

UNIVERSITETET I OSLO

HELSEØKONOMISK
FORSKNINGSPROGRAM

Pasientbehandling innenlands eller utenlands?

En analyse av
ressursbruk i
Pasientbroen

Grete Botten

Sverre Grepperud

Sølve Mikal Nerland

Senter for helseadministrasjon

Skriftserie 2003: 2



Pasientbehandling innenlands eller utenlands?

En analyse av ressursbruk i Pasientbroen

Grete Botten, Sverre Grepperud
& Sølve Mikal Nerland

Februar

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo
HERO 2003**

HERO Skriftserie 2003:2

Forfatterne:

Grete Botten – Senter for helseadministrasjon, g.s.botten@samfunnsmed.uio.no

Forord

I etterkant av Stortingets vedtak om å bevilge 1 milliard kroner til behandling av pasienter i utlandet (Pasientbroen), inviterte Rikstrygdeverkets prosjektorganisasjon "Kjøp av Helsetjenester i Utlandet" flere forsknings- og utredningsinstitusjoner til å komme med innspill til problemstillinger for en evaluering av ordningen. Denne rapporten utgjør andre del av et prosjekt som er blitt utført av Senter for helseadministrasjon ved Universitet i Oslo. Del 1 av prosjektet kartla sykehuslegers holdninger til Pasientbroen (Botten, Nerland og Hagen 2002).

Dette arbeidet baserer seg hovedsakelig på tallmateriale som er levert av Rikstrygdeverket og spørreskjema som har blitt sendt til private helseinstitusjoner i Norge og til elektive avdelinger ved et utvalg av norske offentlige sykehus, samt data om behandling av pasienter i Norge. Formålet med rapporten er å presentere ulike kostnader forbundet med Pasientbroen i 2001, og å vurdere hvorvidt og til hvilke kostnader den samme pasientgruppen kunne blitt behandlet ved norske behandlingsinstitusjoner det samme året.

Hovedutfordringen har vært å tilveiebringe tilstrekkelig informasjon om den pasientgruppen som ble behandlet i Pasientbroen i løpet av 2001, og å få tilstrekkelig med tilbakemeldinger på spørreskjemaene til private og offentlige helseinstitusjoner i Norge. Prosjektets ambisjonsnivå er noe redusert i forhold til den opprinnelige prosjektbeskrivelsen, og ferdigstillingen av rapporten har tatt noe lenger tid enn først planlagt. Dette skyldes delvis at antallet pasienter som ble behandlet i Pasientbroen i 2001 ble færre enn man forventet seg i prosjektets startfase, delvis at responsen på de utsendte spørreskjemaene var lav, og delvis at det tok betydelig lengre tid enn forventet å få oversendt et anvendbart datagrunnlag fra Rikstrygdeverket.

Grete Botten, Sverre Grepperud og Sølve Mikal Nerland er ansvarlig for rapporten. Vi takker for de innspill og råd som vi underveis i prosjektet har fått fra Bjørn Iversen, Dag Halvorsen, Torbjørn Eika, fra kontaktpersoner ved private og offentlige norske helseinstitusjoner, og fra kolleger ved Senter for Helseadministrasjon, spesielt Fredrik Piro for hjelp med korrekturlesingen. Underveis i arbeidet med å skaffe data og i slutføringen av rapporten har prosjektgruppen i RTV ved Jan Ove Nesse og Nils Eidhammer kommet med konstruktive innspill.

Oslo, januar 2003

Grete Botten

Sverre Grepperud

Sølve Mikal Nerland

Innhold

<u>SAMMENDRAG</u>	3
<u>1. INNLEDNING</u>	5
<u>2. DATAGRUNNLAGET</u>	7
2.1 DATAGRUNNLAGET OG UTVALGET.....	7
2.2 BAKGRUNNSOPPLYSNINGER OM PASIENTENE I UTVALGET.....	8
2.3 BESTILLER OG UTFØRER.....	9
2.4 OM DIAGNOSER, PROSEDYRER OG LIGGEDAGER.....	12
<u>3. KOSTNADER I PASIENTBROEN</u>	19
3.1 BEHANDLINGSKOSTNADER I PASIENTBROEN.....	19
3.2 NORSKE DRG-PRISER.....	20
3.3 EN SAMMENLIGNING AV BEHANDLINGSKOSTNADENE I PASIENTBROEN OG NORSKE DRG-PRISER.....	21
3.4 ANDRE KOSTNADER I PASIENTBROEN.....	26
<u>4. KOSTNADER I EN ALTERNATIV INNENLANDSK LØSNING: KONTRAKTSMODELLEN</u>	29
4.1 EN NORSK LØSNING - KONTRAKTSMODELLEN.....	29
4.2 BEHANDLINGSKOSTNADER I KONTRAKTSMODELLEN.....	30
4.3 ANDRE KOSTNADER I KONTRAKTSMODELLEN.....	35
<u>5. EN SAMMENLIGNING AV KOSTNADER I PASIENTBROEN OG KONTRAKTSMODELLEN</u>	37
<u>6. IMPORT AV SYKEHUSINFEKSJONER</u>	39
<u>7. MAKROØKONOMISKE KONSEKVENSER</u>	41
<u>8. ANDRE VIRKNINGER AV PASIENTBROEN</u>	46
<u>9. KONKLUSJONER</u>	48
<u>EPILOG</u>	51
<u>VEDLEGG 1. HJERTEPASIENTENE</u>	53
<u>VEDLEGG 2. DEFINERING AV KOSTNADSVARIABLER</u>	54
<u>VEDLEGG 3. SPØRRESKJEMA UTSENDT TIL 9 SKJERMEDE ELEKTIVE AVDELINGER VED NORSKE SYKEHUS</u>	58

Sammendrag

Pasientbroen til utlandet ble etablert i 2001. Det ble da opprettet en ny prosjektorganisasjon i Rikstrykdeverket som skulle ha ansvar for finansiering, for å utforme kontrakter med utenlandske sykehus, motivere norske sykehus til å sende pasienter, samt ta seg av det praktiske ved reise. Denne rapporten ser på ressursbruken i Pasientbroen og sammenligner ressursbruken med hva det ville kostet å behandle samme pasientgruppe i en spesifikk innenlands modell (Kontraktsmodellen) – altså ved å etablere en tilsvarende organisasjon som kun benytter norske sykehus. Rapporten omhandler kun Pasientbroens første år.

På grunnlag av et utvalg på vel 2300 pasienter, av mellom 2500 og 3000¹ pasienter som faktisk ble behandlet i utlandet i år 2001 i regi av prosjektet ”Kjøp av Helsetjenester i Utlandet” (Pasientbroen), finner vi at en stor andel av behandlingene kan betegnes som dagkirurgiske (70 prosent). Plastisk kirurgiske inngrep utgjorde vel 25 prosent. Pasientene som ble behandlet var gjennomgående noe yngre (60 prosent yngre enn 50 år) og med flere kvinner sammenlignet med pasientpopulasjonen i Norge. Det var svært stor innenlandsk variasjon når det gjelder pasientenes bostedsfylke og bestillende sykehus (42 prosent fra Midt-Norge, hvorav 24 prosent fra Regionsykehuset i Trondheim). De fleste pasientene ble behandlet i Danmark og Sverige (78 prosent). Privathospitalet Hamlet København var den største enkeltbehandleren (41 prosent).

Debatten som fant sted i forkant av Stortingets bevilgning av ”utenlandsmilliarden” var blant annet opptatt av forhold som infeksjonsfare og bremsing av norsk kompetanseoppbygging ved behandling i utlandet. Videre ble det argumentert for at en alternativ innenlands løsning var problematisk på grunn av pressproblemer i norsk økonomi og manglende innenlands behandlingsskapasitet.

Vår kartlegging av behandlingsskapasiteten ved et utvalg av norske private og offentlige sykehus viser at den samme behandlingen kunne blitt utført i Norge for de aller fleste pasientgruppene. De infeksjonsproblemene som har oppstått i Pasientbroen er marginale. Dette skyldes delvis de rutiner som ble etablert ved utvelgelsen av utenlandske sykehus, samt mikrobiologisk overvåking av pasientene. Hvorvidt tiltaket er kostbart sammenlignet med en alternativ innenlands løsning avhenger av hvilken innenlands organisatorisk løsning som hadde blitt valgt. I denne rapporten sammenligner vi Pasientbroen med den innenlandske løsningen som antas å gi de laveste behandlingsskostnadene (Kontraktsmodellen). Gitt denne modellen som referanse fremstår Pasientbroen, i sitt første prosjekt år, som et relativt kostbart tiltak. Kjøp av helsetjenester i utlandet har imidlertid vært et positivt tiltak for de pasientene som har benyttet seg av ordningen i den forstand at deres behandling har blitt fremskyndet i tid. Videre har dette tiltaket bidratt til å redusere den gjennomsnittlige ventetiden noe for enkelte pasientgrupper i Norge.

Enkelte av de overnevnte konklusjonene følger delvis som en konsekvens av at Pasientbroens omfang – i det første prosjektåret – ble noe mindre enn hva man hadde forventet.² Et større omfang, for eksempel anvendelse av hele milliardene innenlands i år 2001, kunne medført kapasitetsproblemer, spesielt for enkelte grupper av inneliggende pasienter. Videre ville

¹ Det er en del usikkerhet knyttet til det faktiske antall behandlede pasienter i år 2001 (se for øvrig kapittel 2.1).

² I Januar 2003 rapporterer RTV at vel 600 millioner kroner hadde blitt anvendt til behandling av nærmere 10 000 pasienter.

behandlingen delvis kunne gått på bekostning av den løpende pasientbehandlingen (vridningseffekter) og dermed økt kostnadene per behandlet pasient i Norge.

Vi er av den oppfatning at kjøpere av helsetjenester i utlandet i fremtiden bør være mer kostnadsbevisste. Det er vårt inntrykk at det foreligger store prisforskjeller mellom ulike behandlingsinstitusjoner. Dette betyr at det er gevinster å hente ved aktivt å sammenligne utenlandske behandlingsinstitusjoner på pris (for lik kvalitet). Videre bør man også vurdere å bruke norske behandlingsinstitusjoner (både private og offentlige) med reell ledig kapasitet i de tilfeller hvor de er konkurransedyktige på pris og kvalitet. To forhold gjør at man bør forsøke å prioritere mer kompliserte behandlinger på bekostning av dagkirurgiske inngrep. For det første fordi kapasitetsproblemene hjemme synes å være større for denne typen av behandlinger. For det andre fordi reise - og oppholdsutgifter utgjør en mindre andel av de samlede kostnadene for disse gruppene. En større grad av konsentrasjon på enkelte diagnoser kan også gi besparelser fordi økt pasientvolum gir større forhandlingsmakt overfor behandlingsinstitusjonene.

Større kostnadsbevissthet er viktig fordi det muliggjør behandling av flere pasienter for en gitt tilgang på ressurser. Det er imidlertid visse betingelser som må være oppfylt for at man skal kunne realisere gevinster av denne typen. For det første trenger man noe tid til å innhente relevant informasjon fra flere aktuelle behandlingsinstitusjoner om forhold som priser, kvalitet og kapasitet, til å foreta sammenligner og til å høste erfaringer. For det andre vil det være viktig at kjøperen av helsetjenester får større innflytelse på selve utvelgelsen av pasienter slik at man kan rekruttere de mest egnede pasientgruppene. Praksisen i 2001 for rekrutteringen av pasienter synes i for liten grad å ha vært koordinert fordi selve utvelgelsen av pasienter i stor grad ble styrt av den enkelte norske behandlingsinstitusjon (henvisere). Videre bør det vurderes om ikke eventuelt andre eksisterende ordninger i den norske helsesektoren hvor man har etablert et skille mellom kjøper og behandler (for eksempel kjøp av helsetjenester for trygdens regning) kunne koordineres med Pasientbroen.

1. Innledning

14. november 2000 vedtok Stortinget å bevilge 1 milliard kroner til kjøp av helsetjenester i utlandet (Inst.nr.24 2000-2001), etter et Dokument 8 forslag. Implementeringen av denne ordningen (heretter kalt Pasientbroen) ble etter hvert delegert til en avdeling i Rikstrykdeverket (RTV) som skulle ha ansvaret for å organisere et frivillig tilbud til pasienter som stod på venteliste for behandling ved norske sykehus. Denne prosjektorganiseringen var en nyskaping i norsk helsetjeneste. Organisasjonen skulle forhandle med utenlandske sykehus om et tilbud til norske pasienter, ha det praktiske ansvaret for behandlingsreisene og motivere norske sykehus til å benytte seg av ordningen. I løpet av 2001 har trolig mellom 2500-3000 pasienter blitt behandlet i utlandet, noe som medførte at hele den opprinnelige bevilgningen ikke ble anvendt dette året.

Stortingets argumentasjon for å bevilge penger til Pasientbroen synes særskilt å ha fokusert på tre forhold. For det første var ventetiden for mange pasienter som ventet på operasjon i Norge uakseptabel lang. For det andre hadde ikke norske sykehus selv tilstrekkelig ledig kapasitet til å kunne anvende de samme midlene til økt pasientbehandling på grunn av ressursmessige skranker, som man i hovedsak antok at var av personalmessig art, spesielt knyttet til mangelen på sykepleiere. Et tredje og nært beslektet argument var at en direkte anvendelse av de samme ressursene innenfor det norske helsevesenet ville generere negative makroøkonomiske konsekvenser – ofte betegnet som problemer knyttet til “økt press i økonomien”. En pasientbro derimot, var forventet å ha svake eller helt fraværende realøkonomiske effekter innenlands.

Andre argumenter i favør av en pasientbro var at den ville presse sykehusene til å synliggjøre ledig kapasitet, samtidig som et samarbeid med utenlandske sykehus kunne gi innsikt i ulike drifts- og behandlingsformer og dermed stimulere til nytenkning i norske sykehus. Skeptikere til Pasientbroen advarte mot infeksjonsfaren ved utenlandske sykehus, og mente også at ordningen ville eksporterte aktivitet som ellers kunne ha økt den medisinske kompetansen i Norge. I tillegg ble det fra flere hold (deriblant medisinske fagmiljøer) hevdet at den norske sykehussektoren selv ville være i stand til, på relativt kort sikt, å utløse den ønskede kapasitetsøkningen, og at ressursene derfor heller burde vært anvendt innenlands. Også de private aktørene i Norge hevdet at de kunne være et alternativ.

Formålet med dette prosjektet er å foreta en sammenligning og vurdering av de to alternativene som ble drøftet i forkant (og delvis i etterkant) av Stortingets vedtak om kjøp av helsetjenester i utlandet. Vi forsøker altså å vurdere hvorvidt behandlingen av norske pasienter i utlandet har gitt større helsemessige gevinster enn alternativet, som altså var å anvende den samme mengde ressurser til aktivitetsøkning ved norske behandlingsinstitusjoner. Dette er forsøkt gjort ved å sammenstille alle typer av kostnader knyttet til pasientbehandling som har påløpt i Pasientbroen for år 2001, og sammenligne dem med de kostnadene man antar ville ha påløpt dersom den samme pasientgruppen hadde blitt behandlet i Norge (i en kontraktsmodell). I tillegg gir vi en vurdering av både infeksjonsfare og eventuelle makroøkonomiske konsekvenser.

Det presiseres at vi i dette prosjektet ikke gjennomfører en konsistent samfunnsøkonomisk analyse (kostnad - nytte analyse) av de to alternativene. I stedet sammenstiller vi tilgjengelig informasjon for å kunne vurdere alternativene opp mot hverandre langs enkelte dimensjoner. For eksempel vurderes ikke relevante forhold som konsekvenser for trykdeutgifter og

yrkesdeltakelse, tidskostnader, avvik i kvaliteten på den medisinske behandlingen ved utenlandske og norske behandlingsinstitusjoner, og mulige forskjeller i pasientenes velferdsgevinster (pasienttilfredshet, språkproblemer etc.) mellom de to alternativene. Rikstrygdeverkets egne prosjektkostnader – altså de administrative kostnader som har påløpt gjennom opprettelse og drift av en egen prosjektorganisasjon – vurderes heller ikke. Videre er det slik at en eventuell økning i offentlige utgifter som følge av et høyere nivå på innenlandsk konsum og investeringer vil ha tilbakevirkninger på den offentlige budsjettbalansen gjennom såkalte automatiske stabilisatorer. Eksempler her er avgiftsinnbetalinger til staten, økt inntektsskatt og eventuelt reduserte utbetalinger til arbeidsledighetstrygd. Dette betyr at en budsjettøkning ikke fullt ut vil motsvares av en tilsvarende svekkelse av offentlige budsjetter på noe sikt. I denne rapporten tar vi ikke hensyn til slike tilbakevirkninger på budsjettene når vi sammenligner de to alternativene som ble diskutert i forkant av Stortingets vedtak.

I prosjektets startfase trodde man at hele budsjetttrammen bevilget av Stortinget ville bli anvendt i løpet av år 2001. Aktivitetsnivået i Pasientbroen viste seg imidlertid, av flere årsaker, å bli betydelig lavere. I tillegg viste det seg vanskelig å tilveiebringe en fullstendig kostnadsoversikt for alle de pasientene som i løpet av år 2001 faktisk ble behandlet i utlandet. I denne rapporten er vår observasjonsgruppe de pasientene som er bekreftet behandlet i løpet av år 2001, og som det samtidig forelå tilstrekkelig informasjon om (diagnoser, prosedyrer, kostnader etc.). Utvalget består av 2237 pasienter. Disse utgjør et sted mellom 75 – 90 prosent av det antallet pasientene som ble behandlet i løpet av år 2001. Vi kommer nærmere inn på avgrensningen av utvalget i kapittel 2.1.

Rapporten er organisert på følgende måte. Kapittel 2 er en deskriptiv del hvor vi redegjør for datagrunnlaget og for hvilke diagnoser og prosedyrer de aktuelle pasientene hadde, samt beskriver pasientene i henhold til variabler som bosted, kjønn og alder. Videre redegjør vi for hvilke institusjoner i utlandet som behandlet pasientene, og hvilke institusjoner i Norge de ble henvist fra. I kapittel 3 sammenligner vi behandlingsprisene som Rikstrygdeverket har forhandlet seg frem til for sine pasienter med de norske DRG prisene for de samme pasientgruppene (prosedyrene). Vi presenterer også andre typer kostnader som har påløpt i Pasientbroen. I Kapittel 4 redegjør vi for en mulig modell for aktivitetsøkning i Norge (Kontraktsmodellen) og forsøker å beregne kostnader, gitt at denne modellen hadde blitt benyttet. I kapittel 5 sammenligner vi utgiftene i Pasientbroen med de utgiftene som vi antar ville påløpt gitt at den samme pasientgruppen ble behandlet i Norge i Kontraktsmodellen. I kapittel 6 drøfter vi infeksjonsfaren knyttet til Pasientbroen mens kapittel 7 vurderer eventuelle makroøkonomiske konsekvenser av Kontraktsmodellen. Kapittel 8 redegjør for andre mulige effekter som kan ha fulgt som en konsekvens av Pasientbroen. I kapittel 9 oppsummer vi og drøfter våre hovedkonklusjoner.

2. Datagrunnlaget

I dette kapittelet kommenterer vi først datagrunnlaget og hvordan vi avgrenset vårt utvalg av pasienter fra Pasientbroen. Kapittel 2.2 beskriver hvordan utvalget fordeler seg på noen bakgrunnsvariabler, kapittel 2.3 identifiserer bestillere og behandlere, mens kapittel 2.4 redegjør for hvordan pasientgruppen fordeler seg på prosedyrer, diagnoser og DRG-grupper.

2.1 Datagrunnlaget og utvalget

Det opprinnelige ambisjonsnivået for dette prosjektet var å inkludere alle pasientene som faktisk ble behandlet i løpet av 2001, Pasientbroens første år. I Rikstrygdeverkets database per. 4. januar 2002 var det registrert i alt 4015 pasienter, som enten var behandlet eller som skulle behandles i utlandet. 727 av disse pasientene hadde en *behandlingsdato* i år 2002. Det maksimale antallet faktisk behandlede pasienter (behandlinger) for år 2001 er derfor 3288 pasienter, men 847 av disse manglet behandlingsdato. De fleste av disse var registrert sent på året og det er lite trolig at de ble behandlet i 2001. Vi valgte å fjerne disse pasientene fra vårt utvalg siden det var uklart hvorvidt dette var tilfellet. Vi hadde da 2441 pasienter som sikkert var behandlet i 2001. Av disse måtte vi ekskludere ytterligere 204 pasienter fordi nødvendige opplysninger manglet, hvorav 141 manglet opplysninger om behandlingsskostnad i utlandet³ mens 63 pasienter manglet tilstrekkelige opplysninger om diagnose og/eller prosedyre⁴. Vårt endelige utvalg utgjør dermed 2237 pasienter, altså mellom 75 - 90 prosent av de pasientene som ble behandlet i løpet av Pasientbroens første år, år 2001⁵.

For mange av nøkkelvariablene har vi rimelig gode data på pasientnivå. Dette gjelder for diagnose, prosedyre, liggedager, kjønn, alder, bosted, bestiller, utfører, behandlingsskostnad i utlandet, norsk DRG-pris, hotellkostnader for ledsager, egenandeler for pasientene, og prøvetakingsutgifter før og etter avreise for pasienter som ble behandlet utenfor Skandinavia. For de variablene hvor informasjon ikke forelå på pasientnivå, men for grupper av pasienter, har vi anvendt gjennomsnittsestimater. Dette gjelder for variablene reiseutgifter og personlige refusjoner (drosje, påløpte kostutgifter utenfor sykehus/hotell o.a.) til pasienter og ledsagere. Det har ikke vært mulig å identifisere nøyaktig hvilke pasienter som reiste sammen med ledsager. Her har vi valgt å basere oss på Rikstrygdeverkets eget anslag om at 1 av 3 pasienter hadde ledsager. Vi har deretter fordelt ledsagerne på ulike landsdeler i Norge (i samsvar med pasientenes bosted) og på ulike destinasjoner i utlandet. Dette fordi ledsagerkostnadene vil variere med avstanden mellom pasientenes bosted og destinasjonen i utlandet. Et annet problem knyttet til dataregistreringen er at pasientene er kodet i henhold til opplysninger som forelå *før* de ble sendt til behandling i utlandet (ved innregistrering til behandling), og ikke oppdatert etter at behandlingen fant sted. Dette betyr at mange variabler uttrykker planlagte heller enn faktiske verdier (f.eks. om liggedager og prosedyre)⁶. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at de planlagte opplysningene i særlig grad vil avvike fra den behandlingen som

³ Dette var kostnader som det ville være relativt ressurskrevende å hente frem fordi det var få (1-2) pasienter med samme prosedyre ved samme utenlandske sykehus.

⁴ For denne pasientgruppen hadde vi ikke tilstrekkelig informasjon til å kunne gruppere dem ved hjelp av programvaren "Norsk-DRG-grupper".

