

Arbeidsnotat nr. 05/07

Prioriteringspraksis før og etter sykehusreformen

av

**Jan Erik Askildsen
Tor Helge Holmås
Oddvar Kaarbø**

SNF-prosjekt nr. 2721
Prioriteringer i sykehussektoren

Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd

SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
BERGEN, Mars 2007
ISSN 1503-2140

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo. Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale og i strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

Prioriteringspraksis før og etter sykehusreformen

Jan Erik Askildsen, HEB; Tor Helge Holmås, SNF; Oddvar Kaarbøe, Rokkansenteret

Sammendrag

Dette notatet dokumenter resultater fra ett av flere arbeider som hadde som formål å evaluere effekter av sykehusreformen. Målet med reformen, som ble gjennomført fra 1. januar 2002, var å legge grunnlaget for en helhetlig og tydelig styring av spesialisthelsetjenesten. Videre skulle reformen legge til rette for en klarere ansvars- og rollefordeling, som kan gi bedre utnyttelse av ressursene i sektoren, og slik sikre alle grupper i befolkningen bedre helsetjenester. Evalueringen er gjennomført på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet og administrert av Norges forskningsråd.

Studien ser på virkninger av sykehusreformen på prioriteringspraksis. Prioriteringer måles med faktisk ventetid for elektive pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp eller rett til annen helsehjelp. Disse pasienter skal gies en individuell frist om maksimalt medisinsk forsvarlige ventetid. Pasientene deles inn i fem prioriteringsgrupper i henhold til anbefalt maksimal ventetid, innenfor ulike diagnosegrupper etter ICD10 kodeverket. Vi ser på hvorvidt prioriteringer mellom pasientgrupper er blitt mer ensartet mellom helseforetakene etter helsereformen, og om prioriteringspraksis er forbedret. For å besvare den første problemstillingen, analyserer vi om ventetid for pasientene har utjevnet seg mellom de fem RHF, og innad i hvert av RHF-ene etter sykehusreformen sammenlignet med perioden forut. Analysene av utviklingen innad i RHF er basert på endring i ventetider på fylkesnivå, siden fylkene representerer den tidligere eierstruktur. For å vurdere om prioriteringspraksis er forbedret, analyserer vi relativ endring over tid i ventetid for pasienter tilhørende de fem prioriteringsgruppene. Analysene er basert på data fra Norsk pasientregister for perioden 1999-2005. Resultater er at prioriteringspraksis, målt med ventetider, ikke synes å ha blitt utjevnet mellom de fem regionale helseforetak. Der har imidlertid blitt mer ensartet praksis innad i de fem regionale helseforetakene med unntak for Helse Midt. Både nasjonalt og innad i hvert regionale helseforetak finner vi en tendens til at lavere prioriterte grupper har fått relativt størst reduksjon i ventetider, noe som vi oppfatter som en forverring av prioriteringspraksis.

1.1 Problemstilling

En mulig effekt av sykehusreformen er at det har skjedd endringer i prioriteringspraksis. Det blir påpekt i en rekke sammenhenger at det er store ulikheter i hvilke pasienter som gis prioritert behandling, og i ventetider. Denne ulikheten synes å gjelde både geografisk og mellom diagnoser. Forskjellen synes å vedvare etter sykehusreformen i 2002, men det er interessant å se om det har skjedd endringer som kan tilskrives nye eierforhold. De nye regionene skaper nye administrative grenser for ansvarsfordelingen av pasientene. Staten sin rolle som eier har dessuten i seg selv lagt et nytt grunnlag for ensartet praksis for prioriteringer og tideling av rettigheter.

En kartlegging og forklaring av geografisk variasjon i prioriteringspraksis er viktig og interessant i seg selv, men kan altså også brukes til å etterspore en reformeffekt. Tidligere ble sykehusene eid av 19 fylker, mens staten nå er eier. Om det er slik at sykehusreformen har

påvirket prioriteringene kan en rimelig hypotese være at prioriteringspraksisen er mer ensartet mellom fylkene enn tilfellet var tidligere. En annen rimelig hypotese er at de fylkene som i dag ligger i samme helseregion har likere praksis nå enn før reformen. Det betyr altså at vi, om reformen har hatt noen effekt, vil forvente at medisinsk praksis har blitt mer ensartet både mellom landets fylker og mellom fylker i samme helseregion. Vi undersøker mer konkret den medisinske praksis ved å analysere utviklingen i ventetider for ulike prioriteringsgrupper etter helsereformen i forhold til situasjonen før 2002.

I dette prosjektet har vi undersøkt hvorvidt hypotesene om bedre og mer ensartet prioriteringspraksis kan bekreftes. I analysene vil vi benytte både enkle deskriptive metoder, og økonometriske metoder basert på bruk av paneldata. Regresjonsanalysene basert på paneldata har den fordel at vi da kan korrigere at andre forhold enn sykehusreformen som kan ha påvirket prioriteringene. Det gjelder både observerbare og uobserverbare forhold.

1.2 Bakgrunn

Generelle retningslinjer for prioritering er gitt i Prioriteringsforskriften:

§ 2. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

I henhold til Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften blir pasienter ofte kategorisert på følgende måte:

1. Øyeblikkelig hjelp (ØH)
2. Elektive, med rett til nødvendig helsehjelp
3. Elektive, med rett til annen helsehjelp
4. Etterspurte helsetjenester

Gruppe 1 og 2 omfatter pasienter som iflg. §2 i Prioriteringsforskriften har 'rett til nødvendig helsehjelp'. For pasienter i prioriteringsgruppe 2 skal det iflg. § 4 "Vurdering av og fastsettelse av frist for nødvendig helsehjelp", settes en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet. Det er først og fremst pasienter i prioriteringsgruppe 2 som blir gjenstand for analyse i dette prosjektet.

Data fra Norsk pasientregister (NPR) om tildeling av 'rett til nødvendig helsehjelp' avdekker store forskjeller mellom de regionale helseforetak (RHF), og enda større forskjeller mellom de enkelte helseforetak (HF). Noen forskjeller er å forvente, siden det tross alt er variasjon i sammensetning i befolkningen over landet. Andel pasienter som får 'rett til nødvendig helsehjelp' er imidlertid så ulik at det er grunn til å reise spørsmål om det drives en ensartet praksis over landet. Ulikhetene er også observert etter den statlige overtakelsen i 2002.

Den følgende tabellen viser variasjoner (i prosent) i andel pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp.

