene (poliklinikk og døgnaktivitet) er inkludert i våre data og forklarer derfor ikke lave rater i Finland. Denne aktiviteten utgjorde i 2006 cirka seks prosent av døgn og dagaktiviteten og seks prosent

⁴⁷ Ifølge Socialstyrelsen har man kommet svært langt i overgangen til dagbehandling i Sverige (personlig meddelelse)

av den polikliniske aktiviteten totalt i Finland. Helsesentrene har i tillegg konsultasjoner og døgnvirksomhet som er ledet av allmennleger. Denne aktiviteten omfattes ikke av forbrukstallene som presenteres her. Tall fra STAKES i Finland viser at denne aktiviteten ved helsesentrene i 2005 gjaldt i overkant av 120 000 pasienter som stod for over 5 millioner liggedøgn for somatiske pasienter. Den største gruppen var pasienter med sykdommer i sirkulasjonsorganene (ICD-10) og herunder var hjerneslag den største enkeltgruppen. Gjennomsnittlig liggetid var 43 dager og gjennomsnittsalderen 75 år. Det kan antas at døgntilbudet i helsesentrene til en viss grad påvirker sykehusbruken i Finland, spesielt for medisinske opphold og liggedager i sykehus for eldre. Den store andelen hjerneslagpasienter kan indikere at helsesentrene utfører rehabilitering som i Norge skjer på sykehus eller ved private opptreningsinstitusjoner. Private opptreningsinstitusjoner og primær rehabilitering i sykehus er holdt utenfor i våre analyser. Det er ikke mulig med de data vi har tilgjengelig å fastslå i hvilken størrelsesorden de finske helsesentrenes tilbud erstatter opphold og liggedager på sykehus. Også i Norge er det en utvikling hvor rehabiliteringstilbudet og mulighetene for korttidsopphold ved sykehjem/bo- og service-sentre i kommunene er økende.

Ulikheter i f unksjonsfordelig og desentralisering av sykehustjenester: Et desentralisert sykehusvesen kan bidra til høye forbruksrater fordi flere pasienter overføres mellom sykehus og dermed er registrert med flere opphold. I tillegg vil høy grad av desentralisering kunne senke terskelen for innleggelse for mindre alvorlige lidelser på grunn av nærhet til tjenestene. Bosettingsstruktur kan også nevnes i denne sammenhengen. En sterk sentralisering av bosettingen som bidrar til at flere bor nært sykehus kan øke mulighetene for utstrakt bruk av dagbehandling. Hvilken effekt disse faktorene har på forskjeller i sykehusbruk mellom Norge og de andre nordiske landene er vanskelig å fastslå.

Ulik tilgang til helsetjenester? Høye forbruksrater kan trolig knyttes til en lavere terskel for innleggelse ved sykehus i Norge, men også ulikheter i omfanget av alternativer til sykehusbehandling er viktig. Likeledes vil forskjeller i sykелighet/behov bidra til ulikt behov for behandling innen spesifikke sykdomskategorier. Det er viktig å påpeke at analysene kun sier noe om forbruk av sykehustjenester og ikke sier noe om forskjeller i helsetjenestetilbudet totalt sett for befolkningen i de ulike land.

3.3 Aktivitet psykisk helsevern

3.3.1 Tilnærmingmåte

I dette kapitlet presenterer vi tall for poliklinisk aktivitet (konsultasjoner og pasienter) og for døgnbehandling (utskrivninger og varighet) i det psykiske helsevernet, det vil si den delen av psykiatrien som hører inn under spesialisthelsetjenesten. Vi skiller mellom barn og unge (BUP, 0-17 år) og for voksne (VP, 18 år +) fordi de medisinske spesialitetene skiller mellom barn/unge og voksne, og følgelig er også behandlingstilbudene i stor grad organisert i separate avdelinger. Det kan imidlertid være noe ulik praksis hvorvidt ungdom mellom 15 og 20 år blir behandlet ved BUP-avdelinger eller VP-avdelinger. Dette kan ha sammenheng med diagnose og spørsmålet "hvor" behandlingskompetansen er, det kan ha sammenheng med et ønske om kontinuitet, og dernest kan det være uttrykk for at det kan variere hvor skarpt skillet organisatorisk sett er. I Norge er skillet mellom BUP og VP organisatorisk sett relativt skarpt, mens i Finland har ungdomspsykiatrien (15-22 år) vært knyttet opp mot VP (St meld nr 25, 1996-97).

I kapittel 3.1 er det kort diskutert ulike årsaker til forskjeller i bruk av helsetjenester:

- Ulik sykелighet
- Ulik terskel for sykehusbehandling (tilbudsforskjeller på grunn av medisinsk praksis, prioritering av helsetjenester eller andre forhold som for eksempel inntektsnivå i samfunnet).
- Ulik grenseoppgang for tjenester i og utenfor sykehus (organisering av helsetjenestene)
- Ulik organisering innad i sykehussektoren

I denne rapporten er formålet å kunne si noe om i hvilken grad det er ulike terskler for behandling knyttet til tilbudsforskjeller. Observerte forskjeller i bruk av tjenester må imidlertid tolkes på bakgrunn av potensielle forskjeller forklart også av de andre faktorene. Som en bakgrunn for tallene som presenteres gir vi derfor først noen *korte* kommentarer ift sykelighet, ansvarsfordeling og organisering.

Sykelighet

I NOMESKO-rapporten "Helsestatistikk for de nordiske lande i 2005" (NOMESKO, 2007) er grad av psykisk uhelse relatert til dødelighet. Det refereres her til at dødelighet på grunn av psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser (ICD-10, F-kapitlet) varierer mellom de nordiske landene. Sverige har høyest rate, etterfulgt av Finland, Danmark og Norge. Om vi ser på rate for suicid, finner vi det samme bildet for Norges vedkommende mens Finland og Sverige bytter plass i rangeringen. Forskjellene mellom Norge og Danmark/Sverige er imidlertid små. Isolert sett gir disse tallene ikke noen *indikasjon* på at behovet er større i Norge enn i de andre landene.

Ansvarsfordeling/grenseoppgang

I det psykiske helsevernet for voksne har alle land gjennomgått deinstitutionalisering og omstrukturering siden 70-tallet:

- Det har vært en nedbygging av psykiatriske sykehus; psykiatriske avdelinger er samlokalisert med somatiske sykehus.
- Det har vært en betydelig økning i dag og poliklinisk aktivitet.
- Det har vært en kraftig oppbygging av lokalbaserte, differensierte tilbud.

I forhold til lokalbaserte tilbud for voksne kan det være forskjeller i grenseoppgangen mellom kommunale tjenester og hva sykehusene/det spesialiserte psykiske helsevernet tar ansvar for. Det kan gjelde primærhelsetjenesten, sosialtjenesten, dagtilbud og behandling av "lette" lidelser samt oppfølging. Det spesialiserte behandlingstilbudet består av spesialiserte sykehusavdelinger som spesielt tar seg av akuttpsykiatri, rettspsykiatri, alvorlige og sjeldne lidelser, *samt* lokalbaserte psykiatriske tilbud om poliklinisk behandling, dagbehandling, korttids- og noe langtidsopphold. I Finland har mange Health Centres tilbud om poliklinisk behandling og i noen grad også døgnplasser, og disse har sterk kommunal forankring. Tilsvarende kan skillene mellom länene og kommunene i Sverige og regionene og kommunene i Danmark være ulike på enkelte områder, sammenliknet med Norge.

Noe av den samme problemstillingen finner vi i barne- og ungdomspsykiatrien illustrert ved omfanget av kommunale barnerådgivningsklinikker i Finland og avdelinger for korttidsutredninger, samt mor-barn avdelinger i Sverige. Omfanget av psykologtjenester i regi av skolene hører også med. I Norge har det vært en særskilt satsing på å nettopp bygge ut det spesialiserte psykiske helsevern for barn og ungdom gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1998).

Organisering

Som nevnt over har utviklingen i de fire landene hatt klare likhetstrekk. I BUP blir hovedandelen av pasienter behandlet poliklinisk (i Norge mer enn 95 prosent), mens omfanget av dag- og/eller døgnbehandling er relativt sett begrenset. Døgnbehandling gis i stor grad ved egne BUP-avdelinger, men det kan være ulikt i hvilken grad døgnbehandling også gis ved generelle pediatriske avdelinger (i tillegg kommer grenseoppgangen mellom BUP-avdelinger og voksenpsykiatriske avdelinger). Døgnbehandling i egne BUP avdelinger er ressurskrevende. I Norge (2007) utgjorde personellinnsatsen i døgnavdelingene i overkant av 50 prosent av den samlede ressursinnsatsen, mens andel pasienter var under fem prosent (Pedersen, 2008). Dette har naturligvis sammenheng med at innleggelse som hovedregel er forbeholdt svært alvorlig syke pasienter.

I psykisk helsevern for voksne har veksten kommet innefor lokalbaserte tilbud med vekt på dagbasert og poliklinisk behandling. Langtidsavdelinger ved sykehus er bygget ned, mens det spesialiserte tilbudet på sykehus for øvrig er videreført. I Norge er det et relativt klart skille mellom DPS-er og sykehusavdelinger. Det samme skillet er ikke like enkelt organisatorisk sett å identifisere i de andre landene. Finland har beholdt to statlige spesialsykehus for langtidspasienter. Når det gjelder poliklinisk behandling spiller private avtalespesialister en viktig rolle i alle land. Vi har ikke tall som indikerer hvorvidt denne virksomheten relativt sett er ulik mellom landene, men dersom det er tilfelle vil det kunne forklare noe av eventuelle forskjeller i den registrerte polikliniske virksomheten.

3.3.2 Psykisk helsevern: Datagrunnlag – sammenlignbarhet - tilpasninger

Data for psykisk helsevern er basert på psykiatriske pasientregistre fra alle land. Dette er basert på pasientbehandling i ulike typer psykiatriske avdelinger.

I Norge er dette rutinemessig innsamlet av Norsk Pasientregister. Uttrekket benyttet i denne rapporten er basert på publiserte SAMDATA-tabeller hvor komplette tall (spesielt for voksne) er oppnådd ved at det er supplert med SSB-statistikk for institusjoner med mangelfulle pasientdata (Midttun, 2008). I Danmark er data hentet fra *Psykiatrisk Centralregister* som er en del av Landspasientregisteret. I Sverige er data hentet fra det nasjonale pasientregisteret hos Epidemilogisk Centrum i Socialstyrelsen. Finske aktivitetsdata er stilt til disposisjon fra vår samarbeidspartner THL og er basert på aktivitetsdata brukt til forskningsformål (tilsvarende SAMDATA og lignende). Vi har ikke hatt mulighet for å sjekke kompletthet i Finland, Sverige og Danmark på samme måte som det er gjort for Norge gjennom SAMDATA.

Selv om pasientregistrene i seg selv er relativt likt organisert; og data noenlunde likt oppbygd så vil organisering av tjenestene være forskjellig og noe datatilpasning må gjøres. For best sammenlikning av data er tilrettelegging gjort på følgende måte:

Barn og unge

Barn og unge er definert som pasienter under 18 år. Det har dessverre vist seg vanskelig å få tilgang til datamateriale med tilfredsstillende sammenlignbarhet og derfor er det visse "huller" i tabellene nedenfor. Dette gjelder følgende land og aktivitetstyper:

- Sverige: Det er stor usikkerhet knyttet til om *polikliniske pasienter* og *konsultasjoner* er komplett. Sverige er derfor utelatt fra tabellene for poliklinisk aktivitet barn og unge. Når det gjelder *utskrivninger* er disse antatt å være komplette for 2005 og 2006, og er derfor inkludert. For 2007-dataene er det imidlertid benyttet en annen aldersinndeling en forutsatt (0-19) og disse er derfor utelatt.
- Danmark: Det er usikkerhet knyttet til om *konsultasjoner* er knyttet til avsluttede pasienter eller alle pasienter med behandling. Danmark er følgelig utelatt ved sammenlikning av polikliniske konsultasjoner. I danske data omfatter *polikliniske pasienter* kun avsluttede behandlinger. I utgangspunktet sammenlikner vi sum pasienter som har fått behandling i løpet av et år; dette gjelder for sammenlikningen av Finland og Norge. Vi har imidlertid foretatt en korreksjon av norske data for å kunne gjøre en særskilt sammenlikning med Danmark. *Utskrivninger* gjelder kun psykiatriske avdelinger, men skiller ikke spesielt ut BUP-avdelinger. Det har imidlertid blitt benyttet en annen aldersinndeling en forutsatt (0-14) og er derfor utelatt.

Vi har valgt å ikke ta med tabeller over antall døgn (sum liggetid) for barn og unge fordi denne variabelen i noen tilfeller kan være svært upresis (barn/unge kan bo vekselvis hjemme og borte) og fordi Finland og Sverige har sum liggetid for utskrevne pasienter, mens Norge har sum dager for døgnpasienter i året.

Voksne

Voksne er definert som 18 år eller mer. Det har dessverre vist seg vanskelig også for voksne å få datamateriale med tilfredsstillende sammenlignbarhet, slik at også her vil det være enkelte "huller" i tabellene.

- Sverige: Det er stor usikkerhet knyttet til om *polikliniske konsultasjoner* er komplett. Sverige er derfor utelatt fra tabellene for poliklinisk aktivitet voksne. Når det gjelder *utskrivninger* er disse antatt å være komplette for 2005 og 2006, og er derfor inkludert. For 2007-dataene er det imidlertid benyttet en annen aldersinndeling en forutsatt (20+) og derfor utelatt.
- Danmark: Det er usikkerhet knyttet til om *konsultasjoner* er knyttet til avsluttede pasienter eller alle pasienter med behandling. Danmark er følgelig utelatt ved sammenlikning av polikliniske konsultasjoner. Data for *døgninnlagte* pasienter manglet i datafilen. Danmark er derfor utelatt her.
- Finland: Vi har holdt to statlige langtidsinstitusjoner utenfor. Målt med utskrivninger utgjør de en svært liten andel (1.7 prosent) og data for oppholdstid inneholdt stor grad av usikkerhet og måtte forkastes i denne sammenheng.
- For Norge har vi ikke data for antall polikliniske *pasienter* for voksne. Tall for voksne polikliniske pasienter er derfor utelatt i sin helhet.
- Generelt: Pasienter behandlet ved særskilte rusavdelinger er ikke inkludert.

3.3.3 Bruk av psykisk helsevern for barn og unge

Tabell 3.11 Tabell 3.3.1 Polikliniske konsultasjoner per innbygger 0-17 år i psykisk helsevern for barn og unge

	Rater - polikliniske konsultasjoner (per 1000 innbygger 0-17 år)			Rater – polikliniske konsultasjoner - relativt til Norge		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Finland	176	217	255	47	50	53
Norge*	379	433	480	100	100	100

* Kun direkte tiltak

Tabellen viser at Norge har et relativt høyt nivå på antall polikliniske konsultasjoner. Konsultasjoner er tilnærmet likt definert i finske og norske data, dvs. *direkte* møte mellom terapeut og pasient, med ulik varighet. (*Indirekte* tiltak er med andre ord holdt utenfor i denne sammenhengen.)

Som følge av Opptappingsplanen (St prp 63, 1997-98) har det vært en betydelig aktivitetsvekst i denne sektoren siden 1998 og det er derfor ikke overraskende at Norge ligger på et høyere nivå enn Finland. På denne bakgrunn er det også interessant å se at de relative forskjellene reduseres over tid. Den finske konsultasjonsraten har med andre ord økt mer enn den norske fra 2005 til 2007. Nivåforskjellen må tolkes på bakgrunn av at det i regi av finske kommuner *kan* være tilbud som kan "overlappe" deler av tilbudet som norske BUP poliklinikker yter, og som ikke fanges opp av den finske statistikken. Likevel, tallene gir et bilde av et relativt sett høyt norsk aktivitetsnivå.

Dette bildet bekreftes når vi ser på raten for antall pasienter som har mottatt poliklinisk behandling det enkelte år. Den relative avstanden er noe mindre enn for konsultasjoner noe som kan indikere at gjennomsnittlig antall tiltak per pasient er noe lavere i Finland enn i Norge. I Norge er det ulik rate (dekningsgrad) i regionene. Alle regioner hadde imidlertid et nivå høyere enn det finske i 2007; Helse Vest lå lavest med 3.4 prosent (Midttun, 2008).

Tabell 3.12 Dekningsgrad: Polikliniske pasienter per 100 innbygger 0-17 år i psykisk helsevern for barn og unge

	Rater - polikliniske pasienter (per 100 innbygger 0-17 år)			Rater – polikliniske pasienter '- relativt til Norge		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Finland	1,9	2,1	2,6	49	50	59
Norge	3,8	4,2	4,4	100	100	100
Danmark	0,6	0,7	0,7	45	43	41
Norge	1,4	1,7	1,8	100	100	100

I sammenlikningen med Danmark er norske data korrigert til å omfatte "pasienter med avsluttet behandling" i det enkelte år. Tabellen viser et høyt norsk nivå på samme måte som i sammenlikningen med Finland. Danmark hadde en dekningsgrad som lå på under 50 prosent av den norske, i en rapport fra Rambøll Management fra "Henvisningsprosjektet i børne- og ungdomspsykiatrien", utgitt av Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse" (Rambøll, 2008), er både utviklingen i aktivitet ved børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og børnepsykiatere i praksissektoren beskrevet. Pga ulike definisjoner og ulike aldersinndeling (0-19 år) er det ikke uten videre enkelt å sammenlikne med våre tall, men to forhold er verdt å peke på: Hvis det ble korrigert for aktiviteten til børnepsykiatere i praksissektoren, ville avstanden mellom dansk og norsk nivå bli mindre enn det som tabellen over viser. Dermed kan innholdet i rapporten tolkes som at "fullt" kapasitetsnivå/dekningsgrad vurderes som lavere enn 5 prosent (jf. det norske målet). Dette *kan* være et uttrykk for at ulike kommunalt baserte tjenester supplerer BUP på en annen måte i Danmark enn i Norge. F.eks. at skolens psykologtjenester er mer omfattende eller at sosialtjenesten har et utvidet ansvar.

Forskjellene for poliklinisk aktivitet kan med andre ord skyldes ulike grenseoppgang mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Det er imidlertid grunn til å se dette i sammenheng med kapasiteten innen døgntilrettelagt behandling.

Tabell 3.13 Dekningsgrad: Utskrivninger døgn per 100 innbygger 0-17 år i psykisk helsevern for barn og unge

	Rater - utskrivninger døgnpasienter (per 100 innbygger 0-17 år)			Rater - utskrivninger døgnpasienter '- relativt til Norge		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Finland	0,36	0,39	0,46	163	171	243
Sverige	0,21	0,25		95	109	
Norge	0,22	0,23	0,19	100	100	100

Tabellen over viser at nivået på døgntilrettelagt behandling målt med utskrivninger, er høyere i Finland enn i Norge, som igjen ligger på samme nivå som Sverige. NOMESCO statistikken for 2005 oppgir tall for "bed-days" for pasienter 0-15 år for 2005 (NOMESCO, 2007). Denne statistikken bekrefter våre tall i den forstand at Finland lå 72 prosent høyere enn Norge. Sverige lå imidlertid 32 prosent lavere, noe som er et noe lavere nivå enn våre tall tyder på. Danmark lå på samme nivå som Norge, men her mangler vi tall i våre data.

Samlet sett indikerer dette at den norske aktiviteten er høyere enn i Finland og at relativt sett *mange* pasienter får behandling i Norge som følge av et høyere poliklinisk aktivitetsnivå. Den polikliniske aktiviteten kompenseres *noe* av en høyere døgnaktivitet i Finland, og det kan stilles spørsmålsteget ved om det finnes andre tilbud på kommunalt nivå som kompenserer delvis for forskjellene utover det. For Sverige og Danmark mangler vi tall for å kunne si noe samlet sett om forskjellene, men gitt at det er det polikliniske

tilbudet som dominerer, så er det grunn til å tro at det norske aktivitetsnivået er høyere også enn det danske.

Det er viktig å understreke at i forhold til behov *kan* det være det norske nivået er adekvat. Spørsmålet er hvilken betydning ulik organisering og/eller ulik oppgavefordeling mellom sykehus/spesialisthelsetjeneste og kommuner har, både i forhold til tilgang til tjenester, type tjenester og omfang/kvalitet. Som følge av dette kan det være grunn til å tolke tallene med forsiktighet, men etter vår vurdering gir tallene et riktig bilde av rangering når det gjelder sykehusbasert psykisk helsevern for barn og unge. Hvor eksakte de beregnede relative forskjellene i *nivå* er, er noe mer usikkert. Det siste er også knyttet til spørsmålet om kompletthet.

3.3.4 Bruk av psykisk helsevern for voksne

Tabellen nedenfor viser først rater for polikliniske konsultasjoner i regi av offentlige sykehus, inkludert distriktspyskiatriske sentra (DPS) i Norge og et antall Health Centres i Finland.

Tabell 3.14 Polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger 18 år + i psykisk helsevern for voksne

	Rater – polikliniske kons. (per 1000 innbygger 18 år +)			Rater – polikliniske kons. - relativt til Norge		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Finland	223,0	278,1	282,0	91	107	104
- sykehus	215,1	198,9	196,8			
- helsesentra	7,9	79,2	85,2			
Norge	244,5	259,6	271,7	100	100	100
- sykehus	44,6	40,4	43,1			
- DPS	199,9	219,0	228,6			

Datagrunnlaget for Finland viser at ikke alle institusjoner har levert data for alle tre år. Dette kan ha sammenheng med organisatoriske endringer, men det *kan* også være et uttrykk for manglende kompletthet. Det er derfor grunn til å tolke tallene med dette som bakgrunn og ikke legge stor vekt på utvikling over tid.

Nivået på poliklinisk behandling ved *offentlige* poliklinikker er på sammenliknbart nivå i Finland og Norge. For regionene i Norge var nivået fra 238 (Helse Vest) til 316 (Helse Midt-Norge) i 2007 (Midttun, 2008). Det er viktig å huske på at dette er poliklinisk behandling ved offentlige sykehus. For Norge er private sykehus som "opptrer som" helseforetak (f eks Diakonhjemmet og Lovisenberg) inkludert, og for Finland er et utvalg av Health Centres inkludert. Det er imidlertid viktig å huske på at verken for Finland eller Norge er privat/avtalebasert poliklinisk behandling inkludert. I Norge utgjorde antall private/ avtaleårsverk henholdsvis 11 og 18 prosent av det samlede antall behandlerårsverk i psykisk helsevern for voksne (SAMDATA Nøkkeltall 1/08). Tidligere tall har vist at 20 prosent av Finlands psykiatere hadde fulltids privatpraksis (Munch Jørgensen et al, 1995).

