



Global helse og velferd

Postadresse: Pb 124, Blindern

0314 Oslo

Besøksadresse: Forskningsveien 1

0373 Oslo

Telefon: 73 59 03 00

Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land

FORFATTER(E)

Jord Kalseth, Jon Magnussen, Kjartan Anthun og Stein Petersen

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse- og omsorgsdepartementet

RAPPORTNR. SINTEF A16819	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Tone Hobæk	
GRADER, DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-05027-1	PROSJEKTNR. 60H172	ANTALL SIDER OG BILAG 87 inkl. vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE Rapport A16819 Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Jord Kalseth	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Pål Martinussen
ARKIVKODE E	DATO 2010-10-15	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	

SAMMENDRAG

I denne rapporten beskrives og drøftes finansieringen og styringen av sykehus tjenester i et utvalg land med skattefinansierte helsesystemer; Danmark, Sverige, Finland, England, Skottland, New Zealand og Canada. Modellene i disse landene sammenlignes med den norske modellen. Utviklingen i England og Skottland etter "devolution" beskrives og drøftes spesielt.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Spesialisthelsetjenester	Hospitals
GRUPPE 2	Finansieringssystemer	Payment methods
EGENVALGTE		

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	6
Figuroversikt	6
Hovedtrekk - finansiering og styring av sykehustjenester	7
1 Innledning	11
1.1 Finansiering og styring.....	11
1.2 Finansieringsmodeller – hva er alternativene.....	12
1.3 Rapportens oppbygging	13
2 Finansieringssystemet i syv andre land – en oversikt.....	15
2.1 Danmark	15
2.2 Sverige	16
2.3 Finland	18
2.4 England	19
2.5 Skottland.....	22
2.6 New Zealand	23
2.7 Canada.....	24
3 Oversikt over bruk av pasientklassifiseringssystemer	27
3.1 Sammenstilling.....	27
3.2 Norge.....	28
3.3 Danmark	28
3.4 Sverige	29
3.5 Finland	29

3.6	England	30
3.7	Skottland	30
3.8	New Zealand	31
3.9	Canada	31
4	Drøfting av de ulike finansieringssystemene	33
4.1	Typologisering av finansieringssystemer	33
4.2	Incentiveeffekter for ulike systemer	34
4.2.1	Kostnadseffektivitet	35
4.2.2	Aktivitetsnivå/tilgjengelighet	35
4.2.3	Kostnadskontroll	35
4.2.4	Prioriteringseffektivitet	36
4.2.5	Kvalitet	36
4.2.6	Oppsummering - insentiveffekter	37
4.2.7	Insentiveffekter og målkonflikter	38
4.3	Vurdering av finansieringssystemene i de enkelte landene	39
4.3.1	Kombinasjon finansiering og andre styringsverktøy	39
4.3.2	Norge	39
4.3.3	Danmark	42
4.3.4	Sverige	45
4.3.5	Finland	49
4.3.6	England	52
4.3.7	Skottland	54
4.3.8	New Zealand	55
4.3.9	Canada	57
4.4	Forskjeller mellom landene - noen hovedtall fra OECD Helsedata	59
4.4.1	Kostnader	59
4.4.2	"Resultater"	62
5	Nærmere om England og Skottland.	65
6	Drøfting	73

7	Litteraturliste.....	79
	Vedlegg	87

Tabelloversikt

Tabell 1	Organisering, styring og finansiering av spesialisthelsetjenester.....	9
Tabell 2	Bruk av pasientklassifiseringssystemer.....	27
Tabell 3	Typologisering av finansieringsmodeller.....	34
Tabell 4	Oppsummering av insentiveffekter.	38
Tabell 5	Sammenligning av finansiering og organisering av helsetjenestene i England og Skottland.....	67
Tabell 6	Sammenligning av ulike indikatorer mellom Skottland og England. 2006*	68

Figuroversikt

Figur 1	Helseutgifter per innbygger 2008.	60
Figur 2	Årlig realvekst i helseutgifter og BNP 2000-2008.	60
Figur 3	Helseutgifter per innbygger 2008 og utgifter til behandling og rehabilitering per innbygger 2006.....	61
Figur 4	Forventet levetid og helseutgifter per innbygger.	62
Figur 5	Utvikling i forventet levetid ved fødsel.1990-2008.....	63

Hovedtrekk - finansiering og styring av sykehustjenester

I denne rapporten beskrives og drøftes finansieringen og styringen av sykehustjenester i et utvalg land med skattefinansierte helsesystemer; Danmark, Sverige, Finland, England, Skottland, New Zealand og Canada. Modellene i disse landene sammenlignes med den norske modellen. England og Skottland har hatt en ulik utvikling etter at Blair-regjeringen delegerte politisk styring og ansvar av offentlige tjenester til Skottland, Wales og Nord-Irland i 1999. Utviklingen i England og Skottland beskrives og drøftes spesielt.

En oppsummering av kjennetegn ved organisering, styring og finansiering for hvert land er gitt i tabell 1.

Norge har en modell basert på *sentralisert politisk styring av spesialisthelsetjenesten*. I den norske foretaksmodellen ligger overordnet strategisk styring hos helseministeren, og her legges også de overordnede økonomiske rammene. En slik sentralisert modell finner vi også igjen i New Zealand, England, i noen grad i Skottland og Danmark. I Skottland er man på vei inn i en modell med direkte valgte representanter i styrene, mens regionene i Danmark styres av politisk valgte regionråd. I både Sverige og Finland spiller staten en langt mindre framtrædende rolle; her ligger den politiske styringen lokalt i fylkene og kommunene. Også Canada har en desentralisert modell med ansvar og finansiering på provinsnivå.

Norge benytter *aktivitetsbasert finansiering av sørge for-nivået*. Innsatsstyrt finansiering (ISF) gjelder kun somatisk aktivitet, og andelen er nå 40 % etter en periode å ha vært oppe i 60 %. Det er også takstbasert finansiering av poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern og rusbehandling. Av de landene vi har sett på her er det bare Danmark som har et visst innslag av tilsvarende aktivitetsbasert finansiering av sørge for-nivået, andelen er lavere enn i Norge, og omfatter fra statens side kun en mindre "meraktivitetspulje". Alle de andre landene vi her har sett på benytter en behovsbasert finansiering av sørge for-nivåene. I hovedsak er de behovsbaserte modellene bygget opp etter samme prinsipper som inntektsmodellen for regionale helseforetak i Norge, inklusive en kompensasjon for regionale kostnadsforskjeller.

Norge har skilt *ansvaret for spesialisthelsetjeneste fra ansvaret for primærhelsetjenesten*. I de andre landene har det nivået som har sørge for-ansvar for spesialisthelsetjenesten også tilsvarende ansvar for primærhelsetjenesten. På den andre siden har Norge primærhelsetjenesten og omsorgstjenesten på samme nivå; i de flere av de andre landene vil disse være skilt.

Norge *finansierer tjenesteprodusentene* gjennom en blanding av rammebudsjetter og aktivitetsbasert finansiering. Andelen aktivitetsbasert finansiering er 40 % for somatiske tjenester og poliklinisk virksomhet for de andre områdene, mens øvrige tjenester rammefinansieres. I flere av de andre landene er det variasjoner mellom de geografiske områdene i forhold til hva slags modell som benyttes. I Sverige varierer finansieringen fra rammebudsjettering til hovedsaklig aktivitetsbasert finansiering. Tilsvarende varierer andelen aktivitetsbasert finansiering i Danmark mellom 50 og 70 %, mens den i England er 100 %. I Finland brukes også DRG-systemet til finansiering av sykehusene i over halvparten av sykehusdistriktene. Andre systemer for aktivitetssinndeling brukes i andre distrikter. Også i New Zealand brukes DRG i finansieringen av sykehusene gjennom pris-volum kontrakter. I Skottland og Canada er sykehusene rammefinansiert.

Norge har en *finansiering uten tak på aktiviteten*, hvilket innebærer at all somatisk aktivitet utløser en aktivitetsbasert del på 40 % av nasjonale gjennomsnittskostnader. Dette innebærer en risikodeling mellom stat og helseforetak på aktivitet utover det planlagte nivået. Håndtering av meraktivitet varierer i de andre landene. I England er det i prinsippet bestiller som bærer risikoen; men i tilfeller hvor sykehusenes meraktivitet ikke er et resultat av en planlagt henvisning fra primærleger kan man unnlate å dekke kostnadene. I Danmark varierer løsningene mellom regionene, her finner vi både åpne løsninger som i Norge, og løsninger hvor sykehusene bærer hele risikoen. Det er imidlertid tak på den statlige finansieringen gjennom "meraktivitetspuljen". Fellestrekket for sykehusdistriktene i Finland er at de aktivitetsbaserte systemene i hovedsak er et redskap for budsjettering, kostnadsdekning og fordeling av kostnader mellom kommuner, slik at risikoen i prinsippet ligger på kommunene. I New Zealand fungerer pris-volum kontraktene i hovedsak som faste budsjetter. Inntekten vil variere med aktiviteten hvis måltallene ikke nås, men aktivitet utover planlagt aktivitet refunderes ikke.

Ulike finansieringssystemer vil ha ulike egenskaper når det gjelder å stimulere til aktivitetsøkning, kostnadseffektivitet, prioriteringer, kvalitet og kostnadskontroll. Generelt vil aktivitetsbasert finansiering stimulere til aktivitetsøkning og kostnadseffektivitet, men gir svakere kontroll over kostnadsutviklingen. Rammefinansiering på den annen side gir isolert sett god kostnadskontroll, men stimulerer ikke til aktivitet eller effektivisering. Hvordan finansieringssystemene faktisk virker vil imidlertid påvirkes av andre kjennetegn ved styringssystemene.

Det foreligger ikke statistikk som muliggjør en sammenligning av de ulike landene som kan bidra til å belyse om forskjeller i finansierings- og styringssystem sammenfaller med forskjeller i andre kjennetegn ved spesialisthelsetjenesten, som kostnadskontroll, produktivitet, tilgjengelighet, kvalitet og prioriteringer. I rapporten gjennomgås utviklingstrekk basert på nasjonal statistikk. I tillegg vises noen hovedtall fra OECD Helsedata, og vi viser også til noen sammenligninger som er gjort av landenes helse-systemer. Tidligere analyser av de nordiske landene gir tallmateriale som gir grunnlag for sammenligninger av Norge med Danmark, Sverige og Finland.

En mer utførlig sammenstilling og drøfting gis i avsnitt 6.

Tabell 1 Organisering, styring og finansiering av spesialisthelsetjenester. Tabellen fortsetter på neste side.

	Oppbygging	Lokal politisk styring?	Hva er sørge for-nivået?	Hvordan finansieres sørge for-nivået?	Er det et aktivitetsbasert finansieringen av sørge for-nivået?
Norge	4 regionale helseforetak	Nei	Regionale helseforetak	Blanding av innsatsstyrt finansiering og befolkningsbaserte tilskudd korrigert for behaov. Justering for regionale kostnadsforskjeller	Ja
Danmark	5 regioner	Ja, gjennom valg	Regionene	Befolkningsbasert modell korrigert for behov. Flatt tilskudd i bunn. Korreksjon for kostnadsforskjeller	Ja, en liten andel (ca 3 %) gjennom en statlig meraktivitetspulje, samt ca 12 % kommunal medfinansiering
Sverige	18 fylker, 2 regioner og Gotland (heretter kalt "fylker")	Ja, gjennom valg	Fylkene	I hovedsak lokale skatter, men med befolkningsbasert utjevning. Utjevning tar hensyn til lokale kostnadsforskjeller.	Nei
Finland	340 kommuner, 20 sykehusdistrikter	Ja, gjennom styrer for sykehusdistriktene som utgår fra valgte kommunestyre	Kommunene, gjennom sykehusdistriktene	Befolkningsbasert utjevning i tillegg til lokale skatter.	Nei
England	10 helseregioner, 151 primary care trusts	Nei	Primary care trusts, i noen grad delegeres dette videre til grupper av allmennleger	Befolkningsbasert modell korrigert for behov. Justering for regionale kostnadsforskjeller	Nei
Skottland	14 regionale helsestyrer	Ja, delvis gjennom direkte valg	Regionale helsestyrer	Befolkningsbasert modell korrigert for behov. Korreksjon for kostnadsforskjeller	Nei
New Zealand	21 regionale helsestyrer	Ja, delvis gjennom valg av deler av de regionale styrene	Regionale styrer	Befolkningsbasert, korrigert for behov. Korreksjon for kostnadsforskjeller	Nei
Canada	10 provinser og 3 territorier	Ja	Provins og territorie, men med variasjoner i grad av desentralisering innen hver av disse	Skatteinntekter og statlige overføringer. De statlige overføringene baseres på innbyggertall alene. Behovsbaserte finansiering internt i noen av provinsene	Nei

Fortsettelse tabell 1.

	Hvordan organiseres sykehusene?	Hvordan finansieres sykehusene?	Er det større endringer på trappene?
Norge	Helseforetak eid av de regionale helseforetakene	Kombinasjon av aktivitetsbasert finansiering og befolkningsbaserte rammetilskudd.	Kommunal medfinansiering diskuteres
Danmark	Eid av regionene	Kombinasjon av aktivitet og ramme. Den aktivitetsbaserte delen utgjør mellom 50% og 70% for somatiske tjenester, og er knyttet til spesifikke aktivitetsmål. Aktivitetsbasert finansiering også for psykisk helsevern fra kommunene	Reorganisering av sykehusene
Sverige	Eid av fylkene	Varierer mellom fylkene. Dels benyttes kombinasjon av aktivitet og ramme, dels kun ramme.	Innføring av nasjonal stykkprisfinansiering har vært diskutert, men er ikke konkret vurdert. Flere län planlegger innsatsstyrt finansiering av psykisk helsevern. Regionalisering utredet, men ikke implementert
Finland	Eid av kommunene gjennom sykehusdistrikter	Varierer mellom distriktene. I hovedsak benyttes kostnads-volum budsjettering, basert på DRG eller andre case-baserte systemer.	Ønske om større og færre kommuner. Endring i overføringssystemet. Nytt lovforslag som første steg i reformering av helse- og sosialtjenester, bla fritt sykehusvalg innen region
England	Gjennom stiftelser, dels direkte styrt, dels som selvstendige juridiske enheter med utstrakt frihet	Aktivitetsbestilling med 100% kobling av aktivitet og pris for somatikk. I ferd med å innføres også for psykisk helsevern for voksne (fra 2013-14). Justering av enhetspris for "naturlige kostnadsforskjeller. Nasjonal enhetspris med årlig justering for produktivitet.	Avvikling av SHA og PCT. Ytterligere desentralisering av bestiller-ansvaret. Større vekt på beste praksis og kvalitet i finansieringen
Skottland	Eid av de regionale helsestyrene.	Rammebudsjettering basert på avtaler om service agreement.	Ytterligere desentralisering gjennom direkte valg til helsestyrene. Forslag til ny pasientrettighetslov med ventetidsgaranti
New Zealand	Offentlig og privat (elektiv virksomhet)	Kostnad-volum kontrakter basert på DRG/Purchase Unit	Ny modell for funksjonsdeling, konsentrasjon av høyspesialiserte tjenester
Canada	Offentlig og privat (non-profit)	Rammebudsjettering. Stykkpris innføres i en provins fra 2012-13	Sentralisering innen regionene

1 Innledning

1.1 Finansiering og styring

I denne rapporten beskrives og diskuteres modeller for finansiering av spesialisthelsetjenester i et utvalg land med skattefinansierte helsesystemer. Det legges vekt på forholdet mellom ramme- og aktivitetsbasert finansiering, og bruk av styringsinformasjon. Dette diskuteres i forhold til hvordan ulike finansieringsmekanismer ivaretar ulike mål for helsetjenesten. Fokus er, i tillegg til Norge, på syv land som alle kjennetegnes ved skattefinansiering:

- Danmark
- Sverige
- Finland
- England
- Skottland
- New Zealand
- Canada

Langenbrunner m.fl. (2009) definerer finansieringssystem som følger:

A provider payment system may be defined widely as the payment method combined with all supporting systems, such as contracting, accountability mechanisms that accompany the payment method, and management information systems. In the context of health systems, therefore, provider payment systems accomplish far more than simply the transfer of funds to cover the costs of services. A provider payment method may be defined more narrowly as the mechanism used to transfer funds from the purchaser of health care services to the providers.

Her skilles det altså mellom finansieringssystem og finansierings(betalings)metode, hvor metoden beskriver hvilken mekanisme som brukes for å overføre midler fra kjøpere av helsetjenester til produsentene mens systemet omfatter alle andre systemer som støtter opp under finansieringsmekanismen. Finansieringsmekanismen ("ramme", "stykkpris" etc) gir altså ikke alene informasjon om egenskaper ved finansieringssystemet, men vil virke sammen med de overordnede styringssystemene og –strukturene for spesialisthelsetjenesten. Landene som beskrives i denne rapporten er forskjellige ikke bare med hensyn til finansiering, men også i grad av desentralisering, type desentralisering, markedsstruktur, forholdet mellom bestiller og utfører, ansvarsform for sykehusene og eierstruktur. Dette kan forsterke eller dempe insentivmekanismer som ligger i selve finansieringssystemet.

1.2 Finansieringsmodeller – hva er alternativene

I grove trekk kan vi skille mellom fire hovedprinsipper for finansiering:

- o Faste budsjetter
- o Aktivitetsbasert finansiering
- o Resultatbasert/prestasjonsbasert finansiering
- o Refusjon av påløpte kostnader

Faste budsjetter omfatter ulike typer budsjettmekanismer eller kontrakts/-budsjettyper:

- Ramme
- Kostnader (pris) og volum

Rammebudsjetter kjennetegnes ved at det gis et beløp (budsjett) som skal dekke tilgang (for en nærmere bestemt befolkning) til et definert sett av tjenester innenfor en gitt periode. Det spesifiseres imidlertid ikke hvilket volum som skal leveres, kun hvilke typer tjenester som skal være tilgjengelig¹. Inntekter fordelt etter objektive kriterier som skal dekke tjenester til befolkningen innenfor et gitt geografisk område er ett eksempel på denne typen budsjetter ("geographical capitation")². Finansiering basert på pasientlister slik fastlegene mottar er ett annet ("capitation"). Den fylkeskommunale budsjetteringen av sykehusene før innsatsstyrt finansiering en tredje. *Kostnads-volum* budsjetter innebærer både at det spesifiseres et planlagt aktivitetsvolum for et definert sett av tjenester som skal leveres, og at det knyttes en gitt kostnad til dette volumet³. Kontraktene kan inneholde mekanismer for ekstrasfinansiering av volum utover avtalt nivå, og også inndragning av inntekter dersom aktivitetsmålene ikke nås. I så fall vil denne formen for budsjettering ha fellestrekk med den andre hovedtypen modell; aktivitetsbasert finansiering.

Aktivitetsbasert finansiering (ABF) innebærer at inntektene varierer med utført aktivitet. Denne hovedtypen finansieringsmetode kan karakteriseres etter hvilken aktivitet det betales for:

- Tjenester (fee-for-service)
- Dager (per diem)
- Case-basert (pasienter; besøk, innleggelse, konsultasjon, episode)⁴

I *fee-for-service* mekanismer betales det pr utført tjeneste etter en forhåndsbestemt pris. Takstsystemet for refusjon av poliklinisk virksomhet og for fastlegene er eksempler på denne typen aktivitetsbasert finansiering. I *case-baserte* (stykkpris) ordninger betales det ikke for faktisk utførte tjenester, men for eksempel behandlede pasienter. Ordningen baseres ofte på pasientklassifiserings-systemer hvor pasientene deles inn etter diagnoser i mer eller mindre ressursmessig homogene grupper. Til hver gruppe er det knyttet en forhåndsbestemt pris. Den norske ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) er et eksempel på en case-basert finansieringsordning. Endelig tilsvarer refusjon for *liggedager* kurdøgnsfinansieringen slik den ble praktisert i Norge på 1970 tallet. I tilfeller hvor det er vanskeligere å lage diagnosebaserte pasientklassifiseringssystemer vil liggedøgnsbaserte systemer være en mulighet, og er derfor fortsatt i bruk innen psykisk helsevern.

¹ I rendyrket form.

² Som inntektsfordelingen mellom regionale helseforetak.

³ Budsjetter basert på omfang og pris på innsatsfaktorer kan også ses som en variant av faste budsjetter, f.eks. dimensjonering og finansiering basert på antall senger.

⁴ "Case" er den enheten som det knyttes pris til, det kan for eksempel være innleggelse, konsultasjon el. Det er vanskelig å finne et godt norsk ord, og vi bruker derfor det engelske ordet case i teksten.

Resultatbasert/prestasjonsbasert finansiering (Pay for performance, P4P) er en finansieringsordning som knytter betaling til oppnådde resultater (outcomes). Ofte er dette en finansieringsmekanisme som brukes i kombinasjon med andre ordninger, som en form for bonusordning, og som utgjør en liten del av den totale inntekten. Slike finansieringsmodeller har hittil vært mest brukt i USA og England (Sveriges Kommuner och Landsting 2009b).

Refusjon av påløpte kostnader er en ordning hvor det gis kostnadsdekning for alle påløpte kostnader i løpet av en periode. Modellen er i sin rendyrkede form urealistisk, men en modell hvor rammebudsjetter settes på grunnlag av historiske kostnader vil ha klare fellestrekk med en modell basert på kostnadskompensasjon. I deler av litteraturen omtales også dette som fee-for-service, men i sin rendyrkede form er dette altså en refusjon av faktiske kostnader ikke en taktsfinansiering av tjenester.

Det vil være ulike varianter av hvordan disse hovedmodellene utformes og praktiseres. Det vil derfor kunne være mer eller mindre glidende overganger mellom ulike modeller. I praksis vil man også, som vi skal se, kunne benytte kombinasjoner av disse hovedprinsippene.

1.3 Rapportens oppbygging

I avsnitt 2 gis en oversikt over finansieringssystemene i de syv landene som inngår i drøftingen. Her beskrives systemene, det redegjøres kort for motivasjonen bak dem, og det pekes i noen tilfeller framover mot planlagte endringer. I avsnitt 3 beskrives bruk av pasientklassifiseringssystemer (som DRG). Avsnitt 4 består av tre deler. Først gis en mer prinsipiell diskusjon av finansieringsmodeller og deres (forventede) effekter. Deretter knyttes disse prinsippene opp mot den faktiske utformingen av finansieringsmodeller i de syv landene. Endelig viser vi noen hovedtall fra OECD Helsedata. I avsnitt 5 gis en grundigere beskrivelse av forskjeller mellom England og Skottland. Til slutt oppsummeres og diskuteres forskjeller mellom de utvalgte landene og den norske finansierings- og styringsmodellen, erfaringer med aktivitetsbasert finansiering og fellestrekk i utviklingen av finansierings- og styringssystemene.

2 Finansieringssystemet i syv andre land – en oversikt

I dette avsnittet beskrives kort finansieringssystemet for spesialisthelsetjenester i syv utvalgte skattefinansierte land⁵. Vi skiller mellom to forhold:

- Hvordan finansieres det nivået som har ansvaret for at befolkningen får dekket sitt behov for spesialisthelsetjenester; *sørge for*-nivået?
- Hvordan finansieres de som leverer helsetjenester; *tjenesteprodusentene*?

I dette avsnittet beskrives finansieringssystemets utforming, i hvilken grad man i praksis faktisk avviker fra prinsippene i modellene diskuteres i avsnitt 4.

2.1 Danmark

i) Organisatoriske hovedtrekk

Dagens organisering av helsetjenesten i Danmark skriver seg tilbake til 2007. Da ble det etablert fem regioner som har ansvaret for spesialist og (de fleste) primærhelsetjenester. Regionene overtok ansvaret fra fjorten fylkeskommuner ("amt"). Regionene styres av politisk valgte regionråd og har i tillegg til ansvaret for helsetjenester et ansvar for regional utvikling. Overordnet finansiell og strukturell planlegging skjer på statlig nivå.

ii) Finansiering av sørge for-nivået

Et viktig element i den danske modellen er den årlige budsjettavtalen mellom staten og Danske regioner – fellesorganisasjonen for de fem regionene. Denne regulerer størrelsen på bevilgningen til helsetjenesten. Siden 2000 har det i avtalene vært lagt inn et årlig produktivitetskrav på mellom 1,5 og 2,0 %. Regionenes inntekter baseres dels på et behovsbasert tilskudd (77 % i 2010), dels på et aktivitetsbasert tilskudd (3 % i 2010), dels på et innbyggerbasert tilskudd fra kommunene (8 % i 2010) og dels på et aktivitetsbasert tilskudd fra kommunene (12 % i 2010). Rammetilskuddet fra staten omfatter kompensasjon både for forskjeller i behov for tjenester og kostnadsulemper. Budsjettstyringen er stram, i den forstand at underskudd i ett år i prinsippet skal dekkes inn påfølgende år. Den statlige aktivitetsbaserte finansieringen kommer i form av en "meraktivitetspulje"; det vil si at det oppå den generelle rammetildelingen ligger et mindre beløp som utløses dersom samlet aktivitet viser seg å være ut over planlagt aktivitet. Sammen med den kommunale medfinansieringen innebærer dette at mellom 10 og 15 % av inntektene (knyttet til somatisk aktivitet) til regionene vil være aktivitetsbestemt.

⁵ For en gjennomgang av bruk av DRG-finansiering i europeiske land se Cylus og Irwin (2010). Paris m.fl. (2010) gir en gjennomgang av en rekke kjennetegn ved organisering, finansiering og styring i 29 OECD land. Beskrivelsene er basert på survey-data og de gir ikke i alle henseender et dekkende bilde av forskjeller mellom landene.

iii) Finansiering av tjenesteprodusentene

Da de nye regionene overtok ansvaret for helsetjenester i 2007 var en del av økonomiavtalen mellom staten og Danske regioner at minst halvparten av sykehusenes finansiering skulle være basert på aktivitet. Det er imidlertid variasjoner mellom de fem regionene i forhold til hvordan finansieringsmodellen er utformet (Danske regioner 2010).

I *Hovedstadsregionen* bestemmes et prestasjonsbudsjett med utgangspunkt i DRG-verdien av planlagt aktivitet. Aktivitet ut over dette nivået finansieres (som regel) med 50 % DRG-pris, er aktiviteten lavere trekkes 50 % DRG-pris. Produktivitetskravet til regionene innarbeides i avtalen. For 2010 er det lagt et ytterligere produktivitetskrav på 1,6 % (ut over det generelle kravet på 2 %). Det er ikke noe tak på aktiviteten, men administrasjonen vil gripe inn ved store avvik. Denne modellen tilsvarer dermed i store trekk den norske modellen med unntak av at andelen aktivitetsbasert finansiering er lik 50%.

I *Region Sjælland* finansieres aktivitet opp til planlagt nivå med 70 % DRG-verdi og 30 % ramme. Ut over planlagt nivå er stykkprisandelen 55 % opp til regionens andel av den statlige meraktivitetsgrensen, deretter 10 %. Produktivitetskravet i 2010 er 3,5 %.

I *Region Syddanmark* finansieres aktivitet opp til planlagt nivå gjennom en (DRG-justert) ramme, som tar hensyn til forskjeller mellom sykehusene i produktivitet, kostnadsnivå og dekningsgrad. Ut over planlagt aktivitet varierer finansieringen etter type aktivitet. Akutte innleggelser og innleggelser på medisinske avdelinger gir i prinsippet ikke refusjon. Ambulant medisinsk behandling gis 55 % DRG-refusjon for å stimulere til økt vekt på poliklinisk behandling. Det er et samlet produktivitetskrav på 2 %, men dette differensieres mellom sykehus og etter type aktivitet.

I *Region Midtjylland* finansierer aktivitet opp til et planlagt nivå med en et budsjett basert på (regional) DRG-pris. Aktivitet ut over basisaktivitet finansieres med 50 % DRG-sats, aktivitet under basisnivå trekkes 50 %. Det settes et tak på meraktiviteten, og aktivitet ut over dette taket gir ikke inntekter. For medisinske innleggelser gis det ingen refusjon utover basisaktivitet.

I *Region Nordjylland* finansieres 70 % av planlagt aktivitet etter DRG-verdi, mens 30 % gis som en grunnbevilgning. Aktivitet ut over avtalt aktivitet finansieres med 20 % DRG, men innen særlig prioriterte områder er satsen satt til 70 % DRG.

iv) Diskusjon

Den danske strukturreformen var på mange måter inspirert av den norske helseforetaksreformen, og i stor grad motivert ut fra en ønske om å utnytte stordriftsfordeler (både medisinske og økonomiske). Den statlige meraktivitetspuljen ble introdusert i 2002. Innen fylkene var det fra 2004 en ordning med 20 % aktivitetsbasert finansiering. En nasjonal stykkprismodell, av det omfang man hadde i Norge, fikk man først i 2007. Vi ser at det er store variasjoner mellom de danske regionene i hvordan de finansierer sine sykehus. Forskjellene går både på hvor stor andel av inntektene som knyttes til aktivitet og hvordan de håndterer meraktivitet. Videre merker vi oss at man i Danmark legger et produktivitetskrav på regionene, som så i stor grad videreføres (og i noen grad også forsterkes) ned til sykehusene.

2.2 Sverige

i) Organisatoriske hovedtrekk

I Sverige er ansvaret for helsetjenesten delt mellom stat og fylke (landsting)⁶. Staten har ansvaret for den overgripende helsepolitikken, og bidrar i tillegg med generelle (inntektsutjevnerende) bidrag til fylkene. Sørge for ansvaret og ansvaret for drift av

⁶ Egentlig 18 fylker, 2 regioner og Gotland. Vi bruker fellesbetegnelsen "fylke".

spesialisthelsetjenesten ligger hos de 21 fylkene/regionene. Landstingene har også ansvar for primærhelsetjenester som ofte organiseres i "vårdcentraler" der flere offentlig ansatte profesjonelle grupper samarbeider under ett tak. Landstingene er politisk styrt gjennom valg. Det svenske systemet er basert på en politisk desentralisering, og det vil derfor være til dels betydelige variasjoner mellom fylkene/regionene hvordan man utformer og håndhever styringssystemene. Fra 2009 er landstingene lovpålagt å gi fritt valg av sykehus.

ii) Finansiering av sørge for-nivået

Landstingene finansierer vel 70 % av helsetjenestene gjennom egne skatter. I tillegg kommer overføringer fra staten. Disse er utformet slik at de kompenserer for forskjeller i behov og forskjeller i kostnadsnivå. De statlige tilskuddene består av fem elementer; inntektsutjevning, kostnadsutjevning, strukturbidrag, regionalt bidrag og et generelt tilskudd per innbygger. Det er ikke noe innslag av aktivitetsbasert finansiering fra staten til fylkene.

iii) Finansiering av tjenesteprodusentene

Det er ulike modeller i de 21 landstingene med hensyn til hvordan spesialisthelsetjenestene finansieres. I fem av 21 fylker benyttes en aktivitetsbasert finansiering for somatiske pasienter, med varierende andel DRG-finansiering. I praksis innebærer dette at det også skjer en aktivitetsbestilling, systemet blir dermed å betrakte som en kostnads-volum kontrakt. Dersom faktisk aktivitet overstiger det avtalte nivået vil det kunne være aktuelt å redusere den aktivitetsbaserte andelen under det som modellen ellers sier. Det kan også være aktuelt å benytte absolutte volumtak, det vil si at kostnader for meraktivitet ikke dekkes. Syv av fylkene benyttet i 2010 DRG-systemet i sin interne budsjettfordeling. Psykisk helsevern vil som hovedsak rammebudsjetteres. I noen tilfeller (som Stockholm) benyttes også en delvis aktivitetsbasert finansiering av psykisk helsevern, gjennom finansiering av opphold og liggedøgn. Det har tidligere vært begrensninger på private sin adgang til å drive sykehus. Disse er nå i stor grad avvirket, og det er en beslutning for hvert enkelt landsting om man vil sette kontrakter for sykehustjenester ut på anbud, eller om man vil forbeholde dette til offentlige sykehus.

iv) Diskusjon⁷

Det svenske helsesystemet er betydelig mer desentralisert enn hva tilfellet er for Norge og Danmark. Det er derfor også vanskeligere å snakke om "hvordan man gjør det i Sverige", det vil være store variasjoner i styrings- og finansieringsmodeller mellom de ulike delene av landet. Ansvarskomiteen (SOU 2007:10⁸) anbefalte i 2007 en inndeling i færre og større regioner – hver med ansvar for et regionsykehus. Komiteens forslag er imidlertid ikke fulgt opp. I Sveriges kommuner och landsting har man, på oppdrag fra regjeringen, i perioden 2007-2010 arbeidet med et større prosjekt om finansieringsmodeller for helsetjenester (Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner og Landsting 2010). Heller ikke dette arbeidet har blitt fulgt opp av noen sterkere nasjonal styring av finansieringsmodellene. Det er en rimelig tolkning av dette at lokale finansieringsmodeller i Sverige, også er et uttrykk for landstingenes styringsautonomi, og dermed på hele den svenske desentraliserte modellen. Det arbeides i flere landsting med modeller hvor både rehabilitering og psykisk helsevern vil finansieres etter DRG-liknende prinsipper.

⁷ Avsnittet baserer dels på samtaler med representanter for Socialstyrelsen.

⁸ <http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/75/20/a50fe36e.pdf>

2.3 Finland

i) Organisatoriske hovedtrekk

I Finland ligger hovedansvaret for helsetjenesten på kommunene. Det er ca 350 (2009) kommuner i Finland, median innbyggertall er om lag 6000. Kommunene har selv ansvaret for primærhelsetjenester, og leverer i hovedsak disse gjennom såkalte helsesentra. Et helsesenter består av aktiviteter som ikke nødvendigvis behøver være fysisk samlokalisert og kan levere allmennlegetjenester, rehabilitering, langtidspleie, tannhelse, enkelte spesialisthelsetjenester samt forebyggende tjenester som svangerskapskontroll, småbarnskontroll etc. Det er ingen sentrale reguleringer av hva helsesentrene skal levere, slik at innhold og utforming av et helsesenter vil variere mellom kommuner. Parallelt med kommunale helsesentral eksisterer et relativt stort marked for private leger. Disse trenger ingen etableringsavtale med kommunene, og pasientene får dekket om lag 30% av kostnadene gjennom den nasjonale sykeforsikringsordningen. Endelig er finske arbeidsgivere lovpålagt å gi sine ansatte en bedriftshelsetjeneste. På de fleste større arbeidsplasser tilbyr også bedriftshelsetjenesten kurative tjenester, og supplerer dermed de kommunale helsesentrene.

Spesialisthelsetjenester leveres i Finland av praktiserende (private) spesialister og av sykehus. Sykehusene er eid av sykehusdistrikter, det vil si sammenslutninger av kommuner. Om lag 25-30 % av all poliklinikk utføres av private spesialister. Disse inngår delvis kontrakter med kommunene, delvis med sykehusdistriktene. Det er nå 20 sykehusdistrikter; disse deler seg også inn i fem regioner sentrert rundt fem universitetssykehus. Regionene skal ikke forveksles med verken de norske regionale helseforetakene eller de danske regionene, men fyller i prinsippet samme funksjon som helseregionene i Norge før sykehusreformen.

