

Health Systems in Transition

Vol. 15 No. 8 2013

 kunnskapssenteret

Det norske helsesystemet

2013

Ånen Ringard • Anna Sagan
Ingrid Sperre Saunes • Anne Karin Lindahl

European
Observatory 
on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Anna Sagan (Editor), Sarah Thomson and Ewout van Ginneken were responsible for this HiT

Editorial Board

Series editors

Reinhard Busse, Berlin University of Technology, Germany
Josep Figueras, European Observatory on Health Systems and Policies
Martin McKee, London School of Hygiene & Tropical Medicine, United Kingdom
Elias Mossialos, London School of Economics and Political Science, United Kingdom
Sarah Thomson, European Observatory on Health Systems and Policies
Ewout van Ginneken, Berlin University of Technology, Germany

Series coordinator

Gabriele Pastorino, European Observatory on Health Systems and Policies

Editorial team

Jonathan Cylus, European Observatory on Health Systems and Policies
Cristina Hernández-Quevedo, European Observatory on Health Systems and Policies
Marina Karanikolos, European Observatory on Health Systems and Policies
Anna Maresso, European Observatory on Health Systems and Policies
David McDaid, European Observatory on Health Systems and Policies
Sherry Merkur, European Observatory on Health Systems and Policies
Philipa Mladovsky, European Observatory on Health Systems and Policies
Dimitra Panteli, Berlin University of Technology, Germany
Wilm Quentin, Berlin University of Technology, Germany
Bernd Rechel, European Observatory on Health Systems and Policies
Erica Richardson, European Observatory on Health Systems and Policies
Anna Sagan, European Observatory on Health Systems and Policies

International advisory board

Tit Albreht, Institute of Public Health, Slovenia
Carlos Alvarez-Dardet Díaz, University of Alicante, Spain
Rifat Atun, Harvard University, United States
Johan Calltorp, Nordic School of Public Health, Sweden
Armin Fidler, The World Bank
Colleen Flood, University of Toronto, Canada
Péter Gaál, Semmelweis University, Hungary
Unto Häkkinen, Centre for Health Economics at Stakes, Finland
William Hsiao, Harvard University, United States
Allan Krasnik, University of Copenhagen, Denmark
Joseph Kutzin, World Health Organization
Soonman Kwon, Seoul National University, Republic of Korea
John Lavis, McMaster University, Canada
Vivien Lin, La Trobe University, Australia
Greg Marchildon, University of Regina, Canada
Alan Maynard, University of York, United Kingdom
Nata Menabde, World Health Organization
Ellen Nolte, Rand Corporation, United Kingdom
Charles Normand, University of Dublin, Ireland
Robin Osborn, The Commonwealth Fund, United States
Dominique Polton, National Health Insurance Fund for Salaried Staff (CNAMTS), France
Sophia Schlette, Federal Statutory Health Insurance Physicians Association, Germany
Igor Sheiman, Higher School of Economics, Russian Federation
Peter C. Smith, Imperial College, United Kingdom
Wynand P.M.M. van de Ven, Erasmus University, The Netherlands
Witold Zatonski, Marie Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre, Poland

Health Systems in Transition

Ånen Ringard, *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Anna Sagan, *European Observatory on Health Systems and Policies, LSE Health*

Ingrid Sperre Saunes, *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Norwegian Knowledge Centre for the Health Services*

Anne Karin Lindahl, *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Det norske helsesystemet: 2013



The European Observatory on Health Systems and Policies is a partnership, hosted by the WHO Regional Office for Europe, which includes the Governments of Austria, Belgium, Finland, Ireland, the Netherlands, Norway, Slovenia, Spain, Sweden, the United Kingdom and the Veneto Region of Italy; the European Commission; the European Investment Bank; the World Bank; UNCAM (French National Union of Health Insurance Funds); the London School of Economics and Political Science; and the London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Nøkkelord:

HELSETJENESTER

EVALUERINGSSTUDIER

FINANSIERING, HELSE

REFORMER I HELSETJENESTEN

PLANER FOR HELSESYSTEMET – organisering og administrasjon

NORGE

© World Health Organization 2013 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies).

All rights reserved. The European Observatory on Health Systems and Policies welcomes requests for permission to reproduce or translate its publications, in part or in full.

Please address requests about the publication to: **Publications,WHO Regional Office for Europe,UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Alternatively, complete an online request form for documentation, health information, or for permission to quote or translate, on the Regional Office web site (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/publication-request-forms>).

The views expressed by authors or editors do not necessarily represent the decisions or the stated policies of the European Observatory on Health Systems and Policies or any of its partners.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the European Observatory on Health Systems and Policies or any of its partners concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Where the designation "country or area" appears in the headings of tables, it covers countries, territories, cities, or areas. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the European Observatory on Health Systems and Policies in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The European Observatory on Health Systems and Policies does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

Printed and bound in the United Kingdom.

Anbefalt sitering:

Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(8): 1– 162.