Tabellen viser at lokalbaserte behandlingsenheter/DPS i Norge står for mer enn 80 prosent av den polikliniske aktiviteten, mens Health Centres som inngår i det finske materialet står for 30 prosent. Vi kan *ikke* tolke dette som at Norge har en mer desentralisert modell enn Finland, men tallene indikerer at det kan være grunn til å undersøke forskjeller i struktur nærmere og eventuelt studere betydningen av det.

Når det gjelder døgnbasert behandling viser ratene for utskrivninger (tabell 3.3.5) at Norge har et høyere nivå enn både Finland, Sverige og Danmark – hvor Danmark ligger lavest. Disse tallene bekreftes bare delvis av NOMESKO-statistikken for 2005 (NOMESCO,

2007). Danmark lå her lavere enn Norge, men både Sverige og Finland lå noe høyere enn Norge for "discharges" i 2005. Dette omfattet riktignok alle aldersgrupper, ikke bare 18+.

Alle regionene i Norge lå i 2007 høyere enn det nasjonale nivået for de andre landene. Helse Sør-Øst lå lavest med en utskrivningsrate på 12.3 (Midttun, 2008). Tabellen nedenfor viser ellers at lokalbaserte behandlingssenheter/DPS i Norge sto for om lag 40 prosent av utskrivningene, mens Health Centres som inngår i det finske materialet sto for om lag 20 prosent.

Tabell 3.15 Utskrivninger døgntilpasienter per 1000 innbygger 18 år + i psykisk helsevern for voksne

	Rater - utskrivninger døgntilpasienter (per 1000 innbygger 18 år +)			Rater - utskrivninger døgntilpasienter - relativt til Norge		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Finland	10,4	10,4	11,7	82	78	89
- sykehus	8,4	8,3	9,3			
- helsesentra	2,0	2,1	2,4			
Sverige	11,7	11,8		92	88	
Danmark	9,0	9,0	9,1	71	67	69
Norge	12,7	13,4	13,2	100	100	100
- sykehus	7,6	8,2	7,9			
- DPS	5,1	5,1	5,2			

Tabellen nedenfor viser at vi i store trekk finner det samme bildet når vi ser på oppholdsdøgn i stedet for utskrivninger. De relative forskjellene er på samme nivå i Finland og Norge som vi fant for utskrivninger. For Sverige er den relative avstanden større, noe som indikerer kortere gjennomsnittlig oppholdstid i Sverige enn Norge, mens Finland og Norge er på sammenliknbart nivå.

Tabell 3.16 Døgn for utskrevne pasienter per 1000 innbygger 18 år + i psykisk helsevern for voksne.

	Rater - døgn for utskrevne pasienter (per 1000 innbygger 18 år +)			Rater - døgn for utskrevne pasienter - relativt til Norge		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Finland	347,2	335,6	370,9	82	80	95
- sykehus	283,9	267,9	303,1			
- helsesentra	63,3	67,8	67,8			
Sverige	203,7	208,8		48	50	
Norge	424,7	419,5	391,9	100	100	100
- sykehus	250,2	259,0	240,2			
- DPS	174,6	160,5	151,8			

For Sverige og Norge er dette i overensstemmelse med NOMESKO- statistikken (NOMESCO, 2007). For Finland er det her viktig å huske på at to store statlige langtidsinstitusjoner er holdt utenfor. Disse vil utvilsomt påvirke nivået på oppholdsdøgn, men påvirker i liten grad nivået for utskrivninger.

Igjen er det grunn til å minne om at ikke alle finske institusjoner har levert data for alle tre år. Det er derfor grunn til å tolke tallene med dette som bakgrunn og ikke legge for stor

vekt på utvikling over tid. Underlagsmaterialet viser at den relativt store endringen for Finland fra 2006 til 2007 skyldes at mange institusjoner har en økning, samtidig som et par institusjoner har spesielt stor økning. Hvorvidt nivået i 2007 er mer representativt enn i 2005-2006 er vanskelig å si sikkert. Som følge av dette er det grunn til å tolke tallene med forsiktighet, men etter vår vurdering gir tallene et riktig bilde av rangering mellom landene når det gjelder sykehusbasert psykisk helsevern for voksne. Hvor eksakte de beregnede relative forskjellene i *nivå* er, er noe mer usikkert.

3.3.5 Oppsummering aktivitet psykisk helsevern

En samlet sammenlikning av aktiviteten i psykisk helsevern vanskeliggjøres av enkelte "huller" i tallmaterialet. For barn og unge finner vi at

- Aktiviteten er høyere enn i Finland som følge av høyt nivå på poliklinisk behandlede pasienter. Finland har en høyere rate for døgntilrettelagt behandling.
- Aktiviteten synes også å være høyere i Norge enn Danmark, men her har vi kun polikliniske tall å holde oss til.

Et høyere aktivitetsnivå for barn og unge i Norge må sees i sammenheng med den målbevisste opptrappingen som har skjedd siden 1998 med dekningsgrad på 5 prosent som et hovedmål. Det er derfor ikke unaturlig at Norge har et høyere nivå enn de andre landene. Det er også verdt å merke seg at Finland har et høyere aktivitetsnivå på døgnbasert behandling enn Norge. I Norge har det vært en tydelig prioritering av polikliniske alternativer til innleggelser i BUP. Det hører også med at "antall nye døgnplasser" er ett av de målene som ikke er nådd i forbindelse med opptrappingsplanen.

For voksne finner vi at

- Raten for polikliniske konsultasjoner ligger på sammenliknbart nivå i Finland og Norge, med Finland litt over Norge i 2007.
- Raten for utskrivinger og oppholdsdøgn er noe lavere i Finland enn i Norge, mens Sverige igjen har et noe lavere nivå enn Finland.

Disse aktivitetstallene dekker ikke poliklinisk behandling hos private avtalespesialister. Det er grunn til å tro at disse utgjør et visst volum i alle land.

For voksne spesielt, er det også viktig å huske på at denne nordiske sammenlikningen er basert på opplysninger om polikliniske konsultasjoner og utskrivinger fra døgnbasert behandling. Vi har *ikke* spesifikt tatt for oss dagbehandling/dagaktivitet. Bakgrunnen for det er at det i norsk sammenheng har vist seg vanskelig å tallfeste omfanget av dagvirksomhet, selv om det har vært et mål å øke den typen behandlingsaktivitet. En stor del av det som regnes som dagbehandling vil i norsk statistikk i praksis bli fanget opp av polikliniske konsultasjoner, blant annet som følge av finansieringssystemet. Vi har ikke nærmere kjennskap til hvorvidt dette avviker sterkt fra praksis i de øvrige landene, med dette er en faktor som man bør ha i mente, ved tolkning av tallene.

Appendiks til kapittel 3

A 3.1 Avgrensing av dagbehandling

Dagbehandling defineres som mer ressurskrevende tiltak enn andre polikliniske konsultasjoner og betyr normalt at det er en seng tilgjengelig for pasienten under behandlingen eller at behandlingen er operasjonsstuekrevende (ved dagkirurgi). Dagbehandlingen skjer fysisk ved en poliklinikk eller ved spesifikke dagavdelinger/sengeposter avsatt til dagbehandling (innlagte pasienter). I Norge har dagbehandling gjennom en del år vært inkludert i ISF, men enklere polikliniske konsultasjoner har vært finansiert av RTV/NAV. Innlagte dagpasienter identifiseres i det norske datamaterialet ved at de er innlagte pasienter og er registrert med en kode som angir at de er dagpasienter. Dagbehandling ved poliklinikkene har vært definert ved at bestemte takstkoder ble nullstilt (merket), skilt ut og drg-gruppert på linje med data over aktiviteten fra døgn- og dagavdelingene. Fra og med 2008 ble all aktivitet ved poliklinikkene inkludert i ISF ordningen og drg-grupperes⁴⁸.

I de andre landene er dagbehandling i varierende grad brukt for å skille ut kortvarig behandling fra poliklinisk aktivitet. I Sverige opererer man med begrepene "öppen vård" og "sluten vård". Innen "öppen vård" skilles dagbehandling ut som "öppen vård som innebærer mer omfattende och/eller ressurskrävande insatser enn vad ett besök normalt kräver" (Socialstyrelsen, 2007). Det stilles også krav om en "upprettat vårdplan" for at en pasient skal defineres som dagpasient. I Danmark opererer man ikke lenger med dagbehandling som eget begrep i aktivitetsstatistikken (tidligere deldøgns pasienter). Det skilles kun mellom "indlagte pasienter" og "ambulante besøg". Her vil begrepet "indlagte pasienter" kunne omfatte både pasienter som overnatter og pasienter som skrives ut samme dag på samme måte som i Norge. Den polikliniske aktiviteten skjer gjennom "ambulante besøg". I Finland benyttes begrepene på noenlunde samme måte som i Norge.

For å sammenlikne dagbehandlingsaktiviteten i de nordiske land har vi definert dagpasienter som:

- Innlagte pasienter uten overnatting, pluss
- pasienter som har mottatt dagkirurgi/dagbehandling poliklinisk og som er skilt ut fra resten av den polikliniske aktiviteten.

Det finnes ikke et entydig skille i hva som konkret defineres som poliklinisk aktivitet i forhold til dagbehandling. Siden Danmark ikke har dette skillet i sine sin data, er dagbehandling som foregår ved poliklinikkene i Danmark ikke en del av det innhentede drg-grupperte datagrunnlaget. Danmark benytter heller ikke samme pasientgrupperingsmetode som de andre landene for innlagte pasienter. Poliklinisk dagbehandling omfatter i stor grad dagkirurgisk aktivitet. Det er derfor innhentet særskilte data over polikliniske opphold med en kirurgisk prosedyrekode fra danske sykehus. Med utgangspunkt i hvordan dagkirurgisk aktivitet fra poliklinikkene har blitt definert i ISF i Norge ⁴⁹ er et datagrunnlag som kan brukes for å beregne dagkirurgien i Danmark etablert. Dette er lagt inn i tallene for Danmark. Vi har imidlertid ikke drg-vekter for denne aktiviteten.

⁴⁸ Men ikke integrert i ISF for innlagt pasienter, dvs. vektene er ikke sammenlignbare med innlagt virksomhet og er ikke basert på kostnadsberegninger av poliklinisk virksomhet. En full versjon med ISF-poliklinikk basert på kostnadsberegnete vektorer skal etter planen implementeres fom 2010.

⁴⁹ Basert på nullstilte NAV-takster som er oversatt til prosedyrekoder.

A 3.2 Drg-grupperte data

Aktivitetsbeskrivelsen er basert på drg-gruppering av pasientene. Hver enkelt drg har en beregnet kostnadsvekt knyttet til seg (se neste avsnitt). DRG-systemet består av ca 500 enkelte drg-er som antas å være ressursmessig og medisinsk homogene. Enkelt-drg-ene kan grupperes i 24 hoveddiagnosegrupper. Inndelingen i hovedgrupper følger i stor grad logikken fra ICD-10⁵⁰, men avviker likevel en del. For det første er ikke malign tilstand (kreft) som grunn for behandling alltid skilt ut i egne drg-er på samme måte som at svulster er egen hovedgruppe i ICD 10. Logikken i Drg-systemet er i større grad relatert til ressursbruken som kreves f eks til en operasjon, og denne kan være den samme for en kreftpasient som for en annen pasient. Andre viktige eksempler er at hjerneslagpasienter i ICD-10 grupperes til sirkulasjonssykdommer, mens de innen DRG-systemet er klassifisert under "sykdommer i nervesystemet" og at lårhalsbrudd kommer under "skader og forgiftninger" i ICD-10, mens DRG-grupperingen sorterer disse under "sykdommer i skjelett-muskler og bindevev". De siste nevnes spesielt med bakgrunn i at dette er relativt store pasientgrupper som vil påvirke volumet innen sine respektive kategorier.

Inndelingen i drg-grupper gjør det også enkelt å skille mellom pasienter som har gjennomgått kirurgi eller ikke. Danmark har sin egen DRG-grupperingsvariant (Dkdrdg). Den bygger på samme overordnede grupperingslogikk som Nor-Drg som er brukt av de andre landene, men gruppering av pasienter er ikke alltid direkte sammenlignbar. Dette medfører at Danmark ikke inngår i alle sammenligninger når vi skiller mellom pasientgrupper.

A 3.3 DRG-vekter

DRG-vektene som er benyttet i prosjektet er beregnet fra faktiske norske vekter. Basert på et vektet snitt av alle år er det laget et vektsett for døgnaktivitet og et for dagbehandling. For undergrupper av DRG (A, B osv) og parDRG er vekten laget felles; for eksempel er det en felles vekt for DRG14 i stedet for egne vekter både for 14A og 14B. Disse vektsettene er så anvendt på Finland, Sverige og Norge for å finne antall DRG-poeng i hvert land. I Danmark er det brukt takstliste for hver enkelt dansk DRG fra sundhedsstyrelsen. Det er skilt mellom døgn- og dagvekter. Nivået på hver DRG er justert i forhold til norske gjennomsnittsvekter (for å få "felles valuta").

All informasjon om DRG-systemet har tatt utgangspunkt i norske forhold: det gjelder klassifisering i type DRG (kirurgi og medisin) samt gruppering i hoveddiagnosegrupper. For Danmark er hoveddiagnosegrupper avlest av nummerering av DRG og informasjon om DRG-type er hentet fra Sundhedsstyrelsen⁵¹.

For Norge, Sverige og Finland har vi altså ett felles vektsett for alle land og for alle år. Danmark er ikke sammenlignbar med de øvrige landene på DRG-gruppenivå og beregningene av DRG-poeng er gjort i et forsøk på å kunne sammenligne totalt forbruk.

A 3.4 Liggedager

I beregning av antall liggedager har vi definert liggedager som utdato minus inndato pluss 1. Dette er gjort for å få med oss dagoppholdene i forbruksmålet som er basert på liggedager. Dette avviker for eksempel fra definisjonen som brukes i SAMDATA, og tall for

⁵⁰ ICD-10 er diagnosekodeverket som benyttes som standard i norske sykehus.

⁵¹ Kilde: <http://visualldkdrdg.sst.dk/2006/> . Det er noe overlap i oppbygning av hoveddiagnosegrupper, blant annet inngår cancerterapi i hver enkel HDG, men vi har skilt ut dette i egen gruppe 17 og 27.

gjennomsnittlig liggetid er derfor ikke sammenlignbar med det som presenteres der. Justeringer av datagrunnlaget som beskrevet nedenfor kan også bidra til forskjeller i tall for gjennomsnittlig liggetid (og andre indikatorer).

A 3.5 Justeringer av datagrunnlaget for sammenligning

En del av aktiviteten holdes utenfor i analysene. Dette er begrunnet i to forhold. For det første vil ulikheter i hvorvidt de enkelte aktiviteter fanges opp i datagrunnlaget i alle land skape ikke reelle forskjeller i målt sykehusbruk. Et eksempel er strålebehandling som ikke er inkludert i grunnlagsdataene fra Norsk Pasientregister for de årene vi ser på. Det er derfor viktig at denne aktiviteten holdes utenfor i alle land.

Det er også en andre grunner til å holde noe av aktiviteten utenfor sammenligningene mellom de nordiske land. Dette er knyttet til ulik organisering og ulik registrering av aktivitet. Det gjelder blant annet rehabiliteringsaktiviteten i Norge, hvor store deler av den registrerte dagaktiviteten for driftsåret 2007 (innen ISF) ble underkjent av Avregningsutvalget.

En del dagbehandlingsaktivitet har relativt stort volum, men kan ha relativt sett få pasienter som genererer oppholdene. Dette gjelder i første rekke en avgrenset aktivitet innen ikke-kirurgisk dagbehandling. Herunder kommer pasienter som mottar cellegiftbehandling som dagpasienter, dialysebehandling, dagrehabilitering og strålebehandling. Det er også usikkerhet om komplettheten på registrering av denne aktiviteten i de ulike land. Denne holdes derfor utenfor i analysene.

Nyfødte barn holdes utenfor i analysene. Hvis både mor og barn telles som pasienter utgjør dette et svært stort volum. Kriteriene for å ikke være "frisk nyfødt" kan være noe forskjellig i landene og har endret seg i Norge, så vi velger å holde alle nyfødt-drg-ene (HDG 15) utenfor i sammenligninger av totalt forbruk. Ressurs- og aktivitetsregistreringer i de andre land er primært knyttet til den fødende, altså i HDG14.

Oppsummert er disse drg-ene er altså tatt ut av datagrunnlaget⁵²:

- HDG 15: Nyfødte
- HDG 19 og 20: Psykisk helsevern og rusbehandling
- DRG 462: Rehabilitering
- DRG 317: Dialyse
- DRG 409 & 410: Strålebehandling og kjemoterapi u/akutt leukemi

⁵² Tilsvarende liste er også ekskludert i Danske aktivitetsdata, om enn med en annen nummerering av DRG.

Tabell A 3.1 Antall heldøgnsopphold, dagopphold og totalt antall opphold per 1 000 innbyggere. 2006

HDG-navn	HDG	Døgnoophold				Dagbehandling				Totalt døgn- og dagopphold			
		Dan	Fin	No	Sve	Dan ¹	Fin	No	Sve	Dan ¹	Fin	No	Sve
Sykdom i nervesystem	1	9,8	10,8	14,0	11,4	4,6	2,7	4,1	4,1	14,4	13,5	18,1	15,5
Øyesykdom	2	1,1	1,6	2,8	1,2	20,5	11,7	9,6	20,0	21,6	13,3	12,5	21,2
Øre/nese/halssykdommer	3	4,8	7,0	9,8	5,6	4,0	6,7	5,4	10,1	8,8	13,6	15,1	15,6
Sykdom i åndedrettsorgan	4	13,5	10,5	15,1	9,5	2,7	0,8	0,8	2,3	16,2	11,3	15,9	11,8
Sykdom i sirkulasjonsorgan	5	20,8	19,6	25,5	22,9	10,3	3,4	4,7	6,9	28,5	23,0	30,2	29,8
Sykdom i fordøyelsesorgan	6	15,9	14,7	17,7	14,6	8,1	3,3	3,3	19,0	24,0	18,0	21,0	33,6
Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	7	5,1	4,7	4,2	4,1	0,7	0,7	0,4	0,7	5,8	5,4	4,6	4,8
Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	8	17,0	21,0	22,7	16,0	29,6	11,4	11,3	16,6	33,8	32,5	34,0	32,6
Sykdom i hud, underhud og bryst	9	5,4	3,7	4,3	2,9	11,7	2,3	3,2	14,0	12,2	6,1	7,5	16,9
Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	10	4,8	2,7	3,4	2,8	0,8	0,3	1,3	1,0	5,6	3,0	4,7	3,8
Nyre- og urinveissykdom	11	8,4	5,9	8,2	6,1	1,8	1,4	1,2	8,6	10,2	7,3	9,4	14,8
Sykdom i mannlige kjønnsorganer	12	1,1	4,2	6,0	4,2	2,4	2,2	2,2	8,0	3,5	6,4	8,2	12,2
Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	13	9,3	7,7	8,4	6,2	12,6	7,3	5,1	18,2	21,9	15,0	13,5	24,4
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	14	23,2	25,4	30,7	24,6	5,0	3,6	7,3	9,7	28,1	29,0	38,0	34,3
Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	16	2,4	1,3	1,6	1,4	0,8	0,4	0,4	1,1	3,2	1,8	2,0	2,4
Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster	17	2,2	2,5	2,8	1,9	1,3	1,2	1,1	2,4	3,5	3,7	3,9	4,3
Infeksiøse og parasittære sykdommer	18	2,7	2,6	3,1	2,6	0,8	0,1	0,1	0,3	3,6	2,7	3,3	2,9
Skade, forgiftning etc.	21	2,5	1,5	3,4	1,9	1,3	0,4	0,3	1,8	3,8	1,9	3,7	3,7
Forbrenninger	22	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Faktorer som påvirker helsetilstand - annen kont. m/helsetilstand	23	5,1	1,6	2,6	2,8	3,5	0,6	2,4	11,0	8,7	2,2	4,9	13,9
Signifikant multitraume	24	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
Hiv-infeksjon	25	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Sykdommer i bryst	30	0,0	2,1	1,8	1,4	0,3	0,7	0,9	1,2	0,3	2,8	2,7	2,7
Annet	99	5,2	1,8	0,4	1,6	1,3	0,9	0,1	1,4	6,4	2,7	0,5	3,0
Total		161	153	189	146	104	62	65	158	265	216	254	305

1) Dagkirurgiske opphold fra danske poliklinikkdata inkludert.

Tabell A 3.2 Antall liggedager og DRG-poeng per 1 000 innbyggere, og gjennomsnittlig liggetid heldøgnsopphold. 2006

HDG-navn	HDG	Liggedager (inkl dagopph)				DRG-poeng				Gj.snittlig lgd døgn			
		Dan ¹⁾	Fin	No	Sve	Dan ²⁾	Fin	No	Sve	Dan	Fin	No	Sve
Sykdom i nervesystem	1	75,2	98,4	94,1	114,	11,0	14,1	15,6	14,4	7,5	9,1	6,8	10,1
Øyesykdom	2	23,8	26,4	19,3	24,7	0,9	5,8	6,1	7,0	3,2	16,7	6,8	20,7
Øre/nese/halssykdommer	3	18,7	37,3	36,5	31,9	3,9	6,4	7,8	6,3	3,5	5,4	3,7	5,7
Sykdom i åndedrettsorgan	4	97,3	77,3	123,	80,0	15,4	11,6	20,7	12,0	7,2	7,4	8,2	8,4
Sykdom i sirkulasjonsorgan	5	112,	128,	131,	140,	28,0	23,7	31,1	27,4	5,3	6,6	5,2	6,1
Sykdom i fordøyelsesorgan	6	94,3	84,7	99,4	110,	16,4	13,5	17,7	16,5	5,7	5,8	5,6	7,6
Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	7	34,8	32,6	29,3	32,5	5,8	7,4	6,5	7,0	6,9	6,9	7,0	7,9
Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	8	127,	146,	156,	148,	26,4	42,8	39,7	34,0	6,8	6,9	6,9	9,3
Sykdom i hud, underhud og bryst	9	36,2	28,3	29,1	34,0	6,2	3,7	5,0	7,3	5,8	7,6	6,8	11,6
Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	10	31,5	16,9	19,0	19,9	5,0	2,3	3,2	2,6	6,6	6,2	5,6	7,0
Nyre- og urinveissykdom	11	46,6	38,1	50,1	50,0	8,5	5,7	9,1	8,2	5,5	6,4	6,1	8,2
Sykdom i mannlige kjønnsorganer	12	5,8	26,9	35,9	34,1	1,0	4,0	6,6	6,0	4,0	6,3	6,0	8,1
Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	13	46,8	48,0	48,5	50,0	8,8	12,4	13,2	12,7	4,4	6,3	5,8	8,1
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	14	107,	127,	148,	107,	17,9	17,8	20,6	18,3	4,6	5,0	4,8	4,4
Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	16	14,1	8,6	8,0	9,3	2,3	1,0	1,1	1,1	5,8	6,4	5,1	6,8
Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster	17	16,9	22,7	23,5	22,3	4,2	3,5	4,6	4,5	7,7	9,1	8,5	12,0
Infeksiøse og parasittære sykdommer	18	21,3	22,2	27,4	22,8	3,5	3,7	4,9	3,8	7,8	8,6	8,8	8,9
Skade, forgiftning etc.	21	9,2	8,1	12,9	10,9	1,7	1,1	2,0	1,3	3,7	5,3	3,7	5,6
Forbrenninger	22	0,4	1,8	1,7	1,1	0,1	0,6	0,5	0,3	6,8	9,0	8,9	10,6
Faktorer som påvirker helsetilstand - annen kont. m/helsetj	23	30,4	10,8	20,9	32,2	4,4	2,4	7,3	5,8	5,9	6,9	8,2	11,3
Signifikant multitraume	24	1,4	1,1	2,6	2,2	0,2	0,3	0,9	0,5	14,1	13,6	11,5	17,8
Hiv-infeksjon .	25	1,0	0,3	0,8	0,4	0,2	0,0	0,2	0,1	1,0	0,3	0,8	0,4
Sykdommer i bryst	30	0,3	11,0	10,5	8,7		1,9	2,4	1,8	,	5,3	5,9	6,0
Annet	99	87,8	15,2	4,5	28,9	24,3	2,8	0,9	1,3	,	8,6	10,3	17,5
Total		1042	1018	1134	1117	196	189	228	200	6,0	6,4	5,8	6,8

1) Dagkirurgiske opphold fra danske poliklinikkdata inkludert.