Statens rolle er i det finske helsesystemet i hovedsak begrenset til å definere overordnede helsepolitiske mål. Styring skjer fra kommunene. Det er ikke fritt sykehusvalg i Finland, men det foreligger forslag om å innføre dette regionalt.

ii) Finansiering av sørge for-nivået

I hovedsak (om lag 60 % av inntektene) skjer finansieringen gjennom kommunale skatter. Kommunene kan selv bestemme skattenivået, og dermed regulere dette etter ønsket/faktisk utgiftsnivå. Staten yter også inntektsutjevnennde tilskudd til kommunene. Disse tilskuddene er dels bestemt av forhold knyttet til variasjoner i behov – tilsvarende inntektssystemet for regionale helseforetak i Norge – dels knyttet til størrelsen på kommunenes skatteinntekter. Det er ingen aktivitetsbasert finansiering av sørge for-nivået i Finland.

iii) Finansiering av tjenesteprodusentene

Kommunene finansierer sin andel av kostnadene i sykehusdistriktene etter relativ andel av forbruket. Det er variasjoner i bruk av modeller mellom de ulike sykehusdistriktene. I Finland benyttes også DRG systemet, men det er ikke noen nasjonal prisliste og ingen nasjonal stykkprisfinansiering. I noen av sykehusdistriktene (13/21) benyttes DRG-systemet i budsjettering av sykehusene, i andre benyttes dels egne kostnadsvekter dels en "fee for service" ordning. Et spesielt element i Finland er at selv om sykehusene inngår kontrakter med sykehusdistriktene basert på avtalt volum og kostnad, vil aktivitet ut over avtalt forbruk automatisk bli fakturert hjemstedskommunen. På denne måte blir systemet mer å betrakte som en stykkprisfinansiering uten tak, og med full refusjon for pris/kostnader.

iv) Diskusjon

Det finske helsesystemet er preget av til dels store ulikheter som i hovedsak er knyttet til de tre ulike inngangsporter som ble beskrevet over; offentlige helsesentra, private leger og

bedriftshelsetjeneste. Forsøk på endringer har i stor grad vært knyttet til å stimulere til færre og større kommuner, samt fokus på ventelister og ventetider som et redskap for å utlikne forskjeller. Det foreligger nå et nytt lovforslag som omfatter endringer i blant annet ventetidsgarantier, tiltak for større integrering av tjenester og sentralisering av høyspesialiserte funksjoner og innføring av fritt sykehusvalg. Lovforslaget er første steg i en reformering av helse og sosialtjenestene⁹. Fritt sykehusvalg vil også gi behov for et nasjonalt system for finansiering av pasientstrømmer mellom sykehusdistriktene. Det er endringer i overføringssystemet til kommunene i 2010, som blant annet omfatter sammenslåing av statsandelene til ulike sektorer, herunder helse, og kompensasjon til noen kommuner som har særskilt kostnadsulemp¹⁰.

2.4 England

i) Organisatoriske hovedtrekk

Det britiske National Health Service (NHS) omfatter både England, Skottland, Nord Irland og Wales. Systemet har imidlertid ulik utforming i de fire landene. NHS-England er et sentralstyrt system i den forstand at utforming og implementering av helsepolitikken skjer i parlamentet og helsedepartementet. Det er altså ingen lokal politisk styring av helsesektoren. Det praktiske ansvaret for å implementere overordnede prioriteringer og den økonomiske politikken er delegert til 10 regioner. Disse "strategic health authorities (SHA)" er det sentrale leddet mellom helsedepartementet og sørge for nivået. Regionene har et særlig ansvarlig for:

- Utarbeide planer for å bedre helsetjenesten i sitt område.
- Sørge for at helsetjenester leveres med høy kvalitet, og effektiv ressursutnyttelse.
- Øke kapasiteten til lokale tjenesteleverandører
- Følge opp nasjonale prioriteringer, og sikre at disse er innarbeidet i lokale planer.

Det engelske systemet har basert seg på en inndeling i administrative geografiske enheter siden 1974, men både antall, navn og – til en viss grad – oppgavene til disse har variert. Den siste endringen skjedde i 2006, hvor man reduserte antallet regioner fra 28 til 10. Motivasjonen bak denne endringen var et ønske om effektivisering og kostnadsreduksjon. Den sittende regjeringen har foreslått å avvikle de strategiske helseregionene (Department of Health 2010d).

Helseregionene har ikke sørge for-ansvar. I England er dette plassert hos 151 lokale primærhelsetjenesteorganisasjoner; "primary care trusts (PCT)". Antallet PCTer ble i 2006 halvert fra 303. Hver PCT har hovedansvaret for at befolkningen i sitt område får tilgang til de helsetjenestene de har behov for. I dette ligger:

- Sikre at det er tilgjengelige primærhelsetjenester for befolkningen innen opptaksområdet.
- Bestiller og finansieringsansvar for spesialisthelsetjenester for befolkningen.
- Koordineringsansvar for helse og sosialtjenester.

Omlag 80 % av det samlede helsebudsjettet kanaliseres i dag gjennom PCTene. Et lite antall (pt fem) av disse er såkalte "care trusts". Dette innebærer at de har et helhetsansvar for helse og sosialtjenester. Fra den forrige regjeringen var det et uttalt ønske om å øke antallet slike care trusts i framtiden, den sittende regjeringen har foreslått å fjerne også PCTene.

Innen hver PCT er det en rekke gruppepraksiser; sammenslutninger av allmennleger ("general practitioners – GP"). Det har i økende grad vært en utvikling i retning av at det samlede budsjettet innen en PCT fordeles ned på slike gruppepraksiser, samtidig som

⁹ <http://www.stm.fi/en/pressreleases/pressrelease/view/1512997>

¹⁰ http://www.kommunerna.net/k_perussivu.asp?path=255;264;15293;93924;16308;150206

bestilleransvaret også delegeres. Formelt ligger imidlertid fremdeles sørge for-ansvaret på PCTene. I den sittende regjerings forslag vil sørge for-ansvaret i framtida ligge hos gruppepraksisene.

Behandling av pasienter skjer i sykehus, som enten er organisert som "NHS-trusts", "Foundation trusts" eller "Independent hospitals". NHS trusts er tradisjonelle forvaltningsstyrte sykehus. Foundation trusts er fristilte sykehus, som fremdeles er en del av NHS, men med utvidede fullmakter og friheter. Antallet foundation trusts har vokst jevnt, fra 10 i starten i april 2004 til 130 i juni 2010. Samlet står disse for om lag halvdelen av aktiviteten innen spesialisthelsetjenesten i England. Independent sector treatment centers er private sykehus som i hovedsak driver elektiv kirurgi. Den sittende regjering har som målsetting å gjøre alle NHS-trusts om til foundation trusts.

Det har i England vært fritt sykehusvalg siden 2006.

ii) Finansiering av sørge for-nivået

Utøvelsen av sørge for ansvaret ligger altså pr i dag hos 151 primary care trusts. Disse har i gjennomsnitt et befolkningsgrunnlag på 330 000 innbyggere og mottar sitt budsjett direkte fra helsedepartementet. Fordelingen av rammer mellom PCTene skjer som en behovsjustert per capita finansiering. ("geographical capitation" jf. r avsnitt 1). Modellen bygger dermed på den samme prinsipielle tilnærming som modellen for fordeling av den ikke aktivitetsbaserte delen av inntekter til regionale helseforetak i Norge¹¹. Som i Norge justeres også budsjettet for regionale "ikke-påvirkbare" kostnader gjennom en regional kostnadsindeks "market forces factor". Det er ingen aktivitetsbasert finansiering fra staten til sørge for-enhetene.

Et annet kjennetegn ved NHS som gjelder både i England og Skottland er bruken av private investorer i finansiering av sykehusutbygginger, kalt Private Finance Initiative (PFI). Dette ble introdusert i 1992 som en måte å finansiere store investeringer uten store offentlige låneopptak. Private aktører inngår kontrakt med det offentlige om å planlegge, bygge og ofte lede nye prosjekter med ansvar for drift av ikke-medisinske tjenester. Kontraktene inngås typisk for 30 år, og det offentlige leier lokalene i denne tiden. Ordningen er omstridd¹².

iii) Finansiering av tjenesteprodusentene

Det er om lag 1600 sykehus i England. Dels styres disse direkte fra NHS, dels er de organisert som "foundation trusts", hvilket innebærer at de er egne juridiske enheter med tilhørende økonomisk og styringsmessig frihet. Fra 2002/03 innførte man i England aktivitetsbasert finansiering gjennom en ordning som fikk navnet "betaling etter resultater" - "payment by results (PbR)". Systemet innebærer at sykehusenes samlede budsjett knyttes opp mot en planlagt (bestilt) aktivitet. Aktivitetsbeskrivelsene tar utgangspunkt i en engelsk variant av DRG-systemet; Health Resource Groups (HRG). Til hver gruppe knyttes en nasjonal pris, dog med justeringer for regionale kostnadsforhold. Det er ikke anledning å avvike fra de fastsatte prisene. Systemet har så langt omfattet kun somatisk virksomhet. For psykisk helsevern er man i ferd med å implementere et pasientklassifiseringssystem for voksne. I løpet av 2010-11 skal hele landet ha implementert systemet, og fra 2013-14 er det planlagt at det skal foreligge en nasjonal prisliste også for disse gruppene. Barne- og ungdomspsykiatrien er foreløpig ikke den del av dette opplegget.

Payment by results ble først tatt i bruk for enkelte elektive pasientgrupper, og for utvalgte sykehus, men har vært i full drift for somatiske tjenester fra 2007/08. Dette innebærer at enhetsprisen dekker 100 % av forventede kostnader ved pasientbehandlingen. Enhetsprisen er basert på nasjonale gjennomsnittstall, men det er regionale variasjoner basert på

¹¹ Selv om kriteriene er noe forskjellige.

¹² Se f.eks. <http://www.bbc.co.uk/news/health-10882522>. PFI ordning er også for første gang brukt i Sverige. Et svensk-britisk konsortium har fått kontrakt om byggingen av Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus i Stockholm.

forskjeller i ikke-påvirkbare kostnader. Noen prosedyrer og enkelte dyre legemidler finansieres separat. Det inngås en avtale mellom PCTene og de enkelte sykehusene som regulerer aktiviteten det skal betales for. De er verdt å merke seg at den nasjonale enhetsprisen de senere årene har vært nedjustert med 3-3,5 % for å ta høyde for et antatt potensial for effektivisering.

England introduserte i 2009/10 finansiering basert på resultater/prestasjoner; "Commissioning for Quality and Innovation" (CQUIN). Bestillerne og produsentene kan forhandle fram at en del av inntekten skal knyttes til innfrielse av lokalt avtalte (realistiske) mål som bør dekke områdene "Patient Safety", "Effectiveness", "User experience" og "Innovation" (Department of Health 2008). I 2009/10 var rammene for CQUIN finansiering 0,5 prosent av produsentenes inntekt.

Det er fritt sykehusvalg i England, og dermed i prinsippet konkurranse mellom de ulike NHS trusts om kontrakter med PCT. I de tilfellene hvor flere PCTer inngår kontrakt med samme NHS trust legges ansvaret for kontraktsforhandlinger og kontraktsutforming på den av disse som har største andelen av volumet. Kontraktene regulerer både aktivitetsnivå og pris.

iv) Diskusjon

Hovedinnholdet i organisering og finansiering av spesialisthelsetjenesten i England kan dermed beskrives som:

- Sentral politisk styring
- Regional monitorering og fasilitering gjennom 10 helseregioner.
- Desentralisering av sørge for-ansvaret til lokale Primary Care Trusts
- Ytterligere desentralisering gjennom praksisbasert bestilling – hvor lokale praksiser får budsjett og bestilleransvar, og hvor PCT opptrer som koordinerende enheter.
- Kostnads/volum kontrakter uten faste tak, med andre ord en aktivitetsbasert finansiering – payment by results – i kombinasjon med aktivitetsbestillinger.
- Årlige produktivitetskrav fra staten gjennom endringer i enhetsprisene

Motivasjonen for systemet – slik det beskrives i dokumenter fra helsedepartementet – er knyttet til de "vanlige" helsepolitiske målsettingene: Effektivitet, valgfrihet, kvalitet, innovasjon, reduserte ventelister og lavere kostnadsvekst. Det ble framhevet at man gjennom Payment by Results gjorde det mulig for sørge for-organisasjonene å fokusere på kvalitet og aktivitet, mens produsentene (sykehusene) fikk incentiver til effektivitet.

Etter skifte av regjering sommeren 2010 står den engelske helsetjenesten foran store endringer i den nærmeste perioden. Den nye regjeringen har lansert en radikal plan for endring i NHS som, i hovedtrekk, innebærer (Department of Health 2010d):

- De strategiske regionene (SHA) legges ned
- Primary care trusts legges ned
- Budsjettansvaret overflyttes til GP-gruppepraksiser – helst bør disse dekke et befolkningsunderlag på ca 100 000 innbyggere.
- Alle sykehusene skal gjøres om til foundation trusts.

Motivasjonen er i hovedsak forenkling og mindre byråkrati. Forslagene skal ut på høring, og planlagt iverksetting er 2013. Dette innebærer store endringer i bestillerrollen og også endringer i hvordan sykehusene organiseres. Det er imidlertid ikke planlagt endringer i selve kontraktsformen, her vil man fremdeles ha en budsjetttramme som baseres på en kombinasjon av lokalt bestilt aktivitet og statlig regulert pris.

Den nye koalisjonsregjeringen legger til grunn mer desentralisering av ansvar og styring gjennom marked og mindre mål/prestasjonsstyring eller det de kaller "central micro-management". Dette skal gjøres gjennom mer fokus på kvalitet og "outcomes" og mindre fokus på prosesser (Department of Health 2010a). Dette innebærer blant annet at styring basert på målet om 18-ukers ventetid ble avvirket med øyeblikkelig virkning. Dette betyr

ikke at denne pasientrettigheten er avvirket og publisering og monitorering av ventetid vil fortsette, men målstyringen avvirkles. Finansielle virkemidler, bedre og mer transparent informasjon, markedsmekanismer gjennom fritt sykehusvalg og GP-ledet bestilling skal gjøre lang ventetid uakseptabelt. Konkurransen og pasientvalg skal være hovedmekanismene for å skape et mer effektivt, pasientsentrert og kvalitetsfokust NHS. Dette skal også reflekteres i finansieringssystemet. Intensjonen er at Pay for performance må struktureres rundt "outcomes", med mulighet for aggregering langs pasientforløp, og over tjenestesektorer, og være "benchmarked" for kvalitet og kostnader. Regjeringen skal også fortsette arbeidet med å utvikle kontraktmessige kvalitetskrav, øke antallet priser basert på beste praksis og utvide listen over såkalte "never events", dvs. hendelser som har negative konsekvenser for pasientsikkerhet og som ikke utløser betaling.

2.5 Skottland

i) Organisatoriske hovedtrekk

Dagens organisering av helsetjenesten i Skottland har sin opprinnelse i den politiske desentraliseringen som skjedde i Storbritannia i 1999. Da ble ansvaret for helsetjenesten i Skottland overført til det skotske parlamentet. Som for England er NHS-Skottland sentralstyrt; overordnede politiske styring skjer fra det skotske parlamentet, mens det utøvende ansvaret er lagt til det skotske helsedirektoratet. Administrativt er systemet allikevel desentralisert gjennom en inndeling i 14 regionale helsestyrelser (Health Boards). Disse har et overordnet ansvar for hoveddelen av helsetjenester til en befolkning på 5,1 millioner. I tillegg er det for noen tjenester nasjonale Health Boards. Systemet er kjennetegnet ved at det ikke er noe skille mellom bestiller og utfører; sykehusene styres og finansieres direkte fra de regionale helsestyrelser. NHS Scotland er dermed et *sentralisert* system med en økende grad av *politisk desentralisering* av ansvaret for planlegging, drift og oppfølging til de regionale Health Boards. Den overordnede politiske og økonomiske styringen skjer imidlertid på nasjonalt nivå. I perioden 2008/9-2010/11 ligger det et årlig effektiviseringskrav på sektoren på 2 %.

Dagens system har utviklet seg gradvis. Sentrale føringer har hele tiden vært en sterk tro på samarbeid og ikke konkurranse, bruk av offentlige løsninger framfor private og et uttalt ønske om å bygge ned skillet mellom første- og andrelinjetjenester. Foretaksmodellen ble avvirket fra 2004 samtidig som man reduserte antall sykehus fra 47 til 28. Fra 2010 er det innført prøveordninger med direkte valg av medlemmer til de regionale helsestyrelser. Disse skal sammen med representanter fra lokale myndigheter utgjøre flertallet i styrelser. Det er et krav at alle distrikter innen en region skal være representert i styret. Det er anledning til, dersom pasienten, fastlegen og sykehuset er enig, å velge sykehusbehandling i andre regioner enn sin egen. Men dette er ikke en nasjonal, lovfestet ordning. En ny lov om pasientrettigheter er foreslått i år, som blant annet innebærer lovfestet ventetidsgaranti.

ii) Finansiering av sørge for-nivået

Fordeling av inntekter til de regionale helsestyrelser skjer etter kombinasjon av befolkningens størrelse og behov for tjenester. Det kompenseres også for særlige kostnader knyttet til å levere tjenester i spredtbygde områder ("remote areas"). Modellen baseres dermed på den samme prinsipielle tilnærmingen som modellen for fordeling av inntekter til regionale helseforetak i Norge. Det er ingen aktivitetsbasert finansiering av sørge for-nivået.

iii) Finansiering av tjenesteproducentene

Sykehusene i Skottland finansieres direkte fra Health Boards gjennom rammebudsjetter. De årlige budsjettjusteringene tar i hovedsak utgangspunkt i eksisterende budsjetttrammer, ikke i faktisk eller planlagt aktivitet. Det er dermed liten sammenheng mellom budsjettene

størrelse og aktivitetens sammensetning eller nivå. Det er heller ingen klar informasjon om forholdet mellom aktivitet og kostnader¹³.

iv) Diskusjon

NHS Scotland har siden tusenårsskiftet utviklet seg svært forskjellig fra NHS England. I England har man vært opptatt av valgfrihet, effektivitet og i virkemiddelbruken åpnet for ustrakt bruk av økonomiske incentiver, alternative organisasjonsmodeller for tjenesteprodusentene og åpning for private aktører. I Skottland har fokus i sterkere grad vært på samarbeid snarere enn konkurranse, forankring i lokale verdier og liten bruk av økonomiske incentiver. Dette har man søkt å oppnå gjennom (dels) direkte valg til helsestyrene, minimal bruk av private aktører, integrerte driftsmodeller, rammebudsjettering snarere enn innsatsstyrt finansiering og et uttalt ønske om å satse på forebygging snarere enn behandling. Betoningen av samarbeid og felleskap reflekteres også i at man fra 2008 introduserte i handlingsplanen Better Health, Better Care begrepet "a mutual NHS". Befolkningen skal ikke lenger bare betraktes som brukere av tjenester men også eiere, med både rettigheter og plikter. Dette omfatter blant annet forslag til ny lov om pasientrettigheter, økt fokus på forebygging og økt lokal demokrati gjennom blant annet direkte valg (av og blant folket) av medlemmer til helsestyrene.

Det er ikke noe som signaliserer at man i nær framtid vil endre modellen vesentlig. Samtidig pekes det på at de økonomiske rammebetingelsene har vært svært gunstige i den siste 5-10 årsperioden, i likhet med England, en situasjon som neppe vil vedvare.

2.6 New Zealand

i) Organisatoriske hovedtrekk

New Zealand har gjennomgått flere større reformer de siste 15-20 årene. Dagens modell har vært virksom siden 2001. Spesialisthelsetjenesten i New Zealand er skattefinansiert, og et offentlig ansvar. En relativt høy andel av sykehusene er imidlertid private. Disse leverer i stor grad begrensede tjenester innen elektiv kirurgi og langtidspleie. Myndighetene stemmer årlig en over ramme for utgiftene til helsetjenester ("Vote for health"). Disse fordeles til 21 regionale helsestyrene ("District Health Boards (DHB)"), som har ansvar for, også for primærhelsetjenester og eldreomsorg. Fordelingen skjer etter en befolkningsbasert modell, med klare fellestrekk med inntektsfordelingen til regionale helseforetak i Norge. Det er ingen aktivitetsbasert finansiering fra staten til de regionale helsestyrene. De regionale helsestyrene ledes av et valgt styre, men det er også sentralt oppnevnte styremedlemmer (bl.a. for å ivareta hensynet til minoritetsbefolkningen – mauri). Valg av styremedlemmer skjer parallelt med lokalvalg. Sentrale myndigheter gir (brede) retningslinjer i forhold til hvilke tjenester som skal leveres fra DHBene. Det er et omfattende plansystem, på kort og mellomlang sikt, samt sentral oppfølging knyttet til et relativt spesifikt sett indikatorer.

Staten har ansvaret for finansiering av noen tjenester, inkludert deler av omsorgstjenestene blant annet for funksjonshemmede.

ii) Finansiering av sørge for-nivået

Regionene finansieres fra staten basert på befolkningens størrelse og behov. I tillegg gis kompensasjon for kostnadsforskjeller, særlig knyttet til spredtbygde områder. Det er ikke noen aktivitetsbasert finansiering fra stat til sørge for-nivået.

¹³ Audit Scotland: <http://www.scottishambulance.com/AboutUs/OurBoard/BoardPapers/PaperView.aspx?ID=559>

iii) Finansiering av tjenesteprodusentene

Sykehusene finansieres gjennom budsjetter som bestemmes på grunnlag av planlagt aktivitet. Det benyttes et pasient klassifiseringssystem med tilhørende priser. DHBene forhandler pris-volumkontrakter med sykehusene som ofte fungerer som faste budsjetter. Selv om det kan forekomme ulike lokale varianter er hovedreglen at aktivitet ut over avtalte ramme ikke finansieres. Inntekten kan variere med aktiviteten hvis måltallene ikke nås. Finansiering av poliklinisk virksomhet kan være aktivitetsbasert. Man vil finne ulike modeller med kombinasjoner av både kostnads-volum ordninger, aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering. Inntrykket er det i hovedsak er styring av aktivitet basert på budsjetter. Underskuddsdekning var mer vanlig tidligere.

iv) Diskusjon

Det har vært oppmerksomhet rundt systemet i New Zealand fordi landet har gjennomgått flere store endringer de siste 15-20 årene. Fra en periode med utstrakt tro på markeds-løsninger og bruk av private aktører har man de senere årene beveget seg mot en modell som har klare fellestrekk med (deler av) den nordiske modellen; fokus på likhet, samarbeid og klarere sentral styring. Som for de øvrige landene som beskrives i denne rapporten er det vanskelig å se utviklingen i helsetjenesten uavhengig av utviklingen i den generelle politiske maktbalansen i landet.

Det er utviklet en ny rollefordelingsmodell som blant annet trolig innebærer sterkere konsentrasjon av høyspesialiserte tjenester, med en egen finansiering gjennom "top-slice"-betaling fra DHBene som kan bli administrert sentralt.

2.7 Canada

i) Organisatoriske hovedtrekk

Canada er en føderasjon bestående av 10 provinser og tre territorier. Helsevesenet er offentlig finansiert og gir universell tilgang til helsetjenester for alle landets innbyggere. Det er en stor grad av politisk desentralisering, både til provinsene og også innen de enkelte provinsene. Provinsene har hovedansvaret for helsetjenester; de regulerer sykehussektoren, de bestemmer finansieringsformer, og er også ansvarlig for de samlede helsetjenestekostnadene. I og med at provinsene er selvstyrte er det vanskelig å snakke om en enhetlig "Canadisk" modell. Det har imidlertid vært en felles trend i de fleste provinsene i retning av en sentralisering gjennom større regioner. Som en direkte følge av dette har det også i sterkere grad blitt innført regionale inntektsfordelingsmodeller basert på behov, kostnads-strukturer og befolkningens størrelse. De føderale myndighetenes sin rolle er begrenset til å gi helsetjenester til deler av befolkningen¹⁴, samt ulike former for forebygging. Samtidig gir føderale myndigheter økonomisk støtte¹⁵ til provinsene. Til gjengjeld forholder alle provinsene seg til et sett felles prinsipper – "Canada Health Act" – som innebærer universell tilgang, offentlig styring¹⁶, tilgang på alle nødvendige tjenester og rett til tilsvarende tjenester utenfor egen provins. Spesialisthelsetjenester tilbys av både offentlige og (non profit) private sykehus.

ii) Finansiering av sørge for-nivået

Det er en statlig overføringsordning til provinsene. Fram til 2004 dekket denne både helse- og sosialutgifter, men fra 2004 benyttes en egen overføring for helse. Overføringen er øremerket, og baseres på antall innbyggere samt provinsens skatteinntekter. Det er dermed

¹⁴ Veteraner, indianere, militære og lignende.

¹⁵ Denne baseres på innbyggertall alene, og er altså ikke behovs- eller kostnadsjustert.

¹⁶ Som for eksempel innebærer at man ikke kan tilby privat forsikring for tjenester som faller inn under det offentlige systemet.

ingen kobling til behov for helsetjenester på provinsnivå. Innen provinsene finner man ulike modeller, med ulik grad av politisk og administrativ desentralisering og med ulike finansieringsmodeller herunder behovsbaserte rammer. Det har de senere årene vært en generell trend at provinsene har foretatt en resentralisering, gjerne i form av å benytte færre og større regionale helsestyrer. Det har også vært en utvikling i retning av administrativ desentralisering, gjennom oppnevnte ikke valgte styrer for helseregionene.

iii) Finansiering av tjenesteprodusentene

I Canada har man tradisjonelt benyttet en modell med rammebudsjettering. Det har vært tilfeller med lokale modeller som har hatt innslag av stykkprisfinansiering (for eksempel Ontario), men ikke i et slikt omfang at det gir mening om å snakke om en "Canadisk finansieringsmodell". Fra 2012-13 vil British Columbia som første provins innføre en modell med "patient focused spending". Modellen innebærer at man planlegger å la om lag 20 % av akutt somatisk aktivitet finansieres gjennom en stykkprisordning¹⁷.

iv) Diskusjon

Canada er en føderasjon av provinser med utstrakt selvstyre og med store forskjeller både med hensyn til utforming og organisering av helsetjenesten. Gjennom felles lovgiving og en statlig subsidiering sikres at alle provinsene har et system som bygger på de samme hovedprinsippene, men ut over dette er det vanskelig å foreta noen felles diskusjon av politikk og utfordringer i Canada. Det har vært økende interesse for pasientbasert finansiering i de senere årene (jf Canadian Medical Association 2007). Innføringen av aktivitetsbasert finansiering i British Columbia kan være begynnelsen på en trend, men lokale kilder peker også på at dårlige erfaringer med sterk sentralisering innen provinsene kan reversere den utviklingen man har sett i retning av færre og større administrative enheter innen provinsene.

¹⁷ http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2009-2013/2010HSERV0020-000403.htm

3 Oversikt over bruk av pasientklassifiseringssystemer

I dette avsnittet gis en gjennomgang av bruken av pasientklassifiserte data i hvert enkelt land.

3.1 Sammenstilling

Tabell 2 viser bruken av pasientklassifiseringssystemer i de ulike landene.

Tabell 2 Bruk av pasientklassifiseringssystemer.

Land	Pasientklassifiserings-system og grupperings-system	DRG i bruk til finansiering av sykehusene	Finansiering av innlagte og poliklinikk	Lokale eller nasjonalt fastsatte priser	Gjestepasientoppgjør med DRG betaling
Norge	NordDRG basert på ICD10	Ja	Både innlagte og poliklinikk	Nasjonale	Ja
Danmark	DkDRG basert på ICD10	Ja	Både innlagte og poliklinikk, men separate systemer	Nasjonale, men regional refusjonsandel	Ja
Sverige	NordDRG basert på ICD10	Delvis. Ingen nasjonal styring, landstinget velger finansieringsmodell, 7 av 21 landsting bruker DRG	Både innlagte og poliklinikk	Nasjonale kostnadsvekter, men landstingene bestemmer selv sitt system	Ja
Finland	NordDRG basert på ICD10	Delvis. Ingen nasjonal styring, sykehusdistrikt velger finansieringsmodell, 13 av 21 distrikt bruker DRG	Innlagte. Poliklinikk er stort sett takstbasert, men noen sykehusdistrikt har DRG-finansiering	Lokale	Ingen nasjonal ordning, men kan avtales mellom kommune og sykehusdistrikt
England	HRG basert på ICD10	Ja	Både innlagte og poliklinikk	Nasjonale, men med lokal kostnads-komponent	Ja
Skottland	HRG basert på ICD10	Nei	-	Nasjonale ved gjestepasientoppgjør	Ja
New Zealand	AR-DRG basert på ICD10	Ja (inngår i systemet Purchase Unit (PU)).	PU dekker det meste av sykehusproduksjon	Begge deler, opptil DHB om de bruker egne priser	Ja
Canada	CMG+ basert på ICD10	Nei	-	-	Nei: bilaterale avtaler mellom aktuelle provinser og territorier

De fleste landene bruker DRG eller annen type pasientklassifiseringssystemer i finansieringsøyemed i en eller annen form. Pasientklassifiseringssystemer kan bidra til større åpenhet/transparens og bedre monitorering; systemet muliggjør sammenlikninger av kostnader, produktivitet og produksjon mellom ulike sykehus eller mellom ulike land. De fleste land som her er studert har relativt like ordninger hvor det riktignok er forskjellig utforming, men mange av prinsippene er nokså like dersom DRG finansiering først er tatt i bruk. Gilardi m.fl (2009) argumenterer for at de fleste finansieringsreformer er betydelig påvirket av *resultatet* av lignende reformer i andre land, og at det er dermed en betydelig grad læring. De finner også at læringseffekten har blitt viktigere over tid.

Nedenfor gjennomgås bruken av pasientklassifiseringssystemer i landene. Styrings- og finansieringssystemene i de enkelte landene blir nærmere drøftet i avsnitt 4 og 5.

3.2 Norge

Historien om DRG i Norge er gjennomgått i notat fra Helsedirektoratet (Kindseth 2007). Arbeidet med å utvikle DRG i Norge startet ved Norsk institutt for sykehusforskning i 1984. Utvikling av et norsk DRG-system skjedde i samarbeid med DRG-miljøet ved Yale University og var basert på den amerikanske HCFA versjon 3. De første årene ble DRG benyttet som et informasjonssystem. I 1991 ble det iverksatt et stykkprisforsøk ved fire sykehus basert på DRG, og fra 1. juli 1997 ble rammefinansiering avløst av innsatsstyrt finansiering (ISF) basert på DRG-grupperte pasientdata, kostnadsvekter per DRG og årlige enhetspriser. Poliklinikk ble inkludert i ISF fra 2008, men da med egne vekter basert på det tidligere takstsystemet. Fra og med 2010 er det en felles ISF-ordning for somatisk aktivitet.

I tillegg til å danne grunnlag for den innsatsstyrte finansieringen har DRG-systemet lenge vært brukt som grunnlag for aktivitetsstyring, monitorering av aktivitets- og produktivitetsutvikling på nasjonalt og lavere nivå, og som grunnlag for å foreta sammenligninger både på sørge-for-nivået og produsentleddet blant annet gjennom de årlige SAMDATA-publikasjonene.

3.3 Danmark

DRG-systemet ble tatt i bruk som informasjonssystem i 1995, altså før det ble brukt i finansieringssammenheng. DRG ble opprinnelig innført for å sammenligne sykehusproduksjon og sykehusproduktivitet til benchmarkingsformål hvor ønsket var å få mer helse ut av pengene (Ankjær-Jensen et.al. 2006). DRG fra 2000 brukt som grunnlag for gjestepasientoppgjør og knyttet til oppgjør ved fritt sykehusvalg. Da begynte også den første begrensede bruken av DRG til finansiering av sykehus.

I dag benyttes DRG-systemet «DkDRG» i Danmark. DkDRG er en videreutvikling av NordDRG og har to deler, et system for innlagte, og en egen for poliklinikk (ambulant; DAGS). DkDRG grupperer både somatikk og psykiatri, men psykiatriske sykehus er foreløpig ikke DRG-finansiert. DkDRG som system eies og videreutvikles av Sundhedsstyrelsen. Systemet er utviklet i nær kontakt med spesialister innen hver enkelt fagdisiplin med den begrunnelsen at det gir høyere legitimitet i tjenesten for systemet. Private sykehus forholder seg også til forhandlede priser basert på DRG, men bruker ikke DRG-systemet på samme måte som offentlige sykehus og den avtalte prisen er ofte lavere enn hva den offentlige DRG-taksten er (hope 2006, Christoffersen og Bo Larsen 2009). Finansieringen knyttet til DRG inkluderer kostnader til forskning og utdanning, langtidsliggere har ekstra finansiering, men kapitalkostnader holdes utenfor (hope 2006, Christoffersen og Bo Larsen 2009).

DRG blir benyttet både i aktivitetsstyring, som informasjonsgrunnlag, til benchmarking og prising og finansiering. Det er ustrakt brukt lokalt til styring i sykehus. De siste årene har det vært mer systematisk måling og sammenligning av produktivitet på land-, region- og sykehusnivå som blant annet publiseres via internettsiden Sundhet.dk.

3.4 Sverige

Sverige har, som presentert over i avsnitt 2, desentralisert ansvar og drift for sykehusene til fylkene. I fylkene står landstingene fritt til selv å velge organisering og finansieringsløsninger. Det er derfor ikke overraskende at DRG ikke ble innført i hele Sverige samtidig. Stockholm var det første landsting som tok i bruk DRG i 1992. Det uttalte formålet var å forbedre produktivitet, bedre pengebruken, større transparens samt åpne for en bestiller/utfører-modell.

Landstingene i Sverige velger selv hvordan og i hvor stor grad DRG-systemer skal brukes til ulike formål. DRG har dermed hele tiden hatt en desentralisert bruk og utvikling, og først i 1999 ble CPK (Centrum för patientklassificering) opprettet for å vedlikeholde og utvikle den nordiske versjonen av DRG (NordDRG) og å utvikle nasjonale standarder for klassifikasjonssystemer (Heugren 2002). CPK er tilknyttet Nordic Casemix Centre som vedlikeholder NordDRG, mens CPK selv administrerer den svenske tilpasningen av systemet. DRG-versjonen som benyttes i Sverige er en nasjonal tilpasning av NordDRG. Versjonen i bruk er såkalt "full drg" som grupperer både innlagte pasienter og poliklinikk. Både somatikk og psykiatri er DRG-gruppert, men det er foreløpig ingen finansiering knyttet til DRG-systemet i psykiatri i noen av landstingene.

De ulike landstingene har valgt helt ulik tilnærming til hvordan DRG-systemet skal brukes i forbindelse med sykehus og finansiering (Lundberg & Rydnert 2003, Socialstyrelsen 2010). Hope (2006) grupperer landsting i fire ulike typer:

- 1) Landsting som har DRG finansiering for de fleste tjenester
- 2) Landsting som bruker enten DRG som finansiering kun for gjestepasienter, eller for kun noen utvalgte sykehus
- 3) Landsting hvor DRG kun er brukt for oppfølging og analyse, samt eventuelt beregning case-mix
- 4) Ikke bruk av DRG i det hele tatt

DRG-systemet inneholder ikke kostnader til forskning og undervisning, men inkluderer kapitalkostnader. DRG-systemet brukes ikke bare til finansiering, men like mye for å beskrive produksjonen da det er mye brukt til benchmarking og generell helsestatistikk, se for eksempel Sveriges Kommuner och Landstings publikasjoner kalt Öppna jämförelser (2009, 2010a). Öppna jämförelser lages på en rekke sektorer. Öppna jämförelser for sykehussektoren (Sveriges Kommuner och Landsting 2009) presenterer sammenligninger mellom fylkene på 124 ulike indikatorer; blant annet kostnader per DRG-poeng, pasienttilfredshet, ventetider, helsetilstand, kostnader og mange sykdomsspesifikke indikatorer.

3.5 Finland

DRG-systemet ble tatt i bruk som informasjonssystem i sykehus i Finland på 1980-tallet, men kom først i utstrakt bruk utover 1990-tallet (Mikkola m.fl. 2001). Siden 1988 er all aktivitet for innlagte pasienter DRG-gruppert. For finansieringsformål tok enkelte sykehusdistrikt i bruk DRG i 1997. I løpet av de påfølgende år fulgte flere sykehusdistrikt (hope 2006, Mikkola m.fl. 2001). DRG brukes ikke direkte til finansiering ved alle sykehus. 13 av 21 sykehusdistrikt i Finland bruker DRG til finansieringsformål, men det varierer i noen grad hvilke tjenester som er omfattet av finansieringen.

Forskning og utdanning er separat finansiert, men ikke fullt ut, derfor antas det at noe forskning og utdanning finansieres indirekte gjennom DRG. Langtidsliggere har ikke ekstra finansiering innen selve DRG systemet, men kan få ekstra tillegg for antall liggedager (varierer fra sykehus til sykehus) mens investeringskostnader er inkludert i systemet (hope 2006). Finland har, som Sverige og Norge, et DRG-system som er en nasjonal tilpasning av NordDRG. Ansvarlig er Nordic Casemix Centre som drives fra Finland. Det er ikke sentralisert valg av type grupper, så noen finske sykehus har tatt i bruk full grupper (som grupperer

både innlagte, dagbehandling og poliklinikk), mens de aller fleste bruker "klassisk" grupper som ikke grupperer poliklinikk.