Innhold

INNHOOLD	III
OM DEN NORSKE UTGAVEN	VI
FORORD	VII
TAKK	IX
FORKORTELSER	XI
LISTE OVER TABELLER, FIGURER OG BOKSER	XIV
TABELLER	XIV
FIGURER	XIV
BOKSER	XV
KORT SAMMENDRAG	XVI
SAMMENDRAG	XVII
INTRODUKSJON	XVII
ORGANISERING OG STYRING	XVII
FINANSIERING	XVIII
PERSONELL OG MATERIELL	XVIII
TILBUDET AV TJENESTER	XIX
STØRRE HELSEREFORMER	XXI
VURDERING AV HELSEVESENET.....	XXI
1. INTRODUKSJON	1
1.1 LEVEKÅR.....	1
1.2 DET ØKONOMISKE SYSTEMET.....	4
1.3 POLITISK KONTEKST	5
1.4 HELSE	7
2. ORGANISERING OG STYRING	12
2.1 OVERSIKT OVER HELSESYSTEMET	12
2.2 HISTORISK BAKGRUNN	14
2.3 ORGANISERING.....	16
2.4 DESENTRALISERING OG SENTRALISERING	19
2.5 PLANLEGGING	20
2.6 TVERRSEKTORIELT SAMARBEID	21
2.7 KUNNSKAPSHÅNDTERING I HELSESEKTOREN.....	22
2.8 REGULERING	25

2.9 MYNDIGGJØRING AV PASIENTEN «PATIENT EMPOWERMENT»	33
3. FINANSIERING.....	40
3.1 HELSEUTGIFTER	42
3.2 INNTEKTSKILDER OG ØKONOMISKE OVERFØRINGER	47
3.3 HELSETJENESTER SOM DEKKES AV DET OFFENTLIGE.....	48
3.4 EGENBETALING FRA PASIENTER OG BRUKERE.....	55
3.5 PRIVAT HELSEFORSIKRING	56
3.6 ANNEN FINANSIERING	58
3.7 BETALINGSORDNINGER.....	58
4. PERSONELL OG MATERIELL	62
4.1 MATERIELL	62
4.2 PERSONELL	73
5. TILBUD AV TJENESTER.....	83
5.1 FOLKEHELSE	84
5.2 PASIENTFORLØP.....	86
5.3 PRIMÆRHELSETJENESTE.....	88
5.4 SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	88
5.5 AKUTT MEDISINSK HELSEHJELP.....	90
5.6 LEGEMIDDELOMRÅDET.....	92
5.7 REHABILITERING	93
5.8 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER.....	94
5.9 HELSE- OG OMSORGSBJELP FRA FAMILIE OG PÅRØRENDE	96
5.10 PALLIATIVE OMSORGSTJENESTER	96
5.11 PSYKISK HELSEVERN	98
5.12 TANNPLEIE.....	99
5.13 KOMPLEMENTÆR OG ALTERNATIV MEDISIN	100
5.14 HELSETJENESTER FOR SÆRLIGE BEFOLKNINGSGRUPPER.....	100
6. HELSEREFORMER	102
6.1 ANALYSE AV NYERE REFORMER	102
6.2 FREMTIDIG UTVIKLING.....	108
7. VURDERING AV HELSEVESENET.....	111
7.1 UTTALTE MÅL FOR HELSESYSTEMET.....	112
7.2 ØKONOMISK TRYGGHET OG UTJEVNING MED HENSYN TIL HELSEUTGIFTER	112
7.3 BRUKERERFARINGER OG LIK TILGANG TIL HELSETJENESTER	114
7.4 HELSETILSTAND, HELSETJENESTEN OG KVALITETEN PÅ BEHANDLINGEN.....	116

7.5	EFFEKTIVITET I HELSEVESENET	119
7.6	ÅPENHET OG ANSVARLIGHET	121
8.	KONKLUSJONER	124
9.	VEDLEGG.....	126
9.1	LITTERATURLISTE.....	126
9.2	LISTE OVER HELSELOVER SOM ER I KRAFT	136
9.3	LISTE OVER NETTSTED	136
9.4	HiT-RAPPORTER: METODE OG PROSESS	138
9.5	EVALUERINGSPROSESSEN.....	140
9.6	OM FORFATTERNE.....	141

Om den norske utgaven

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) arbeider for å gi et så godt kunnskapsgrunnlag som mulig for beslutninger på alle nivåer i den norske helsetjenesten. Vår erfaring er at de fleste, fra pasienter og publikum til studenter, helsepersonell og helseforvaltning, ønsker mest mulig informasjon på norsk språk. Vi har derfor laget en norsk oversettelse av den engelske rapporten «Norway: Health System Review» som inngår i rapportserien «Health Systems in Transition» og er rapport nummer 8, 2013. Rapportserien utgis av utredningsinstituttet European Observatory on Health Systems and Policies i samarbeid med Verdens helseorganisasjon (WHO).

Vårt ønske er at all informasjon som er samlet i den engelske versjonen av rapporten også skal være tilgjengelig på norsk. I rapporten, som nærmest er å betrakte som et oppslagsverk, finnes det informasjon som kan brukes som grunnlag for læring om og forståelse av vårt helsesystem, om hvordan det over tid har utviklet seg og hvordan de forskjellige delene henger sammen. Vi håper og tror at rapporten vil være nyttig for alle som søker informasjon og kunnskap om det norske helsesystemet. Dersom du har kommentarer til fremstillingen av det norske helsesystemet i denne publikasjonen, tar vi gjerne imot dine forslag til forbedringer (e-post: iss@kunnskapssenteret.no).