 2) Dagkirurgiske opphold fra danske poliklinikkdata **ikke** inkludert.

Tabell A 3.3 Antall heldøgnsopphold, dagopphold og totalt antall opphold per 1 000 innbyggere. Kirurgisk drg. 2006

HDG-navn	HDG	Døgnoophold			Dagbehandling			Totalt		
		Fin	No	Sve	Fin	No	Sve	Fin	No	Sve
Sykdom i nervesystem	1	1,3	1,2	1,0	1,7	1,6	1,5	3,0	2,8	2,5
Øyesykdom	2	1,1	1,5	0,9	9,9	9,2	9,9	11,0	10,7	10,7
Øre/nese/halssykdommer	3	2,3	3,2	1,9	3,7	4,4	2,4	6,0	7,5	4,3
Sykdom i åndedrettsorgan	4	0,3	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	0,3
Sykdom i sirkulasjonsorgan	5	4,7	5,7	4,5	1,1	1,4	1,2	5,8	7,2	5,7
Sykdom i fordøyelsesorgan	6	4,9	4,7	3,9	1,9	1,9	2,6	6,9	6,6	6,5
Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	7	1,5	1,4	1,7	0,3	0,2	0,2	1,9	1,6	1,9
Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	8	14,1	13,3	9,6	8,9	9,4	7,2	23,0	22,7	16,7
Sykdom i hud, underhud og bryst	9	0,8	0,9	0,5	1,8	3,0	8,8	2,7	3,8	9,3
Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	10	0,5	0,7	0,7	0,0	0,2	0,0	0,5	0,9	0,7
Nyre- og urinveissykdom	11	1,3	2,1	1,5	0,3	0,4	0,8	1,6	2,5	2,3
Sykdom i mannlige kjønnsorganer	12	2,5	3,4	2,6	1,3	1,7	2,1	3,7	5,0	4,7
Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	13	5,8	5,6	4,5	3,3	4,3	5,1	9,1	9,9	9,6
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	14	4,6	5,9	4,7	2,4	6,1	1,1	7,0	12,0	5,8
Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	16	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1
Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster	17	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,4
Infeksiøse og parasittære sykdommer	18	0,3	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,2
Skade, forgiftning etc.	21	0,3	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,4	0,5	0,3
Forbrenninger	22	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Faktorer som påvirker helsetilstand - annen kont. m/helsetj	23	0,2	0,4	0,2	0,2	0,1	0,6	0,3	0,5	0,8
Signifikant multitraume	24	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1
Sykdommer i bryst	30	1,4	1,1	1,1	0,5	0,8	0,5	1,9	1,9	1,6
Annet	99	1,5	0,4	0,5	0,7	0,1	0,7	2,2	0,5	1,1
Total		50	53	41	38	45	45	88	98	86

Tabell A 3.4 Antall liggedager og DRG-poeng per 1 000 innbyggere, og gjennomsnittlig liggetid heldøgnsopphold. Kirurgisk drg. 2006

HDG-navn	HDG	Liggedager			DRG-poeng			Gj.snittlig lgd døgn		
		Fin	No	Sve	Fin	No	Sve	Fin	No	Sve
Sykdom i nervesystem	1	13,3	10,8	10,3	4,8	4,0	3,5	10,4	9,4	10,4
Øyesykdom	2	22,2	15,5	13,0	5,3	5,6	5,4	20,4	10,1	15,0
Øre/nese/halssykdommer	3	14,9	14,8	8,9	3,8	4,7	3,2	6,4	4,7	4,7
Sykdom i åndedrettsorgan	4	3,7	5,8	2,9	1,3	1,9	1,4	11,4	12,8	9,9
Sykdom i sirkulasjonsorgan	5	34,2	39,6	34,1	13,5	16,9	14,3	7,2	6,9	7,6
Sykdom i fordøyelsesorgan	6	34,2	40,4	35,4	8,8	10,2	8,6	6,9	8,6	9,1
Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	7	9,4	10,6	11,8	4,0	3,7	4,4	6,1	7,8	7,0
Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	8	93,8	107,	84,5	38,4	33,7	28,6	6,7	8,1	8,8
Sykdom i hud, underhud og bryst	9	8,2	9,0	11,7	1,7	2,5	4,9	9,9	10,3	25,9
Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	10	2,5	3,9	3,6	0,8	1,1	0,9	4,8	5,4	5,5
Nyre- og urinveissykdom	11	8,3	13,5	9,6	2,2	3,4	3,0	6,3	6,6	6,6
Sykdom i mannlige kjønnsorganer	12	15,4	19,5	13,3	3,1	4,5	4,1	6,2	5,8	5,2
Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	13	30,6	32,4	26,3	11,1	11,2	9,9	5,3	5,8	5,8
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	14	32,5	39,7	25,8	6,9	7,9	6,5	7,0	6,7	5,4
Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	16	0,6	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	6,3	7,7	7,3
Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster	17	2,1	3,2	3,2	1,0	1,2	2,3	13,3	11,4	13,7
Infeksiøse og parasittære sykdommer	18	3,5	4,0	2,2	0,9	0,9	0,5	14,0	15,1	16,9
Skade, forgiftning etc.	21	2,4	3,5	1,7	0,7	1,0	0,5	8,8	9,2	10,2
Forbrenninger	22	1,0	1,1	0,6	0,4	0,4	0,3	12,9	15,0	16,5
Faktorer som påvirker helsetilst - annen kont. m/helsetj	23	2,9	11,4	5,6	1,8	6,2	3,3	17,8	28,3	22,8
Signifikant multitraume	24	1,1	2,6	2,2	0,3	0,9	0,5	13,6	11,5	17,8
Sykdommer i bryst	30	6,2	5,3	4,1	1,6	1,7	1,4	4,4	5,0	3,8
Annet	99	13,1	3,9	4,9	2,8	0,9	1,2	8,9	10,3	10,5
Total		356	398	316	116	125	109			

Tabell A 3.5 Antall heldøgnsopphold, dagopphold og totalt antall opphold per 1 000 innbyggere. Medisinsk drg. 2006

HDG-navn	HDG	Dagbehandling			Totalt			Døgnoophold		
		Fin	No	Sve	Fin	No	Sve	Fin	No	Sve
Sykdom i nervesystem	1	9,5	12,8	10,4	1,0	2,5	2,6	10,5	15,3	13,0
Øyesykdom	2	0,5	1,3	0,3	1,7	0,4	10,1	2,2	1,7	10,4
Øre/nese/halssykdommer	3	4,6	6,6	3,6	3,0	1,0	7,6	7,6	7,6	11,3
Sykdom i åndedrettsorgan	4	10,2	14,7	9,2	0,8	0,8	2,3	11,0	15,4	11,5
Sykdom i sirkulasjonsorgan	5	14,8	19,8	18,4	2,4	3,3	5,7	17,2	23,0	24,1
Sykdom i fordøyelsesorgan	6	9,8	13,0	10,7	1,3	1,4	16,4	11,1	14,4	27,1
Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	7	3,2	2,8	2,4	0,3	0,2	0,5	3,5	3,0	2,9
Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	8	7,0	9,5	6,4	2,5	1,9	9,4	9,5	11,3	15,9
Sykdom i hud, underhud og bryst	9	2,9	3,4	2,5	0,5	0,3	5,1	3,4	3,7	7,6
Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	10	2,2	2,7	2,2	0,3	1,1	1,0	2,5	3,8	3,1
Nyre- og urinveissykdom	11	4,6	6,1	4,7	1,1	0,8	7,8	5,7	7,0	12,5
Sykdom i mannlige kjønnsorganer	12	1,8	2,7	1,6	0,5	0,5	5,5	2,3	3,1	7,2
Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	13	1,8	2,7	1,7	3,1	0,7	12,5	4,9	3,5	14,2
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	14	20,8	24,8	19,9	1,3	1,2	8,6	22,0	26,0	28,5
Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	16	1,2	1,5	1,3	0,4	0,4	1,0	1,6	1,9	2,3
Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster	17	2,3	2,5	1,6	1,1	1,0	2,3	3,5	3,5	3,9
Infeksiøse og parasittære sykdommer	18	2,3	2,8	2,4	0,1	0,1	0,3	2,5	3,0	2,8
Skade, forgiftning etc.	21	1,3	3,1	1,8	0,3	0,1	1,6	1,5	3,2	3,4
Forbrenninger	22	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Faktorer som påvirker helsetilstand - annen kont. m/helsetj	23	1,4	2,2	2,6	0,4	2,3	10,5	1,9	4,4	13,1
Signifikant multitraume	24	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Sykdommer i bryst	30	0,7	0,7	0,4	0,2	0,1	0,7	0,9	0,8	1,1
Total		103	136	104	22	20	112	125	156	216

Tabell A 3.6 Antall liggedager og DRG-poeng per 1 000 innbyggere, og gjennomsnittlig liggetid heldøgnsopphold. Medisinsk drg. 2006

HDG-navn	HDG	Liggedager			DRG-poeng			Gj.snittlig lgd døgn		
		Fin	No	Sve	Fin	No	Sve	Fin	No	Sve
Sykdom i nervesystem	1	85,1	83,3	104,	9,4	11,6	10,9	8,9	6,5	10,0
Øyesykdom	2	4,2	3,9	11,7	0,4	0,5	1,6	8,5	3,0	35,6
Øre/nese/halssykdommer	3	22,5	21,6	23,0	2,5	3,1	3,1	4,8	3,3	6,3
Sykdom i åndedrettsorgan	4	73,6	117,	77,1	10,3	18,8	10,6	7,2	8,0	8,4
Sykdom i sirkulasjonsorgan	5	94,0	92,3	105,	10,3	14,2	13,1	6,3	4,7	5,8
Sykdom i fordøyelsesorgan	6	50,5	59,0	74,8	4,8	7,5	7,9	5,1	4,5	7,0
Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	7	23,2	18,6	20,8	3,4	2,9	2,6	7,3	6,7	8,5
Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	8	52,3	49,3	64,4	4,3	6,0	5,5	7,5	5,2	10,0
Sykdom i hud, underhud og bryst	9	20,1	20,2	22,3	2,0	2,4	2,3	6,9	5,9	9,0
Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	10	14,4	15,2	16,3	1,5	2,0	1,7	6,6	5,7	7,5
Nyre- og urinveissykdom	11	29,8	36,6	40,4	3,5	5,6	5,2	6,4	6,0	8,6
Sykdom i mannlige kjønnsorganer	12	10,7	16,3	20,4	1,0	2,1	1,9	6,1	6,2	12,4
Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	13	15,4	16,0	23,1	1,3	2,1	2,8	8,4	5,8	13,9
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	14	94,8	108,	81,8	10,9	12,7	11,8	4,6	4,4	4,1
Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	16	7,9	7,5	9,0	0,8	1,0	0,9	6,4	5,0	6,8
Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster	17	20,6	20,3	19,1	2,4	3,5	2,2	8,8	8,2	11,7
Infeksiøse og parasittære sykdommer	18	18,6	23,4	20,6	2,9	4,0	3,3	8,0	8,2	8,4
Skade, forgiftning etc.	21	5,8	9,3	9,3	0,4	1,0	0,8	4,6	3,1	5,2
Forbrenninger	22	0,7	0,6	0,5	0,1	0,1	0,1	7,1	5,5	7,8
Faktorer som påvirker helsetilst - annen kont. m/helsetj	23	8,0	9,5	26,6	0,6	1,1	2,5	5,6	4,4	10,2
Signifikant multitraume	24	0,3	0,8	0,4	0,0	0,2	0,1	10,7	9,6	11,9
Sykdommer i bryst	30	4,8	5,2	4,6	0,4	0,7	0,4	7,2	7,3	13,0
Total		657	736	776	73	103	91			

Tabell A 3.7 Forbruk per 1000 innbyggere for hoveddiagnosegruppene: Sykdom i nervesystem, sykdom i åndedrettsorgan og sykdom i sirkulasjonsorgan. Nordiske land og regioner i Norge. 2006.

	Sykdom i nervesystem				Sykdom i åndedrettsorgan				Sykdom i sirkulasjonsorgan			
	Heldøgns- opph	Dag- opphold	Sum opphold	Ligge- dager	Heldøgns- opph	Dag- opphold	Sum opphold	Ligge- dager	Heldøgns- opph	Dag- opphold	Sum opphold	Ligge- dager
Danmark	10	5	14	75	13,5	2,7	16	97	21	8	28	113
Finland	11	3	14	98	10,5	0,8	14	77	20	3	23	128
Sverige	11	4	16	114	9,5	0,8	16	80	23	7	30	140
Norge	14	4	18	94	15,1	2,3	18	123	25	5	30	132
Helse Sør-Øst	14	4	19	94	15	1,0	16	125	26	4,4	31	125
Helse Vest	12	4	16	83	14	0,5	15	113	23	5,1	28	129
Helse Midt-N	14	5	19	101	16	0,2	16	134	23	3,0	26	137
Helse Nord	15	3	18	113	15	0,7	15	115	29	8,0	37	166
<u>Norden</u>												
Max	14	5	18	114	15	3	18	123	25	8	30	140
Min	10	3	14	75	9	1	14	77	20	3	23	113
Diff max-min	4 2		5	39	6 2		5	46	6 4 7			27
<u>Norge</u>												
Max	15	5	19	113	16	1	16	134	29	8	37	166
Min	12	3	16	83	14	0	15	113	23	3	26	125
Diff max-min	3 1		3	31	1 1		1	21	6 5		11	41

Tabell A 3.7 Forbruk per 1000 innbyggere for hoveddiagnosegruppene: Sykdom i fordøyelsesorgan, sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev og sykdom under svangerskap/fødsel og barsel. Nordiske land og regioner i Norge. 2006.

	Sykdom i fordøyelsesorgan					Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev					Sykdom under svangerskap/fødsel/barsel			
	Heldøgns- opph	Dag- opphold	Sum opphold	Ligge- dager		Heldøgns- opph	Dag- opphold	Sum opphold	Ligge- dager		Heldøgns- opph	Dag- opphold	Sum opphold	Ligge- dager
Danmark	15,9	8,1	24,0	94,3		17,0	16,7	33,7	127,7		23,2	5,0	28,2	107,6
Finland	14,7	3,3	18,0	84,7		21,0	11,4	32,5	146,1		25,4	3,6	29,0	127,3
Sverige	14,6	19,0	33,6	110,2		16,0	16,6	32,6	148,9		24,6	9,7	34,3	107,6
Norge	17,7	3,3	21,0	99,4		22,7	11,3	34,0	156,7		30,7	7,3	38,0	148,6
Helse Sør-Øst	17	3,2	20,0	93		22,3	11,2	33,5	150		31	7,9	38,5	149
Helse Vest	18	4,2	22,3	105		21,5	4,1	32,6	158		32	2,2	37,6	146
Helse Midt-N	19	2,4	20,9	108		24,6	3,2	37,1	176		29	1,7	36,0	148
Helse Nord	20	3,2	22,9	111		23,0	2,0	34,1	158		31	1,4	38,4	150
<u>Norden</u>														
Max	18	19	34	110		23	17	34	157		31	10	38	149
Min	15	3	18	85		16	11	32	128		23	4	28	108
Diff max-min	3 16 16			26		7 5 2			29		8 6		10	41
<u>Norge</u>														
Max	20	4	23	111		25	11	37	176		32	8	39	150
Min	17	2	20	93		21	2	33	150		29	1	36	146
Diff max-min	3 2 3			19		3 9 5			26		2 6 3			4

Tabell A 3.8 Opphold per 10 000 innbyggere. Utvalgte "eldrerelevante" drg-er. 2006

DRG	HDG	DRG_navn	Døgnopphold			Dagopphold			Totalt		
			Fin	Nor	Sve	Fin	Nor	Sve	Fin	Nor	Sve
14	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA	26,9	27,3	34,0	1,2	2,9	1,8	28,1	30,3	35,8
88	4	Kronisk obstruktiv lungesykdom	11,8	19,2	16,7	,5	2,7	2,1	12,4	21,9	18,7
89	4	Lungebetennelse og pleuritt >17 år m/bk	11,8	37,7	16,3	,3	,2	,4	12,1	37,8	16,7
90	4	Lungebetennelse og pleuritt >17 år u/bk	17,5	11,2	12,3	,5	,1	,8	18,0	11,3	13,1
96	4	Bronkitt og astma m/bk	3,4	2,2	2,2	,1	,1	,2	3,5	2,3	2,4
97	4	Bronkitt og astma u/bk	7,1	3,6	3,2	,3	,2	1,9	7,4	3,8	5,1
101	4	Symptomer i åndedrettsorgan ITAD	,5	1,3	1,0	,1	,2	,4	,6	1,5	1,4
102	4	Symptomer i åndedrettsorgan ITAD	1,2	1,9	1,6	,2	,4	1,1	1,4	2,3	2,6
475	4	Sykd i åndedrettsorgan med ventilasjonsstøtte	,8	11,7	1,7	,0	,1	,3	,8	11,7	2,0
		Sum Åndedrettssykdom	54,1	88,8	55	2,0	4,0	7,2	56,2	92,6	62
121	5	Sirk,sykd m/AMI uten kardiov komplik i live etter 4 dg	4,7	10,8	8,7	,1	,0	,2	4,8	10,9	9,0
122	5	Sirk,sykd m/AMI og kardiov kompl i live etter 4 dg	11,1	16,5	13,1	,6	,5	1,1	11,7	17,0	14,2
123	5	Akutt myokardiinfarkt, liggetid <4 dg, utskrev død	1,1	1,7	1,2	,4	,0	,5	1,4	1,8	1,7
127	5	Hjertesvikt og ikke-traumatisk sjokk	20,4	18,8	30,7	,5	,9	1,6	20,9	19,8	32,2
132	5	Antatt aterosklerotisk sykdom m/bk eks AMI/angina	4,1	7,3	1,9	,2	,5	,8	4,3	7,8	2,7
133	5	Antatt aterosklerotisk sykdom u/bk eks AMI/angina	5,9	3,9	1,7	,4	2,9	1,8	6,3	6,8	3,5
140	5	Angina Pectoris	10,5	19,6	15,0	,6	2,5	2,8	11,1	22,1	17,8
143	5	Brystsmerter	8,3	27,8	35,1	1,1	1,1	10,1	9,4	28,9	45,2
144	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	1,5	2,8	1,8	,1	,2	,4	1,6	3,0	2,1
145	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	3,0	2,6	2,7	,7	,7	2,2	3,7	3,3	4,9
		Sum sirkulasjonssykdom	70,6	111,8	111,9	4,7	9,3	21,5	75,2	121,4	133,3
320	11	Infeksjoner i nyrer/urinveier m/bk	5,0	12,1	8,7	,1	,1	,4	5,1	12,1	9,0
321	11	Infeksjoner i nyrer/urinveier u/bk	14,5	7,9	11,4	1,3	,3	5,7	15,8	8,2	17,0
		Sum urinveissykdom	19,5	20	20,1	1,4	0,4	6,1	20,9	20,3	26
		I alt alle grupper	171,3	248,1	221,0	9,2	16,6	36,3	180,6	264,7	257,2

Tabell A 3.9 Liggedager og drg-poeng per 10 000 innbyggere, gjennomsnittlig liggetid. Utvalgte "eldrerelevante" drg-er. 2006