DRG brukes som grunnlag for benchmarking, evalueringer, i utviklingsarbeid og forskning (Häkkinen og Linna 2005). Data og informasjon fra klassifikasjonssystemet brukes omfattende til styring innen administrasjon og sykehusdistrikt. Det finnes et nasjonalt system for sammenligning og benchmarking av ulike sykehusdistrikt og private sykehus (hope 2006; Linna og Häkkinen 2008; Häkkinen 2010). Dette ble startet som et eget prosjekt Hospital Benchmarking project initiert av STAKES i 1996. PERFECT prosjektet har siden 2004 brukt pasientdataene til evaluering av kvalitet og effektivitet. Det presenteres register-baserte indikatorer både på region og sykehusnivå. Helsedepartementet (The Ministry of Social Affairs and Health) bruker denne informasjonen aktivt i strategisk planlegging (Häkkinen 2010). Det er også omfattende helsetjenesteforskning basert på bruk av DRG-data. På grunn av oversikt over skadeomfang i pasientdata er det blant annet opprettet en skatt for forsikringsselskap som skal betale for disse skadene (50 mill EUR).

Det eksisterer i Finland ikke noen sentral ordning for gjestepasientoppgjør mellom sykehusdistriktene. Kommuner står fritt til selv å velge hvilket sykehusdistrikt de tilhører og kjøper tjenester fra (Vuorenkoski 2008). Men siden alle kommuner står økonomisk ansvarlig for sitt tilknyttede sykehusdistrikt er det svært sjelden det forekommer behandlinger utenfor pasientens opprinnelige sykehusdistrikt (Järvelin 2002). Som følge av at hvert sykehusdistrikt selv velger sin tilpasning til DRG systemet, er det ikke åpenbart hvilke priser kommunene kan forholde seg til. Markedet for kjøp fra flere sykehusdistrikt er dermed ikke godt. Det er planlagt endringer i lovverk når det gjelder pasienters rettigheter til valg av sykehus, men det er ikke klarlagt hvordan betalingen da skal være håndtert (Häkkinen 2010).

3.6 England

I England ble deres variant av DRG, Healthcare Resource Group (HRG), innført i 1994. Det eksplisitte formålet var å få en bedre oversikt over sykehusaktivitet, primært for lokal styring – men også for å overvåke og måle sykehusaktivitet fra sentralt hold. Etter hvert ble HRG også tatt i bruk til finansiering (i 2003/2004). *National Health Service Information Authority* er eier av HRG-systemet i England. HRG bruker, som de andre systemene som beskrives i rapporten, diagnoser fra ICD10. Imidlertid er det i HRG systemet langt større fokus på de prosedyrer som hver utskrivning er kodet med.

I bruken av HRG til finansiering skal undervisning holdes utenfor. Poliklinikk finansieres i egne HRGer. Medisiner og medisinsk utstyr er del av HRG-kostnadene, men enkelte høykostmedisiner og utstyr holdes utenfor. Langtidsliggere har ekstra finansiering. Psykiatri blir foreløpig ikke HRG-gruppert, men det foreligger planer om å utvide Payments by Results til å omfatte Mental Health. Dette er foreløpig under implementering og forventes å være et nasjonalt system i løpet av 2013/2014. I anledning PbR for psykiatri blir alle pasient-behandlinger gruppert i en av 21 ulike grupper, hvor hver gruppe har egen pris (Department of Health 2010b)

Finansieringssystemet i England avviker fra det norske ved at det er en annen bruk av kostnadsvekter; her forsøkes kalkulering av regionale priser (market forces factor) i tillegg til gjennomsnittskostnader per HRG. Mens ISF-refusjonen i Norge er basert på en kombinasjon av relative kostnader (vekter) og en enhetspris fastsatt årlig av staten, settes refusjonen i England på grunnlag av faktiske beregnede gjennomsnittskostnader.

HRG-datene brukes aktivt i aktivitetsstyring og monitorering. Det brukes også i informasjons- og statistikkformål, og i stor grad i helsetjenesteforskning.

3.7 Skottland

I Skottland har *The Scottish Government's Health and Wellbeing Directorate* ansvaret for helsepolitikk og finansiering av helsetjenester. Skottland bruker samme

pasientklassifiseringssystem som England; Healthcare Resource Group (HRG), men bruker det kun til informasjons- og statistikkformål, ikke til finansiering. Unntaket er betaling for gjestepasienter (døgn- og dagpasienter) mellom de ulike Boards, som betales etter en pris (tariff) per HRG (Wikipedia NHS Scotland 2010, NHS Scotland Resource Allocation Committee 2010).

Det finnes flere pågående benchmarkingsprosesser, blant annet Balanced Scorecard og nettverktøy som analyserer variasjon i "performance" mellom NHS Boards, sykehus og avdelinger (NHS Scotland 2010).

3.8 New Zealand

New Zealand startet tidlig (1995) med bruk av DRG (Raymont 2006), og benyttes en Australsk tilpasning av både ICD og DRG (AR-DRG¹⁸). DRG inngår i systemet med Purchase Unit (PU)¹⁹ som er et klassifikasjonssystem som brukes for å få lik måling av like tjenester for å kvantifisere og prise tjenester som sykehusene leverer. Nasjonale benchmarkpriser settes av helseministeriet. Nasjonal PU erstatter ikke lokale avtaler, det vil si at DHBene selv kan velge om de vil benytte lokale PUer. Det er tilsynelatende en sterk sentralisering av styring i New Zealand selv om produksjonen og deler av styringen er desentralisert til District Health Boards, så skjer aktivitetsstyring sentralt av Ministry of Health som overvåker produksjonen og bestemmer det samlede budsjett. I New Zealand bestemmes størrelsen på budsjettene til sykehusene i stor grad basert på antallet DRG og DRG-vekter, men dette sier kun noe om det totale budsjettet, det er i liten grad variabel stykkprisfinansiering slik som i Norge (Asthon et al 2004). Betaling for gjestepasienter ("inter-district flows") bestemmes av Ministry of Health (Ettelt et al 2007a). Modellen for finansieringen av sykehusene har vært mer eller mindre uendret de siste 15 år.

Siden New Zealand og Australia har mange felles systemer og strukturer finnes det en omfattende forskningslitteratur som sammenligner ulike deler av helsetjenestene i de to landene med hverandre. Alle District Health Boards i New Zealand leverer også benchmarkdata som brukes til sammenlikninger med Australske sykehus (Squires 2010). Frem til 2008 har DRG systemet i New Zealand vært basert på Australske kostnadsvekter (Statistics New Zealand 2010).

Det er utstrakt sentral monitorering og benchmarking av sykehus i New Zealand, som for eksempel den kvartalsvise rapporten DHB Hospital Benchmark Information Report²⁰ (Ministry of Health 2010) og Health and Independence Report (Ministry of Health 2008).

3.9 Canada

Canada var tidlig ute med å ta i bruk DRG (Canadian Institute for Health Information 2004) og nærheten til USA kan være en grunn til dette. Canada tok i bruk en tilpasning av DRG-systemet kalt Case Mix Groups, CMG, allerede i 1983. Formålet var da å forbedre sammenlignbarhet av nasjonale helsedata, bedre sammenhengen mellom diagnose og liggetid, og å lage et system for forbruksstyring basert på Canadiske helsedata.

Systemet som drives i dag kalles CMG+ og tar utgangspunkt i ICD10, men i motsetning til de andre systemer har dette systemet også informasjon om alvorlighet/kompleksitet knyttet til hvert opphold (Perry & Homan 2009). Dette i motsetning til NordDRG hvor kompleksitet oppfattes og tolkes som tilstedeværelse av spesifikke tilstander ved enkelte behandlinger som da gir gruppering til andre DRG, i kontrast til at kompleksitet er en dimensjon/egenskap ved hver enkelt DRG. I tillegg er CMG-systemet gruppert etter den diagnosen som har mest betydning for liggetiden ved sykehuset, og ikke den diagnosen som forårsaket innleggelsen.

¹⁸AR-DRG har vist seg å være en tilsynelatende vellykket implementering av DRG som også har blitt «eksportert» til Tyskland.

¹⁹ <http://www.nsfl.health.govt.nz/apps/nsfl.nsf/pagesmh/167?Open>

²⁰ Avviklet i 2010, se avsnitt 4 .3.8.

DRG systemet brukes ikke til finansiering i Canada bortsett fra i Ontario. DRG brukes mest til overvåkning og lokal styring. Canadian Institute for Health Information samler statistikk fra flere kilder og utgir årlig flere rapporter. Blant annet eksisterer det pasient- og kostnads-databaser tilgjengelig på alle nivå (sykehus, region, provins, territorium og nasjonalt nivå) med en rekke pasientrelaterte indikatorer; som for eksempel kostnader per vektet case, forventet liggetid per case justert for både alder og kompleksitet (Perry & Homan 2009, Johnson m.fl. 1998).

Gjestepasientoppgjør, "out of province" og "out of territory", betales av den provins/territorium som pasienten opprinnelig kommer fra. Dette er regulert gjennom en rekke avtaler mellom hver enkelt provins og territorium. Det benyttes ikke DRG klassifiserte data her, men takster og liggedagsrefusjon (Canadian Institute for Health Information 2007b, 2010b).

4 Drøfting av de ulike finansierings-systemene

4.1 Typologisering av finansieringssystemer

Finansieringssystemer kan klassifiseres og beskrives på ulike måter. To dimensjoner er viktige i forhold til diskusjon av insentiveffekter; faste versus variable systemer og prospektive versus retrospektive systemer (Jegers m.fl. 2002).

Faste versus variable finansieringssystemer

Skillet mellom fast og variabel finansiering er knyttet til forholdet mellom *aktivitet* og inntekter. Dersom det ikke er sammenheng mellom aktivitetsnivå og inntekter betegnes systemet som fast, dersom inntekten øker med aktivitetsnivå betegnes systemet som variabelt. I praksis vil ulike finansieringssystemer kunne plasseres langs en skala, fra (fullt ut) fast til (fullt ut) variabelt, hvor ytterpunktene er rendyrket rammefinansiering og rendyrket aktivitetsbasert finansiering. Hvor på skalaen et system ligger avhenger av andre kjennetegn ved systemet knyttet til ansvarsforhold, kontraktsutforming, aktivitetskontroll mv. For eksempel vil et system med avtalt aktivitet, som på papiret er fast, i praksis være variabelt dersom aktivitet ut over avtalt aktivitet refunderes. Eksempler på dette er systemet i England, samt i noen av de danske regionene.

Retrospektiv vs prospektiv finansiering

Skillet mellom prospektive og retrospektive finansieringsordninger er knyttet til sammenhengen mellom inntekter og *kostnader*. I et prospektivt system vil budsjetttrammene eller priser(enhetsrefusjon)/takstsystem være gitt på forhånd (ex ante), og det er ingen direkte kobling mellom kostnadsnivå og inntekter (selv om det kan være det mellom aktivitet og inntekter). I et retrospektivt system vil kostnadene (helt eller delvis) bli dekket på etterskudd (ex post).

Skillet mellom prospektive og retrospektive finansieringsordninger henger selvsagt også sammen med karakterisering av systemet med hensyn til om det er fast eller variabelt. Et retrospektivt system er alltid variabelt, men et prospektivt system kan både være fast og variabelt. Et finansieringssystem kan være mer eller mindre uttalt prospektivt/retrospektivt. Et system som er prospektivt ex ante (eller på papiret) kan i praksis være et retrospektivt system med (helt eller delvis) kostnadsdekning ex post.

Skillet mellom et prospektivt og et retrospektivt system kan knyttes til hvem det er som bærer økonomisk risiko. Betaler bærer all risiko i et retrospektivt system, mens risikodelingen i et prospektivt system avhenger av om det er et fast eller variabelt (aktivitetsbasert) system. I et fast system bærer produsent (evt sørge for-nivået i relasjon til

staten) den økonomiske risikoen, mens betaler og produsent deler risiko i et variabelt system²¹.

I tabell 3 har vi klassifisert de ulike finansieringsmodellene som ble beskrevet i avsnitt 1 i henhold til dimensjonene fast-variabel og prospektiv-retrospektiv, samt etter basis for finansieringen, jf. Jacobsson (2007). Modellene er også ulike i hvilken grad de baseres på finansielle insitamenter som motivasjon for adferd. Modeller som knytter finansiering mot aktivitet eller prestasjoner legger opp til ekstern motivasjon for å påvirke adferd, mens rammebudsjetter ikke gir denne typen eksterne motivasjonsfaktorer og baseres derfor i større grad på intern motivasjon²² (ibid).

Tabell 3 Typologisering av finansieringsmodeller

Variabel			Fast		
Retrospektivt	Prospektivt		Retrospektivt	Prospektivt	
Aktivitet/ kostnad	Aktivitet	Resultat	Periode	Periode	Befolkning/ individ
Refusjon av påløpte kostnader.	Fee-for-service	Pay for performance, P4P	Finnes ikke i rendyrket form.	Budsjetter basert på forventet ressursbehov.	Capitation
F eks fee-for-service der produsent selv regulerer pris.	Per diem				Objektive kriterier
Budsjetter basert på prisjusterte historiske kostnader.	Case-basert (feks DRG)		Men rammer basert på historiske kostnader vil ha et retrospektivt innslag	F eks kostnad-volum	

4.2 Incentiveeffekter for ulike systemer

I henhold til litteratur om insentiveffekter av ulike typer finansieringsmekanismer (for eksempel Jegers m.fl. 2002, Langenbrunner m.fl. 2009) gir retrospektive systemer insitamenter til aktivitets- og kostnadsøkninger, prospektive og variable system gir, så lenge det er kostnadsdekning på marginen, insentiv til aktivitetsøkning og kostnadsreduksjon, mens prospektive og faste systemer gir insentiv til kostnads- og aktivitetsreduksjon. I denne litteraturen tas det (ofte implisitt) som utgangspunkt at produsentene har maksimal profit som motivasjon for atferd. Dette er en snever forutsetning, i alle fall for aktører i offentlig sektor. Her vil andre forhold som for eksempel aktivitetsnivå, kvalitet, slakk, interesserepresentasjon, prestisje, størrelse, selvpopholdelse og risikoaversjon kunne være like relevante motivasjonsfaktorer (Newhouse 1970, McGuire 1985, Mueller 1989, Wintrobe 1997). Det vil også kunne være motstridende målsettinger innad i, for eksempel er sykehus.

Generelt vil det være vanskelig å gi entydige vurderinger av insentiveffekter i ulike finansieringssystemer uten å kjenne hva som motiverer aktørene i helsetjenesten, både på sørge for-nivået og i produsentleddet. Vurderingene i avsnittene nedenfor må leses i lys av dette.

²¹ Siden aktiviteten ikke vil være kjent *ex ante*

²² Det vil selvsagt være andre typer eksterne motivasjonsfaktorer i styringssystemet også med rammebudsjetter, f eks krav til budsjettbalanse og evt. målstyring etc,

4.2.1 Kostnadseffektivitet

Aktivitetsbaserte systemer gir incentiv til å redusere kostnadene per aktivitetssenheter. En måte å se dette på er å anta at sykehusene vil ønske høyt nivå på behandlingsaktivitet og på det vi kan kalle k-aktiviteter. K-aktivitetene vil være kostnadsdrivende og kan være kvalitetsfremmende tiltak, kompetanseheving, osv. Med aktivitetsbasert finansiering vil det bli relativt rimeligere å øke aktiviteten og relativt dyrere å øke k-aktivitetene. Dermed vil vi vente at kostnaden pr aktivitetssenheter går ned, med andre ord at kostnadseffektiviteten øker. Med (felles) DRG-priser basert på gjennomsnittskostnader vil også sykehus som har høyere kostnader enn gjennomsnittet pådra seg underskudd (Jacobsen 2010).

Insentiveffektene av ulike finansieringssystemer avhenger altså av hva som motiverer produsenten. Aktivitetsbaserte systemer gir eksterne, finansielle insitamenter til økt kostnadseffektivitet som ikke ligger i systemer med faste rammer. Egenskapene til systemet vil også påvirkes av eierskap og kontraktsform, og i hvilken grad underskudd/overskudd må dekkes inn/kan beholdes av produsentene (hvem bærer økonomisk risiko). Et prospektivt system vil i utgangspunktet virke effektivitetsfremmende. Et retrospektivt system vil virke motsatt; ingen insitamenter til å holde igjen på kostnadene så lenge de dekkes (Newhouse 1989).

4.2.2 Aktivitetsnivå/tilgjengelighet

Aktivitetsbaserte systemer gir incentiv til aktivitetsøkning, så lenge marginalinntekten er større enn marginalkostnaden. Hvorvidt dette gir høyt aktivitetsnivå og dermed god tilgjengelighet samlet sett avhenger av størrelsen på enhetsrefusjonen. Dersom enhetsrefusjonene er "høy" så vil det stimulere til høy aktivitet og også til potensielt overforbruk av sykehustjenester (Newhouse 1989). *Rammefinansiering* gir ikke isolert sett incentiv til aktivitetsøkning, og uten nærmere spesifisering av forventet aktivitetsnivå vil det kunne bidra til (for) lavt aktivitetsnivå. *Retrospektive* systemer har egenskaper som generelt sett bidrar til høy aktivitet og god tilgjengelighet i og med at påløpte kostnader refunderes, og slik sett legges det til rette for etterspørselsdekning.

I tillegg til dimensjonene fast/variabel og prospektiv/retrospektiv vil hva som refunderes også ha betydning for insentivegenskapene ved finansieringssystemet med hensyn til hvilken type aktivitet som stimuleres. Et system som refunderer antall besøk/innleggelser (f.eks. DRG-systemet) vil ha insentiver til å øke antall besøk/innleggelser og redusere kostnadene per besøk f.eks. gjennom antall og type tjenester som utføres, eller gjennom redusert liggetid og flere innleggelser per pasient. Et system som refunderer antall dager vil ikke ha sammenhengende insitamenter til å korte ned liggetiden som et system basert på antall opphold. Refusjon av utførte tjenester (fee-for-service) vil ha insentiver til å øke produksjonen av refunderte tjenester og redusere andre kostnader relatert til tjenestene (tidsbruk, materialer). Et system med budsjetter uten spesifikke aktivitetskrav, f.eks. befolkningsbaserte systemer, vil kunne gi insitamenter til lavere aktivitetsnivå f.eks. gjennom å begrense antall innleggelser.

Tilgjengelighet til helsetjenester har, når finansieringen og organiseringen av tjenester er regionalisert eller desentralisert, også en geografisk dimensjon. Utforming av finansieringsmodellen for sørge for-nivået vil ha betydning for den geografiske fordelingen av ressurser, og kan på ulike måter omfatte mekanismer som tar høyde for regionale forskjeller i behov og produksjonskostnader.

4.2.3 Kostnadskontroll

I prinsippet vil et system med *rammefinansiering* gi god kostnadskontroll. Et *aktivitetsbasert finansieringssystem* vil være mindre forutsigbart fordi systemet stimulerer til aktivitetsøkning og dermed også gir dårligere kontroll over de totale kostnadene. *Retrospektive* finansieringssystemer gir få insitamenter til kostnadskontroll.

Dersom det gis tilleggsbevilgninger ved kostnadsoverskridelser (alternativt økte rammer påfølgende år), vil et rammesystem i praksis være variabelt/retrospektivt. Beslutningen om tilleggsbevilgninger vil ikke være institusjonalisert, men begrunnes særskilt fra gang til gang.

Dermed frikobles den faktiske kostnadsutviklingen i noen grad fra egenskapene til finansieringssystemet.

I utgangspunktet vil vi altså anta at *aktivitetsbasert finansiering* gir dårligere kostnadskontroll enn *rammebudsjettering*. Det er imidlertid to forhold som kan modifisere dette noe. For et første kan aktivitetsbasert finansiering bidra til demping av kostnadsvekst gjennom bedre kostnadseffektivitet, for det andre kan aktivitetsbasert finansiering kombineres med et aktivitetstak, og dermed likestilles med rammebudsjettering. Variable systemer som refunder tjenester er trolig mer ekspansive enn systemer som er case-basert (Langenbrunner m.fl. 2009)

I hvilken grad finansieringssystemet bidrar til kostnadskontroll vil avhenge både av hvordan sørge for-nivået finansieres og hvordan produksjonsleddet finansieres. Et system kan basere seg på rammefinansiering av sørge for-nivået og samtidig ha aktivitetsbasert finansiering av produksjonsleddet. I utgangspunktet skal da de totale kostnadene på nasjonalt nivå være bestemt, og slik sett gi god kostnadskontroll. Graden av kostnadskontroll vil imidlertid avhenge av både hvordan sørge for-nivået håndterer kostnadsvekst hos tjenesteprodusentene, og i hvilken grad de vil være i stand til å velte en eventuell merkostnad over på et høyere nivå. Igjen vil det altså være slik at graden av styring vil være vel så viktig for evnen til å kontrollere kostnadene, som selve utformingen av finansieringssystemet.

4.2.4 Prioriteringseffektivitet

Prioriteringsbeslutninger styres selvsagt av mange andre forhold enn finansieringssystemet. En viktig egenskap ved et finansieringssystem er imidlertid i hvilken grad det kan sies å være *prioriteringsnøytralt*. I et prioriteringsnøytralt system vil forholdet mellom inntekt og kostnad (på marginen) være det samme for alle pasientgrupper. Dersom så ikke er tilfelle vil vi kunne få situasjoner hvor enkelte pasientgrupper vil kunne framstå som mer (eller mindre) "lønnsomme". Samtidig er det viktig å ha i mente at tjenesteprodusentenes tilpasning til finansieringssystemet vil avhenge av hvilke målsettinger de har. En aktør som er overskuddsmaksimerende vil i større grad kunne forventes å fokusere på lønnsomme pasientgrupper enn en aktør som har en mer sammensatt målsetting.

Et *rammefinansieringssystem* uten aktivitetskrav er i utgangspunktet prioriteringsnøytralt. Prioritering mellom (og innen) pasientgrupper avhenger av hva som motiverer produsentene. I et *aktivitetsbasert system* ligger det potensielt insitamenter til aktivitetsvridning dersom forskjellen mellom refusjon og kostnad varierer mellom og innad i pasientgruppene. Selv om det etterstrebes lik gjennomsnittsdekning for alle hovedgrupper (DRGer) vil det likevel være forskjeller i behandlingskostnader innad i en gruppe (DRG). Dette kan gi et insitament for produsenten til "fløteskumming"; det vil si å velge de "enkleste" pasientene og velge bort de mer kompliserte pasientene.

Aktivitetsbasert finansiering for noen pasientgrupper og ikke for andre pasientgrupper kan også påvirke prioriteringene mellom pasientgruppene når disse finansieres innen samme budsjettrammer.

4.2.5 Kvalitet

Generelt vil kvalitetsnivået i et system avhenge av hva som motiverer produsentene. I et *rammefinansieringssystem* vil for eksempel økt slakk kunne tas ut på bekostning av kvalitet eller alternativt redusert aktivitet. Fordi det i *aktivitetsbasert finansiering* ligger økonomiske insentiver som kan påvirke sykehusenes atferd er det stort fokus på mulige, spesielt uønskede, effekter på kvalitet og prioritering (Scheller-Kreinsen m.fl. 2009). Hvordan aktivitetsbasert finansiering isolert sett påvirker kvaliteten vil henge sammen med hva det er som refunderes. Refusjon av tjenester/aktiviteter gir insitament til økt tilbud av tjenester/aktiviteter til pasienten, og kan isolert sett bidra til god kvalitet. På den annen side vil potensielt overforbruk ikke nødvendigvis virke kvalitetsfremmende. Refusjon for opphold som ikke er knyttet til hvilket tilbud pasienten faktisk får i løpet av oppholdet, som i DRG-

baserte eller andre lignende pasientklassifiseringssystemer, kan på den annen side gi insitamenter til underforbruk av tjenester og lavere kvalitet, inklusive for tidlig utskrivning og med potensial for økt antall reinnleggelser. Spesielt gjelder dette dersom finansieringssystemet ikke er kostnadsnøytralt. Mens ett fee-for-service system altså kan stimulere til overforbruk av tjenester (per pasient) kan et case-basert system ha motsatt effekt, altså stimulere til underforbruk eller svekket kvalitet.

Aktivitetsbasert finansiering kan også påvirke sykehusenes praksis når det gjelder registrering av medisinske og andre opplysninger i pasientdataene, for eksempel økt registrering av bidiagnoser, når det gir økte inntekter (Cylus og Irwin 2010). Slike registreringsendringer (DRG-kryp) er i seg selv ikke nødvendigvis negativt, og trenger ikke innebære at det gis feilopplysninger. DRG-finansiering gir større oppmerksomhet på registrering som også kan bidra til mer korrekte opplysninger og bedre kvalitet på data som registreres.

Aktivitetsbasert finansiering for noen tjenester/behandlingstyper og ikke for andre kan også påvirke tjenestesammensetningen. Det samme gjelder dersom prissystemet ikke er kostnadsnøytralt. Dette kan ha negative effekter på kvalitet hvis det bidrar til at pasienter ikke gis den rette eller god nok behandling. Variable system kan også brukes aktivt til å stimulere kvalitet og prioriteringseffektivitet gjennom design av systemet og prissetting. Samme pris på dagbehandling og døgnbehandling har blitt brukt aktivt for å stimulere til overgang fra døgn- til dagbehandling.

I mange tilfeller bidrar innføring av aktivitetsbasert finansiering til økt fokus på kvalitet og kvalitetsmålinger for å monitorere utvikling og motvirke insitamentene til atferd som virker negativt på kvalitet. Prospektive aktivitetsbaserte systemer kombinert med fritt sykehusvalg kan også bidra til økt kvalitet dersom sykehusene forventer at dette bidrar til å gjøre de mer attraktive i konkurransen om pasienter. Dette forutsetter at det er grunnlag for reell konkurranse om pasienter.

Formålet med resultatbaserte systemer (P4P) er nettopp å stimulere til effektive og kvalitativt gode tjenester. En utfordring med resultatbaserte systemer er knyttet til å måle kvalitet eller resultat av tjenestene (outcomes). Finansieringen knyttes derfor til ulike delmål og som også ofte er mer knyttet til prosesser enn faktiske resultater. En annen utfordring med resultatbasert finansiering er at det kan gi stort fokus på de dimensjonene som måles og finansieres på bekostning av andre som ikke omfattes av finansieringssystemet (Smith m.fl. 2008).

Finansieringssystemer som er kjennetegnet ved at produsenten bærer den økonomiske risikoen ved kostnadsoverskridelser (prospektive system) vil kunne i større grad gi insitament til kostnadsreducerende tiltak som svekker kvaliteten eller gi insitament til å forsøke å unngå å ta mot (kostnadskrevene) pasienter enn i retrospektive systemer.

4.2.6 Oppsummering - insentiveffekter

Diskusjonen om insentiveffekter er oppsummert i tabell 4 nedenfor. Det er generelt en utfordring å gjøre en enkel karakterisering av egenskaper ved finansieringssystemer fordi insentiveffekter også avhenger av andre kjennetegn ved styringssystemet og også antakelsen om hva som motiverer atferd.

Tabell 4 Oppsummering av insentiveffekter*.

	Prospektiv		Retrospektiv
	Fast	Variabel	
Aktivitet/tilgjengelighet	-	+	+
Produktivitet (kostnadseffektivitet)	- / + **	+ ***	-
Kostnadskontroll	+	-	-
Prioriteringseffektivitet	0 / - **	-	0
Kvalitet	0 / - **	- ****	+

* 0/+/- indikerer henholdsvis ingen, positiv eller negativt forventet effekt/insentiv.

** Effekter avhenger av motivasjon/formål (profitt eller slakk, aktivitet, kvalitet), men det ligger ikke finansielle insitamenter i noen spesiell retning i faste systemer.

***Per diem finansiering gir insentiv til å øke liggetiden, er ikke produktivitetsfremmende

**** Resultatbasert finansiering stimulerer til økt kvalitet på områdene som måles, men kan ha negative effekter på områder som ikke måles.

Insentiveffekter avhenger av hvem som sitter med økonomisk risiko, dvs. om man betaler underskudd og beholder overskudd. Et fast, prospektivt system plasser all økonomisk risiko hos produsenten, variable prospektive systemer gir risikodeling mens retrospektive systemer plasserer all risiko hos kjøper/bestiller. Jo mer av risikoen som plasseres på produsentene, jo mer "high powered" er betalingsmekanismen, fordi jo mindre er sammenhengen mellom kostnader og inntekter (Newhouse 1989). Kombinert med profittmotiv vil derfor faste system gi potensielt sterke insentiver for kostnadsreduksjoner. Jo sterkere profittmotiv jo sterkere blir insentivene til kostnadseffektivitet, og jo sterkere blir insitamentene til å holde igjen på kvalitet og til pasientseleksjon i prospektive system, og holde igjen på produksjon i faste system²³. Insentivene til slike negative, utilsiktede effekter kan dempes dersom det er konkurranse om pasienter basert på kvalitet.

Systemer med prospektivt design tenderer mot et retrospektivt system når underskudd "premieres" med økte bevilgninger/priser, enten gjennom året eller det påfølgende året. Et rammefinansieringssystem hvor budsjettet baseres på historiske kostnader er mer retrospektivt innrettet enn et system basert på tildeling gjennom objektive kriterier.

4.2.7 Insentiveffekter og målkonflikter

Som drøftet over vil ulike finansieringsmekanismer ha ulike egenskaper når det gjelder insentiveffekter. En finansieringsmekanisme kan både ha egenskaper som støtter opp om målene med helsetjenestene og er således ønskelig og andre som er uønskede eller utilsiktet. Noen potensielle målkonflikter kan være:

- Tilgjengelighet versus kostnadskontroll
- Effektivitet versus kostnadskontroll
- Prioritering/kvalitet versus kostnadseffektivitet
- Økonomiske risiko (for produsent) versus kostnadseffektivitet

Blanding av ulike finansieringsmekanismer kan bidra til å balansere ulike målsettinger. Dette er også typisk som vi skal se nærmere på i gjennomgangen av de åtte utvalgte landene nedenfor.

²³ Sterk vektlegging av k-aktiviteter/slakk vil også virke negativt på aktivitet og produktivitet, og eventuelt også kvalitet.

4.3 Vurdering av finansieringssystemene i de enkelte landene

4.3.1 Kombinasjon finansiering og andre styringsverktøy

Som vi har vært inne på overfor vil finansieringssystemets virkemåte måtte vurderes i lys av eierstruktur og øvrige styringsstrukturer og – verktøy som er implementert for spesialisthelsetjenestene. Dette gjelder selvsagt i særlig grad eierskap og organisering av tjenestene, inkludert markedsstruktur. For eksempel graden av forvaltningsmessig skille mellom bestiller og utfører og håndteringen av overskudd/underskudd i driften. Markedsstruktur f eks graden av konkurranse om pasienter vil også påvirke hvordan ulike finansieringsmekanismer virker, samtidig vil finansieringsmekanismen i større eller mindre grad legge til rette for konkurranse mellom produsenter. I tillegg vil det kunne være ulike grader og systemer for styring og monitorering av aktiviteten både når det gjelder nivå og innhold. Et viktig kjennetegn ved systemene er også hvor desentraliserte de er når det gjelder finansiering og styring.

Som vi så i avsnitt 2 kjennetegnes de fleste landene ved at finansieringen av sørge for-nivået er forskjellig i utforming og insentivegenskaper enn finansieringen av produsentleddet. Finansieringen og eier- og styringsstrukturen av begge leddene er viktig for vurdering av finansieringssystemer i ulike land. Innen et land kan sørge for-nivåene ha valgt ulike ordninger for finansiering av sykehusene.

Om et system er fast eller variabelt må derfor vurderes ut fra finansieringen av både mikro og makro nivået. For eksempel kan finansieringen av sørge for-nivået være fast, og dermed kan systemet på nasjonalt nivå (makronivå) karakteriseres som fast, mens finansieringen av sykehusene kan være variabel. Mange land har valgt kombinasjoner av finansieringsformer som både kan ha elementer av fast og variabel karakter, og dermed ha ulike insentiveffekter som forsterker eller balanserer hverandre. Et, på papiret, prospektivt system hvor eventuelle kostnadsoverskridelser dekkes inn påfølgende år (eller gjennom tilleggsbevilgninger) vil ha de samme insentiveffektene som et retrospektivt system. Det er derfor en utfordring å karakterisere og vurdere et lands system uten informasjon om hvordan systemet faktisk praktiseres med hensyn til håndtering av overskudd/underskudd og hvem som til slutt bærer den økonomiske risikoen. Finansieringssystemet kan dermed også karakteriseres av hvor risikoen ligger, altså hvem som må bære kostnadene ved kostnadsoverskridelser/hvem overskudd tilfaller. Dette vil igjen henge sammen med eier- og styringsstruktur og graden av frikobling mellom bestiller og utfører.

4.3.2 Norge

Norge har et finansieringssystem som er en kombinasjon av fast og variabel finansiering både av sørge for-nivået og av sykehusene. De regionale helseforetakene har i hovedsak valgt å videreføre den nasjonale modellen med befolkningsbasert ramme og 40 prosent DRG-finansiering ned til helseforetakene²⁴. Norge er, sammen med Danmark, det eneste landet som har innslag av aktivitetsbasert finansiering av sørge for-nivået. Dette gir isolert sett ikke full kontroll med aktivitets- og kostnadsutvikling på nasjonalt nivå. I og med at Norge har aktivitetsbasert finansiering på begge ledd vil en andel av kostnadene ved meraktivitet videreføres fra de regionale helseforetakene til staten. Dette bidrar både til større grad av insitament til aktivitetsøkning og til risikodeling mellom sørge for-nivået og staten. Dette gir isolert sett mindre grad av kostnadskontroll enn med system med faste rammer for sørge for-nivået.

Innsatsstyrt finansiering har siden 1997 vært brukt som statlig medfinansiering av den DRG-klassifiserbare aktiviteten ved de somatiske sykehusene. Samtidig har det lenge vært takst-basert finansiering av poliklinisk aktivitet som også omfatter psykisk helsevern (og rusbehandling etter at de regionale helseforetakene overtok ansvaret i 2004). Andelen ISF-

²⁴ Helse Midt-Norge er eneste region som ikke har dette systemet per i dag.

finansiering har variert mellom 30 og 60 prosent, man har siden 2006 vært stabil på 40 prosent.

I Norge ble ISF i hovedsak innført som et virkemiddel for å redusere ventelistene (St.mld. 44, 1995-96). Studier av effektene av innføring av DRG-basert finansiering har pekt på at ISF bidro til økt teknisk effektivitet, økt aktivitet og reduserte ventelister (Biørn et al 2003, Kjerstad 2003, Hagen og Kaarbøe 2006). Resultatene er ikke like entydige med hensyn til kostnadseffektivitet. ISF bidro også til økt fokus på ledelse og økonomistyring i sykehusene. Samtidig var det en sterk vekst i kostnadene med påfølgende underskudd i sykehusdriften. Netto driftsoverskudd som andel av fylkenes inntekter endret seg fra et overskudd på 3,1 prosent i 1995 til et underskudd på 1,8 prosent i 2001 (Magnussen mfl 2007). Liten kontroll over kostnadsutviklingen og situasjon med vedvarende kostnadsoverskridelser og tilleggsbevilgninger var en av begrunnelsene for endringen i eier- og styringsstrukturen som ble gjennomført med sykehusreformen i 2002 (Hagen og Kaarbøe 2006). Imidlertid har det også vært vedvarende underskudd i sykehusene også etter reformen. Underskuddene har imidlertid gradvis blitt mindre de senere årene og 2009 er første året med positivt årsresultat for RHF-ene samlet (Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten 2010). Selv om budsjetttrammene etter hvert ble "hardere" etter reformen er det også i denne perioden blitt gitt tilleggsbevilgninger med ulike begrunnelser.

Det har vært et fokus på DRG-kryp og kodingspraksis i forbindelse med ISF. På tross av at spørsmålet om pasientseleksjon²⁵ ofte dukker opp i den helsepolitiske debatten er det liten systematisert kunnskap om hvorvidt dette har vært et problem i Norge. I en spørreundersøkelse i regi av Sosial- og helsedirektoratet om kunnskap og holdninger til ISF-ordningen blant ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten oppga imidlertid en stor andel av lederne at ISF-ordningen etter deres oppfatning påvirker prioritering av pasienter, at den påvirker hvordan pasientene behandles og at den kan være til hinder for god kvalitet i pasientbehandlingen (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Det er ikke påvist vridninger i ressursbruken mellom somatisk sektor og psykisk helsevern knyttet til ISF (Halsteinli m.fl. 2006). Men dette må ses i sammenheng med at ISF ble innført og har virket i samme periode som Opptappingsplanen for psykisk helse. Kombinasjonen av øremerkede tilskudd og sterke politiske føringer på relativ vekst i ressurstilførselen mellom sektorene, har trolig skjermet eller "gjerdet inn" ressursbruken i psykisk helsevern. Evalueringen av sykehusreformen viser at ressursbruken i somatisk sektor ble mer følsom for endringer i pris- og inntektsforhold etter sykehusreformen, mens for psykisk helsevern fikk øremerket tilskudd økt betydning (Kalseth m.fl. 2007). Prioriteringseffekter av aktivitetsbasert finansiering vil derfor også generelt påvirkes av hvordan budsjettildelingene skjer, om det er øremerking av budsjetter.