Tabell 1. Variasjoner (i prosent) i andel pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp

	Regional variasjon*	Variasjon HF**
Helse Øst	62	46-86
Helse Sør	59	32-81
Helse Vest	73	56-82
Helse Midt	91	85-97
Helse Nord	56	35-77

* Regionale variasjoner (prosent) i andel pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp:

** Variasjoner mellom helseforetakene i den enkelte regionen i andel pasienter (prosent) som tildeles rett til nødvendig helsehjelp:

Kilde: Data fra Norsk pasientregister, annet tertial 2005 (Sosial- og helsedirektoratet, 2006)¹.

Andel med rett til nødvendig helsehjelp varierer fra 32 til 96 prosent mellom landets helseforetak. Gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter varierer fra 35 til 126 dager mellom landets helseforetak.

Vi påpeker at det ikke nødvendigvis trenger være like stor ulikhet i tilgang til selve helsehjelpen som det er i tidelingen av retten. Selv om det synes å være store forskjeller i ventetider mellom helseforetak (RHF og HF), så trenger det ikke å være så veldig store forskjeller i ventetider mellom dem som har 'rett til nødvendig helsehjelp' (gruppe 2) og dem som har 'rett til annen helsehjelp' (gruppe 3). Tallene i Tabell 1 er i den forbindelse ikke helt enkle å tolke, siden det er forskjeller mellom helseforetakene mht hvilke pasientgrupper og diagnoser som er relevante for det enkelte sykehus. På den annen side, så er det tilfellet at der er betydelige forskjeller i offisielle ventetider mellom helseforetakene også for samme diagnose, se <http://www.sykehusvalg.net/>. Det må imidlertid påpekes at der kan være tolkningsproblemer ved vurdering av hva ventetiden innebærer.

Det kan altså være at det er mer i den formelle anvendelsen av Prioriteringsforskriften at vi finner variasjoner over regioner, helseforetak og diagnoser. Den faktiske medisinske og kirurgiske behandlingen kan være langt mer ensartet. Dette er imidlertid styringsmessig interessant: hvis en slik forskrift praktiseres uensartet, så vet en ikke presist om det er dem som trenger behandling mest som får denne først. Således er vi interessert i å avdekke forskjeller både i tidelingen av "rett", og hvilke praktiske konsekvenser det får i form av ventetider og tilgang til behandling.

1.3 Gjennomføring og data

For å sikre en systematisk og rettferdig prioritering mellom pasientgrupper må prioriteringsforskriften operasjonaliseres. Arbeid med å lage veiledere for denne operasjonaliseringen har foregått i flere av helseforetakene. Mest systematisk synes arbeidet å ha vært i Helse Vest og Helse Øst. Det foreligger egne rapporter fra arbeidet i disse to foretak, se Nordheim (2005) og Prosjekt Rett Prioritering i Helse Øst (Helse Øst RHF og Sosial- og helsedirektoratet 2006).

Utarbeiding av veiledere for medisinske og kirurgiske avdelinger i Helse Vest har pågått siden våren 2004. Vi vil bruke rapporten fra Helse Vest som utgangspunkt for vår analyse av prioriteringspraksis. I rapporten fra Helse Vest, Nordheim (2005), er det dokumentert

¹ Tabellen er hentet fra notatet 'Variasjoner i rettighetstildeling som prioriteringsutfordring. Saksunderlag til behandling i Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten, møte 1-2006', Sosial- og helsedirektoratet.

veiledere innen flere fagområder. Rapporten spesifiserer hvilke pasienter som bør tildeles rett til nødvendig helsehjelp, samt den lengste forsvarlige medisinske ventetid for pasienter som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Tildelingen av "rett", samt lengste ventetid, er imidlertid gjort på bakgrunn av en beskrivelse av medisinsk tilstand. For å kunne gjøre en formell analyse, basert på data fra NPR, må beskrivelsene av medisinsk tilstand oversettes til en ICD10 kode.

Vi har fått bistand fra medisinsk hold i å tildele ICD10 koder til tilstandsbeskrivelser, ordnet etter avdelinger og slik de foreligger i Nordheim (2005).² For hver enkelt tilstand er det oppgitt lengste medisinske forsvarlige ventetid i uker. Vi benytter data fra NPR fra perioden 1999 til 2005. Her er det blant annet informasjon om diagnoser (ICD10) og den faktiske ventetiden som den enkelte pasient opplever. På denne måten kan vi sammenligne faktisk ventetid med anbefalt ventetid.

Det har imidlertid ikke vært mulig å inkludere alle innleggelse i analysen. For å sikre entydighet i kodetildeling og ventetid, var det nødvendig å sjekke alle diagnosetildelinger mot hverandre. Grunnen er at samme ICD10 kode kan brukes for flere medisinske beskrivelser der anbefalt ventetid kan variere. Hvis ventetid er entydig, er pasientene innenfor vedkommende ICD10 inkludert. Imidlertid har vi utelatt innleggelse knyttet til samme ICD10 kode på ulike medisinske avdelinger når det er gitt ulik anbefalt ventetid. Dernest er det i flere tilfeller angitt ventetider med relativt store intervaller i antall uker. Også disse diagnoser er utelatt. Tabell 2 gir en oversikt over hvor mange sykehusopphold vi stod tilbake med etter koblingen mellom veilederen og NPR-data.

² Takk til sjefslege ved Diakonhjemmet Jacob Mosvold for utarbeiding av de relevante ICD10-koder.

Tabell 2. Antall sykehusopphold per hovedkapitel i ICD10, totalt og for utvalget

Kapitler i ICD-10	Alle opphold		Utvalget	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Infeksjonssykdommer (A00-B99)	5,445	0,45	684	0,17
Svulster (C00-D48)	203,033	16,88	92,055	22,45
Sykdommer i blodet (D50-D89)	5,078	0,42	1,903	0,46
Endokrine sykdommer (E00-E90)	20,972	1,74	12,523	3,05
Psykiske lidelser (F00-F99)	6,533	0,54	535	0,13
Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)	71,245	5,92	17,938	4,37
Sykdommer i øyet (H00-H59)	29,359	2,44	17,944	4,38
Sykdommer i øret (H60-H95)	9,590	0,80	7,092	1,73
Sykdommer i sirkulasjonssystemet (I00-I99)	110,234	9,17	23,966	5,84
Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)	77,580	6,45	47,060	11,48
Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)	84,634	7,04	30,740	7,50
Sykdommer i huden (L00-L99)	17,222	1,43	2,396	0,58
Sykdommer i muskel-skjelettet (M00-M99)	186,571	15,51	76,488	18,65
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer (N00-N99)	107,552	8,94	39,737	9,69
Svangerskap, osv. (O00-O99)	56,397	4,69	8,911	2,17
Tilstander i perinatalperioden (P00-P96)	1,904	0,16	7	0,00
Medfødte misdannelser, osv. (Q00-Q99)	28,188	2,34	4,684	1,14
Symptomer, tegn, osv. (R00-R99)	34,718	2,89	4,229	1,03
Skader, forgiftning, osv. (S00-T98)	52,060	4,33	17,743	4,33
Ytre årsaker (V00-V99)	12	0,00	0	0,00
Faktorer som .. (Z00-Z99)	94,406	7,85	3,402	0,83
Totalt	1,202,733	100,00	410,037	100,00