Den engelske utgaven av rapporten ble ferdigstilt 1. juni 2013 og utgitt i desember samme år. Den norske oversettelsen har vært tro mot den engelske utgaven. Endringer som har skjedd etter 1. mai 2013, er derfor ikke med. På den engelske nettsiden The Health Systems and Policy Monitor (www.hspm.org) legges det imidlertid fortløpende ut informasjon om nye initiativ og endringer som skjer i det norske helsesystemet eller i helsepolitikken. I tillegg fremkommer hvilke kapitler i den opprinnelige rapporten disse endringene er relatert til. Adressen til sidene om Norge finner du på: <http://www.hspm.org/countries/norway08012014/countrypage.aspx>

Den norske utgaven er oversatt av Runa Thrap-Meyer, med bistand fra Anne Marie Müller, Kjell Arne Bakke, Ingrid Sperre Saunes, Ånen Ringard og Anne Karin Lindahl. Prosjektleder for den norske utgaven: Ingrid Sperre Saunes.

Forord

«Helsesystemer i endring» (Health Systems in Transition (HiT)) er en rapportserie som presenterer oversikter over helsesystemer i ulike land. De gir også en detaljert beskrivelse av helsevesenet og hvilke reformer og politiske initiativ som pågår eller er under utvikling i landet som beskrives. Hver profil er produsert av nasjonale eksperter i det enkelte land i samarbeid med ansatte i European Observatory on Health systems and Policies. For at man skal kunne sammenligne mellom land er rapportene basert på en mal som revideres med jevne mellomrom. Malen inneholder detaljerte retningslinjer (herunder spesifikke spørsmål, definisjoner og eksempler) for å utarbeide en rapport.

Målet med HiT er å gi relevant informasjon for å støtte politikere og analytikere i deres utvikling av helsesystemer i Europa. De kan brukes til:

- Å lære i detalj om ulike tilnærminger til organisering, finansiering og tilbud av helsetjenester og om de viktigste aktørene i helsesystemene
- Å beskrive det institusjonelle rammeverket, prosesser for, innhold i og gjennomføring av helsereformer
- Å sette søkelys på utfordringer og områder som krever mer dyptgående analyse
- Å bidra med et verktøy for formidling av informasjon om helsesystemer og utveksling av erfaringer med reformstrategier mellom politikere og analytikere i ulike land Å bistå forskere i mer dyptgående komparative helsepolitiske analyser.

Å sette sammen denne typen oversikter innebærer en rekke metodiske problemer. I mange land er det relativt lite informasjon tilgjengelig om helsesystemet og virkningen av reformer. På grunn av mangel på en enhetlig datakilde er kvantitative data om helsetjenester basert på en rekke ulike kilder: Verdens helseorganisasjons (WHO) europeiske regionalkontors «European Health for All database (HFA-DB)», nasjonale statistikker, Eurostat, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Data, data fra det Internasjonale pengefondet (the International Monetary Fund - IMF) og Verdensbankens «World Development Indicators». I tillegg til disse kommer andre kilder som forfatterne vurderer som nyttige. Datainnsamlingsmetoder og definisjoner kan variere noe, men benyttes vanligvis konsekvent i hver enkelt rapport.

En standardisert oversikt har enkelte ulemper, blant annet fordi finansiering og tilbud av helsetjenester varierer mellom land. Tilnærmingen har også fordeler ettersom alle rapportene ser på de samme saksområdene og spørsmålene. HiT-rapporter kan dermed benyttes til å informere beslutningstakere om erfaringer i andre land som kan være relevante for dem. De kan også bidra i

komparative analyser av helsevesenet. Dette er en skriftserie, materialet blir oppdatert med jevne mellomrom.

Kommentarer og forslag til videreutvikling og forbedring av serien mottas med takk og kan sendes til info@obs.euro.who.int. HiT-rapporter og sammendrag er tilgjengelig på Observatorys nettside <http://www.healthobservatory.eu>

Takk

HiT-rapporten om Norge er utarbeidet i samarbeid mellom European Observatory on Health Systems and Policies og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

The Health Systems and Policy Monitor (HSPM) er et internasjonalt nettverk som Kunnskapssenteret er medlem av. HPSM samarbeider med the Observatory om landoversikter. Det består av fagpersoner fra ulike land som har sitt fagfelt på helsesystemer, helsetjenester, offentlig helse og forskning innen helseledelse. De trekker veksler på sine nettverk innen helsefeltet og kan vise til gode resultater gjennom et vellykket samarbeid med European Observatory i å utvikle og oppdatere HiT-rapporter.

Kunnskapssenteret støtter utviklingen av kvalitet i helsetjenesten ved å oppsummere forskning, fremme bruk av forskningsresultater, bidra til kvalitetsutvikling, måle kvaliteten av helsetjenester og arbeide for bedre pasientsikkerhet.