I ISF ligger det insitamenter både til lavere liggetid og økt bruk av dagbehandling. For å stimulere til økt omfang av dagkirurgi ble utvalgte dagkirurgiske prosedyrer i 1999 løftet ut av poliklinikkssystemet og over i ISF. Det har gjennom lengre tid vært en klart sterkere vekst i antall dagopphold enn i antall døgnopphold ved de somatiske sykehusene. Fra og med 2010 er det innført egne DRG-er for dagkirurgi: *"Formålet har vært en mest mulig prioriteringsnøytral ordning uten "økonomiske insentiver". Dette innebærer blant annet at refusjon for dag- og døgnkirurgi er differensiert. Hittil har samme refusjon blitt utløst for dag- og døgnkirurgi, uavhengig av ressursbruken"* ²⁶. Dette vil isolert sett redusere insitamentet til overgang fra døgn- til dagbehandling. Fra 2010 inngår også poliklinisk virksomhet med kostnadsberegnete vekter. Dette betyr at man går helt bort fra bruk av takster for somatisk virksomhet.

Helseforetaksreformen i 2002 ble gjennomført uten at man samtidig gjorde vesentlige endringer i prinsippene for finansiering av verken sørge for-nivået eller produsentleddet.

²⁵ At produsentene responderer på prisinsitamentet gjennom økt produksjon av "lønnsomme" pasienter.

²⁶

http://www.helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt_finansiering/regelverk_for_isf/regelverk_innsatsstyrt_finansiering_isf_2010_654504

Reformen innebar at regionale helseforetak ble delegert sørge for-ansvaret. Statens rolle er i hovedsak å drive strategisk eierstyring, blant annet gjennom årlige oppdragsdokumenter. De regionale helseforetakene eier sine helseforetak som også er organisert med egne styrer. De regionale helseforetakene har i utgangspunktet, og innenfor rammene av lover og regler og Oppdragsdokument, frihet til å styre organisering av egne helseforetak, samt finansieringen av sykehustjenester. Helseforetakene styres gjennom oppdragsdokument fra det regionale helseforetaket. Oppdragsdokumentene fra staten setter de økonomiske rammene for inntekter og resultatkrav. Reformen var ett virkemiddel for å få styring på økonomien gjennom klarere ansvars plassering og mer profesjonell ledelse og styring. Samtidig var reduserte ventelister gjennom bedre organisering og styring av aktiviteten en viktig begrunnelse for reformen.

I Norge har man parallelt med endringer i finansiering og organisering av spesialisthelsetjenestene gjennomført endringer som skal gjøre systemet mer responsivt overfor pasientens ønsker og behov. Dette er gjort gjennom innføring av lovfestede pasientrettigheter, fritt sykehusvalg og ventelistegarantier (Kalseth B 2010). Aktivitetsbasert finansiering og DRG som oppgjørsgrunnlag kan medvirke til å stimulere til økt pasientmobilitet ved at "pengene følger pasienten" og derigjennom lede til konkurranse om pasienter. Samtidig stimulerer også ISF til ønske om å behandle pasientene selv dersom kostnaden ved å behandle pasienten selv er lavere enn kostnaden ved å kjøpe behandling av andre sykehus.

Etter foretaksreformen har det vært stort fokus på kostnadskontroll og økonomistyring. I denne sammenhengen er den en økende bekymring for uønskede virkninger av ISF-finansiering, og med dette endret retorikk og begrunnelse for ISF. I perioden 2003-2007 ble det i de årlige statsbudsjettene understreket at aktivitetsnivået i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten var høyt nok. ISF ble dermed ikke lenger et virkemiddel for aktivitetsstimulering. Fokus er nå i sterkere grad på effektivitet gjennom å stimulere til lavere produksjonskostnader. Insitamentene til aktivitetsøkning som ligger i systemet skal både motvirkes gjennom at ISF-andelen ikke settes "for høyt" og gjennom signalene om aktivitetsøkning som ligger i Oppdragsdokumentene. Aktivitetsveksten har vært større enn det som er lagt til grunn i Oppdragsdokumentene i de fleste årene etter reformen. Veksten var størst i de første årene etter reformen. Mens det i perioden 2003-2007 i statsbudsjettet ble det lagt til grunn uendret aktivitetsnivå for sykehusene, økte antall DRG-poeng med nær 20 prosent. Dette tilsvarer en årlig vekst på rundt 3 prosent (Kalseth (red) 2009). Det var i denne perioden årlige endringer i refusjonsandelen i ISF, med 60 prosent refusjonsandel i 2003 og 2005. Veksten i DRG-poeng var også høyest i de to årene. Andelen har vært stabil på 40 prosent fra og med 2006. Dette er en andel som antas å være lavere enn marginalkostnaden ved økt aktivitet (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Veksten i DRG-poeng har avtatt årvisst etter 2005 (Petersen (red) 2009, Huseby (red) 2010).

Den høye aktivitetsveksten har bidratt til kostnadsvekst og underskudd. Kostnadsveksten har, i likhet med aktivitetsveksten, avtatt de senere årene og realveksten var på rundt en prosent fra 2008 til 2009. Kostnadseffektiviteten økte i perioden 2005-2009. Dette er i stor grad knyttet til utviklingen fra 2007 til 2008, for de andre årene var endringene små (Kalseth og Pedersen 2010).

Det var i de første årene etter reformen et sterkt fokus på å redusere ventelistene og ventetiden til behandling. Ventetidstallene tyder også på en reduksjon i de første årene etter reformen (Kalseth (red) 2009). Men samtidig med at aktivitets- og kostnadsveksten har bremsset opp, og vært avtagende, de senere årene (Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten 2010), har det også vært en økning i gjennomsnittlig ventetid til behandling (Helsedirektoratet 2010).

Erfaringene fra Norge illustrerer at aktivitetsbasert finansiering gir klare insitamenter til aktivitetsøkning. Samtidig er insitamentene til kostnadskontroll og kostnadseffektivitet avhengig av hvordan styringssystemet praktiseres og virker samlet sett, og da spesielt med hensyn til budsjettansvar.

4.3.3 Danmark

Danmark gjennomførte en reform av sykehussektoren i 2007. I likhet med Norge ble ansvaret for sykehusene regionalisert og flyttet fra fylkesnivået til fem regioner. Selv om regionene i Danmark, i motsetning til Norge, har direkte folkevalgt representasjon i regionrådene, har de ikke beskatning på regionnivået. Regionene er hovedsaklig finansiert gjennom befolkningsbaserte rammer. Danmark har i likhet med Norge også delvis aktivitetsbasert finansiering av sørge for-nivået, men utformingen er annerledes. I den statlige finansieringen settes det av en pott (meraktivettpuljen) som utgjør omlag 3 prosent av inntektene til regionene. Regionene får inntekter fra meraktivettpuljen ved dokumentert aktivitetsøkning over et avtalt basisnivå (baseline). Det er knekkpunkt i refusjonsandelen i utbetalingene med 100 prosent refusjon av DRG-pris opp til knekkpunktet og 70 prosent for aktivitet over knekkpunktet²⁷. Basisnivået er beregnet med utgangspunkt i forrige års aktivitetsnivå pluss planlagt aktivitetsøkning. I tillegg kommer krav om produktivitetsvekst (2 prosent i 2010²⁸). En vesentlig del av den kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenester er aktivitetsbasert, også for psykisk helsevern, resten er befolkningsbasert. Samlet sett er andelen aktivitetsbasert finansiering av sørge for-nivået lavere i Danmark enn i Norge, og slik sett skal det isolert sett bidra til bedre kostnadskontroll på nasjonalt nivå. Danmark har imidlertid større innslag av aktivitetsbasert finansiering av sykehusene; minst 50 prosent skal komme fra aktivitetsbasert finansiering.

Det er opp til regionene hvordan kravet om minst 50 prosent aktivitetsbasert finansiering skal nås. De fem regionene har valgt ulike modeller, både med hensyn til refusjonsandel og praktisering av aktivitetstak/knekkpunkt i refusjonsandel (Danske regioner 2010). Aktivitetstak og knekkpunkt i refusjonsandelen innebærer at det legges begrensninger på mulighetene for inntektsvekst for sykehusene; dersom aktiviteten overstiger et på forhånd fastsatt nivå reduseres inntekten for hvert ekstra DRG-poeng produsert. Noen regioner har kun knekk punkt ved baseline, andre har to knekkpunkt; både ved baseline og ved aktivitet som er utover meraktivettpuljen. Noen regioner praktiserer dette som et tak, ved at aktivitet som er ut over puljen ikke refunderes. Knekkpunkt og aktivitetstak bidrar til å dempe insentivene til aktivitetsøkning. Dette kan samtidig også dempe insentivene til kostnadseffektivisering. Men høy DRG-refusjon under baseline stimulerer til å produsere opp mot eller noe over baseline og krav til produktivitetsøkninger gjør at sykehusene likevel vil ha insentiver til kostnadseffektivisering. Regionene har også ulike modeller for produktivitetskrav. Noen har likt krav til alle sykehusene, noen differensierer etter produktivetsnivå med høyere krav til de minst produktive. Noen regioner setter kravene slik at de samlet sett blir lik kravet som settes på nasjonalt nivå (2 prosent), andre har høyere samlet krav med 3,6 som det høyeste. Oppsummert kan en si at regionene har valgt modeller som på ulike måter prøver å balansere insentiv til aktivitetsøkning og produktivitetsforbedringer på den ene siden og kostnadskontroll på den andre.

Modellen for den aktivitetsbaserte finansieringen i Danmark har blitt karakterisert som å balansere på en knivsegg (Bilde m.fl. 2010). Dersom man produserer over basisaktiviteten kan sykehusene få del i meraktivettpuljen men dette har konsekvenser for basisaktivetskravet i etterfølgende år, og gjør at kravet til produktivitetsvekst blir tøffere å nå. Dersom sykehusene produserer under kravet så reduseres inntektene og eventuell budsjettunderskudd må dekkes opp det påfølgende år. Insitamentene i systemet er dermed lagt opp til at man skal komme så tett opp mot aktivitetskravet som mulig (ibid).

Danmark har mer kontraktsbasert styring både av regionene og sykehusene enn hva tilfellet er i Norge. Staten forhandler med regionene og kommunene om en årlig økonomiavtale (Regeringen og Danske Regioner 2009). I denne avtalen settes budsjettforutsetningene, og den omfatter både krav til aktivitetsutvikling og produktivitetsutvikling. I motsetning til i Norge hvor tre av fire regionale helseforetak viderefører en befolkningsbasert basisramme til helseforetakene, er basisfinansieringen av sykehusene i Danmark basert på avtaler mellom

²⁷ <http://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedsokonomi/Statslig%20meraktivettpulje.aspx>

²⁸ Regeringen og Danske Regioner (2009)

regionene og sykehusene om volum og kvalitet. Avtalene er ikke juridisk bindende. Denne styringsformen er ikke ny. Fra slutten av 1980-tallet gikk man i Danmark over fra detaljbudsjetter til rammebudsjetter som ga sykehusene større økonomiske frihetsgrader. Fra midten av 1990-tallet ble kontraktsstyring introdusert i tillegg til rammebudsjettene, hvor det ble spesifisert hva som det ble forventet at sykehusene skulle levere på innenfor rammene av budsjettet. Selv om avtalene inneholder flere elementer i tillegg til økonomi, som aktivitet, ventetid og kvalitet, er det imidlertid økonomi som i størst grad har blitt vektlagt i oppfølgingen av avtalene (Bech 2006). Regionreformen forventes å bidra til hardere kontraktsstyring med større krav til resultatoppfølging. Regionene får ansvar for flere sykehus og det er mindre geografisk bindinger til sykehusene for regionpolitikere, det er større grad mulig å prioritere mellom sykehus og det er derfor større muligheter til å sanksjonere manglende kontraktsoppfyllelse (ibid). Det snakkes også om at man i Danmark har gått fra myke til harde budsjettrestriksjoner og at mens sykehusene tidligere kunne få ettergivelse eller tilleggsbevilgninger ved underskudd, er det i dag større grad av krav og sanksjoner (Bilde mfl 2010).

I likhet med Norge har kostnadskontroll, kostnadseffektivitet og reduksjon av ventetid/ventelister vært viktige motivasjoner til introduksjon av aktivitetsbasert finansiering i Danmark. Bruken av DRG-finansiering av sykehustjenester har blitt innført gradvis (Street m.fl. 2007). I 2000 ble DRG brukt som grunnlag for gjestepasientoppgjør og dette ble i 2002 utvidet til å omfatte fritt sykehusvalg (også til private sykehus eller utlandet) for pasienter som hadde ventet mer enn to måneder på behandling, med 100 DRG-finansiering (private sykehus-forhandlet pris). I 2000 ble det også innført en såkalt "90/10" modell for finansiering av sykehus, med 90 prosent rammefinansiering og 10 prosent aktivitetsbasert finansiering. Det var imidlertid opp til fylkene hvordan de implementerte modellen. I praksis ble modellen i liten grad implementert, slik at den aktivitetsbaserte andelen var langt under 10 prosent (Bilde m.fl. 2010). Dagens ordning med meraktivitetspulje ble innført i 2002 (1,5 mrd DKK) som en delvis aktivitetsbasert finansiering mellom staten og *fylkene*. Hovedformålet var å få ned ventelistene. For å sikre en mer direkte sammenheng mellom aktivitet og finansiering ble den aktivitetsbaserte finansieringen av *sykehusene* økt i 2004; minst 20 prosent av fylkenes finansiering av sykehusene skulle være aktivitetsbasert. Aktiviteten økte og ventetider gikk ned i årene etter innføring av aktivitetsbasert finansiering (evaluering referert i Street mfl 2007). Men aktivitetsøkningen etter innføringen av aktivitetsbasert finansiering var ikke større enn i årene før (Ankjær-Jensen og Rath 2005). Bech m.fl. (2006) konkluderer med at det ikke kan påvises klare positive effekter av innføringen av aktivitetsbasert finansiering på produktiviteten, når det tas høyde for fylkesvise effekter. Det er også vanskelig å isolere effekten av aktivitetsbasert finansiering fra andre endringer i styrings-systemet i samme periode, som ventelistegarantien for en rekke prosedyrer innen elektiv kirurgi som ble innført i 2002. Samtidig med reformen i 2007 ble ventetidsgarantien innskjerpet til en måned (Kalseth 2010). Dette forventes å stimulere til bedret tilgjengelig og produktivitet.

I perioden 1999 til 2008 økte regionenes helseutgifter med 39 prosent målt i faste priser, dvs. en gjennomsnittlig årlig vekst på 3,7 prosent. Utgiftene til sykehus økte med 35 prosent i perioden (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010a). Danmark har i likhet med Norge hatt betydelig vekst i aktiviteten på 2000-tallet. Aktivitetsnivået korrigert for pasient-sammensetning²⁹ økte med over 50 prosent fra 2002 til 2009, eller i gjennomsnitt fem prosent per år (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010b). Dette er mer enn det som er lagt til grunn i økonomiavtalene. Produktivitetsutviklingen har frem til de senere årene vært høyere eller i tråd med kravet til produktivitetsutvikling som er satt i økonomiavtalene (Kalseth og Magnussen 2010). Mellom 2003 og 2007 økte produktiviteten i gjennomsnitt med 1,9 prosent i året³⁰. Utviklingen fra 2007-2008 viser imidlertid en produktivitetsnedgang på 3,2 prosent (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010c, Danske regioner m.fl. 2010). Denne settes i sammenheng med den åtte ukers lange streiken i sykehussektoren i 2008,

²⁹ I Danmark benyttes begrepet "produksjonsverdi" for DRG-poeng og poliklinisk aktivitet

³⁰ Produktivitetskrav var 2 prosent i årene 2001-2003, 1,5 prosent i årene 2004-2007 og har vært på 2 prosent i de siste årene.

som bidro til et fall i aktiviteten på 0,2 prosent. Ventetidsutviklingen har de senere årene hatt en annen utvikling enn utviklingen i aktivitet. I perioden fra 2002-2005 ble ventetiden til behandling redusert, men i årene etter har ventetiden først stabilisert seg og deretter økt noe de siste to årene. Samtidig har det altså også vært en betydelig aktivitetsvekst gjennom hele perioden (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010b). Ventetidsutviklingen har fulgt noenlunde samme mønster som i Norge. Ventetiden i Danmark har dermed økt samtidig som ventetidsgarantien ble innskjerpet i 2007. Økningen i ventetid settes også i sammenheng med streiken i helsesektoren i 2008.

I oversikten over aktivitetsutviklingen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010b) dekomponeres veksten i produksjonsverdi i tre komponenter; antall unike pasienter, kontakter per pasient og produksjonsverdi per kontakt. Utviklingen i antall behandlede pasienter står for kun 1/3 av aktivitetsøkningen. Resten kan altså tilskrives vekst i antall kontakter per pasient og produksjonsverdi per kontakt, hvorav den siste er viktigst og står for omlag halvparten av aktivitetsveksten i perioden 2002-2009. Samme tendens er tidligere observert også for utviklingen i Norge. Jørgenvåg og Jensberg (2006) viser at halvparten av veksten i antall opphold fra 2001 til 2004 kan tilskrives flere opphold per pasient. Betydningen av økning i antall kontakter per pasient og produksjonsverdi per kontakt har økt gjennom perioden, spesielt etter 2005. Veksten i antall kontakter per pasient har vært sterkere for akutte kontakter enn for planlagte kontakter. For planlagte kontakter har vekst i produksjonsverdi per kontakt vært særlig merkbar. Veksten i antall kontakter per pasient og produksjonsverdi per kontakt har også relativt sett vært spesielt markant for poliklinisk (ambulant) virksomhet³¹. Demografisk utvikling forklarer kun en beskjeden andel av aktivitetsveksten. I Danmark har man et tak på hvor mye av veksten i produksjonsverdi per kontakt som refunderes. Taket utgjør 1,5 prosent per år. Det vil si at det som er refundert av aktivitetsvekst i perioden er lavere enn den registrerte aktivitetsveksten (i overkant av 10 prosentpoeng lavere). I Norge ble kryptaket opphevet i 2002, i stedet korrigeres enhetsrefusjonen for endring i registreringspraksis (Kalseth og Magnussen 2010). Det vil si at i Norge får alle regionene, og i praksis sykehusene, samme reduksjon i inntektene uavhengig av i hvilken grad de bidrar til endringen i registreringspraksis på nasjonalt nivå.

Aktivitetsveksten i Danmark var spesielt høy fra 2008 til 2009, over ti prosent (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010b). Dette har bidratt til at regionene hadde et underskudd på helseområdet på 1,1 prosent av det samlede budsjettet. Bilde m.fl. (2010) oppsummerer synspunkter blant helseøkonomer på årsaker til denne utviklingen: *"at de aktuelle underskudd skyldes behandlingsgarantier sammen med krav om produktivitetsstigninger, anvendelse af takstfinansiering, der øger antallet af behandlede patienter, men presser udgifterne op, udgifts-og forventningspres fra et stigende antal ældre og nye og bedre behandlingsmetoder"*. Styringsmodellen inklusive modellen for aktivitetsbasert finansiering samt de øvrige nevnte faktorer har gjort det mer krevende å styre sykehusøkonomien. Det påpekes også at dersom underskudd skal unngås i fremtiden kreves det bedre styring av aktivitetsutviklingen.

Ser vi på utviklingen i regionenes inntekter og produksjon i Danmark i perioden fra 2003-2009, var tendensen økende aktivitet og inntekter i årene 2003-2007, men fra 2007 har inntektsveksten blitt betydelig redusert uten at aktivitetsveksten er tilsvarende redusert³² (Bilde m.fl. 2010). Dette bidro til underskuddet i 2009. Danske regioner (2010b) peker på utfordringen med å finne balansen mellom kontroll over utgiftsveksten og aktivitetsstimulering som ligger i den aktivitetsbaserte finansieringen. Det pekes også på ventetidsgarantien og fritt sykehusvalg som en viktig faktor bak aktivitetsøkningen. Ordningene stimulerer til etterspørselsøkning, og aktivitetsøkningen har derfor ikke bare dekket eksisterende behov men reflekterer også at terskelen for sykehusbruk er redusert. Dette bidrar også til å forklare hvorfor ventetidene ikke reduseres samtidig som aktiviteten øker.

³¹ Omfatter også dagkirurgi.

³² Utviklingstallene for aktivitet i Bilde mfl er ikke identiske med tallene fra Indenrigs- og sundhedsministeriet (2010a) og Danske regioner (2010), ved at Bilde m.fl. (2010) ikke viser fall i aktivitetsveksten fra 2007 til 2008.

Sammenligninger av aktivitet, produktivitet og kostnader mellom Norge og Danmark (Kittelsen et al 2009) tyder på høyere aktivitetsnivå - og kostnadsnivå i Norge enn i Danmark, samtidig finner man ikke signifikante forskjeller i produktivitetsnivå for de somatiske sykehusene. Forskjellene i kostnader er størst og store for psykisk helsevern. Innen somatisk område var kostnadsforskjellene åtte prosent når det tas hensyn til forskjeller i lønnsnivå mv. Mens Norge har høyere rater for heldøgnsopphold enn Danmark innen det somatiske området, er ratene for dagopphold og polikliniske konsultasjoner rundt 60 prosent høyere i Danmark enn i Norge (2006). Disse tallene referer til årene før reformen i Danmark, hvor innsalget av aktivitetsbasert finansiering av sykehusene var lavere enn i Norge. I Danmark ligger ansvaret for primærhelsetjenester på samme nivå som sykehus-tjenestene. Dette var også tilfellet før regionreformen. Dette kan bidra til forskjeller i samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og forskjeller i pasientforløp mellom landene. I likhet med utviklingen i Norge har det vært en sterkere vekst i poliklinisk virksomhet og dagbehandling enn døgnbehandling (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010a, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010b).

Høyere aktivitet og kostnader i Norge enn i Danmark kan være inntektsdrevet, Norge er et rikt land, og/eller det kan være drevet av at det norske styrings- og finansieringssystemet har bidratt til mindre kontroll over aktivitets- og kostnadsveksten. Dersom vi legger til grunn vekst i helseutgifter slik det måles i OECD-statistikken (som omfatter mer enn sykehus) har Norge hatt en lavere utgiftsvekt per innbygger på 2000-tallet (tom 2007) enn Danmark, men Norge hadde vesentlig høyere vekst enn Danmark gjennom 1980- og 1990-tallet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010d). Helseutgiftens andel av BNP har årvisst økt på 2000-tallet i Danmark. I Norge økte andelen i årene 2001 til 2003, men har deretter falt. Grunnlaget for høyere aktivitets- og kostnadsnivå i Norge ser derfor ut til å ha blitt lagt i perioden med hovedsaklig rammefinansiering av sykehus og desentralisert styring av sykehusene i begge landene.

Sykehusreformen fra 2007 skal bidra til økt kvalitet, kostnadseffektivitet og bedre kapasitetsutnyttelse gjennom omstrukturering av sykehustjenestene. Det er en sterk statlig involvering og styring i prosessen med å restrukturere sykehustjenestene (Andersen og Jensen 2010). Det ligger i reformen et sterkt fokus på kvalitet og optimale pasientforløp, herunder styrkning av kommunale tjenester og forebygging. Sistnevnte skal stimuleres gjennom kommunal medfinansiering av sykehustjenester. Samtidig med regionreformen gjennomførte Danmark en kommunereform, hvor antallet kommuner ble redusert fra 271 til 98. Det gjennomføres vesentlige endringer i sykehusstrukturen, både i sentraliserende og desentraliserende retning. Basert på kriteriene *antall behandlinger for ulike sykdommer, kompleksitet og ressursbruk* skal det skje en funksjonsdeling mellom sykehusene; sykehus med hovedfunksjoner, sykehus med regionfunksjoner og sykehus med høyspesialiserte funksjoner. Utviklingen går i retning av færre og større akuttsykehus. Samtidig skal det skje en forsterkning av lokale tilbud med legehuse og helse- og akutthus i utkantområdene og utbygging av den prehospitale beredskapen. Dette er en stor og gjennomgripende reform: *"Danmark er midt i de største investeringer nogensinde i nye supersygehuse. Samtidig udvides de nære sundhedstilbud med lægehelikoptere, akuttbiler og nye sundheds-akuthuse, så også dem, der bor længst fra sygehuse, kan vide sig trygge"* ³³.

4.3.4 Sverige

Mens Norge og Danmark har regionalisert ansvar og eierskap for sykehusene, har Sverige fortsatt en desentralisert modell hvor ansvaret ligger hos landstingene. Dette innebærer at det i Sverige er en betydelig mindre andel av inntektene som kommer fra staten; ca 20 prosent. Selv om landstingene får tilskudd fra staten kommer den vesentlige delen av finansieringen av sykehusene fra lokalt innkrevede skatteinntekter. Sverige har, med andre ord, ikke statlig styring av de totale utgiftene til spesialisthelsetjenester. Utviklingen på nasjonalt nivå er bestemt av prioriteringene i landstingene. Det er derfor vanskelig å

³³ <http://www.sum.dk/Forside%20tema/Moderne%20sygehuse%20og%20naere%20sundhedstilbud.aspx>

karakterisere finansieringssystemet i Sverige ut fra typologiseringen fast versus variabel for sørge for-nivået. Det er ikke et variabelt system i den forstand at det er aktivitetsbasert finansiering fra staten til landstingene. Det er heller ikke fast i den forstand at sørge for-nivået rammefinansieres (100%) av staten. Det er heller ikke statlige føringer på hvordan landstingene finansierer sykehusene. Landstingene har valgt ulike modeller, med ulik grad av aktivitetsbasert finansiering.

Modellene som er i bruk i landstingene i Sverige bygger i varierende grad på tre hovedtyper (Jacobsson og Lindvall 2007):

- Anslag. Disse bygger på forvaltningsmodellen hvor budsjettet settes opp på grunnlag av anslag på behov for ressurser. Denne modellen gir svak kobling til aktiviteter men kontroll over kostnadene.
- Betaling for utført aktivitet. Mer fokus på og styring med aktiviteten men dårligere kostnadskontroll.
- Ressurstildeling eller betaling basert på oppnådde resultater. Sterkere kobling av finansiering til resultater/effekter. Ofte er betaling koblet mot aktiviteter som har dokumentert påvirkning/effekt på de resultatene som etterstreves. Dette vil i praksis være bonusordninger som utgjør en mindre del av inntektene (1-5 prosent).

Finansiering basert på anslag har vært den vanligste modellen i landstingene. Tradisjonelt har dette vært en blanding av prospektiv og retrospektiv finansiering. Prospektiv i den forstand at rammene settes på forhånd, retrospektiv i den forstand at rammene ofte i stor grad baseres på historiske kostnader. Det har vært en økende interesse til å gå over til ulike prestasjonsbaserte finansieringssystem, men dette har etter hver blitt koblet mot ulike kostnadsbegrensende mekanismer. Trenden går mot i større grad å kombinere ulike finansieringsprinsipper (Socialstyrelsen 2009).

Alle landstingene bruker DRG-systemet for oppgjør for gjestepasienter. De fleste landstingene bruker også DRG-systemet som ett oppfølgingsinstrument. Sju landsting bruker i 2010 DRG-systemet som et budsjetteringsinstrument og/eller som et aktivitetsbasert refusjonssystem. Det er også betydelige variasjoner i refusjonsandelen i de landstingene som bruker DRG-systemet som refusjonssystem. Det er altså et mindretall av landstingene som har innslag av aktivitetsbasert-type finansiering og da kombinert med aktivitetstak. Dette legger til rette for kostnadskontroll, men stimulerer i mindre grad til aktivitets- og produktivitetsøkning. Noen av landstingene setter krav til produktivitetsutvikling i betalingen til sykehusene (Kalseth og Magnussen 2010). De sju landstingene som bruker DRG i finansieringen av sykehus utgjør nesten halvparten av befolkningen i Sverige.

Stockholms läns landsting, som utgjør i overkant av 20 prosent av befolkningen, bruker en kombinasjon av alle tre hovedtyper modeller. I 2008 gjaldt følgende modell for somatiske sykehus: for akuttinnleggelser (akut sluten vård) var omlag halvparten fast betaling av bestilt volum og omlag halvparten aktivitetsbasert på DRG uten aktivitetstak. Øvrig virksomhet ble DRG-finansiert med tak basert på bestilt volum (Stockholms läns landsting 2008). Det ble besluttet endringer i modellen for perioden 2009- 2011; aktivitet i området +/- 4 prosent av bestilt volum refunderes med 30 prosent av DRG-poengprisen. Aktivitet utover dette nivået gir ingen refusjon. Det er også aktivitetsbasert finansiering for psykisk helsevern (omlag 25 prosent i 2008, med 90 prosent reduksjon i pris over bestilt volum). I tillegg var det 2,2 prosent målrelatert finansiering for akuttsykehusene og 3 prosent for psykisk helsevern. Landstinget gikk i 2009 også over fra variable DRG-priser mellom sykehusene til samme DRG-pris, men med varierende strukturtilskudd (ibid).

Sverige har i likhet med mange andre land gjennomgått ulike faser i styring, organisering og finansiering av sykehusene. Som svar på sterkt voksende kostnader og lav produktivitet gikk man i siste halvdel av 1980-tallet i retning av mer markedsorienterte modeller med større innslag av aktivitetsbasert finansiering i kombinasjon med større valgmuligheter for pasientene (Jacobsson og Lindvall 2007). Økt konkurranse skulle bidra til mer effektive sykehustjenester. Voksende sykehuskøer bidro til at denne trenden ble forsterket på begynnelsen av 1990-tallet og noen landsting introduserte skille mellom bestiller og utfører

funksjonen (ibid). I 1994 hadde 14 av 26 landsting innført separate bestillerfunksjoner (Mikkola mfl 2001). Bestillerfunksjonen forhandler frem kontrakter med sykehusene om aktivitetsvolum og finansiering. Noen landsting innførte aktivitetsbasert finansiering. Selv om det er vanskelig å skille effekt av finansieringsmodell med andre kjennetegn ved styringssystemet, tyder erfaringene fra Sverige at aktivitetsbasert finansiering bidro til mer positiv produktivitetsutvikling, sterkere aktivitetsøkning og reduksjon i ventetider, men også sterkere kostnadsvekst i landsting med aktivitetsbasert finansiering enn i landsting med mer tradisjonelle finansierings- og styringsmodeller (Jacobsson og Lindvall 2007, Kastberg og Siverbo 2007).

For å få bedre kontroll over kostnadsutviklingen svingte pendelen mot slutten av 1990-tallet, mot større fokus på kostnadskontroll. Heller enn vektlegging av markedsinspirerte mekanismer gikk trenden i Sverige på 2000-tallet mot vektlegging av samordning og samarbeid, og effektivisering gjennom stordriftsfordeler og spesialisering samt gjennom måling og sammenligninger av resultat mellom sykehus (Jacobsson og Lindvall 2007). Men samtidig beholdt noen av landstingene de konkurranseinspirerte modellene, men med begrensinger på aktivitetsveksten gjennom tak på volum som refunderes eller med knekkpunkt i refusjonsandel (lavere refusjonsandel når aktivitetsveksten overstiger ett visst nivå). Men produksjonsbegrensingene ser ut til å ha påvirket insitamentene til aktivitets- og produktivitetsøkning, og de initiale effektene av innføring av aktivitetsbasert finansiering så ut til å forsvinne etter noen år (Jacobsson og Lindvall 2007, Kastberg og Siverbo 2007). Stockholms läns landsting oppsummerer utviklingen slik: *"I utgångsläget utgick ersättning per producerad DRG. Detta ledde till minskade köer men också kraftiga totalkostnadsökningar och budgetöverskridande. Landstinget såg då inget annat val än att införa totalkostnadstak. Effekten blev att ersättningarna i praktiken omvandlades till fasta anslag, ordningen före införandet av stockholmsmodellen³⁴. Fastheten i dessa anslag blev det dock lite si och så med. I och med att systemet med avräkning på grundval av producerade DRG-poäng fortsatte kunde sjukhusen peka på att volymen beställd vård kunde vara uppnådd redan i såg, november, och för att kunna ta hand om inkommande patienter till årets slut krävdes ytterligare finansiella resurser. Historiskt har tillskottet oftast kommit året efter via beställaren men två år sköts dessa resurser till i form av ägartillskott"* (Stockholms läns landsting 2008).

Studiene av erfaringene fra 1990-tallet gir ikke noe klart bilde om aktivitetsbasert finansiering påvirket kvaliteten på sykehusbehandlingen, utover at det ga økt fokus på kvalitet nettopp fordi man fryktet negative effekter. Det kan heller ikke påvises entydige negative effekter med hensyn til DRG-kryp, pasientseleksjon og underbehandling. Man observerte økt registrering av bidiagnoser, men dette skjedde også i andre landsting som begynte med DRG-registrering, men som ikke brukte DRG i finansieringssammenheng (Kastberg og Siverbo 2007).

I perioden 2007-2010 har det vært gjennomført et eget utviklingsprosjekt på finansierings-systemer, utført av Sveriges Kommuner och landsting og Socialstyrelsen i samarbeid med Socialdepartementet (Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting 2010). Men det er fortsatt ingen nasjonale føringer på finansieringssystemene for sykehusene i Sverige. I motsetning til i Norge og Danmark er det ikke noen nasjonal DRG-politikk med nasjonalt fastsatte priser.

Også i Sverige har det vært betydelig ressurstilførsel til sykehusene; realvekst i kostnadene var på 20 prosent fra 2001 til 2007 (Socialstyrelsen 2009). Sverige har i likhet med Norge og Danmark hatt en omlegging fra døgnbehandling til mer dag- og poliklinisk behandling. Samtidig har antall innleggelser økt (Sveriges Kommuner och Landsting 2010a). I følge en rapport fra Sveriges Kommuner och Landsting (2010b) økte aktiviteten innen somatisk spesialisthelsetjenester (målt i DRG-poeng) i Sverige med 7,1 prosent mellom 2005 og 2008. I samme periode økte kostnadene målt i faste priser med 5,9 prosent. Dette indikerer at produktiviteten økte med 1,1 prosent i samme periode. Tall for produktivitetsutvikling fra

³⁴ Markedsmodell med blant annet skille mellom bestiller og utfører.

öppna jämförelser-rapportene fra Sveriges Kommuner och Landsting (Sveriges Kommuner och Landsting 2009 og tidligere årganger) viser en negativ tendens i samme periode. Antall innleggelser (sluten vård) har økt hvert år siden 2002, etter en lang periode med nedgang. En del av forklaringen ligger i at antall innleggelser per pasient per år øker; fra 2005 til 2008 økte antall innleggelser med nesten 4 prosent mens antall unike pasienter økte med 2 prosent. I tillegg kommer at de som legges inn blir mer ressurskrevende; antall DRG-poeng for innlagte pasienter økte med 6 prosent i samme perioden og DRG-poeng per innleggelse økte med 2,5 prosent. Samtidig reduseres gjennomsnittlig liggetid (Sveriges Kommuner och landsting 2010b). For poliklinisk virksomhet (öppen vård) økte antall DRG-poeng med 8 prosent i samme periode. Også for denne delen av tjenesten ble hvert besøk i gjennomsnitt mer ressurskrevende (ibid).

Det har vært et sterkt fokus på ventetider i Sverige. Fra 2005 har Sverige hatt en ventetidsgaranti som innebærer en generell rett til utredning innen 90 dager og en generell rett til behandling innen 90 dager fra utredning. Ventetidsgarantien er lovfestet fra 2010 (Kalseth 2010). Tall på utviklingen i andelen som venter lengre enn 90 dager viser økende trend fra 2006 til 2008³⁵. I september 2008 introduserte den svenske regjeringen den såkalte "kömiljarden" som er en prestasjonsbasert betalingsmodell som skal gi insentiv til å korte ned ventetidene. For å få del i pengene må ventetidsgarantien oppfylles for 80 prosent av pasientene. Ti prosent av kömiljarden er satt av til de landsting hvor garantien oppfylles for 90 prosent av pasientene. Det kan se ut som kömiljarden har bidratt til en betydelig reduksjon i andelen som ventet over 90 dager fra 2008 til 2009. Samtidig har "pasientvald väntan" økt. Det kan derfor stilles spørsmål om reduksjonen i ventetid også påvirkes av tilpasninger til systemet. Fra 2010 skal derfor disse også inkluderes i oppgjøret (Kalseth 2010).