Tabellen viser antall elektive døgnopphold ved offentlige sykehus i perioden 1999-2005, totalt og for utvalget. Vi har imidlertid ikke kunnet bruke alle observasjoner fra dette utvalget i analysene. Årsakene til dette er flere; Vi har valgt å bare inkludere det første sykehusoppholdet for hver pasient for hvert år, vi mangler ventetider for en del pasienter, vi har valgt bare å inkludere pasienter med oppgitt ventetid mindre enn to år, vi har utelatt pasienter med diagnose innenfor hovedkapitlene "Psykiske lidelser", "Tilstander i perinatalperioden" og "Ytre årsaker", og vi har utelatt pasienter behandlet ved sykehus med svært få behandlinger. Totalt står vi etter dette tilbake med et analyseutvalg på om lag 311.000 pasienter. Når det gjelder informasjon om sykehuset hvor pasientene behandles, hadde vi planlagt å bruke data om leger per seng, sykepleiere per seng, belegg, osv. På grunn av manglende informasjon, blant annet mistet vi alle sykehus i Helse Midt, har vi valgt ikke å bruke disse dataene i analysene.

Vi har valgt å dele disse pasientene inn i 5 grupper etter medisinsk lengste forsvarlige ventetid:

- Prioriteringsgruppe 1: 0 - 4 uker
- Prioriteringsgruppe 2: 5 - 12 uker
- Prioriteringsgruppe 3: 13 - 26 uker
- Prioriteringsgruppe 4: 27- 52 uker
- Prioriteringsgruppe 5: ikke "rett"

Tabell 3 nedenfor gir en oversikt over hvordan pasientene i analyseutvalget fordeler seg på de ulike prioriteringsgruppene etter hovedkapitler i ICD10.

Pasienter med ulike diagnoser blir altså plassert i gruppe 1-5 basert på prioritet i forhold til den medisinske lengste forsvarlige ventetid oppgitt i veilederen. Vi vil da forvente at pasienter i gruppe 1 også vil ha den faktisk laveste ventetiden, mens pasienter i gruppe 5 vil ha lengst ventetid. En observert økende ventetid i data, etter stigende prioriteringsgruppe, oppfatter vi som uttrykk for at foretakene prioriterer i henhold til prioriteringsforskriften.

Tabell 3. Antall pasienter etter prioriteringsgrupper og hovedkapittel i ICD10, analyseutvalget

Kapitler i ICD-10	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5
Infeksjonssykdommer (A00-B99)	399	-	24	-	-
Svulster (C00-D48)	38,682	22,238	13,010	-	-
Sykdommer i blodet (D50-D89)	1,315	-	-	-	-
Endokrine sykdommer (E00-E90)	8,764	-	-	-	-
Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)	6,206	3,011	-	-	150
Sykdommer i øyet (H00-H59)	-	-	-	-	13,734
Sykdommer i øret (H60-H95)	-	2,937	-	1,933	-
Sykdommer i sirkulasjonssystemet (I00-I99)	3,616	5,842	3,737	1,776	-
Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)	200	36,721	88	984	-
Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)	625	15,100	7,573	1,322	-
Sykdommer i huden (L00-L99)	-	899	310	-	54
Sykdommer i muskel-skjelettet (M00-M99)	-	2,817	46,162	-	11,923
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer (N00-N99)	3,016	11,102	17,668	-	-
Svangerskap, etc. (O00-O99)	903	766	4,052	-	-
Medfødte misdannelser, etc. (Q00-Q99)	-	2,210	1,030	-	-
Symptomer, tegn, etc. (R00-R99)	794	1,585	667	-	162
Skader, forgiftning, etc. (S00-T98)	-	-	12,539	27	-
Faktorer som etc. (Z00-Z99)	2,308	188	19	-	-
Totalt	66,828	105,416	106,879	6,042	26,023

I tabell 4 viser vi gjennomsnittlige ventetider for de fem gruppene før og etter sykehusreformen. Vi ser at i perioden før reformen venter pasientene i prioriteringsgruppe 1 i gjennomsnitt 75 dager, og at ventetiden for de andre gruppene er stadig lengre desto lavere prioritet pasientene har. Vi ser videre at gjennomsnittlig ventetid for gruppe 1 og 2 er høyere enn lengste medisinske forsvarlige ventetid. For gruppe 4 er gjennomsnittlig ventetid lavere, mens den for gruppe 3 er omtrent som lengste medisinske forsvarlige ventetid. Det ser derfor ut for at gruppene av pasienter som skulle hatt lavest prioritet, til en viss grad overprioriteres. Sammenligner vi ventetidene før reformen med ventetidene etter, ser vi videre at det heller ikke synes som om det har vært noen bedring i prioriteringspraksisen. Tvert imot synes det som forskjellene mellom gruppene har blitt mindre etter reformen.