Denne utgaven er skrevet av Ånen Ringard, Ingrid Sperre Saunes og Anne Karin Lindahl i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Anna Sagan fra the European Observatory on Health Systems and Policies. Utgaven er redigert av Anna Sagan med støtte av Sarah Thomson fra European Observatory ved London School of Economics and Political Science og Ewout van Ginneken fra European Observatory team ved Department of Health Care Management, Berlin University of Technology. Til grunn for denne versjonen ligger den forrige HiT-rapporten om Norge. Den ble utgitt i 2006 og er skrevet av Jan Roth Johnsen og redigert av Vaida Bankauskaite.

The European Observatory, Kunnskapssenteret og forfatterne takker professor Terje P. Hagen (Universitetet i Oslo), professor Jon Magnussen (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet), professor Richard Saltman (Rollins School of Public Health, Emory University, USA), divisjonsdirektør Olav Valen Slåttebrekk (Helsedirektoratet), ekspedisjonssjef Petter Øgar (Helse- og omsorgsdepartementet) for fagfellevurderinger av rapporten. I tillegg takkes de ansatte i Helse- og omsorgsdepartementet for å ha gjennomgått hele eller deler av rapporten. Berit Mørland, tidligere assisterende direktør ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, fortjener en spesiell takk for grundig gjennomlesning og omfattende kommentarer til hele rapporten.

The European Observatory, Kunnskapssenteret og forfatterne vil også takke følgende personer for viktige bidrag til deler av rapporten: Sigurd Røed Dahl (Helsedirektoratet), Bjørn T. Halle (Helsedirektoratet), Dagny Faksvåg Haugen (Haukeland universitetssjukehus), Erik Hviding (Helsedirektoratet), Stein Kaasa (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet), Anne Mundal

(Statistisk sentralbyrå) og Harald Noddeland (Oslo universitetssykehus). Sist, men ikke minst, går en stor takk til vitenskapelig assistent Silje Melsether for hennes hjelp med tabeller og figurer.

En takk går også til Verdens helseorganisasjons (WHOs) europeiske regionskontor for data om helse-tjenester fra European Health for All database, til OECD for dataene på helsetjenester i Vest-Europa og til Verdensbanken for dataene på helseutgifter i sentral- og østeuropeiske land. En takk går også til Statistisk sentralbyrå som har bidratt med data. HiT gjengir data som var tilgjengelige fra og med 1. mai 2013, med mindre annet er angitt.

The European Observatory on Health Systems and Policies er et partnerskap i regi av WHOs regionskontor for Europa, som omfatter regjeringene i Belgia, Finland, Irland, Nederland, Norge, Slovenia, Spania, Sverige og Veneto-regionen i Italia samt EU-kommisjonen, den europeiske investeringsbanken, Verdensbanken, UNCAM (French National Union of Health Insurance Funds), London School of Economics and Political Science og London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Gruppene i European Observatory som arbeider med HiT-rapportene, ledes av direktør Josep Figueras, Elias Mossialos, Martin McKee, Reinhard Busse, Richard Saltman, Sarah Thomson og Suszy Lessof. Gabriele Pastorino koordinerer arbeidet mellom The Country Monitoring Programme i European Observatory og HiT-oversiktene. Redigering og produksjon av denne rapporten ble koordinert av Jonathan North med støtte fra Caroline White, Alison Chapman (redigering) og Steve Still (design og layout).

Forkortelser

Forkortelser	Engelsk	Norsk
AIDS	acquired immunodeficiency syndrome	
ALOS	average length of stay	gjennomsnittlig liggetid
AMK	Emergency Medical Communication Centre	akuttmedisinsk kommunikasjonsentral
BNP	gross domestic product	brutto nasjonal produkt
KOLS		kronisk obstruktiv lungesykdom
CT	computer tomography	forventet levetid uten nedsatt
DALE	disability-adjusted life expectancy	funksjonsevne
DDD	defined daily dose	definert døgndose
DMFT	decayed, missing or filled teeth	karies, manglende eller fylte tenner
DPS		distriktpsykiatrisk senter
DRG	diagnosis-related-group	
EPJ	electronic patient record	elektronisk pasientjournal
EU	European Union	Den europeiske union
EU12	EU members since 2004 or 2007 but before July 2013	EU medlemmer etter 2004 eller 2007, men før juli 2013
EU15	EU members before May 2004	EU medlemmer før mai 2004
EU27	EU members before July 2013	EU medlemmer før juli 2013
EØS		Det europeiske økonomiske samarbeidsområde
GDI	Gender-related Development Index	
GDP	gross domestic product	brutto nasjonal produkt
GP	general practitioner	Fastlege
HCQI	Health Care Quality Indicator	kvalitetsindikator for helsetjenesten
HELFO	Norwegian Health Economics Administration	Helseøkonomiforvaltningen
Hib	Haemophilus influenzae type B	
HINAS	Health Agency Procurement Service	Helseforetakenes Innkjøpsservice
HiT	Health Systems in Transition	
HIV	human immunodeficiency virus	
HLY	healthy life year	leveår uten nedsatt funksjonsevne
HPV	human papilloma virus	
HSCL	Hopkins Symptom Check List	