Sammenligningene av aktivitet, kostnader og produktivitet mellom de Nordiske landene i Kittelsen m.fl. (2009) viser lavere aktivitet innen somatisk spesialisthelsetjenestemålt ved DRG-poeng og relativt lik aktivitet målt ved totale liggedager i Sverige sammenlignet med Norge³⁶. Tallene viser også et annet mønster mht til aktivitetssammensetning mellom de to landene; Sverige har lavest døgnrate og (desideret) høyest dagrate av de nordiske landene. Sverige har også høyere rate for polikliniske konsultasjoner enn Norge. Ulik andel dagbehandling kan trolig forklare hvorfor Sverige har høyest gjennomsnittlig liggetid for døgnpasienter, mens Norge har lavest. I likhet med Danmark er forskjellene i kostnader per innbygger høyest for psykisk helsevern. For somatisk område er forskjellene beregnet til rundt 6 prosent. Det vil si at det ikke er store forskjeller aktivitetsnivå og ressursbruk innen det somatiske området mellom Norge og Sverige. Beregningene av produktivitetsforskjeller viser lavest nivå i Sverige av de nordiske landene³⁷.

OECD Helse data (som omfatter mer enn spesialisthelsetjeneste) viser at Norge hadde høyere vekst på 1980-tallet og spesielt 1990-tallet enn Sverige, men lavere de første sju årene av 2000-tallet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010d). Utviklingen i Sverige ligner mer på utviklingen i Danmark. Sverige hadde imidlertid i likhet med Norge og i motsetning til Danmark en nedadgående trend i andelen helseutgifter av BNP fra 2003 til 2007.

Sverige har altså en annen og mer desentralisert styrings- og finansieringsmodell enn Norge, og Danmark, uten innslag av aktivitetsbasert finansiering fra nasjonalt hold. Mens det på nasjonalt nivå i Norge og Danmark er sterk fokus på aktivitets- og kostnadsutvikling ser det ut som at Sverige på nasjonalt nivå har mer fokus på resultater, i form av kvalitet, tilgjengelighet og produktivitet, og med vekt på oppfølging gjennom måling av resultat og sammenligninger mellom landstingene. Vi ser imidlertid ikke vesentlige forskjeller mellom Sverige og Norge og Danmark når det gjelder nivå og utvikling innen somatisk spesialisthelsetjeneste. Og Sverige hvor et mindretall av landstingene, men deriblant noen store som, har aktivitetsbasert finansiering, ser ut til å ha størst innsalg av dagaktivitet,

³⁵ www.vantetider.se

³⁶ Aktiviteten innen psykisk helsevern er vanskeligere å sammenligne, og der mangler det også tall for deler av virksomheten.

³⁷ Det er verdt å bemerke at de ikke er sykehus, men landsting som inngikk i som enhet i analysene for Sverige.

samtidig som det har vært samme trend i Sverige som i Danmark både med hensyn til utvikling i dagopphold og poliklinisk aktivitet, med flere og mer ressurskrevende innleggelser/kontakter per pasient. Det ser derfor ut til å være noen fellesutviklingstrekk som ikke er knyttet til finansieringssystemene. I Sverige har man, i likhet med Danmark, organisert primærhelsetjenestene innen samme ansvarsnivå som sykehustjenestene. Relativt stort innslag av dag- og poliklinisk behandling kan ha sammenheng med større grad av gråsoner og flyt av pasienter mellom nivåene, og annen organisering av pasientforløp, spesielt for medisinske opphold³⁸. Sverige er det eneste landet som inngår i studien hvor allmennlege ikke har "gate keeping" funksjon, det vil si at det ikke kreves henvisning for å oppsøke spesialisthelsetjenesten.

I Sverige ble det gjennomført omfattende strukturendringer på 1990-tallet og i begynnelsen av 2000-tallet. Akutttilbudet er konsentrert til de store sykehusene; antall fullskala akutt sykehus er redusert fra rundt 100 til omlag 60 de siste 30 årene. Trolig kommer denne utviklingen å fortsette (Sveriges Kommuner och landsting 2010a). Virksomheten ved de mindre sykehusene er konsentrert om indremedisin, geriatri og planlagte operasjoner. Likeledes har behandling også blitt flyttet til "öppna vårdformer" og til "hemsjukvården". For pasienter med særskilt stort behov for nærhet til både akutt og planlagt behandling går utviklingen i retning mobile team som kan gjøre rask akutt behandling i hjemmet (ibid). Flertallet av landstingene arbeider med utvikling av nærsykehus som skal omfatte flere medisinske kompetanser enn allmennlegens og får et vesentlig større tilbud enn dagens primærhelsetjeneste (SOU 2007:10).

Sverige har fritt sykehusvalg og fra 2007 ble det også åpnet for større muligheter for landstingene til å overlate driften av sykehus til andre aktører i og med at den såkalte "Stopplagen" ble avskaffet. Landstingene kan nå inngå avtaler uten å kreve at aktørene ikke skal ha profittmotiv og uten å kreve at tjenestene utelukkende skal være offentlig finansiert (inklusive de vanlige egenandelene) (Socialstyrelsen 2009).

Regionalisering av helsevesenet er også diskutert i Sverige. Ansvarskomiteen som ble satt ned for å utrede struktur og oppgavefordeling mellom stat, kommuner og landsting foreslo en ny organisering med færre og mer jevnstore regionkommuner med ansvar for blant annet sykehus og primærhelsetjenester (SOU 2007:10). Komiteen foreslo ikke endringer i finansieringssystemet for sykehustjenester; både finansiering og sørge for – ansvaret ble foreslått lagt til regionkommunene. Regionreformen er ikke gjennomført i Sverige. Komiteen pekte også på at staten siden begynnelsen av 1990-tallet i økende grad har forsøkt å styre helsetjenestene, men at dette har vært gjort med ulike styringsgrep som kan skape uklarheter i ansvarsfordeling sett fra befolkningens side. Komiteen foreslo derfor en klarere rollefordeling i styringen av helsetjenestene hvor statens rolle rendyrkes mot normering og sikring av likeverd i tilgang til tjenester over hele landet. Staten burde gis et tydeligere ansvar for nasjonal oppfølging og vurdering med vekt på kunnskapsstyring og sammenligninger av resultat og kvalitet. Dette er fulgt opp gjennom blant annet ved at *Öppna jämförelser* er en del av den uttalte nasjonale strategien for kvalitetsutvikling fra 2009³⁹.

4.3.5 Finland

Finland har den mest desentraliserte organiseringen av sykehustjenester i Norden. Ansvaret for organisering og finansiering ligger i kommunene. I likhet med Sverige er den statlige finansieringen relativt beskjeden⁴⁰ og lokale skatter er den viktigste finansieringskilden. Det er ingen aktivitetsbasert finansiering fra staten til kommunene. Det vil si at i likhet med Sverige er det vanskelig å karakterisere finansieringssystemet på nasjonalt nivå langs dimensjonen fast versus variabel finansiering. Det er heller ikke overordnet nasjonal styring

³⁸ Norge og Sverige hadde i 2006 samme rate for dagopphold for kirurgiske DRG-er.

³⁹ <http://www.regeringen.se/sb/d/12124>

⁴⁰ Dekker rundt 1/4-del av kommunale utgifter totalt sett.

på kostnadsutviklingen, i og med at dette gis av lokale prioriteringer av spesialisthelse-tjenester relativt til andre helse- og ikke-helse formål. Og, igjen i likhet med Sverige, er det ingen nasjonale føringer på hvordan kommunene finansierer sykehusdistriktene (Häkkinen 2010). Det er derfor mange ulike modeller i virksomhet, hvor noen er basert på DRG-systemet.

Finansieringen av sykehusene fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom kommunene og sykehusdistriktene om budsjett⁴¹. Beløpet som den enkelte kommune betaler er bestemt av totalbudsjettet og forventet bruk av tjenester (Häkkinen og Linna 2005). Totalbudsjettet settes på grunnlag av forventet volum for bestemte tjenester eller pasientgrupper med tilhørende lokale prislister (Teperi m.fl. 2009). Både planlagte kostnader og volum er basert på forrige år (Häkkinen 2010). DRG-baserte priser brukes i fastsettelsen av budsjett i over halvparten av sykehusdistriktene (13 av 21, Häkkinen 2010). Det er ikke nasjonale retningslinjer eller føringer på priser, og det er derfor stor variasjon i prinsipper og regler for bruk av DRG mellom sykehusdistriktene. DRG-systemet (og case-mix baserte systemer generelt) brukes mer som et budsjetterings- og styringsinstrument enn som et konvensjonelt aktivitetsbasert finansieringssystem (ibid). Siden hvert sykehusdistrikt omfatter flere kommuner (fra 6 til 58, Teperi m.fl. 2009) vil et viktig element i finansieringen av sykehusene være knyttet til delingen av kostnader mellom kommunene. Motivasjonen for bruk av DRG-systemet i finansieringen av sykehusene har derfor i stor grad vært å gi et bedre grunnlag for å sette budsjett og fordeling av kostnader mellom kommunene (Häkkinen og Linna 2005, Häkkinen 2010). Alle sykehusdistriktene har innslag av risikodeling mellom kommunene gjennom en særskilt "pott" til å dekke eksepsjonelle høye behandlingskostnader for enkelte pasienter (Teperi m.fl. 2009). Kontraktene som fremforhandles med sykehusdistriktene er ikke bindene og kommunene dekker opp eventuelle overskridelser av budsjettet knyttet til merforbruket for sine innbyggere, samt får tilbakeført eventuelt underforbruk. Dette skjer som regel gjennom endring i prisene (Häkkinen 2010). Det er derfor vanskelig for den enkelte kommune å kontrollere og også forutsi kostnadene (Teperi m.fl. 2009). Det vil si at selv om finansieringsordningene i utgangspunktet i hovedsak har form av globale budsjetter, er det i stor grad et retrospektivt system. Sykehusene har ikke insentiver til å holde seg innenfor budsjettene. Systemet stimulerer i utgangspunktet derfor i liten grad til produktivitetsforbedring og kostnadskontroll. Insitamentene til kostnadskontroll ligger derfor hos kommunene som enten må øke skattene eller ta fra andre tjenester for å dekke merkostnader ved økte kostnader til sykehusbruk.

DRG-systemet har vært brukt i finansieringen av sykehus fra 1997 og har økt i omfang over tid. Det finnes ingen studier av eventuelle effekter på aktivitet, produktivitet, kostnader mv. av bruken av DRG-systemet i finansieringen av sykehusene i Finland. I 1993 ble finansieringsansvaret for sykehusene overført fra staten til kommunene. Utviklingen har etter det gått fra det tidligere systemet med refusjon per liggedag i retning mer case-baserte systemer (Häkkinen 2010). Samtidig med overføringen av finansieringsansvar til kommunene var det en sterk innstramning og kutting i sykehusbudsjetter. Linna (2000) analyserte utviklingen av produktivitet i perioden før og opp til ett år etter reformen, og konkluderte med at endringer i produktivitet er mer knyttet til endrede økonomiske rammebetingelser som kommunen står overfor enn endringer i finansieringssystem. Siden bruken av DRG-systemet i Finland i stor grad har karakter av å være et instrument for kostnadsfordeling og kostnadsdekning må det forventes at systemet virker annerledes i Finland enn i land som har en mer rendyrket aktivitetsbasert tilnærming.

Under nåværende lovgivning har sentrale myndigheter få, og svake virkemidler til å påvirke lokale beslutninger (Häkkinen 2010). Men myndighetenes involvering har økt de senere årene. I 2005 implementerte regjeringen to reformer. Den første var introduksjonen av kliniske retningslinjer. Den andre var introduksjon av et sett med mål for maksimal ventetid.

Det er også en klar trend mot større enheter, både på kjøper (gjennom kommune-sammenslåinger) og produsentsiden. Dette har skjedd på frivillig basis basert på

⁴¹ I tillegg mottar universitetssykehusene en statlig subsidie (Häkkinen 2010).

anbefalinger fra sentrale myndigheter. Det er også en trend mot større grad av vertikal integrasjon av tjenester, blant annet har kommunale helsesentra og regionsykehus blitt slått sammen til ny regional, administrativt selvstendig enhet. Dette er et av virkemidlene for å bedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenester og også velferdstjenester. Større integrasjon av tjenester mellom helsesentra og sykehusdistrikt i hele landet er også ledd i regjeringens politikk, og ett nytt lovforslag som innebærer sentralisering av høy-spesialiserte tjenester i fem regioner, og som også omfatter fritt sykehusvalg innen regionene, er lagt fram i år, med forventet implementering fra 2011. Det er imidlertid ikke bestemt hvordan finansieringen av pasientflyt mellom sykehusdistrikt skal skje (Häkkinen 2010).

Ventetider var ikke regnet å være et generelt problem i Finland på 1980- og 1990 tallet. Ventetider ble etter hvert et voksende problem. I 2000 hadde Finland lang ventetid til kirurgi, på nivå med Storbritannia og betydelig høyere enn i for eksempel Norge og Danmark (OECD 2005), og i 2003 ga regjeringen et ekstraordinært tilskudd øremerket å korte køene og redusere ventetidene (Kalseth 2010). I 2005 ble det altså innført ventelistegaranti, som innebærer maksimal ventetid på 3 uker til vurdering, 3 måneder til utredning og 6 måneder fra beslutning om behandling tas til behandlingen startes (ibid). Sykehusene må betale en bot dersom de ikke oppfyller ventetidsmålene (Häkkinen 2010). Antallet som ventet over seks måneder fra henvisning til behandling falt betydelig fra 2007 til midten av 2009, og har deretter hatt en økende tendens spesielt for kirurgi og øyesykdommer. Andelen som venter over seks måneder økte imidlertid ikke for kirurgi. Rundt 40 prosent har ventet mer enn seks måneder både for kirurgi og øyesykdommer i august 2010. For de øvrige gruppene er det få som venter⁴².

Realveksten i kostnadene til spesialisert helsetjeneste var mellom 4 og 6 prosent i de første årene av 2000-tallet. I de senere årene har kostnadsveksten vært lavere og var negativ fra 2007 til 2008 (THL 2010a). Det har vært en mye sterkere vekst i oppenvård enn i slutenvård, spesielt etter 2003. Utgiftsandelen i slutenvård i somatisk spesialisthelsetjeneste gikk ned fra 70 prosent i 2000 til 58 prosent i 2008. Antall besøk i oppenvård økte med 20 prosent fra 2000 til 2008 (THL 2010b). Antall innleggelser (vårdperioder) er redusert med omtrent en prosent per år de siste fire årene i perioden (THL 2010c). Tilsvarende endring med sterk økning i oppenvård ser vi også innen psykisk helsevern; antall besøk økte med 35 prosent i perioden 2000-2008 (ibid). Aktiviteten innen dagkirurgi økte jevnt i perioden 1997-2005, men veksten stoppet opp (falt) i 2006, og har kun hatt svak økning i de to påfølgende årene (THL 2010b). Beregninger fra Institutt for helse og velferd (THL) viser at det har vært en gjennomgående negativ produktivitetsutvikling for de somatiske sykehusene i perioden 2002-2008 (STAKES 2008, Häkkinen P 2010).

Sammenligningstallene i Kittelsen et al (2009) viser lavere aktivitet innen somatisk virksomhet i Finland enn i Norge. Dette gjelder spesielt for innleggelser. Raten for antall dagopphold var ikke vesentlig lavere, og raten for polikliniske konsultasjoner var betydelig høyere for Finland enn for Norge. Tallene for psykisk helsevern er ikke entydig. Kostnadstallene viser betydelig lavere kostnader i Finland også når det tas hensyn til forskjeller i lønnsnivå mv. Det gjelder både for somatisk område og psykisk helsevern. Beregningene av produktivitetsforskjeller viser vesentlig høyere produktivitetsnivå i Finland enn i Norge, Danmark og Sverige i perioden 2005-2007.

OECD Helsedata (som inkluderer mer enn spesialisthelsetjenester) viser at Finland hadde sterkt kostnadsvekst på 1980-tallet, vesentlig høyere enn de andre nordiske landene (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010d). Men på grunn av de økonomiske nedgangstidene var veksten lav på 1990-tallet. I årene 2000-2007 var den prosentvise veksten igjen høy i Finland, og andelen helseutgifter av BNP økte fram til 2005. I 1990 var utgiftsnivået per innbygger likt i Norge og Finland (Kittelsen m.fl. 2009). Lavkonjunktoren på 1990-tallet i Finland og den sterke inntektsveksten i Norge har bidratt til de store forskjellene i utgiftsnivå i dag. Som følge av den økonomiske krisen stoppet også tilveksten av helsepersonell opp.

⁴² http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Hoitoonpaasy/ESH_hoitoonp%C3%A4%C3%A4sy_31082010.pdf

Dette har hatt langvarig effekt på tilgangen til kvalifisert personell (Teperi m.fl. 2009). Resultatene i Kittelsen m.fl. (2009) for perioden 2005 til 2007 viser tendens til reduserte forskjeller i kostnadseffektivitet mellom Finland og Norge i perioden; negativ utvikling i Finland men ikke i Norge. Analysene i Kittelsen m.fl. (2007) viser samme bilde; en negativ trend i Finland gjennom hele perioden 1999-2004, og en positiv trend eller stabil utvikling i Norge etter sykehusreformen.

4.3.6 England

England har et nasjonalt helsesystem hvor sørge for-ansvaret ligger på geografisk baserte Primary care Trusts. Disse finansieres gjennom befolkningsbaserte rammer og finansierings-systemet kan derfor karakteriseres som fast på nasjonalt nivå. Budsjettene til PCTene settes på treårsbasis.

Finansiering av tjenesteprodusentene er basert på et nasjonal aktivitetsbasert system *Payment by Results (PbR)* som er et DRG-lignende system. England har et markedsinspirert system hvor PCTene har bestilleransvar og kan inngå kontrakter med tjenesteleverandører om kjøp av tjenester. Kontraktene med tjenesteleverandørene er i utgangspunktet basert på volumavtaler, men PbR-mekanismen kombinert med fritt sykehusvalg for pasientene gjør at PCTene ikke har full kontroll over kostnadsutviklingen. Dette er avhengig av PCTenes evne til å styre etterspørselen (Miraldo m.fl. 2006). På produsentleddet kan derfor finansierings-mekanismen karakteriseres som et variabelt system som stimulerer til økt aktivitet og kostnadseffektivitet. Dette var også begrunnelsen for innføring av PbR: *"It will reward efficiency, support patient choice and diversity and encourage activity for sustainable waiting time reductions"*⁴³.

I tillegg til insitamentene til kostnadskontroll som ligger i rammefinansieringen av PCTene ligger det også i den nasjonale styringen mekanismer som skal stimulerer til økt kostnadseffektivitet. I Value for Money Delivery Agreement for 2008-2011 mellom Department of Health og HM Treasury settes det mål om årlig gjennomsnittlig "efficiency savings" på tre prosent for NHS. Det er satt en liste av spesifikke mål og områder for hvordan dette skal oppnås. I praksis implementeres kravet gjennom nedjustering av prisene i PbR tilsvarende effektivitetskravet (Department of Health 2010c).

Utviklingen av engelske NHS på 2000-tallet kan karakteriseres som en blanding av en markedsinspirert modell med vekt på finansielle insentiver, konkurranse og pasientvalg som virkemidler og en sentralstyrt modell med sterk nasjonal styring og oppfølging. Noen av de viktigste markedsbaserte reformene i tillegg til Payment by Results var;

- Fritt sykehusvalg for elektiv behandling (2006)
- Etableringen av mer fristilte Foundation Trusts⁴⁴ (FTs) (fra 2004)
- Stimulering til etablering av private eller veldedig drevne sentre som tilbyr sykehustjenester (2003)
- Practice Based Commissioning⁴⁵ (PBC) (2006)

Selv om systemet i England i stor grad er basert på markedsorienterte virkemidler, har det likevel også vært kjennetegnet ved sterk statlig styring, spesielt på ventelistemål. NHS Trusts blir målt på resultater, og gis karakter etter hvor godt eller dårlig de presterer. Resultatene publiseres og de har også konsekvenser for sykehusene blant annet i forhold til autonomi. NHS Trust som oppnår gode resultater kan søke om status som Foundations

⁴³

http://collections.europarchive.org/tna/20100509080731/http://dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Financeandplanning/NHSFinancialReforms/DH_077259

⁴⁴ Finansiert av PCT, men opererer utenfor NHS-systemet som rapporterer til Helsedepartementet. FTene er direkte underlagt parlamentet. Mens kravene til NHS Trusts er å "break even" er kravene til FTene å "remain a going concern" og drive effektivt og økonomisk. FTene er mer finansielt fristilt mht låneopptak og beholde overskudd (Audit commission 2008b).

⁴⁵ Practice Based Commissioning innebærer at lokale legepraksiser gis bestilleransvar.

Trusts. Målene for ventetid har gradvis blitt innskjerpet og målet var i 2010⁴⁶ at ingen skal vente mer enn 18 uker fra henvisning til behandling. Ventelistepolitikken har bidratt til kraftig reduserte ventetider i England, og 18-ukers-målet var innfridd i 2008 (NHS 2009).

2000-tallet har vært preget av en historisk⁴⁷ sterk vekst i bevilgningen til NHS, en realvekt på sju prosent eller mer i sju av de siste ti årene (House of Commons 2009). Likevel har man også hatt betydelige budsjettunderskudd i systemet (House of Commons 2006, Audit Commission 2008b). Utgiftsveksten har vært lavere i gjennomsnitt de siste fem årene, og var i overkant av fire prosent i 2008/09 (House of Commons 2009). Den økonomiske utviklingen for NHS har gått i positiv retning i de senere årene. Mens det var underskudd i systemet i 2004-05 og 2005-06, og underliggende underskudd i årene før (House of Commons 2006), ble situasjonen snudd med betydelige overskudd de senere årene (2 prosent av totalt tilgjengelige ressurser (ekskl Foundation trusts) i 2008/09). Dette har skjedd samtidig som flere er blitt behandlet og ventelistene er redusert, og flere sykehus blir klassifisert som god eller eksellent i den årlige Health Check (Audit Commission 2008, Audit Commission 2009a). Enhetskostnadene har imidlertid økt gjennom en årrekke (Audit Commission 2009b).

Maynard og Street (2006) peker også på at den sterke veksten i ressurstilførselen bidro til økt aktivitet og bedre og mer tilgjengelige tjenester, men at kostnadsveksten var større og at produktiviteten derfor falt. De peker på blant annet sterk økning i lønninger og dårlig kostnadskontroll på grunn av sterkt fokus på målstyring blant politikere og ledere med vektlegging av aktivitet, tilgjengelighet og andre kjennetegn ved leveringen av tjenester. De peker også på at PbR uten aktivitetsstyring fra sentralt hold og PCTer som mangler evne, eller har svake virkemidler, til å begrense aktivitetsveksten, og dermed utgiftsveksten, har bidratt til manglende kostnadskontroll og underskudd.

Selv om PCT fortsatt forhandler med sykehusene om kontrakter, innebærer innføring av PbR økt økonomisk risiko for både PCTene og produsentene. Produsentene fordi de ikke lenger kan forhandle om pris⁴⁸ og fordi inntekten er knyttet til faktisk aktivitetsnivå. De mistet sikkerheten på inntektssiden som var knyttet til rammekontrakter. De må derfor opprettholde et visst aktivitetsnivå og samtidig må ikke produksjonskostnadene overstige den nasjonale tariffen dersom de skal ha en god økonomisk utvikling. Innfastingen av PbR for produsentene ble imidlertid gjort slik at NHS trustene skulle maksimalt ha tap/gevinst på 2 prosent i inntekt per år⁴⁹. PCTene opplever også økt økonomisk risiko og ikke minst større utfordringer med kostnadskontroll enn tidligere. PCTene må betale for aktivitetsøkninger uten å ha (full) kontroll over aktivitetsutviklingen. Og i motsetning til i Norge er rammene for PCTene fast, de kan ikke sende (deler av) regningen over til sentrale myndigheter. PbR øker derfor dramatisk behovet for styring av etterspørselen av sykehustjenester (Audit Commission 2009). For PCTene ble det gitt tilleggsbevilgninger basert på forskjell mellom lokale priser og nasjonal tariff for å lette innføringen av PCT. Fra 2006/07, når PbR ble innført for alle akutt sykehusene, ble det også innført ulike priser for ø-hjelp og elektive innleggelser. For ø-hjelp innebar dette at avvik fra planlagt nivå (både under og over) kun ble refundert med 50 prosent av tariffen. Dette bidro til å redusere den økonomiske usikkerheten for PCTene (ibid). Det er også beskrevet tilfeller hvor PCT og produsenter avtalte gulv og tak på utbetalingene for å sikre leveranser av nøkkeltjenester og unngå destabilisering av økonomien (Miraldo m.fl. 2006, Epstein og Mason 2006). Underskuddsproblematikken er håndtert på flere måter, inkludert oppbygging av "contingency funds" ved "top slicing" av alle PCTene (0,5 prosent) som er blitt brukt til å finansiere ("bailing out") NHS Trusts med underskudd (House of Commons 2006).

Styringssystemet og utviklingen i England, herunder effekten av innføring av PbR, blir nærmere diskutert i avsnitt 5.

⁴⁶ Målstyringen av ventetid ble opphevet med øyeblikkelig virkning under den nye koalisjonsregjeringen, se avsnitt 2.

⁴⁷ Siste 30 år.

⁴⁸ Det er imidlertid fortsatt forhandlinger lokalt om priser og volum på tjenester som ikke omfattes av PbR, f.eks. psykisk helsevern.

⁴⁹ Dette gjaldt imidlertid ikke "early implementers" og "first wave Foundation Trusts".

4.3.7 Skottland

Skottland har et nasjonalt helsesystem hvor sørge for ansvaret ligger på regionale Health Boards som finansieres gjennom befolkningsbaserte rammer. I likhet med England kan derfor finansieringssystemet karakteriseres som fast på nasjonalt nivå. Skottland har imidlertid en forvaltningsbasert modell hvor finansieringen av sykehusene er basert på rammebudsjetter. Skottland har derfor en modell som er fast både på sørge for-nivået og på produsentleddet. Dette skal i utgangspunktet gi god kostnadskontroll, men stimulerer i liten grad til aktivitet og kostnadseffektivitet. Pasientklassifiseringssystemer brukes altså ikke i finansiering av sykehusene, kun til betaling for pasientflyt mellom Health Boards.

I likhet med England har også NHS i Skottland satt krav om effektivitetsforbedringer (to prosent) i budsjettildelingene for 2008/2009-2010/2011. I likhet med England settes det opp en liste over områder hvor det synes å være potensial for innsparinger. I motsetning til i England hvor effektivitetskravet har direkte konsekvens for betalingen per aktivitetseenhet for sykehusene, vil kravet i Skottland ha svakere incentiveeffekter mht produktivitetsforbedringer dersom det samtidig ikke kobles sterkt opp mot aktivitetskrav. Eller sagt på en annen måte at det implementeres som reelle kostnadsbesparelser og ikke gjennom redusert behandlingsaktivitet. I retningslinjene for implementering av effektivitetskravet til departementene⁵⁰ ble behovet for å klare baselines for aktiviteter (outputs) og innsatsfaktorer (inputs) og vurderinger av oppnådde besparelser sett i sammenheng med aktivitetsutvikling understreket.

I likhet med England har det vært sterk vekst i ressurstilførselen til NHS Skottland på 2000-tallet, en realvekst fra 2001/02 til 2008/09 på 38 prosent. I likhet med England var veksten sterkest i de første årene i perioden (Audit Scotland 2009). Også Skottland har hatt underskudd i NHS i perioder de siste 10 årene. Det har vært en positiv utvikling i økonomien i NHS Skottland de senere årene; etter underskudd i 2004/2005 har kostnadene vært innenfor budsjettet, men det har likevel vært et underliggende underskudd i den forstand at positivt resultat er nådd ved bruk av engangsinntekter (non-recurring funding). Kravene som er satt om "efficiency savings" er også nådd, samtidig som et flertall av andre prestasjonsmål som er satt (HEAT) er nådd (Audit Scotland 2009).

I følge Midwinters (2010) er systemet for vurdering av oppnådde kostnadsbesparelser lite transparent og baseres i stor grad kun på vurderinger av utvikling på utgiftssiden, som også er basert på lite utviklet baselines for vurderinger hvorvidt besparelsene reflekterer reell effektivisering eller kostnadskutt med konsekvenser for aktivitet mv. For NHS tyder undersøkelser på at budsjettkutt også har kommet i form av redusert aktivitet. Dette kan også ses i sammenheng med at kravet om effektivisering har kommet på toppen av krav om bedret budsjettbalanse (ibid).

Tall for aktivitetsutvikling i Skottland de senere årene viser at elektive innleggelser fortsetter å gå ned, ø-hjelpsinnleggelser øker, dagkirurgi øker mens poliklinisk aktivitet går ned. Dette siste kan være et resultat av at flere er behandlet lokalt eller hos primærlegene (GPs). Community Health Partnerships (CHPs) og Community Health and Care Partnerships (CHCPs) ble etablert under National Health Service Reform (Scotland) Act i 2004. Disse er gitt både ressurser og ansvar. Målet med disse er å gi bedre og mer sømløs link mellom primærtjenester og akuttjenester i spesialisthelsetjenesten (Audit Scotland 2009). Men samtidig er det ikke indikasjon i utgiftssammensetningen som tilsier en vesentlig endring i fordelingen mellom sykehus og lokalbaserte tjenester. I likhet med det vi ser i andre land har det også i Skottland vært en utfordring å få til enighet om fordeling av budsjetter over ansvarsgrenser, altså fra NHS og kommuner til de lokale partnerskapene (ibid).

Skottland har som mål at dagbehandling skal være regelen i behandling; innen mars 2011 er målet at 83 prosent av all kirurgi skal utføres som dagkirurgi⁵¹. I 2008 var andelen i underkant av 70 prosent. Skottland har også strammet inn ventetidsmålene de siste årene

⁵⁰ Det er satt et likt effektivitetskrav for alle samfunnsområdene/departementene.

⁵¹ <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/12/03133143/3>

og maksimal ventetid fra henvisning til behandling skal være 18 uker fra 2011. Ventetidene er redusert; mellom 31. mars 2008 og 30. juni 2010 ble antallet døgn- og dagpasienter som ventet over 12 uker redusert fra 5 575 til 75, og ventetidsmålene som var satt var innfridd⁵².

Den skotske modellen for NHS er bygget på prinsipper om samarbeid, integrerte tjenester og lokal deltakelse og demokrati. Og den statlige styringen synes svakere enn i England. Det nasjonale prestasjonsmålingssystemet for NHS Skottland, HEAT, har 30 mål (targets) som dekker fire områder; Health improvement, Efficiency, Access og Treatment. Det settes ikke måltall for alle målene for hvert år. Systemet er imidlertid lite transparent (Audit Scotland 2009). Det finnes ikke en samlet publikasjon eller nettside som sammenstiller utviklingen for alle målene på sykehusnivå. Noen av målene endres også fra år til år og det er derfor vanskelig å monitorere utviklingstrender. Av de 30 målene som var brukt i 2008/09 var bare 14 brukt i 2006/07 da HEAT ble introdusert. Fra 2008/09 til 2009/10 er 10 mål endret og to droppet (Audit Scotland 2009).

Styringssystemet og utviklingen i Skottland blir nærmere diskutert i avsnitt 5.

4.3.8 New Zealand

New Zealand har også et enhetlig nasjonalt helsesystem med sørge for-ansvar lagt til 21 regionale District Health Board. DHBene er rammefinansiert basert på befolkningsbasert modell. Finansieringssystemet for sørge for-nivået kan derfor karakteriseres som fast. DHBene eier og driver de offentlige sykehusene. Sykehustjenestene er i hovedsak levert av de offentlige sykehusene. Det finnes en rekke private sykehus som i hovedsak leverer elektiv kirurgi, også for privatbetalende kunder⁵³. I tillegg er det private spesialister. Sykehusene er i hovedsak finansiert gjennom globale budsjetter. DHBene inngår "service agreements" med en rekke tjenesteprodusenter, inkludert de offentlige eide sykehusene. Avtalene spesifiserer forventet tjenestevolum med tilhørende priser. Disse er basert på pasientklassifiserings-system (Purchase Unit) som grunnlag for å kvantifisere volum for like tjenester med tilhørende priser, og som for somatiske sykehustjenester (inpatient) er basert på DRG-systemet⁵⁴. Helseministeriet setter nasjonale referansepriser. DHBene kan likevel velge å bruke lokale fastsatte aktivitetsgrupper og priser. DHBene kan velge ulike modeller for finansiering av sykehustjenester og finansieringen kan omfatte både kostnads-volum komponent, aktivitetsbasert finansiering (f eks poliklinisk virksomhet) og rammefinansiering. Selv om sykehusenes inntekter kan bli redusert dersom avtalt volum ikke nås, er hovedregelen at meraktivitet ikke refunderes. Finansieringen av spesialisthelsetjenester i New Zealand er altså i hovedsak fast både på sørge for-nivået og produsentleddet. Dette skal isolert sett bidra til kontroll over kostnadene, men stimulerer ikke til økt aktivitet og produktivitet.

Utviklingen i organiseringen av helsesystemet i New Zealand er interessant fordi landet både var tidlig ute med dyptgripende reformer i retning mer markedsbaserte modeller og fordi disse relativt raskt først ble moderert og deretter forlatt i en serie nye reformer. Med reformen i 1993 (etter valget av en høyregering), inspirert av New Public Management (NPM), ble marked og konkurranse introdusert som styringsprinsipp, med hovedmål om økt kostnadskontroll gjennom økt effektivitet. Det ble innført skille mellom bestiller- og utførerfunksjoner. Bestillerfunksjonen ble lagt til fire *Regional Health Authorities* som fikk ansvaret for kjøp av alle helse- og omsorgstjenester. Disse ble gitt et budsjett til å dekke kjøp av tjenester for befolkningen i regionen fra både offentlige og private tilbydere. Sykehusene ble organisert som egne foretak med profittformål. Det var betydelig lokal frihet til sette prioriteringer, forhandle kontrakter og bestemme finansieringsmekanisme og sette priser (Ashton m.fl. 2004). Kontaktene hadde full legal status. Dette i motsetning til for eksempel status til kontraktene ved introduksjon av markeder med skille mellom bestiller og

⁵² <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Statistics/Browse/Health/TrendWaitingTimes>.
<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/12/03133143/3>

⁵³ I 2002-3 var 33 % av befolkningen dekt av helseforsikring (Health Care Financing Policies of Australia, etc)

⁵⁴ <http://www.nsf.health.govt.nz/apps/nsfl.nsf/pagesmh/167?Open>

utfører i England. Mange ulike finansieringsordninger ble brukt i starten, inklusive rammekontrakter, men etter hvert ble pris-volumkontrakter basert på DRG tatt i bruk av alle RHAene. Disse var i utgangspunktet faste budsjetter, fordi aktivitet utover det som var avtalt generelt ikke skulle refunderes. Dette kan også ses i sammenheng med at helsesystemet i denne perioden var underlagt stramme økonomiske rammer (ibid). Det ble budsjettet med mye lavere vekst i helseutgiftene mellom 1993 og 1996 (Tenbensen 2008). Siden sykehusene var offentlig eide foretak så var likevel regjeringen i siste instans ansvarlig for budsjettunderskuddene som foretakene pådro seg. Tre av fire RHA hadde i årene etter reformen akkumulert betydelige underskudd (French m.fl. 2001) og disse ble dekt av regjeringen (Tenbensen 2008). Allerede i 1996 (etter valget av en ny koalisjonsregjering) ble noen av endringene fra 1993-reformen moderert. Bestiller funksjonen ble sentralisert og lagt til en nasjonal organisasjon *Health Funding Authority*. Samtidig ble profittformålet til foretakene fjernet. I stedet for å vektlegge konkurranse ble det nå lagt vekt på samarbeid mellom tjenesteutøvere (French m.fl. 2001). Det ble etablert nasjonale rammer for kontraktene og nasjonale priser basert på beste-praksiskostnader (Ashton m.fl. 2004).