DRG	HDG	DRG_navn	Liggedager (inkl dagopp)			DRG-poeng			Gj.snittlig lgd døgn		
			Fin	Nor	Sve	Fin	Nor	Sve	Fin	Nor	Sve
14	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA	331.7	322.3	514.1	46.17	47.23	58.41	12.3	11.8	15.1
88	4	Kronisk obstruktiv lungesykdom	84,9	164,9	130,1	9,63	15,87	13,78	7,2	8,6	7,8
89	4	Lungebetennelse og pleuritt >17 år m/bk	115,7	339,5	154,4	18,78	59,60	25,90	9,8	9,0	9,5
90	4	Lungebetennelse og pleuritt >17 år u/bk	135,2	63,5	82,4	15,32	9,79	10,82	7,7	5,6	6,7
96	4	Bronkitt og astma m/bk	25,5	15,2	14,0	3,47	2,22	2,24	7,4	7,0	6,4
97	4	Bronkitt og astma u/bk	43,7	28,3	16,8	4,45	2,28	2,29	6,1	7,8	5,2
101	4	Symptomer i åndedrettsorgan ITAD	4,0	8,4	8,3	,49	1,21	,99	7,6	6,5	8,2
102	4	Symptomer i åndedrettsorgan ITAD	6,7	7,1	9,3	,58	,92	,87	5,5	3,8	5,9
475	4	Sykd i åndedrettsorgan med ventilasjonsstøtte	8,5	138,2	24,3	1,93	29,35	4,60	11,3	11,9	14,0
		Sum Åndedrettssykdom	424,2	765,1	439,6	54,65	121,24	61,49			
121	5	Sirk,sykd m/AMI uten kardiov komplik i live etter 4 dg	44,5	98,7	84,6	7,47	17,16	13,89	9,5	9,1	9,7
122	5	Sirk,sykd m/AMI og kardiov kompl i live etter 4 dg	79,3	84,2	90,7	11,76	17,35	13,91	7,1	5,1	6,9
123	5	Akutt myokardiinfarkt, liggetid <4 dg, utskrev død	3,6	3,7	3,9	,60	,74	,73	3,4	2,1	3,2
127	5	Hjertesvikt og ikke-traumatisk sjokk	177,0	142,8	254,5	20,37	18,84	30,70	8,7	7,6	8,3
132	5	Antatt aterosklerotisk sykdom m/bk eks AMI/angina	35,9	33,6	13,7	2,82	5,05	1,43	8,7	4,6	7,1
133	5	Antatt aterosklerotisk sykdom u/bk eks AMI/angina	39,2	15,3	8,9	2,44	2,01	,95	6,6	3,9	5,3
140	5	Angina Pectoris	54,9	76,0	64,6	5,90	11,24	8,73	5,2	3,9	4,3
143	5	Brystsmerter	29,1	62,7	103,8	2,37	7,56	10,85	3,5	2,3	3,0
144	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	12,6	20,3	14,0	1,44	2,72	1,72	8,4	7,1	8,0
145	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	20,0	11,9	15,5	1,84	1,57	1,87	6,6	4,6	5,8
		Sum sirkulasjonssykdom	496,1	549,2	654,2	57,01	84,24	84,78			
320	11	Infeksjoner i nyrer/urinveier m/bk	38,9	89,3	69,8	5,63	13,52	9,76	7,8	7,4	8,1
321	11	Infeksjoner i nyrer/urinveier u/bk	92,2	37,0	73,7	9,96	5,39	8,54	6,4	4,7	6,5
		Sum urinveissykdom	131,1	126,3	143,5	15,59	18,91	18,3			
		I alt alle grupper	1383	1763	1751	173	272	223	8,1	7,1	7,9

Tabell A 3.10 Gjennomsnittsalder og andel kvinner. Utvalgte "eldrerelevante" drg-er. 2006

DRG	HDG	DRG_navn	Gjennomsnittsalder døgn			Gjennomsnittsalder dag			Andel kvinner		
			Fin	Nor	Fin	Fin	Fin	Sve	Fin	Nor	Sve
14	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA	70,1	73,2	75,1	65,9	70,8	68,5	49,0	49,4	49,4
88	4	Kronisk obstruktiv lungesykdom	71,1	69,7	74,3	68,5	59,6	67,7	32,2	49,9	54,8
89	4	Lungebetennelse og pleuritt >17 år m/bk	72,4	74,7	76,5	70,9	63,9	71,9	39,8	45,7	45,0
90	4	Lungebetennelse og pleuritt >17 år u/bk	64,6	60,0	69,1	65,8	54,1	62,0	45,0	51,9	48,1
96	4	Bronkitt og astma m/bk	71,8	68,0	75,1	67,0	44,7	64,6	55,5	61,8	56,8
97	4	Bronkitt og astma u/bk	62,0	51,1	64,9	54,4	46,2	47,9	63,7	66,7	59,6
101	4	Symptomer i åndedrettsorgan ITAD	57,4	62,3	66,8	51,7	52,7	50,9	37,3	47,7	43,2
102	4	Symptomer i åndedrettsorgan ITAD	55,0	45,1	59,2	48,8	49,1	52,3	41,5	44,9	48,4
475	4	Sykd i åndedrettsorgan med ventilasjonsstøtte	62,7	64,2	68,0	55,1	50,5	48,4	36,4	51,3	50,0
121	5	Sirk,sykd m/AMI uten kardiov komplik i live etter 4 dg	79,9	78,1	81,3	73,6	81,3	71,8	54,8	47,2	48,8
122	5	Sirk,sykd m/AMI og kardiov kompl i live etter 4 dg	73,7	67,6	75,2	66,8	65,8	68,3	44,1	33,1	42,3
123	5	Akutt myokardiinfarkt, liggetid <4 dg, utskrev død	81,2	81,0	83,0	79,3	77,9	82,0	47,9	49,0	48,5
127	5	Hjertesvikt og ikke-traumatisk sjokk	77,5	76,8	79,2	76,8	73,0	71,7	54,1	46,6	44,5
132	5	Antatt aterosklerotisk sykdom m/bk eks AMI/angina	75,6	70,0	75,4	72,1	67,6	70,8	44,0	35,4	33,5
133	5	Antatt aterosklerotisk sykdom u/bk eks AMI/angina	71,6	64,9	70,3	67,6	61,1	64,0	40,9	28,1	33,2
140	5	Angina Pectoris	70,8	70,0	73,4	67,6	65,5	68,4	40,9	42,7	44,0
143	5	Brystmerter	63,9	57,0	64,3	59,5	57,5	55,3	49,9	47,5	50,2
144	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	64,1	64,3	64,5	56,1	57,1	58,7	35,7	42,4	40,9
145	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	54,3	50,9	51,8	44,9	50,7	43,3	43,0	41,4	43,1
320	11	Infeksjoner i nyrer/urinveier m/bk	74,6	74,5	77,0	73,1	54,8	67,7	71,4	57,5	53,2
321	11	Infeksjoner i nyrer/urinveier u/bk	67,0	57,2	70,2	60,6	49,8	57,8	66,5	72,9	65,4
		I alt	70,2	68,6	72,9	63,7	62,6	59,6	48,9	47,3	49,0

4 Lønn, kostnader og ressursbruk i sykehussektoren

4.1 Innledning/problemstilling

I kapittel 2 har vi beskrevet hvordan spesialisthelsetjenesten i de fire landene er organisert, og drøftet hvilke utfordringer det å sammenlikne landene medfører. Konklusjonen er at det *ikke* ansees som hensiktsmessig å forsøke å gi en samlet beskrivelse av "spesialisthelsetjenesten" med basis i spesialisthelsetjenesten slik den er definert i Norge. Dette gjelder både om en tar utgangspunkt i aktivitetsdata eller kostnadsdata.

For å likevel nærme oss et svar på spørsmålet "*bruker vi i Norge mer eller mindre ressurser på spesialisthelsetjenester enn andre nordiske land?*" gjør vi i dette kapitlet en sammenlikning med utgangspunkt i lønn, kostnader og ressursbruk i sykehus.

Dette kapitlet er delt inn som følger: I avsnitt 4.2 gis en kort beskrivelse av datagrunnlaget. Internasjonale sammenlikninger stiller store utfordringer til hvordan vi håndterer pris og valutaforskjeller. Vår tilnærming til dette beskrives i avsnitt 4.3. I avsnitt 4.4 beskrives og diskuteres lønnsforskjeller i de fire nordiske landene, mens vi i avsnitt 4.5 kort redegjør for forskjeller i behandling av kapitalkostnader. I avsnitt 4.6 beskrives så forskjeller i ressursbruk i sykehussektoren i de fire landene. Avslutningsvis sammenholdes så i avsnitt 4.7 data fra OECDs System of Health Accounts (SHA) med våre tall.

4.2 Datagrunnlag

Datagrunnlaget består av kostnadsdata for årene 2005 til 2007 for sykehussektoren i de fire landene, i tillegg til lønnsstatistikk. Det har ikke vært mulig å få tilgang til sammenliknbar personellstatistikk for sykehussektoren. Sammenlikningen av ressursbruk baseres seg derfor på kostnadsdata alene.

Kostnadsdata

Kostnadsdata er innsamlet ved hjelp av samarbeidspartnere fra de deltagende land. I Norge er datagrunnlaget kostnadsdata fra SAMDATA. Dette er årlige publikasjoner fra SINTEF Helse med styringsdata om spesialisthelsetjenesten (Midttun, 2008). SAMDATA har et viktig fokus på sammenliknbarhet mellom enheter og over tid, og data er dermed velegnet til formålet. Svenske kostnadsdata er hentet fra liknende svenske rapporter: *Statistik om hälso och sjukvård samt regional utveckling*, årlig publisert av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Danske kostnadsdata er basert på offentlig statistikk fra Sundhedsstyrelsen (ref). Finske kostnadsdata er stilt til disposisjon fra vår samarbeidspartner THL og er basert på en kostnadsdatabase brukt til forskningsformål (tilsvarende SAMDATA). Svenske kostnadsdata speiler regionenes (länenes) produksjon og det offentlige finansieringsansvaret, mens de danske og finske kostnadsdata er mer avgrenset til kostnader knyttet til faktisk sykehusproduksjon. De norske kostnadene er basert på arts- og funksjonskontoplan som muliggjør tilpasning i forhold til definisjoner fra de andre land; se avsnitt 4.6 for definisjon av kostnadsbegrepene.

Lønnsdata

Til beregning av deflator i avsnitt 4.4 er det benyttet lønnstatistikk fra de enkelte landene, samt en Purchasing Power Parity index for GDP fra OECD/Eurostat for andre kostnader (vareinnsats og tjenestekjøp). GDP-PPP indeksen er hentet fra http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SNA_TABLE4. For å ta hensyn til inflasjon har vi brukt prisindeksen for BNP (markedsverdi) i Fastlands-Norge i det norske nasjonalregnskapet (<http://www.ssb.no/emner/09/01/nr/tab-11.html>).

Lønnstatistikk for Norge er hentet fra SSBs lønnstatistikk for ansatte i helseforetak (<http://www.ssb.no/lonnstasyk/>). En detaljering av enkelte personellgrupper er hentet fra "Personalkostnader i spesialisthelsetjenesten" (PriceWaterhouseCooper 2008). Svensk lønnstatistikk er hentet fra Statistiska Centralbyrån og gjelder landstingskommunal sektor for de relevante yrkesgruppene (<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/start.asp>). Danmarks Statistik publiserer kun statistikk på 3-siffer yrkeskode og for kommunal sektor inklusive primærkommuner, så har vi i stedet benyttet data fra det Fælleskommunale Løndatakontor (<http://www.fldnet.dk/statistik/lpx/index.php>). Finske lønnsdata fra Statistics Finland er for ansatte i sykehusene og er stilt til rådighet via vår samarbeidspartner THL. Lønnsdataene fra alle landene inkluderer antall ansatte, faste og variable tillegg og pensjons- og arbeidsgiveravgiftssatser.

4.3 Justering for forskjeller i priser og valutakurser - deflator

Ressursbruksinformasjon er som regel tilgjengelig primært som kostnadsdata, dvs. verdien av de medgåtte ressursene eller innsatsfaktorer uttrykt i pengeverdi. I sammenligninger av totalkostnader og produktivitet er det imidlertid *realkostnadene* i form av medgåtte legeårsverk, sykepleieårsverk, medisiner, innkjøpte tjenester osv som er de interessante. Hvor mye disse ressursene koster i penger avhenger av sammensetningen (kvantum) og priser. Både sammensetning og priser varierer over tid og mellom land.

I prinsippet vil også både priser og kvantum variere mellom sykehus, og i utgangspunktet hadde det vært ønskelig å få tilgang til data om dette slik at en kunne beregne teknisk effektivitet og allokeringseffektivitet i tillegg til kostnadseffektivitet. Sammenlignbare data på sykehusnivå er dessverre ikke tilgjengelig, og for sammensetningen av innsatsfaktorene er heller ikke nasjonale data sammenlignbare for alle landene. For priser har vi derimot informasjon på nasjonalt nivå som er relativt sammenlignbare.

Realkostnadene kan derved finnes ved å dividere kostnadene i nominelle størrelser (løpende priser) med en prisindeks/deflator. En deflator beregnes ved å veie sammen løpende priser for hver innsatsfaktor med faste kvantum. I utgangspunktet skal disse kvantumsvektene reflektere sammensetningen av innsatsfaktorene, men siden denne sammensetningen varierer over tid og mellom land vil en måtte velge kvantumsvekter fra en observasjon, konstruere vektene som gjennomsnitt, eller ta gjennomsnittet av indekser beregnet ved ulike vekter. Hver av disse metodene har fordeler og ulemper. I vårt tilfelle er gode kvantumsvekter tilgjengelig for Norge og ikke for alle andre land. I denne analysen er det også kostnadene ved å kjøpe innsatsfaktorer i sykehussektoren i Norge som er av primær interesse. På samme måte er sammensetningen av ressursgruppene i dag av større interesse enn slik den var for noen år siden. Vi vil derfor bruke de norske kvantum i 2007 av ulike personellgrupper og andre innsatsfaktorer som vekter.

De statistiske sentralbyråene i hvert land lager deflatorer for en lang rekke sektorer. I Norge lager SSB en deflator for helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Deflatoren er basert på kostnadsprisindekser for ulike typer tjenester. Det er egne indekser for egenproduksjon i foretakene (detaljerte indekser for hver kostnadsart) og separate indekser for ulike kategorier kjøp av tjenester fra private (leger, tannleger osv). Indeksen er basert på kvartalstall. Selv om den omfatter noe mer enn spesialisthelsetjenesten er den antakelig godt egnet til å deflatere norske kostnader over tid, slik den bl.a. er brukt i SAMDATA-rapportene.

For sammenligning mellom land er dessverre de nasjonale indeksene mindre egnet, fordi de er basert på de nasjonale kvantumsvektene, og måtte i tilfelle også normeres for et felles nivå. Å lage en felles nordisk indeks med samme kvalitet ville medføre en spesialbestilling på data eller utførelse ved alle de nordiske statistiske sentralbyråene, og ville sprengte rammen for dette prosjektet både i tid og ressurser. I stedet er vi nødt til å basere sammenligningen på offentlig tilgjengelige tall. Til dette har vi brukt lønnsstatistikk fra de nasjonale statistiske byråene til å beregne en lønnskostnadsdeflator, og en kjøpekraftskorrigert indeks fra OECD (PPP) til å deflatere andre innsatsfaktorer.

Lønnskostnadsindeksen er basert på en sammenveining av lønnskostnadene for 9 grupper av helsepersonell, i hovedsak definert ved de gruppene som er gjort tilgjengelig i SSBs lønnsstatistikk for 1.oktober hvert år. Grupperingen her bygger på den 4-sifrede koden i den norske standarden for yrkesgruppering STYRK, som er en variant av den internasjonale standarden for yrkeskoder ISCO88(COM). Dessverre er det gjort en del nasjonale tilpasninger av ISCO88 i hvert land, som gjør at kategoriene avviker noe fra land til land. I Danmark offentliggjøres dessuten kun lønnsstatistikk for 3-sifret yrkeskode, og kun for kommunal sektor som helhet som omfatter primærkommunene i tillegg til regionene. I Danmark er det derfor brukt statistikk fra Det Fælleskomunale Løndatakontor (DFL), som bruker helt andre kodeverk. DFL har fulltelling av avlønning for hele året, men for å sikre sammenligningen med de andre landene er det kun tatt ut tall for oktober hvert år. Grupperingen av de nasjonale kodene og betegnelsene på yrkesgruppene er gjengitt i appendiks A. Det er lagt betydelig arbeid i å tolke ulike tillegg og komponenter i sosiale kostnader for at indeksene skal reflektere kostnad pr fulltids månedsverk, og ikke skyldes forskjeller i omfanget av overtid.

For de 40 prosent av driftskostnadene i Norge i 2007 som ikke var lønnskostnader finnes det ikke detaljerte og sammenlignbare priser lett tilgjengelig. Vi har valgt å bruke OECDs kjøpekraftskorrigerte BNP-indeks (GDP-PPP) til dette. Alternativet hadde vært en PPP-indeks for privat konsum, men sammensetningen av vare- og tjenesteinnsats i sykehusenes ressursbruk ligger antakelig tettere opp til BNP enn privat konsum.

Tabell 4.1 gjengir den beregnede kostnadsdeflatoren som er brukt i disse analysene, samt hoveddekomponeringen i en lønnskostnadsdeflator og en deflator for andre innsatsfaktorer. Deflatorene er normert slik at Norge i 2007 alltid er satt lik 1. Deflatorene er i utgangspunktet beregnet i nasjonal valuta, men i tabellen omregnet til norske kroner (NOK) med faste 2007-kurser for å gi lett sammenligning av kostnadsnivåene. Tolkningen av indeksen er den prisen en må betale for en pakke eller kurv av innsatsfaktorer med samme sammensetning av de ulike personellgruppene, varer og tjenester som gjennomsnittet for norske sykehus i 2007. Første tall i tabellen sier for eksempel at den mengden innsatsfaktorer som i Norge i 2007 kostet NOK 1,0, ville i Finland i 2005 kun koste NOK 0,711 (dvs. egentlig EUR 0,089).

Av tallene for kostnadsdeflatoren ser en at kostnadsnivået for norske sykehus har ligget over nivået i de andre landene, til dels betydelig over, og at også veksten i kostnadene er høyere enn i de andre landene. Den spesielt høye prisveksten fra 2006 til 2007 i Norge på 8,6 prosent skyldes i hovedsak de ekstra pensjonskostnadene som helseforetakene måtte påta seg som ledd i revurderingen av pensjonsforpliktelsene.

Anslaget er noe høyere enn den omtalte SSB-indeksen som brukes i SAMDATA, som etter siste revisjon vokser med 6,7 prosent fra 2006-2007. Egenproduksjon i foretakene er beregnet til å ha en kostnadsvekst på 8,4 prosent, som er nær vårt anslag. Størstedelen av forskjellen skyldes et noe annet sektoromfang, men noe skyldes også at vår deflator er basert på en punkttelling av lønninger i oktober heller enn på hele året. Forskjellene innebærer at vår beregnede deflator kan anses som velegnet i produktivitetsanalysene som kun omfatter egenproduksjon, men som noe mindre treffende for å deflatere de norske totalkostnadstallene for spesialisthelsetjenesten. Av hensyn til sammenlignbarheten mellom landene er likevel en felles nordisk deflator nødvendig.

Tabell 4.1 Kostnadsdeflatoren og deldeflatorer for lønnskostnader og for andre innsatsfaktorer.

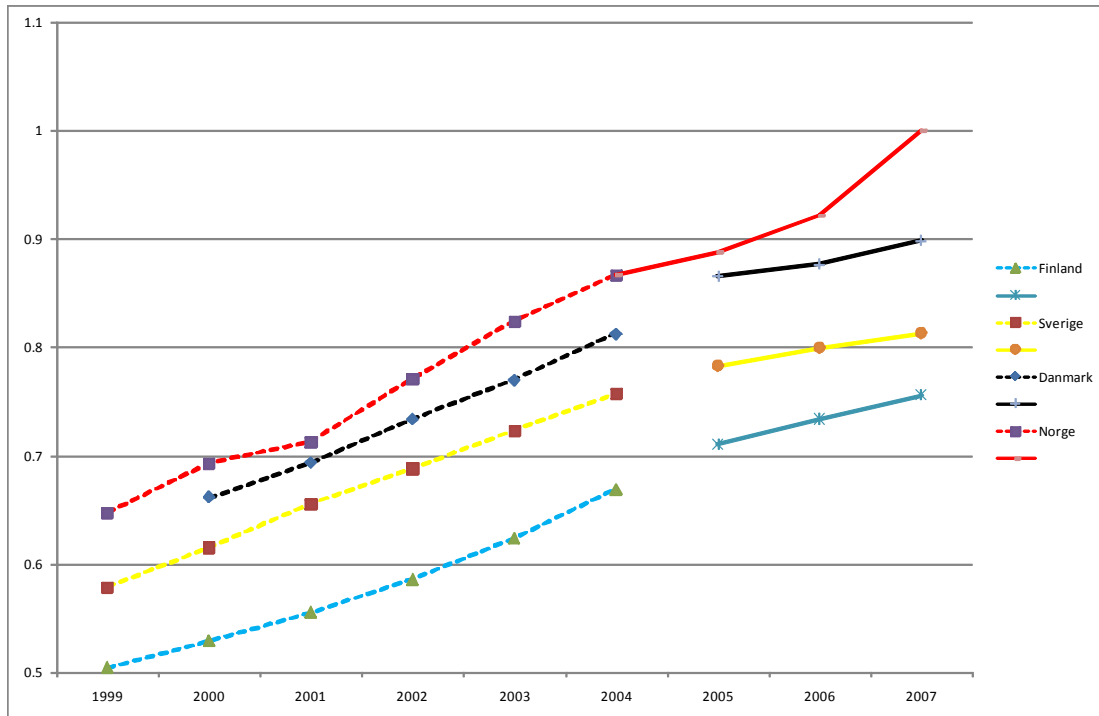
	Utrykt i NOK			Vekstrater		Valutakurs
	2005	2006	2007	2005-06	2006-07	2007
Kostnadsdeflator						
Finland	0,711	0,734	0,756	3,2 %	3,0 %	8,010
Sverige	0,783	0,799	0,813	2,1 %	1,7 %	0,867
Danmark	0,866	0,877	0,899	1,3 %	2,5 %	1,075
Norge	0,888	0,921	1,000	3,8 %	8,6 %	1,000
Lønnskostnadsdeflator						
Finland	0,635	0,654	0,682	2,9 %	4,3 %	8,010
Sverige	0,735	0,746	0,771	1,6 %	3,3 %	0,867
Danmark	0,795	0,788	0,817	-0,9 %	3,7 %	1,075
Norge	0,855	0,886	1,000	3,6 %	12,8 %	1,000
Deflator for andre innsatsfaktorer (GDP-PPP)						
Finland	0,824	0,853	0,867	3,6 %	1,6 %	8,010
Sverige	0,855	0,879	0,876	2,8 %	-0,4 %	0,867
Danmark	0,972	1,011	1,021	4,0 %	1,1 %	1,075
Norge	0,936	0,973	1,000	3,9 %	2,8 %	1,000

Figur 4.1 illustrerer de beregnede forskjellene i kostnadsdeflatoren fra tabellen. I figuren har vi også kjedet deflatoren med den som ble brukt i reformevalueringen (Kittelsen et al., 2007). Denne er basert på samme metode, men med kun to personellkategorier og med finske kvantumsvekter. Kjedingen er foretatt ved at Norge 2004 er beregnet i begge analysene. Figuren viser klart de sterke kostnadsforskjellene mellom landene, men at rangeringen er stabil og at veksten i det siste tiåret under ett har vært noenlunde parallell i alle landene. Likevel finnes det mot slutten en avflating av kostnadsveksten i da andre nordiske landene, mens det norske kostnadsnivået tiltar i vekstfart, i stor grad pga pensjonsutgiftene i siste år. Pensjonsrevurderingen er et engangstilfelle som det er viktig å ta hensyn til ved vurdering av kostnadene i 2007, men som ikke er representativt for forventede lønnskostnader fremover, og det innebærer at vekstraten bør falle tilbake i påfølgende år.