HSPM	Health Systems and Policy Monitor	
HTA	health technology assessment	
IMF	International Monetary Fund	Det internasjonale pengefondet
ISO	International Organization for Standardization	
IPLOS	Information System for the Nursing and Care Sector	Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk
IKT		informasjon- og kommunikasjonsteknologi
KMI		kroppsmasse-index
KOSTRA	Municipality–State Reporting System	Kommune-Stat-Rapportering
KS	Norwegian Association of Local and Regional Authorities	KS Kommunesektorens organisasjon
LAR		legemiddelassistert rehabilitering
MR	magnetic resonance imaging	
MSIS	Norwegian Surveillance System for Communicable Diseases	Meldingssystem for smittsomme sykdommer
Mva.	value added tax	merverdiavgift
NATO	North Atlantic Treaty Organization	
NAV	Norwegian Labour and Welfare Administration	Arbeids- og velferdsforvaltningen
NOK	Norwegian krone	norske kroner
NOIS	Norwegian Surveillance System for Infections in Hospitals	norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner
NOKUT	Norwegian Agency for Quality Assurance in Education	Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen
NoMA	Norwegian Medicines Agency	Statens legemiddelverk
NORM	Surveillance System for Antimicrobial Drug Resistance	Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober
NorPD	Norwegian Prescription Database	Reseptregisteret
NOU	Norwegian Official Report	Norges Offentlige Utredninger
NPE	Norwegian System for Patient Injury Compensation	Norsk pasientskadeerstatning
NPR	Norwegian Patient Register	Norsk pasientregister
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling
PET	positron emission technology	
PPP	purchasing power parity	kjøpekraftsjustert
PRAC	Pharmacovigilance Risk Assessment Committee	

PROMs	patient-reported outcome measures	pasientrapporterte utfallsmål
QALY	quality-adjusted life year	kvalitetsjusterte leveår
RHF	Regional Health Authority	regionale helseforetak
SAK	Norwegian Registration Authority for Health Personnel	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
SLV		Statens legemiddelverk
SMM	Norwegian Centre for Health Technology Assessment	Senter for medisinsk metodevurdering
WHO	World Health Organization	Verdens helseorganisasjon
WTO	World Trade Organization	Verdens handelsorganisasjon

Liste over tabeller, figurer og bokser

Tabeller

Tabell 1-1Trender i demografiske indikatorer, 1980–2010, utvalgte år	3
Tabell 1-2Makroøkonomiske indikatorer, 1980–2010, utvalgte år	5
Tabell 1-3 Dødelighet og helseindikatorer, 1980–2011, utvalgte år.....	7
Tabell 1-4 Total forventet levetid, forventet levetid uten nedsatt funksjonsevne og gode leveår uten nedsatt funksjonsevne, Norge og sammenligningsland, sist tilgjengelige år.....	7
Tabell 1-5Dødsårsaker, antall dødsfall i alt, 1991–2011, utvalgte år.....	8
Tabell 1-6 Mødre, barn- og ungdomshelseindikatorer, 1980–2010, utvalgte år.....	10
Tabell 1-7 Andel av barn/ungdom uten karies, manglende eller fylte tenner, 1990–2010, utvalgte år	10
Tabell 2-1 Etater underlagt Helse- og omsorgsdepartementet	17
Tabell 2-2 Oversikt over nasjonale helseregistre	23
Tabell 3-1 Utvikling i helseutgifter i Norge, 1995–2010, utvalgte år	44
Tabell 3-2 Helseutgifter etter type tjeneste.....	46
Tabell 3-3Kilder til helsetjenesteinntekter i prosent av samlede helseutgifter, etter inntektskilde (%), 1980–2010.....	47
Tabell 3-4 Oversikt over egenbetaling for helsetjenester.....	56
Tabell 4-1 Sykehussenger i Norge, etter RHF, 2011	63
Tabell 4-2 Antall sykehussenger, 1990-2010 (utvalgte år).....	65
Tabell 4-3 Tilgjengelig bildediagnostisk teknologi i Norge, 2011	71
Tabell 4-4 Antall legeårsverk i spesialist- og kommunehelsetjenesten, 1990-2009	74
Tabell 4-5 Helsepersonell etter utdanningsgruppe i Norge, 2000 -2010 (utvalgte år)	79
Tabell 6-1 Sentrale helsereformer, justeringer, politiske initiativ og forslag, 2006 -2012.....	102
Tabell 7-1 Endringer i fem års overlevelse for utvalgte typer kreft, 1997 -2002 og 2004 -2009.....	117
Tabell 7-2 Indikatorrater (%) for pasientsikkerhet i Norge og sammenligningsland, 2009	119

Figurer

Figur 1-1Kart over Norge.....	2
Figur 2-1Oversikt over helsesystemet (juni 2013)	13
Figur 3-1 Helseutgifter som andel (%)av BNP i WHOs europaregion, for siste tilgjengelige år	41
Figur 3-2Trender i helseutgifter som andel (%) av BNP i Norge og sammenligningsland, 1995-2010 .	42
Figur 3-3 Kjøpekraftsjusterte (PPP) helseutgifter per innbygger i WHOs Europaregion, 2010	43