⁵ En ytterligere kilde til usikkerhet er en gruppe av pasienter (100 – 300 stk.) som ble administrert av GerMedic i perioden før RTV etablerte sin egen prosjektorganisasjon. Hvorvidt og eventuelt hvor mange av GerMedic-pasientene som er inkludert i vårt materiale har vi ikke kunnet avklare.

⁶ Den eneste måten å kontrollere opplysningene på i ettertid, er å gå inn i den enkelte samlefaktura fra de utenlandske sykehusene. Det var ikke mulig med en slik gjennomgang innenfor prosjektets rammer.

faktisk har blitt utført⁷. I den grad det forekommer avvik, er det ikke grunn til å tro at de er systematiske⁸. For variabler som diagnose, prosedyre, antall liggedager og behandlingsdato var det for noen pasienter manglende observasjoner⁹. Vi vil senere i rapporten redegjøre for hvordan slike ”missing” problemer ble håndtert.

2.2 Bakgrunnsopplysninger om pasientene i utvalget.

Kjønn og alder

Blant pasientene var det 42 prosent menn og 58 prosent kvinner. Den eldste pasienten i utvalget var 86 år, den yngste var under ett år. 37 prosent av utvalget var 52 år eller eldre, og 44 prosent var mellom 32 og 52 år (se tabell 1). Bare 1 prosent av pasientene i utvalget var 12 år eller yngre.

Tabell 1. Aldersfordelingen etter fødselsår

Fødeår	Antall pasienter (kumulativ prosentandel)
1915 – 1919	7 (0,3)
1920 – 1929	108 (5,1)
1930 – 1939	227 (15,3)
1940 – 1949	501 (37,7)
1950 – 1959	479 (59,1)
1960 – 1969	480 (80,6)
1970 – 1979	326 (95,1)
1980 – 1989	86 (99,0)
1990 – 1999	20 (99,9)
2000 – 2001	3 (100)
Totalt	2237

⁷ Pasientbroen forutsetter at pasientene er friske nok til at det er forsvarlig å behandle dem i utlandet, at de har ventet lenge i Norge, og at de ikke har kompliserende bidiagnoser eller infeksjoner. Det er altså i hovedsak snakk om enkle planlagte kirurgiske og ortopediske inngrep.

⁸ Rikstrygdeverket opplyser at noen få av pasientene i Pasientbroen har hatt flere behandlingsopphold i utlandet. Dette kommer ikke fram i vårt datagrunnlag. I våre analyser forutsetter vi at alle pasientene har reist kun en gang til utlandet og at de da ble ferdigbehandlet.

⁹ Blant de pasientene som hadde registrert en planlagt behandlingsdato i 2001 (N=2441) manglet 105 pasienter opplysninger om liggedager, 67 om diagnose og 291 om prosedyre.

Bostedsfylke

25 prosent av pasientene bor i Sør-Trøndelag, et fylke som skiller seg klart ut. 11 prosent av pasientene bor i Hordaland. Like bak kommer Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal og Akershus med rundt 7-9 prosent av pasientene. Finnmark og Sogn og Fjordane har hver under en halv prosent av pasientene i utvalget. Sogn og Fjordane skilte seg ut med særlig få pasienter. Tabell 2 nedenfor gir nærmere informasjon om pasientens hjemsted.

Tabell 2. Bostedsfylket til pasientene

Fylke	Antall pasienter (%)
Sør-Trøndelag	558 (24,9)
Hordaland	255 (11,4)
Nord-Trøndelag	193 (8,6)
Møre og Romsdal	179 (8,0)
Akershus	150 (6,7)
Vest-Agder	113 (5,1)
Vestfold	111 (5,0)
Østfold	96 (4,3)
Rogaland	96 (4,3)
Oppland	73 (3,3)
Telemark	70 (3,1)
Troms	69 (3,1)
Buskerud	59 (2,6)
Nordland	58 (2,6)
Aust-Agder	50 (2,2)
Oslo	47 (2,1)
Hedmark	41 (1,8)
Finnmark	12 (0,5)
Sogn og Fjordane	5 (0,2)
Svalbard	2 (0,0)
Totalt	2237

Oppsummert kan en si at pasienter bosatt i midt-Norge utgjør den største gruppen i Pasientbroens første år, og de aller fleste av disse ble henvist fra Regionsykehuset i Trondheim (se kapittel 2.3). Som forventet er pasientene noe yngre enn ”gjennomsnittspasientene” i norske sykehus ettersom hele 40 prosent er født i 1950 eller senere. Det er 16 prosent flere kvinner enn menn, noe som har sammenheng med hvilke sykdomsgrupper som ble sendt til utlandet.

2.3 Bestiller og utfører

Bestillende sykehus i Norge

Totalt sett er det 45 av i alt nærmere 100 norske behandlingsinstitusjoner som har benyttet seg av ordningen i 2001 (se tabell 3 under). Tabell 3 viser at noen institusjoner skiller seg ut med et betydelig større antall henviste pasienter enn andre. Regionsykehuset i Trondheim topper listen klart, med 23,5 prosent. På plassene bak følger Rikshospitalet og Haukeland sykehus med rundt 8-11 prosent av pasientene hver. 14 av institusjonene har bare henvist 1 eller 2 av pasientene i utvalget.

Tabell 3. Pasientene etter bestillende institusjon

Institusjon	Antall pasienter (%)
Regionsykehuset i Trondheim	526 (23,5)
Rikshospitalet	193 (8,6)
Haukeland sykehus	168 (7,5)
Namdal sykehus	140 (6,3)
Vest-Agder sentralsykehus	113 (5,1)
Regionsykehuset i Tromsø	112 (5,0)
Møre og Romsdal sentralsykehus	107 (4,8)
Østfold sykehuset	86 (3,8)
Vestfold sykehuset	84 (3,8)
Orkdal sanitetsforenings sykehus	76 (3,4)
Diakonissehjemmets sykehus, Haraldsplass	75 (3,4)
Rogaland sentralsykehus	75 (3,4)
Telemark sentralsykehus	75 (3,4)
Oppland sentralsykehus	68 (3,0)
Innherred sykehus	44 (2,0)
Molde fylkessykehus	43 (1,9)
Kysthospitalet i Hagavik	41 (1,8)
Oslo ortopediske universitetsklinikk	39 (1,7)
Aust-Agder sentralsykehus	28 (1,3)
Ullevål sykehus	24 (1,1)
Hedmark Sentralsykehus	16 (0,7)
Ringerike sykehus	13 (0,6)
Tynset sykehus	13 (0,6)
Buskerud sentralsykehus	9 (0,4)
Volda sykehus	9 (0,4)
Andrologisk senter	9 (0,4)
Radiumhospitalet	7 (0,3)
Ski sykehus	6 (0,3)
Stokmarknes sykehus	6 (0,3)
Martina Hansens Hospital	5 (0,2)
Kristiansund fylkessykehus	4 (0,2)
Akershus sentralsykehus	2 (0,1)
Kongsvinger sykehus	2 (0,1)
Nordland sentralsykehus	2 (0,1)
Sogn og Fjordane sentralsykehus	2 (0,1)
Stensby sykehus	2 (0,1)
Bærum sykehus	1 (0,05)
Aker	1 (0,05)
Betanien Hospital	1 (0,05)
Halden kommune, prosjekt	1 (0,05)
Klinikk Stokkan	1 (0,05)
Kongsberg sykehus	1 (0,05)
Lister sykehus	1 (0,05)
Lofoten sykehus	1 (0,05)
Rikstrygdeverket	1 (0,05)
Totalt	2237

Utførende sykehus i utlandet

Pasientene har i hovedsak blitt behandlet i Danmark (42 prosent), Sverige (36 prosent) og Tyskland (19 prosent). Noen få pasienter ble behandlet i Frankrike og Finland, slik det framgår av tabell 4. Blant enkeltinstitusjonene (se tabell 5) er det privathospitalet Hamlet i København som har behandlet klart flest pasienter (42 prosent). I Sverige skiller Axess Elisabeth og Dalsland Sjukhus seg ut, med henholdsvis 11 og 12 prosent av utvalget. I Tyskland er det først og fremst Ostseeklinik Damp (8 prosent), DIAKO Flensburg (5 prosent) og Lubinus Klinikum (5 prosent), som har behandlet flest pasienter (se tabell 5).

Tabell 4. Pasientene etter nasjonal lokalisering av behandling sinstitusjoner¹.

Land	Antall pasienter (prosent)
Danmark	935 (41,8)
Sverige	804 (35,9)
Tyskland	426 (19,0)
Sverige (i Kristiansand ²)	56 (2,5)
Frankrike	9 (0,4)
Finland	7 (0,3)
Totalt	2237

¹Scandinavian Heart Center (Sverige) behandlet pasienter i Kristiansand.

Tabell 5. Pasientene fordelt etter utførende institusjon

Land	Institusjon	By	Antall	Prosent
Sverige	Akademiska Sjukhuset	Stockholm	4	0,2
	Axess Elisabeth Sjukhus	Stockholm	237	10,6
	Dalsland Sjukhus	Stockholm	268	12,0
	Huddinge Universitetssjukhus	Stockholm	3	0,1
	Karolinska Sjukhuset	Stockholm	4	0,2
	Nacka Sjukhus	Stockholm	1	0,1
	Nordhus Medical HB	Stockholm	85	3,8
	Ryggkirurgiska Kliniken i Strängnäs	Stockholm	55	2,5
	Sophiahemmet	Stockholm	4	0,2
	Stockholm Spine Center	Stockholm	44	2,0
	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Göteborg	1	0,1
Simrishamn Sjukhus	Simrishamn	98	4,4	
Sverige (Kristiansand)	Scandinavian Heart Center	Kristiansand	56	2,5
Tyskland	Diako Flensburg	Flensburg	107	4,8
	Lubinus Clinicum	Kiel	112	5,0
	Ostseeklinik Damp	Damp	181	8,1
	Universitätsklinikum Kiel	Kiel	19	0,8
	Westkustenklinikum Heide	Heide	7	0,3
Danmark	Privathospitalet Hamlet	København	933	41,7
	Århus	Århus	2	0,1
Finland	Ludwig Oy Plastikkirurgtjänst	Jyväskylä	7	0,3
Frankrike	Institut Mutualiste Montsouris	Paris	9	0,4
Totalt			2237	100

2.4 Om diagnoser, prosedyrer og liggedager

Diagnoser

Diagnosene som vi har tatt utgangspunkt i er de som er oppgitt fra det enkelte norske sykehus som kom med bestillingen. Dette betyr at vi ikke har tatt hensyn til mulige endringer i diagnose som følge av en eventuell nærmere undersøkelse i det utførende utenlandske sykehuset. Videre er hver pasient kun registrert med en hoveddiagnose. At bidiagnoser ikke er registrert i datamaterialet, antas å ha liten betydning for våre analyser ettersom Pasientbroen vanligvis forutsetter at pasientene ikke har kompliserende bidiagnoser eller infeksjoner.

Vår kontroll av samsvar mellom diagnosekode og prosedyrekode avslørte noen få inkonsistente klassifikasjoner (kneoperasjon for hoftelidelse, fotoperasjon for hånddiagnose o.l.). I tabell 6 og 7 har vi gjengitt data slik de framkom i RTVs dataregistrering uten forsøk på å rette opp feilkodingene. Dette kunne vi gjøre fordi DRG-grupperens kostnadsberegninger håndterer slike manglende eller ulogiske opplysninger¹⁰.

Pasientene hadde et bredt spekter av diagnoser. I tabell 6 har vi presentert de viktigste gruppene samt inkludert noen mindre grupper av pasienter som har vært særlig framhevet i media. Den største enkeltgruppe er hypertrofi av bryst (14,1 prosent), deretter kommer åreknuter (11,8 prosent). 34,6 prosent av pasientene hadde lidelser i skjelettsystemet av ulike slag med mange ulike diagnoser. Hele 6,3 prosent hadde korsbåndskade og en tilsvarende andel hadde andre kneskader eller kneslitasje. 4,0 prosent hadde skulderplager. Sykdommer i ryggen, både som skiveprolaps og som ryggdeformiteter, var anført for 8,1 prosent. I dette første året av ordningen var det få som ble behandlet for Parkinsons sykdom eller epilepsi.

¹⁰ Norsk-DRG-Grupper håndterer dette på to måter. Den kan for det første tilegne pasienter med manglende eller helt ulogiske opplysninger DRG470, som er en ikke-grupperbar kategori (pasienter i denne gruppen er ekskludert). For det andre kan programmet tilegne slike pasienter restkategoriene DRG468 (større op uten sammenheng med hoveddiagnosen) eller DRG477 (mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen). 11 pasienter er plassert i disse restkategoriene, og inkludert i analysene.

Tabell 6. Pasientene klassifisert etter Diagnose. N=2237

ICD-10 Hovedkapittel og utvalgte underkapitler	Hovedkapitler	Utvalgte underkapitler
C: Kreft	24	
Brystkreft		14
Prostatakreft		9
D: Godartede svulster	12	
E: Endokrine sykdommer	50	
Lokalisert fedme		21
Lipodystrofi		22
G: Nervesystemet	16	
Epilepsi		2
Parkinsons sykdom		4
H: Øyet	136	
Grå stær		5
Skjelning		4
Løs hud på øyelokk		70
Hornhinne sykdommer		44
I: Sirkulasjonssystemet	372	
Ischemisk hjertesykdom		103
Åreknuter		264
J: Luftveiene	109	
Skjev nesevegg		66
Kronisk tonsillitt/adenoider		86
K: Fordøyelsen	208	
Spiserørsbrokk		6
Spiserørsreflux		58
Lyskebrokk		33
Bukveggsbrokk		21
Gallestein		71
L: Hud	88	
Atrofisk hudlidelse etc		74
M: Muskel-skjelett	766	
Hoftearthrose		61
Hallux valgus		10
Hallux rigidus (Stiv stortå)		3
Knearthrose		80
Kneskållidelser		18
Menisk/ustabilt kne		64
Korsbåndskade		140
Ryggdeformiteter		92
Dupytrens kontraktur		34
Skulderlidelser		90
Deformitet i rygg		28
Lidelse i rygg søylen		66
Skiveprolaps		87
N: Urin og kjønnsorganer	316	
Hypertrofi av bryst		315
Q: Medfødte misdannelser	30	
Hjertefeil		11
Årefeil		8
R: Ulike symptomer/funn	3	
S: Skade(konsekvenser)	59	
Kne		41
T: Følge etter skade	43	
I arm og bein		36
Z: Ulike kontaktgrunner	5	
Totalt	2237	

Prosedyrer

Prosedyrekodene er angitt i tabell 7. Av de pasientene som hadde registrert en planlagt behandlingsdato i 2001 manglet 291 pasienter prosedyrekode. Ut fra diagnosekoden fikk vi imidlertid gitt en prosedyre til 228 av disse, fordi prosedyrene høyst sannsynlig var entydig gitt ut fra diagnosen.

Svarende til diagnosefordelingen var brystreduksjon den vanligste prosedyren (13,9 prosent), mens rekonstruksjon av bryst utgjorde en liten andel (0,6 prosent). Korreksjon av abdominalt hudforkle (mange ulike diagnoser) var også en vanlig plastisk kirurgisk prosedyre (5,5 prosent). Andre plastisk kirurgiske inngrep var operasjon for skjev neseskillevegg (3,0 prosent) og for løs hud på øyelokk (3,3 prosent). Samlet utgjorde plastisk-kirurgiske inngrep vel 25 prosent av pasientene.

Det nest vanligste inngrepet var operasjon for åreknuter (11,8 prosent). Også inngrep i mage-tarmsystemet var det mange av, spredt på ulike inngrep. Den andre store gruppe inngrep lå innenfor ortopedi, og inkluderte en rekke inngrep i knær (15,5 prosent), hvorav de aller fleste kan karakteriseres som dagkirurgiske inngrep. Også de fleste skulderinngrep (samlet 5,8 prosent) kan utføres dagkirurgisk, det samme gjelder operasjoner i hånd (2,6 prosent) og ankel/fot (2,0 prosent). Ortopediske inngrep som krever innleggelse (hofte- og kneprotese og ortopediske operasjoner i rygg) utgjorde 8,1 prosent av de ortopediske inngrepene¹¹. I tillegg kommer 131 operasjoner for ischias. Av mer spesielle inngrep kan nevnes at det ble utført tre choleaimplantater (operasjon for døvhet), to operasjoner for epilepsi og fire for Parkinsons sykdom.

Det ble foretatt noen inngrep og utredninger i hjerte/karsystemet, blant annet 21 operasjoner for hjertefeil. I opplegget ble det gitt et tilbud om utredning for coronar arteriosclerose av et utenlandsk team i Kristiansand. 56 pasienter fikk slik utredning. Til sammen ble 41 pasienter behandlet for coronar stenose, hvorav 19 med coronar by pass, noe som krever sykehusinnleggelse. Hjertepasientene er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

¹¹ Dette er anslått ut fra prosedyrekode og vil være et minimum. Sannsynligvis ville enkelte av de andre ortopediske inngrepene også ført til innleggelse i sykehus.

Tabell 7. De hyppigst forekommende prosedyrekodene etter hovedkapitler og utvalgte undergrupper.

Hovedkategori og utvalgte undergrupper	Antall	Store undergrupper
Mage/tarmsysteminngrep		
Gastro-øsofagal refluks	67	
Analfistel	4	
Mageveggsbrokk	20	
Gallestein	79	
Lyskebrokk	34	
Spiserørsbrokk	20	
Øye/Øre/nese/hals-operasjoner		
Hornhinnetransplantasjon	42	
Grå stær	8	
Chocleaimplantat	3	
Løs hud på øyelokk	73	
Fjerning av mandler/adenoider	41	
Neseseptumplastikk	67	
Hjerte/karoperasjoner/utredninger		
Hjertefeil	21	
Lukning av ductus arteriosus		8
Lukning av atriaseptum defekt		10
Hjerteundersøkelse	56	
Ballongdilatasjon	22	
Coronar by pass	19	
Brystoperasjoner		
Rekonstruksjon av bryst	13	
Reduksjon av bryst	312	
Rygg/kolumna		
Dekompresjon av nerverøtter	131	
Operasjon på ledd	75	
Craniotomi	6	
Samlet operasjoner i skulder	136	
Eksplorative inngrep		23
Skulderluksasjon		13
Reseksjon av bein		57
Samlet operasjoner i hånd	61	
Operasjon for Dupuytrens kontraktur		32
Hofteprotese	52	
Samlet operasjoner i kneledd	346	
Korsbånd		81
Endoskopisk meniskoperasjon		89
Eksplorativt kneinngrep		59
Kneprotese		56
Samlet operasjoner i ankel/fot	44	
Åreknuteoperasjon	264	
Korreksjon av abdominalt hudfett	123	
Andre prosedyrer	98	
Totalt	2237	

Diagnosegrupper - DRG

I forbindelse med innføring av innsatsbasert finansiering ble pasientbehandling i Norge gruppert i DRG-grupper¹². I tabell 8 har vi klassifisert de behandlinger som ble utført i utlandet i henhold til de norske DRG-gruppene. Det vil ikke være noe automatisk samsvar mellom prosedyrer og DRG-grupper, da DRG-grupperingen påvirkes av forhold ut over selve prosedyren (særlig gjelder dette diagnoseforskjeller¹³). Hvilken pris-vekt de ulike DRG-gruppene hadde i Norge i 2001 presenteres i kapittel 3.3.

Den største diagnosegruppen i pasientutvalget er DRG 261 ("Mammaop ved godart syk ekskl biopsi/lokal eksisjon") som utgjør 14,1 prosent av utvalget. Deretter kommer DRG 232 ("Artroskopi") som utgjør 12,1 prosent, DRG 119 ("Inngrep for åreknuter") utgjør 11,8 prosent, og DRG 215 ("Operasjoner på kolumna u/bk") som utgjør 9,0 prosent av utvalget.

Tabell 8. Pasientene fordelt på de vanligste DRG-gruppene

Diagnosegruppe	Antall
DRG 40 – Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	78
DRG 42 – Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	44
DRG 56 – Plastiske operasjoner på nesene	68
DRG 59 – Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17 år	37
DRG 107 – Koronar by-pass op u/hjertekateterisering	23
DRG 112 – Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	15
DRG 119 – Inngrep for åreknuter	263
DRG 133 – Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk ekskl AMI/angina	77
DRG 155 – Op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år u/bk	67
DRG 160 – Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17 år u/bk	22
DRG 162 – Inguinal & femoral brokkop > 17 år u/bk	34
DRG 194 – Op på galleveier uten samtidigolecystektomi u/bk	19
DRG 209 – Proteseop i hofte/kne/ankel og replant i u.eks ekskl av tå	115
DRG 215 – Operasjoner på kolumna u/bk	201
DRG 222 – Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	51
DRG 224 – Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotes u/bk	83
DRG 225 – Operasjoner på ankel & fot, hvorav 2 for hammertå	15
DRG 227 – Bløtdelsop ITAD u/bk	25
DRG 229 – Op på håndledd/hånd inkl sårkir ekskl proteseop u/bk	46
DRG 231 – Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	12
DRG 232 – Artroskopi	271
DRG 256 – Sykdom i muskel/skjelettsyst og bindevev ITAD, hvorav en for hammertå	20
DRG 261 – Mammaop ved godart syk ekskl biopsi/loal eksisjon	316
DRG 268 – Plastisk op på hud, underhud & bryst	84
DRG 288 – Op for adipositas	42
DRG 290 – Op på skjoldbruskkjertelen	13
DRG 494 – Laproskolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	59
DRG 1 – Kraniotomi > 17 år u/traume (2 for epilepsi, 4 for Parkinsons sykdom)	6
DRG 8 – Perifere, hjerne & andre nerveop u/bk	5
DRG 39 – Op på linsen	8
DRG 108 – Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	8
DRG 158 – Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	6
DRG 219 – Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	9
DRG 260 – Annen mammaop ved ondartet svulst u/bk	8
DRG 266 – Hudtranspl og/eller revisjoner ekskl sår/cellulitt u/bk	6
DRG 347 – Ondartede svulst i mannlige kjønnsorg u/bk	9
DRG 468 – Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	6
DRG 477 – Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	5
DRG 49 – Chocleaimplantat	3
Totalt:	2 179 pasienter (av utvalget på 2 237 pasienter)

¹² De somatiske sykehusene fikk i år 2001 refundert 50 prosent av DRG-kostnadsvektene til de pasientene som ble behandlet (senere er prosentandelen økt)

¹³ I tillegg til diagnoseforskjeller kan også alder og meget lang liggetid i prinsippet gi noe ulik DRG-vekt for samme prosedyrekode.

Antall liggedager

Antall liggedager uttrykker det på forhånd planlagte antallet liggedager. Blant de 2237 pasientene i vårt utvalg manglet 105 opplysninger om liggedager. Men på bakgrunn av antall liggedager oppgitt for andre pasienter med lik både prosedyre og diagnose, anslo vi liggedager for samtlige pasienter (N=2237). Denne fremgangsmåten synes å være lite problematisk dels på grunn av de store likhetene i prosedyre og diagnose, dels fordi pasientene ikke har kompliserende bidiagnoser, og dels fordi eventuelle små avvik fra det faktiske antall liggedager ikke har betydning for DRG-grupperingen i programvaren Norsk DRG¹⁴.