Tabell 4. Ventetider før og etter sykehusreformen, ulike prioriteringsgrupper

	Gjennomsnittlig ventetid	
	1999-2001	2002-2005
Prioriteringsgruppe 1	74.53 (126.22)	74.21 (124.76)
Prioriteringsgruppe 2	130.06 (147.34)	112.91 (132.18)
Prioriteringsgruppe 3	182.93 (155.34)	156.61 (138.32)
Prioriteringsgruppe 4	194.10 (169.59)	194.50 (173.41)
Prioriteringsgruppe 5	202.42 (152.95)	167.05 (136.20)

1.4 Økonometrisk metode

Fokuset i dette prosjektet har for det første vært på om prioriteringene er blitt likere over regioner og over tid, og deretter om prioriteringene er blitt bedre etter innføringen av sykehusreformen. Når det gjelder det første spørsmålet har vi sett på ventetider og andelen som venter utover lengste medisinske forsvarlige ventetid. Siden vi har kunnet gruppere pasienter etter hvor lenge de bør vente, og kan observere hvor lenge de faktisk venter, har det også vært mulig å studere om prioriteringene er blitt bedre over tid. Bedre prioritering oppfatter vi å innebære at de pasienter som har den korteste medisinske forsvarlige ventetiden, over tid får kortere ventetid i forhold til de med lengre medisinsk forsvarlig ventetid. Det er i denne sammenheng viktig å påpeke at vi må korrigere for forhold som gjør at alle pasienter av ulike utenforliggende årsaker, eksempelvis en generell økning eller reduksjon i budsjetter, uansett vil kunne få en kortere eller lengre ventetid. Vi studerer prioriteringspraksis ved hjelp av deskriptiv statistikk og økonometriske analyser. På grunn av plassbegrensninger har vi ikke kunnet inkludere alle analyseresultatene i denne rapporten, og viser til en kommende rapport fra Helseøkonomi Bergen (HEB) for en mer fullstendig presentasjon av metoder og resultater.

I regresjonsanalysene bruker vi pasienter som observasjonsenhet. Vår strategi for å avdekke eventuelle reformeffekter er å studere geografiske variasjoner i prioritering over tid. I analysene på hele landet grupperer vi pasientene etter hvilken helseregion de tilhører, og i analysene av de enkelte helseregionene grupperer vi pasientene etter fylke. Ved hjelp av interaksjonsvariabler tester vi for om ventetider og andelen som venter for lenge er mer ensartet mellom geografiske områder etter reformen enn hva som var tilfelle før. I disse regresjonene er det viktig å kontrollere for at andre forhold kan ha endret seg over tid og mellom regioner. Vi benytter en metode der vi, foruten de inkluderte forklaringsvariablene, kontrollerer for at observerte og uobserverte forhold (tidskonstante) ved sykehusene kan påvirke prioriteringspraksis.

1.5 Resultater

Analysen gjennomføres først for hele landet, og vi ser her på ventetid for de pasienter som tilhører vedkommende RHF. Dernest ser vi på hvert av de fem regionale helseforetak for seg, og studerer variasjoner for pasienter med bosted i de enkelte fylker innen hver RHF. Da betrakter vi enheter som tidligere var formelt uavhengige av hverandre, men som fra 2002 tilhører samme administrative enhet.

Hvis sykehusreformen har medvirket til en jevnere prioritering, vil vi observere at ventetiden har jevnet seg ut. Det gjelder mellom de fem regionale helseforetakene, og mellom de fylkene som inngår i en RHF (eksempelvis mellom Nordland, Troms og Finmark innen RHF Nord).

Tabell 5 nedenfor viser gjennomsnittlige ventetider og andelen som venter utover lengste forsvarlige ventetid for pasienter bosatt i de fem helseregionene. Når det gjelder ventetider, ser vi at det har vært en nedgang for alle regioner om vi sammenligner perioden før reformen med perioden etter. Sterkest har nedgangen vært for Helse Sør og svakest for Helse Nord. Andelen som venter lengre enn lengste anbefalte ventetid har også gått ned i perioden etter reformen sammenlignet med perioden før. Ut fra disse tallene er det imidlertid vanskelig å si noe om prioriteringen er blitt likere mellom regionene etter reformen. Det er flere årsaker til at denne sammenlikningen er problematisk. Vi har her ikke korrigert for at pasientsammensetningen kan variere over tid og over regioner. Det kan også ha vært en felles tidstrend for alle helseforetakene, for eksempel knyttet til overordnede budsjettendringer. Flere andre observerbare og uobserverbare forhold vil generelt påvirke utviklingen, og bidra til å vanskeliggjøre en sammenlikning.

Tabell 5. Ventetider, alle helseregioner

	Gjennomsnittlig ventetid		Andelen som venter lengre enn anbefalt	
	1999-2001	2002-2005	1999-2001	2002-2005
Helse Øst	138.94 (153.25)	119.65 (152.37)	38.19	33.56
Helse Sør	149.22 (152.37)	122.55 (152.50)	43.62	36.52
Helse Vest	152.46 (159.16)	132.05 (140.39)	44.94	41.26
Helse Midt	153.08 (157.80)	132.84 (140.82)	43.87	39.00
Helse Nord	126.79 (141.20)	124.75 (138.41)	37.16	37.82

Regresjonsanalyser gir et bedre grunnlag for å gjøre de ønskede sammenlikninger. La oss først se på prioritering og de faktiske ventetider mellom de fem RHF. Tabell 6 viser resultater fra to modeller, en 'random effect panel data modell' (tallkolonne 2 og 3) og en 'probit modell' (tallkolonne 4 og 5)³. Foruten prioritet og hvilket RHF pasienten tilhører, har vi som kontrollvariable inkludert alder, kjønn, antall bi-diagnoser, om behandling er kirurgisk (dummy), hvorvidt behandling skjedde på regionsykehus eller sentralsykehus (dummyer), en tidstrend, og ICD10 hovedgrupper.

³ Dette er standard modeller brukt i økonometriske analyser. Det vises til en kommende HEB-rapport for mer utførlig forklaring og motivasjon av modellvalg.