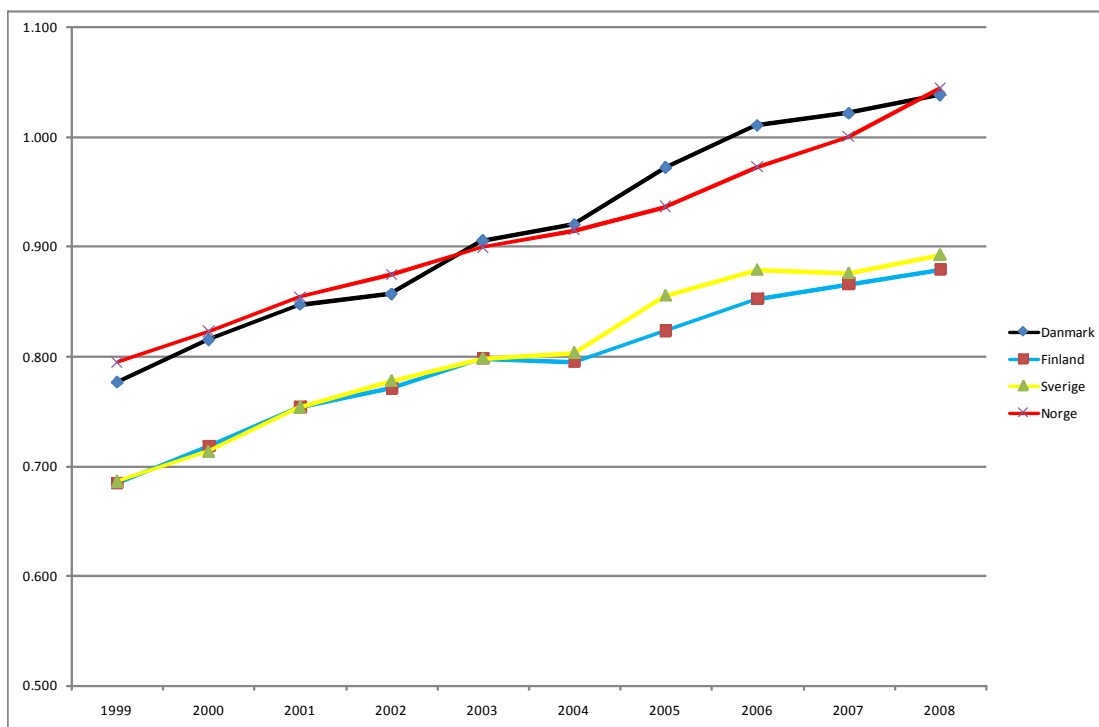
Den viktigste delen av kostnadsdeflatoren er lønnskostnadsdeflatoren, gjengitt i annen del av tabell 4.1. Her ser en helt tydelig effekten av pensjonsrevurderingene i Norge i 2007 med en vekst på hele 12,8 prosent. Nedgangen i danske lønnskostnader fra 2005 til 2006 kommer av en kraftig nedgang i tilleggene som betales til helsepersonell, i særlig grad for sykepleiere.

Siste del av tabell 4.1 gjengir OECDs GDP-PPP for årene 2005-2007, renormert til 100 prosent i året 2007 i Norge. Dette er samme deflator som brukes til å sammenligne helseutgifter i OECDs System of Health Accounts (SHA). GDP-PPP er lett tilgjengelig fra OECDs nettsider, og er i figur 4.2 gjengitt for hele perioden 1999-2007. Figuren viser at Sverige og Finland utgjorde en gruppe med svært lik PPP-utvikling, mens Danmark og Norge utgjorde en annen gruppe. En sammenligning med figur 4.1 viser at veksten i PPP dessuten var mye lavere enn veksten i kostnadsdeflatoren (som også omfatter lønnskostnader) for alle landene, noe som skyldes produktivitetsfremgang og laver prisvekst på import. Viktigst i vår sammenheng er likevel at forskjellen mellom landene er mye større i kostnadsdeflatoren enn i PPP, noe som også har sammenheng med at sykehusproduksjon er arbeidsintensiv. Hvis

vår beregnede kostnadsdeflator gir et riktigere bilde for kostnadsutviklingen også for helsesektoren som helhet enn PPP gjør, vil en konsekvens være at de OECD tallene som er gjengitt i kapittel 2 og SHA-beregningene overdriver både de reelle vekstene og de store forskjellene i realressursbruk til helse.

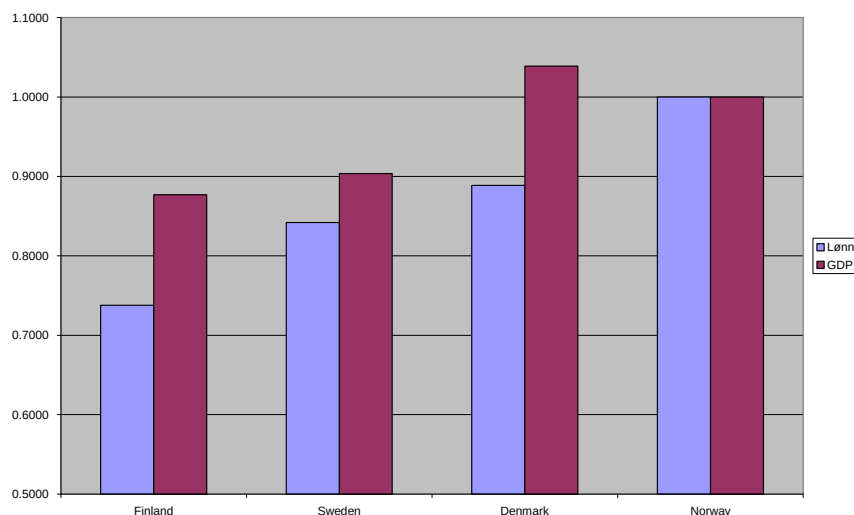


Figur 4.1 Kostnadsdeflator 2005-2007 kjedet med deflator 1999-2004 brukt i Kittelsen et al. (2007)



Figur 4.2 Deflator for andre innsatsfaktorer (GDP-PPP) 1999-2008. Kilde OECD/Eurostat.

Det framgår av tabell 4.1 at det er betydelig større prisforskjeller mellom de nordiske landene når det gjelder helse enn for GDP-PPP (eg. forskjeller i lønnskostnader). Dette er illustrert i figur 4.3, hvor i har sammenholdt prisnivået målt ved GDP-PPP og vår lønnsdeflator for året 2006.



Figur 4.3 Forskjellen i prisnivå mellom de nordiske landene basert på lønnskostnader og BNP deflator.

Det er ikke mulig å konkludere rundt lønnsforskjeller uten en nærmere gjennomgang av forskjeller i lønn etter skatt. De relativt betydelige forskjellene indikerer imidlertid at det kan være grunnlag å se nærmere på lønnsforskjeller som en faktor som kan forklare de betydelige forskjellene i OECD rapporterte utgifter til helsetjenester.

4.4 Personellgruppenes sammensetning og avlønning

Det har ikke lyktes å få data på institusjonsnivå for personellsammensetningen i de ulike landene. Det nærmeste vi kommer er en oversikt over antallet som utgjør grunnlaget for beregningene av lønningene i de ulike yrkesgruppene. Her er imidlertid problemet at statistikken har ulikt omfang. Den største forskjellen er at mens svenske og danske tall er tilgjengelige som heltidsekivalente, er de finske tallene kun som heltidsansatte. Norske tall er tilgjengelig i begge definisjoner, og kan illustrere forskjellene som drives av forekomsten av deltidsarbeid i de ulike yrkesgruppene. Mens leger utgjør ca 20 prosent av de heltidsansatte i disse kategoriene i Norge er de kun 11 prosent av månedsverkene målt som heltidsekivalente. Vi har heller ikke kontroll på om materialet er totaltelling i de ulike landene, eller om det av ulike grunner er færre i statistikkgrunnlaget enn det antallet som statistikken er ment å representere. Endelig omfatter tallene for Sverige og Danmark også andre ansatte i landstingssektoren/regionene enn de som arbeider på sykehus. Selv om de aller fleste i de aktuelle yrkesgruppene arbeider på sykehus, vil det lett oppstå feilkilder.

Problemene med statistikkgrunnlagets omfang antas å ha mindre betydning for beregningene av gjennomsnittslønninger og lønnskostnader i hver kategori, men gjør dem lite representative for selve sammensetningen av personell i sykehusene. Kun for Norge er vi rimelig sikre på representativiteten for sammensetningen, og som uttrykk for kvantum i Norge i 2007 er siste kolonne i tabellen brukt som vektene i lønnsindeksen. Tall for de andre landene bør dog brukes med varsomhet.

Tabell 4.2 Sammensetning av personellgruppene i statistikkgrunnlaget for lønnsdeflatoren. HA= Heltidsansatte, HE= Heltidsekvivalente, dvs. med deltidsansatte omregnet til heltid

	Finland	Sverige	Danmark	Norge	Norge
Type	FT	FTE	FTE	FT	FTE
År	2006	2007	2007	2007	2007
Sektor	Sykehus	Landsting	Regioner	Sykehus	Sykehus
Leger	13 %	14 %	17 %	20 %	11 %
Sykepleiere og spesialsykepleiere	61 %	35 %	44 %	41 %	47 %
Psykologer	2 %	2 %	1 %	4 %	2 %
Bioingeniører	n.a.	3 %	6 %	6 %	5 %
Radiografer og audiografer	3 %	2 %	1 %	4 %	3 %
Fysioterapeuter, ergoterapeuter	2 %	5 %	4 %	3 %	3 %
Sosionomer, barnevernspedagoger	1 %	2 %	1 %	2 %	2 %
Sekretærer og Legesekretærer	6 %	8 %	10 %	9 %	8 %
Hjelpepleiere	12 %	28 %	15 %	10 %	20 %
Antall i tellingen	40 953	175 960	75 064	43 534	89 759

Selv med de forbehold som er tatt om statistikkgrunnlaget, er det langt mindre grunn til å forvente store feilkilder for selve lønnsnivået i hver kategori. Forskjeller i lønnsnivå mellom land reflekterer imidlertid ulike forhold. For det første vil avtaleverket kunne variere mht hva som inngår i grunnlønn, hva som kommer som tillegg og hva som evt kommer som overtidsbetaling. For det andre vil det være forskjeller mellom land hvordan sosiale kostnader og pensjoner finansieres. For det tredje vil lønnsnivået for ansatte også avhenge av skattetrykk. For en ansatt er det lønn etter skatt (kombinert med hva som evt framstår som "gratis" fordi det allerede er finansiert gjennom betalt skatt) som er den relevante størrelsen. Alt dette gjør at det er vanskelig å vurdere forskjeller i grunnlønn eller månedsfortjeneste mellom landene. Tabell 4.3 illustrerer dette gjennom å vise tillegg i prosent av grunnlønn og sosiale kostnader og pensjon i prosent av månedsfortjeneste.

Tabell 4.3 Omfanget av tillegg og sosiale kostnader i snitt over alle ansatte i hvert land og år. Lønnskostnader = månedsfortjeneste+sosiale kostnader og pensjoner. Månedsfortjeneste=grunnlønn+tillegg. Overtidstillegg er ikke inkludert.

	Tillegg i prosent av grunnlønn			Sosiale kostnader og pensjon i prosent av månedsfortjeneste		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Finland	8 %	10 %	10 %	25 %	25 %	25 %
Sverige	7 %	6 %	6 %	44 %	44 %	45 %
Danmark	31 %	22 %	24 %	11 %	12 %	13 %
Norge	16 %	17 %	16 %	27 %	28 %	35 %

Det er allikevel nyttig å vurdere forskjeller mellom landene i lønnskostnader etter yrkesgruppe. Vi velger her å benytte tall fra 2006, for å unngå de problemene endringen i

pensjonskostnader i 2007 skaper for sammenliknbarheten. Tabell 4.4. viser lønnsnivå i de Nordiske landene relativt til Norge, etter yrkesgruppe og samlet slik det framgår fra tabell 4.1.

Tabell 4.4 Relative lønnskostnader i 2006 innen hver yrkeskategori på tvers av land.

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Leger	88 %	87 %	81 %	100 %
Sykepleiere og spesialsykepleiere	70 %	83 %	88 %	100 %
Psykologer	65 %	83 %	92 %	100 %
Bioingeniører	n.a.	82 %	90 %	100 %
Radiografer og audiografer	70 %	88 %	92 %	100 %
Fysioterapeuter, ergoterapeuter	64 %	84 %	91 %	100 %
Sosionomer, barnevernspedagoger	72 %	88 %	96 %	100 %
Sekretærer og Legesekretærer	72 %	84 %	99 %	100 %
Hjelpepleiere	70 %	84 %	96 %	100 %
Samlet (lønnskostnadsdeflator)	74 %	84 %	89 %	100 %

Lønnskostnadene er høyest i Norge for alle yrkeskategorier. Vi merker oss at mens lønnskostnadene i Finland gjennomgående er lavest for de fleste yrkesgrupper er de forholdsvis høye for legene. Tilsvarende merker vi oss at lønnskostnadene for leger i Danmark er lavere i forhold til Norge enn for de andre yrkesgruppene. I tabell 4.5. forfølges dette videre; her beregnes lønnskostnadene for de enkelte yrkesgrupper relativt til lønnskostnadene for leger. Her får vi derfor ikke tolkningsproblemer knyttet til ulik omfang og innhold i sosiale kostnader og pensjonskostnader. Disse tallene uttrykker (tilnærmet) den relative verdsettingen av de ulike yrkesgruppene i de fire Nordiske landene.

Tabell 4.5 Relative lønnskostnader i 2006 innen hvert land på tvers av yrkeskategorier.

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Leger	100 %	100 %	100 %	100 %
Sykepleiere og spesialsykepleiere	42 %	50 %	56 %	56 %
Psykologer	47 %	57 %	69 %	65 %
Bioingeniører	n.a.	45 %	53 %	51 %
Radiografer og audiografer	38 %	49 %	55 %	51 %
Fysioterapeuter, ergoterapeuter	34 %	45 %	52 %	50 %
Sosionomer, barnevernspedagoger	41 %	50 %	56 %	52 %
Sekretærer og Legesekretærer	32 %	38 %	48 %	41 %
Hjelpepleiere	35 %	39 %	50 %	44 %

Med de forbehold som tidligere er gjort om disse dataene kan vi gjøre følgende betraktninger fra denne tabellen:

- Finske *leger* har et lønnsnivå som ligger betydelig over andre yrkesgrupper i helsesektoren.
- Danmark har mindre lønnsforskjeller enn de andre nordiske landene. Særlig gir dette seg utslag i et (relativt til legene) høyere lønnsnivå for merkantilt personale og hjelpepleiere. Også høyskoleutdannet personell har imidlertid et lønnsnivå som avviker mindre fra legene i Danmark enn i de andre nordiske landene.
- Lønnsnivået for psykologer (relativt til leger) varierer kraftig mellom landene, med Norge og Danmark som høyest.

4.5 Kort om kapitalkostnader

En sammenlikning av kapitalkostnader er interessant fordi det sier noe om den samlede kapasiteten og om forholdet mellom bruk av arbeidskraft og kapital. Det har dessverre ikke vært mulig å hente ut sammenliknbare tall for bruken av kapital mellom de fire nordiske landene. Fra Danmark har det ikke vært mulig å identifisere kapitalkostnader. Fra Sverige har vi opplysninger om samlede avskrivninger på lænsnivå, men disse er så lave i forhold til Norske og Finske tall at det må antas å være vesensforskjeller i hvordan kapitalkostnader regnskapsføres mellom Sverige og de andre landene. Fra Finland og Norge er kostnadene i utgangspunktet sammenliknbare. I Finland praktiseres imidlertid en modell hvor kommunene kun fører avskrivninger på "egenfinansiert" kapital. Det betyr at statsbidrag ikke regnes med i avskrivningsgrunnlaget. Vi har på denne bakgrunn ikke funnet det formålstjenlig å presentere tall for kapitalbruk for de fire Nordiske landene.

4.6 Forskjeller i ressursinnsats i realstørrelser

Selv med avgrensningen av analysene til å omfatte kun *sykehus*, er det ikke uten videre enkelt å sammenlikne mellom landene. Det har for det første sammenheng med hvilke typer produsenter som er inkludert i tilgjengelige data. Produsentene av spesialisthelsetjenester kan grovt sett deles inn i følgende kategorier:

- A. Offentlige sykehus
- B. Private sykehus med hel eller delvis offentlig finansiering
- C. Spesialister med egen privat praksis (helt eller delvis offentlig finansiert)
- D. Helsesentra med delvis spesialisttjenester integrert med primærhelsetjenester

Svenske data inneholder länenes utgifter til produsenttypene A, B og C. Finske kostnadsdata omfatter kategori A og D, men Health Centres som inngår er kun de som i realiteten er små sykehus. Danske data inneholder utgifter for kategori A.

Dernest kan det være forskjell i hvilke kostnadsarter som er inkludert i datamaterialet. I svenske og finske data er kostnader ved forskning og undervisning holdt utenfor, mens i danske data er dette inkludert. Når det gjelder kapitalkostnader i form av avskrivninger, er dette inkludert i finske og svenske data, men ikke i danske data.

Selv om de finske, svenske og danske datasettene er ulike, og følgelig vanskelig lar seg sammenlikne, er det mulig å tilpasse norske data til hvert land hver for seg, og på den måten forsøke å sammenlikne kostnader til "sammenliknbare deler av spesialisthelsetjenesten". Det er denne tilnærmingen vi har valgt her, noe som innebærer at kostnadsbegrepene er ulikt definert for hvert av de tre landene. Norge sammenliknes først med Sverige, deretter med Finland og tilslutt med Danmark. Hvordan kostnader er definert er det gjort nærmere rede nedenfor.

Sammenlikning Sverige og Norge og definisjon kostnader (I)

Kostnader (I) uttrykker de utgifter som hhv l n og regionale helseforetak har til avgrensede deler av spesialisthelsetjenesten til egen befolkning, inkludert egenandeler. Dette dekker utgifter knyttet til egne sykehus/helseforetak, virksomhet ved private sykehus og private spesialister finansiert av lån/helseforetak.

Det er verdt å merke seg følgende:

- Egenandeler er inkludert for å korrigere for eventuelle forskjeller i egenandelspraksis mellom landene.
- Legemiddelutgifter er tilsvarende holdt *utenfor* for å korrigere for eventuelle forskjeller i finansieringspraksis. I utgangspunktet var det ønskelig å inkludere disse kostnadene, men det forutsatte at også medikamentkostnader ved poliklinikkene var inkludert. Disse kan identifiseres i Sverige, men ikke i Norge.
- Kapitalkostnader er holdt utenfor, men husleieutgifter er inkludert.
- Utgifter til forskning og undervisning er holdt utenfor.
- Rehabilitering *utenfor* sykehus er ikke inkludert (kommunalt ansvar i Sverige).

Kostnader (I) har en *befolkningstiln rming*. For en mer detaljert beskrivelse viser vi til appendix til dette kapittelet.

Tabell 4.6 viser kostnad per innbygger for somatisk virksomhet og psykisk helsevern samlet. Vi presenterer først kostnad per innbygger omgjort til norske kroner (løpende priser), og dernest de samme tallene korrigert med kostnadsdeflatoren fra tabell 4.1. I tabell presenteres separate deflaterte tall for somatikk og psykisk helsevern.

Tabell 4.6 Sammenlikning Sverige og Norge, sum somatikk og psykisk helsevern. Utgifter som hhv l n og regionale helseforetak har til avgrensede deler av spesialisthelsetjenesten - til egen befolkning, inkludert egenandeler.

	Kostnader per innb/NOK			Relativt per innb/Norge=100		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Kostnader ekskl. kapital – løpende						
Sverige	9 374	9 801	10 132	75	74	71
Norge	12 461	13 198	14 222	100	100	100
Kostnader ekskl. kapital - deflatert til 2007-nivå alle år						
Sverige	11 974	12 260	12 467	85	86	88
Norge	14 039	14 331	14 222	100	100	100

Tabell 4.6 viser at norske kostnader var høyere enn svenske for årene 2005 til 2007. Nivåforskjellen reduseres betydelig fra minus 29 prosent til minus 12 prosent når tallene korrigeres med kostnadsdeflatoren. Vi ser også realkostnadene har en annen utvikling over tid enn løpende priser. Når vi korrigerer med kostnadsdeflatoren, *reduseres* det relative forholdet mellom Norge og Sverige i perioden noe som indikerer at ressursbruken i realstørrelser har økt mer i Sverige enn i Norge. Løpende tall (f r korreksjon) viser motsatt utvikling.

Tabell 4.7 Sammenlikning Sverige og Norge, somatikk og psykisk helsevern separat. Utgifter som hhv l n og regionale helseforetak har til avgrensede deler av spesialisthelsetjenesten - til egen befolkning, inkludert egenandeler.

	Kostnader per innb/ NOK			Relativt per innb/ Norge=100		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Kostnader ekskl. kapital - deflatert, 2007-nivå alle år						
Somatikk Sverige	10 078	10 352	10 506	91	91	94
Somatikk Norge	11 094	11 327	11 164	100	100	100
Kostnader ekskl. kapital – deflatert, 2007-nivå alle år						
Psykisk Sverige	1 896	1 908	1 961	64	64	64
Psykisk Norge	2 945	3 005	3 059	100	100	100

Tabell 4.7 viser at for somatikk var realveksten i Sverige større enn i Norge i perioden og i 2007 var ressursinnsatsen 6 prosent lavere enn i Norge. De relative forskjellene er vesentlig større for psykisk helsevern en for somatisk virksomhet. Forskjellene for psykisk helsevern er store, og det er grunn til å vurdere nærmere om dette gir et korrekt bilde av reelle forskjeller i ressursbruk mellom landene eller om forskjellene delvis kan forklares av "regnskapsføring" og/eller organisatoriske forskjeller. Samtidig er det viktig å huske på at Norge i disse årene (og i perioden 1999-2004) bevisst har trappet opp ressursbruken i det psykiske helsevernet i henhold til Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1998). I følge SAMDATA var real kningen 2005-2007 i psykisk helsevern i Norge på 15 prosent (Pedersen, 2008), noe som tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 4.8 prosent. Veksten 1998-2004 var på n r 18 prosent eller 2.8 prosent prosent per år. En slik langvarig s tting kan altså være med å delvis forklare et høyt norsk nivå, men samtidig ser vi at den relative forskjellen mellom landene er stabil for psykisk helsevern. Det innebærer at realveksten i Sverige var på nivå med Norge i 2005-2007.