Antallet liggedager i utvalget varierer fra 0 til 30 dager (tabell 9). Knappt 3 prosent av pasientene i utvalget har ingen liggedager, 40 prosent har to eller færre liggedager, og nærmere 60 prosent har 4 eller færre liggedager. Bare 3 prosent har flere enn 10 liggedager. Fordelingen på antall liggedager bekrefter at mange sannsynligvis kunne vært behandlet dagkirurgisk. De lange liggetidene som opptrer i enkelte tilfeller kan skyldes at rehabilitering inngår i oppholdet i utlandet. De fleste av de pasientene som har mange liggedager har fått utført mer kompliserte ortopediske inngrep. Pasientene som har 0 liggedager er i DRG-gruppe 133 ("Antatt atheroskler hjertesykdom"). Pasientene på det andre ytterpunktet, innenfor intervallet 26 – 30 liggedager, er hovedsakelig i DRG-gruppe 209 ("Proteseop i hofte/kne/ankel og replant i u.eks ekskl av tå"). Det totale antall liggedager var 9671 dager noe som tilsvarer et gjennomsnitt per pasient lik 4,3 liggedager.

Tabell 9. Pasientene fordelt etter antall liggedager.

Antall liggedager	Antall pasienter	Kumulativ prosentandel
0	59 ¹	2,6
1	526	26,2
2	302	39,7
3	437	59,2
4	137	65,3
5	251	76,5
6 – 10	397	94,3
11 – 15	61	97,0
16 – 20	40	98,8
21 – 25	3	98,9
26 – 30	24	100
Totalt	2237	100

¹ Scandinavian Heart Center i Kristiansand.

Vår gjennomgang av diagnoser, prosedyrer og DRG-grupper viser at svært mange av inngrepene kan karakteriseres som dagkirurgiske. Et rimelig anslag tilsier at rundt 70 prosent av behandlingene var dagkirurgiske (vel 1600 pasienter) mens 30 prosent hadde trengt

¹⁴ Det er først og fremst prosedyrekoden og diagnosekoden som virker bestemmende på hvilken DRG-kostnadsvekt pasienten tilegnes av programvaren Norsk DRG, og i noen tilfeller kjønn, alder og liggedager. For at liggedager skal ha betydning for DRG-vekten, må antallet overstige trinnpunktet betydelig (trinnpunktet er det antallet liggedager som skiller den store gruppen av normalpasienter fra de ekstreme langtidsliggerne for ulike DRGer).

innleggelse (omlag 700 pasienter)¹⁵. Vi har da forutsatt at alle ryggoperasjoner, alle operasjoner i centralnervesystemet, alle proteser, alle hjerteoperasjoner, de fleste mage- og tarminngrep, samt om lag 20 prosent av de større plastisk-kirurgiske og noen av de mindre inngrepene hadde nødvendiggjort innleggelse også i Norge, ut fra vår norske modell for aktivitetsøkning (se senere). At gjennomsnittlig antall liggedager per pasient ligger relativt høyt på tross av den høye andelen med dagkirurgiske inngrep følger av at reiseavstanden fra hjemsted til behandlingssted har vært såpass stor at det har nødvendiggjort en eller flere overnattinger.

¹⁵ Estimatet er basert på diagnose, prosedyre og antall liggedager, og hva som er praksis i Norge. Andelen som får dagkirurgisk behandling innen samme diagnose/prosedyre, varierer i Norge fra sykehus til sykehus. Sannsynligvis er andelen som kunne blitt behandlet dagkirurgisk større for pasientbro-pasienter enn i en gjennomsnittsgruppe av norske pasienter med de samme lidelser, fordi Pasientbroen først og fremst er for pasienter som er spreke nok til å reise utenlands og som ikke har kompliserende bidiagnoser eller infeksjoner.

3. Kostnader i Pasientbroen.

I dette kapittelet ser vi først nærmere på behandlingskostnadene i utlandet for pasientene i vårt utvalg. Deretter presenterer vi kostnadsfordelingen for de samme behandlingene målt i norske DRG-priser, og sammenligner de utenlandske behandlingskostnadene med de norske DRG-prisene for de samme typene av behandlinger. Avslutningsvis redegjør vi for andre typer av kostnader som påløper i Pasientbroen.

3.1 Behandlingskostnader i Pasientbroen.

Informasjonen om behandlingskostnader er fremskaffet av RTV etter en gjennomgang av kontrakter og fakturaer for de enkelte utenlandske behandlingsinstitusjonene. I de tilfeller hvor det ikke forelå kostnadstall på individnivå, men kun som samlede utgifter for flere behandlinger av samme type ved samme institusjon, beregnet vi en gjennomsnittskostnad.

Tabell 10 nedenfor viser hvordan behandlingskostnadene i utlandet er fordelt over 13 kostnadsgrupper.¹⁶ De to største kostnadsgruppene, slik vi har definert dem, er for intervallene 10 000 – 15 000 og 50 000 – 70 000, hvor mer enn 450 pasienter inngår. For ytterkategoriene, behandlingskostnader lavere enn 10 000 kroner og høyere enn 110 000 kroner, inngår relativt få pasienter. Videre observerer vi at en forholdsvis høy andel av pasientene (46,8 prosent) har blitt behandlet for lidelser med relativt lave behandlingskostnader (mindre enn 30 000), mens kun 8,5 prosent har behandlingskostnader som overstiger 90 000 kroner. Den gjennomsnittlige behandlingskostnaden for de 2237 pasientene var, etter våre beregninger, 41 717 kroner, mens de samlede behandlingsutgiftene i utlandet for den samme gruppen beløp seg til 93,32 millioner kroner.

Tabell 10: Pasientene fordelt etter ulike kostnadskategorier. Norske kroner

Pris	Antall pasienter	Kumulativ %
0 - 4 999	2 ¹	0,1
5 000 – 9 999	72	3,3
10 000 – 14 999	454	23,6
15 000 – 19 999	186	31,9
20 000 – 24 999	153	38,8
25 000 – 29 999	179	46,8
30 000 – 39 999	223	56,6
40 000 – 49 999	190	65,1
50 000 – 69 999	452	85,3
70 000 – 89 999	138	91,5
90 000 – 109 999	111	96,4
110 000 – 149 999	64	99,3
+ 150 000	16	100
Totalt	2237	100

¹ Disse 2 pasientene kommer i DRG-gruppe 55 ("Diverse operasjoner på øre/nese/hals"), en behandling som har en norsk DRG-pris på 14 565 kroner. Diagnosen er Q161 og prosedyren er DBD30, prisen er 950 kroner (Korreksjon av øreatresi).

¹⁶ Prisene er av RTV oppgitt i norske kroner. Vi har ingen informasjon om hvilke valutakurser som ble anvendt. Vi mottok en liste med priser 22. april 2002 og en utvidet liste 21. juni 2002.

3.2 Norske DRG-priser

Som en referanse til behandlingskostnadene i utlandet har vi beregnet de norske DRG-prisene for den samme pasientgruppen. De norske DRG-prisene fremkom ved å kode inn tilgjengelig pasientinformasjon (lidelse, prosedyre, alder, kjønn etc.) i programvaren Norsk DRG/Control Bridge¹⁷. Dette er den samme programvaren som anvendes av Norsk Pasientregister og Sintef Unimed til beregning av DRG-priser. Vi har her valgt å presentere de DRG-prisene som gjelder når 100 prosent av kostnadsvekten legges til grunn – altså de ”prisene” som er ment å reflektere de gjennomsnittelige driftsutgiftene for behandling ved norske sykehus for de enkelte prosedyrer/diagnoser. I 2001 svarte ett norsk DRG-poeng til 29 130 kroner.

Tabell 11. Pasientene fordelt etter ulike kostnadskategorier målt ved norske DRG-priser (norske kroner).

Norsk DRG-pris	Antall pasienter	Kumulativ %
0 – 4 999	4 ¹	0,2
5 000 – 9 999	94	4,4
10 000 – 14 999	781	39,3
15 000 – 19 999	208	48,6
20 000 – 24 999	122	54,0
25 000 – 29 999	334	69,0
30 000 – 39 999	119	74,3
40 000 – 49 999	19	75,1
50 000 – 69 999	330	89,9
70 000 – 89 999	67	92,9
90 000 – 109 999	126	98,5
110 000 – 149 999	2	98,6
+ 150 000	31 ²	100
Totalt	2237	100

¹ Sterilisering av menn kommer ikke i noen DRG-gruppe, men ble refundert av RTV til sykehusene med rundt 1600 kroner i 2001.

² Blant annet 8 pasienter med DRG 108 (”Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD”) til en DRG-pris på kroner 211 193.

De beregnede DRG-prisenes fordeling over ulike kostnadskategorier er presentert i tabell 11 ovenfor. DRG-prisene varierer fra 1660 til 212 000 kroner. Gruppen 10 000-15 000 er den klart største og større enn hva som er tilfelle i tabell 10. I alt 4,4 prosent av prosedyrene/diagnosene i pasientutvalget gav en DRG-pris lavere enn 10 000 kroner, mens 1,5 prosent har DRG-priser høyere enn 110 000. Det følger videre at målt ved DRG-priser er pasientene i større grad fordelt på lavere kostnadsintervaller sammenlignet med tabell 10. Når det for eksempel gjelder behandlinger med DRG-priser lavere enn 30 000 kroner havner 70 prosent av pasientene her (46,8 prosent i tabell 10), mens behandlinger med DRG-priser høyere enn 90 000 utgjør 7,1 prosent (8,5 prosent i tabell 10).

De samlede utgiftene til behandling av alle 2237 pasientene, målt ved norske DRG-priser, beløper seg til 74,39 millioner kroner, noe som betyr en gjennomsnittlig kostnad per pasient på 33 259 kroner.

¹⁷ Versjon 1.7, av 10. sept. 2001

3.3 En sammenligning av behandlingstkostnadene i Pasientbroen og norske DRG-priser

I dette avsnittet sammenligner vi prisavvik mellom behandlingstkostnadene i utlandet og de tilsvarende kostnadene målt ved norske DRG – priser. Vi diskuterer tre forhold som kompliserer en slik sammenligning (feilkilder, seleksjonseffekter og hvordan behandlingen er definert), samtidig som vi diskuterer hvorfor DRG-prisene ikke nødvendigvis reflekterer de marginale behandlingstkostnadene innenlands.

Behandlingstkostnadene i utlandet har noen kjennetegn som til en viss grad kan virke forstyrrende ved sammenligning med norsk DRG-pris for samme type behandlinger, og som derfor representerer mulige feilkilder. I noen få tilfeller kan det være slik at en annen prosedyre har blitt utført i utlandet enn den som opprinnelig ble bestilt og registrert i våre data, uten at dette nødvendigvis fremkommer av fakturaen.

For det andre kan det i noen tilfeller være en feilkilde at de norske DRG-prisene er beregnet på grunnlag av mer disaggregerte opplysninger enn behandlingstkostnadene i utlandet. Mens behandlingstkostnadene i utlandet er gjennomsnittspriser for en gitt prosedyre ved et gitt sykehus, er DRG-prisene beregnet på grunnlag av mer detaljerte opplysninger på individnivå om prosedyre, diagnose, kjønn, alder og liggedager. En prosedyre i utlandet til en gitt pris ved et gitt sykehus, kan av DRG-grouperen bli fordelt i ulike DRG-grupper (ulike kostnadsvekter) først og fremst p.g.a. forskjeller i pasientenes diagnose. Dette er en aktuell problemstilling for 13 av de aktuelle prosedyrene i vårt utvalg. Et annet forhold ved DRG-systemet er at kostnadsvekten til en DRG-gruppe uttrykker gjennomsnittsprisen til alle de typer behandlinger som faller inn under denne DRG-gruppen ved norske sykehus. De pasientbropasientene som vi har gruppert i ulike DRG-grupper, kan i noen tilfeller derfor utgjøre et skjevt utvalg av alle de diagnose-prosedyre-kombinasjonene som inngår i den enkelte DRG-gruppen ved norske sykehus, og i så måte gi kostnadsforskjeller mellom behandlingstkostnader i Pasientbroen og norske DRG-priser (dyrere eller billigere). Det er imidlertid ingen apriori grunn til å tro at disse feilkildene vil slå ut i en bestemt retning.¹⁸

Eventuelle seleksjonseffekter vil også kunne gjøre en sammenligning av behandlingstkostnader i utlandet med norske DRG-priser, som skal reflektere nasjonale gjennomsnittskostnader knyttet til drift, problematisk. Slike effekter kan gjøre seg gjeldende på flere måter. På grunn av reiseavstanden til utlandet kan for eksempel sykehusene ha valgt å sende ut de minst kompliserte pasientene (medisinsk motivert) - altså pasienter med diagnose-prosedyre kombinasjoner innenfor hver DRG-gruppe som det er minst ressurskrevende å behandle. Dette er en effekt som bidrar til å redusere behandlingstkostnadene i utlandet relativt til DRG-prisene. En annen mulighet er tilstedeværelsen av seleksjonseffekter som er økonomisk motiverte. De som henviser kan for eksempel ha valgt å sende ut pasienter som inngår i DRG-grupper med en for dem lite fordelaktig norsk DRG-pris. Dette kan skje hvis den økonomiske kompensasjonen de mottar for å behandle pasientene i denne DRG-gruppen (DRG-prisen) vurderes til å ligge lavere enn egne reelle behandlingstkostnader. Dette er en effekt som introduserer seleksjon mellom ulike DRG-grupper. I tillegg kan det også være seleksjoner innenfor den enkelte DRG-gruppe ved at man fortrinnsvis sender pasienter med kombinasjoner av diagnose- og prosedyrekoder, som det er mest ressurskrevende å behandle (gir lavest uttellingen relativt til DRG-prisen for gruppen som helhet). Videre vil det også

¹⁸ Når det gjelder ulike typer av implantater så er utgiftene forbundet med kjøp av dem ikke inkludert verken i DRG-prisen eller i Pasientbroen behandlingstkostnader. Det motsatte synes å gjelde for ulike typer av proteser.

være mulig for henviser å differensiere mellom pasienter med identiske diagnose- og prosedyrekoder på grunnlag av annen informasjon om spesielle forhold ved den enkelte pasient (på grunn av spesielle forhold for eksempel ikke-registrerte bi-lidelser). Alle de økonomisk motiverte seleksjonseffektene trekker i retning av høyere behandlingstkostnader i utlandet relativt til norsk DRG-pris. Vi vet dessverre lite om i hvilken grad slike seleksjonseffekter faktisk opptrer og kan derfor ikke noe om deres eventuelle betydning.¹⁹

Videre kan det være slik at behandlingen i utlandet i noen grad avviker fra samme behandling i Norge. Rikstrygdeverket oppgir for eksempel at behandling i utlandet, for noen pasienter, ”inkluderer mer” enn den samme behandlingen (samme prosedyrekode) i Norge. Først og fremst er det her tale om ekstraordinær rehabilitering som ikke dekkes av DRG-prisen i Norge²⁰ og eskortetransport fra flyplass til sykehus. Eventuell eskortetransport vil bare gi begrensede merkostnader. Ekstraordinær rehabilitering antas å ikke være aktuelt for de fleste typene av behandlinger som inngår i vårt utvalg. I tillegg er enkelte pasienter sendt til utlandet fordi behandling på grunn av spesielle forhold ikke kunne i Norge gis (se tabellnotene i Tabell 13). En viktig forklaring til at DRG-prisene i gjennomsnitt ligger lavere enn de registrerte utenlandske behandlingstkostnadene er selvfølgelig at utenlandsbehandling vil kreve flere liggedøgn enn hva tilsvarende behandling ville gjort i Norge.

Det er også slik at DRG-prisene neppe reflekterer de reelle norske behandlingstkostnadene gitt at de aktuelle pasientene faktisk hadde blitt behandlet i Norge.²¹ For det første ville de innenlandske behandlingstkostnader, gitt at tilstrekkelig behandlingstilbudet ble utløst, variere avhengig av hvilken organisatorisk modell som ble valgt. For det andre avviker marginalkostnadene i det norske helsevesenet fra institusjon til institusjon, samtidig som marginalprisene vil avvike fra DRG-prisene. DRG-prisene er ment å reflektere gjennomsnittskostnader knyttet til driftsutgifter i ordinær virksomhet (se også kapittel 4).

Tabell 12 presenterer de beregnede prisforskjellene mellom norsk DRG og behandlingen i utlandet. Vi ser av tabellen at den behandlingen som ble gitt i utlandet hadde behandlingstkostnader som lå lavere enn DRG-prisen i 28,5 prosent av tilfellene, mens 71,5 prosent av behandlingene i utlandet hadde behandlingstkostnader som oversteg DRG-prisen. For 10 pasienter var kostnadsavviket på mer enn 100 000 kroner i favør av Pasientbroen, mens 14 pasienter fikk behandling i utlandet til en kostnad som oversteg DRG-prisen med mer enn 100 000 kroner. 46,5 prosent av pasientene fikk behandling i utlandet til kostnader som ikke avvek mer enn +/- 10 000 kroner fra den norske DRG-prisen. For 38,5 prosent av behandlingene er prisavviket større enn +/- 20 000 kroner.

Gjennomsnittskostnaden for en pasient behandlet i utlandet overstiger den gjennomsnittlige norske DRG-prisen med 8 457 kroner, noe som betyr at de samlede behandlingstkostnadene i utlandet er 18,92 millioner kroner dyrere enn hva de samlede behandlingstkostnadene ville vært for de samme behandlingene, målt ved norske DRG-priser. Dette betyr at DRG-prisene i

¹⁹ RTV's prosjektorganisasjon har mottatt tilbakemeldinger fra flere utenlandske behandlingstilbudere som bekrefter tilstedeværelsen av seleksjonseffekter. I noen tilfeller rapporteres de å være betydelige.

²⁰ Det ligger i Pasientbroens forutsetninger at behandlingene i utlandet ikke skal gå ut over behandlingstilbudet og kapasiteten ved norske sykehus. Utenlandsbehandling vil derfor i noen tilfeller inkludere mer rehabilitering enn det som ville bli tilbudt ved norske sykehus eller rehabiliteringsinstitusjoner.

²¹ I uformelle samtaler med sykehusleger sies det at sykehusene i år 2002 er blitt mer bevisst på å sende ut pasienter der DRG-prisen ikke dekker de faktiske merkostnader ved behandlingen. For de behandlinger der DRG-prisen ansees å overskride sykehusenes faktiske kostnader, og som dermed gir nettoinntekt til sykehusene, sendes man i mindre grad ut.

gjennomsnitt representerer knapt 80 prosent av den gjennomsnittlige behandlingens kostnaden som påløp i utlandet.

Tabell 12. Kostnadsavvik mellom behandlingstkostnader i utlandet og norsk DRG-pris

Avvik i pris (kroner) (positive tall er dyrere i utlandet)	Antall pasienter	Kumulativ %
- 114 323 ¹	8	0,4
- 107 734 ²	2	0,4
- 49 999 – 40 000	15	1,1
- 39 999 – 30 000	139	7,3
- 29 999 – 20 000	82	11,0
- 19 999 – 10 000	90	15,0
- 9 999 – 0	302	28,5
1 – 9 999	738	61,5
10 000 – 19 999	246	72,5
20 000 – 29 999	230	82,8
30 000 – 39 999	231	93,1
40 000 – 49 999	12	93,7
50 000 – 59 999	112	98,6
60 000 – 69 999	5	98,8
70 000 – 79 999	5	99,1
80 000 – 89 999 ³	7	99,4
105 827 ⁴	14	100
Totalt	2237	100

¹ DRG 108 ("Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD")

² DRG 111 ("Større kardiovaskulære op u/bk")

³ DRG 215 ("Operasjoner på kolumna u/bk") og DRG 1 ("Kraniotomi > 17 år u/traume")

⁴ DRG 215 ("Operasjoner på kolumna u/bk")

I tabell 13 er pasientene klassifisert etter de viktigste DRG-gruppene, og for hver gruppe presenterer vi både behandlingstkostnadene i utlandet (gjennomsnittet for hver gruppe), DRG-kostnadene, og avviket mellom dem. Mannlig sterilisering inngår ikke i tabellen da den ikke har en DRG-pris, men som i 2001 i stedet gav en poliklinisk refusjon som var på rundt 1600 kroner²². Se også tabellens fotnoter som kommer med utdypende forklaringer til enkelte av prisavvikene.

²² DRG-prisene for epilepsi og Parkinson er like, mens i utlandet kostet operasjon for epilepsi kroner 180 700 og Parkinsons sykdom kroner 140 090.

Tabell 13. Behandlingskostnader i utlandet, norsk DRG-pris, og avviket mellom disse kostnadene for diagnosegrupper med 5 eller flere pasienter. Gjennomsnitt

Diagnosegruppe	Antall	Kostnad i utlandet, gj.snitt	Norsk DRG 100 prosent	Avvik i pris (positive tall er dyrere i utlandet)
DRG 40 – Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	78	14 896	6 117	8 779
DRG 42 – Op for glaukorn & op på glasslegemet ITAD	44	93 590	34 082	59 508
DRG 56 – Plastiske operasjoner på nesen	68	19 935	16 604	3 331
DRG 59 – Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17 år	37	20 960	12 235	8 725
DRG 107 – Koronar by-pass op u/hjertekateterisering	23	128 177	166 624	- 38 447
DRG 112 ¹ – Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	15	83 032	46 899	36 133
DRG 119 – Inngrep for åreknuter	263	17 372	11 943	5 429
DRG 133 – Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk ekskl AMI/angina	77	24 536	14 565	9 971
DRG 155 – Op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år u/bk	67	62 717	77 777	- 15 060
DRG 160 – Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17 år u/bk	22	20 138	20 100	38
DRG 162 – Inguinal & femoral brokkop > 17 år u/bk	34	16 971	14 856	2 115
DRG 194 - Op på galleveier uten samtidigolecystektomi u/bk	19	47 560	67 582	- 20 022
DRG 209 – Proteseop i hofte/kne/ankel og replant i u.eks ekskl av tå	115	79 204	106 325	- 27 121
DRG 215 – Operasjoner på kolumna u/bk	201	75 744	61 173	14 571
DRG 222 – Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	51	20 550	36 121	- 15 571
DRG 224 – Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotes u/bk	83	22 419	24 469	- 2 050
DRG 225 – Operasjoner på ankel & fot, hvorav 2 hammertå	15	24 041	15 148	8 893
DRG 227- Bløtdelsop ITAD u/bk	25	21 071	14 856	6 215
DRG 229 – Op på håndledd/hånd inkl sårkir ekskl proteseop u/bk	46	28 953	12 235	16 718
DRG 231 – Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	12	33 197	15 439	17 758
DRG 232 – Artroskopi	271	20 154	10 196	9 958
DRG 256 – Sykdom i muskel/skjelettsyst og bindevev ITAD hvorav en hammertå	20	22 100	15 439	6 661
DRG 261 – Mammaop ved godart sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	316	49 702	27 382	22 320
DRG 268 – Plastisk op på hud, underhud & bryst	84	49 434	17 478	31 956
DRG 288 – Op for adipositas	42	63 338	57 677	5 661
DRG 290 – Op på skjoldbruskkjertelen	13	67 762	33 208	34 554
DRG 494 – Laproskolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	59	43 677	53 017	- 9 340
DRG 1 – Kraniotomi > 17 år u/traume (epilepsi og Parkinson)	6	153 627	97 586	56 041
DRG 8 – Perifere, hjerne & andre nerveop u/bk	5	17 833	18 935	- 1 102
DRG 39 – Op på linsen	8	19 264	9 030	10 234
DRG 108 – Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	8	96 870	211 193	- 11 4323
DRG 158 ² – Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	6	86 913	14 856	72 057
DRG 219 ⁴ – Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	9	56 860	32 043	24 817
DRG 260 – Annen mammaop ved ondartet svulst u/bk	8	38 263	26 800	11 463
DRG 266 ³ – Hudtranspl og/eller revisjoner ekskl sår/cellulitt u/bk	6	76 994	24 460	52 534
DRG 347 ⁵ – Ondartede svulst i mannlige kjønnsorg u/bk	9	78 500	26 800	51 700
DRG 468 – Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	6	58 601	63 503	- 4 902
DRG 477 – Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	5	35 830	20 391	15 439
DRG 49 – Chocleaimplantat	3	63 030	68 456	- 8 426
Totalt	2 176 (av utvalget på 2237 pasienter)			

¹ Operasjonene som er utført er avansert hjertekirurgi for barn som etter det vi får opplyst fra RH ikke utføres i Norge, eksempelvis for ASD, VSD og transposisjon av arterie.