Tabell 6. Regresjonsresultat, alle helseregioner

	Ventetid		Sannsynligheten for å vente utover lengste forsvarlige ventetid	
Alder 80+	-0.0578*** (0.0100)	-0.0586*** (0.0100)	-0.0223*** (0.0048)	-0.0223*** (0.0048)
Alder 67-80	0.0373*** (0.0090)	0.0381*** (0.0090)	0.0185*** (0.0043)	0.0188*** (0.0043)
Alder 30-66	0.1163*** (0.0082)	0.1164*** (0.0082)	0.0588*** (0.0038)	0.0591*** (0.0038)
Alder 15-29	0.0945*** (0.0094)	0.0936*** (0.0094)	0.0615*** (0.0044)	0.0611*** (0.0044)
Mann	0.0098** (0.0045)	0.0103** (0.0045)	0.0071*** (0.0021)	0.0073*** (0.0021)
Antall bidiagnoser	-0.0202*** (0.0018)	-0.0209*** (0.0018)	0.0001 (0.0008)	0.0001 (0.0008)
Kirurgi	0.2246** (0.0053)	0.2247** (0.0053)	0.0333** (0.0024)	0.0330** (0.0024)
Helse Øst post	-0.0144 (0.0099)	-	-0.0108* (0.0046)	-
Helse Sør	-0.0015 (0.0132)	-0.0126 (0.0115)	0.0566** (0.0041)	0.0480*** (0.0028)
Helse Vest	0.0348* (0.0200)	0.0525*** (0.0189)	0.0270*** (0.0044)	0.0391*** (0.0028)
Helse Midt	0.0798*** (0.0227)	0.1001*** (0.0216)	0.0146*** (0.0047)	0.0280*** (0.0031)
Helse Nord	-0.0835*** (0.0246)	0.0249 (0.0237)	-0.0627*** (0.0046)	-0.0221*** (0.0032)
Helse Sør post	-0.0693*** (0.0107)	-	-0.0254*** (0.0050)	-0.0254*** (0.0050)
Helse Vest post	0.0210* (0.0113)	-	0.0091* (0.0053)	-
Helse Midt post	0.0117 (0.0128)	-	0.0117** (0.0060)	-
Helse Nord post	0.1507** (0.0131)	-	0.0675*** (0.0064)	-
Prioriteringsgruppe 1 post	-	0.1226*** (0.0110)	-	0.0524*** (0.0052)
Prioriteringsgruppe 2	0.3584*** (0.0075)	0.4341*** (0.0099)	-0.1873*** (0.0032)	-0.1612*** (0.0043)
Prioriteringsgruppe 3	0.9882*** (0.0084)	1.0190*** (0.0107)	-0.2498*** (0.0035)	-0.2056*** (0.0045)
Prioriteringsgruppe 4	0.8968*** (0.0173)	0.8961*** (0.0247)	-0.3485*** (0.0023)	-0.3503*** (0.0031)
Prioriteringsgruppe 5	0.8019*** (0.0140)	0.9206*** (0.0171)	-	-
Prioriteringsgruppe 2 post	-	-0.0045 (0.0096)	-	0.0049 (0.0044)
Prioriteringsgruppe 3 post	-	-0.0404*** (0.0096)	-	-0.0310*** (0.0043)
Prioriteringsgruppe 4 post	-	0.1242*** (0.0298)	-	0.0690*** (0.0164)
Prioriteringsgruppe 5 post	-	-0.0754*** (0.0153)	-	-
Regionsykehus	0.3691*** (0.0761)	0.3652*** (0.0954)	0.1199*** (0.0027)	0.1189*** (0.0027)
Sentralsykehus	0.0486 (0.0530)	0.0479 (0.0663)	-0.0080*** (0.0023)	-0.0091*** (0.0023)
Tidstrend	-0.0409*** (0.0020)	-0.0418*** (0.0020)	-0.0168*** (0.0010)	-0.0171*** (0.0010)
<i>Hovedkappitler ICD10:</i>				
Svulster (C00-D48)	-0.1031** (0.0544)	-0.1064** (0.0544)	-0.0719*** (0.0232)	-0.0723*** (0.0232)
Sykd i blod.. (D50-D89)	0.2041*** (0.0621)	0.2032*** (0.0621)	0.0561*** (0.0284)	0.0559*** (0.0284)
Endokrine sykd.. (E00-E90)	0.8343*** (0.0553)	0.8331*** (0.0553)	0.2411*** (0.0247)	0.2408*** (0.0247)
Sykd i nervesyst. (G00-G99)	1.0748*** (0.0553)	1.0703*** (0.0553)	0.3475*** (0.0221)	0.3458*** (0.0221)
Sykd i øye.. (H00-H59)	0.9033*** (0.0571)	0.8844*** (0.0571)	-	-
Sykd i øre.. (H60-H95)	1.3344*** (0.0572)	1.3314*** (0.0572)	0.4431*** (0.0182)	0.4418*** (0.0182)
Sykd i sirk.syst (I00-I99)	0.1184** (0.0551)	0.1166** (0.0551)	0.0564** (0.0253)	0.0559** (0.0253)
Sykd i åndedr.syst (J00-J99)	1.1766*** (0.0551)	1.1738*** (0.0551)	0.4043*** (0.0216)	0.4034*** (0.0216)
Sykd i ford.syst (K00-K93)	0.6997*** (0.0550)	0.6966*** (0.0550)	0.2378*** (0.0248)	0.2368*** (0.0248)
Sykd i hud.. (L00-L99)	-0.0334 (0.0628)	-0.0410 (0.0628)	-0.0137 (0.0284)	-0.0167 (0.0284)
Sykd i musk.-skj.(M00-M99)	1.0275*** (0.0550)	1.0246*** (0.0550)	0.3315*** (0.0236)	0.3309*** (0.0236)
Sykd i urin- kj.org (N00-N99)	0.7826*** (0.0548)	0.7798*** (0.0548)	0.2557*** (0.0245)	0.2552*** (0.0245)
Svangerskap,.. (O00-O99)	0.5123*** (0.0565)	0.5138*** (0.0565)	0.3244*** (0.0231)	0.3255*** (0.0231)
Medfødte misd. .. (Q00-Q99)	0.7306*** (0.0580)	0.7273*** (0.0580)	0.2743*** (0.0251)	0.2729*** (0.0251)
Sympt., tegn,.. (R00-R99)	0.3440*** (0.0577)	0.3433*** (0.0577)	0.1129*** (0.0270)	0.1129*** (0.0270)
Skader, forgift... (S00-T98)	0.5422*** (0.0556)	0.5405*** (0.0556)	0.2432*** (0.0249)	0.2435*** (0.0249)
Faktorer som .. (Z00-Z99)	0.7386*** (0.0585)	0.7253*** (0.0585)	0.2297*** (0.0585)	0.2240*** (0.0585)
Konstantledd	84.5588*** (4.0408)	86.2814*** (4.0323)	-	-
Antall observasjoner	311189	311189	285166	285166
Antall sykehus	58	58	58	58

Kanskje noe overraskende finner vi at de eldste pasientene har kortere ventetid enn de øvrige alderskategorier, tilsvarende gjelder for pasienter med bi-diagnoser. Disse to resultater kan muligens forklares med grad av alvorlighet i tilstanden, og utfallet er i så fall i overensstemmelse med prioriteringsforskriften. Kirurgiske inngrep innebærer lengre ventetid. Ventetiden er lengst på regionsykehus, og ventetiden synker over tid. Det siste innebærer at alle helseforetakene i løpet av perioden har stått overfor forhold som har bidratt til at ventetiden totalt har gått ned, uten at vi kan si mer spesifikt hva som har forårsaket denne reduksjonen.