Siste fase i trenden bort fra den markedsbaserte modellen kom med reformen i 2000 (etter valget av en arbeiderpartiregjering) da dagens modell ble innført; bestiller-utfører modellen ble forkastet og erstattet med de 14 folkevalgte DBHene som fikk ansvar med å drive de offentlig eide sykehusene. Denne modellen er i store trekk lik den som ble innført på 1980-tallet (under den forrige arbeiderpartiregjeringen), men dagens DHBer har også har ansvar for finansiering av primærhelsetjenester og omsorgstjenester for eldre. De markedsorienterte reformene som ble gjennomført på 1990-tallet hadde ikke levert det som ble lovet. Selv om det hadde vært noen grad av suksess i å begrense veksten i helsekostnadene, hadde ventelistene til elektiv kirurgi økt. Det var ikke noen reell konkurranse innen de regionale kvasi-markedene og det skjedde få endringer i fordelingen av tilbydere og tjenester (French m.fl. 2001). Selv om det ikke ble foretatt noen formell evaluering av produktivitetsendringer i perioden 1993-2000, så er det ikke klare utviklingstrekk som tilsier betydelige produktivetsgevinster i perioden (Ashton m.fl. 2004). Tall fra The Treasury (2005) viser økende totale kostnader per aktivitetseenhet (cost-weighted discharge) i perioden 1995/96 til 1997/1998, og reduserte totale enhetskostnader i årene fram til 2000/01. Målsettingen med reformen i 2000 var å få ned ventetiden til behandling, sikre (lik) tilgang til tjenester, bedre folkehelse og å gjøre sykehusene ikke-kommersielle og mer orientert mot samarbeid og lokale behov (French m.fl. 2001). Det ble ikke foretatt vesentlige endringer i måten sykehusene er finansiert etter reformen. Men det er nå i større grad forhandlinger om måltall for volum.

DHBene er organisert som foretak (crown entities (statutory corporations)) og er ansvarlig til Helseministeren. DHBene er styrt av lokalt valgte styrer. Selv om systemet i New Zealand innehar viktige kjennetegn ved et desentralisert system, som regionalisering og lokal valgte styremedlemmer, spiller likevel nasjonale myndigheter en sterk rolle (Ashton m.fl. 2005), Barnett et al 2009). Staten oppnevner styreleder for DHBene som er ansvarlig overfor Helseministeren. Nasjonale myndigheter utformer helsepolitikken, regulerer, finansierer og monitorerer DHBene (Ministry of Health 2010b). Styringen skjer gjennom krav til DHBene om langsiktige strategiske planer og årlige planer⁵⁵. Planene omfatter både behovsvurderinger og strategier for å nå målene som er satt på nasjonalt nivå, og planene må oppfylle minimumskrav til dekningsgrader for tjenestene. Årlig plan og "funding agreement" må godkjennes av staten og DHBene må rapportere månedlig og kvartalsvis utvikling i forhold til planen. Det publiseres også kvartalsvis sammenligningstall for sykehusene (Hospital Benchmarking Information) som dekker både kvalitetsindikatorer, prosessindikatorer og organisatoriske resultater. Departementet stoppet publikasjonen av disse i 2010⁵⁶. DHBene skal i stedet holdes formelt ansvarlig for å levere produktive og effektive sykehustjenester av høy kvalitet gjennom introduksjon av en rekke prestasjonsmål. DHBene vil bli målt opp mot innfrielse av målene. Mange av målene er lik de som var inkludert i

⁵⁵ <http://www.nsf.health.govt.nz/>

⁵⁶ <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/dhb-hospital-benchmark>

Hospital Benchmark Information-rapportene, som liggetid, dagkirurgi og akutte reinnleggelser. DHBene er pålagt å dekke alle kostnadene inklusive kapitalkostnader innen årsbudsjettet. Hvis det ser ut til at underskudd vil oppstå skal DHBet øyeblikkelig varsle nasjonale myndigheter. DHBene er altså underlagt sterk statlig styring. Også i perioden med mer markedsorienterte styringsprinsipper på 1990-tallet spilte staten en sterk rolle. I fravær av reell konkurranse var sykehusene underlagt streng oppfølging fra staten (Tenbensen 2008).

Gjennom hele perioden fram til årtusenskiftet var trenden en økning i antall utskrivinger per innbygger. Denne var i hovedsak drevet av økning i antall dagpasienter. I perioden 2000-2005 flatet veksten ut (Malcolm 2007). Målt i vektete aktivitetssenheter for sykehusene var aktivitetssøkning i overkant av 10 prosent fra 2001/02 til 2007/08. Det har vært en økende tendens i andelen dagkirurgi etter 2005. I 2008 ble litt over halvparten av elektiv kirurgi utført som dagkirurgi (Ministry of Health 2009).

Ventelister er rasjoneringsmekanisme når tilgangen til helsetjenester er begrenset. New Zealand har hatt en ventelistepolitikk med vekt på rasjonering gjennom prioritering av pasienter. Gjennom Patients' Clinical Priority Assessment Criteria (CPAC) skåres pasientene i forhold til behov for behandling; i forhold til hastegrad, om de skal settes på venteliste, få behandling innen seks måneder, eller fjernes fra listen. Politikken har vært omstridt både når det gjelder prioriteringskriteriene og fordi, selv om dette bidro til reduserte ventetider for de som ble regnet som kvalifiserte til å stå på listen, så forsvant ikke det underliggende kapasitetsproblemet, heller ikke for de som var prioritert (Kreinler 2010). Ulike "kosmetiske" tiltak ble gjort for å kutte ned ventelistene som svar på kapasitetsproblemene, blant annet ved fjerning av prioriterte pasienter fra listene⁵⁷. Ventetiden for elektiv kirurgi har likevel økt gjennom 2000-tallet.

Det har vært en negativ trend i produktiviteten på 2000-tallet (The Treasury 2005, Maniparathy 2008). Det var en økning i kostnadene per aktivitetssenheter fra 2001/02 til 2007/08 eller i gjennomsnitt 4 prosent per år, mens produktiviteten ble redusert med rundt 20 prosent (Ministry of Health 2009). Produktivitet målt ved FTE(full time equivalent)-helsepersonell viser tendens til bedring eller stagnasjon de siste to årene i perioden (ibid).

Det har vært en sterk vekst utgiftene til sykehustjenester på 2000-tallet, en årlig vekst på fem prosent eller mer nominelt. Det har likevel vært underskudd i systemet, spesielt tidlig på 2000-tallet. I følge OECD (2009) har veksten i offentlig helseutgifter økt mer enn dobbelt så raskt som veksten i BNP. Rapporten viser også til at dette ikke har gitt tilsvarende økning i aktivitet og kvalitet; ventelistene har økt og produktiviteten falt. Stram sentral budsjett-kontroll har redusert underskuddene, men noen sykehus har vedvarende underskudd (ibid). Det har vært sterkt fokus på budsjettbalanse de senere årene og toleransen for budsjettunderskudd er blitt mindre. Inntrykket er også at det ikke er gitt tilleggsbevilgninger fra sentralt hold for å dekke underskudd de siste årene.

4.3.9 Canada

Canada er et føderalt system hvor provinsene har hovedansvaret for finansiering av sykehustjenester, men med bidrag fra staten. På samme måte som for Sverige og Finland er det vanskelig å karakterisere systemet på nasjonalt nivå i henhold til dimensjonen fast-variabel. Systemet er ikke variabelt i den forstand at det statlige bidraget ikke er knyttet til aktivitet. På den annen side setter ikke nasjonale myndigheter de samlede rammene for kostnadene. Utviklingen på nasjonalt nivå bestemmes derfor av provinsenes prioritering av sykehustjenester. I flertallet av provinsene er ansvaret for organiseringen av sykehus-tjenester delegert til regionale helsemyndigheter.

De fleste offentlig finansierte sykehus i Canada er private ideelle (non-for-profit) sykehus (Ettelt m.fl. 2007b). Sykehusene finansieres gjennom rammebudsjetter som settes i

⁵⁷ http://www.nzherald.co.nz/nz/news/article.cfm?c_id=1&objectid=10421381

forhandlinger med provinsmyndighetene, uten innslag av aktivitetsbasert finansiering⁵⁸. Det vil si at finansieringssystemet på produsentleddet i Canada kan karakteriseres som fast. Dette gir i utgangspunktet god kostnadskontroll, men stimulerer ikke til økt aktivitet og produktivitet. I stor grad er det også en høy grad av integrasjon mellom bestiller og utfører i den forstand at det regionale nivået ivaretar rollen som leder for sykehusene. Sykehusene framstår dermed i mange sammenhenger som lite tydelige enheter. Det canadiske systemet vektlegger koordinering gjennom regionale nettverk heller enn konkurranse mellom sykehus (Ettelt m.fl. 2007b). Det er også viktig å være oppmerksom på at legenes lønninger ikke inngår i budsjetteringen av sykehusene. Legene refunderes basert på fee-for service direkte fra provinsen. Dermed står legene ovenfor et helt annet sett incentiver enn hva tilfellet er for resten av sykehusorganisasjonen.

Det er altså provinsene som har hovedansvaret for organisering og finansiering av sykehustjenester i Canada. Men de overordnede prinsippene for helsetjenestene er satt på nasjonalt nivå gjennom Canada Health Act (CHA), som definerer betingelsene som provinsenes helseplaner må oppfylle for å ta full del i den statlige subsidien. CHA fokuserer på tilgjengelighet og lik fordeling av tjenester (Ettelt m.fl. 2007b). Helseministeren må årlig rapportere status til parlamentet.

Viktig utviklingstrekk i Canada er regionaliseringen av helsetjenester innen provinsene på 1990-tallet. Dette innebar en utvikling i retning mer desentralisert planleggings- og beslutningsmyndighet og mer integrerte tjenester. Regionaliseringen (delvis resultat av økonomiske krisen og reduserte helsebudsjetter på 1990-tallet, OECD 2006) var også et virkemiddel som skulle bidra til økt kostnadskontroll gjennom bedre effektivitet og utnyttelse av skalafordeler (Tenbensel 2008), blant annen gjennom sykehussammenslåinger og -nedleggelser. Spesielt er det sykehus i distriktene som er blitt nedlagt. Regionaliseringen er delvis blitt reversert ved at antall regionale helsemyndigheter er redusert og ordningen er forlatt i noen stater.

Det har vært økende fokus på å måle og publisere informasjon om resultater (performance). Canadian Institute for Health Information (CIHI) har de siste 15 årene hatt ansvar for å samle inn og publisert data på utgifter, personell, forbruk av tjenester, tilgjengelighet, resultater, kvalitet og indikatorer på befolkningshelse⁵⁹.

Det har vært en sterk vekst i helseutgiftene i Canada siden slutten av 1990-tallet; 60 prosent realvekst fra 1998 til 2008 (Canadian Institute for Health Information 2009a), etter en periode med en svak og tildels negativ realvekst på 1990-tallet. I perioden 1991-1996 var den årlige realveksten i gjennomsnitt på 0,9 prosent. I perioden 1996-2007 var gjennomsnittlig årlig realvekst på nesten fem prosent (Canadian Institute for Health Information 2009b). Veksten var spesielt sterk de siste årene på 1990-tallet og de første årene på 2000-tallet. Helseutgiftene har økt sin andel av BNP gjennom 2000-tallet, etter et betydelig fall første halvdel av 1990-tallet. Veksten i sykehusutgiftene har hatt samme trend som de samlede helseutgiftene, men andelen av helseutgiftene som går til sykehus har årviss blitt redusert fra 1970-tallet; fra i overkant av 55 prosent i 1975 til i underkant av 40 prosent i 2009. Den finansielle stillingen (målt ved gjeldsandel) er også blitt bedret gjennom de siste 10-15 årene (ibid).

Den svake veksten på 1990-tallet ga en kraftig nedgang i sykehusinnleggelser, men det var en jevn vekst i poliklinisk virksomhet (ambulant care). Dette reflekteres også i økende andel utgifter til poliklinisk virksomhet (Canadian Institute for Health Information 2005). Antallet innleggelser ved akuttstusykehus var 14 prosent lavere i 2008/09 enn i 1995/96 (Canadian Institute for Health Information 2010a). Trenden snudde i 2003/04 (Canadian Institute for Health Information 2007a). Dagkirurgi utgjorde nesten 80 prosent av totalt antall kirurgiske sykehusopphold (inklusive ø-hjelp) i 2005/06. Mens kirurgiske innleggelser (døgnopphold,

⁵⁸ Det er spredte forsøkt på resultatbasert finansiering. I oktober 2008 startet et pilot prosjekt med pasient-basert finansiering for akuttinntak (emergency rooms) i fire sykehus i Vancouver. Sykehusene mottar ekstra inntekter ved kort ventetid til behandling for hver pasient.

⁵⁹ http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_e

elektive og ikke-elektive) ble redusert med 16,5 prosent fra 1995/96 til 2005/06 økte dagkirurgien med i 30 prosent. Totalt sett var det derfor en økning for kirurgi på 17,3 prosent (ibid).

Veksten i kirurgi kan ses i sammenhengen med det sterke fokuset det har vært og fremdeles er på ventetider i Canada. Reduksjon i ventelister har hatt topp prioritet i den nasjonale helsepolitikken (Canadian Institute for Health Information 2009a). Fundamentet for nåværende politikk ble lagt i *10-Year Plan to Strengthen Health Care* fra 2004. Det ble satt av midler fra nasjonale myndigheter til arbeidet med å redusere ventelistene. Provinsene forpliktet seg til signifikante reduksjoner i ventetid innen fem prioriterte områder innen fem år gjennom å sette "benchmarks" for ventetid (Norris 2009). "Benchmarks" er ikke ventetidsgarantier men anbefalt maksimal ventetid. Provinsene har også forpliktet seg til å sette ventetidsgaranti innen minst ett av de fem prioriterte områdene innen 2011. Det ser imidlertid ut til at provinsene velger garantier innen områder der ventetiden allerede er lav (Norris 2009, Kreinler 2010). CIHI fikk ansvaret med å følge opp med årlig rapportering av utvikling i provinsene. Det har imidlertid vært vanskelig å sammenligne ventetider på tvers av provinsene fordi det ikke foreligger noe nasjonalt system for lik måling av ventetider. I rapporten fra Wait Time Alliance fra 2009 undersøkes ventetiden innen en rekke områder. Blant annet undersøkes andelen som venter over 18 uker fra henvisning til behandling, som er lik ventetidsmålet i England, og i Skottland fra 2011. De finner at størstedelen av pasientene innen sju spesialiteter som ble undersøkt ventet lengre enn 18 uker. Også på andre områder var median ventetid høyere enn anbefalt maksimal ventetid (Wait Time Alliance 2009). Canadas ventetidsstrategi omfatter også utvikling av prioriteringskriterier. Men hensikten med disse har vært å påvirke hvem som behandles først, og ikke om de skal settes på venteliste (Kreinler 2010).

4.4 Forskjeller mellom landene - noen hovedtall fra OECD Helsedata

Det er vanskelig å sammenligne egenskapene til de ulike landene med hensyn til tilgjengelighet, prioriteringer, kvalitet, effektivitet og kostnadskontroll. Dette skyldes både begrenset tilgjengelighet til ulike typer data og også at landene har ulik organisering av helsetjenester og ulike måter å avgrense og rapportere data. Vi viser her noen hovedtall for landene.

4.4.1 Kostnader

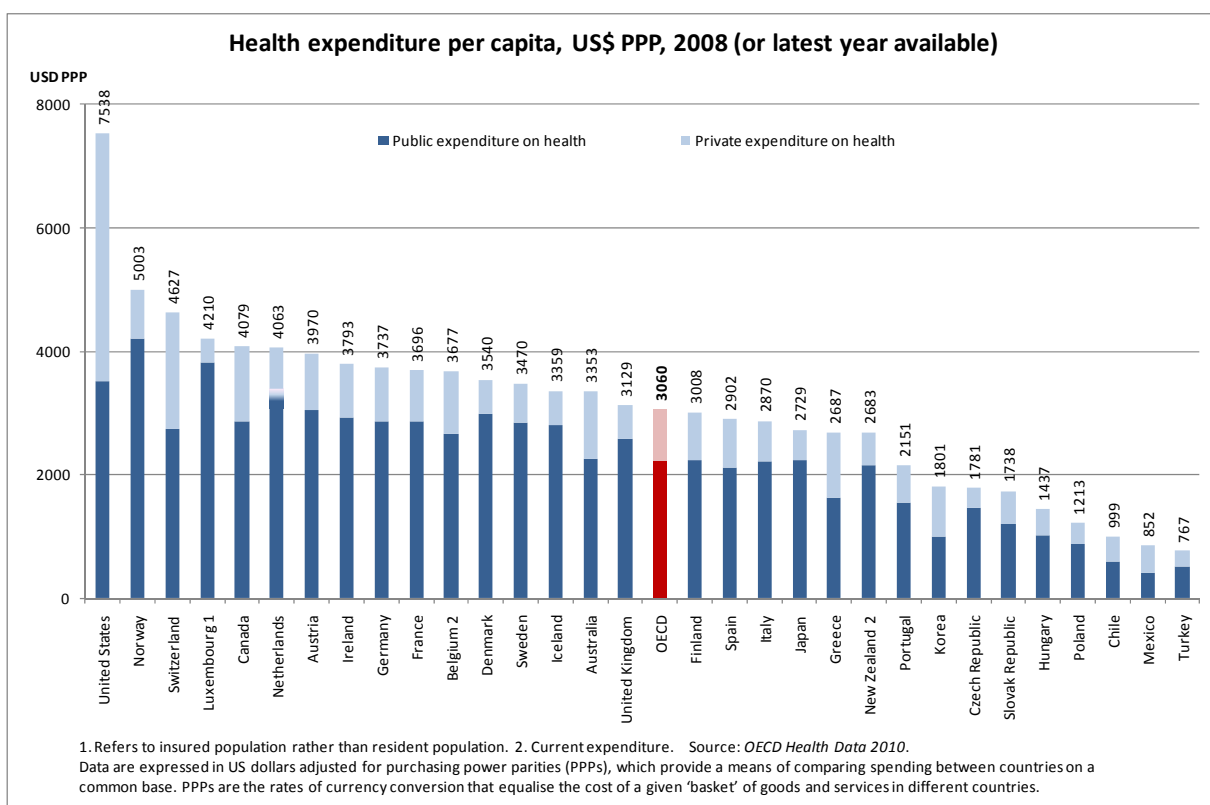
Kostnadstallene er basert på OECD Helsedata 2010 og System of Health Accounts (SHA)⁶⁰. Her presenteres tallene slik de framkommer fra OECD. Gjennom innføring av et felles system for helseregnskap (SHA) skal alle land etter hvert følge de samme definisjoner. Det vil allikevel kunne være forskjeller i regnskapsføringen mellom land som gjør tallene usikre. Det problematiseres ikke videre her.

Figur 1 viser totale helseutgifter per innbygger målt i kjøpekraftskorrigerte US\$ i 2008. Norge skiller seg ut med høye utgifter til helse, nest høyest av OECD landene. Også Canada ligger høyt. Danmark og Sverige ligger også over OECD-gjennomsnittet, mens Storbritannia⁶¹ og Finland ligger rundt gjennomsnittet for OECD-landene. New Zealand har lavest utgifter per innbygger av landene som vi har sett nærmere på i denne rapporten. Basert på disse tallene er utgiftene per innbygger i Norge nesten 90 prosent høyere enn i New Zealand og nesten 70 prosent høyere enn i Finland. Norge ligger imidlertid under OECD-gjennomsnittet for andel helseutgifter av BNP, på nivå med Finland.

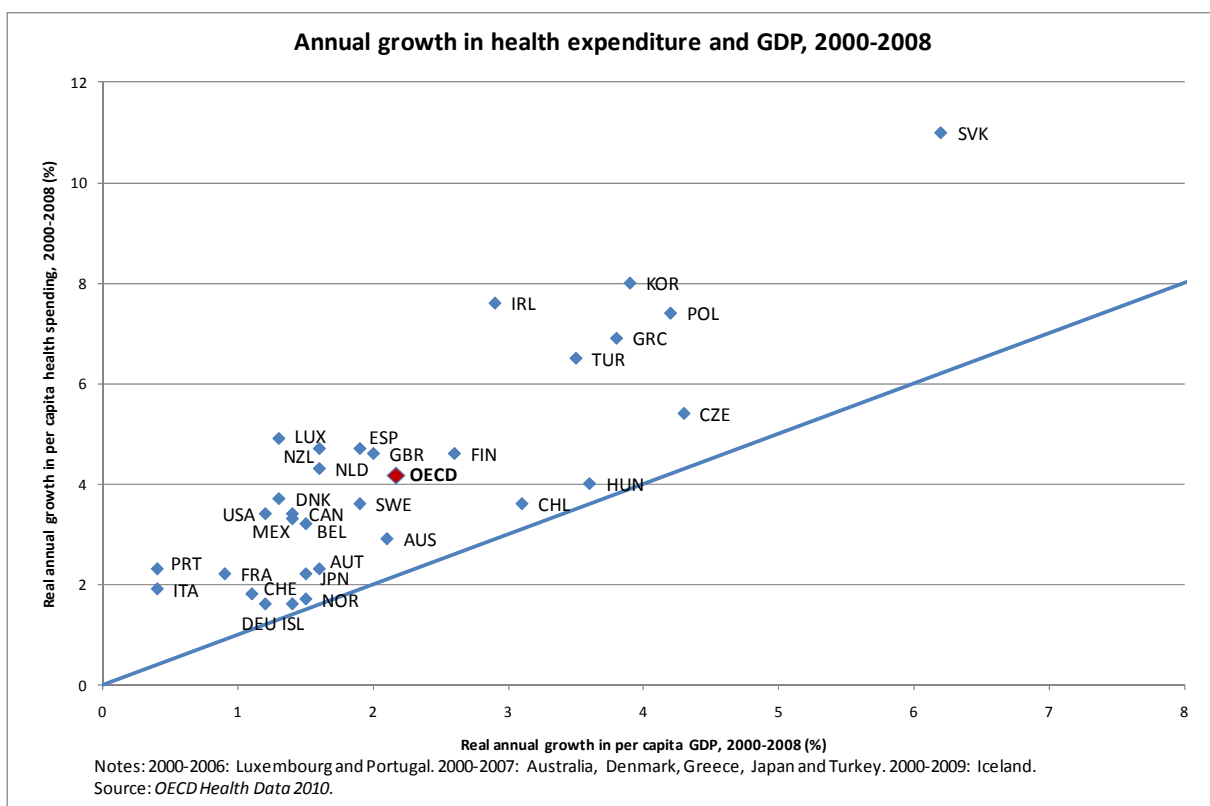
Figur 2 viser vekst i helseutgiftene sammenholdt med vekst i BNP for OECD landene i perioden 2000-2008.

⁶⁰ Figurene og grunnlagsdata er lastet ned fra http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html og http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_33929_2742536_1_1_1_37407,00.html

⁶¹ Det er ikke separate tall for England og Skottland.



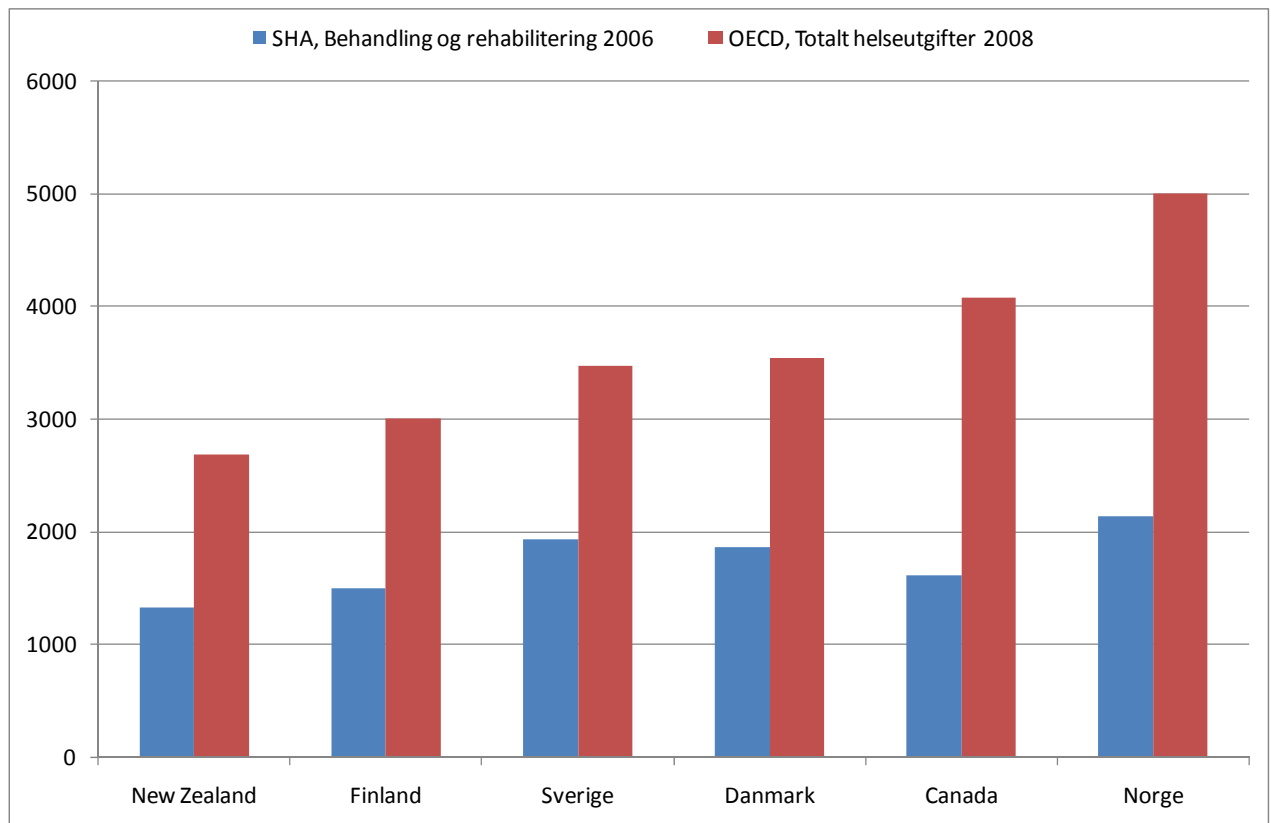
Figur 1 Helseutgifter per innbygger 2008.



Figur 2 Årlig realvekst i helseutgifter og BNP 2000-2008.

Den blå linjen viser lik vekst i helseutgifter og BNP. Jo lengre over og mot venstre ett land er plassert, jo høyere er veksten i helseutgiftene relativ til veksten i BNP. Det framgår av figuren at alle OECD-landene har hatt høyere vekst i helseutgiftene enn i BNP i perioden 2000-2008. Norge er blant landene med lavest gjennomsnittlig årlig vekst i helseutgiftene i denne perioden, omlag som veksten i BNP. Danmark, Sverige og Canada har relativ lik plassering, i en mellomposisjon med hensyn til veksten i helseutgifter. New Zealand, Storbritannia og Finland har hatt relativt lik og høyest vekst i helseutgiftene av landene vi ser på i denne rapporten. Men det er større forskjeller i veksten i BNP i perioden mellom disse landene (Finland høyest og New Zealand lavest).

Melberg (2009) har forsøkt å dekomponere forskjellene i helseutgifter mellom Norge og Finland og anslår at nesten 40 prosent kan tilskrives forskjeller i lønnsnivå. En vesentlig del av forskjellene (omlag 20 prosent) anslås også å skyldes ulik avgrensning mellom helse og omsorg. Tall fra System of Health Accounts (SHA) viser at behandling og rehabilitering utgjør en vesentlig mindre andel av helseutgiftene i Norge og Canada enn i de andre landene vi ser på her⁶². Mens behandling og rehabilitering utgjør 50 prosent av utgiftene i Norge for 2006, er andelen 64 prosent for Sverige. I figur 2 viser vi totale helseutgifter per innbygger i 2008 basert på OECD Helsedata og utgifter til behandling og rehabilitering per innbygger for 2006 basert på SHA.



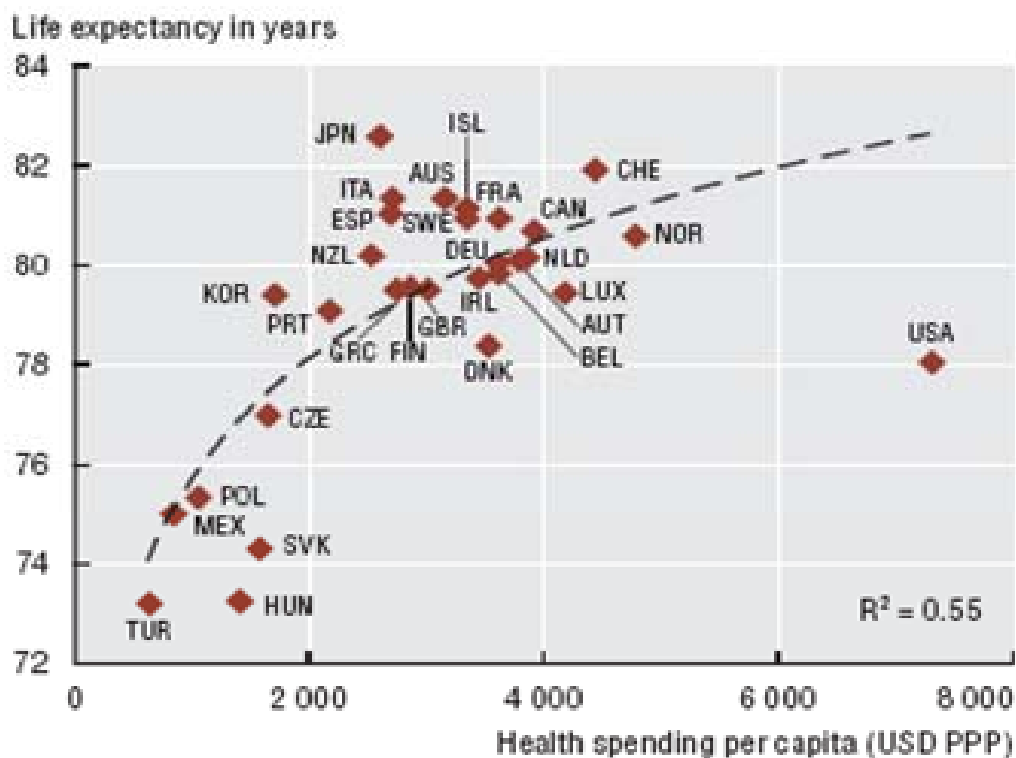
Figur 3 Helseutgifter per innbygger 2008 og utgifter til behandling og rehabilitering per innbygger 2006.

⁶² SHA gir ikke tall for Storbritannia.

Forskjellene mellom Norge og de andre landene blir vesentlig mindre når vi avgrenser utgiftene til behandling og rehabilitering. Dette stemmer overens med tallene for sykehusutgifter for 2008 i Cylus og Irwin (2010) som viser små forskjeller mellom Norge, Sverige og Danmark (3-4 prosent) og vesentlig lavere utgifter i Finland⁶³.

4.4.2 "Resultater"

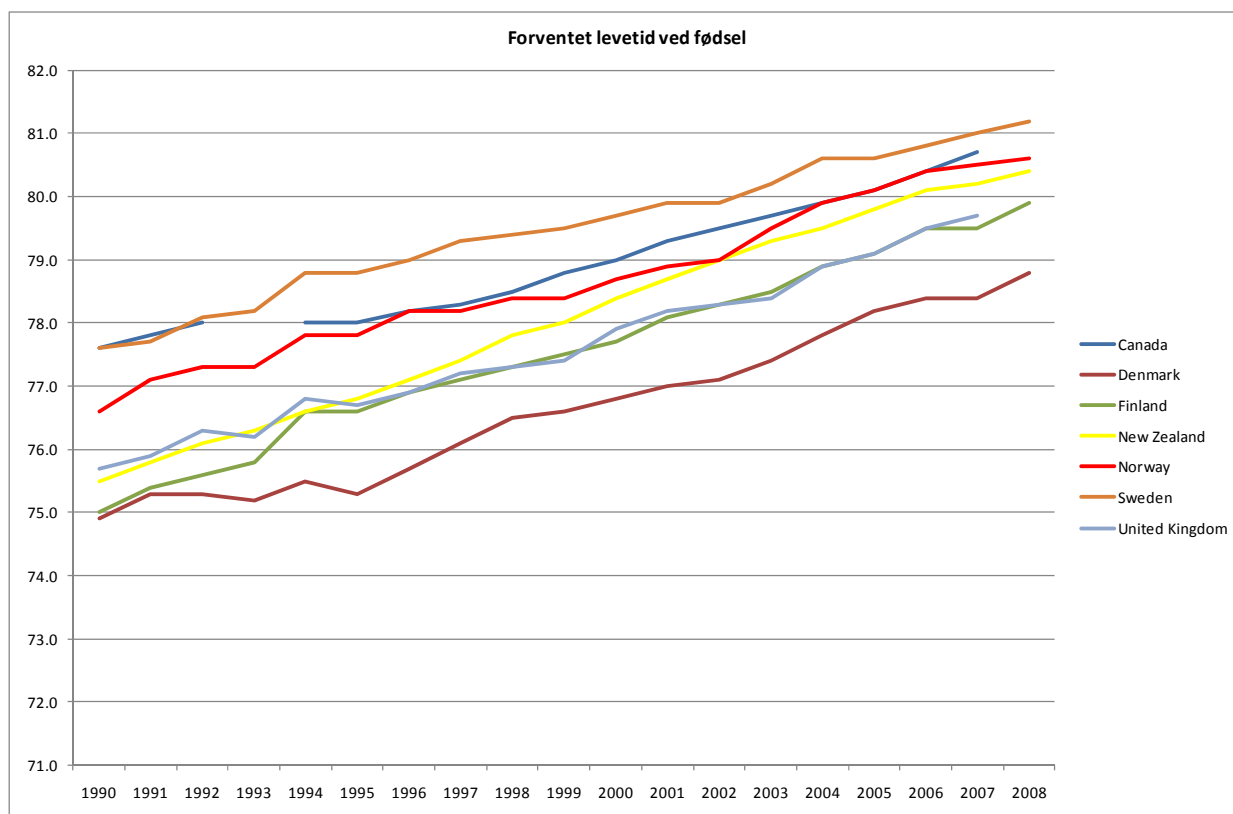
Helsetilstanden i befolkningen målt ved dødelighetsrater og forventet levetid benyttes ofte som overordnede mål på resultater når helsesystemer sammenlignes. Figur 4 nedenfor, hentet fra OECD sine hjemmesider, viser også at det er en betydelig grad av sammenheng mellom hvor mye som brukes på helse per innbygger og forventet levealder. Dette må imidlertid ikke tolkes som en kausaleffekt, fordi dette kan fange opp høy grad av korrelasjon mellom helseutgifter og bakenforliggende forhold som påvirker helsetilstanden til befolkningen i et land, blant annet inntektsnivå. Sammenhengen mellom helseutgifter og forventet levealder reflekterer også i første rekke forskjeller mellom lavinntektsland og høynntektsland. Flere av landene vi har sett på i denne rapporten (Finland, Storbritannia, Canada og Norge) ligger nært opp til linjen som viser estimert sammenheng mellom forventet levealder og helseutgifter. Sverige og New Zealand ligger over linjen, som indikerer høy forventet levealder i forhold til helseutgiftene, mens Danmark ligger betydelig under linjen, altså lav forventet levealder i forhold til helseutgiftene.



Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

Figur 4 Forventet levetid og helseutgifter per innbygger.

⁶³ Tallene i Cylus og Irwin (2010) viser imidlertid større forskjeller i sykehusutgifter i 2008 mellom Norge og Finland (60 prosent) enn SHA-tallene for behandling og rehabilitering viser i 2006 (40 prosent).



Figur 5 Utvikling i forventet levetid ved fødsel.1990-2008. OECD Health Data

New Zealand og også Finland, som begge startet fra en relativt sett lav posisjon, har hatt størst vekst i forventet levealder de siste 20 årene, jf. figur 5. Danmark, som sammen med Finland hadde lavest forventet levealder i 1990, har hatt lavere vekst og har derfor "sakket akterut".

Health Consumer Powerhouse (HCP⁶⁴) publiserer det som de beskriver som bruker-fokuserte, prestasjonsrelaterte sammenligninger av helsesystemer for europeisk land og Canada (Eisen og Björnberg 2010). Basert på ulike indikatorer konstrueres en Health Consumer Indeks som rangerer landene langs fem underkategorier (som hver for seg baseres på flere enkelt-indikatorer). De fem underkategoriene er *pasientrettigheter og informasjon, ventetider til behandling, resultater (outcomes), bredde og omfang på tjenester, og medisiner*⁶⁵. I følge totalindeksen rangeres landene i følgende rekkefølge: Danmark >Sverige >Norge >Finland > Storbritannia >Canada⁶⁶. Danmark rangerer høyest på tre av indikatorene: pasientrettigheter og informasjon, ventetider til behandling og medisiner. Mens Sverige rangerer høyest på resultater og tjenester. Canada rangeres lavest på alle undergruppene med unntak av resultater (nest sist sammen med Danmark). Storbritannia rangeres lavest på resultater og på ventetider, sammen med Canada. Norge rangeres som nummer to på ventetider, og resultater (sammen med Finland).