² Den høye gj.snittsprisen i utlandet følger delvis som en konsekvens av noen pasienter med svært krevende analfistler som ikke kunne behandles i Norge. Også henvist fra Rikshospitalet.

³ Her inngår en enkeltsak hvor en pasient hadde behov for hud revisjon på store deler av kroppen.

⁴ Skyldes avansert kirurgi med proteser i legg/ankel som ikke er tilgjengelig i Norge.

⁵ Pasientene i denne gruppen er behandlet som ledd i kompetanseutviklingsprosjekt med lapraskopisk prostatektomi. En behandlingsform som (forut for prosjektet) ikke ble utført i Norge.

Vår sammenstilling avdekker relativt store prisforskjeller mellom DRG-priser og behandlingskostnadene ved de utenlandske sykehusene siden avvikene overstiger +/- 10 000 kroner for over halvparten av pasientene. Forskjellene kan imidlertid også betegnes som store for den gruppen av pasienter hvor avviket i kroner er lavere enn dette (mindre enn +/- 10 000 kroner) når man sammenligner avvikene med størrelsen på behandlingskostnadene. Den gjennomsnittelige behandlingskostnaden i utlandet var på 41 717, men gjennomsnittskostnaden for den gruppen av behandlinger hvor avviket er mindre enn +/- 10 000 kroner er langt lavere, noe som betyr at prisavviket i mange tilfeller er høyt relativt til behandlingskostnadene. Det ser videre ut til at avviket avtar noe, relativt sett, med DRG-prisen.

Det er viktig at man utviser varsomhet når man sammenligner avvikene i tabell 13. Dette fordi det, som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, kan være forhold ved behandlingskostnadene i utlandet som til en viss grad gjør at de ikke er direkte sammenlignbare med den norske DRG-prisen for samme type behandling (se for eksempel tabellnoter til tabell 13).

3.4 Andre Kostnader i Pasientbroen

Vi vil nå presentere andre typer av kostnader som har påløpt i Pasientbroen, utover behandlingskostnadene. Slike kostnader inkluderer prøvetakingsutgifter før og etter avreise for de pasientene som reiste ut av Skandinavia,²³ reiseutgifter for både pasienter og ledsagere, personlige refusjoner for pasienter og ledsagere (måltider utenom sykehus/hotell, drosje, o.a.), samt hotellkostnader for ledsagere, mens innbetalinger fra egenandeler (reise) kommer som et fradrag i disse kostnadene.²⁴ Heretter kalles dette samlet for Andre Kostnader (AK). Vi tar imidlertid ikke hensyn til trygdeutgifter, prosjektkostnader RTV har hatt ved selve organiseringen og evalueringen av Pasientbroen, og heller ikke de kostnader som har påløpt, fortrinnsvis ved norske sykehus, i forbindelse med utredning, informasjon og rekruttering av norske pasienter til Pasientbroen (rekrutteringsutgifter).

De ulike enkeltpostene og tilhørende kostnadsanslag som inngår i Andre Kostnader (AK) er presentert i tabell 14 nedenfor. Kostnadsanslagene er fremstilt som gjennomsnittsverdier (per pasient) og summert opp til samlede utgifter. Disse kostnadsanslagene er delvis basert på informasjon fremskaffet av Rikstrygdeverket og delvis på informasjon hentet fra andre kilder. Nedenfor redegjør vi ganske kort for hver enkelt kostnadskategori, mens en mer fullstendig oversikt over de forutsetningene for hvert enkelt kostnadsanslag er sammenfattet i vedlegg 2.

²³ Alle pasienter som behandles utenfor Skandinavia skal ta en bakteriologisk prøve av avføringen før og etter oppholdet. Utgifter til dette dekkes av prosjektet.

²⁴ Under ordningen med fritt sykehusvalg er det vedtatt at pasienter skal betale en egenandel på 200 kroner hver vei og at dette ikke kan inngå i egenandelstaket. Pasientenes egenandeler kommer her som fradrag til kostnadene da vi fokuserer på utgifter over offentlige budsjetter.

Tabell 14. Samletabell for ulike typer kostnader ved Pasientbroen, utover behandlingskostnadene. Gjennomsnitt og sum for hele utvalget. N = 2237

Utgiftstype	Gjennomsnitt per pasient i utvalget	Sum, hele utvalget
a) Prøvetakingsutgifter (utenom Skandinavia)	206	0,46 millioner
b) Reiseutgifter for pasienter i Norge t/r	2 572	5,76 millioner
c) Reiseutgifter for pasienter ut av Norge t/r	4 785	10,70 millioner
d) Reiseutgifter for ledsagere i Norge t/r	848	1,90 millioner
e) Reiseutgifter for ledsagere ut av Norge t/r	1 595	3,56 millioner
f) Hotellkostnader for ledsagere	1 227	2,74 millioner
g) "Personlige refusjoner" til pasienter	1 244	2,78 millioner
h) "Personlige refusjoner" til ledsagere	804	1,80 millioner
i) Egenandeler fra pasientene for reise	- 400	- 0,89 millioner
Totale Andre Kostander (AK) i Pasientbroen	12 881	28,81 millioner

Tabell 14 viser at gjennomsnittlige kostnader (AK) for pasientene er 12 881 kroner per pasient. De vil selvfølgelig variere mye mellom pasientene, avhengig av bosted, hvor i utlandet de blir behandlet, antall liggedager og hvorvidt man har ledsager eller ei. De samlede utgiftene for denne kategori av kostnader utgjør 21,8 millioner kroner.

Prøvetakingsutgiftene er relativt lave og omfatter bare de pasientene som er blitt behandlet utenfor Skandinavia (435 pasienter). Vi har antatt at begge prøvene samlet sett koster 1 060 kroner for hver pasient. Dette inkluderer utsending av prøveglass, betaling av allmennlegen og betaling av laboratoriet. Gjennomsnittskostnaden til prøvetaking fordelt på alle pasientene i utvalget er 206 kroner. For hele utvalget samlet koster prøvetakingen 0,46 millioner kroner.

Reiseutgifter som påløper både for pasienter og ledsagere er delt i to. Først har vi beregnet reiseutgiftene (tur-retur) i Norge, altså reiseutgifter fra eget bosted til det mest anvendte kommunikasjonsknutepunktet for utenlandsreiser (tilknytningsreiser). Knutepunktet som ble valgt var Oslo eller Gardermoen, avhengig av om transportmiddelet til utlandet var fly eller båt/tog. Deretter har vi beregnet reiseutgiftene (tur-retur) fra Oslo/Gardermoen til destinasjonsbyen i utlandet (altså nærmeste by til den utenlandske behandlende institusjonen). Kostnadsanslagene forsøker altså å ta hensyn til variasjoner både i reisemål og reisens utgangspunkt. Reisemiddelet er primært fly, men når fly, tog (f.eks. Göteborg) eller båt (f.eks. Kiel) var aktuelt, har vi forsøkt å justere for dette. Tilknytningskostnader i Norge er justert etter pasientenes bosted (se vedlegg 2 for detaljer om de satsene). Tabell 14 viser at tilknytningsreisene i Norge i gjennomsnitt kostet 2 572 kroner per pasient, noe som gir en samlet utgiftspost på 5,76 millioner kroner. Reiseutgiftene til utlandet (Oslo/Gardermoen – destinasjonsby) var i gjennomsnitt 4 785 kroner per pasient, noe som gir en samlet utgift på 10,7 millioner kroner. Begge typer av reiseutgifter er lavere for ledsagerne enn for pasientene. Dette skyldes at bare hver tredje pasient er antatt å ha hatt med seg ledsager.

Tilknytningsreiser for ledsager koster i gjennomsnitt 848 kroner per pasient, mens reisene ut av Norge i gjennomsnitt koster 1 595 kroner per pasient. Til sammen gir dette reiseutgifter for ledsagere som summerer seg til 5,46 millioner kroner. Ledsagerne har i tillegg hatt utgifter til overnatting, enten i tilknytning til det behandlende sykehuset (sykehotell) eller ved et ordinært turisthotell²⁵. Fra Rikstrygdeverket mottok vi en oversikt over priser per døgn ved sykehotell og andre hotell anvendt av ledsagere, i tilknytning til de ulike sykehusene i

²⁵ Vi har antatt at overnattingsutgiftene for pasientene i sin helhet inngår i behandlingskostnadene.

utlandet. Disse døgnprisene er multiplisert med antall liggedager for de pasientene (1 av 3) som var antatt å ha med seg ledsager²⁶. Døgnprisene varierer fra 294 til 1 330 kroner (en detaljert oversikt over hotelldøgn-prisene for ledsagere ved ulike sykehus er presentert i vedlegg 2). Totalt beløper hotellutgiftene for ledsagerne seg til 2,74 millioner kroner, noe som gir en gjennomsnittlig overnattingskostnad for ledsager per pasient på 1 227 kroner.

Pasienter og ledsagere sender sine personlige regninger til Rikstrygdeverket for å få dekket utlegg de har hatt i forbindelse med reisen, men som ikke faller inn under hovedkategoriene reise- og overnattings-/behandlingsutgifter. I all hovedsak er slike utgifter kjøp av mat utenom hotellet/sykehuset og drosjeregninger. Ledsagernes utgifter til kost dekkes gjennom satser i statens regulativ. Tallgrunnlaget fikk vi fra Rikstrygdeverket, som selv har beregnet gjennomsnittlig refusjon for pasienter og ledsagere ved ulike sykehus i utlandet. Refusjonene til ledsagerne var høyere enn refusjonene til pasientene, først og fremst på grunn av kostgodtgjørelsene. I tabell 14 har vi presentert begge typer utgifter per pasient. Den gjennomsnittlige personlige refusjonen til pasienten er 1 244 kroner, og gir en total utgift på 2,78 millioner kroner. Gjennomsnittlige personlige refusjonen til ledsager per pasient er 804 kroner, noe som summerer seg til 1,8 millioner kroner. Samlet utgjør personlige refusjoner til ledsagere og pasienter dermed 4,6 millioner, eller 2 048 kroner per pasient i utvalget.

Pasientene i Pasientbroen betaler den samme egenandelen ved reise som ved fritt sykehusvalg i Norge. I fjor var denne egenandelen satt til 200 kroner per vei, altså 400 kroner tur-retur²⁷. Vi har forutsatt at samtlige pasienter betalte 400 kroner i egenandel. Samlet sett gir dette en inntekt på 894 800 kroner.²⁸

Den største utgiftsposten presentert i tabell 14 er pasientenes reiseutgifter (16,5 millioner), mens ledsagerutgiftene (reise, overnatting og personlige refusjoner til ledsagere) summerer seg til knapt 10 millioner kroner. Det følger videre av våre beregninger at de totale utgiftene for de 8 kostnadskomponentene (AK) i tabellen ovenfor, fratrukket pasientenes utgifter til egenandeler, beløper seg til 28,81 millioner kroner. Sammen med behandlingskostnadene blir alle utgiftene 122,13 millioner kroner. Dette betyr at den gjennomsnittlige utgift (behandlingskostnad og AK) for hver av de 2 327 pasientene er 54 600 kroner. Andre kostnader (AK) utgjør vel 31 prosent av de samlede behandlingsutgiftene.

Et av argumentene for innføringen av Pasientbroen var at kostnadene ville påløpe i utlandet og dermed ikke kunne påvirke norsk økonomi. Men ikke alle de kostnadene vi har identifisert for Pasientbroen er kostnader i utlandet. Dette gjelder spesielt flere av kostnaden som ikke inngår som i selve behandlingskostnadene. Prøvetakingsutgiftene for eksempel vil i sin helhet påløpe i Norge, det samme gjelder deler av reiseutgiftene for pasienter og ledsager, noe avhengig av hvordan man klassifiserer/definerer slike utgifter. En presisering vil være å si at innføringen av en Pasientbro til en viss grad legger beslag på innenlandske arbeidskraft og kapital. Hvis vi måler denne ressursbruken i kroner tilsvarer den trolig mindre enn halvparten av de samlede utgiftene i kostnadskategorien Andre Kostnader (kanskje et sted mellom 10 – 14 millioner kroner).²⁹

²⁶ Se kapittel 2.1 for mer om de prinsippene vi anvendte for å tildele 1 av 3 pasienter ledsager.

²⁷ Denne egenandelen går for øvrig ikke inn under den ordinære tak-regelen for egenandeler.

²⁸ Vi forutsetter at egenandelen blir betalt til Rikstrygdeverket prosjekt ”Kjøp av Helsetjenester i Utlandet”. For staten vil egenandelen uansett representere en inntektskilde.

²⁹ I tillegg vil selvfølgelig rekrutteringskostnader og finansiering av RTVs prosjektgruppe være kostnader som i hovedsak påløper innenlands.

4. Kostnader i en alternativ innenlandsk løsning: Kontraktmodellen

I dette kapittelet forsøker vi å beregne ulike typer av kostnader som ville påløpt, gitt at pasientene i Pasientbroen (N=2237) i stedet skulle ha blitt behandlet i Norge i løpet av 2001, samtidig som denne aktiviteten ikke skulle på bekostning av den ordinære behandlingen av pasienter samme år. Kapittelet er tredelt. Først presenterer vi en, av flere mulige, organisatoriske modeller – Kontraktmodellen. Deretter forsøker vi å beregne hvilke behandlingkostnader som ville ha påløpt i denne modellen basert på norske helseinstitusjoners egne rapporter. Avslutningsvis beregner vi andre typer av kostnader (reise og ledsagerkostnader) gitt innføringen av denne modellen.

4.1 En norsk løsning - Kontraktmodellen

En innenlandsk løsning for Pasientbropasientene krever at det eksisterte tilstrekkelig behandlingsskapasitet for disse pasientgruppene i Norge i 2001. SINTEF (2001) presenterer en undersøkelse hvor man forsøker å kartlegge ledig kapasitet dette året ved norske sykehus.³⁰ Undersøkelsen konkluderer med at det sannsynligvis var en betydelig reservekapasitet ved norske sykehus, men at den var svært ujevnt fordelt. Rapporten konkluderer med at 44 sykehus hevdet at de kunne øke sin produksjon samlet sett med inntil 60 000 pasienter i løpet av 2001 (både innenfor ordinær drift og ved hjelp av ekstraordinære tiltak).

SINTEF-rapporten forsøker ikke å angi hva marginalkostnadene ville vært hvis man faktisk økte aktiviteten ved norske behandlingssinstitusjoner dette året. Med marginalkostnader menes her de kostnadene som ville ha påløpt ved å behandle pasienter i Norge, utover de som faktisk ble behandlet innenlands i år 2001. Dessverre synes det foreløpig ikke å foreligge pålitelig informasjon om marginalkostnader i den norske sykehussektoren noe som betyr at man har svært lite informasjon om et potensielt viktig styringssignal i denne sektoren av økonomien. Anvendelse av DRG-prisene til dette formålet er ikke en tilfredsstillende løsning da de reflekterer gjennomsnittskostnader. Et annet og bedre alternativ ville for eksempel vært å anvende estimerte aggregerte kostnadsfunksjoner for den norske sykehussektoren, men det er altså hittil ikke utført noe økonometrisk arbeid av denne typen på norske data.³¹

Det er overveiende sannsynlig at marginalkostnadene som påløper ved en eventuell norsk aktivitetsøkning i stor grad vil avhenge av den organisatoriske modell som eventuelt velges. Mulige norske løsninger ville vært å kanalisere mer ressurser til sykehuseierne (fylkeskommunene i år 2001) eller direkte til alle (eller et utvalg) av norske sykehus (avdelinger). I begge tilfeller er det grunn til å tro at marginalkostnadene ville bli relativt høye delvis fordi alle ressursene neppe ville gått direkte til pasientbehandling. I det første alternativet har man ingen garanti for at ressursene i sin helhet hadde blitt tilført sykehusene – trolig ville man opplevd ”lekkasjer” til andre fylkeskommunale ansvarsområder. I det andre alternativet ville man risikert at deler av tilførte ressurser hadde blitt anvendt til andre formål enn å dekke direkte driftsutgifter som følge av flere behandlinger. Eksempler her kan være investeringer som skulle løfte produksjonskapasiteten på lengre sikt, altså investeringer som

³⁰ Anslagene er basert på en spørreundersøkelse av 70 norske sykehus hvor svarprosenten var på 63 prosent.

³¹ Det finnes imidlertid studier som bekrefter stor grad av variasjon i behandlingsskostnadene mellom norske sykehus.

kan gi høyere aktivitetsnivå på litt lengre sikt (bygningssmasse, medisinsk teknologisk utstyr, operasjonsstuer, FoU o.a.). Det er imidlertid svært ressurskrevende å utlede pålitelige estimat for behandlingstkostnader gitt denne typen av organisatoriske løsninger og vi har derfor i dette prosjektet ikke gått inn på slike beregninger. Det er imidlertid sannsynlig at slike ressursanvendelser ville blitt relativt kostbare løsninger gitt at man kun er opptatt av de kortsiktige behandlingstjenestene. I stedet har vi valgt å fokusere på en annen organisatorisk løsning (i det følgende betegnet som Kontraktsmodellen) som samtidig muliggjør en beregning av behandlingstkostnader. Vi er av den oppfatning at en slik løsning ville gitt behandlingstkostnader som ligger langt lavere enn for alternativene nevnt ovenfor.

I Kontraktsmodellen tenker oss en nasjonal bestiller-organisasjon (en parallell til RTVs prosjektgruppe) som kontakter potensielle norske behandlingstjenestestrukturer - både offentlige og private – for å få identifisert ledig kapasitet og priser. Vi antar en sterk og aktiv kjøper (bestiller) av helsetjenester som kan henvende seg til alle aktuelle norske behandlingstjenestestrukturer og som inngår bindende kontrakter med den enkelte behandlingstjenestestruktur hvor man spesifiserer behandlingstjenestevolum, priser og tidsfrister. Den aktuelle pasientgruppen som tilbys behandling fordeles altså over de ulike avdelinger og tjenestestrukturer til avtalte priser, samtidig som man forsøker å sikre at dette ikke går på bekostning av annen planlagt pasientbehandling.³²

En slik organisatorisk løsning har bare visse paralleller til ulike typer av dugnadstiltak som tidligere har vært gjennomført i Norge. En årsak til dette er at de ulike dugnadstiltakene som vi hittil har observert i Norge ikke har vært likt organisert. I noen tilfeller har det vært regionale tiltak hvor man har overført en gitt mengde midler i en begrenset periode til en eller flere behandlingstjenestestrukturer og avdelinger for å muliggjøre flere behandlinger. Her synes det ikke som man har spesifisert krav til volum og priser. I andre tilfeller har det blitt avtalt en gitt kompensasjon til et fåtall tjenestestrukturer for hver behandlet pasient. Dette var for eksempel tilfellet i 1996 da nærmere 1200 pasienter ble behandlet ved Ullevål sykehus og Regionsykehuset i Trondheim (ventelistedugnaden) til en kompensasjon lik 100 prosent av DRG-prisen (Bjørneboe og Strøm, 1998). Kontraktsmodellen kan sies å skille seg fra de overnevnte dugnadstiltakene i den forstand at det nå stilles eksplisitte krav både til pris og volum, at aktivitetsøkningen ikke skal gå på bekostning av ordinær aktivitet, samt at man nå i prinsippet kan inngå kontrakter med alle behandlingstjenestestrukturer – både i offentlig og privat sektor. I neste avsnitt redegjør vi for estimatene på behandlingstkostnader i Kontraktsmodellen.

4.2 Behandlingstkostnader i Kontraktsmodellen

Prosedyrekodene som gjelder for pasientene i Pasientbroen viser at nesten alle pasientene har blitt behandlet ved kirurgiske inngrep (noen få er bare blitt utredet). Videre observerer vi at en relativt høy andel av pasientene (trolig rundt 70 prosent) har fått foretatt inngrep som kan betegnes som dagkirurgiske, mens resten er dominert av inngrep som vanligvis fordrer få liggedager. På bakgrunn av disse observasjonene har vi valgt å henvende oss til to grupper av norske tjenestestrukturer som synes spesielt egnede til å behandle denne typen av pasienter med forespørsel om de kunne ha behandlet flere pasienter i løpet av år 2001 og til hvilke priser. I den første gruppen inngår alle norske offentlige sykehus som har reorganisert deler av sin

³² Vi vil senere drøfte hvorvidt det er realistisk å få til et større behandlingstjenestevolum, gitt at en velger denne løsningen.

kirurgiske virksomhet ved å skjerme deler av den elektive kirurgien i egne avdelinger (*skjermede elektive avdelinger*) – i alt 9 stykker i 2001. Slike avdelinger er opprettet for å beskytte elektiv kirurgi fra avbrytelser fra øyeblikkelig hjelp for å strømlinjeforme produksjonen og øke produktiviteten. I den andre gruppen inngår 18 private klinikker/sykehus. Begge gruppene antas å operere med relativt lavere behandlingstkostnader enn de fleste andre norske avdelinger/sykehus.³³

Den første gruppen ble først kontaktet per telefon for deretter å bli tilsendt et spørreskjema hvor man fulgte opp de muntlige spørsmålene (spørreskjemaet er presentert i vedlegg 3). Svarprosenten var relativt høy ved telefonhenvendelser mens tilbakemeldingene på utsendte spørreskjema – på tross av gjentatte purringer - var få. Dette betyr at våre konklusjoner i hovedsak måtte basere seg på de muntlige svarene. 7 av i alt 9 avdelinger hevdet at flere pasienter kunne ha blitt behandlet i løpet av 2001, gitt at avdelingene hadde blitt tilført flere økonomiske ressurser. Mange avdelinger presiserte at en eventuell økning i aktiviteten måtte finne sted utenfor ordinære behandlingstider (kveld/helg), først og fremst på grunn av begrensinger med hensyn til antall operasjonsstuer og oppvåkingsrom. Videre ville det i noen tilfeller være problemer med å finne tilstrekkelig med senger for inneliggende pasienter. Andre potensielle flaskehals ble også nevnt (sykepleiere, kirurger, renhold etc.), og deres betydning varierte noe mellom de ulike avdelingene. Alle var imidlertid løsbare dersom tilstrekkelig med penger ble overført til den enkelte avdeling.