Vi starter med å fokusere på om det har skjedd en utjevning i prioriteringspraksis. I regresjonene sammenligner vi ventetidene i de ulike regionene, før og etter reformen, med ventetiden i Helse Øst før reformen. Det vil si at for eksempel variabelen "Helse Midt" måler forskjellen i ventetid mellom Helse Midt før reformen og Helse Øst før reformen. Det at koeffisienten til denne variabelen er lik 0,0798 betyr at ventetiden var omtrent 8 % høyere i Helse Midt i perioden før reformen sammenlignet med før-reformperioden i Helse Øst. Vi legger videre merke til at bare Helse Nord har en lavere ventetid enn Helse Øst før reformen. Dette er i samsvar med resultatene for gjennomsnittlig ventetid gjengitt i Tabell 5.

La oss nå se på "Helse Øst post". Denne variabelen viser forskjellen i ventetid i Helse Øst i perioden etter reformen sammenlignet med perioden før. Denne er omtrent 1,5 %, men ikke signifikant. Det betyr at vi må konkludere med at ventetidene var de samme i Helse Øst før og etter reformen. Ventetidene i Helse Vest og Helse Midt er høyere enn i Helse Øst før reformen. Siden ventetiden ikke har hatt noen signifikant endring i Helse Øst, vil en utjevning i ventetider måtte innebære en nedgang i ventetider for disse regionene. I Helse Vest og Helse Midt har det tvert imot vært en økning etter reformen, sammenlignet med Helse Øst, men for Helse Midt er denne forskjellen ikke signifikant forskjellig fra null⁴. Helse Sør hadde ikke signifikant forskjellig ventetid fra Helse Øst før reformen, men har hatt en nedgang etter reformen (i motsetning til Helse Øst). Ser vi på Helse Nord var ventetiden før reformen litt over 8 % lavere enn i Øst før reformen. Her har det vært en økning etter reformen, men denne økningen er for stor til at den har bidratt til en utjevning. Om vi ser på sannsynligheten for å vente utover lengste medisinske forsvarlige ventetid, ser vi en helt parallell situasjon.

Konklusjon 1. Det virker ikke som om sykehusreformen har bidratt til likere prioriteringer over helseregionene, snarere tvert imot.

Et annet spørsmål er om prioriteringene er "riktige" og om de eventuelt har blitt "bedre" etter reformen. Fra tabellen, tallkolonne 1, ser vi at prioriteringsgruppe 2 venter 36 % lengre enn prioriteringsgruppe 1, at prioriteringsgruppe 3 venter 99 % lengre, prioriteringsgruppe 4 90 % lengre, og prioriteringsgruppe 5 (de som ikke skulle ha rett til helsehjelp) venter 80 % lengre. Disse tallene gjelder for hele perioden 1999-2005, og viser at de pasientene som, i henhold til veilederne, burde ha kortest ventetid, faktisk venter kortest. På den annen side viser resultatene at forskjellene mellom de ulike prioritetsgruppene var for liten, det vil si at pasienter med mindre alvorlig lidelser hadde for høy prioritet sammenlignet med pasienter med mer alvorlige lidelser. Ser vi på sannsynligheten for å vente utover hva som er medisinsk forsvarlig, får vi samme inntrykk. Sammenlignet med prioriteringsgruppe 1, hadde gruppe 2 19 % lavere sannsynlighet for lengre ventetid, gruppe 3 hadde 25 % lavere sannsynlighet og gruppe 4 hadde 35 % lavere sannsynlighet (tallkolonne 3). Om det var slik at man kunne stille

⁴ Her må man huske at vi korrigerer for en tidstrend. Siden tidstrenden er negativ, betyr det at vi korrigerer for forhold som har redusert ventetidene på samme måte i alle helseregionene.

en diagnose med 100 % sikkerhet, ville vi forvente at sannsynligheten skulle være den samme for alle grupper. Dette er naturligvis ikke tilfellet, men forskjellene er likevel så store at det synes å bekrefte en overprioritering av pasientene med de minst alvorlige lidelsene.

Hvordan har så prioriteringspraksisen utviklet seg over tid? Her bruker vi resultatene fra tallkolonne 2, der vi sammenligner prioriteringsgruppene før og etter reformen. Vi ser først at koeffisienten til prioriteringsgruppe 1 post er på 0,1226. Dette betyr at pasientene i prioriteringsgruppe 1 venter om lag 12 % lengre etter reformen enn sammenlignet med før reformen. Siden pasientene med høyeste prioritet venter lengre etter reformen enn de gjorde før, måtte det være slik at de andre prioriteringsgruppene skulle vente enda lengre, sammenlignet med prioriteringsgruppe 1 før reformen hvis prioriteringene skulle ha blitt bedre. Med unntak av prioriteringsgruppe 4, er tendensen den motsatte. Samme tendens finner vi om vi ser på sannsynligheten for å vente lengre enn lengste medisinske forsvarlige ventetid.

Konklusjon 2. Ventetiden mellom de ulike prioriteringsgruppene viser mindre spredning etter reformen sammenlignet med før reformen. Dette tyder på at prioriteringene er blitt dårligere etter reformen.

Vi vil nå sammenligne utviklingen internt i de ulike helseregionene. Vi forklarer i her utviklingen for Helse Nord. Resultater for de øvrige helseregioner er oppsummert i Tabell 9, og mer utførlig referert og forklart i vedlegg.

Tabell 7. Beskrivelse av ventetider Helse Nord

	Gjennomsnittlig ventetid		Andelen som venter lengre enn anbefalt	
	1999-2001	2002-2005	1999-2001	2002-2005
Troms	161.34 (162.99)	142.30 (146.06)	49.10	42.02
Nordland	108.57 (124.39)	113.19 (129.04)	30.91	35.36
Finnmark	125.78 (140.50)	134.91 (150.54)	37.44	39.46

Tabell 7 viser gjennomsnittlige ventetider og andelen som venter utover lengste forsvarlige ventetid for utvalget fra Helse Nord. Vi tar utgangspunkt i pasienter bosatt i Troms fylke, og ser at ventetiden for disse var omtrent 161 dager før reformen og 142 dager etter reformen. Pasientene fra Finnmark og Nordland hadde kortere ventetid enn pasientene fra Troms før reformen, men ventetiden for pasientene i disse to fylkene har økt etter reformen. Det synes derfor som om det har skjedd en utjevning i ventetider i Helse Nord. Ser vi på andelen som venter lengre enn lengste forsvarlige ventetid, finner vi samme tendens. Andelene som venter for lenge er likere i de tre fylkene etter reformen enn før.