Sveriges Kommuner og Landsting har også laget en rangering av flere land basert på indikatorer som i hovedsak er basert på forventet levealder og dødelighet for en rekke

⁶⁴ HPC arbeider for å fremme forbruker- og pasientrettigheter.

⁶⁵ Se vedlegg.

⁶⁶ New Zealand er ikke med i denne rangeringen.

sykdommer⁶⁷ (Sveriges Kommuner og Landsting 2008). Denne gir i hovedsak samme bilde som rangeringen fra HCP for resultater. Sverige kommer best ut etterfulgt av Norge, Finland, Storbritannia og Danmark. Tilsvarende rangering gjøres også av *The Conference Board of Canada* (A Report Card on Canada)⁶⁸. Også denne rangeringen baseres i stor grad på indikatorer for en rekke dødelighetsrater⁶⁹. Her gis Norge beste karakter (A), mens Sverige > Finland > Canada gis karakteren B, og Storbritannia og Danmark gis karakteren D. Selv om de tre rangeringene av "resultat" er litt forskjellig gir de likevel noenlunde samme bilde: Sverige, Norge og Finland kommer bedre ut enn Storbritannia, Canada og Danmark. Dette er å forvente i og med at mange av de underliggende indikatorene er de samme.

Sveriges Kommuner og Landsting (2008) rangerer også landene etter effektivitet gitt ved forholdet mellom skår på resultater og skår på indikator for ressursinnsats⁷⁰. I denne rangeringen kommer Finland best ut etterfulgt av Sverige, Norge, Storbritannia og Danmark.

Det er gjort tre runder med kartlegginger av helsesystemer i regi av The Commonwealth Fund. Siste rapport (Davis m.fl. 2010) dekker tre av landene vi har sett nærmere på i denne rapporten; Canada, New Zealand og Storbritannia. Basert på svar på spørreskjemaundersøkelser blant pasienter og leger om en rekke ulike aspekter ved helsesystemet i 2008 gis landene en overordnet rangering og en rangering i flere underkategorier⁷¹. Storbritannia rangeres høyest av de tre landene på den overordnede indikatoren, og Canada lavest. New Zealand ble rangert over Storbritannia i to tidligere undersøkelser. Storbritannia skårer godt på Effective care, Safe care, Cost-related problem⁷², Efficiency og Equity. New Zealand skårer godt, og bedre enn Storbritannia på Coordinated care og Patient-centered care, hvor Storbritannia skårer dårligst. Storbritannia skårer også dårlig på Long, healthy, productive lives. New Zealand skårer dårlig på Cost-related problem og Equity. Canada kommer dårligst ut på flertallet av indikatorene, med unntak av Long, healthy, productive lives (rangerer høyt) og Cost-related problem. Rangeringen for Storbritannia vil dekke over forskjeller mellom blant annet England og Skottland⁷³.

En skal være forsiktig med å legge for stor vekt på slike rangeringer fordi de vil være preget av en viss grad av vilkårlighet med hensyn til valg av indikatorer (både når det gjelder utvalg og hva som finnes av data) og sammenvekting (Smith m.fl. 2008). Det er også veldig store forskjeller i hvilken grad helsesystemer påvirker ulike indikatorer, fra en stor effekt på prosessmål som ventetid til en liten effekt på helseindikatorer som levealder og dødelighet, som i stor grad er påvirket av faktorer utenfor helsesystemene (ibid).

⁶⁷ Se vedlegg.

⁶⁸ <http://www.conferenceboard.ca/HCP/Details/Health.aspx#score>

⁶⁹ Se vedlegg.

⁷⁰ Se vedlegg.

⁷¹ Se Davis m.fl. (2010) for oversikt over underliggende indikatorer.

⁷² Dette reflekterer i hvilken grad egenbetaling er et problem for brukerne.

⁷³ Se Sutherland og Coyle (2009).

5 Nærmere om England og Skottland.

Den britiske National Health Service har mange fellestrekk ved den norske helsemodellen, men også viktige forskjeller. I den senere tid har det vært oppmerksomhet rundt de forskjeller som har oppstått innen NHS mellom England, Skottland, Wales og Nord-Irland. I særlig grad har utviklingen i Skottland vært betraktet med interesse. Dette avsnittet beskriver og diskuterer utviklingen i England og Skottland i mer detalj.

Bakgrunn

Den britiske National Health Service (NHS) ble dannet i 1948 og omfatter hele Storbritannia; det vil si England, Skottland, Wales og Nord Irland. NHS er basert på finansiering gjennom skatter, dekker hele befolkningen, er gratis⁷⁴ og sterkt sentralstyrt. I den første store omorganiseringen, som kom i 1974⁷⁵, ble NHS ble endret fra å være bygget opp rundt sykehus til å bli bygget opp rundt geografiske områder. England ble delt inn i 14 regioner ("regional health authorities"), mens Skottland, Wales og Nord Irland hver utgjorde en region. I England ble det innen regionene foretatt en ytterligere inndeling i distrikter, med ansvaret for å drive sykehus, primærhelsetjeneste og generelt utøve sørge for-ansvaret for befolkningen. I Skottland utøvde lokale helsestyrer (Health Boards) samme funksjon, og hadde i tillegg også ansvaret for allmennlegene ("family doctors").

Den neste store endringen kom i form av "the internal market" 1989, under den konservative Thatcher-regjeringen. I en periode preget av liten vekst i ressurser til helsesektoren, innførte man økt bruk av konkurranse, et skille mellom bestiller og utfører og økt bruk av private leverandører. Det ble også vurdert å i sterkere grad basere systemet på privat forsikring, men dette ble til syvende og sist droppet. Innføringen av "the internal market" var omdiskutert. Det er verdt å merke seg at det er kun i England man finner et sterkt konservativt parti, i de andre tre landene ble derfor politikkendringen i stor grad vurdert som noe som ble påtvunget dem fra England. Etter reformen fikk nå distriktene i England og helsestyrene i Skottland rollen som bestiller, mens sykehusene ble utførere. Dette medførte et skille av to roller som før hadde vært utøvd på samme nivå, og åpnet også opp for bruk av mer spesifikke kontrakter mellom bestiller og utfører. Endelig ble det også åpnet for at sammenslutninger av allmennleger kunne få budsjetter og bestillingsansvar for enkelte spesialisthelsetjenester ("GP-fundholders"). Som en følge av at distriktene nå fikk sørge for-ansvaret ble regionene avviklet, men beholdt en rolle som overvåker og oppfølger på vegne av helsedepartementet.

Da det britiske arbeiderpartiet igjen overtok makten i 1997 innførte de det som ble kalt "den tredje veg". De største endringene kom i primærhelsetjenesten hvor man avviklet mulighetene for allmennleger til å bestille spesialisthelsetjenester. De (da) 90 distriktene ble delt inn i 450 primærhelsetjenestegrupper ("primary care groups"). Disse ble siden redusert i antall til 350 og gjort om til stiftelser ("primary care trusts (PCT)"). Også under en arbeiderpartiregjering valgte man imidlertid å beholde skillet mellom bestiller og utfører,

⁷⁴ Egenandeler på medisiner ble rask innført.

⁷⁵ På samme tidspunkt som vi i Norge fikk St Mld 9 (1974-75) "Om et regionalisert helsevesen mv"

men endret noe på retorikken og begrepsbruken⁷⁶. Samtidig skjedde det fra år 2000 en betydelig økonomisk styrking av NHS, målet var å få nivået i NHS opp på gjennomsnittlig OECD nivå.

Desentralisering – "devolution"

Det er to hovedtyper desentralisering; administrativ ("deconcentration") og politisk ("devolution"). Den britiske NHS har alltid vært sterkt politisk sentralstyrt, men med ulike former for administrativ desentralisering (regioner, distrikter, primærhelsetjeneste-sammenslutninger etc)⁷⁷. Skottland, Wales og Nord-Irland hadde sin egen minister i den britiske regjeringen, og disse var ansvarlig for offentlig ressursbruk i landene. Tildeling av budsjetter til Skottland, Wales og Nord Irland skjedde i hovedsak etter deres andel av samlet befolkning⁷⁸, men var også til en viss grad gjenstand for forhandlinger.

Fra 1999 skjedde det imidlertid en fundamental endring i styringen av Skottland, Wales og Nord Irland; administrativ delegering ble erstattet med politisk delegering av myndighet og ansvar til hvert av de fire landene. For Skottland sitt vedkommende betød dette at ansvaret nå ble flyttet til det skotske parlamentet. Samtidig ble inntektsfordelingen mellom de fire landene fremdeles basert på de samme prinsipper som tidligere. Det er utenfor rammen av dette notatet å gå i detalj på den generelle britiske styringsmodellen, men tre forhold av betydning for helsepolitikken skal allikevel nevnes:

For det første betød den politiske desentraliseringen av man fra England ikke har innflytelse på de beslutninger som blir foretatt i Skottland, samtidig som man fra Skottland – gjennom de skotske parlamentsmedlemmene i London – har innflytelse på politikken i England. For det andre er dette ikke en fiskal desentralisering. Størrelsene på budsjettene settes fremdeles sentralt, og selv om man i Skottland har en viss mulighet til å hente inn lokale skatteinntekter, er denne enda ikke blitt benyttet. For det tredje er den nasjonale inntektmodellen utformet på en slik måte at størrelsen på bevilgningene til Skottland (og Wales og Nord Irland) avhenger av størrelsen på bevilgningen til England. Denne vil igjen avhenge av i hvilken grad man i England når de målene som settes for tjenestene. På denne måten blir helsetjenestens andel av de samlede offentlige budsjetter avhengig av grad av måloppnåelse i England, mens hvordan tjenesten drives i de tre andre landene ikke har innflytelse på det samlede utgiftsnivået.

Helsepolitikk i England og Skottland etter "devolution"

I perioden etter 1999 har utforming og bruk av helsepolitiske virkemidler vært svært forskjellig i England og Skottland. Mens det engelske fokus kan oppsummeres som "marked og styring" kan det skotske fokus oppsummeres som "profesjoner og samarbeid". Connolly m.fl. (2010) beskriver hovedforskjellen mellom de to landene som i tabell 5.:

⁷⁶ "Purchasing" ble byttet ut med "commissioning". Vi finner eksempler på det samme i Norge, hvor man for eksempel valgte å erstatte "stykkprisfinansiering" med "innsatsstyrt finansiering".

⁷⁷ Modellen skiller seg dermed fra den Nordiske modellen (Magnussen et al 2009 som har vært kjennetegnet ved en politisk desentralisering (regioner, fylker, kommuner etc).

⁷⁸ The Barnett formula.

Tabell 5 Sammenligning av finansiering og organisering av helsetjenestene i England og Skottland

	England	Skottland
Skille bestiller utfører	Ja	Nei
Aktivitetsbasert finansiering	Ja	Nei
Ulike typer tilbydere (private/offentlige/forvaltning/foretak)	Ja	Nei
Fritt sykehusvalg	Ja	Nei, ikke lovregulert ⁷⁹
Direkte valg til regionale helsestyrrer	Nei	Ja (prøves i to regioner i 2010)
Mål for maksimal ventetid	Ja	Ja
Offentliggjøring av "performance"	Ja, "star rating" 2001-05, "Health check" fra 2006	Nei ⁸⁰
Gratis omsorgstjenester fra 65 år	Nei	Ja
Gratis reseptbelagte medisiner	Nei	Planlegges innført

I England har man dermed beholdt en modell hvor man skiller bestiller og utfører, bruker økonomiske incentiver i finansieringsmodellene, ønsker pluralisme på produsentsiden og gjennomfører streng monitorering og oppfølging. Samtidig foretok man i 2006, som vi så i avsnitt 2, en ytterligere sentralisering gjennom å redusere antall primary care trusts til 150. I Skottland er modellen kjennetegnet ved at sørge for-ansvaret og utføreransvaret ligger hos samme enhet (det regionale helsestyret), det er ikke innslag av private aktører og heller ikke bruk av aktivitetsbasert finansiering (med unntak av for gjestepasienter). Skottland avvirket skillet mellom bestiller og utfører i 2004 og vektlegging av konkurranse mellom tilbyderne, foretaksorganiseringen ble avvirket i 2003 da sykehusene ble lagt inn under de lokale helsestyrene. Skottland vektla i stedet organisering basert på behov og befolkningsansvar innenfor gitt geografiske grenser. Mens det engelske systemet er ment å stimulere til kvalitet gjennom konkurranse og styring, er det skotske systemet ment å bedre kvaliteten gjennom integrering og koordinering av tjenester internt i NHS og gjennom lokale nettverk/ partnerskap. Samtidig kan vi også i Skottland finne tendenser til sentralisering gjennom reduksjon av antall sykehus, og til fokus på effektivisering gjennom fastsatte krav til innsparinger.

Hvilken modell har så gitt de beste resultater? Det er selvfølgelig ikke mulig å peke på ett av de to landene og si "slik gjør man det (ikke)!". Helsepolitikken består av en rekke virkemidler som er innrettet mot en rekke mål. Samtidig vil effekten av dem påvirkes av så vel utvikling i andre forhold (for eksempel økonomisk vekst), og ellers like virkemidler vil også kunne ha ulik effekt i ulike kulturelle settinger. Vi skal her diskutere utviklingen i England og Skottland på to ulike måter. For det første skal vi beskrive de to landene gjennom en del overordnede indikatorer. Dette vil gi en indikasjon på hvilket av de to landene som "gjør det best", men uten at man nødvendigvis kan knytte dette til summen av eller enkeltelementer i virkemiddelbruken. For det andre skal vi se nærmere på noen av den dokumentasjonen som finnes rundt virkemiddelbruken, og da i særlig grad den engelske modellen med payment by results, som altså innebærer en 100 % stykkprisfinansiering av (somatiske) helsetjenester. De to beskrivelsene trekker i stor grad på to hovedarbeider – Connolly et al (2010) sin gjennomgang av utviklingen i England, Skottland, Wales og Nord Irland etter den politiske desentraliseringen, samt Farrar et al (2009) sin evaluering av payment by results.

⁷⁹ Det foreligger nå et lovforslag om pasientretter som blant annet innbærer ventetidsgaranti. Dette innebærer at NHS må kunne tilby behandling innen garantifristen eventuelt på sykehus utenfor eget distrikt.
<http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/PatientRightsBill>

⁸⁰ Skottland publiserer ikke resultater for hvert sykehus, men på nasjonalt nivå for NHS Scotland Performance Targets (HEAT), se
<http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/NHS-Scotland/17273/targets>

Overordnet beskrivelse

Connolly et al påpeker at en sammenlikning av England, med sine 50 millioner innbyggere, og Skottland med sine 5 millioner ikke nødvendigvis vil gi noe riktig bilde av effektene av den politiske desentraliseringen. For det første er variasjonene innen England store, for det andre er deler av England lite sammenliknbar med Skottland. De velger derfor også å sammenlikne de enkelte regionene i England med Skottland, og peker særlig på at Nord-Øst England er et område som både i forhold til befolkningens størrelse og sammensetning har fellestrekk med Skottland. Oversikten i tabell 6 under er hentet fra Connolly et al (2010)⁸¹. Merk at "< / >" betyr at Skottland scorer lavere/høyere enn samtlige regioner i England i 2006.

Tabell 6 Sammenligning av ulike indikatorer mellom Skottland og England. 2006*

Indikator	Skottland
Produktivitet (grove mål):	
Polikliniske konsultasjoner pr sykehuslege / sykepleier	< / <
Døgnopphold pr sykehuslege/sykepleier	< / <
Dagopphold pr sykehuslege/sykepleier	< / <
Ventetider	
% venter > 13 uker for poliklinikk	Ikke tilgjengelige data
% venter > 13 uker for elektiv behandling	Ikke tilgjengelige data
Aktivitet/Ressursbruk pr innbygger	
Samlet utgift	>
Sykehussenger	>
Sykehusansatte leger/sykepleiere/"non clinical"	> / > / >
Primærleger	>
Polikliniske konsultasjoner	Lavere enn Nord-Øst England, og England samlet
Dagopphold	Lavere enn Nord-Øst England, og England samlet
Døgnopphold	<
Helseindikatorer	
Dødelighetsrater	>
Forventet levealder ved fødsel	<

* "< / >" betyr at Skottland scorer lavere/høyere enn samtlige regioner i England i 2006

Connolly et al oppsummerer forskjellene slik (vår oversettelse):

"Skottland er en outlier i alle sammenhenger hvor det finnes sammenliknbar statistikk, med høyest nivå på dårlig helse; høyeste utgiftsnivå pr innbygger; høyest nivå pr innbygger for alle typer personell; lavest nivå på innlagte pasienter pr innbygger og dårligs nivå på de grove produktivitetsmålene for sykehusleger og sykepleiere.(ref)

⁸¹ Connolly et al (2010) box 5.1, vår oversettelse.

Befolkningen i Skottland har generelt sett dårligere helse enn befolkningen i England, målt ved blant annet forventet levealder og dødelighetsrater. Det kan forklare høy ressursbruk, men ikke lavere aktivitetsrater alt annet likt. Bildet er ikke like entydig når det kommer til ulike indikatorer på kvalitet og tilgjengelighet. Fem års forventet overlevelse for kreft er for eksempel høyere i Skottland enn i England. Dødsfall knyttet til den bakterielle infeksjonen *clostridium difficile*, hvor utbrudd skjer i helseinstitusjoner⁸², var også både høyere og økte mer i England enn i Skottland. De to landene skårer best på ulike indikatorer. Det er ikke vesentlige forskjeller i befolkningen fornøydhet med helsetjenestene (Sutherland og Coyle 2009). Det finnes ikke gode tilgjengelige offisielle data for ventetid generelt for Skottland som er sammenlignbar med tall for England. Sutherland og Coyle (2009) sammenligner tall for utvalgte kirurgiske prosedyrer. Disse viser lik eller lavere ventetid i Skottland sammenlignet med England i 2006/2007. Connolly m.fl. (2010) mener imidlertid at også disse dataene ikke er sammenlignbare.

Det samme bildet av forskjeller i ressursbruk og produktivitet som tabellen over viser for 2006 finner vi på nasjonalt nivå også i 2002 og 1999 (Connolly m.fl. 2010). Det vil si at dette er forskjeller som oppstod mens de to landene stod overfor samme finansierings- og styringssystem. England har hatt størst vekst i utgift per innbygger og Skottland størst vekst i helsepersonell personell fra 1999 til 2006. Skottland hadde størst nedgang i produktivitetsindikatorerne i denne perioden. Mens Skottland i 2006 hadde lavere rater for alle de tre aktivitetsindikatorerne, var aktivitetsratene høyere i Skottland enn i England i 1999. Skottland har altså hatt lavere aktivitetsvekst for dagopphold og polikliniske konsultasjoner, og større reduksjon i døgnopphold enn England.

Effekt av payment by results (PbR)

En vesentlig forskjell mellom systemene i England og Skottland er altså måten sykehusene finansieres på. Mens man i Skottland har et sterkt integrert system uten skille mellom bestiller og utfører, baseres det engelske systemet på (til dels svært detaljerte) kontrakter som regulerer både aktivitet og priser. I England kalles dette "Payment by results (PbR)", og ordningen ble innført i 2003. I første omgang var den gjeldene for elektive pasienter innen et avgrenset antall (15) diagnosegrupper. Ordningen ble siden utvidet til å omfatte alle elektive pasienter i de fristilte sykehusene ("foundation trusts"), og fra 2007/08 omfatter ordningen alle pasienter⁸³.

Payment by results innebærer at det inngås en kontrakt mellom primary care trusts og sykehuset om volum på pasientbehandlingen. Aktiviteten beskrives i den engelske varianten av DRG; Health resource groups. Prisene settes sentralt (men varierer etter regionale kostnadsforhold), og kan ikke fraviktes. Dette innebærer at det ikke er mulig for sykehusene å konkurrere på pris. Den engelske modellen skiller seg fra den norske på to vesentlige områder. For det første er det forskjellige priser for akutt og elektiv aktivitet, for det andre er det altså regionale variasjoner i prisene. Dette skjer gjennom en korreksjon for ikke-påvirkbare regionale kostnadsforskjeller⁸⁴. Selv om kontraktene regulerer både pris og volum legges i hovedsak den økonomiske risikoen for meraktivitet på bestiller. I tilfeller hvor meraktiviteten kan sies å være tilbudsstyrt skal man sammen forsøke å komme fram til enighet, i ytterste fall kan dette innebære at det ikke betales for aktiviteten. Det presiseres imidlertid i kontraktene at man tilstreber dialog og samarbeid, ikke konflikt i slike situasjoner. I praksis betyr dette at sykehusene er ansvarlig for styre utnyttelsen av kapasiteten, og også gi et tilbud til også til pasienter som kommer "ikke planlagt".

⁸²

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5078:1:0:0::0:0&MainLeft_6039=6041:82697::1:6043:23::0:0

⁸³ PbR ble fullt ut implementert i 2008/09, dvs. at da var innfasingen fullført.

⁸⁴ Dette skjer også i den nasjonale innteksfordelingsmodellen i Norge, men da gjennom rammetilskuddet ikke gjennom DRG-prisene.

Det er så langt gjennomført én større evaluering av PbR (Farrar et al, 2009). For å skille effekten av PbR fra effekten av andre endringer og generelle utviklingstrekk er sykehusene i Skottland benyttet som kontrollgruppe. Det er fire forhold som studeres; endring i liggetid, andel dagpasienter, endring i aktivitet og endring i dødelighet. De to første er indikatorer på produktivitet, den tredje på kostnadskontroll og den siste på kvalitet. Evalueringen viser følgende:

- Det er en større reduksjon i liggetiden i sykehusene i England som innfører PbR enn i de rammetfinansierte sykehusene i Skottland. Forskjellene er statistisk signifikant.
- Det er en større økning i andel dagpasienter i England enn i Skottland. Forskjellen er statistisk signifikant.
- Det er en større aktivitetsvekst i England enn i Skottland. Forskjellen er statistisk signifikant.
- Det er ingen forskjell i utviklingen i dødelighet.

Det kan dermed synes som om man i England i denne perioden har hatt en bedret produktivitetsutvikling og en sterkere aktivitetsvekst enn i Skottland, og at dette er en utvikling som delvis kan tilskrives forskjellene i finansieringsmodell. Målt ved dødelighet ser det heller ikke ut som om innføringen av PbR har hatt negative utslag på kvaliteten.

Evaluering av effekter av innføring av PbR er vanskelig fordi dette sammenfaller med andre viktige endringer i styrings- og finansieringssystemet. Evalueringen av PbR av Audit Commission (2008) konkluderer med at det er vanskelig å tillegge positiv utvikling i aktivitet og effektivitet (målt ved nedgang i gjennomsnittlig liggetid) til PbR. Den mest klare effekten av PbR er på utviklingen (den sterke økningen) i dagbehandling. Samme pris på døgnopphold og dagopphold stimulerer til overgang til dagbehandling⁸⁵. PbR ble innført over tid både når det gjelder omfang (antall behandlingsområder) og antall sykehus som ble dekket. I følge Audit Commission er det ikke vesentlig forskjellig/bedre utvikling for de sykehusene, i første rekke foundation trusts, som var blant de som inngikk i ordningen fra starten og andre NHS trusts. Dette er i tråd med resultatene i Ferrar et al (2009) når de analyserer forskjellene mellom foundation trusts og andre NHS trusts. PbR har i beste fall bidratt til utviklingstrekkene heller enn å ha vært den viktigste drivkraften. Audit Commission viser til at PbR ble innført samtidig med andre sterke virkemiddel som blant annet ventelistemål med tilhørende sterk prestasjonsstyring. Dette gjør det vanskelig å skille effektene av hver enkelt endring i England i perioden, også i sammenligning med utviklingen i Skottland. Samtidig var det en veldig sterk vekst i ressurstilførselen til NHS i perioden. Denne konklusjonen er i tråd med Street og Miraldo (2007) som ikke finner at PbR har bidratt til reduserte gjennomsnittskostnader eller reduserte kostnadsforskjeller mellom produsenter, og heller ikke at aktivitetsveksten kan tilskrives PbR. Og i likhet med Audit Commission (2009) trekker de som konklusjon at PbR har bidratt til skifte av aktivitet mot dagbehandling, og at PbR komplementerte målstyringsregimet som ga reduksjon i ventetider.

Sussex og Farrar (2008) intervjuet lokale NHS ledere om deres erfaringer og forventinger om effekten av PbR, og peker på flere forhold som kan bidra til å forklare den begrensede effekten som er observert. For det første var PbR en av flere viktige endringer som ble introdusert i samme periode, som beskrevet over. Andre faktorer var blant annet at det var lite ledig kapasitet i de offentlige sykehusene (i alle fall på kort sikt), at ustabile nasjonale priser (i starten) innebar stor grad av økonomisk usikkerhet som sammen med balansekrav bidro til kort planleggingshorisont med hensyn til kapasitetsendringer. Lederne vektla også samarbeid mye sterkere enn konkurranse. Sykehusene oppfattes som lojale mot lokalt PCT som opererer under faste rammer. Økt aktivitet gir negativt resultat for PCTet, noe som bidrar til dårligere samarbeidsklima og negative konsekvenser for aktiviteter som ikke dekkes av PbR og for andre lokale tjenester. Inntrykket er en NHS kultur hvor sykehusene tar hensyn til helheten med hensyn til tjenestetilbud til innbyggerne i nærsamfunnet.

⁸⁵ I 2009/10 ble det innført separat, lavere pris for dagbehandling. Dette ble reversert i 2010/11 med begrunnelse knyttet til insentiv til å øke omfanget av dagbehandling (Department of Health 2010c).

Effekt av sterk styring av ventelistemål

Propper m.fl. (2008) undersøkte effekten av innføringen i år 2000 av det de kaller en "aggressiv målbasert politikk" med sikte på å redusere de lange ventelistene i England⁸⁶. Ventetid var ett av de viktigste områdene i "Star rating" regimet. "Star rating" innebar for det første at resultater med karakterer ble publisert; "naming and shaming" (Connelly m.fl. 2010). For det andre hadde resultatene reelle konsekvenser for sykehusene/sykehuslederne. Dårlige prestasjoner ble sanksjonert og gode prestasjoner ble belønnet med større grad av autonomi, f.eks. i form av at man fikk beholde (noe) overskudd. Konsekvensene av å ikke innfri målene, sykehusledere måtte i mange tilfeller gå av⁸⁷ (Beasley m.fl. 2008), var så strenge at regimet er blitt kalt "target and terror" (Propper m.fl. 2008). Selv om Skottland også hadde ventetidsmål, og også strammet dette inn i 2004⁸⁸, var det ikke samme regime i forhold til publisering av resultat og streng monitorering og sanksjonering av å ikke nå målene som i England. Propper m.fl. sammenligner utvikling i ventetid i England og Skottland og finner at det var større reduksjoner i ventetid i England, uten åpenbare negative konsekvenser for aktivitet på andre områder eller i kvalitet⁸⁹.

Effekt av konkurranse og fritt sykehusvalg

Fra 2006 ble det i England innført fritt valg av sykehus for alle pasienter, samtidig som sykehusene står fritt til å konkurrere om pasientene. Mens man også etter Thatcher-reformene i 1989 hadde konkurranse mellom sykehusene, er dagens modell vesensforskjellig ved at man nå ikke konkurrerer på pris men kun på kvalitet. Som vi så over skjer finansieringen av sykehusene i England etter en sentralt fastsatt pris, dog med regionale variasjoner etter kostnadsnivå.

Det er ikke, a priori, mulig å si hva konsekvensene av konkurranse blir for kvaliteten på tjenestene. Dette vil avhenge både av hvilke målsettinger tjenesteprodusentene (sykehusene) følger, og hva slags øvrig regulering de utsettes for. I en analyse av det interne markedet i NHS på 90 tallet fant allikevel Propper m.fl. (2008b) en positiv assosiasjon mellom dødelighet i sykehus og grad av konkurranse. Dette er konsistent med en hypotese om at sykehus som konkurrerer på pris vil redusere kvaliteten på behandlingen. Cooper et al (2010a) har analysert sammenhengen mellom AMI (akutt hjerteinfarkt)-dødelighet og grad av konkurranse i England etter 2006. Deres hypotese er at sykehusene, i en situasjon med fast pris og jevnlig offentliggjøring av kvalitetsindikatorer, vil konkurrere gjennom å øke kvaliteten. De finner da også en negativ assosiasjon mellom AMI dødelighet og grad av konkurranse.

Disse analysene gir dermed støtte til en hypotese om at konkurranse kombinert med prisregulering kan gi høyere kvalitet, mens konkurranse uten prisregulering kan gi lavere kvalitet.

Cooper et al (2010b) undersøker om ulike konkurranseforhold har betydning for effekten av markedsreformene på utvikling i effektivitet ved å analysere utvikling i preoperativ liggetid for hofteproteseoperasjoner. De finner at reduksjon i preoperativ liggetid for hofteproteseoperasjoner som følge av reformene var størst for konkurranseutsatte sykehus, og uten at dette gikk på bekostning av kvalitet.

⁸⁶ Ventetidsmålene ble gradvis strammet til fra maksimal ventetid på 18 måneder i 2001 til 6 måneder i 2006.

⁸⁷ Ledere for 6 av 12 Trusts måtte gå i 2001.

⁸⁸ Fra 12 til 9 måneder.

⁸⁹ De finner endring i registrering av ventelistene i England, men dette kan også være delvis bedre registreringspraksis.

Kan Norge lære noe av utviklingen i England og Skottland?

Forskjellene mellom England og Skottland har i noen sammenhenger vært tabloidisert som forskjellen mellom "marked" og "ikke-marked" (De Facto, 2009). Det har videre vært hevdet at den skotske modellen har vært en suksess, delvis på grunn av at man i Skottland har klart å holde seg innenfor budsjettene. Som vi så over har aktivitetsveksten i England være høyere enn i Skottland etter innføring av PbR, og det har også vært oppmerksomhet knyttet til mangelen på kostnadskontroll. I England har man håndhevet dette gjennom å kreve underskuddene dekket inn påfølgende driftsår, noe som har skapt det man har kalt "dobbel underskudd". Først må man med andre ord ned i aktivitet for å holde seg til den avtalte rammen, og deretter må man effektivisere for å dekke inn fjorårets underskudd. Denne ordningen ble mye kritisert (House of Commons 2006, Audit commission 2006) og etter hvert avvirket (Audit commission 2008b).

Ut fra diskusjonen av finansieringsmodeller i avsnitt 4 kan en forvente at et system som baseres på rammefinansiering gir bedre kostnadskontroll enn et system med aktivitetsbasert finansiering. Det er imidlertid flere likhetstrekk i utviklingen i England og Skottland. Begge landene hadde sterk vekst i ressurstilførselen som følge av Blair-regjeringens beslutning i 2000 om å løfte NHS UK på nivå med andre OECD-land, som innebar en sju prosents økning i budsjettet over sju år (Maynard og Street 2006). Veksten fra 2002/03-2007/08 var høyere for England enn for Skottland (Sutherland og Coyle 2009). Utgiftsveksten har bidratt til aktivitetsvekst og bedret tilgjengelighet, men også manglende kostnadskontroll og tilhørende underskudd i begge landene⁹⁰. Den sterke veksten i ressurser både i form av kostnader og personell har ikke gitt like sterk økning i aktiviteten, slik at produktiviteten falt med 10 prosent fra 1995 til 2006 (Audit Scotland 2009). Med svakere vekst i de senere årene har det også i begge landene skjedd en bedring i resultatene både økonomisk og i tjenesteytingen. Retorikken rundt det markedsbaserte systemet i England må også nyanseres i lys av at England har hatt en sterk statlig styring, og at det også i den engelske NHS-kulturen ser ut til å være sterk vektlegging av samarbeid lokalt.

⁹⁰ Skottland har hatt underliggende underskudd i flere år, jf avsnitt 4.3.7.

6 Drøfting

Effektivitet, kvalitet og lik tilgjengelighet er sentrale målsettinger for spesialisthelsetjenesten i Norge. Samtidig forutsettes det at tjenestene leveres innen de overordnede økonomiske rammebetingelsene slik de defineres i de årlige statsbudsjettene. Finansieringssystemet er ett av flere virkemidler som benyttes for å nå disse målene. I den helsepolitiske diskusjonen i Norge har det i særlig grad vært diskusjoner rundt tre forhold ved finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten:

- Konsekvensene for tilgjengelighet av finansieringen av sørge for-nivået.
- Konsekvensene for effektivitet, kvalitet og kostnadskontroll av ordningen med innsatsstyrt finansiering.
- Konsekvensene for samhandling av å legge en større del av finansieringsansvaret på det kommunale leddet.

Gjennomgangen over har vist at det både er likhetstrekk og forskjeller mellom Norge og andre land med skattebaserte helsesystemer. Spørsmålet er om det fra gjennomgangen over kan hentes lærdom som kan benyttes i en videre utvikling av finansieringssystemet i Norge. La oss først (igjen) oppsummere hovedtrekkene i finansieringen av spesialisthelsetjenester i de andre landene som inngår i denne drøftingen.

Finansiering av sørge for-nivået

To forhold vil være av betydning i finansiering av sørge for-nivået; hvordan man innretter systemet i forhold til en målsetting om lik geografisk tilgjengelighet til tjenestene, og hvordan man innretter systemet i forhold til en målsetting om kostnadskontroll. Siden sørge for-nivået i utgangspunktet ikke driver tjenesteproduksjon vil målsettingene om effektivitet og kvalitet være av mindre betydning på dette nivået.

Sverige, Finland og Canada kjennetegnes ved at finansieringen av spesialisthelsetjenester i stor grad skjer lokalt; henholdsvis i fylkene (Sverige), kommunene (Finland) og provinsene (Canada). I systemer med en politisk desentralisering vil det også i større grad kunne åpnes for forskjeller i prioritering av ressurser til helsetjenester kontra andre tjenester. Selv om alle landene har et visst innslag av statlig finansiering åpner altså selve styringsmodellen for større geografiske variasjoner, og mindre statlig styring av kostnads- og aktivitetsutvikling, enn hva tilfellet er i sentraliserte systemer.

Både New Zealand, England og Skottland har systemer hvor staten fordeler inntekter ut til et administrativt desentralisert sørge for-nivå. Modellene for ressursfordeling bygger på det samme hovedprinsippet; budsjettet avhenger av befolkningens størrelse, forhold som antas å påvirke dens behov for tjenester, og forhold som kan påvirke kostnadene ved å levere tjenester. Dette er systemer som legger til rette for statlig styring av kostnadsutviklingen.

Danmark er, ved siden av Norge, det eneste landet som inkluderer aktivitetsnivå i sin finansiering av spesialisthelsetjenesten. Omfanget er imidlertid lavere enn i Norge. Utgangspunktet for den aktivitetsbaserte delen er todelt; en statlig "på marginen" finansiering, og en kommunal medfinansiering som i hovedsak motiveres ut fra et ønske om å stimulere kommunene til å redusere bruken av spesialisthelsetjenester. Rammetilskuddene fra staten til regionene i Danmark og Norge er også basert på modeller som kompenserer for forskjeller i behov for tjenester og kostnadsulempen knyttet til spredt bosetting.

Den aktivitetsbaserte finansieringen av sørge for-nivået i Norge skriver seg tilbake til innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997. Her valgte man bevisst å la ISF være en oppgjørsordning fra stat til fylkeskommune, med den begrunnelse at fylkeskommunene var bedre egnet til å håndtere økningen i økonomisk risiko som fulgte av endringen fra rammebudsjetter til ISF. Da Hagen-utvalget (NOU 2003:1) vurderte finansieringsmodeller for de regionale helseforetakene anbefalte et stort flertall å gå over til en ordning med rammebudsjettering av RHF-ene. For fremdeles å opprettholde en viss risikodeling mellom staten og sørge for-nivået, foreslo Hagen-utvalget en aktivitetsbuffer på 2 % som kunne stykkprisfinansieres med 60 %. Dette forslaget fikk imidlertid ikke tilslutning, og ordningen med ISF fra staten til RHF-ene er dermed fremdeles gjeldene. Det skal sies at man i dag, som et ledd i eierstyringen, setter aktivitetsmål for de enkelte RHF-ene, men det medfører ikke konsekvenser for RHF-ene om disse overskrides⁹¹.