Basert på alle tilbakemeldingene beløp den totale potensielle produksjonsøkningen seg, for disse 7 avdelingene, til mellom 1000 - 1500 flere årlige behandlinger i løpet av år 2001, avhengig av fordelingen mellom dagkirurgiske inngrep og behandlinger som krever innleggelse. Kun enkelte av disse avdelingene kunne ha behandlet pasienter som krever innleggelse. De rapporterte marginalkostnadsanslagene fra de enkelte avdelingene varierte mellom 60-85 prosent av DRG-prisen.³⁴

For å identifisere eventuell ledig kapasitet i den private sektoren ble det sendt ut et skjema (presentert i vedlegg 4) til alle 6 godkjente norske private sykehus (4 svarte) og til 12 større private klinikker (8 svarte)³⁵. Både sykehusene og klinikkene er lokalisert ulike steder i Norge. De ble bedt om å angi ledig kapasitet for 2001 for ulike typer operative inngrep samt anslå hva det ville ha kostet å få utløst denne kapasiteten. Det ble presisert at volumøkningen *ikke* skulle gå på bekostning av annen aktivitet, verken i privat eller offentlig helsetjeneste. Svarene går fram av tabell 15 og 16 hvor de summerte anslagene er satt direkte inn i skjema. Prisene er angitt i et intervall fordi de varierte betydelig fra en klinikk/sykehus til et annet.

Det var åpenbart ikke helt lett for respondentene å angi potensiell kapasitet fordi de private institusjoner, slik flere kommenterer, løpende tilpasser seg markedet. Men mange anfører at de har fasiliteter som gjør at de raskt vil kunne økt kapasiteten betydelig. Selv om en kan tenke seg at en aktivitetsøkning for alle de som har anført muligheter for raskt økning ville kunne begrenses av at andre også øker aktiviteten, så viser resultatene at det er en betydelig potensiell reservekapasitet i den private helsetjenesten i Norge. Volumene som angis er så store at kapasiteten i det private markedet alene skulle være tilstrekkelig til å ta unna de

³³ En mer tilfredsstillende tilnærming praktisk løsning ville vært å gjennomført en anbudskonkurranse hvor alle behandlingsinstitusjoner kunne delta.

³⁴ En avdeling som oppgav sine egne produksjonskostnader ved normal produksjon til å utgjøre ca. 50 prosent av DRG-prisen mente at en dobling av lønnsnivået for de medisinske ansatte ville bety en behandlingstkostnad på 80-85 prosent av DRG-prisen.

³⁵ Klinikker som vesentlig driver med plastisk kirurgi er ikke inkludert i denne spørreundersøkelsen.

dagkirurgiske behandlingene i Pasientbroen. I denne oversikten har vi dessuten bare svar fra 2/3 av de private sykehusene og 3/4 av de private klinikkene.

Tabell 15. Oversikt over samlet ledig kapasitet og priser for ulike inngrep ved private klinikker 2001, slik det er oppgitt fra klinikkens ledelse (n=8)

Sykdomsgruppe/ Inngrep	Antall flere pasienter	Pris per pasient
Kneoperasjoner	700	8 000 - 15 000 ¹
Andre mindre ledd/beinoperasjoner	330	2 500 - 11 000
Operasjoner på sener og fascier	220	3 000 - 7 000
Mammareduksjon	350	2 000 - 30 000
Korreksjon av abdominal hudforkle	400	1 600 - 30 000
Andre mindre ortopediske inngrep	675	3 000 - 7 000
Gastroøsofageal antirefluksoperasjon	*	*
Fjerning av galleblære	*	*
Fjerning av åreknuter	750	5 000 - 12 000
Lyskebrokkoperasjon	700	8 000 - 12 000
Anslag over samlet antall dagkirurgiske/polikliniske inngrep	3 400 ²	

¹ Eksklusiv artroskopisk kneoperasjon = 16 000

² Inklusivt 150 prolaps (ischias) til kr 40 000 per stk, som er anført ekstra av en klinikk

* Ingen av de private klinikkene fylte ut disse cellene.

I vår forespørsel om potensiell kapasitet og pris for inngrep, oppga de fleste brede intervaller, noe som kan skyldes at vår gruppering av inngrep var til dels heterogen, og prisanslagene derfor måtte være omtrentlige. Sammenligningen med DRG-priser vil dermed ikke være helt nøyaktig men gir en indikasjon på hvordan prisforholdene faktisk er. Noen klinikker angir at betaling for anestesi kommer i tillegg til de oppgitte prisene, og en klinikk sender med en mer detaljert prisliste for ulike inngrep. For prisvurdering i det private markedet har vi også anvendt en oversikt fra Dine penger (nr 6 2001). Det fremkommer også fra denne oversikten at det er betydelige prisforskjeller, og tallene stemmer grovt sett overens med de prisene vi fikk oppgitt i vår spørreundersøkelse. I tillegg oppgis det også priser på mindre plastiske inngrep som operasjon for skjev nese og løfting av øvre øyelokk, inngrep som det ble gjort noen av. Vi har også tatt ut andre prislistene fra internett. I tabell 17 nedenfor sammenligner vi de relative priser i det private markedet og DRG - pris. Tabellen viser at forholdet varierer mye fra inngrep til inngrep. Tallene angir at de fleste prisene i privat sektor, for de mest relevante prosedyrene, utgjør mellom 55 - 90 prosent av DRG- prisene. Erfaringer har vist at når det private markedet tilbyr tjenester til det offentlige, blir man enige om priser som ofte ligger noe under DRG-prisene samme år (muntlig meddelelse fra direktører i private sykehus).

Dette betyr at de institusjonene som vi har vært i kontakt med (private og offentlige) til sammen rapporterer å kunne ha behandlet 7000 flere pasienter i løpet av 2001 (700-800 av disse er inneliggende pasienter). Dette antallet er langt høyere enn de 2237 pasientene i Pasientbroen som vi ønsker å få plassert i Kontraktsmodellen. For de 1630 pasientene som ville trengt å bli behandlet dagkirurgisk i Norge har vi identifisert mer enn tilstrekkelig kapasitet. Vi antar at 1000 av disse ville blitt behandlet i private institusjoner, mens de

resterende 630 ville blitt behandlet i skjermede elektive avdelinger ved offentlige sykehus. For de 700 pasientene som i all hovedsak ville blitt behandlet med inngrep som krever innleggelse også i Norge overstiger ikke den identifiserte kapasiteten dette antallet i særlig grad. Av de 700 har vi plassert 200 i privat sektor mens den resterende gruppen på 500 er allokert til de skjermede elektive avdelingene.

Noen få pasientgrupper i Pasientbroen lar seg ikke plassere i en norsk modell som baserer seg på private tilbud og elektive linjer i offentlige sykehus. Det gjelder ulike hjerteinngrep/hjerteundersøkelser og ni operasjoner for epilepsi, Parkinsons sykdom eller chocleaimplantater. Vi har på tross av dette valgt å la disse pasientene inngå i våre beregninger fordi det gjelder relativt få pasienter. I vedlegg 1 har vi redegjort nærmere for prisforskjeller for denne pasientgruppen. Det følger av vedlegget at for noen av dem er behandlingens kostnadene i utlandet vesentlig lavere enn de norske DRG-prisene. Operasjoner for epilepsi og Parkinsons sykdom samt noen hjerteoperasjoner ligger høyere i utlandet enn i Norge.

Tabell 16. Oversikt over samlet ledig kapasitet og pris ved private sykehus (2001),
Slik de er oppgitt av klinikkenes ledelse.

Sykdomsgruppe/ Inngrep	Antall flere pasienter	Pris per pasient som det offentlig måtte betalt
Hofteproteser	*	*
Kneproteser	90	80 000
Ryggoperasjon Spesifiser eventuelt hva slags operasjoner	80	*
Kneoperasjoner (unntatt protese)	1000	9 000 14 000 35 000
Andre mindre ortopediske inngrep eller inngrep på sener eller fascier	800	8 000 - 10 000
Mammareduksjon	380	24 000 - 30 000
Korreksjon av abdominal hudforkle	240	28 000 -50 000
Analfissurer, faecesinkontinens og Lignende	*	*
Fjerning av galleblære	40	
Tarmoperasjon av for eksempel Crohns sykdom	*	*
Gastroøsofageal antirefluksoperasjon	*	*
Fjerning av åreknuter	240	10 000 - 60 000
Strumaoperasjon	*	*
Brokkoperasjon	240	10 000 - 20 000
Sum antall dagkirurgiske/polikliniske Inngrep	2740	
Samlet antall inneliggende pasienter	180	

I tillegg kommer det samlet 250 pasienter som er oppgitt fra et sykehus, de er ikke spesifisert på undergrupper.

* Ingen av de private sykehusene fylte ut disse cellene.

Tabell 17. Prisanslag for et utvalg av inngrep samt sammenligning med DRG-priser

Inngrep/lidelse	Priser i privat sektor	Omtrentlige priser beregnet ut fra DRG-vekt.	Priser i privat sektor/ DRG-pris (% av øvre anslag)
Åreknuter	9 000 -13 500	0,41 = 12 000	75 -110
Artroskopi/menisk	8 300- 16 000	0,35 = 10 000 1,24 = 37 200	43 – 83
Korsbånd	29 000	1,24 = 37 200	78
Dupuytren's kontraktur	16 500	0,42 = 12 600	130
Hallux valgus	5 000	0,52 = 15 600	32
Hammertå	3 000	*	-
Brystreduksjon	20 000-30000	0,60 = 18 000	48 – 110
Abdominalt fett	28 000	1,98 = 60 000	47
Lyskebrokk	9 000 -12 000	0,41 = 12 200	75 – 100
Tunge øyelokk	7 000 – 9 500	0,42? = 12 600	55 – 75
Neseplastikk	15 000-28000	0,57 = 17 000	88 – 164
Ischias/prolaps	40 000	2,56 = 51 200	78
Estimert gjennomsnitt:	-	-	75

Ofte kommer narkose i tillegg

* Denne lidelsen finansieres ikke DRG-takster.

Svarene tyder på at prisene de norske aktørene vil måtte ha for å kunne gjennomføre behandlingen av vår pasientgruppe, målt som andel av DRG-prisen, utgjør mellom 60-85 prosent og 55-90 prosent for henholdsvis offentlig (skjermede elektive avdelinger) og privat sektor. Ved å ta hensyn til fordeling av pasienter mellom privat og offentlig sektor, fordelingen av prisforskjeller mellom de ulike prosedyrene, samt hvordan de 2237 pasientene fordeler seg over prosedyrer, tror vi at behandlingskostnadene i Kontraktsmodellen ville vært i intervallet 70-85 prosent av kostnadene målt med DRG-priser. Det er selvfølgelig stor grad av usikkerhet knyttet til dette kostnadsestimater for vår hypotetiske kontraktsmodell, og vi har valgt et relativt bredt kostnadsintervall for å understreke dette. Dette intervallet tilsvarer en total behandlingskostnad for de 2237 pasientene som ligger mellom 52,1 – 63,2 millioner kroner, noe som gir en gjennomsnittlig behandlingskostnad i intervallet 23 281 - 28 270 kroner.

Et potensielt problem knyttet til den metoden vi har anvendt for å anslå kapasitet og marginalkostnader er faren for strategisk svarrespons. Det kan være at respondentene ønsker å overdrive egen kapasitet samt underdrive egne kostnader. Et motiv kan være at den enkelte institusjon tror at slik rapportering vil kunne tilføre egen avdeling mer ressurser i fremtiden. Et annet motiv, av mer politisk art, er at medisinsk personell i den grad de er prinsipielle motstandere av Pasientbroen (Botten, Hagen og Nerland, 2001), vil ønske å rapportere på en slik måte at Pasientbroen diskrediteres og dermed redusere sannsynligheten for at den videreføres i fremtiden.

Flere av respondentene sa det kunne bli vanskelig fullt ut å gardere seg mot at deler av produksjonsøkningen ikke ville gå på bekostning av annen aktivitet, enten ved samme avdeling, andre avdelinger eller ved andre institusjoner i nærområdet. Dette fordi enkelte sykepleiere og kirurger kunne tenkes å trappe noe ned på annen ekstrainsats (overtid) ved egen eller andre avdelinger, gitt spesielt gunstige lønnsbetingelser i Kontraktsmodellen (vridningseffekter). I mange tilfeller er det et nært forhold mellom private klinikker og offentlige helseinstitusjoner, fordi offentlig ansatt medisinsk personell også arbeider deltid ved private klinikker/sykehus eller fordi økt aktivitet i privat sektor kan gi nyansettelser i privat sektor av personell rekruttert fra offentlig sektor. I den grad dette skjer er det grunn til,

på kort sikt, å forvente noe nedgang i produksjonen ved enkelte offentlige institusjoner. Vi tror imidlertid at for den relativt lille pasientgruppen vi ser på, så ville dette ikke blitt noe stort problem. Videre kan slike effekter delvis motvirkes ved at man i størst mulig grad fordeler pasientene over institusjoner som ikke er lokalisert i samme region. De institusjonene som vi kontaktet er spredt over hele landet (særlig klinikkene), noe som skulle muliggjøre en slik strategi. Men dette vil nødvendigvis måtte gi større reiseavstander for mange av pasientene mellom hjemsted og behandlingssted og dermed høyere kostnader (reise – og overnattingskostnader), sammenlignet med bruk av sitt lokale sykehus.

I tillegg er det grunn til å tro at respondentene ikke fullt ut klarer å ta hensyn til de samlede effektene av større aktivitet i helsesektoren selv om de ble bedt om å ta hensyn til at egen volumøkning ikke skal gå på bekostning av annen behandling. Hver enkelt rapportering vil trolig være partiell i den forstand at man kun tar hensyn til egen aktivitetsøkning. Men etablering av Kontraktsmodellen vil involvere en rekke klinikker og sykehus i privat og offentlig sektor samtidig, noe som kan bety at hver enkelt respondent vil undervurdere den samlede effekten. Dette kan altså medføre at rapporteringen overvurderer egen evne til å utløse et tilstrekkelig medisinsk arbeidstilbud. Dette trekker i retning av at rapportert ledig kapasitet er høyere enn den reelle og at rapporterte marginalkostnader er for lave.

4.3 Andre kostnader i Kontraktsmodellen

Vi vil nå presentere estimatene for Andre Kostnader (og de forutsetninger de bygger på) som vi antar ville påløpt i Kontraktsmodellen. Prøvetakingsutgifter ville nå ha bortfalt i sin helhet. Videre vil reiseutgiftene for pasientene reduseres relativt mye siden den gjennomsnittelige reiseavstand mellom pasientenes bosted og behandlingssted vil være kortere. Vi har likevel valgt å ikke redusere denne utgiftsposten for mye sammenlignet med Pasientbroen for å ta høyde for at det kunne blitt nødvendig å fordele pasientene på institusjoner spredt over hele landet for å motvirke eventuelle vridningseffekter. Vi antok at pasientenes reiseutgifter ville ligge i intervallet 50-75 prosent av de reisekostnadene som allerede er beregnet i Pasientbroen for reiseutgifter internt i Norge (se tabell 14). Dette betyr at den gjennomsnittelige reiseutgiften per pasient i Kontraktsmodellen er antatt å være mellom 1285 -1930 kroner, noe som samlet sett representerer et utgiftsbeløp på mellom 2,8 – 4,3 millioner kroner.

Rett til fritt sykehusvalg gir ikke adgang til å få betalt reise for ledsager. En kan imidlertid tenke seg at Kontraktsmodellen inkluderte adgangen til å få betalt reise for en ledsager, slik at flere ble motivert til å benytte ordningen. Ledsagerfrekvensen i Kontraktsmodellen er antatt å være 1 av 6 for inneliggende pasienter, mens den er antatt å være 1 av 10 for pasienter som er klassifisert som dagkirurgiske. I gjennomsnitt tilsier dette en ledsager for hver niende pasient. Samtidig har vi antatt at utgiftene til innenlands reise per ledsager utgjør mellom 50-75 prosent av de samme kostnadene i Pasientbroen. Dette betyr at den gjennomsnittelige reiseutgift for ledsagere per pasient blir lik 143-215 kroner, noe som representerer en samlet utgift lik 0,32 – 0,47 millioner kroner. Hotellkostnadene per ledsagerdøgn er antatt å være lik satsen i Pasientbroen, mens de personlige refusjonsutgiftene både for pasienter og ledsagere er antatt å være 1/3 av de samme utgiftene i Pasientbroen. Videre antar vi at inntektene fra pasientenes egenandeler er reduserte med 25 prosent i forhold til Pasientbroen.

Tabell 18. Andre kostnader (AK) i Kontraktsmodellen (2237 pasienter).

Utgiftstype	Gjennomsnitt i norske kroner	Sum Millioner kroner
Prøvetakingsutgifter (utenom Skandinavia)	0	0
Reiseutgifter for pasienter i Norge t/r	1 285 -1 930	2,86 - 4,31
Reiseutgifter for pasienter ut av Norge t/r	0	0
Reiseutgifter for ledsagere i Norge t/r	143- 215	0,32- 0,47
Reiseutgifter for ledsagere ut av Norge t/r	0	0
Hotellkostnader for ledsagere	409	0,91
”Personlige refusjoner” til pasienter	410	0,91
”Personlige refusjoner” til ledsagere	265	0,59
Egenandeler fra pasientene for reise	- 300	- 0,67
Totale Andre Kostnader i Kontraktsmodellen	2 212 -2 929	4,94 - 6,52

I sum følger det av våre antagelser at de totale utgiftene (AK) presentert i tabell 18 beløper seg til mellom 4,9-6,5 millioner kroner, noe som tilsvarer en gjennomsnittelig utgift per pasient på mellom 2 200-2 900 kroner. Dette betyr videre at denne kategorien av utgifter i Kontraktsmodellen utgjør mellom 17-23 prosent av tilsvarende type utgifter i Pasientbroen. Totalt sett ligger altså besparelsene for denne type av kostnader (AK) på mer enn 20 millioner kroner (2001-kroner) for i Kontraktsmodellen sammenlignet med Pasientbroen.

5. En sammenligning av kostnader i Pasientbroen og Kontraktsmodellen

Gitt våre beregninger presentert i kapittel 3 og 4 så kan vi nå sammenligne de kostnadene som faktisk påløp i Pasientbroen for 2237 pasienter med de estimerte kostnadene for den tenkte innenlandske løsningen (Kontraktsmodellen). Vi har antatt at pasientene i Pasientbroen ville blitt fordelt mellom offentlige sykehus og private klinikker/sykehus etter følgende fordelingsnøkkel: Dagkirurgi (630 i offentlige sykehus og 1000 i private sykehus/klinikker) og inneliggende pasienter (500 i offentlige sykehus og 200 i private sykehus/klinikker). Videre forutsetter vi at rekrutteringsutgiftene, altså kostnader som påløper i forbindelse med rekruttering av pasienter (informasjon og gjennomgang av ventelister og journaler), er like i begge prosjektene og derfor ikke inkluderes i vår kostnadssammenligning.³⁶ Også i den innenlandske løsningen ville en måtte etablere en prosjektgruppe med et overordnet ansvar for kontrakter og for å kanalisere pasienter dit det er ledig kapasitet.

Når vi sammenligner behandlingstkostnadene i Pasientbroen (se kapittel 3.1) og våre estimat på behandlingstkostnader i Kontraktsmodellen (kapittel 4.2) så følger det at merutgiftene til behandling i Pasientbroen beløper seg til mellom 30 og 41 millioner kroner. De totale behandlingstkostnadene i Pasientbroen beløper seg til 93,3 millioner kroner mens de samme kostnadene i Kontraktsmodellen mest sannsynlig ligger i intervallet 52,1 – 63,2 millioner kroner. Dette betyr igjen at behandlingstkostnadene i Kontraktsmodellen i gjennomsnitt utgjør mellom 56 – 68 prosent av de samme kostnadene i Pasientbroen. Disse besparelsene beløper seg til mellom 13 500 – 18 400 kroner per behandlet pasient, altså en økning i behandlingst utgiftene per pasient fra mellom 23 300 - 28 200 i Kontraktsmodellen til noe mer enn 41 000 i Pasientbroen.

Når det gjelder den andre kategorien av kostnader (Andre Kostnader, AK) følger det fra kapittel 3.4 og kapittel 4.3 at de samlet beløper seg til henholdsvis 28,8 millioner kroner i Pasientbroen, og på mellom 4,9-6,5 millioner i Kontraktsmodellen. Dette igjen tilsvarer kostnader per pasient på 12 900 i Pasientbroen, og mellom 2 200 – 2 900 kroner i Kontraktsmodellen. Kontraktsmodellen representerer en samlet besparelse når det gjelder AK på mellom 22,3 - 24 millioner kroner, eller med andre ord mer enn 10 000 kroner per behandlet pasient. Sagt på en annen måte så reduseres denne kostnads-kategorien med mellom 77 – 82 prosent i Kontraktsmodellen sammenlignet med Pasientbroen.

Dette betyr at de samlede utgiftene (behandlingstkostnader og Andre Kostnader) for Pasientbroen beløper seg til noe mer enn 122 millioner kroner eller 54 000 per behandlet pasient i gjennomsnitt hvorav behandlingstkostnadene utgjør noe mer enn 75 prosent av de samlede utgiftene. Når det gjelder Kontraktsmodellen ligger våre anslag på de samlede kostnadene på mellom 57 – 69,7 millioner kroner hvorav behandlingstkostnadene nå utgjør mer enn 90 prosent av de totale utgiftene. De samlede utgiftene per behandlet pasient i Kontraktsmodellen er mellom 25 500 – 31 100 kroner.