Tabell 8. Regresjonsresultater Helse Nord

	Ventetid	Sannsynligheten for å vente utover lengste forsvarlige ventetid
Troms post	0.0717** (0.0286)	0.0361 (0.0356)
Nordland	-0.4232*** (0.0192)	-0.5110*** (0.0241)
Nordland post	0.2440*** (0.0237)	0.3157*** (0.0291)
Finnmark	-0.2520*** (0.0251)	-0.2936*** (0.0317)
Finnmark post	0.2286*** (0.0324)	0.2537*** (0.0400)
Prioriteringsgruppe 1 post	0.3541*** (0.0307)	0.1122*** (0.0148)
Prioriteringsgruppe 2	0.3475*** (0.0277)	-0.2150*** (0.0118)
Prioriteringsgruppe 2 post	0.2473*** (0.0254)	0.1181*** (0.0123)
Prioriteringsgruppe 3	0.9115*** (0.0297)	-0.2500*** (0.0120)
Prioriteringsgruppe 3 post	0.1499*** (0.0263)	0.0464** (0.0125)
Prioriteringsgruppe 4	0.6022*** (0.0541)	-0.3546*** (0.0055)
Prioriteringsgruppe 4 post	0.2675*** (0.0674)	0.0829*** (0.0391)
Prioriteringsgruppe 5	0.9236*** (0.0510)	-
Prioriteringsgruppe 5 post	0.0760* (0.0453)	-

I regresjonsanalysene for de enkelte helseregionene bruker vi samme modeller som ovenfor, men vi presenterer bare et utvalg av resultatene her (tabell 8). Resultatene fra regresjonene synes å bekrefte den deskriptive statistikken. Pasientene fra Troms ventet i gjennomsnitt 7 % lengre etter reformen sammenlignet med før reformen. Pasientene i Nordland og Finnmark hadde signifikant lavere ventetid før reformen (henholdsvis 42 % og 25 %), sammenlignet med Troms før reformen. Siden ventetidene i Nordland og Finnmark er signifikant høyere etter reformen enn de var før, og siden disse ventetidene er høyere enn veksten i Troms etter reformen, viser dette at det har skjedd en utjevning av ventetidene i Helse Nord etter reformen. Vi ser en helt tilsvarende tendens når det gjelder andelen som venter utover lengste forsvarlige ventetid, og vi konkluderer derfor med at reformen synes å ha ført til likere prioriteringer i Helse Nord.

Det neste spørsmålet er om reformen har ført til ”bedre” prioritering i Helse Nord. Vi ser at før reformen ventet pasienter i prioriteringsgruppe 2 35 % lengre enn pasientene i gruppe 1, pasientene i gruppe 3 ventet 91 % lengre, pasientene i gruppe 4 60 % lengre, mens pasientene i gruppe 5 ventet 92 % lengre. Etter reformen venter pasientene i prioriteringsgruppe 1 35 % lengre enn hva de gjorde før reformen. Siden forskjellene i ventetid sammenlignet med prioriteringsgruppe 1 synes å være for lav for alle prioriteringsgrupper, vil økningen i ventetider for disse gruppene måtte være større enn 35 % om det skal ha skjedd en ønsket utvikling. Fra tabellen ser vi at dette ikke er tilfellet. For prioriteringsgruppene 2-5 finner vi en mindre økning i ventetid etter reformen enn pasientene i prioriteringsgruppe 1 hadde. Dette er neppe en ønskelig utvikling. Vi ser samme tendens når det gjelder sannsynligheten for å vente utover det anbefalte, og det synes derfor som tendensen i Helse Nord er at det skilles mindre mellom ulike pasientgrupper etter reformen sammenlignet med før-reform perioden.

Vi har gjennomført tilsvarende analyser for de fire andre helseforetakene.⁵ Resultatene fra analysen (samt fra Helse Nord) er oppsummert i den neste tabellen.

⁵ Tabeller med gjennomsnittlig ventetid og regresjonsresultatene for de ulike helseregionene er tilgjengelig i HEB-rapport som blir offentliggjort medio februar 2007.

Tabell 9. Oppsummering av reformeffekter i alle fem helseforetak

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Har reformen ført til en likere prioritering?	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja
Har reformen ført til en bedre prioritering?	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei

1.6 Drøfting og konklusjon

I dette notatet har vi analysert virkninger sykehusreformen har hatt på prioriteringspraksis. Våre hypoteser har vært at dersom sykehusreformen har påvirket prioriteringene vil vi vente at prioriteringspraksis er mer ensartet mellom helseforetakene nå sammenlignet med perioden før sykehusreformen. I tillegg forventer vi å finne at fylkene innen den samme helseregion har en likere prioriteringspraksis nå enn før reformen.

For å undersøke disse hypotesene har vi analysert data fra Norsk pasientregister for perioden 1999-2005. I analysene har vi brukt både enkle deskriptive metoder og regresjonsanalyser hvor vi korrigerer for at andre forhold enn sykehusreformen kan ha påvirket prioriteringene (både observerbare og uobserverbare forhold).

Et hovedpoeng i våre analyser har vært at vi har kunnet oversette beskrivelser av medisinske tilstander til en ICD10-kode. Derved har vi mulighet til å sammenligne den lengste forsvarlige medisinske ventetiden som de faglige veilederne foreskriver rettighetspasientene, med faktisk ventetid for pasienter som var innlagt på norske sykehus i løpet av en periode forut for sykehusreformen i 2002, og etterpå. Vi greier imidlertid ikke å finne en entydig kobling mellom beskrivelse av medisinske tilstander og ICD10-koder for alle pasienter som er behandlet i perioden 1999-2005. I tillegg mangler vi ventetidsdata for en del pasienter. Totalt er utvalget vi analyserer på ca. 310 000 pasienter.

Vi analyserer først utviklingen i ventetid for hele landet. Da er det den relative utviklingen mellom de fem regionale helseforetakene som vurderes. I analysene deler vi inn pasientene i fem prioriteringsgrupper, hvor pasientene i prioriteringsgruppe én har lavere lengste medisinsk forsvarlige ventetid enn pasientene i prioriteringsgruppe to, osv. Foruten prioritet og hvilket RHF pasientene tilhører inkluderer vi blant annet kontrollvariabler for kjønn, om behandlingen er medisinsk eller kirurgisk, og en variabel som fanger opp utvikling over tid.