Figur 3-4 Helseutgifter fra offentlige kilder som andel av de totale helseutgiftene i WHOs Europaregion, 2010	45
Figur 3-5 Oversikt over hovedfinansieringsstrømmene i helsesystemet.....	48
Figur 4-1 Alder på sykehusbygg, etter byggeår, 2009	64
Figur 4-2 Antall akuttsenger sykehus, per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010.....	66
Figur 4-3 Gjennomsnittlig liggetid i dager, akuttisykehus i Norge og sammenligningsland, 1990-2010.....	67
Figur 4-4 Sengebelegg, akutt behandling, i %, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010	68
Figur 4-5 Senger i psykisk helsevern, per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010.....	69
Figur 4-6 Senger i sykehjem, per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010 ..	70
Figur 4-7 Antall leger per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010	73
Figur 4-8 Antall sykepleiere per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010....	75
Figur 4-9 Antall leger og sykepleiere per 1000 innbyggere, i WHOs Europaregion, 2010 eller siste tilgjengelige år	76
Figur 4-10 Antall tannleger per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010....	77
Figur 4-11 Antall farmasøytter per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010	78

Bokser

Boks 5-1 Pasientforløp i Norge.....	87
Boks 5-2 Pasientforløp i en legevaktepisode	91

Kort sammendrag

Norge er et lite land med lav befolkningstetthet og et utviklingsnivå som tilsvarer andre vesteuropeiske land. De siste tiårene har landet nytt godt av en vedvarende høy vekst i brutto nasjonal produkt (BNP) som følge av oljeproduksjonen som startet tidlig på 70-tallet. Norge er nå blant de rikeste landene i verden. Befolkningen har god helsetilstand sammenlignet med befolkningen i mange andre land. En positiv trend har vært den betydelige nedgangen i dødelighet som følge av hjerteinfarkt og hjerneslag, sykdommer som lenge har vært hovedårsaken til dødsfall.

Det norske helsesystemet kan karakteriseres som delvis desentralisert. Ansvar for spesialistbehandling har siden 2002 ligget hos staten, som eier av fire regionale helseforetak (RHF), som igjen eier helseforetakene. Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten.

Norge brukte om lag 9,4 % av bruttonasjonalproduktet (BNP) på helseutgifter i 2011. Landet rangeres med det på 16. plass i WHO's Europaregion når man ser på hvor stor andel av BNP som brukes på helse. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at Norges bruttonasjonalprodukt per innbygger er blant de høyeste i verden. BNP er for eksempel 85 % høyere enn gjennomsnittet for EU (EU27). Det betyr at helseutgiftene per innbygger også er høyere enn i de fleste land. Det offentlige står for finansieringen av mer enn 85 % av de totale helseutgiftene. Dette omfatter finansiering fra sentrale og lokale myndigheter samt folketrygden. Det meste av de private helseutgiftene består av ulike former for egenbetaling fra pasienter.

Antallet utøvere i de fleste grupper av helsepersonell, inkludert leger og sykepleiere, har økt i løpet av de siste tiårene, og antallet av helsepersonell per 100 000 innbyggere er høy sammenlignet med EU-land. Men lange ventetider for elektiv behandling fortsetter å være et problem og er årsaken til misnøye blant pasientene.

I løpet av de fire siste tiårene har temaene for helsereformene variert. På 1970-tallet var det fokus på likeverdighet og å sikre tilgang til helsetjenester uansett bosted. I løpet av 1980-tallet ble reformene innrettet mot å oppnå kostnadskontroll samt å desentraliserte helsetjenester. På 1990-tallet ble det i stor grad fokusert på effektivitet og effektivisering. Siden begynnelsen av 2000-tallet er det lagt vekt både på å få til strukturelle endringer på tilbudssiden og å organisere helsevesenet. I tillegg har det vært gjennomført reformer for å styrke pasienter og brukere. De siste årene har innsatsen vært rettet mot bedre koordinering av helsetjenestene samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet har fått økt oppmerksomhet.

Sammendrag

Introduksjon

Norge er et lite land med lav befolkningstetthet og et utviklingsnivå som tilsvarer andre vesteuropeiske land. De siste tiårene har landet nytt godt av en vedvarende høy vekst i brutto nasjonal produkt (BNP) som følge av oljeproduksjonen som startet tidlig på 70-tallet. Norge er nå blant de rikeste landene i verden. Privat konsum målt som andel av BNP er lavere i Norge enn i de fleste vesteuropeiske land, og graden av statlig eierskap er relativt høy. Landet er et parlamentarisk demokrati, delt inn i tre forvaltningsnivåer: Stat, fylke og kommune. Befolkningen har god helsetilstand sammenlignet med befolkningen i mange andre land. En positiv trend har vært den betydelige nedgangen i dødelighet som følge av hjerteinfarkt og hjerneslag, sykdommer som lenge har vært hovedårsaken til dødsfall. Andelen røykere i befolkningen har også gått ned de siste årene, men for enkelte andre livsstilsfaktorer er det imidlertid en mindre gunstig utvikling. Til tross for lave tall sammenlignet med mange andre land, har det de siste ti årene vært en økende andel av personer med overvekt og fedme. Forbruk av alkohol har også økt. Til tross for betydelige forbedringer i levestandarden for vanskeligstilte grupper er det fortsatt sosiale ulikheter i helse.