Sammenlikning Finland og Norge og definisjon kostnader (II)

Kostnader (II) uttrykker utgifter til offentlige sykehus og den aktiviteten de selv produserer, og omfatter dermed ikke private sykehus eller private spesialister.

Det er verdt å merke seg følgende:

- Utgifter til forskning og undervisning er holdt utenfor.
- Kapitalkostnader er holdt utenfor, men husleieutgifter er inkludert ettersom husleie ikke inngår i det finske kapitalkostnadsbegrepet.
- Utgangspunktet er offentlige sykehus, men for Norge er private som opptrer som helseforetak (f  ks Diakonhjemmet og Lovisenberg) inkludert. Annen ekstern virksomhet er holdt utenfor.
- Pasientskadeerstatning er holdt utenfor fordi dette delvis vil være vilkårlige årlige utgifter.

Kostnader (II) har et *produsentperspektiv* og omfatter kostnadene for det som defineres som offentlige sykehus med utgangspunkt i den behandlingsaktivitet de har utført. For en mer detaljert beskrivelse viser vi til appendix til dette kapitlet. På samme måte som for den svenske sammenlikningen presenteres både løpende og deflaterte tall.

For psykisk helsevern er det usikkert hvorvidt det finske datamaterialet for kostnader er komplett. Vi har identifisert et antall enheter med registrert aktivitet men uten opplysninger om kostnader. For å korrigere for dette har vi valgt å beregne kostnadene ved multiplisere

antall oppholdsdøgn med gjennomsnittlig døgnkostnad det enkelte år. For kostnader somatikk og psykisk helsevern samlet, tilsvarer korreksjonen 2 prosent økning i forhold til utgangspunktet. For psykisk helsevern alene utgjør korreksjonen pluss 15 prosent. I tillegg er det ikke alle institusjoner som har data for alle år. Dette illustrerer usikkerheten knyttet til komplettethet for psykisk helsevern for Finland.

Tabell 4.8 Sammenlikning Finland og Norge, sum somatikk og psykisk helsevern. Utgifter til offentlige sykehus, omfatter dermed ikke private sykehus eller private spesialister.

	Kostnader per innb/ NOK			Relativt per innb/ Norge=100		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Kostnader ekskl. kapital – løpende						
Finland	5 874	6 149	6 394	48	49	47
Norge	12 233	12 558	13 693	100	100	100
Kostnader ekskl. kapital – deflatert, 2007-nivå alle år						
Finland	8 304	8 430	8 508	60	62	62
Norge	13 782	13 637	13 693	100	100	100

Tabell 4.8 viser at norske kostnader også var vesentlig høyere enn finske for årene 2005 til 2007. Igjen ser vi at nivåforskjellen reduseres fra løpende til deflaterte tall, men realkostnadene var i 2007 fremdeles 38 prosent lavere i Finland enn i Norge. Og vi ser at også sammenliknet med Finland ble den relative forskjellen redusert fra 2005 til 2007, noe som indikerer ressursbruken i realstørrelser økte mer i Finland enn i Norge.

Tabell 4.9 Sammenlikning Finland og Norge, somatikk og psykisk helsevern separat. Utgifter til offentlige sykehus, omfatter dermed ikke private sykehus eller private spesialister.

		Kostnader per innb/ NOK			Relativt per innb/Norge=100		
		2005	2006	2007	2005	2006	2007
Kostnader ekskl. kapital – deflatert, 2007-nivå alle år							
Somatikk	Finland	6 713	6 854	6 960	61	64	65
Somatikk	Norge	10 916	10 721	10 715	100	100	100
Kostnader ekskl. kapital – deflatert, 2007-nivå alle år							
Psykiatri	Finland	1 576	1 576	1 548	55	54	52
Psykiatri	Norge	2 866	2 916	2 978	100	100	100

Norges utgifter til offentlige sykehus per innbygger lå altså på et vesentlig høyere nivå enn i Finland, og som for Sverige, viser tabell 4.9 at de relative forskjellene er størst for psykisk helsevern. I 2007 var de finske realkostnadene nær halvparten av de norske. To faktorer bør tas i betraktning ved tolkning av tallene. For det første kan det være forskjeller i omfang av private sykehus og privat praksis delvis eller helt finansiert av offentlige midler. Dersom omfanget er relativt sett større i Finland enn i Norge kan det være en relevant faktor ift forskjellene. Den andre faktoren er omfanget av spesialisert behandling som foregår i regi av health centres i Finland, og som i Norge foregår i offentlige sykehus. Omfanget av spesialisttjenester ved finske health centres er spesielt viktig i forhold til psykisk helsevern. De finske tallene inneholder tall fra enkelte health centres, og som nevnt over det usikkert om tallene for psykisk helsevern er komplette. Vi kan ikke tallfeste betydningen av disse to

faktorene. Derne er det igjen viktig å huske på at Norge i disse årene bevisst trappet opp ressursbruken i det psykiske helsevernet i henhold til opptrappingsplanen. Jf. kommentarene ovenfor av sammenlikningen med Sverige, kan en stabil norsk realvekst fra 1998 delvis forklare et høyere norsk nivå enn Finland. Vi ser at den relative forskjellen økte for psykisk helsevern, men for somatikk ble den relative forskjellen redusert.

Usikkerhet knyttet til komplett, gjør at disse tallene skal tolkes med forsiktighet. Det er usikkert hvor treffsikre beregnet *nivå* er, men vi kan slå fast at det var betydelige forskjeller mellom Finland og Norge i relativ ressursbruk i offentlige sykehus, og da særskilt for psykisk helsevern.

Sammenlikning Danmark og Norge og definisjon kostnader (III)

Kostnader (III) uttrykker utgifter offentlige sykehus har til den aktiviteten som de selv produserer og omfatter dermed ikke private sykehus eller private spesialister.

Det er verdt å merke seg følgende:

- Utgifter til forskning og undervisning er *inkludert*.
- Kapitalkostnader er holdt utenfor, mens husleieutgifter er inkludert
- Utgangspunktet er offentlige sykehus, men for Norge er private som opptre som helseforetak (f eks Diakonhjemmet og Lovisenberg) inkludert. Annen ekstern virksomhet er holdt utenfor.
- Pasientskadeerstatning er holdt utenfor fordi dette delvis vil være vilkårlige årlige utgifter.

Kostnader (III) har også et *produsentperspektiv* og omfatter kostnadene for det som defineres som offentlige sykehus med utgangspunkt i den behandlingsaktivitet de har utført. For en mer detaljert beskrivelse viser vi til appendix til dette kapitlet. På samme måte som for før presenteres både løpende og deflaterte tall.

Tabell 4.10 Sammenlikning Danmark og Norge, sum somatikk og psykisk helsevern. Utgifter til offentlige sykehus, omfatter dermed ikke private sykehus eller private spesialister.

	Kostnader per innb/ NOK			Relativt per innb/ Norge=100		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Kostnader ekskl. kapital – løpende						
Danmark	9 039	9 380	10 131	74	73	72
Norge	12 233	12 862	13 981	100	100	100
Kostnader ekskl. kapital – deflatert, 2007-nivå alle år						
Danmark	10 443	10 700	11 274	76	77	81
Norge	13 782	13 963	13 981	100	100	100

Tabell 4.10 viser at norske kostnader var vesentlig høyere enn også danske kostnader for årene 2005 til 2007. Igjen ser vi at nivåforskjellen reduseres fra løpende til deflaterte tall, og i 2007 var realkostnadene 19 prosent lavere i Danmark enn i Norge. Også her ser vi at den relative forskjellen ble redusert fra 2005 til 2007.

Tabell 4.11 viser at også sammenliknet med Danmark var de relative forskjellene store for psykisk helsevern. I 2007 var de danske realkostnadene 60 prosent lavere enn de norske, noe som er en svært stor forskjell. Tre faktorer bør tas i betraktning ved tolkning av tallene. For det første kan noe av forskjellene tenkes å være av "regnskapsteknisk" art. Derne kan det være at grenselinjen mellom kommunalt ansvar og regionenes ansvar i praksis er

annerledes i Danmark enn i Norge. Den tredje faktorene er omfanget av private sykehus og privat praksis med helt eller delvis offentlig finansiering. Et relativt sett høyere omfang i Danmark enn i Norge kan være en relevant faktor i forhold til forskjellene, men da kanskje spesielt for somatisk virksomhet. Vi har ikke hatt mulighet for å tallfeste betydningen av disse faktorene. Og igjen er det viktig å huske på at Norge i disse årene bevisst trappet opp ressursbruken i det psykiske helsevernet i henhold til opptrappingsplanen. I motsetning til sammenlikningen med Sverige og Finland ser vi at den relative forskjellen ble redusert for psykisk helsevern med bruk av kostnadsdeflatoren; på samme måte som for somatikk. Det indikerer at realveksten i psykisk helsevern var høyere i Danmark enn i Norge i denne perioden.

Tabell 4.11 Sammenlikning Danmark og Norge, somatikk og psykisk helsevern separat. Utgifter til offentlige sykehus, omfatter dermed ikke private sykehus eller private spesialister.

		Kostnader per innb/NOK			Relativt per innb/Norge=200		
		2005	2006	2007	2005	2006	2007
Kostnader ekskl. kapital – deflatert, 2007-nivå alle år							
Somatikk	Danmark	9 409	9 691	10 082	86	88	92
Somatikk	Norge	10 916	11 028	10 988	100	100	100
Kostnader ekskl. kapital – deflatert, 2007-nivå alle år							
Psykiatri	Danmark	1 034	1 009	1 192	36	34	40
Psykiatri	Norge	2 866	2 935	2 994	100	100	100

Tallene gir likevel et klart inntrykk av at ressursbruken i offentlige sykehus til psykisk helsevern var spesielt høyt i Norge sammenliknet med Danmark. Det er grunn til å undersøke nærmere hvor store forskjeller det reelt sett er, og om det f eks er mulig å observere forskjeller med *motsatt* fortegn på kommunalt nivå. Ut fra dette er det grunn til å tolke tallene med forsiktighet. Det er usikkert hvor treffsikre beregnet *nivå* er, men vi kan slå fast at det var betydelige forskjeller mellom Danmark og Norge i relativ ressursbruk i offentlige sykehus til psykisk helsevern.

Oppsummering - og viser OECD-tall samme mønster?

Gjennomgangen av de data vi har hatt tilgang til viser tydelig at å sammenlikne selv relativt sett like land som de skandinaviske, er komplisert. Dette illustreres tydelig av at vi har måttet ty til ulike kostnadsdefinisjoner for ulike land, og en samlet fremstilling av relative forskjeller basert på samme definisjon har følgelig ikke vært mulig. Vi vil likevel fremholde at rangering, og til en viss grad nivå, kan brukes for å reflektere over *omfanget* av norsk spesialisthelsetjeneste. Norge rangerer høyere enn alle de tre andre landene i denne sammenlikningen. Mht nivå ligger vi vesentlig høyere enn Finland, en del over Danmark og svakt høyere enn Sverige.

Stemmer dette inntrykket med hva som tidligere er publisert i OECD-sammenheng? SHA-tallene gir kan brukes til å sammenlikne med våre tall for somatisk virksomhet og psykisk helsevern *samlet*. Og tabellen nedenfor viser at de relative forskjellene vi finner i SHA-tallene, i relativt stor grad sammenfaller med vår beskrivelse ovenfor.

I tabell 4.12 har vi gjengitt OECD-tall for hele SHA-området, og da med to helsedefinisjoner. Helse (I) inkluderer "Services of long-term nursing", "Ancillary services to health care", "Medical goods dispensed to outpatients", "Prevention an public health" og " Health administration and health" pluss "Services of curative and rehabilitative care". Helse (II) inneholder *kun* den siste kategorien. Forskjellen er med andre at i helse (II) er alle utgifter til bla. pleie og omsorg og rehabilitering holdt utenfor. Utgifter til primærleger er imidlertid

inkludert. Tabell 4.12 viser relative tall for 2005 korrigert med GDP-PPP, men også korrigert med kostnadsdeflatoren i tabell4.1.

Tabellen viser for det første at de relative forskjellene mellom Norge og de andre landene er vesentlig når vi ser på helse (II) sammenliknet med helse (I). Som et eksempel er Finland på henholdsvis 68 prosent og 60 prosent av norsk nivå. Derne ser vi at de relative forskjellene reduseres ytterligere om bruker kostnadsdeflatoren i stedet for OECDs kjøpekraftskorrigerte GDP-indeks (for Finland fra 68 prosent til 74 prosent av norsk nivå). Det indikerer for det første at bruk av GDP-deflatoren fører til at forskjellene fra Norge overvurderes. For det andre viser SHA-tallene for helse (II) lik rangering, mens den relative forskjellen til de andre er noe mindre enn det vi fant i datamaterialet spesielt innhentet for dette prosjektet.

Tabell 4.12 OECD-tall (SHA) for de fire Nordiske landene, 2005. Nivå tall korrigert med GDB-PPP-deflator (SHA), US \$ omregnet til NOK (Kurs=6.00). Relativ sammenlikning med GDP-PPP korreksjon og med kostnadsdeflator.

	Utgifter per innb helse (I)	Utgifter per innb helse (II)	Relativt nivå (N=100) helse (I)	Relativt nivå (N=100) helse (II)	Relativt nivå (N=100) helse (I)	Relativt nivå (N=100) helse (II)
	<i>GDP-PPP</i>	<i>GDP-PPP</i>	<i>GDP-PPP</i>	<i>GDP-PPP</i>	<i>Kostnadsdeflator</i>	<i>Kostnadsdeflator</i>
Finland	14 520	8 298	60	68	66	74
Sverige	17 268	11 166	71	91	74	94
Danmark	18 240	10 524	75	86	80	91
Norge	24 330	12 246	100	100	100	100

Hovedinntrykket som fremkommer i dette kapitler er med andre ord at

- Norsk ressursbruk til store deler av det vi definerer som spesialisthelsetjeneste, er på et høyere nivå enn Finland, Sverige og Danmark.
- Norge ligger vesentlig høyere enn Finland, en del over Danmark og svakt høyere enn Sverige.
- De relative forskjellene er spesielt store for psykisk helsevern, noe som gir grunn til å få foreta videre undersøkelser. Det er imidlertid grunn til å minne om at det norske nivået i stor grad er resultat av en villet utvikling i tråd med Opptappingsplanen for psykisk helse.

Appendix til kapittel 4:

Definisjoner av kostnader I, II og III:

For sammenlikning med hhv Sverige, Finland og Danmark.

Sammenlikning Sverige – Norge, kostnader (I)

For Sverige er kostnader definert slik:

Nettokostnader spesialisert somatisk og/eller psykiatrisk vård (tabell E42/E46)

+ patientavgifter (tabell E41/E45)

- läkemedel (E30)

- nedskrivning och avskrivning (E40/E44)

= Kostnader (I)

Kodene i parentes referer til tabellnummer i "Statistikk om hälsa och sjukvård samt regional utveckling" 2005/2006/2007 fra Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Dette dekker länenes utgifter (korrigert for interne inntekter og andre inntekter knyttet til salg av tjenester) pluss pasientenes finansieringsbidrag (egenbetaling), men eksklusiv legemiddelutgifter for sykehusenes vedkommende.

For Norge er tilsvarende kostnader definert som

Totale driftsutgifter (korrigert for gjestepasienter og internt salg)

- tilskudd til forskning og kompetansesentra

- andre inntekter

- kostnader til medikamenter

- utgifter til private opptreningsinstitusjoner

- kapitalkostnader

= Kostnader (I)

Det er verdt å merke seg følgende:

- Egenandeler er inkludert for å korrigere for eventuelle forskjeller i egenandelspraksis mellom landene. I Norge er egenandelsfinansiert produksjon inkludert i de totale driftsutgifter.
- Legemiddelutgifter er tilsvarende holdt *utenfor* for å korrigere for eventuelle forskjeller i finansieringspraksis. I utgangspunktet var det ønskelig å inkludere disse kostnadene, men det forutsatte at også medikamentkostnader ved poliklinikkene var inkludert. Disse kan identifiseres i Sverige, men ikke i Norge.
- Kapitalkostnader er holdt utenfor, men husleieutgifter er inkludert. Utgifter til forskning og undervisning er holdt utenfor.
- Rehabilitering *utenfor* sykehus er ikke inkludert (kommunalt ansvar i Sverige).

Kostnader (I) har en *befolkningstilnærming*.

Sammenlikning Finland – Norge, kostnader (II)

For Finland er kostnadene definert som

"Operating costs"

- "Capital costs"

= Kostnader (II)

Norske kostnader er definert som

Totale driftsutgifter (korrigert for gjestepasienter og internt salg)

- tilskudd til forskning og kompetansesentra

- netto ekstern virksomhet

- andre inntekter

- kapitalkostnader

- pasientskadeerstatning

= Kostnader (II)

Det er verdt å merke seg følgende:

- Utgifter til forskning og undervisning er holdt utenfor.
- Kapitalkostnader er holdt utenfor, men husleieutgifter er inkludert ettersom husleie ikke inngår i det finske kapitalkostnadsbegrepet.
- Utgangspunktet er offentlige sykehus, men for Norge er private som opptrer som helseforetak (f.eks. Diakonhjemmet og Lovisenberg) inkludert. Annen ekstern virksomhet er holdt utenfor.
- Pasientskadeerstatning er holdt utenfor fordi dette delvis vil være vilkårlige årlige utgifter.

Kostnader (II) har et *produsentperspektiv* og omfatter kostnadene for det som defineres som offentlige sykehus med utgangspunkt i den behandlingsaktivitet de har utført.

Sammenlikning Danmark – Norge, kostnader (III)

For Danmark er kostnadene definert som

Sykehusenes nettoutgifter

+ fællesutgifter fra regionen

- utgifter til annet enn pasientbehandling

- utgifter til lægeydelser og ydelser til fremmede

= Kostnader (III)

Norske kostnader er definert som

Totale driftsutgifter (korrigert for gjestepasienter og internt salg)

- netto ekstern virksomhet
- andre inntekter
- kapitalkostnader
- pasientskadeerstatning
- = Kostnader (III)

Det er verdt å merke seg følgende:

- Utgifter til forskning og undervisning er *inkludert*.
- Kapitalkostnader er holdt utenfor, mens husleieutgifter er inkludert
- Utgangspunktet er offentlige sykehus, men for Norge er private som opptrer som helseforetak (f eks Diakonhjemmet og Lovisenberg) inkludert. Annen ekstern virksomhet er holdt utenfor.
- Pasientskadeerstatning er holdt utenfor fordi dette delvis vil være vilkårlige årlige utgifter.

Kostnader (III) har også et *produsentperspektiv* og omfatter kostnadene for det som defineres som offentlige sykehus med utgangspunkt i den behandlingsaktivitet de har utført.

5 Forskjeller i produktivitet og produktivitetsutvikling

5.1 Innledning og problemstilling

Tidligere sammenlikninger av produktivitet i de nordiske landene har vist forskjeller i nivå mellom Norge og Finland (Linna et al, 2006), og forskjeller i utvikling over tid (Kittelsen et al, 2008). Analysene av nivåforskjeller var basert på data fra 1999 og antydte et klart høyere produktivitetsnivå i Finland. Analysene skilte imidlertid i mindre grad mellom forskjeller som skyldes forskjeller i lønns- og prisnivå og forskjeller som skyldes forskjeller i bruk av innsatsfaktorer. Analysene av utvikling i produktivitet ble gjennomført som en del av evalueringen av den norske sykehusreformen, og viste at denne hadde en positiv effekt på produktivitetsnivået i størrelsesorden 4-5 prosent. Disse analysene, som dekker perioden 1999-2004, viser også at nivået i Norge i hele denne perioden ligger godt under Finland, men noe over Sverige. Det er imidlertid noe usikkerhet knyttet til deflateringen av kostnader og sammenlignbarheten av tjenestemålene som gjør at disse forskjellene i nivå skal tolkes med varsomhet.

I dette kapitlet utvides perspektivet fra Kittelsen et al (2008), ved at det også inkluderes analyser av utviklingen innen psykisk helsevern. I tillegg oppdateres analysene for somatiske sykehus til å gjelde perioden 2005-2007. Det er også lagt mye arbeid i å lage et datagrunnlag som gjør det mulig å trekke sikrere konklusjoner om forskjeller i nivå mellom de fire Nordiske landene. Analysene gjennomføres i to steg; først beregnes sykehus-spesifikke mål for produktivitet som grunnlag for nasjonale gjennomsnittstall. Derneft søkes disse belyst gjennom en analyse av forholdet mellom målt produktivitet og strukturelle og økonomiske forhold i de fire landene. Det er forholdet mellom målt aktivitet (ikke identisk med helseforbedring) og målte kostnader (ikke identisk med medgåtte ressurser) som er vårt produktivitetsbegrep, og det må understrekes at produktivitetsmålene aldri er bedre enn de dataene som ligger til grunn for analysene.

Som diskutert i tidligere kapittel er det på en del områder vanskelig eller ikke mulig å sammenligne aktivitet og/eller ressursbruk mellom de nordiske landene. Når en skal se på produktiviteten til enkeltsykehus eller andre enheter, er det viktig å ha sammenliknbare tall for disse enhetene, men ikke nødvendigvis dekke hele spesialisthelsetjenestene. For eksempel er det mindre problematisk å utelate private sykehus fra produktivitetsanalysene enn fra analyser av total kostnader eller totale dekningsrater. Likevel er det ikke mulig å gjennomføre analyser av rusomsorgen. For psykiatri er det foretatt en eksplorativ analyse med klare begrensninger. For det første er det vesentlige mangler ved poliklinikkdataene for Danmark og Sverige som gjør det umulig å ha disse med i analysen. For det andre er det for mange enheter i Finland ikke mulig å skille kostnader til voksenpsykiatri og til barne- og ungdomspsykiatri. Analysen er derfor gjennomført kun for Finland og Norge, og det er ikke separate analyser av voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Endelig er det i psykiatrien ikke tilgjengelige like gode mål for pasienttyngde som i somatikken, og analysen er derfor begrenset til å telle innleggelser og poliklinikkonsultasjoner.

5.2 Metode

Måling av produktivitet krever informasjon om ressursbruk (innsatsfaktorer/input) og aktivitet (tjenester/output). Flere analyser viser at empiriske produktivitetsmål kan være følsomme for operasjonalisering av input og output (se f.eks. Magnussen, 1996). I sammenlikninger mellom land kommer en ytterligere utfordring knyttet til forskjeller i lønns- og prisnivå. I de analysene som presenteres her er disse forskjellene håndtert gjennom en egenutviklet deflator (se avsnitt 4.3). Analysene av produktivitet uttrykker dermed hvor stor aktivitet man får ut av tilgjengelige ressurser og er en tilnærming til det som i fagterminologien omtales som *teknisk produktivitet*.