De besparelsene som følger av Kontraktsmodellen (46,6 – 57 prosent) er ganske betydelige og dette er ressurser som alternativt kunne ha vært anvendt til andre formål – inkludert helsetjenester. To eksempler kan illustrere dette; enten kan hele besparelsen anvendes til å øke pasientbehandlingen i Norge, eller besparelsen kan brukes til å kjøpe pasientbehandling i

³⁶ Trolig vil denne type av kostnader være noe høyere i Pasientbroen.

utlandet, etter at en først har kjøpt behandlinger i Norge svarende til de pasienter som ble behandlet i utlandet i 2001. En innenlandsk anvendelse av midlene, gitt en besparelse på mellom 52,5 til 65,1 millioner kroner, representerer for eksempel et sted mellom 1 700 - 2 500 flere behandlinger i Norge, gitt at vi anvender gjennomsnittskostnaden beregnet i Kontraktsmodellen (25 500 - 31 100 kroner per pasient³⁷). En annen mulighet vil være å beregne det antall behandlinger som kunne ha blitt utført i utlandet, hvis en først hadde anvendt Kontraktsmodellen. Den totale gjennomsnittskostnaden (behandling og andre kostnader) per behandling i Pasientbroen var på 54 000 kroner per pasient) noe som betyr at besparelsen ved Kontraktsmodellen framfor Pasientbroen representerer 1 000-1 200 behandlinger i utlandet. Selv om det er usikkerhet knyttet til våre kostnadsestimat i Kontraktsmodellen viser våre beregninger at Pasientbroen i år 2001 var en relativt kostbar ordning, sammenlignet med et innenlandsk alternativ, utformet som vår Kontraktsmodell. Det presiseres samtidig at andre innenlandske organiseringer (mer tradisjonelle løsninger) ikke ville gitt besparelser av en slik størrelsesorden.

Foreløpig har vi imidlertid bare sett på de direkte påløpte kostnadene ved de to alternativene. I de følgende kapitler skal vi kommentere andre forhold som ble anvendt i debatten i forkant av Stortingets beslutning om å bevilge 1 milliard til behandling av ventelistepasienter i utlandet. I neste kapittel drøfter vi påstanden om at eksport av pasienter kunne øke belastningen på det norske helsevesenet gjennom økt import av sykehusinfeksjoner. Deretter, i kapittel 7, kommenterer vi påstandene om at økte bevilgninger til helsesektoren (sykehussektoren) innenlands ville øke pressproblemene i norsk økonomi. I kapittel 8 kommenterer vi raskt en del andre forhold som er blitt nevnt i debatten.

³⁷ Vi har her ikke tatt høyde for at de faktiske kostnader vil bli høyere når det innenlandske behandlingsvolumet økes ytterligere.

6. Import av sykehusinfeksjoner

Sykehusinfeksjoner koster samfunnet betydelige beløp hvert eneste år. Den vanligste årsaken til infeksjoner i Norge er gule stafylokokker hvorav om lag 1 prosent av disse er resistente mot antibiotika (MRSA; meticilliniresistente staphylococcus aureus). Behandlingen av og beskyttelse mot infeksjoner er tidkrevende og medfører foruten en rekke ubehageligheter for pasienten, bruk av betydelige ressurser i helsevesenet (stengning av avdelinger, bruk av isolat osv.). Utbredelsen av denne (og andre) sykehusbakterier er imidlertid lavere i Norge og Norden enn for de fleste andre europeiske nasjoner. Deres utbredelse i Norge synes å ha økt noe de senere år. Siden 1995 har man systematisk registrert antall tilfeller. I 1999 observerte man totalt 88 tilfeller mens det i år 2000 økte til mer enn 100.

I forkant av etableringen av pasientbroen ble det advart mot infeksjonsfaren (da spesielt MRSA) som ville følge av en eksport av pasienter til utlandet. Foruten den økte risiko som den enkelte deltaker i pasientbroen ville stå overfor ville infeksjoner kunne ramme andre pasienter og helsepersonell gjennom senere kontakt med det norske helsevesenet. Det ble videre påpekt at isolatkapasiteten ved norske sykehus allerede var begrenset og at behandling av pasienter i utlandet krevde økte investeringer i denne type kapasitet.

RTV's prosjektorganisasjon i samarbeid med andre etater (NORM) utviklet imidlertid i prosjektets startfase kvalitetskriterier (infeksjonsrate, komplikasjonsrater, materialvalg) til å vurdere de aktuelle behandlingsinstitusjonene i utlandet. Variasjonen i infeksjonsrater varierer mye mellom de enkelte land men også mellom behandlingsinstitusjoner. For eksempel vil enkelte behandlingsinstitusjoner i Sør-Europa kunne ha infeksjonsrater som er svært høye mens infeksjonsratene i Norden og Nederland i gjennomsnitt ligger langt lavere. RTV inngikk avtaler med behandlingsinstitusjoner hovedsakelig lokalisert i Sverige, Danmark og Nord-Tyskland, som alle innfridde kvalitetskriteriene. I tillegg innførte de et krav om at alle pasienter som takket ja til behandling utenfor Norden skulle undersøkes før utreise og etter hjemkomst med nese- og rektalprøve hos egen lege, samt eventuelt prøve fra postoperativ sårinfeksjon. Prøvene testes ikke bare hensyn til MRSA men også VRE, E.coli, Klebsiella ssp etc. (se Halvorsen et al., 2002). Pasienter som ble behandlet ved nordiske sykehus ble ikke testet da man antar at situasjonen med hensyn til sykehusinfeksjoner er noenlunde lik i de nordiske landene.

En metode for å sammenligne Pasientbroen med Kontraktmodellen, når det for eksempel gjelder hyppigheten av MRSA, ville være å beregne det forventede antall tilfeller av MRSA-infeksjoner ved å anvende historiske sykehus-spesifikke infeksjonsrater, samt korrigere for antall liggedøgn i de to alternativene. Vi har her valgt å ikke gjøre dette, først og fremst fordi prevalensen av MRSA er svært lav både ved de aktuelle utenlandske (nord-tyske) og de norske behandlingsinstitusjonene. Dette kombinert med det relativt begrensede antall pasienter som vi studerer så ville en slik beregning ikke gi informasjon av noen særlig verdi.

Det har imidlertid blitt foretatt en mikrobiologisk overvåking av de deltagerne i Pasientbroen som har blitt behandlet utenfor Norden (Tyskland). Resultatene fra denne registreringen er nå tilgjengelig i en foreløpig rapport (se Halvorsen et al., 2002). Ved utløpet av august 2002 var det til sammen tatt prøver av 934 pasienter fordelt på 1991 prøver før utreise og 1492 prøver etter hjemkomst. Det betyr at dette materialet inkluderer langt flere pasienter enn de som ble behandlet i Tyskland i løpet av år 2001. Det følger av vår tabell 5 at kun 442 av de i alt 2237 pasientene som vi studerer (Pasientbroen) ble behandlet i Tyskland. I følge denne rapporten er

det kun blitt identifisert ett tilfelle med en positiv MRSA prøve før utreise, og ingen tilfeller etter hjemreise.³⁸ Det ble også registrert enkelte andre funn (som foreksempel VRE) både før og etter hjemreise. Alle positive funn var bærerskap – altså ingen infeksjoner.

Resultatene av den mikrobiologiske overvåkingen tilsier at de infeksjonsproblemene som har oppstått i forbindelse med Pasientproblem er å betrakte som marginale. Det er videre ingen grunn til å tro at en eventuell behandling av den samme pasientgruppe i Norge (Kontraktsmodellen) ville gitt et bedre resultat. Gitt at man viderefører de rutiner som allerede er etablert på dette området, så vil behandling av norske pasienter ved utenlandske behandlingsinstitusjoner ikke representere et infeksjonsproblem.

³⁸ Ved en feiltagelse ble den aktuelle pasienten allikevel sendt til behandling i Nord-Tyskland noe som betyr at vi gjennom etableringen av Pasientbroen har vært en netto eksportør av MRSA per 01.09.02.

7. Makroøkonomiske konsekvenser

Finanskomiteens innstilling (Inst.st.nr.24 2000-2001) og den påfølgende debatten i Stortinget vedrører særlig to forhold som er nært knyttet sammen. For det første hvorvidt det var (er) kapasitetsproblemer i det norske helsevesenet. For det andre, hvorvidt overføring av flere ressurser til behandling i den norske helsesektoren ville skape pressproblemer i den innenlandske økonomien. I Finanskomiteens innstilling følger det at opprettelsen av et Statens Kontor for ”Kjøp av Medisinske Operasjoner og Tjenester fra Utlandet” (SKKMOTU) ikke vil påvirke norsk innenriksøkonomi ettersom alle utgiftene, med unntak av kontorets egne driftskostnader, ville påløpt i utlandet. Komiteens medlemmer fra Fremskrittpartiet og Høyre mente at økt satsing på helse gjennom kjøp av helsetjenester i utlandet ikke ville skape press i norsk økonomi. Høyres medlemmer viste til at et stramt arbeidsmarked vil gjøre det vanskelig å utvide kapasiteten ved norske sykehus uten å forsterke presset i økonomien.

Det følger verken av innstillingen eller debatten hva som eksplisitt menes med kapasitetsproblemer i helsesektoren og pressproblemer i den norske økonomien. Vi har her valgt å tolke disse utsagnene på følgende måte. Med et kapasitetsproblem i helsesektoren mener vi at en økt tilførsel av ressurser til medisinsk behandling gir relativt svake effekter med hensyn til behandlingsvolum. Med pressproblemer i den norske økonomien forstås at et økt aktivitetsnivå i en eller flere sektorer vil gi høyere inflasjon, noe som igjen, gitt det underliggende inflasjonsmålet til Norges Bank, kan bidra til en høyere rente. Siden vi her fokuserer på helsesektoren betyr dette hvorvidt ytterligere ressurser allokert til det norske helsevesenet i år 2001 ville gitt høyere inflasjon.

Kapasitetsproblemer i en sektor og pressproblemer i økonomien er to forhold som har med hverandre å gjøre, men det er ikke nødvendigvis slik at økte bevilgninger til helsesektoren, gitt reelle kapasitetsproblemer i denne sektoren, nødvendigvis øker inflasjonen for eksempel målt ved konsumprisindeksen. En eventuell sammenheng her vil avhenge av flere forhold som for eksempel; (i) på hvilken måte bevilgningene anvendes (til import av kapitalutstyr eller økning av lønnsatser), (ii) hvor betydelige kapasitetsproblemene i sektoren er, (iii) mengden av ressurser som tilføres sektoren, og (iv) sektorens andel av den norske økonomien.

Det er vanlig å skille mellom kapasitetsproblemer på kort og lang sikt. Når det gjelder realkapital så vil kapasitetsbegrensinger på kort sikt skyldes at utnyttelsesgraden av kapitalutstyr i sektoren allerede er høy. Dette betyr at en kraftig økning av produksjonsvolumet i sektoren vil måtte nødvendiggjøre investeringer i kapital (byggningsmasse, operasjonsstuer, medisinsk utstyr etc.) noe som tar tid. På lengre sikt trenger ikke kapital å begrense produksjonskapasiteten gitt at man tilfører tilstrekkelig med ressurser til å gjennomføre kapasitetsutvidelser. Videre betyr dette at i den grad det er ledige senger, ledige operasjonsturer og ledig medisinsk utstyr ved norske sykehus, i visse perioder av året eller til visse tider av døgnet, representerer ikke kapital en skranke på kort sikt³⁹.

Når det gjelder den andre sentrale innsatsfaktoren i helsesektoren, arbeidskraft, så vil også tilgangen her kunne begrense kapasiteten både på kort og lang sikt. På lengre sikt vil kapasiteten kunne økes ved å øke tilbudet av arbeidskraft for eksempel gjennom å styrke

³⁹ Gitt at det ikke eksisterer institusjonelle hindringer som for eksempel forbud mot å anvende avdelinger til visse tider.

utdanningen av helsepersonell samt bedre deres relative lønnsbetingelser versus andre yrkesgrupper. Arbeidstilbudet av medisinsk personell kan også økes noe på kort sikt, men virkemidlene er nå færre. I det norske helsevesenet har debatten først og fremst fokusert på kortsiktige kapasitetsproblemer vedrørende arbeidskraftmangel på sykepleiere og i noen grad også leger. Altså at et stramt norsk arbeidsmarked for helsepersonell ville gjøre det vanskelig å øke den medisinske behandlingen på kort sikt selv om man tilfører sektoren ytterligere ressurser.

Var det kortsiktige kapasitetsproblemer ved norske sykehus i år 2001? Når det gjelder kapital synes det som om det eksisterer en reservekapasitet. Både medisinsk utstyr og operasjonsstuer står ofte ubenyttet utenom normalarbeidsdager (ettermiddag, helg, kveld og ferier). Når det gjelder sengekapasitet så er situasjonen mindre entydig, først og fremst fordi denne type av kapasitet ikke varierer over døgnet. Vårt inntrykk etter å ha vært i kontakt med ulike avdelinger både i privat og offentlig sektor er at det har var ledig sengekapasitet ved flere (men ikke alle) avdelinger.

Når det gjelder arbeidskraft så vet vi at mange sykehus hadde flere ubesatte stillinger og spesielt rapporterte man om mangel på sykepleiere. I forkant av Stortingets vedtak om en etablering av en Pasientbro rapporterte flere sykehus selv om ledig produksjonskapasitet – noe som kunne tolkes dit hen at de selv mente å kunne øke arbeidstilbudet av medisinsk personell gitt at de ble tilført flere økonomiske ressurser. SINTEF har i sin kartlegging av kapasitet ved norske sykehus identifisert en betydelig reservekapasitet til pasientbehandling av norske sykehus for år 2001 (SINTEF, 2001). Halvparten av sykehusene som kom med tilbakemelding mente å kunne øke sin produksjon innenfor ordinær drift (ordinær drift er her definert som ”ved dagens bruk av innsatsfaktorer”) og omtrent like mange mente de kunne behandle flere pasienter gitt ekstraordinære tiltak (definert som ”produksjon ved bruk av overtid, innleie av særskilt personell, innkjøp av nytt utstyr etc.”) Denne undersøkelsen synes ikke å skille mellom kapasitetsproblemer på kort og lang sikt og det er tidvis uklart hva som ligger i begrepet ordinær drift. Vi observerer at respondentene hevder å kunne øke produksjonen innenfor ordinær drift samtidig som man oppgir manglende ressurser (personellmangel, mangel på bygning/utstyr) som en viktig årsak til at all behandlingskapasitet ikke er utnyttet⁴⁰. Samtidig rapporterte 20 prosent av respondentene (sykehusene) at pasientmangel var en årsak til ledig kapasitet. Hovedinntrykket fra denne undersøkelsen er altså at det var en (betydelig) reservekapasitet ved norske sykehus i år 2001, også på kort sikt, i den forstand at flere ressurser til sektoren ville gi akseptable økninger i behandlingsskapasiteten. Dette betyr at man ville vært i stand til å øke arbeidstilbudet av medisinsk personell ved sykehusene. SINTEF rapporten angir en samlet reservekapasitet tilsvarende 60.000 flere pasientbehandlinger, for de 44 sykehusene som kom med tilbakemeldinger, i løpet av 2001, fordelt mellom ordinær drift (40 prosent) og ekstraordinære tiltak (60 prosent).

Vår kontakt med et mindre utvalg av private og offentlige behandlingssinstitusjoner synes også å bekrefte inntrykket av ledig kapasitet i år 2001. Det er stor usikkerhet og flere metodiske problemer knyttet til disse anslagene, men for det pasientvolum vi ser på, 2237 behandlinger, kunne alle blitt behandlet ved de relativt få behandlingssinstitusjonene som vi kontaktet (skjermede elektive kirurgiske avdelinger ved offentlige sykehus og private sykehus/klinikker). Vi ser da bort fra de spesielle utfordringer det er å øke kapasiteten innenfor hjerteoperasjoner. I Kontraktsmodellen har vi antatt at midlertidige tiltak

⁴⁰ Nødvendigheten av ytterligere ressurser må bety at avdelingene mener å ha behov for flere innsatsfaktorer, altså synes behovet om økte ressurser å falle utenfor definisjonen av ordinær drift.

(ekstraordinære tiltak) med gunstigere lønnsbetingelser (overtid) ville utløst en tilstrekkelig økning av arbeidstilbudet – først og fremst ved at allerede hel – og deltidsarbeidende helsearbeidere velger å arbeide flere timer i uken⁴¹.

Et problem knyttet til metoder som søker å identifisere eventuelle kapasitetsbegrensinger ved å kontakte et utvalg av (eller alle) produsenter i en sektor, er at perspektivet som legges til grunn av den enkelte rapportør trolig blir for partielt. Det er overveiende sannsynlig at hver enkelt aktør (sykehus eller avdeling), når de rapporterer om egen kapasitet, ikke tar hensyn til de samlede effektene på arbeidsmarkedet av at mange aktører samtidig etterspør mer arbeidskraft. Gitt at det er slik vil man forvente en overrapportering av ledig produksjonskapasitet fordi man overvurderer sin egen fremtidige tilgang til medisinsk ekspertise. Dette vil spesielt gjelde for behandlingsinstitusjoner lokalisert i områder (tett befolkede) hvor det er flere ”konkurrerende” behandlingsinstitusjoner (felles lokalt arbeidsmarked).

En konsistent metode for å vurdere hvorvidt det eksisterer pressproblemer i den norske økonomien samt vurdere de realøkonomiske virkningene av et økt aktivitetsnivå i en eller flere sektorer av økonomien vil være å gjennomføre analyser i makroøkonomiske planleggingsmodeller. I vårt tilfelle er vi opptatt av effektene som følger av å øke de offentlige utgiftene gjennom økte bevilgninger til helsesektoren. Eksempler her ville vært å anvende modeller utviklet av Statistisk sentralbyrå som MODAG og KVARTS hvor man kan øke produktinnsats og timebruk i sektoren (timebruk i offentlige sektorer er eksogent bestemt i modellene mens lønnsats per time er endogen) for å studere de makroøkonomiske virkningene som følger av dette. Problemer forbundet med å anvende modeller av denne typen på problemstillinger knyttet til helsevesenet er blant annet (i) at modellenes aggregeringsnivå ikke alltid er tilpasset problemstillingene man ønsker å analysere, og (ii) at modellene er relative ”grove” verktøy som ikke nødvendigvis fanger inn alle spesielle forhold i den enkelte sektor. I MODAG, for eksempel, inngår sykehussektoren som en del av næringen Helse og Sosial sammen med sosiale omsorgstjenester og pleie- og omsorgstjenester. Selv om sykehussektoren er den dominerende sektor, målt etter utgiftsnivå, vil en modellanalyse i så henseende ikke være fullt ut tilfredsstillende. Videre så vil det for eksempel være vanskelig i slike modeller å skille mellom ulike organisatoriske løsninger som kanalisering av økte bevilgninger til sykehuseierne, direkte til de enkelte sykehus eller ulike dugnadsløsninger.

Trolig vil makroøkonomiske analyser som allerede er gjort av utgiftsøkninger i offentlig virksomhet kunne (kommune og stat) gi omtrentlig informasjon om hva effektene også ville blitt av en aktivitetsøkning i sykehussektoren alene. I det følgende vil vi raskt kommentere to slike modellanalyser som allerede er foretatt av offentlige utgiftsøkninger. I en analyse med modellen KVARTS (Eika, 2001), økte man de offentlige utgiftene sammenlignet med en referansebane (en gradvis årlig opptrapping på 5 milliarder kroner årlig i perioden 2002-2005 for deretter å være konstant de neste årene) ved å øke den kommunale sysselsettingen, og fant at inflasjonen, målt ved konsumprisindeksen, ville vokse med 0,1 prosentpoeng det første året, for deretter å øke gradvis til 0,7 prosentpoeng i år 2005. Dette gav en inflasjonsrate i samme periode som lå mellom 0,5 og 1,4 prosentpoeng (tilsvarende et gjennomsnitt for perioden på omtrent 0,7 prosentpoeng) høyere enn hva den ellers ville ha gjort. En annen analyse utført med MODAG (Johansen og Holm, 2001) ser blant annet på effektene av å redusere statens budsjettoverskudd gjennom økte utgifter til offentlig konsum og

⁴¹ Det er imidlertid ikke selvsagt at bedre lønnsbetingelser i en periode bedrer arbeidstilbudet - en mulig effekt er at noen grupper velger å arbeide mindre desto høyere timebetalingen er.

investeringsformål. Her er alle sivile statlige og kommunale utgiftsposter økt med samme proSENTSATS og som trappes opp de påfølgende 3 årene. Her er alle sivile statlige og kommunale utgiftsposter med samme proSENTSATS (lønnsutgifter og kjøp av varer og tjenester) tilsvarende et beløp på 11,5 milliarder 2002-kroner første året (2002). Virkningene av denne politikken gir i gjennomsnitt i denne perioden (2002-2010) en økning i inflasjonen på 0,5 prosentpoeng. De to makroøkonomiske analysene illustrerer at det generelt var nødvendig med ganske betydelige utgiftsøkninger i offentlig sektor (fra 2001 og fremover) for at man skal erfare pressproblemer i økonomien, her definert som høyere inflasjon.

Det samlede offentlige utgiftsbeløpet som refererer seg til behandlingen av 2237 pasienter i Kontraktmodellen for år 2001 er i underkant av 100 millioner kroner. Et beløp av denne størrelsen ville ikke økt pressproblemer i norsk økonomi - i den forstand at en modellkjøring gitt denne økningen i utgiftsnivået, ville generert en høyere inflasjonstakt de nærmeste årene. Utgiftsbeløpet er lavt og etterspørselseffektene som følger av inntektsøkninger for private husholdninger ville vært marginale. Videre avdekker våre intervjuer av norske behandlingstilbudsgivere at det ikke forelå spesielle forhold i sektoren som ville endre en slik konklusjon, siden vi mener å ha kartlagt en tilstrekkelig behandlingstilbudskapitet hvor det økte behov for arbeidskraft løses ved bruk av ekstraordinære tiltak (overtidsordninger).

Stortingets opprinnelige bevilgning til Pasientbroen for år 2001 var på 1 milliard kroner. Hvis man antok at hele dette beløpet ble tilført sykehussektoren i Norge løpet av en kort periode (ett eller to år) så antyder de makro - økonomiske kjøringene som vi allerede har referert til at selv dette utgiftsbeløpet ville hatt marginale konsekvenser for inflasjonen.⁴² En anvendelse av denne milliard, gitt at den i sin helhet ble anvendt til pasientbehandling, kunne ha gitt inntil 35.000 flere pasientbehandlinger, hvis vi anvender våre kostnadsanslag i Kontraktmodellen.⁴³ Det er imidlertid ingen grunn til å tro at volumøkningen ville blitt så stor, selv innenfor en strømlinjeformet organisasjonsmodell av den type som er skissert i Kontraktmodellen. De samlede effektene på arbeidsmarkedene for medisinsk personell samt begrensinger på sengeplasser ville vanskeliggjort en slik produksjonsøkning. Spesielt tror vi dette ville ha vært tilfellet for grupper av inneliggende pasienter. Kapasiteten i privat sektor er generelt liten for denne typen av pasienter, og i de skjermede elektive avdelingene vi kontaktet, var det ikke særlig mye mer å hente på kort sikt. Dette måtte bety at ytterligere kapasitet eventuelt måtte utløses ved andre avdelinger ved norske offentlige sykehus. I dette arbeidet har vi ikke forsøkt å kartlegge kapasiteten i disse institusjonene og kan dermed ikke annet enn å spekulere i slike forhold.