Organisering og styring

Det norske helsesystemet kan karakteriseres som delvis desentralisert. Ansvaret for spesialistbehandling har siden 2002 ligget hos staten som eier av fire regionale helseforetak (RHF), som igjen eier helseforetakene. Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og har stor grad av frihet til å organisere helsetjenesten. Fylkenes rolle i helsetjenesten er avgrenset til lovbestemt tannpleie og forebyggende helsetjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for og fører tilsyn med helsetjenesten, men flere av oppgavene er delegert til ulike underliggende etater. Departementet styrer aktivitetene til de underliggende etatene enten gjennom direkte styring av nasjonale etater eller eierskapsordninger som budsjetter og oppdragsdokumenter for de regionale helseforetakene, samt lovverk og finansielle instrumenter for fylker og kommuner. Departementet skal også sørge for at helse- og omsorgstjenester er i samsvar med nasjonale lover og forskrifter.

Tverrsektorielt samarbeid har blitt stadig viktigere de siste årene, spesielt som et middel for å forebygge sosial ulikhet i helse. Det har også blitt lagt mer vekt på å bedre fordelingen av ressurser (gjennom prioritering og økt bruk av medisinske metodevurderinger), kvalitetsspørsmål og pasientsikkerhet. Det har vært et politisk mål siden årtusenskiftet å styrke rollen til pasienter og

pårørende, eksempelvis gjennom en omfattende pasientrettighetslovgivning som regulerer forhold som pasientens valg og klageprosedyrer.

Finansiering

Norge brukte om lag 9,4 % av bruttonasjonalproduktet (BNP) på helseutgifter i 2011. Landet rangeres med det på 16. plass i WHO's Europaregion når man ser på hvor stor andel av BNP som brukes på helse. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at Norges bruttonasjonalprodukt per innbygger er blant de høyeste i verden. BNP er for eksempel 85 % høyere enn gjennomsnittet for EU (EU27). Det betyr at helseutgiftene per innbygger også er høyere enn i de fleste land.

Det offentlige står for finansieringen av mer enn 85 % av de totale helseutgiftene. Dette omfatter finansiering fra sentrale og lokale myndigheter samt folketrygden. Det meste av de private helseutgiftene består av ulike former for egenbetaling fra pasienter. Legemidler (når man ikke er innlagt på sykehus) og tannpleie har det største innslaget av egenbetaling. Private helseforsikringer har fortsatt en marginal betydning når det gjelder finansiering av helsetjenesten. Det siste tiåret er det imidlertid en økende andel nordmenn som har tegnet private helseforsikringer.

Somatisk spesialisthelsetjeneste er finansiert dels gjennom basisbevilgning (60 %) og dels gjennom innsatsstyrt finansiering fra staten til de regionale helseforetakene (40 %). Den innsatsstyrte finansieringen er basert på DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper). Andre typer spesialistbehandling er finansiert gjennom RHF-enes basisbevilgninger. Primærhelsetjenesten er finansiert gjennom kommunale skatter, rammetilskudd fra staten og øremerkede tilskudd til bestemte formål. En viktig kilde til finansiering av primærhelsetjenesten er folketrygden (gjennom ulike mekanismer for betaling av tjenester og refusjon av pasienter og brukeres utgifter). Finansieringssystemene skal bidra både til kostnadskontroll og til tilstrekkelig fleksibilitet for å kunne sikre den beste sammensetningen av tjenester. Disse målene er også reflektert i de siste finansieringsreformene, som for eksempel de endringene som ble gjort i forbindelse med Samhandlingsreformen i 2012. Kommunene fikk da finansieringsansvar for pasienter som er utskrivningsklare fra sykehusene, og delvis, med 20 %, for den aktivitetsbaserte komponenten i finansieringssystemet for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Ansvaret omfatter ikke kirurgisk behandling, føde/barsel og enkelte svært kostbare legemidler. I tillegg kommer 20 % av DRG fra staten.

Personell og materiell

Det kan skimles mellom flere trender både når det gjelder infrastruktur og organisering av sykehussektoren. Det har vært en nedgang i antall sykehussenger siden slutten av 1980-tallet, både

innenfor somatikk og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig lengde på sykehusoppholdet har også gått ned, ofte som følge av nye behandlingstilbud og metoder. Det har også vært en bevisst dreining mot økt bruk av poliklinisk og dagbehandling. Men på samme tid er høyt belegg av sengeplasser, og det gjenspeiles i lange ventetider for elektiv behandling. Antallet sengeplasser for langtidspasienter i primærhelsetjenesten har holdt seg stabilt til tross for politiske ambisjoner om å øke antallet. Samtidig har kommunene klart å øke tilbudet av hjemmebaserte tjenester.

Kommunene har ansvar for investeringer i infrastruktur for primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgsinstitusjoner, mens de regionale helseforetakene har hatt ansvar for investeringer i sykehusinfrastruktur innenfor sine geografiske områder siden 2002. Større infrastrukturprosjekter, som for eksempel Norsk helsenett, styres av myndighetene.