Vi sammenligner så ventetiden i de ulike helseregionene før og etter sykehusreformen. Hvis vi finner at ventetidene mellom helseregionene er mindre avvikende etter reformen sammenlignet med før reformen, vil vi konkludere med at sykehusreformen har bidratt til en likere prioriteringspraksis. Analysene viser imidlertid at dette ikke er tilfellet. Tvert imot finner vi at det er større variasjon i ventetider mellom helseregionene nå enn det som var tilfelle når fylkene var eiere av sykehusene.

Deretter sammenlignet vi ventetidene for pasientene som tilhører de ulike prioriteringsgruppene. Hypotesen vår er at sykehusreformen har bidratt til en mer korrekt prioritering dersom forskjellen i ventetidene mellom de ulike prioriteringsgruppene har økt etter sykehusreformen sammenlignet med før-reform perioden. Argumentet som ligger bak dette resonnetet er at en god prioritering impliserer at pasienter som er lavt prioritert har en relativt lang ventetid sammenlignet med pasienter som er høyt prioritert. Igjen viser analysene at så ikke er tilfellet. Faktisk er det slik at hvis vi sammenligner ventetiden mellom pasienter

som er høyt prioritert med de pasientene som i følge de faglige veilederne er lavt prioritert, finner vi at forskjellene i ventetider er større etter reformen enn i før-reform perioden. Dette tyder på at den faktiske prioriteringen er blitt dårligere etter reformen.

Til slutt sammenligner vi utvikling i ventetid mellom fylker innen den samme helseregion. Vi gjør de samme typene analyser som vi gjorde for hele landet, men nå er det fylker innen en region som er enhet for analysen. Vi stiller de samme spørsmålene som over: Er ventetidsmønsteret mellom fylkene i en helseregion mer ensartet etter reformen enn i før-reform periodene, og er den relative forskjellen mellom ventetidene for de ulike prioriteringsgruppene mindre etter reformen enn i før-reform perioden?

Svarene vi får på disse spørsmålene er at ventetiden er blitt mer ensartet mellom fylkene i fire av fem helseregioner, men at reformen ikke har bidratt til en bedre prioritering i noen av helseregionene.

Denne studien er ikke designet slik at vi kan gi noe presist svar på hvorfor vi finner en utvikling i prioriteringspraksis slik vi her har avdekket. Ventetidene har gått noe ned totalt sett, og det har vært en politisk ønsket utvikling. Det kan være at fokus da har vært for mye på å redusere ventelistene som sådan. I bestrebelser på å få ned ventetider er det ikke åpenbart at det er de pasienter som bør ha størst prioritet som nyter godt av tiltakene. Flere forhold kan gjøre at helseforetakene vil bruke relativt sett mest ressurser der det er lettest å få synlige effekter på ventetider.

I sine bestrebelser for å redusere ventelistene, kan en tenke seg at det er blant de minst prioriterte pasientene at det er mest å hente. Det kan ha sammenheng med finansieringssystemet, og med inntektsmotivert atferd i helseforetakene. For pasienter med mindre alvorlige lidelser, vil det ofte være lettere å skaffe til veie økt behandlingsskapasitet. Blant disse grupper er det også tenkelig at der skjer kostnadsbesparende endringer i behandlingspraksis og -teknologi som kan gjøre enkelte diagnosegrupper attraktive som målgrupper for aktivitetsøkninger. En må da være oppmerksom på at den noe forverrede prioriteringen godt kan drives av forbedring blant lettere diagnosegrupper uten at det trenger å bli absolutt verre for de tyngre pasienter. Den tilsynelatende uønskede utvikling i prioritering mellom de fem prioriteringsgruppene kan også skyldes praktiske og andre økonomiske forhold i helseforetakene. Det kan være at det for de mest prioriterte pasientene er praktisk vanskelig, og svært kostnadskrevende, å få ventetiden særlig redusert på kort sikt, og innenfor gitte budsjettammer. Hvorvidt en da kan si at problemet med for lite ensartet praksis, og mulige feilprioriteringer mellom pasientgrupper, skyldes helseforetaksreformen som sådan, eller at samordningen er blitt forstyrret av andre styringssignaler, er vanskelig å avgjøre. Vi vil imidlertid hevde at det uansett er interessant å observere hvorvidt det skjer en utvikling i retning av noe som oppfattes som et formål med sykehusreformen.

Det er for så vidt ikke overraskende at vi finner at reformen har påvirket prioriteringspraksis i helseregionene internt, men altså ikke nasjonalt. Styringen er trolig sterkere innad i helseforetakene enn overfor de fem RHF. Hver enkelt RHF kan ha mulighet i større grad enn nasjonale myndigheter til å bruke ulike mekanismer for å sikre ensartet praksis innenfor området sitt. Det kan også være at fritt sykehusvalg, som ble innført i 2001, virker sterkere som en ventetidsutjevner innad i RHF enn mellom RHF, og som sådan kan denne ordningen ha bidratt til en større lokal enn nasjonal utjevning.

Vi vil til slutt påpeke at dette er et felt som krever videre studier. Veilederne som ligger til grunn for vår kategorisering av pasienter i prioriteringsgrupper kan forbedres, og spesielt gjøres mer presise. Koblingen mellom veilederne og ICD10 kodeverket har også et potensial for forbedring, kanskje særlig med tanke på å inkludere flest mulig pasientgrupper, men trolig også i forhold til presisjonsnivået i koblingene. Dette vil gjøre det mulig å undersøke/overvåke prioriteringspraksisen på et mye mer detaljert nivå enn hva som har vært gjort opp til nå. Tidligere studier er oftest basert på mer aggregerte data og grove pasientklassifiseringer. Fordelene med analysen her er at vi har kunnet bruke mer disaggregerte data, og mer spesielt at vi har hatt tilgang til et faglig basert grunnlag for inndeling av pasienter i ulike prioriteringskategorier. Dette åpner for eksempel for at man, innenfor de enkelte prioriteringsgruppene eller innenfor geografiske regioner, kan finne ut hvilke diagnosegrupper som blir gitt for høy eller lav prioritet. Tilsvarende kan man naturligvis gruppere pasientene etter andre kriterier, for eksempel etter kjønn eller alder.

1.7 Referanser

Nordheim, Ole Frithjof, Praktisering av prioriteringsforskriften i Helse Vest, Rapport Helse Vest, 2005.

Helse Øst RHF og Sosial- og helsedirektoratet. Rapport. Prosjekt Rett Prioritering i Helse Øst. 2006.