Vi er imidlertid av den oppfatning at vridningseffekter ville blitt et større problem enn pressproblemer, gitt en betydelig økning i ressurstilgangen til norsk sykehussektor gjennom Kontraktmodellen. Med vridningseffekter menes at arbeidstilbudets fordeling mellom avdelinger på samme sykehus, mellom sykehus, og mellom private og offentlige sykehus/klinikker endrer seg. En tidobling av behandlingen kombinert med attraktive lønnsbetingelser for enkelte avdelinger ville kunne bety at deler av den medisinske arbeidskraften flytter seg mot de best avlønnede aktivitetene (ekstraordinære tiltak) på

⁴² Deler av skepsisen mot å anvende mer av økte offentlige ressurser til gode formål bygger nok på frykten for at særbehandling av en sektor vil utløse ytterligere bevilgninger (økt politisk press) til andre sektorer (transport, trygd, undervisning). I sum ville slike innrømmelser kunne gi betydelige offentlige utgiftsøkninger og påfølgende pressproblemer. Økninger i de offentlige utgifter har også en kostnad i den forstand at de reduserer ressursene tilgjengelig for kommende generasjoner.

⁴³ Det faktiske antall behandlinger ved norske sykehus i år 2001 var ca. 294.000 dagbehandlinger og nesten 1.000.000 opphold. (Rapport 2/2001 SINTEF Unimed).

bekostning av den ordinære driften ved andre avdelinger og institusjoner. Dette problemet tiltar desto flere ressurser man tilfører sektoren på kort sikt, men er svært vanskelig å anslå størrelsen på. Slike vridningseffekter vil kunne medføre at marginalkostnadene i hele helsesektoren blir relativt høye siden produksjonsøkninger for visse prioriterte pasientgrupper delvis ville gått på bekostning av andre pasientgrupper (ordinær drift). Dette betyr at størrelsen på marginalkostnadene i helsesektoren også avhenger av hvorvidt de ekstra ressursene som anvendes til ekstraordinære tiltak kommer som en konsekvens av økt samlet arbeidstilbud (reduert fritid og ansettelse av ledig arbeidskraft) eller som et resultat av ”vridningseffekter” (reduert tilbud av arbeidskraft i ordinær drift).

8. Andre virkninger av Pasientbroen

Perspektivet hittil har vært noe snevert i den forstand at vi har fokusert på ressursbruk og infeksjonsfare. Det er imidlertid grunn til å tro at etableringen av en pasientbro kan ha hatt effekter ut over dette. Nedenfor redegjør vi for noen virkninger som kan ha oppstått som følge av etableringen av Pasientbroen. Det presiseres at vi ikke har noe empirisk belegg for de effekter vi her beskriver. Videre vil selvfølgelig de enkelte virkningene kunne vært annerledes hvis hele bevilgningen på 1 milliard norske kroner ble anvendt i år 2001.

Effekt på kompetansen i norsk helsevesen

Noen kritikere av Pasientbroen hevdet at den ville bremse kompetanseoppbyggingen i det norske helsevesenet siden medisinsk behandling nå ble eksportert til utenlandske behandlingsinstitusjoner. Tilstrekkelig med pasienter er nødvendig for å bygge opp spesialistkompetanse i Norge, ble det hevdet. I debatten før og etter Stortingets bevilgning til Pasientbroen ble det imidlertid også påpekt at kontakt med utenlandske behandlingsinstitusjoner kunne stimulere til å prøve ut nye former for organisering (insentiv til nytenkning og økt effektivitet) innad i det norske helsevesenet. Det er etter vår mening lite sannsynlig at Pasientbroen i år 2001 ga slike effekter. For de aktuelle prosedyrene i Pasientbroen synes det å være tilstrekkelig med ventelistepasienter i Norge til å sikre kompetanseoppbygging. I noen tilfeller har Pasientbroen også muliggjort besøk av norsk medisinsk personell ved enkelte utenlandske behandlingsinstitusjoner i sammenheng med behandling av enkelte pasientgrupper (se for eksempel Riksnytt 16, November, 2001 og tabellnote 5 i tabell 13). Det er imidlertid ingen indikasjoner på at dette foreløpig har stimulert til nye terapeutiske opplegg i Norge, men vi har ikke systematisk forhørt oss om dette da det ligger utenfor dette prosjektet.

Holdningsendring

Tradisjonelt har sykehusene sett på pasienter innenfor et fylke (eller deler av et fylke) som sine. I 2001 var det fremdeles fylkeskommunen som eide sykehusene mens pasienters rett til fritt sykehusvalg for elektive inngrep ble innført ved begynnelsen av det året. Samtidig var sykehusenes inntekter avhengig av antall pasienter de behandlet (DRG-poeng). At det kommer en ny konkurrent på banen kan ha vært truende for sykehusene. Men etableringen av Pasientbroen kan gradvis ha ført til holdningsendringer ved sykehus i Norge. Ventelistepasienter synes å ha blitt vurdert som en ressurs av mange behandlere, en "ordrerreserve" som de selv ønsker å behandle og nødvendig vil gi fra seg (Botten, Hagen og Nerland, 2002). I den grad det faktisk er slik, vil etableringen av et "konkurrerende" behandlingsprogram kunne stimulere til endret adferd ved norske avdelinger i den forstand at man legger økt vekt på å vise at en kan behandle flere for å slippe å avgi pasienter. Faren for å miste "sine" pasienter kan altså ha sporet til økt innsats. Heller ikke dette har vi studert nærmere.

Effektive ventelister

Tidligere evalueringer av ventelister ved norske sykehus har vist at de ikke alltid reflekterer den reelle ventesituasjonen (Bjørneboe og Riis Strøm, 1998) og at andelen som får garanti varierte mye fra sykehus til sykehus (Kristoffersen og Piene, 1997). Mange som har vært registrert på ventelister har ikke lenger hatt behov for behandling, har vært feilregistrert, eller har allerede vært behandlet. Dette har igjen hatt som konsekvens at ventelistene ikke i særlig grad har kunnet anvendes som en troverdig informasjonskilde (styringssignal) for beslutningstakere. I den senere tid har imidlertid flere behandlende institusjoner ryddet opp i

sine ventelister noe som betyr at informasjonskvaliteten er blitt forbedret. Noe av æren for denne utviklingen kan ligge hos etableringen av Pasientbroen. Tidligere har lange ventelister trolig vært ansett som en ressurs for helseinstitusjonene, i den forstand at de er blitt koblet til økte ressurskrav (strategisk virkemiddel). Etableringen av Pasientbroen kan ha svekket denne koblingen. Det er trolig blitt vanskeligere å argumentere for økte ressurskrav på bakgrunn av lange ventelister, i alle fall for pasientgrupper som har et stående behandlingstilbud i utlandet, særlig hvis man samtidig ikke har benyttet seg av Pasientbroen.

Synliggjøring av kapasitet.

Vedtaket om utenlandsbehandling kan ha presset sykehusene til å være mer edruelige i omtale av egen produksjonskapasitet. Tidligere har krav om produksjonsøkninger blitt møtt med krav om økte ressurser. Etableringen av et medisinsk alternativ, som Pasientbroen representerer, samt debatten som fant sted i forkanten av dens etablering, har vist at spørsmålet om eventuelle kapasitetsproblemer i det norske helsevesenet nok er noe mer komplisert enn det inntrykket som presenteres i forbindelse med fastsettingen av de årlige budsjetttrammene.

Etableringen av Pasientbroen har også medført debatter om andre forhold relatert til det norske helsevesenet, som for eksempel om det bør være en nasjonal målsetting å være "selvforsynt" med hensyn til alle typer av medisinsk behandling. Pasientbroen representerer også en reell helsepolitisk prioritering mellom ulike pasientgrupper, for eksempel mindre kirurgiske inngrep fremfor andre pasientgrupper. Videre er ordningen best tilpasset pasienter som i mindre grad vegrer seg for å reise til utlandet (unge, ressurssterke, relativt "friske"). Det er imidlertid slik at behandling i utlandet kan forbedre situasjonen for grupper av pasienter som venter på behandling i Norge (tyngre lidelser, eldre pasienter) i den forstand at deres ventetid kan ha blitt redusert som følge av Pasientbroen.

I avsnitt 4.3 refererte vi til pasienter (spesielt hjertelidelser og intracranielle inngrep) som ikke nødvendigvis ville fått et behandlingstilbud i Kontraktsmodellen. En utvidelse av tilbudet på kort sikt for disse vil trolig best løses ved å tilby dem et alternativ i utlandet. I den grad de kunne behandles innenlandsk, ved tilføringen av flere ressurser, så ville dette betydd at man gikk utenom vedtatte systemer i spesialisthelsetjenesten for budsjett og prioritering.

9. Konklusjoner

Vi har i denne rapporten forsøkt å gi en oversikt over ulike typer av kostnader, og deres omfang, som har påløpt det første året av prosjektet "Kjøp av Helsetjenester i Utlandet" (Pasientbroen). Vi har forsøkt å sammenligne disse kostnadene med de kostnadene som kunne påløpt, gitt en spesifikk alternativ innenlandsk anvendelse av de samme ressursene (Kontraktsmodell). Det presiseres at det hefter noen svakheter ved kostnadsestimatene i utlandet og ved den metoden som er anvendt for å kartlegge ledig kapasitet og mulige behandlingkostnader i den innenlandske modellen.

En gjennomgang av diagnoser og prosedyrer for det utvalget av pasienter som vi har kunnet inkludere i denne rapporten (2237 behandlinger i år 2001), viser at nesten samtlige har hatt kirurgiske inngrep. Behandlingen av nærmere 70 prosent av pasientene kan betegnes som dagkirurgiske. Gjennomsnittsbehandlingen i utlandet (ekskludert andre kostnader) kostet 41 700 norske kroner. De andre typene av kostnader (reiseutgifter, ledsager etc.) utgjorde til sammen 23,5 prosent av de samlede kostnadene.

Institusjoner i Norge har i svært ulik grad benyttet seg av ordningen det første året (2001), og den fylkesvise variasjonen er også stor. 1 av 4 pasienter i utvalget kom fra Sør-Trøndelag og var bestilt av Regionsykehuset i Trondheim. Rekrutteringen fra fylker som Oslo, Hedmark, Finnmark og Sogn og Fjordane var minimal i år 2001.⁴⁴ De fleste av pasientene ble behandlet i Danmark og Sverige (til sammen 78 prosent).

Nesten samtlige av de argumentene som ble anvendt i forkant av Stortingets vedtak, enten i favør eller disfavør av Pasientbroen, har i liten grad vist seg relevante. Infeksjonsproblemene knyttet til behandling av pasienter i utlandet viste seg å bli minimale, gitt det kvalitetssikringsarbeidet som RTV utførte i forkant. Videre er det overveiende sannsynlig at det norske helsevesenet kunne ha utløst den nødvendige kapasiteten til å behandle de pasientene som ble behandlet i utlandet i år 2001.⁴⁵ En innenlandsk behandling av denne pasientgruppen i en Kontraktsmodell ville ikke forsterket pressproblemene i norsk økonomi i den forstand at man som en konsekvens ville ha opplevd høyere inflasjon. De to siste konklusjonene følger delvis som en konsekvens av at det antall av pasienter som faktisk ble behandlet i løpet av år 2001, antagelig nærmere 3000, ble langt lavere enn hva man forventet når Stortinget bevilget 1 milliard kroner høsten 2000.

En betydelig innenlandsk volumøkning utover dette nivået ville selvfølgelig økt risikoen for å erfare kapasitetsproblemer i sykehussektoren og samt pressproblemer i økonomien. En rapport (SINTEF 2001) som kartla kapasiteten ved norske sykehus for år 2001 antydte imidlertid betydelig ledig kapasitet. En slik summering av selvrapportert ledig kapasitet fra mange helseinstitusjoner gir imidlertid etter all sannsynlighet en overvurdering av den reelle ledige kapasiteten. De institusjonene vi kontaktet rapporterte om relativt stor ledig kapasitet for dagkirurgi mens den var langt lavere for inneliggende pasienter. Det er imidlertid lite sannsynlig at en innenlandsk behandling i år 2001 av i alt 30 000 - 35 000 flere pasienter, hvis mulig, ville hatt en signifikant effekt på det norske inflasjonsnivået og som en konsekvens gitt

⁴⁴ Foreløpige data fra 2002 tyder på rekrutteringen fra noen av disse fylkene har økt vesentlig dette året.

⁴⁵ Trolig med unntak av visse hjerteinngrep, epilepsi og Parkinsons sykdom (se 4.2).

en høyere rente. Et mer sannsynlig problem er at en innenlandsk økning av denne størrelsesorden ville gi vridningseffekter – altså gå på bekostning av den ordinære behandlingsaktiviteten. Ekstraordinære tiltak med relativt gunstigere lønnsbetingelser vil kunne bety at helsepersonell øker sitt arbeidstilbud i slik aktivitet delvis på bekostning av ordinær aktivitet. I tillegg vil ekstraordinære tiltak i praksis bety at kompensasjonen en avdeling/sykehus mottar blir større per behandling sammenlignet med den ordinære kompensasjonen (50-60 prosent av DRG-prisen). En slik relativ forskjell i kompensasjonsgrad kan bety at avdelinger/sykehus ville ha prioritert kontraktspasienter på bekostning av andre pasientgrupper.

Kjøp av helsetjenester i utlandet har vært et positivt tiltak for de norske ventelistepasientene som har benyttet seg av tilbudet. Tiltaket har også vært fordelaktig for norske ventelistepasienter siden gjennomsnittlig ventetid har blitt noe redusert som følge av dette tilbudet. Et annet spørsmål er imidlertid hvorvidt disse ressursene kunne ha vært anvendt på en slik måte at helsegevinstene hadde vært enda høyere, for eksempel ved ulike innenlandske løsninger. Det er da viktig å vurdere hvorvidt det er reelle kostnadsforskjeller mellom de ulike alternativene. Dette perspektivet synes å ha vært ignorert i forkant av Stortingets vedtak. På tross av eksistensen av mulige feilkilder og seleksjonseffekter, samt metodiske problemer knyttet til selvrapportering om kapasitet og kostnader i Norge, så viser analysen at det synes å være betydelige forskjeller i behandlingstkostnadene for mange prosedyrer både mellom utenlandske behandlingstilbud, norske offentlige sykehus og norske private klinikker/sykehus.⁴⁶ Slike avvik i kostnader muliggjør helsegevinster hvis kjøper aktivt velger å utnytte prisforskjellene.

Vår analyse viser at Pasientbroen, i sitt første leveår, har vært et relativt kostbart tiltak når vi tolker Kontraktsmodellen som et reelt alternativ. Det er imidlertid relativt uklart hvilke(n) innenlandske organisatoriske løsninger som tilhengerne av en innenlandsk løsning ønsket. Det er sannsynlig at en mer tradisjonell bruk av disse ressursene, i form av generelle tilskudd til sykehuseierne (fylkeskommunene) eller direkte til sykehusene, ville vært en langt mer kostbar løsning enn Kontraktsmodellen. Etter våre beregninger ville Kontraktsmodellen kunne redusert kostnadene med mellom 52,5 – 65,1 millioner kroner sammenlignet med Pasientbroen. Denne besparelsen kan omregnes til antall økte behandlinger som kunne vært utført for disse ressursene. Anvender vi for eksempel gjennomsnittskostnaden (estimat) i Kontraktsmodellen så betyr dette et sted mellom 1 700 – 2 500 flere behandlinger i en norsk Kontraktsmodell. Anvender vi gjennomsnittskostnaden i Pasientbroen så kunne besparelsen gitt mellom 1 000 - 1 200 flere behandlinger i utlandet.

Vi er av den oppfatning at kjøpere av helsetjenester i utlandet bør øke sin kostnadsbevissthet (eller gis anledning til å utøve større kostnadsbevissthet). Større kostnadsbevissthet bør bety at ulike utenlandske behandlingstilbud også bør sammenlignes med hensyn til behandlingstkostnader før man velger behandlingssted. De institusjoner som tilbyr de laveste prisene, for lik kvalitet og identiske prosedyrer, bør prioriteres. Man bør også ha anledning til å bruke norske behandlingstilbud (offentlige og private) i den grad de er konkurransedyktige på pris og har ledig kapasitet. Dette betyr at man ikke automatisk bør sende alle pasientene som ønsker det til behandling i utlandet. Videre bør man også ta hensyn

⁴⁶ Et eksempel er hofteproteser (DRG 209) hvor norsk DRG-pris er kr. 106 325. Pasientene som ble behandlet i utlandet tilhørende til denne DRG-gruppen fordelte seg over 12 ulike diagnose-prosedyre kombinasjoner hvor behandlingsprisene i utlandet varierte mellom kr. 71.200 – 93.812. For eksempel ble pasienter med identiske diagnose-prosedyre kombinasjoner (M161/NFB40) behandlet ved 6 ulike utenlandske behandlingstilbud. Alle hadde priser som var ulike og varierte innenfor det nevnte intervallet.

til de kostnader som påløper utover behandlingskostnadene (f.eks. reisekostnader og ledsagerkostnader o.a.) når man velger blant de aktuelle behandlingsinstitusjonene. Man bør for eksempel unngå å behandle pasienter i utlandet med lidelser hvor behandlingen koster lite. Relativt små inngrep i utlandet, også til lavere priser enn hva norske behandlingsinstitusjoner kan tilby, vil ikke nødvendigvis representere besparelser siden reise- og ledsagerkostnadene vil utgjøre en relativt stor del av de totale kostnadene.

Vår kostnadssammenligning viser at utenlandske behandlingsinstitusjoner kan være konkurransedyktige. For enkelte prosedyrer, ofte mer kompliserte inngrep, synes behandlingskostnadene å være lavere enn i Norge. Slike prosedyrer bør prioriteres. Eksempler på slike prosedyrer i Pasientbroen er enkelte grupper av hjertepasienter. De representerer relativt kompliserte inngrep som koster mye, noe som betyr at reise – og overnattingskostnader vil utgjøre en relativt lav andel av de samlede kostnadene. Samtidig er det liten behandlingsskapasitet for denne type av lidelser i Norge. Det er videre grunn til å anta at utenlandske behandlingspriser ikke er gitte, men delvis vil være et resultat av forhandlinger mellom bestiller og behandler. Et større pasientvolum innenfor hver enkelt prosedyre vil kunne gi større forhandlingsmakt overfor den enkelte utenlandske behandlingsinstitusjon noe som kan bety lavere behandlingskostnader. Derfor bør man forsøke å konsentrere seg om færre pasientgrupper.

Større grad av kostnadsbevissthet forventes altså å gi de største ressursmessige besparelsene hvis man prioriterer visse pasientgrupper samtidig som man gis anledning til å behandle pasientgrupper også ved norske (offentlige og private) behandlingsinstitusjoner med reell ledig kapasitet slik at økningen ikke går utover den ordinære virksomheten. Det vil derfor være viktig at kjøpere av helsetjenester i utlandet får større innflytelse over utvelgingen av pasienter og/eller at man etablerer insentivordninger som stimulerer flere sykehus til aktivt å benytte seg av ordningen. En annen betingelse for at større kostnadsbevissthet skal gi reelle helsemessige gevinster, er at det foreligger tilstrekkelig fleksibilitet ved norske sykehus. Altså at flyten ved enkelte avdelinger hvor pasienter hittil har ventet lenge på behandling ikke forringes som følges av pasientmangel, for eksempel at man er i stand til å reallokere ledige ressurser, i den grad dette blir en konsekvens, til andre oppgaver. Suksesskriteriet for behandling av pasienter bør ikke nødvendigvis være antall pasienter som har benyttet seg av ordningen eller hvor mye av de bevilgede ressurser man faktisk har anvendt, men de helsegevinstene som faktisk følger av en gitt ressursbruk.

Epilog

Det presiseres at denne evalueringen bare omhandler Pasientbroens første år (2001). På dette tidspunktet var det gått svært kort tid fra klarsignalet kom til etableringen av en Pasientbro. Det eksisterte i forkant ingen etablert organisasjon med den nødvendige erfaring til å administrere et slikt opplegg på kort varsel. Prosjektgruppen i RTV måtte derfor raskt etablere kontakt med og kvalitetssikre utenlandske sykehus, motivere norske sykehus til å benytte seg av ordningen, ha ansvar for det praktiske opplegget for de pasientene som reiste, samt etablere et system for overvåkning av infeksjonssituasjonen.

Videre er det ganske overraskende at så mange offentlige sykehus med reelle ventelister har unnlatt å benytte seg av denne ordningen det første året. Pasientbroen representerer for dem et nesten helt gratis behandlingsalternativ. En slik satsing ville blant annet medført at de kunne frigjort ressurser til behandling av også andre av sine egne pasienter.

Det er vårt inntrykk at flere av de anbefalingene som vi har gitt i rapporten delvis har blitt implementert etter hvert som prosjektgruppen fikk erfaringer og motstanden fra deler av den norske helsetjenesten avtok. Etter hvert har også flere sykehus begynt å benytte seg av ordningen og ordningen har i økende grad også rekruttert pasienter med mer kompliserte tilstander. Utvelgelsen av pasienter synes altså å ha blitt mer målrettet. Dette betyr at en tilsvarende analyse for år 2002 delvis ville gitt andre resultater både når det gjelder hvilke pasienter som reiste og hvilke kostnader som faktisk påløp.

Litteratur

- SINTEF Unimed (2001): Kapasitetsreserver i norske sykehus. STF78 A015011.
- Botten, Grete, Sølve Mikal Nerland og Terje P. Hagen (2002): Sykehuslegenes holdninger til kjøp av helsetjenester i utlandet. *HERO Skriftserie 2002:5*. Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo HERO.
- Dine penger (nr 6, 2001).
- Eika, T. (2001): Foredrag av 22. mai 2001. "Centre for Monetary Economics".
- Halvorsen, D.S., Jacobsen, T., Smith, H. Wiig, M., Simonsen, G.S. Digranes, A. Harthug, S. og Steinbakk, M. Mikrobiologisk overvåkning av pasienter i "kirurgibro-prosjektet", draft paper, 28. November 2002.
- Inst.st.nr.24 2000-2001
- Johansen, P.R. og Holm, I. (2001), Makroøkonomiske virkninger av ulike måter på å bruke realavkastningen av petroleumsfondet på. Økonomiske Analyser Nr. 4, Statistisk Sentralbyrå.
- Kristoffersen, M og Piene H. (1995) Ventelistegarantiordningen. Variasjon i andel som får ventelistegaranti. Tidsskr nor lægefören 117:361-5
- Bjørneboe A og Riis Strøm, B. (1998) Ventelistedugnaden. Senter for helseadministrasjon Rapport 1.

Vedlegg 1. Hjerterpasientene

Her redegjør vi for prisforskjeller mellom DRG og utenlandske behandlingstkostnader for et utvalg av diagnose-grupper hvor det foreligger en begrenset innenlandsk behandlingsskapasitet

23 Hjerterpasienter (DRG-kode 107):

Norsk DRG-pris = 166 624 kr. I utlandet (FNC10 med 1251)= 128 260 kr. (coronar by-pass).
I utlandet (FNA00 med 1251)= 128 160 kr. (coronar by-pass).