Begrepene effektivitet og produktivitet brukes ofte om hverandre, men i samfunnsøkonomisk teori er *produktivitet* forholdet mellom produksjon og ressursbruk. Dette kan måles i absolutt forstand, i vår modell som forholdet mellom tjenesteproduksjonen og realkostnadene, eller i relativ forstand ved sammenligning mellom ulike enheter. Begrepet *effektivitet* er derimot alltid relativt fordi det skal fange opp produktiviteten i forhold til det best mulige for det enkelte sykehuset. Gitt ulike rammebetingelser er det ikke sikkert det er mulig å oppnå samme produktivitet i for eksempel Finland og Norge, selv om sykehus begge steder kan være effektive i forhold til sine muligheter. Vi skal likevel ikke skille skarpt mellom disse begrepene i dette notatet.

Når en skal beregne forholdstallet mellom produksjon og ressursbruk og det er flere produkter og/eller ressurstyper må disse veies sammen. Økonomisk teori tilsier at en bør bruke markedspriser som vektorer der disse finnes, men i helsesektoren som i det meste av offentlig sektor ellers vil det som regel mangle priser, i hvertfall for produktene. Farrell (1957) foreslo at en i stedet for priser kunne bruke egenskaper ved teknologien. Dersom en kjenner grensen for hva som er mulig å produsere av tjenester ved en gitt ressursbruk vil avveiningen mellom ressursbruken i å for eksempel behandle inneliggende pasienter eller polikliniske konsultasjoner representere et prisforhold som kan veie sammen de ulike tjenestene. Metoden er videreutviklet av bl.a. Charnes et al. (1978) under betegnelsen Data Envelopment Analysis (DEA), og er mye brukt i offentlig sektor. Denne metoden ligger også bak de løpende analyse av sykehusenes produktivitetsutvikling som presenteres i Samdata⁵³. For å beregne konfidensintervaller for de ulike målene er det benyttet en bootstrappings-teknikk utviklet av Simar og Wilson (1998). Disse metodene gir også en korreksjon for forventningsskjevhet i anslagene på produktivitet. Det vil i alle tabeller og figurer være de forventningskorrigerte estimatene for produktivitet som rapporteres.

Teknologien eller mulighetsområdet er ikke nødvendigvis den samme i de ulike landene pga forskjellige rammebetingelser, eller i de ulike årene pga tekniske eller organisatoriske endringer. For å sammenligne produktiviteten trenger en likevel et fast referansegrunnlag, for eksempel ved å bruke teknologien fra et bestemt land og år. I denne analysen har vi benyttet en omhylling av teknologiene i alle land og år som referansegrunnlag. Hensikten er å få referansegrunnlaget så robust som mulig. Produktiviteten for hvert enkelt sykehus i hvert enkelt år regnes så ut ved DEA-metoden ved å sammenligne med produktiviteten til det felles referansegrunnlaget, og resultatet er et tall mellom null og en, der det siste innebærer full produktivitet (beste praksis).

Det er ikke her forsøkt å beregne effektivitet i forholdt til et anslag på mulighetene for det enkelte sykehus, fordi problemstillingen i oppdraget er begrenset til å sammenligne hva de ulike landene får av helsetjenester ut av sin ressursbruk. I tillegg kommer at anslag på effektivitet enten må ha urimelig sterke forutsetninger om felles teknologi/mulighetsområde i alle land og perioder, eller alternativt mulighetsområder som baseres på relativt få observasjoner i hvert land og periode.

⁵³ Se Kittelsen & Førsum (2001) for en oversikt over metoden og norske studier.

5.3 Produktivitet i somatikk

5.3.1 Innsatsfaktorer og produkter – somatikk

Datagrunnlaget for innsatsfaktorer og produkter tar utgangspunkt i samme data, med de samme definisjoner, som er benyttet i kapittel 3 og 4. Relevante data er koblet og aggregert til laveste mulige nivå det finnes på. Merk at de svenske landstingene er laveste enhet i de svenske data, og at det er gruppert til helseforetaksnivå i Norge. I Danmark og Finland er også enkelte enheter slått sammen. I tillegg til å redusere antall observasjoner medfører dette også noe vansker med å tolke størrelsen til enhetene i forhold til skalafordeler, ettersom enhetene er av ulik type.

Avsnitt 4.2 og 4.4 diskuterer og presenterer ulike kostnadstilpasninger i forhold til hvilket land Norge sammenliknes med. Til produktivitetsanalysene må definisjonene for alle enheter imidlertid være like, og det er valgt produksjonskostnader slik de fremkommer for hvert enkelt land. For Norge tilsvarer dette kostnadssammenlikningen med Finland.

Enkelte sykehus er ekskludert på grunn av at de er ekstreme outliers. Dette gjelder en dansk observasjon, tre finske observasjoner samt Sunnaas Sykehus HF. Danske DRG-er er ikke direkte sammenliknbare med de andre nordiske land på grunn av annen grupperingslogikk, men dette er tilpasset ved å justere gjennomsnittsvekten i danske grunnlagsdata til å være lik den norske gjennomsnittsvekten. I forhold til de antatte kostnadene ved produksjonen vil dette gi produkter som kan sammenliknes selv om hver enkelt del ikke kan sammenliknes.

I analysene av somatisk sektor benyttes følgende aktivitetsgrupper (produkter):

- Antall DRG-poeng døgnopphold
- Antall DRG-poeng dagopphold
- Antall polikliniske konsultasjoner

Tabell 5.1 Beskrivende statistikk for variablene i produktivitetsanalysen i somatikk.

		Finland	Sverige	Danmark	Norge	Total
Variable i produktivetsmodellen						
Kostnader i Mld NOK		1,112	4,812	1,502	1,864	1,887
S	D	1,563	5,178	1,171	1,248	2,486
DRG Døgnpasienter		22516	65262	22305	31447	29952
S	D	27834	68200	17698	18414	34427
DRG Dagpasienter		3119	18000	2626	4044	5051
S	D	4092	18207	2034	2532	8567
Antall Poliklinikkonsultasjoner		150165	369735	177479	129609	181781
S	D	170679	447609	126148	70008	212101
Variable i ettermodellen						
Poliklinikkandel		0,841	0,731	0,867	0,773	0,820
S	D	0,028	0,049	0,046	0,026	0,062
CMI døgnpasienter		1,008	1,043	1,043	1,070	1,039
S	D	0,125	0,125	0,201	0,153	0,161
CMI dagpasienter		0,427	0,287	0,443	0,450	0,420
S	D	0,056	0,024	0,080	0,064	0,082
Los-avvik		0,968	1,118	1,010	0,859	0,975
S	D	0,092	0,111	0,203	0,082	0,160
Antall observasjoner		96	40	106	75	317

Dette er en noe mer aggregert modell enn i Kittelsen et al (2008), men er valgt fordi den synes å gi en bedre tilpasning til data enn en mer disaggregert modell. Antall DRG-poeng er beregnet ved bruk av norske kostnadsvekter. Dette innebærer en forutsetning om at det relative forholdet mellom DRG-er er det samme inne hver aktivitetsgruppe i alle land. Dette er en potensiell feilkilde, men det er ikke mulig å si generelt hvordan den vil slå ut. For å ta hensyn til de sterke incentivene i det norske systemet for å kode i en DRG med høyest mulig vekt, er det foretatt en aggregering av par av DRG-er der den ene gruppen er kjennetegnet av komplikasjoner i forhold til den andre. Disse er da gitt felles vekt. Denne sammenslåingen ga i utslag i ca 2 prosentpoeng lavere gjennomsnittsproduktivitet for Norge, mens de andre landene var relativt upåvirket.

Det benyttes én innsatsfaktor; deflaterte kostnader (se avsnitt 4.3). Det betyr at kostnadene er korrigert for lønns- og prisforskjeller mellom landene. For å ta hensyn til gjeninnføringen av geografisk differensier arbeidsgiveravgift i Norge er det brukt en deflator som også er noe forskjellig mellom regionene i Norge. Som kort redegjort for i kapittel 4 er opplysningene om kapitalkostnader så pass usikre at vi har valgt å ikke inkludere kapital som en innsatsfaktor. Konsekvensene av dette diskuteres kort under. Variablene som inngår i produksjonsmodellen er vist i tabell 5.1.

5.3.2 Resultater – somatikk

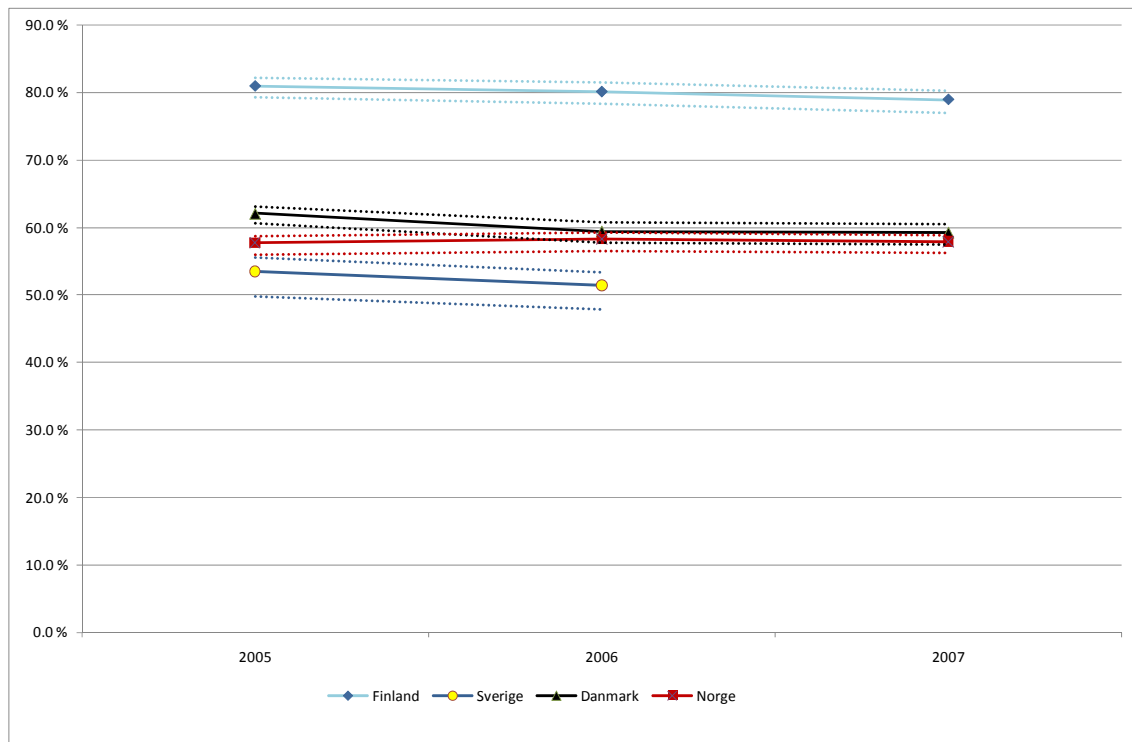
Tabell 5.2 viser målt gjennomsnittsproduktivitet for de fire landene og for de fire RHF-ene i Norge. Beste praksis tilsvarende et nivå på 100, og tolkningen er dermed gjennomsnittlig produktivitet i hvert land/region i forhold til beste observerte praksis. Tabellen gir også 95 prosent konfidensintervall for produktivitetsanslagene. Analysene viser at det er betydelige variasjoner mellom landene, hvor Finland har det høyeste nivået og Sverige det laveste. Det er verdt å minne om at resultatene for Danmark er mer usikre pga forskjellene i normeringen av DRG-poengene og fordi kostnadene ved forskning og utdanning ikke har vært mulig å skille ut. Vi merker oss også at det er et fallende nivå i alle landene i den treårsperioden analysene omfatter, unntatt i Norge som i snitt har et uendret nivå. Nedgangen fra år til år er kun signifikant i enkelte år for Finland og Danmark. For Sverige er nedgangen helt på grensen. Utviklingen som kan sees fra tabell 5.2 framkommer noe tydeligere i figur 5.1. Her ser vi også at forskjellen mellom Norge og Danmark ikke er signifikant.

Tabell 5.2 Forventningskorrigert (bootstrappet) produktivitet i somatikk i prosent, etter land, RHF og år. 95-prosents konfidensintervall i parentes.

	2005			2006		2007	
Finland	81,0	(79,3 - 82,2)	80,1	(78,3 - 81,4)	78,9	(77,0 - 80,3)	
Sverige	53,5	(49,8 - 55,5)	51,4	(47,9 - 53,4)			
Danmark	62,1	(60,7 - 63,2)	59,5	(57,7 - 60,7)	59,3	(57,5 - 60,5)	
Norge	57,7	(56,0 - 58,7)	58,3	(56,5 - 59,3)	57,9	(56,2 - 58,9)	
- Helse Sør-Øst	59,9	(58,0 - 61,0)	60,9	(58,9 - 62,0)	61,3	(59,3 - 62,4)	
- Helse Vest	59,1	(57,1 - 60,4)	57,3	(55,4 - 58,5)	57,6	(55,7 - 58,8)	
- Helse Midt-Norge	52,9	(51,4 - 54,0)	55,2	(53,5 - 56,2)	56,0	(54,3 - 57,0)	
- Helse Nord	54,0	(52,4 - 55,0)	53,8	(52,2 - 54,8)	49,2	(47,8 - 50,1)	

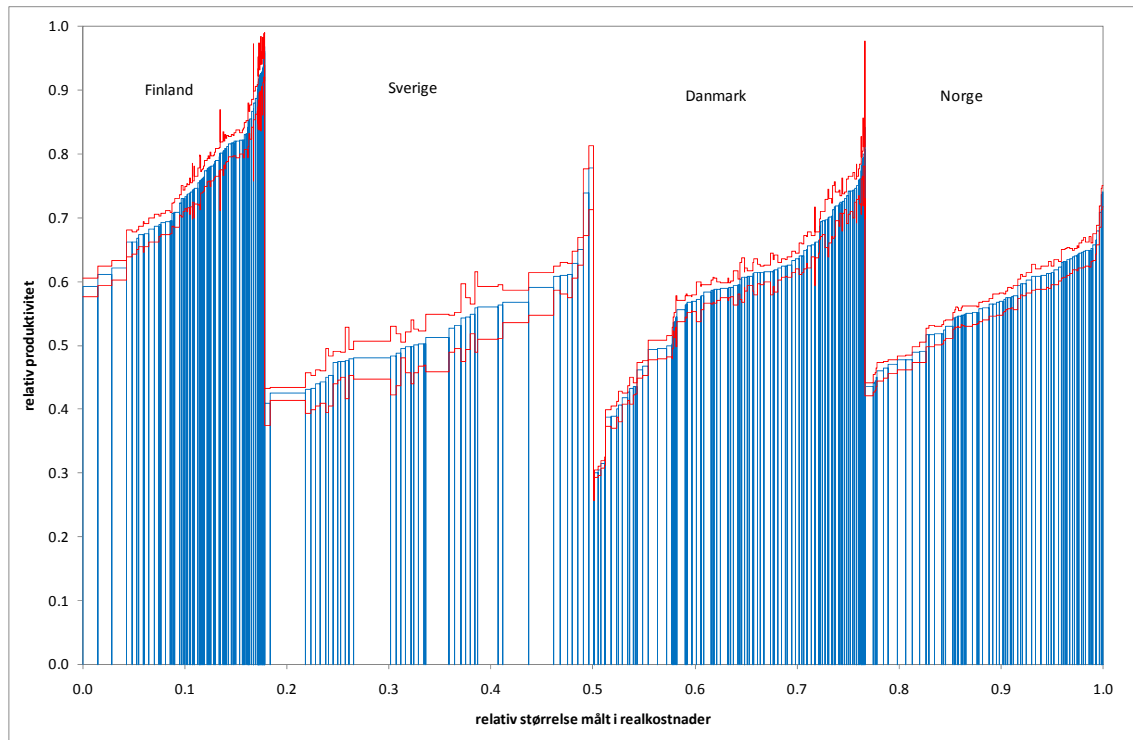
Vi merker oss også at det er variasjoner mellom de regionale helseforetakene i Norge, og særlig at det har vært en kraftig nedgang i Helse Nord fra 2006 til 2007. Som tidligere påpekt har endringen i grunnlaget for beregning av pensjonskostnader i Norge skapt et

"brudd" i dataserien fra 2006 til 2007, og dette kan være en medvirkende faktor til de store regionale utslagene vi ser.



Figur 5.1 Utvikling i gjennomsnittlig produktivitet (bootstrappet) i somatikk etter land fra 2005 til 2007 med 95-prosents konfidensintervall.

Figur 5.2 viser fordelingen av effektivitet innen hvert av de fire landene gjennom et såkalt Salter-diagram. Bredden på søylene illustrerer den relative størrelsen (målt i form av driftskostnader) for hvert sykehus. Det framgår klart fra figuren at de største enhetene i hvert land dominerer segmentet med lav produktivitet. Det er to konklusjoner å trekke fra dette. For det første dras produktivetsnivået i Sverige ned av noen få, svært store enheter, men det er viktig å huske på at dette er landsting heller enn sykehus. For det andre dras produktivetsnivået i Finland opp av mange små enheter. I denne analysen er vi primært interessert i å finne forskjeller i produktivetsnivå mellom de fire landene.



Figur 5.2 Figur 5.2: Salter-diagram for produktivetsmålene i somatikk med 95-prosents konfidensintervall.

5.3.3 Etteranalyse av produktivetsforskjeller somatikk

Observerte forskjeller i produktivitet behøver ikke nødvendigvis reflektere forskjeller i "dyktighet", men kan oppstå som følge av ulike strukturelle og organisatoriske rammebetingelser. Det kan også være at vi i modellen ikke fullt ut har fanget opp den reelle aktiviteten, for eksempel kan beregningen av DRG-poeng være usikker. Vi gjør derfor en oppfølgende analyse hvor vi forsøker å forklare variasjoner i sykehusspesifikk effektivitet med følgende faktorer:

Land fanger opp systematiske nivåforskjeller mellom landene

- *Region* inkluderes for å fange opp eventuelle systematiske forskjeller mellom de norske RHF-ene.
- *År* fanger opp endring i effektivitet over tid
- *Universitetssykehus* inkluderes for å fange opp eventuelle effekter av forskning og undervisning
- *Hovedstad* inkluderes for å evt fange opp forskjeller i pasienttyngde som følger av en spesiell befolkningssammensetning i hovedstadsområdet, men også forskjeller som kan skyldes ulikheter i kostnadsnivå pga lokale arbeidsmarkeder, bymessig transport osv.
- *Case-mix indeks* inkluderes i to former; for døgnpasienter og for dagpasienter. Motivasjonen er den samme som for liggetidsavvik; det kan være at vi i bruken av DRG-systemet ikke i tilstrekkelig grad fanger opp forskjeller i pasientsammensetning mellom de fire landene.
- *Liggetidsavvik* måles som forholdet mellom faktisk liggetid og den forventede liggetiden gitt DRG-sammensetningen. Den forventede liggetiden er beregnet på et Norsk materiale, og denne variabelen vil dermed fange opp forskjeller i case-mix

som ikke fanges opp av bruk av norske vektorer på de andre nordiske landene. På den annen side vil variabelen også kunne fange opp noe ineffektivitet hvis liggetiden er overoptimal.

- *Andel poliklinikk* fanger opp eventuelle måleproblemer ved *poliklinisk aktivitet*. Denne er ikke omregnet til DRG-poeng, og det kan være forskjeller i pasientsammensetningen som ikke fanges opp av vår analyse.
- *Totale kostnader* fanger opp eventuelle stordriftsfordeler eller ulemper, men kan også tenkes å fange opp forskjeller mellom pasienttyngde som henger sammen med størrelsen på enheten. Merk at det kun er i Finland og Danmark at enheten er rendyrkede sykehus, I Norge er det for det meste HF-nivå og i Sverige er det landsting.

Tabell 5.3 Etteranalyse av produktivitet. Resultater fra random-effect regresjon av de forventningskorrigerede anslagene mot ulike uavhengige variable. Referanseenheten er i Helse Sør-Øst i Norge i 2007 og er ikke universitets- eller hovedstadsykehus.

	Model A			Model B		
	Coef.	z		Coef.	z	
Konstant	0,488	3,62	***	0,468	3,52	***
Finland	0,187	5,13	***	0,175	4,58	***
Sverige	-0,079	-1,91	*	-0,027	-0,60	
Danmark	-0,001	-0,02		-0,021	-0,53	
Helse Vest	-0,018	-0,31		-0,013	-0,22	
Helse Midt-Norge	-0,060	-1,06		-0,064	-1,07	
Helse Nord	-0,084	-1,49		-0,096	-1,60	
2005	0,021	3,68	***	0,019	3,62	***
2006	0,006	1,14		0,006	1,18	
Universitetsykehus	-0,036	-1,31		0,011	0,35	
Hovedstadsykehus	-0,018	-0,52		-0,006	-0,15	
CMI Døgnpasienter	0,066	1,38		0,089	1,89	*
CMI Dagpasienter	-0,139	-1,39		-0,155	-1,58	
Liggetidsavik	-0,071	-1,53		-0,081	-1,76	*
Poliklinikkandel	0,223	1,34		0,267	1,62	
Kostnader i Mld 2007 NOK				-0,018	-3,77	***
R ²	0,549			0,568		

Signifikante koeffisienter på 10 prosent, 5 prosent og 1 prosent er respektivt markert med *, ** og ***.

Tabell 5.3 viser resultatene av regresjonsanalysene i to ulike modeller. Begge er kjørt med en forutsetning om en "random effect" på enhetsnivå som tar hensynt til sammenhengen mellom produktivitetsnivå over tid for hver enhet. En fixed-effect modell hadde økonometrisk vært å foretrekke hvis faktorene som driver endringene i produktivitet for hvert sykehus var det sentrale, men land- og regiondummiene ville da falle bort og det er disse forskjellene som er i fokus her. Vi ser at forskjellene mellom de fire landene reduseres betraktelig når vi tar hensyn til disse forholdene. Finland har fremdeles høyest produktivitet, men forskjellen

mellom Norge (i prinsippet nivået i Helse Sør-Øst, som er referansetilfellet) og Finland reduseres fra mer enn 25 prosent til knappe 19 prosent i modell A.

Forskjellen reduseres ytterligere til 17,5 prosent i modell B der en også har korrigert for størrelse på enheten. Størrelse er her en variabel av blandet verdi, fordi enhetene av datatilgjengelighetsgrunner ikke alltid er sykehus, men til dels HF i Norge og landsting i Sverige. Koeffisienten for kostnader er klart signifikant og innebærer at en økning på 1 milliard NOK i kostnader er forbundet med 1,8 prosent lavere produktivitetsnivå. Dette kan indikere stordriftsulempen, men kan også fange opp forskjeller i pasienttyngde som er korrelert med størrelse utover det som følger av andre variable.