Med bakgrunn i de valg man har gjort i andre land, er det interessant at Norge fremdeles opprettholder en modell med en åpen aktivitetsbasert finansiering av sørge for nivået. Det er grunn til å påpeke at man først for driftsåret 2009 har klart å drive de regionale helseforetakene i henhold til de overordnede statlige budsjetttrammene. Det er ikke mulig og entydig konkludere med at manglende aktivitetsstyring og kostnadskontroll i spesialisthelsetjenesten alene skyldes ordningen med ISF fra stat til RHF, men det er grunn til å peke på motsetningen mellom et finansieringssystem som gir incentiver til (og i sin tid ble begrunnet med) økt aktivitet og de klare politiske signalene om begrensninger i aktivitetsveksten som har vært gjort gjeldene siden 2002.

Finansiering av produsentleddet

Sentrale målsettinger for valg av finansieringsmodell for tjenesteprodusentene vil være effektivitet, kvalitet og, til en viss grad kostnadskontroll.

Skottland, Canada, deler av Sverige og deler av Finland benytter alle rammebudsjettering uten tilhørende aktivitetsmål. Særlig for Skottland er dette begrunnet i et klart politisk ønske om ikke å knytte direkte økonomiske incentiver til pasientbehandlingen. England, New Zealand, deler av Sverige, deler av Finland og deler av Danmark benytter aktivitetsbasert finansiering i kombinasjon med en (mer eller mindre) klar bestilling på aktivitet. Dermed gir finansieringsordningen incentiver til effektivitet, samtidig som hensynet til kostnadskontroll ivaretas. Vi merker oss at det er forskjeller i både valg av hvordan man håndterer volumbegrensninger/aktivitetstak, størrelsen på den aktivitetsbaserte delen og på hvilke pasientgrupper volumbegrensninger gjelder. Selv om Payment by Result i England er kombinert med spesifisering av volum i kontraktene, praktiseres det i stor grad som et variabelt system. Dette reflekteres også i retorikken rundt systemet. Fastheten i systemet avhenger av sørge for-nivåets evne til å styre etterspørselen. Denne vil både svekkes av fritt sykehusvalg og av konkurranse mellom tilbydere. Det er også verdt å merke seg at man i England og Danmark justerer enhetsprisene for forventet produktivitetsvekst. I Finland ser bruken av case-basert finansiering i stor grad å være et redskap for kostnadsdekning og kostnadsfordeling mellom kommunene, hvor kommunene står ansvarlig for eventuelle kostnadsoverskridelser. Dette svekker incentivene til kostnadseffektivitet og kostnadskontroll fra sykehusenes side.

Finansieringen av helseforetakene i Norge skiller seg fra de fleste andre landene på to områder. For det første har tre av fire RHF finansieringsmodeller internt som kombinerer en befolkningsbasert rammedel med en aktivitetsbasert del. I Norge benyttes dermed samme prinsipp til å finansiere produsentleddet som til å finansiere sørge for-nivået. For det andre er altså den norske modellen "åpen", i den forstand at aktivitetsbestillingene er "veiledende". Dersom helseforetakenes aktivitet er større enn avtalt gis fremdeles den aktivitetsbaserte delen av finansieringen. For de regionale helseforetakene er dette kostnadsfritt på kort sikt,

⁹¹ I tillegg er disse aktivitetsmålene ikke konsistente med den aktivitetsuavhengige delen av inntektene til RHF-ene, og representerer dermed i praksis en delvis overstyring av prinsippene om lik regional tilgang til tjenester. Dette påpekes også av Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (2010).

siden det også utløses en aktivitetsbasert finansiering fra stat til RHF. På lengre sikt utløser det imidlertid også behov for større basisrammer.

Ordningen med ISF i Norge var i mange år kjennetegnet med liten stabilitet i forhold til den såkalte stykkprisandelen. Fra 2006 har imidlertid andelen ligget fast på 40 %. I forbindelse med samhandlingsreformen har det vært vurdert å redusere andelen til 30 %. Motivasjonen er dels hensynet til kostnadskontroll, men også en bekymring for at høyere andel vil kunne gi seleksjonsproblemer i forhold til valg av lønnsomme pasientgrupper.

Fra vår gjennomgang av andre land merker vi oss to forhold. For det første ligger stykkprisandelen i Norge lavt i forhold til de landene/regionene som benytter en aktivitetsbasert finansiering av sykehusene. For det andre har de fleste andre landene/regionene en modell hvor aktivitetsbasert finansiering kombineres med en tydeligere aktivitetsbestilling enn hva tilfellet er i Norge.

Ulike finansieringssystemer vil ha ulike egenskaper når det gjelder å stimulere til aktivitetsøkning, kostnadseffektivitet, prioriteringer, kvalitet og kostnadskontroll. Generelt vil aktivitetsbasert finansiering stimulere til aktivitetsøkning og kostnadseffektivitet, men gir svakere kontroll over kostnadsutviklingen. Rammefinansiering på den annen side gir isolert sett god kostnadskontroll. Fordi aktivitetsbaserte finansiering stimulerer til kostnadsreduksjoner kan dette også gi uønskede effekter i form av pasientseleksjon, lavere kvalitet knyttet til kostnadsreduserende tiltak som redusert tjenestenivå, for tidlig utskriving mv. DRG-finansiering kan også stimulere til å øke inntekten gjennom endret registreringspraksis mot grupper som gir høyere refusjon (DRG-kryp), f.eks. i form av økt registrering av bidiagnoser.

Erfaringene med innføring av aktivitetsbasert finansiering (DRG) i de nordiske landene, spesielt Norge og Sverige er i tråd med forventningene; aktiviteten og produktiviteten økte. Men samtidig økte også kostnadene med underskudd i driften som resultat. Ut fra et ønske om bedre kostnadskontroll valgte mange av landstingene i Sverige å reversere eller dempe vektleggingen av aktivitetsbasert finansiering, blant annet med innføring av aktivitetstak. Det er ikke påvist at introduksjon av DRG-finansiering har entydig negative effekter på kvalitet og prioriteringer. Siden prioriterings- og kvalitetseffekter kan ha ulike utslag, er det også mer krevende å gi et dekkende bilde av dette. Resultatene, med hensyn til aktivitets- og produktivitsutvikling er ikke like klare for Danmark, men her er det i hovedsak erfaringene fra en periode hvor refusjonsandelen var lav som er analysert. Regionene i Danmark er etter reformen i 2007 pålagt å ha minst 50 prosent aktivitetsbasert finansiering. Alle har kombinert aktivitetsbasert finansiering med ulike modeller med aktivitetsbegrensninger. Sammenligninger av landene i Norden viser at Finland har vesentlig høyere produktivitsnivå enn de andre nordiske landene. Samtidig har man begrenset kunnskap om hvorfor de finske sykehusene har høyere produktivitsnivå. Det er verdt å merke seg at finansieringssystemet, slik det i dag praktiseres, ikke gir insentiver til å holde kostnadene nede. Häkkinen (2010) antyder at kommunal organisering er et mer effektivt redskap for kostnadskontroll enn fylker eller regioner/stat, men dette er foreløpig ikke annet enn en hypotese. I Norge ble den desentraliserte fylkeskommunemodellen forlatt for å få bedre kontroll og styring med sykehuskostnadene. Selv om altså studier viser høyere produktivitet i de finske sykehusene, viser de samme studiene imidlertid en negativ trend i produktivitsutviklingen i Finland.

Sammenligning av utviklingen i England og Skottland viser høyere aktivitetsvekst, større reduksjon i liggetid og større reduksjon i ventetid i England enn Skottland i perioden etter innføring av *Payment by Result*. Fordi aktivitetsbasert finansiering ble innført samtidig som en rekke andre markedsinspirerte reformer ble gjennomført i England er det vanskelig å isolere effektene av ulike tiltak. Analysene som er gjort av aktivitetsbasert finansiering og de markedsinspirerte reformene i England viser heller ikke negative effekter på behandlingskvalitet. England skiller seg også ut med en sterk grad av statlig målstyring i samme periode. Systemet med "star rating" innebar at gode resultater ble belønnet med større autonomi og dårlige resultater, vurdert ut fra måloppnåelse, medførte negative sanksjoner, blant annet ved at sykehuslederne måtte gå fra stillingene sine. Redusert

ventetid var spesielt sterkt vektlagt. Den sterke målstyringen av ventetid har gitt kraftig reduksjon av ventetid i England.

Kanskje den klareste dokumenterte effekten av innføring av Payment by Result er sterk økning i dagbehandling. Dette knyttes til at det er samme refusjon for døgn- og dagbehandling. Samtidig har økt dagbehandling vært en trend i alle landene. Gjennomgangen av nasjonal statistikk gir ikke noe bilde av at land som har aktivitetsbasert finansiering har høyere andeler dagkirurgi enn land med rammefinansiering. For eksempel har Canada, som har rammefinansiering av sykehusene, hatt en utviklingstrend med nedgang i døgnbehandling og økning i dagkirurgi over en lengre periode. Dette knyttes til en sterk satsning på å øke aktiviteten innen elektiv kirurgi for å få ned de lange ventetidene. Dagkirurgi er normen for elektiv kirurgi i Canada (Castoro m.fl. 2007). Også de skandinaviske landene har høy andel dagkirurgi (ibid). Sammenligningene av de nordiske landene viser høyere rater både for dagopphold og poliklinisk behandling både absolutt og relativt til ratene for døgnbehandling for de andre nordiske landene sammenlignet med Norge.

Det er vanskelig å sammenligne egenskapene til de ulike landene med hensyn til i tilgjengelighet, prioriteringer, kvalitet, effektivitet og kostnadskontroll. Dette skyldes for det første at landene har ulik organisering av helsetjenester, Norge er for eksempel eneste land som har skilt ansvaret for primær- og spesialisthelsetjenester, og ulike måter å avgrense og rapportere data. Det vil også være en viss vilkårlighet når det gjelder sammenligninger av ulike land knyttet til valg av indikatorer og tilgjengelige data. Det er også veldig store forskjeller i hvilken grad helsesystemer påvirker ulike resultatindikatorer, fra en stor effekt på prosessmål som ventetid til en liten effekt på dødelighet, som i stor grad er påvirket av faktorer utenfor helsesystemene (Smith m.fl. 2008). Det er også vanskelig å avdekke for eksempel svak kostnadskontroll ved å se på utvikling i kostnader eller underskudd. Forskjeller i kostnadsutvikling kan i like stor grad skyldes forskjeller i prioriteringer av helsetjenester og ulik økonomisk utvikling, som egenskaper ved finansieringssystemene. Forskjeller i underskudd kan også gi et feil bilde fordi underliggende underskudd kan "kamoufleres" ved tilleggsbevilgninger eller det kan være forskjeller i regnskapsføringspraksis.

Gjennomgangen av utviklingen i finansierings- og styringssystem viser både likheter og forskjeller mellom landene, og den reflekterer også generelle internasjonale utviklingstrekk (Toth 2010). Starten av 1990-tallet var preget av en ideologisk motivert bølge med markedsinspirerte reformer som skulle forbedre og effektivisere offentlig sektor med blant annet vekt på konkurranse og skille mellom ulike bestiller og utfører funksjoner. Dette preget utviklingen i Storbritannia og New Zealand i særlig grad, men også i betydelig grad Sverige. På slutten av 1990-tallet kom imidlertid en delvis ideologisk motivert motreform hvor reformene ble dempet (England og Sverige) eller reversert helt (New Zealand og Skottland). Utviklingen ble da i større grad preget av regulering og styring, og med større vekt integrasjon og samarbeid. Denne utviklingen fortsatte på 2000-tallet. Noen fellestrekk siste tiåret har vært økt vektlegging av kvalitet og resultater (outcomes) og styring basert på resultatindikatorer (performance indicators) og resultatmål (performance targets). Målstyringen har vært spesielt sterk i England, og med sterkt fokus på reduksjon av ventetid. Også i de andre landene har det vært fokus på ventetid og ulike strategier for å korte ventetidene, blant annet gjennom ventetidsmål og ventetidsgarantier. Det er også en trend tilbake mot økt vektlegging av markedsinspirerte mekanismer gjennom finansieringsmekanismer, fristilling, konkurranse og valgfrihet. Men retorikken er delvis endret med sterkere betoning av kvalitet og pasientrettigheter. Det er også en trend mot å bruke økonomiske insitamenter for å stimulere til bedre resultater gjennom introduksjon av finansieringsmekanismer basert på "outcomes" (pay for performance). Disse utgjør imidlertid fortsatt en liten andel av finansieringen av sykehusene.

Et annet fellestrekk i utviklingen er restrukturering av helsetjenestene. På den ene siden ser vi en utvikling i retning regionalisering og sentralisering av spesielt akuttfunksjoner og høyspesialiserte funksjoner. På den annen side ser vi en utvikling mot integrasjon, samarbeid og desentralisering med vekt på nærhet og rask tilgang til tjenester. Utviklingen er motivert både ut fra økonomiske og kvalitets hensyn; utnyttelse av stordriftsfordeler,

kvalitet i medisinsk behandling, gode sømløse pasientforløp, forebygging og brukarmedvirkning.

Vi har i denne rapporten i hovedsak gitt en beskrivelse av finansieringssystemene i noen skattebaserte helsesystemer. Det er fremdeles mangel på (og dermed behov for) analyser som i sterkere grad sammenlikner effektene av ulike løsninger for effektivitet, kvalitet, tilgjengelighet og kostnadskontroll. En grunn til at det er en relativt liten litteratur som behandler dette er vansker med å lage sammenliknbare datasett, utfordringer knyttet til å isolere effekten av, for eksempel, finansieringssystemet, og også de begrensinger som ligger i å sammenlikne på tvers av systemer og kulturer.

7 Litteraturliste

- Andersen PT og J Jensen (2010) Healthcare reform in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health* 38: 246-252
- Ankjær-jensen A og MB Rath (2005) Takstsryring av sygehusene. 2. delrapport. Erfaringer efter et år med takststyring. DSI rapport 2005:03, DSI Institut for Sundhedsvæsen
- Ankjær-jensen A, P Rosling og L Bilde (2006) Variable prospective financing in the Danish hospital sector and the development of a Danish case-mix system. *Health Care Management Science* 9: 259-268
- Ashton T, J Cumming og J McLean (2004): Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience. *Health Policy* 69(1):21-31
- Ashton T, M Nicholas, N Devlin (2005) Continuity through change: The rhetoric and reality of health reform in New Zealand. *Social Science & Medicine* 61, 253–262
- Audit Commission (2006) Audit Commision review of the NHS financial management and accounting regione
- Audit Commission (2008) The right result. Payment by results 2003-07
- Audit Commission (2008b) Financial Management in the NHS: Report on the NHS Summarised Accounts 2007-08
- Audit Commission (2009a) Auditors' Local Evaluation and Use of Resources 2008/09. Summary results for NHS trusts and primary care trusts
- Audit Commission (2009b) More for less. Are productivity and efficiency improving in the NHS? Health briefing November
- Audit Scotland (2009) Overwiev of the NHS in Scotland's performance 2008/09
- Audit Scotland (2009b) Health and community care bulletin
- Barnett, P, T Tenbensel, J Cumming, C Clayden, T Ashton, M Pledger og M Burnette (2009) Implementing new modes of governance in the New Zealand health system: An empirical study. *Health Policy, Elsevier*, vol. 93(2-3), pages 118-127
- Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (2010) Årsrapport 2010
- Besley T, G Bevan and K Burchardi (2008) Accountability and incentives: The impacts of different regimes on hospital waiting times in England and Wales. Paper.London School of Economics
- Bech M (2006) Kontraktstyring af sygehusene-Fra blød til hård kontraktstyring. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen* 82. årgang, nr. 10
- Bech M, J Lauridsen og KM Pedersen (2006) Giver øget brug af takststyring i sygehusvæsenet højere produktivitet? *Health Economics Papers* 2006: 4. Syddansk Universitet
- Bilde L, AR hansen og J Søgaard (2010) Økonomi og styring i sygehusvæsenet. Dansk Sundhedsinstitut

- Biørn E, TP Hagen, T iversen og J Magnussen (2003) The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992–2000. *Health Care Management Science* 6, 271–283, 2003
- Canadian Institute for Health Information (2004) *Acute Care Grouping Methodologies: From Diagnosis Related Groups to Case Mix Groups Redevelopment*. CIHI Ottawa, Ontario
- Canadian Institute for Health Information (2005) *Hospital Trends in Canada. Results of a Project to Create a Historical Series of Statistical and Financial Data for Canadian Hospitals Over Twenty-Seven Years*. CIHI Ottawa, Ontario
- Canadian Institute for Health Information (2007a) *Trends in Acute Inpatient Hospitalizations and Day Surgery Visits in Canada, 1995–1996 to 2005–2006*. CIHI Ottawa, Ontario
- Canadian Institute for Health Information (2007b) *Reciprocal Billing Report, Canada 2004–2005*
- Canadian Institute for Health Information (2009a), *Health Care in Canada 2009: A Decade in Review*. CIHI Ottawa, Ontario
- Canadian Institute for Health Information (2009b) *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2009*. CIHI Ottawa, Ontario
- Canadian Institute for Health Information (2010a) *Highlights of 2008–2009 Inpatient Hospitalizations and Emergency Department Visits*. Bulletin. CIHI Ottawa, Ontario
- Canadian Institute for Health Information (2010b) *Have Health Care, Will Travel: Out-of-Province/-Territory Patients*. CIHI Ottawa, Ontario Castoro C, L Bertinato, U Baccaglini, CA.
- Canadian Medical Association (2007) *Patient-Focused Funding and Pay-for-Performance: A Discussion of the Concepts and Experience*. CMA Ad Hoc Working Group on Patient-Focused Funding
- Christoffersen H, og K Bo Larsen K (2009) *Omkostningsniveauet i offentlig og privat produktion af sygehusydelser.*, CEPOS arbejdspapir nr. 3
- Connely S, Bevan G, Mays N (2010): *Funding and performance of healthcare systems in the four countries in the UK before and after devolution*. The Nuffield Trust
- Cooper Z, S Gibbons, S Jones og A McGuire (2010a) *Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms*. Working Paper No 16/2010. LSE Health, London School of Economics and Political Science, London, UK
- Cooper Z, S Gibbons, S Jones og A McGuire (2010b) *Does Hospital Competition Improve Efficiency? An Analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS*. CEP
- Cylus J og R Irwin (2010) *The challenges of hospital payment systems*. *Euro Observer* 2010, vol 12, no 3
- Danske regioner (2010) *Styr på regionerne – regionernes økonomi i 2010*
- Danske regioner (2010b) *Styr på sygehusvæsenet. Derfor stiger udgifterne. Sådan kan væksten holdes nede*
- Danske regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010) *Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren-Femte delrapport*.
- Davis K, C Schoen og K Stremikis (2010) *Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*. 2010 Update. The Commonwealth Fund
- Discussion Paper No 988. Centre of Economic Performance, London School of Economics and Political Science, London, UK
- De Facto (2009) *De tok tilbage sykehusene – Om Skottlands og New Zealands farvel med markedsmodeller i sykehussektoren*

Department of Health (2008) Using the Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) payment framework. For the NHS in England 2009/10. London

Equity and excellence: Liberating the NHS

Department of Health (2010a) Equity and excellence: Liberating the NHS. London

Department of Health (2010b) Developing Payment by Results for mental health. London

Department of Health (2010c) Payment by Results Guidance for 2010-11. London

Department of Health (2010d) Revision to the Operating Framework for the NHS in England 2010/11. London

Drace og M McKee (2007) Day Surgery: Making it Happen. Policy Brief. European Observatory on Health Systems and Policies

Eisen B og A Björnberg (2010) Euro-Canada Health Consumer Index 2010. Health Consumer Powerhouse og The Frontier Centre for Public Policy

Epstein D og A Mason (2006) Costs and prices for inpatient care in England: Mirror twins or distant cousins? Health Care Management Science 9: 233-242

Ettelt S, E Nolte S Thomson og N Mays (2007a) A review of the role and responsibilities of national ministries of health in five countries. Report by the London School of Hygiene & Tropical Medicine

Ettelt S, E Nolte S Thomson og N Mays (2007b) The regulation of competition between publicly-financed hospitals. A report by the London School of Hygiene & Tropical Medicine

Farrar S, DYi, M Sutton, M Chalkley, J Sussex og A Scott (2009) Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-difference analysis. British Medical Journal 2009; 339;b3047

French , A Old og J Healy (2001) Health Systems in Transition New Zealand. Health System Review., European Observatory on Health Systems and Policies

Gilardi F, K Fuglister og S Luyet (2009) Learning From Others – The Diffusion of Hospital Financing Reforms in OECD Countries. Comparative Political Studies, Vol 42, num4, 549-573.

Hagen T P og OM Kaarbøe (2006) The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. Health Policy 76 (2006) 320–333

Halsteinli V, SO Ose, H Torvik, TP Hagen (2006) Allocation of labour to somatic and psychiatric specialist care—The effects of earmarked grants. Health Policy 78 (2006) 115–127

Häkkinen P (2010) Sairaaloitten tuottavuuden kehitys 2004–2008. Rapport 20. Institutet för hälsa och välfärd, Helsinki Finland

Häkkinen U og M Linna (2005) DRG in Finnish health care. Euro Observer 2005, vol 7, no 4

Häkkinen U (2010) Financing of hospital care in Finland. Euro Observer 2010, vol 12, no 3

Helsedirektoratet (2010) Ventetider og pasientrettigheter, 1. tertial 2010. Rapport IS-1814. Helsedirektoratet, Norsk pasientregister

Heurgren M (2002) DRG as a management system and payment system. Centre for Patient Classification Systems (CPK)

hope (2006) DRGs as a financing tool. hope – European Hospital and Healthcare Federation

House of Commons (2006) NHS Deficits. House of Commons Health Committee, London, UK

House of Commons (2009) NHS expenditure in England, London, UK

Huseby BM (red) (2010) Samdata spesialisthelsetjenesten 2009. Helsedirektoratet, Avdeling økonomi og analyse

Information Service Devision (2010): "Scottish National Tariff Project", <http://www.isdscotland.org/isd/3552.html>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010a) Sundhedsvæsenet i nationalt perspektiv

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010b) Analyse av aktiviteten i sygehusvæsenet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010c) Nye målinger af produktiviteten på offentlige sygehuse. Notat

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010d) Det danske sundhedsvæsen i et internationalt perspektiv.

Jacobsen MLF (2010) The Effects of New Public Management: Activity-based Reimbursement and Efficiency in the Scandinavian Hospital Sectors. Scandinavian Political Studies, Vol. 33, No. 2

Jacobsson F (2007) Monetära ersättningsprinciper i hälso och sjukvård. CMT Rapport 2007:2. CMT Institutionen för hälsa och samhälle Linköpings universitet

Jacobsson F og S Lindvall (2007) Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvården. En översikt av tillämning, erfarenheter och utvecklingslinjer. Sveriges Kommuner och Landsting

Jegers M, K Kesteloot, D De Graeve og W Gilles (2002) A typology for provider payment systems in health care. Health Policy 60 (2002) 255–273

Järvelin J (2002) Health Care Systems in Transition: Finland. European Observatory on Health Care Systems

Johnson LM, J Richards, GH Pink, og LCampbell. (1998) Case Mix tools for Decision Making in Health Care. Canadian Institute for Health Information, CIHI Ottawa, Ontario

Jørgenvåg R og H Jensberg (2006) Befolkningens bruk av sykehustjenester - opphold eller pasient som enhet?. Rapport SINTEF A141. SINTEF Helse

Kastberg G og S Siverbo (2007) Activity-based financing of health care—experiences from Sweden. International journal of health planning and management 22: 25–44.

Kalseth J, V Halsteinli, SO Ose, H Torvik og M Pedersen (2007) Prioritering somatikk – psykisk helsevern: Samme finansieringsordning – endrede effekter? I Resultatevaluering av Sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukarmedvirkning og medbestemmelse. Norges forskningsråd

Kalseth J og J Magnussen (2010) Produktivitetsutvikling og overordnet budsjettering. Notat til Finansdepartementet. SINTEF Helsetjenesteforskning

Kalseth J og M Pedersen (2010) Effektivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005-2009. Rapport SINTEF A16350, SINTEF Helsetjenesteforskning

Kalseth B (red) (2009) SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008. Rapport 3/09. SINTEF Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning

Kalseth B (2010) Ventlistestatistikk i Norge, Sverige, Danmark, Finland, Skotland og England. Datagrunnlag og anvendelse. Rapport A16216, SINTEF Helsetjenesteforskning

Kindseth O (2007) DRG-historien i Norge fra slutten av 70-tallet til i dag. Helsedirektoratet

Kittelsen SAC, KS Anthun, B Kalseth, J Kalseth, V Halsteinli og J Magnussen (2009) En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007. Rapport A12200, SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret

Kittelsen SAC, J Magnussen og KS Anthud (2007) Sykehusproduktivitet etter statlig overtakelse: En nordisk komparativ analyse. Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram, Skriftserie 2007: 1

- Kjerstad, E (2003) Prospective funding of general hospitals in Norway—incentives for higher production? *International Journal of Health Care and Finance Economics*, 4, 231–251.
- Kreindler S (2010) Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence *British Medical Bulletin Advance Access published May 10, 2010*
- Langenbrunner JC, C Cashin og S O'Dougherty (editors) (2009) *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How-To Manuals*. Verdensbanken
- Linna M (2000) Health care financing reform and the productivity change in Finnish hospitals. *Journal of Health Care Finance* 26(3): 83-100
- Linna M og Häkkinen U (2008) Benchmarking Finnish hospitals. I Blank J and Valdmanis V (red.) (2008) *Evaluating hospital policy and performance: contributions from hospital policy and productivity research*. Oxford: JAI Press
- Lundberg A og B Rydnert (2003) Hälso- och sjukvårdens ersättningsformer. Landstingsförbundet og Öhrlings PricewaterhouseCoopers
- Magnussen J, TP Hagen, OM Kaarboe (2007) Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform. *Social Science & Medicine* 64 (2007) 2129–2137
- Magnussen J, K Vrangbæk og RB Saltman (red) (2009) *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. European Observatory on Health Systems and Policy. McGraw-Hill Open University Press
- Malcome L (2007) Trends in hospital bed utilisation in New Zealand 1989 to 2006: more or less beds in the future? *The New Zealand medical Journal*, vol 120 no 1264
- Maniparathy M (2008) Productivity Performance of New Zealand Public Hospitals 1998/99 to 2005/06. *New Zealand Buisness Roundtable*
- Maynard A og A Street (2006) Seven years of feast, seven years of famine: boom to bust in the NHS? *BMJ* vol 332: 906-8
- McGuire A (1985) The theory of the hospital: A review of the models. *Social Science and Medicin*. Volume 20, Issue 11, 1985, Pages 1177-1184
- Melberg HO (2009) Why is there such a gap between health expenditures and outcomes in Norway compared to Finland?. Working paper 2009: 10. Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo
- Midwinter A (2010) New development: Efficiency savings in the Scottish budget—problems of accounting practice. *Public Money & Management*, 30: 5, 313 — 316
- Mikkola H, I Keskimäki og U Häkkinen (2001) DRG-related prices applied in a public health care system-can Finland learn from Norway and Sweden? *Health Policy* 51: 37-51
- Ministry of Health (2008) *Health and Independence Report 2008*. Wellington: Ministry of Health
- Ministry of Health (2009) *Annual Report for the year ended 30 June 2009 including the Director-General of Health's Annual Report on the State of Public Health*. Wellington: Ministry of Health
- Ministry of Health (2010) *DHB Hospital Benchmark Information Reports*. Wellington: Ministry of Health
- Ministry of Health (2010b) *2010/11 Operational Policy Framework*. Wellington: Ministry of Health
- Miraldo M, M Goddard og PC Smith (2006) *The Incentive Effect of Payment by Results*. CHE Research Paper 19, Centre for Health Economics, University of York, UK
- Muller DC (1989) *Public choice II*. Cambridge University Press

- Newhouse JP. (1998) Risk adjustment: where are we now? *Inquiry* 1998 Summer;35(2):122-31
- Newhouse JP (1970) Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital. *American Economic Review*, American Economic Association, vol. 60(1), pages 64-74, March.
- NHS (2009) The Year: NHS Chief Executive's annual report 2007/08
- NHS Scotland Resource Allocation Committee (2010) <http://www.nrac.scot.nhs.uk/allocation.htm>
- NHS Scotland (2010): *NHSScotland Efficiency and Productivity Programme Progress Report 2009/10*, NHS Scotland.
- Norris S (2009) The Wait Times Issue and the Patient Wait Times Guarantee. Parliamentary Information and Research Service, Canada
- NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten
- OECD (2005) Reviews of Health Systems: Finland,
- OECD (2006) Competition in the provision of hospital services. DAF/COMP(2006)20
- OECD (2009) Policy Brief 2009 Economic Survey of New Zealand, 2009
- Paris V, M Devaux and L Wei (2010) Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD Countries. OECD Health working papers No. 50
- Perry S og C Homan (2009) Use of case mix tools for utilization management and planning. *Studies in Health Technology and Informatics*, number 143, 496-500
- Petersen SØ (red) (2008) SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007. Rapport 3/08. SINTEF Helse
- Propper, C, M Sutton, C Whitnall og F Windmeijer (2008) Incentives and Targets in Hospital Care: Evidence from a natural Experiment. Working Paper No. 08/205. Centre for Market and Public Organisation, University of Bristol, UK
- Propper C, SM Burgess, og D Gossage (2008b) Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9. *Economic Journal*, Vol. 118, Issue 525, pp. 138-170,
- Raymont A (2006) Diagnostic Related Group codes and the definition of specialities. Health Services Research Centre, Victoria
- Regeringen og Danske Regioner (2009) Aftale om regionernes økonomi for 2010
- Scheller-Kreinsen D, A Geissler, R Busse (2009) The ABC of DRGs. *Euro Observer* Volume 11, Number 4
- Surgery across OECD Countries. *Oecd Health Working Papers* No. 7
- Smith PC, E Mossialos og I Papanicolas (2008) Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
- Socialstyrelsen (2009) Hälso- och sjukvårdsrapport 2009
- Socialstyrelsen (2010) DRG i ditt landsting
- Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting (2010) Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvården. Slutrapport
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak. Rapport IS-1479 Sosial- og helsedirektoratet, Divisjon Helseøkonomi og finansiering

SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén

Squires D (2010) International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. The Commonwealth Fund

STAKES (2008) Sjukhusens produktivitet utveckling 2002–2006. Statistikmeddelande 3/2008

Statistics New Zealand (2010) Measuring government sector productivity in New Zealand: a feasibility study. Statistics New Zealand, Wellington

Stockholms läns landsting (2008) Behov, pengar och effektivitet – en utredning om framtidens hälso- och sjukvård. Huvudrapport från långtidsutredningen om hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting.

Street A og A Maynard (2007) Activity based financing in England: the need for continual refinement of payment by results. Health Economics, Policy and Law 2: 419-427

Street A og M Miraldo (2007) The impact of the reform of hospital funding in England. Paper. Centre for Health Economics, University of York, UK.

Street A, K Vitikainen, A Bjorvatn, A Hvenegaard (2007) Introducing Activity-Based Financing: A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden. Centre for Health Economics, University of York; CHE Research Paper 30

St.meld. nr. 44 (1995-96) Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering. Sosial- og helsedepartementet

Sussex J og S Farrar (2009) Activity-based funding for national health Service hospitals in England: managers' experience and expectations. European Journal of Health Economics 10: 197-206

Sutherland K og N Coyle (2009) Quality in Healthcare in England, Wales, Scotland, Northern Ireland: an intra UK chartbook. The Health Foundation, London.

Sveriges Kommuner og Landsting (2008) Svensk sjukvård i internationell jämförelse.

Sveriges Kommuner och Landsting (2009) Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2009

Sveriges Kommuner och Landsting (2009b) Pay for performance – resultatbaserad ersättning: en litteraturöversikt

Sveriges Kommuner och Landsting (2010a) Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv. Jämförelse mellan landsting 2009.

Sveriges Kommuner och Landsting (2010b) Från sjukhussäng till e-hälsa. Utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården.

Tenbensel T (2008) How do Governments Steer Health Policy? A Comparison of Canadian and New Zealand Approaches to Cost Control and Primary Health Care Reform. Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice, 10: 4, 347 — 363

The Treasury (2005) Treasury Report: Value for money in health – the DHB sector. Wellington, New Zealand

THL (2010a) Hälso- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering 2008. Institutet för hälsa och välfärd, Helsinki Finland

THL (2010b) Öppenvård inom specialiserad sjukvård och mentalvårdsarbete 2008. Institutet för hälsa och välfärd, Helsinki Finland

THL (2010c) Specialiserad somatisk vård 2008. Institutet för hälsa och välfärd, Helsinki Finland

Teperi J, ME Porter, L Vuorenkoski og J Baron (2009) The finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. Sitra reports 82, Helsinki, Finland

Toth F (2010) Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. Health Policy, vol. 95(1), pages 82-89, April

Vuorenkoski L (2008) Health Systems in Transition. Finland. Health System Review., European Observatory on Health Systems and Policies

Wait Time Alliance (2009) Unfinished business. Report Card on Wait Times in Canada

Wikipedia NHS Scotland (2010), http://en.wikipedia.org/wiki/NHS_Scotland

Wintrobe R (1997) Modern bureaucratic theory. I Muller D (red) Perspectives on public choice. A Handbook. Cambridge University Press

Vedlegg

Underkategoriene i **Health Consumer Indeks** er basert på følgende indikatorer (Eisen og Björnberg 2010):

Patient rights and information: Healthcare law based on patients' rights, Patient organizations involved in decision making, No-fault malpractice insurance, Right to second opinion, Access to own medical record, Register of legit doctors, Web or 24/7 telephone healthcare information, Provider catalogue with quality ranking, E-Health proficiency, Cross-border care. *Waiting times for treatment:* Family doctor same-day access, Direct access to specialist, Major non-acute operations < 90 days, Cancer therapies < 21 days, MRI examinations < 7 days. *Outcomes:* Heart infarct case fatality, Infant deaths, Cancer 5-year survival, Avoidable deaths—years of life lost, MRSA infections, Rate of decline of suicide, Percentage of patients with high HbA1c levels (> 7). *Range and reach of services provided:* Cataract operations, Infant 4-disease vaccination, Kidney transplants, Dental care affordability, Mammography reach, Informal payments to doctors. *Pharmaceuticals:* Rx subsidy, Layman-adapted pharmacopeia, New cancer drugs deployment speed, Access to new drugs (time to subsidy).

Rangeringen i **Sveriges Kommuner og Landsting (2008)** er basert på følgende indikatorer:

Resultater: *Övergripande:* Förväntad medellivslängd för en nyfödd pojke 2005, Förväntad medellivslängd för en nyfödd flicka 2005, För tidigt död per 100 000 invånare 2004 under 70 år, kvinnor, För tidigt död per 100 000 invånare 2004 under 70 år, män, Åtgärdbar dödlighet 2004, åldersstandardiserat, Spädbarnsdödlighet 2005. Döda per 1 000 levandefödda. *Avgränsade:* Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2004, kvinnor, Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2004, män, Antal döda av lungcancer per 100 000 invånare 2004, kvinnor, Antal döda av lungcancer per 100 000 invånare 2004, män, Antal döda av bröstcancer per 100 000 invånare 200, Antal döda av ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare, 2004, kvinnor, Antal döda av ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare, 2004, män, Antal döda av stroke per 100 000 invånare 2004, kvinnor, Antal döda av stroke per 100 000 invånare 2004, män, Andel barn vaccinerade mot mässlingen 2005, Andel barn vaccinerade mot difteri, stelkramp eller kikhosta 2005, Försäljning av antibiotika i öppen vård 2003.

Ressursinnsats: Kostnad för hälso- och sjukvård per invånare 2005, hänsyn tagen till köpkraften. US-dollar, Andel av BNP 2005 Procent, Läkare per 1 000 invånare 2005, Antal, Sjuksköterskor per 1 000 invånare 2005 (OECD).

Rangeringen til **The Conference Board of Canada (A Report Card on Canada)** er basert på følgende indikatorer: "life expectancy; self-reported health status; premature mortality; mortality due to cancer; mortality due to circulatory disease; mortality due to respiratory disease; mortality due to diabetes; mortality due to diseases of the musculoskeletal system; mortality due to mental disorders; infant mortality; and mortality due to medical misadventures—a new indicator added this year that reflects patient safety and the quality of health-care services"