8 Hjerterpasienter (DRG-kode 108):

Norsk DRG -pris = 211 193 kr. I utlandet (FDE32 med Q250)= 96 780 kr. (lukking av ductus Arteriosus)

15 Hjerterpasienter (DRG-kode 112).

Norsk DRG-pris = 46 899 kr. I utlandet (FPB22 med 1471)= 44 620 kr. (operasjon på ledn.system):
I utlandet (FFC32 med Q211)=97 000 kr. (atrieseptumdefekt):

78 hjerterpasienter (DRG-kode 133)

Norsk DRG -pris= 14 565 kr. I utlandet (XF911) = 16 000 kr. (hjertekaterisering).
I utlandet (ZFX00) = 47 300 kr. (ballongdilatasjon).

4 Parkinsonoperasjoner:

Norsk DRG -pris = 97 586 kr. I utlandet = 140 090 kr.

2 epilepsioperasjoner

Norsk DRG-pris = 97 586 kr. I utlandet = 180 700 kr.

3 choleaimplantat

Norsk DRG -pris = 68 456 kr. I utlandet = 63 030 kr.

Vedlegg 2. Definerings av kostnadsvariabler

1) Prøvetakingsutgifter

Pasienter som behandles utenfor Skandinavia skal formelt sett ta en bakteriologisk prøve både før de reiser og etter at de har kommet hjem. I kapittel 2.2 avdekket vi at 435 pasienter i utvalget (19,4 prosent) ble behandlet utenfor Skandinavia, henholdsvis 9 pasienter i Frankrike og 426 pasienter i Tyskland. I Pasientbroen som helhet (per 4. januar 2002) har denne andelen sunket noe, til 16,7 prosent.

Per pasient utenfor Skandinavia koster begge prøvene samlet 1 060 kroner. I utvalget koster denne prøvetakingen til sammen 461 100 kroner, i gjennomsnitt 206 kroner per pasient.

2) Reiseutgifter for pasienter og ledsagere

Reiseutgifter for pasienter og ledsagere (for 1 av 3 pasienter) ble beregnet i to trinn; en variabel for reiseutgifter i Norge (fra bosted til Oslo/Gardermoen, tur-retur), og en variabel for reiseutgifter ut av landet (fra Oslo/Gardermoen til destinasjonsby i utlandet, tur-retur). Kostnadene er gjennomsnittsestimatet for ulike reisemål, betinget av pasientens bosted og destinasjon i utlandet. Reisemiddelet er primært fly. Til destinasjoner hvor både fly, tog (f.eks. Göteborg) eller båt (f.eks. Kiel) kan være aktuelt, har vi forsøkt å justere for dette. Likedan er tilknytningskostnader i Norge justert etter pasientenes bosted.

Trinn 1

For reiseutgifter i Norge for pasienter og ledsagere (tur-retur bosted – Oslo/Gardermoen) benyttet vi disse gjennomsnittsprisene, etter pasientens bosted:

- Oslo: 500 kroner
- Østlandet utenom Oslo: 1000 kroner
(Akershus, Østfold, Buskerud, Vestfold, Telemark, Hedmark og Oppland)
- Resten av Sør-Norge, t.o.m. Sør-Trøndelag: 3000 kroner
(Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag)
- Nord-Norge, fra Nord-Trøndelag og nordover: 4500 kroner
(Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finmark)
- Svalbard: 7000 kroner
- Scandinavien Heart Center (i Kristiansand): 400 kroner ettersom alle bor i det samme fylket som behandlingsstedet Kristiansand

I gjennomsnitt koster tilknytningsreiser i Norge for pasientene 2 572 kroner, med en total pris på 5,75 millioner kroner. 1 av 3 pasienter har ledsager. I utvalget som helhet – både de som har og de som ikke har ledsager - koster tilknytningsreiser for ledsager i gjennomsnitt 843 kroner per pasient, med en total pris på 10,70 millioner. Samlet koster altså tilknytningsreiser både for pasient og ledsager i gjennomsnitt 7 357 kroner per pasient, med en total sum på 7,64 millioner kroner.

Trinn 2

For reiseutgifter til utlandet for pasienter og ledsagere (tur-retur Oslo/Gardermoen – destinasjonsby i utlandet) benyttet vi disse gjennomsnittsestimatene, etter de utenlandske sykehusenes beliggenhet:

- Sverige:
 - Sykehus i Stockholmsområdet: 4000 kroner
 - Simrishamn (sør-øst spissen av Sverige): 5000 kroner
 - Sahlgrenska (Göteborg): 3000 kroner

- Danmark (København og Århus): 5500 kroner
- Tyskland:
 - DIAKO: 7000 kroner
 - Lubinus: 4000 kroner
 - Kiel: 4000 kroner
 - Westkustenklinikum Heide (nær vestkysten, på høyde med Kiel): 6000 kroner
 - Ostseeklinik DAMP (noen mil nord for Kiel): 4500 kroner
- Finland: 5500 kroner
- Frankrike: 9000 kroner
- England: 5500 kroner
- Scandinavian Heart Center (Kristiansand): 0 kroner ettersom alle pasientene bor i same fylke som behandlingsstedet Kristiansand. Disse har bare reiseutgifter i Norge (se avsnittet ovenfor).

I gjennomsnitt koster reisen til utlandet (Oslo/Gardermoen – destinasjonsby i utlandet t/r) for pasientene 4 785 kroner, med en total pris på 10,70 millioner kroner. 1 av 3 pasienter har ledsager. I utvalget som helhet – både de som har og de som ikke har ledsager - koster reisen ut av landet for ledsager i gjennomsnitt 1 584 kroner per pasient, med en total pris på 3,54 millioner. Samlet koster altså reisen til utlandet (t/r) både for pasient og ledsager i gjennomsnitt 6 369 kroner per pasient, med en total sum på 14,25 millioner kroner.

Summering av trinn 1 og trinn 2

Når vi summerer begge de to trinnene, reiseutgiftene i Norge og reiseutgiftene til utlandet, er gjennomsnittskostnaden for pasientene 7 356 kroner. Totalt utgjør dette 16,46 millioner kroner i reiseutgifter for de 2237 pasientene. Gjennomsnittlige reiseutgifter for ledsagere er 2 426 kroner per pasient i utvalget. Totalt utgjør reiseutgiftene for de 739 ledsagerne 5,43 millioner kroner.

Når både reiseutgiftene for pasienter og ledsagere summeres, eller med andre ord de samlede reiseutgiftene forbundet med de 2237 pasientene i utvalget, utgjør de totalt 21,88 millioner kroner. I gjennomsnitt koster reisen for både pasient og ledsager 9 782 kroner per pasient i utvalget.

3) Hotellkostnader for ledsagere

1 av 3 pasienter i utvalget reiser med en ledsager⁴⁷. Disse ledsagerne overnatter på ulike former for hotelløsninger, enten i tilknytning til det behandlende sykehuset eller et ordinært turisthotell. Fra Rikstrygdeverket fikk vi en oversikt over priser per hotelløgn ved ulike sykehus i utlandet. Disse døgnprisene multipliserte vi så med antallet liggedager for de pasientene som var "tildelt"⁴⁸ ledsager. Øvrige 2/3 av pasienten, som ikke var tildelt ledsager, har følgelig 0 kroner i hotellkostnader.

Døgnprisen varierer fra 294 til 1330 kroner. Totalt utgjør hotellutgifter for ledsagerne 2,74 millioner kroner. I utvalget gir dette en gjennomsnittskostnad på 1 227 kroner per pasient, når både de som har ledsager og de som ikke har ledsager (0 kroner) er inkludert.

En detaljert oversikt over hotelløgn-prisene for ledsagere ved ulike sykehus finnes i tabell 2.1.

⁴⁷ Rikstrygdeverkets eget estimat.

⁴⁸ Se kapittel 2.1 om tilfeldighetsmetoden vi benyttet for å tildele 1 av 3 pasienter ledsager.

Tabell 2.1: Priser per hotelløgn for ledsager ved ulike sykehus

Sykehus	Døgnpris hotellovernatting for led
Diako Flensburg	585
Ostseeklinik Damp	600* (57)
Univärsitetss Kiel	600* (7)
Westkustenklinik Heide	350
Lubinus Klinikum	702
Privathospitalet Hamlet	1330
Strängnäs	294
Axxess	613
Århus	1330* (1)
Simrishamn	613
Nordhus	500
Dalsland	500
Nacka	500
Huddinge	500* (1)
Ludwig Oy	646
Karolinska	500* (1)
Sophiahemmet	500* (1)
Stocholm Spine Center	500* (15)
Scandinavian Heart Center	**
Akademiska	1086
Sahlgrenska	***
Institut Mutualiste Montsouris	700* (3)

* For 86 av de 739 pasientene i utvalget (2237) som ble tildelt ledsager, manglet vi opplysninger om pris per hotelløgn for ledsager. Vi valgte å tildele pasientene ved disse sykehusene (som hadde ledsager) samme døgnpris som andre institusjoner i samme by (primært) eller i samme land (sekundært).

** Ved Scandinavian Heart Center (Kristiansand) har pasientene 0 liggedager og alle bor i samme fylke som sykehuset. Derfor antas ledsagerovernattinger ikke å være aktuelt.

*** Bare 1 pasient i utvalget ble behandlet ved Sahlgrenska, og denne ble ikke tildelt ledsager gjennom vår tildelingsmetode.

4) Personlige refusjoner for pasienter og ledsagere

Pasienter og ledsagere sender personlige regninger til Rikstrygdeverket for kostnader forbundet med reisen, som ikke faller inn under hovedkategoriene reiseutgifter og hotellokostnader hvor reiseselskapene og overnattingsinstitusjonene selv fakturerer Rikstrygdeverket. I hovedsak dreier slike ”personlige refusjoner” seg i hovedsak om måltider og drosjeregninger underveis. Ledsager får dessuten reisegodtgjørelse etter statens regulativ.

Ettersom Rikstrygdeverket ikke hadde registrert slike kostnader på individnivå (for den enkelte pasient), måtte vi basere oss på gjennomsnittsestimater for pasienter og ledsagere, avhengig av hvilket sykehus i utlandet de reiste til. Rikstrygdeverket beregnet selv disse gjennomsnittsestimatene. Refusjonene til ledsagerne er generelt nokså mye høyere enn refusjonene til pasientene. Dette skyldes at kost er inkludert i behandlingstkostnaden for pasientene og at pasientene ikke får noen reisegodtgjørelse.

Et problem med disse estimatene er at de uttrykker et gjennomsnitt for samtlige pasienter ved det enkelte sykehus, og således ikke er differensiert etter hvor mange liggedager den enkelte pasient har. Det er som gjennomsnitt ved det enkelte sykehus at dette antas å være valide estimater, ikke for den enkelte pasient.

Personlige refusjoner til pasientene

De personlige refusjonene til pasientene varierer fra 300 kroner (Scandinavian Heart Center i Kristiansand) til 8000 kroner. Den gjennomsnittlige refusjonen per pasient i utvalget er 1 244 kroner. Totalt for alle de 2237 pasientene i utvalget utgjør dette 2,78 millioner kroner.

Personlige refusjoner til ledsagerne

De personlige refusjonene til de 739 ledsagerne varierer fra 1300 til 5000 kroner. Den gjennomsnittlige ledsager-refusjonen per pasient i utvalget er 804 kroner, når også de pasientene som ikke har ledsager (altså 0 kroner) er inkludert. Totalt for hele utvalget utgjør de personlige refusjonene til ledsagerne 1,8 millioner kroner.

Personlige refusjoner til pasienter og ledsagere, summert

Når vi summerer både personlige refusjoner til pasientene og refusjoner til ledsagerne, er gjennomsnittet for hele utvalget 2 047 kroner per pasient. Totalt utgjør dette 4,58 millioner kroner for hele utvalget.

5) Inntekter fra pasientenes egenandeler

Pasientene i Pasientbroen betaler den samme egenandelen som de som benytter seg av ordningen med Fritt sykehusvalg i Norge. I fjor var denne egenandelen definert som 200 kroner per vei, eller 400 kroner tur-retur. Denne egenandelen går for øvrig ikke inn under den ordinære tak-regelen for egenandeler.

Vi har forutsatt at samtlige pasienter i utvalget betaler 400 kroner i egenandel. Samlet sett gir dette en inntekt for Rikstrygdeverket på totalt 894 800 kroner⁴⁹.

6) Samlet vurdering av typer ekstrakostnader ved Pasientbroen

Tabell 2.2. Samletabell for ulike typer ekstraavgifter ved Pasientbro. Gjennomsnitt, standardavvik og sum for hele utvalget. N = 2237

Utgiftstype	Gjennomsnitt ser pasient		Sum, hele utvalget
Prøvetakingsavgifter (utenom Skandinavia)	206		461 100
Reiseavgifter for pasienter i Norge t/r	2 572		5,75 millioner
Reiseavgifter for pasienter ut av Norge t/r	4 785		10,70 millioner
Reiseavgifter for ledsagere i Norge t/r	843		1,89 millioner
Reiseavgifter for ledsagere ut av Norge t/r	1 584		3,54 millioner
Hotellkostnader for ledsagere	1 227		2,74 millioner
”Personlige refusjoner” til pasienter	1 244		2,78 millioner
”Personlige refusjoner” til ledsagere	804		1,80 millioner
Egenandeler fra pasientene for reise	- 400		- 894 800
Totale ”ekstrakostnader” ved Pasientbroen	12 863		28,78 millioner

⁴⁹ Vi forutsetter at egenandelen blir betalt til Rikstrygdeverket prosjekt Kjøp av helsetjenester i utlandet. For staten vil egenandelen uansett representere en inntektskilde.

Vedlegg 3. Spørreskjema utsendt til 9 skjermede elektive avdelinger ved norske sykehus

Kjære mottager

Innledningsvis vil vi presisere hvem som er adressatene for denne kartleggingen.

Flere norske sykehus har i løpet av de siste årene valgt å reorganisere deler av sin kirurgiske virksomhet ved å skjerme deler av den elektive kirurgien i *skjermede elektive avdelinger (SEA)*. Disse avdelingene har ulike betegnelser avhengig av hvilke sykehus vi ser på. Motivasjonen for og den praktiske utforming av de enkelte SEA varierer mellom de aktuelle sykehus/avdelinger, men et fellestrekk synes først og fremst å være ønsket om å beskytte elektiv kirurgi fra avbrytelser av øyeblikkelig hjelp for derigjennom å strømlinjeforme produksjonen. Den elektive virksomheten er organisert noe forskjellig, men felles er forventningen om lettere å kunne øke behandlingsvolumet.

Senter for Helseadministrasjon ved Universitet i Oslo utfører for tiden et oppdrag for Rikstrygdeverket, hvor en av våre oppgaver er å kartlegge mulighetene for å øke produksjonen ved skjermede elektive avdelinger på ulike norske sykehus. For å gjøre det trenger vi svar på noen spørsmål. Vi håper du finner tid til å besvare etter beste evne. Vi er klar over at mange av svarene vil være beheftet med usikkerhet, men som det er presisert i spørsmålene, ønsker vi ditt beste estimat dersom du ikke har konkrete tall eller anslag. Svarene vil selvsagt bli behandlet som konfidensielle.

Vi har i alt 6 grupper av spørsmål hvorav spørsmål 1 og 6 er av mer generell karakter (åpne) og kan besvares direkte på plassen avsatt under hvert respektive spørsmål. Spørsmål 2, 3, 4 og 5 er mer spesifikke og vi ønsker at de besvares i de oppstilte tabellene, da vi regner med at det gjør det enklest for både deg og oss. Vi har valgt å be deg om å skille mellom dagpasienter og inneliggende pasienter. Hvis dette skulle vise seg å være vanskelig, ber vi deg om å besvare hvert av spørsmålene for alle pasienter under ett (i tabellene betyr dette å fylle inn svarene i rubrikken som er kalt Sum)

Hvis noen av spørsmålene synes vanskelige å besvare eller ikke egner seg, gitt spesielle forhold ved deres avdeling, så kan man eventuelt beskrive disse problemene og/eller kontakte undertegnede for å motta nødvendige presiseringer.

Lykke til og på forhånd takk

SPØRSMÅL

1) Med dette spørsmålet ønsker vi å få informasjon om hvilke type inngrep din SEA faktisk utfører/hvilke pasientgrupper som faktisk behandles ved avdelingen i inneværende år og hvilke som planlegges for neste år.

a) Kan du liste opp de største pasientgruppene, fordelt på kategoriene dagpasienter og inneliggende pasienter, for inneværende år (2001) og hvilke som med all sannsynlighet blir de største neste år (2002)

Viktige pasientgrupper

Dagpasienter

Inneliggende

2001:

2002:

b) For hvilke typer pasientgrupper/inngrep (dagpasienter og inneliggende pasienter) , vil det være enklest for din avdeling å utvide aktiviteten for, gitt økt tilgang på ressurser?

Utvidelse av behandlingsskapiteten

Dagpasienter

Inneliggende

2). Vi ønsker her å få et inntrykk av hvor stor aktiviteten faktisk har vært ved din avdeling dette året (inkludert anslag for november og desember), samt hvor høyt aktivitetsnivå dere planlegger for år 2002.

Hva er det forventede behandlingsvolumet, innenfor kategoriene dagpasienter og inneliggende pasienter, for inneværende år (2001, inkludert anslag for resten av året), samt planer for neste år?

Svaret settes inn i vedlagte tabell (tabell 1, kolonne for spørsmål 2). Vi ønsker helst at svaret oppgis i samlede DRG - poeng fordelt over kategoriene dagpasienter og inneliggende pasienter. Hvis dette er problematisk, kan du slå sammen de to pasientgruppene til en (under raden Sum i tabell 1) og/eller angi pasientantall i stedet for DRG - poeng.

Tabell 1

	Spørsmål 2. Faktiske og planlagte produksjonstall				Spørsmål 3. Faktiske og forventede kostnader. Oppgitt som % av DRG-satser	
	2001		2002		2001	2002
	Antall pasienter	DRG-poeng	Antall pasienter	DRG-poeng		
Dagkirurgiske pasienter						
Inneliggende pasienter						
Sum						

3). Vi ønsker her å få et inntrykk av hva de faktiske behandlings-kostnadene per pasient har vært i år og hva de forventede kostnadene for neste år er .

Forsøk å angi hva behandlingskostnadene i gjennomsnitt har vært for de pasientgruppene som din avdeling allerede har behandlet (2001) og planlegger å behandle (2002), fordelt over kategoriene dagpasienter og inneliggende pasienter? (sett svarene inn i tabell 1 i kolonnen for spørsmål 3)

For å få et sammenlignbart uttrykk for kostnader, ønsker vi at de skal uttrykkes som prosent av de samlede DRG-satsene for pasientbehandlingen. DRG-satsen skal her være den totale summen og ikke den andel som blir refundert i ISF ordningen. Vi er klar over at differansen mellom faktiske kostnader og DRG-satsene vil variere mellom pasientgrupper og type av inngrep. Vi ber deg lage et samlet estimat (for eksempel 85 prosent av DRG eller 110 prosent av DRG).

Med kostnader mener alle typer kostnader som påføres din avdeling (og eventuelt andre avdelinger) ved behandling av de aktuelle pasientgruppene (administrative, rengjøring etc.). Hvis du bare har informasjon om enkelte av kostnadene ber vi deg om å angi dette som en kommentar til tabellen.

4). Vi ønsker å få et inntrykk av hvor stor den potensielle kapasitetsøkningen er ved din SEA på relativt kort sikt og hva den kunne vært neste år, gitt at det ikke forelå noen budsjettmessige begrensinger og pasienttilgangen var ubegrenset.

Forsøk å angi hvor mye din avdeling kunne økt sitt behandlingsvolum inneværende år og hvor stor økningen kunne bli neste år (i forhold til eventuelle plantall hvis de foreligger), gitt at hverken økonomi eller pasienttilgang var noe reellt problem, fordelt på kategoriene dagpasienter og inneliggende pasienter.

Vi ønsker helst å få svarene oppgitt som DRG-poeng (i tabell 2, kolonnen for spørsmål 4). Hvis dette er vanskelig, kan du angi den sannsynlige økningen i antall flere behandlede pasienter.

Vi tenker oss her at din avdeling ville ha hatt muligheten til å benytte ulike stimulerings tiltak (for eksempel gunstige lønnsbetingelser) for å øke antall pasienter som blir behandlet. Det er imidlertid viktig at den eventuelle økningen som oppgis, skal være mulig å gjennomføre uten at det ville gått på bekostning av behandlingsvolumet ved andre avdelinger ved ditt sykehus eller ved andre norske sykehus. Vi tenker da spesielt på mulighetene for at helsepersonell øker sitt arbeidstilbud ved din avdeling på bekostning av andre avdelinger.

Tabell 2

	Spørsmål 4. Potensiell <u>økning</u> i behandlingsvolum				Spørsmål 5. Forventede kostnader ved <u>ekstra</u> behandling utover plan. Oppgitt som % av DRG-satser	
	2001		2002		2001	2002
	Ekstra antall pasienter	Ekstra antall DRG-poeng	Ekstra antall pasienter	Ekstra antall DRG-poeng		
Dagkirurgiske pasienter						
Inneliggende pasienter						
Sum						

5). Vi ønsker å få et anslag på hva de faktiske kostnadene per pasient i gjennomsnitt ville være for det ekstra behandlingsvolumet (pasientene utover det nivået som allerede er angitt under spørsmål 4).

Vi antar at det å skulle øke behandlingsvolumet ved din avdeling inneværende år, samt øke volumet (utover eventuelle plantall) for neste år, ville ha betydd økte kostnader per behandlet pasient, for eksempel på grunn av økte lønnsutgifter som følger av ugunstig arbeidstid (kveld og helg). Forsøk å angi hva disse kostnadene i gjennomsnitt ville ha blitt for den ekstra pasientbehandling som ville blitt behandlet i tillegg til det faktiske/planlagte behandlingsvolumet ?

Hvis mulig oppgi tallet som andel av DRG - satsene (i tabell 2, kolonnen som vedrører spørsmål 5).

6). Vi ønsker med dette siste spørsmålet å få et inntrykk av hvilke “flaskehalser” som finnes ved din avdeling, altså hvilke forhold som mest sannsynlig vil hindre din avdeling i å øke behandlingsvolumet, selv om økonomiske ressurser og pasienttilgang var ubegrenset, utover det nivået som du har angitt under spørsmål 4.

Anta som før at økonomiske ressurser ikke utgjør noen begrensende faktor i behandlingsvolumet ved din avdeling. Forsøk så å identifisere en eller flere faktorer som mest sannsynlig vil hindre dere i å øke antallet ytterlig utover den økningen som allerede er angitt i spørsmål 4?

Mulige kandidater her kan være;

- sengekapasitet
- tilgang på operasjonsstuer
- tilgang på leger.
- tilgang på operasjons- og anestesisykepleiere
- vilje til overtidarbeid
- bygningsmessige forhold

FLASKEHALSER:

1.

2.

3.