Forskjellene mellom Norge og Danmark er fremdeles ikke signifikante, og heller ikke Sverige skiller seg signifikant fra Norge annet enn på 10 prosent signifikansnivå i modell A. Analysene viser for øvrig at det innen Norge ikke er signifikante forskjeller i produktivitet, til tross for at punktestimatet er at sykehusene Helse Nord har ca 9 prosent dårligere produktivitet enn i Helse Sør-Øst. Dette innebærer at variasjonen innad i hver RHF er stor slik at det ikke er grunnlag i denne analysen til å si at forskjellene disse i mellom er systematisk. Årsdummiene viser at det var en signifikant nedgang i produktivitet fra 2005 til 2007.

De ulike variablene som kunne tenkes å korrigere for observerbare forskjeller i rammebetingelser eller pasienttyngde (utover det som ligger i DRGvektene) har liten effekt. Ingen av variablene ga signifikante utslag i modell A. I modell B er høy liggetid forbundet med svakt signifikant lavere produktivitet, som forventet, mens høyere CMI er forbundet med svakt høyere produktivitet, motsatt av forventet. Dette kan innebære at DRG-systemet i hovedsak er tilstrekkelig til å fange opp pasientforskjellene, men siden størrelse er en signifikant variabel i modell B kan det likegodt bety at størrelse er sterkere forbundet med pasienttyngde enn de andre variablene i analysen.

I tillegg til analysen ved hjelp av DEA og etteranalysen av DEA-resultatene er det forsøkt foretatt en analyse ved hjelp av den parametriske metoden Stochastic Frontier Analysis (SFA). SFA krever sterkere forutsetninger på formen til mulighetsområdets form, men gir til gjengjeld mulighet for å skille mellom målefeil og ineffektivitet. SFA-beregningene ga ikke konvergens. Den økonometriske tolkningen av dette er at fordelingen av avstand til fronten har feil skjevhet i forhold til forutsetningene. Den mest nærliggende økonomiske tolkningen er at sykehusene i de ulike landene og eventuelt periodene står overfor ulike fronter/mulighetsområder. Det innebærer i tilfelle at det er forhold på landnivå som er avgjørende for de observerte produktivitetsforskjellen heller enn sykehusenes evne til å være effektive og utnytte mulighetene. En nærmere analyse av disse forskjellene ville sprengte rammen for dette prosjektet.

5.4 Produktivitet i psykisk helsevern

Det finnes i dag kun et begrenset antall analyser av produktivitet innen psykisk helsevern (Halsteinli et al, 2001; 2005 er eksempler fra Norge), og så langt vi har brakt på det rene ingen internasjonale sammenlikninger. Det er åpenbart store utfordringer knyttet til både å operasjonalisere aktiviteten innen psykisk helsevern og til å gjøre dette på en måte som gjør det meningsfullt å sammenlikne mellom land. Den etterfølgende analysen skal derfor betraktes som en *første tilnærming* til denne problemstillingen.

5.4.1 Innsatsfaktorer og produkter – psykisk helsevern

I analysene har vi valgt å beskrive aktiviteten som:

- Antall utskrivinger voksenpsykiatri
- Antall polikliniske konsultasjoner voksenpsykiatri
- Antall utskrivinger barne- og ungdomspsykiatri

- Antall polikliniske konsultasjoner barne- og ungdomspsykiatri

Som innen somatikken er ressursbruken målt gjennom deflaterte kostnader. Det har bare vært mulig å skaffe sammenliknbare data for Norge og Finland, og vi understreker at det er usikkert i hvilken grad disse analysene fanger opp reelle forskjeller i pasientsammensetning siden det kun er telt utskrivninger og konsultasjoner uten noen form for vektning.

Tabell 5.4 Beskrivende statistikk for variablene i produktivetsanalysen i psykisk helsevern.

	Finland		Norge		Totalt	
	Snitt	SD	Snitt	SD	Snitt	SD
Variable i produktivetsmodellen						
Kostnader i Mld 2007 NOK	0,202	0,184	0,512	0,285	0,340	0,280
Utskrivninger VP	1116	749	1652	924	1354	871
Polikliniske konsultasjoner VP	27269	27536	35953	16904	31129	23746
Utskrivninger BUP	115	171	97	121	107	150
Polikliniske konsultasjoner BUP	6198	8785	18445	8631	11641	10620
Variable i ettermodellen						
Los-avvik	1,000	0,316	1,000	0,341	1,000	0,326
Poliklinikandel	0,925	0,123	0,970	0,012	0,945	0,095
BUP-andel	0,182	0,172	0,332	0,068	0,249	0,155
Antall observasjoner	90		72		162	

Tabell 5.4 viser beskrivende statistikk for variablene i analysen. Et slående trekk er at de norske enhetene er i snitt over dobbelt så store som de finske, enten størrelse måles i kostnader eller i polikliniske konsultasjoner. Kun for utskrivninger i BUP er finske enheter i snitt større. Dette skyldes i stor grad at de norske enhetene er HF-er, mens de finske er enkeltinstitusjoner.

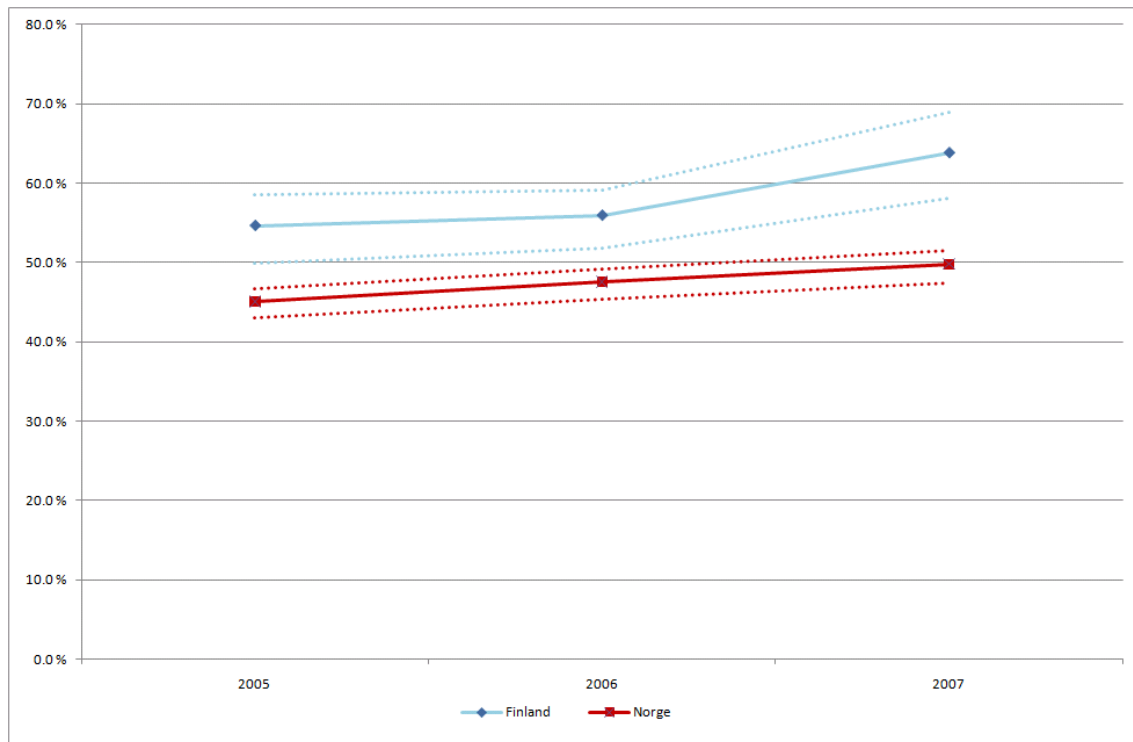
5.4.2 Resultater – psykisk helsevern

Tabell 5.5 Forventningskorrigert (bootstrappet) produktivitet i psykisk helsevern i prosent, etter land, RHF og år. 95-prosents konfidensintervall i parentes.

	2005		2006		2007	
Finland	54,6	(50,0 - 58,5)	55,9	(51,9 - 59,1)	63,9	(58,1 - 69,0)
Norge	45,1	(43,0 - 46,6)	47,6	(45,4 - 49,1)	49,8	(47,4 - 51,5)
- Helse Sør-Øst	43,7	(41,0 - 45,7)	48,1	(45,3 - 50,1)	50,9	(47,9 - 52,9)
- Helse Vest	40,1	(37,4 - 42,1)	43,3	(40,7 - 45,2)	46,1	(44,0 - 47,5)
- Helse Midt-Norge	42,2	(40,3 - 43,6)	43,0	(40,7 - 44,7)	48,7	(46,5 - 50,2)
- Helse Nord	57,0	(54,0 - 58,9)	54,6	(51,7 - 56,5)	51,5	(48,7 - 53,4)

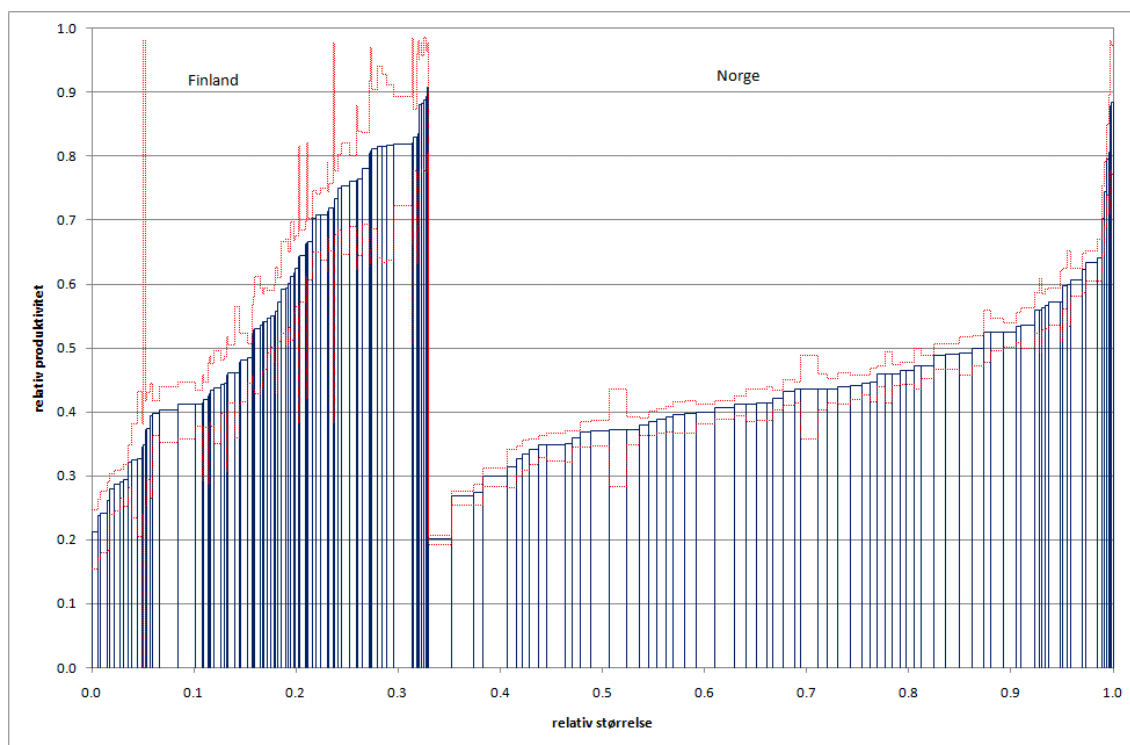
Tabell 5.5 gir hovedresultater for gjennomsnittsprøduktiviteten etter land/region og år. Analysene viser følgende forhold:

- Produktivetsanslagene er i snitt høyere i Finland enn i Norge, men spredningen er også betydelig høyere i Finland.
- I begge landene ser det ut til å være en positiv utvikling i produktivitet i den perioden som her dekkes.
- Det er store forskjeller internt i Norge, i særlig grad utmerker Helse Nord seg med et høyt nivå. Forskjellene ser imidlertid til å jevnes noe ut over perioden.



Figur 5.3 Utvikling i gjennomsnittlig produktivitet (bootstrappet) i psykisk helsevern etter land fra 2005 til 2007 med 95-prosents konfidensintervall.

Utviklingen over tid ses gjerne bedre i figur 5.3. I alle år ligger Finland signifikant over Norge, til tross for relativt vide konfidensintervaller.



Figur 5.4 Salter-diagram for produktivetsmålene i psykisk helsevern med 95-prosents konfidensintervall.

Figur 5.4 avslører likevel den ekstreme spredningen i produktivetsmål for enkelt-observasjoner, som i begge landene fordeler seg utover hele intervallet fra ca 20 prosent til ca 90 prosent. Figuren viser også at de beste enhetene, som definerer fronten, i begge landene er svært små. En slik spredning i produktivetsnivå er neppe troverdig som et uttrykk for produksjon av helsetjenester pr krone, og det er åpenbart at det må være forskjeller i pasienttyngde som ikke fanges opp av de enkle tellevariablene som inngår i produksjonsmodellen.

5.4.3 Etteranalyse av produktivetsforskjeller i psykisk helsevern

I tillegg til dummyvariabler for land, region, år, universitetssykehus og hovedstad, som er de samme som i somatikkanalysen, har vi også i etteranalysen for psykisk helsevern forsøkt å finne variable som kan fange opp noen av forskjellene i pasienttyngde:

- *Liggetidsavvik* måles som forholdet mellom faktisk liggetid og den forventede liggetiden, men er i psykiatrianalysen snittet over hele pasientmassen og ikke relatert til gjennomsnittet i hver DRG. Den forventede liggetiden er beregnet separat for finske og norske enheter pga noe avvikende definisjoner, men er i praksis svært lik i de to landene. I tillegg til forskjeller i case-mix vil variabelen også kunne fange opp noe ineffektivitet hvis liggetiden er overoptimal.
- *Andel polik linikk* er antall polikliniske konsultasjoner delt på summen av disse og utskrivinger, og fanger opp eventuelle måleproblemer ved *poliklinisk aktivitet*, i tillegg til systematiske forskjeller avhengig av behandlingsprofil.
- *Andel BUP* er antall konsultasjoner og utskrivinger i BUP delt på summen av disse og de tilsvarende kategoriene i voksenpsykiatrien, og vil tilsvarende kunne fange opp måleproblemer og avhengighet av pasientsammensetning som ikke reflekteres av de endogene vektene i DEA-analysen.

Tabell 5.6 Etteranalyse av produktivitet. Resultater fra random-effect regresjon av de forventningskorrigerede anslagene mot ulike uavhengige variable. Referanseenheten er i Helse Sør-Øst i Norge i 2007 og er ikke universitets- eller hovedstadsykehus.

	Model A			Model B		
	Coef.	z		Coef.	z	
Konstant	0,490	3,07	***	0,614	3,88	***
Finland	0,135	2,42	**	0,014	0,21	
Helse Vest	-0,071	-0,75		-0,064	-0,71	
Helse Midt-Norge	-0,080	-0,84		-0,140	-1,51	
Helse Nord	-0,007	-0,07		-0,090	-0,94	
2005	-0,041	-3,30	***	-0,049	-3,99	***
2006	-0,033	-2,85	***	-0,038	-3,31	***
Universitetsykehus	-0,030	-0,42		0,099	1,23	
Hovedstadsykehus	-0,109	-1,00		0,004	0,04	
Liggetidsavvik	-0,167	-4,17	***	-0,157	-4,03	***
Poliklinikkandel	0,133	0,86		0,187	1,24	
BUP-andel	0,263	3,69	***	0,263	3,80	***
Kostnader i Mld 2007 NOK				-0,369	-3,17	***
R ²	0,317			0,409		

I motsetning til i somatikkanalysene viser tabell 5.6 klare signifikante utslag av variablene for liggetidsavvik og BUP-andel i den etteranalysen for psykisk helsevern. Tabellen viser som i somatikkanalysen resultatet av to "random effect"-regresjoner hvor de forventningskorrigerede produktivitetsestimatene er avhengig variabel. Enheter med lang liggetid blir i DEA-modellen målt som vesentlig mindre produktive, og enheter med høy BUP-andel blir målt som vesentlig mer produktive i begge modellen. Når størrelse målt i realkostnader inkluderes i modell B forsvinner også forskjellen mellom Finland og Norge. Dette reflekterer at det i datamaterialet ikke foreligger noen mulighet for å ta hensyn til case-mix, slik DRG-systemet gjør for somatikken.

I analyser av BUP i Norge har Halsteinli (2008) vist at pasienter er et bedre uttrykk for aktiviteten enn tiltak/konsultasjoner, men dessverre finnes pasienttallet kun for deler av datamaterialet som er brukt her. I videre analyser av aktivitet, ressursbruk og produktivitet er det viktig å finne fram til aktivitetsmål som bedre tar hensyn til forskjeller i pasienttyngde enn antallet konsultasjoner og utskrivninger. Slik resultatene fremstår er det ikke mulig å konkludere at finske enheter innen psykisk helsevern i snitt er mer produktive enn norske enheter.

5.5 Oppsummering av produktivetsanalysene

Analysene av produktivitet i somatikken gir grunnlag for å konkludere at produktiviteten i Finland er gjennomgående høyere enn i de andre Nordiske landene. Resultatene for Danmark er noe usikre pga datasammenliknbarheten er dårligere. Den finske kostnadsforskjellen i løpende kroner er enda større pga ulik kostnadsnivå, men disse er trukket ut av produktivetsanalysen. En del av forskjellen mellom Finland og de andre landene kan skyldes ulik størrelse på enhetene, men vi har ikke funnet indikatorer som skulle tilsi at ulik pasienttyngde ellers forklarer noe av forskjellene. I utgangspunktet er det snarere slik at de finske helsesentrene burde ta de letteste pasientene.

Analysene av psykisk helsevern må betraktes som eksplorative og tentative. Likevel ser en også her tendenser til at Finland har høyere produktivitet, men det er stor spredning innad i

begge landene og forskjellene er ikke signifikante i etteranalysen når en inkluderer andre variable som kan fange opp noe av forskjellene i pasienttyngde.

Referanser

- Colombo, F. og N. Tapay (2004): Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Papers.
- Feachem RGA, Sekhri N, White G (2002): Getting more for their dollar: a comparison of the NHS and California's Kaiser Permanente. *BMJ* 324: pp 135-43
- Emanuel, EJ. Fuchs VR. Health care vouchers - a proposal for universal change. *N Engl J Med.* 2005;352:1255-1260.
- Grasdal A (2008): Øker sosiale helseforskjeller.
<http://www.forskning.no/artikler/2008/juni/183888>
- Hagen, T. P. & O. M. Kaarbøe (2006). The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals, *Health Policy* 76: 320-333.
- Halsteinli, V (2008): Produktivitetsutvikling i BUP poliklinikker 1998-2006: Betydningen av endret pasientsammensetning. Rapport A6587. SINTEF Helse, Trondheim
- Halsteinli, V, Kittelsen, SAC & Magnussen, J (2001). Scale, Efficiency and Organization in Norwegian Psychiatric Outpatient Clinics for Children. *J.Ment.Health Policy Econ.* 4(2), 79-90.
- Halsteinli, V, Kittelsen, SAC & Magnussen, J (2005). Productivity growth in Norwegian psychiatric outpatient clinics for children and youths. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 8(4), 183-191.
- Ham C, N York, S Sutch & R Shaw (2003): Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ*; 327, 1257
- Huseby B. (2008): Strukturendringer i pasientbehandlingen fra 2002 til 2007. I SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007. Rapport 3/08. SINTEF Helse, Trondheim.
- Jørgenvåg R. og H. Jensberg (2006): Befolkningens bruk av sykehustjenester - opphold eller pasient som enhet? Rapport A141. SINTEF Helse, Trondheim.
- Kittelsen SAC, Magnussen J, Anthun K (2007): " Sykehusproduktivitet etter statlig overtakelse: En nordisk komparativ analyse" HERO Working paper, 1 2007. Health Economics Research Programme, University of Oslo
- Kittelsen SAC, Magnussen J, Anthun KA, Häkkinen U, Linna M, Medin E, Olsen KR and Rehnberg C (2008): "Hospital productivity and the Norwegian ownership reform - A Nordic comparative study", STAKES Discussion Paper 3/2008.
- Linna M, Häkkinen U, Magnussen J. "Comparing hospital cost efficiency between Norway and Finland". *Health Policy*, v 77 2006 : 268-278
- Magnussen J and L Mobley: " The Impact of Market Environment on Excess Capacity and the Cost of an Empty Hospital Bed" *International Journal of the Economics of Business*, v 6, 3, 1999, pp 383-398
- Magnussen, J., T. P. Hagen & O. M. Kaarboe (2007). Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform, *Social Science & Medicine* 64: 2129-2137.

- Midttun L (red) (2008). SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008. Rapport 1/08. Trondheim: SINTEF Helse.
- Munch-Jørgensen P, Lehtinen V, Helgasson T, Dalgaard OS og Westrin CG (1995): "Psychiatry in the five Nordic Countries". *Eur Psychiatry* 10: 1997-206
- Mobley L and J Magnussen: "An International Comparison of Hospital Efficiency. Does Institutional Environment Matter?" *Applied Economics*, v30, 8, 1998, pp 1089-1100
- NOMESCO (2007): Health Statistics in the Nordic Countries 2005
- NOMESCO (2008): Health Statistics in the Nordic Countries 2006
- NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. Departementenes servicesenter, Oslo.
- Næss-Schmidt H S (2008): Sundhedsforsikringer – en løsning på fremtidens velfærd? Forskning og pension analyserapport 2008:4. København
- Pedersen P (red) (2008). SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007. Rapport 2/08. Trondheim: SINTEF Helse.
- Rambøll Management (2008): Henvisningsprosjektet i børne- og ungdomspsykiatrien. Udgivet af: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København 2008.
- Roemer M (1989): National health systems as market interventions. *Journal of Public Health Policy*, vol 10 (1), pp 62-77
- Rattsø J (2002): Fiscal controls in Europe. A summary. in B. Dafflon (ed.), *Local Public Finance: Balanced Budget and Debt Control in European Countries*, Cheltenham: Edward Elgar, 2002.
- Seim A, Løvaas L og Hagen TP (2007): Hva kjennetegner virksomheter som kjøper private helseforsikringer? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 20, pp 2673-5
- Sosial- og helsedepartementet (1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St meld nr 25 (1996-97).
- Sosial- og helsedepartementet (1998). Om omtrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. St prp nr 63 (1997-98).