Tilgangen til og bruken av IKT er økende i helsevesenet, som i andre deler av samfunnet. Flere nasjonale strategier for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren har blitt lansert, og implementeringen av disse strategiene er i ferd med å skyte fart. Alle fastleger bruker nå elektronisk pasientjournal (EPJ), og også andre IKT-verktøy brukes flittig i primærhelsetjenesten. Alle de regionale helseforetakene bruker EPJ. Det har vært vanskeligere å innføre bruk av enkelte elektroniske løsninger på grunn av mangel på samhandling mellom de to nivåene som er ansvarlige for pasientbehandlingen. Det gjelder e-henvisninger fra fastleger og elektroniske sykehusepikriser. Elektronisk bestilling av legekonsultasjoner er ennå ikke i vanlig bruk. Pågående e-helseprosjekter omfatter innføring av elektronisk pasientjournal på nasjonal skala.

Antallet utøvere i de fleste grupper av helsepersonell, inkludert leger og sykepleiere, har økt i løpet av de siste tiårene, og antallet av helsepersonell per 100 000 innbyggere er høyt sammenlignet med EU-land. Norge har lenge ført en aktiv politikk for å rekruttere utenlandsk helsepersonell, og en betydelig andel kommer nå fra utlandet. I 2011 ga regjeringen sin tilslutning til WHO's etiske praksis for rekruttering av internasjonalt helsepersonell. Den fraråder aktiv rekruttering fra fattige land med mangel på helsepersonell.

Tilbudet av tjenester

Tjenester innen forebygging og folkehelse (public health) tilbys både på lokalt og nasjonalt nivå. De er til dels integrert med kurative tjenester i kommunene, men blir drevet av egne institusjoner på nasjonalt nivå. I løpet av det siste tiåret har helsemyndighetene lansert en rekke nasjonale

folkehelse-programmer og strategier med fokus på risikofaktorer som røyking, alkoholforbruk, kosthold og fysisk aktivitet.

Primærhelsetjenesten er et kommunalt ansvar og består hovedsakelig av selvstendig næringsdrivende leger og offentlig finansierte og drevne sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Fastlegene har en portvaktfunksjon, og pasienter som skal til spesialiserte tjenester må henvises fra en allmennlege. Sykehustjenester leveres av helseforetakene, som igjen eies av de regionale helseforetakene. Sykehus tilbyr også poliklinisk spesialistbehandling. Siden slutten av 1980-tallet har det vært ført en politikk som har tatt sikte på å erstatte relativt dyr inneliggende sykehusbehandling med mindre kostbar poliklinisk- og dagbehandling nærmere pasientens hjem.

Det er god tilgang på legemidler, inkludert nylig utviklede medikamenter. Det er et egenandelstak på legemidler som er på «Blå resept», og noen pasientgrupper har helt fritak fra egenandelbetaling for disse medisinene. Siden Apotekloven fra 2000 trådte i kraft og liberaliserte det farmasøytiske markedet, har antall apotek økt betydelig. Medisiner har også blitt vesentlig billigere de siste årene, og forbruket har vokst. Forbruket er likevel fortsatt mye lavere enn i Sverige og Finland.

I de fleste kommuner tilbys akutt medisinsk helsehjelp av fastleger innenfor kontortiden og av vakthavende allmennpraktiserende legevaktleger utenom kontortid, støttet av telefonservice. Sykehusenes akuttmottak tar imot pasienter direkte etter større ulykker, og ved mistanke om eller verifisert hjerteinfarkt og hjerneslag

Rehabilitering tilbys både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten (spesialisert rehabilitering). Kommunene og de regionale helseforetakene har ansvaret for koordinering av rehabiliteringstjenester. Alle de regionale helseforetakene og de fleste kommuner har etablert egne samordningsenheter. Pleie- og omsorgstjenester gis i pasientens hjem, på sykehjem eller i skjermede boliger som drives av kommunene. Utbygging av omsorgsboliger og sykehjem oppmuntres av staten gjennom øremerkede midler, og det har i den senere tid vært en bevisst dreining mot flere enerom. Palliative helsetjenester leveres på alle omsorgsnivåer, men tilgjengeligheten synes å være moderat. Når det gjelder helsetjenester for psykiske lidelser, har det vært en dreining mot mindre institusjonalisering. Det er lovpålagte tannhelsetjenester for barn og ungdom, mens voksne må benytte private tannleger og betale full pris.

Samlet sett er det lite informasjon om tilgjengelighet, kostnader og kvalitet på ulike typer helsetjenester. Kvalitetsstandarder inkludert utdanningsstandarder og retningslinjer mangler for enkelte typer helsetjenester, og betaling for tjenester er normalt ikke knyttet til kvalitet. Dette kan imidlertid endre seg i fremtiden, siden det er startet forsøksordninger med småskala kvalitetsbasert

finansiering. Det er geografiske forskjeller i hva slags tilgang man har på helsetjenester. De som bor i distriktene må reise lengre enn andre for å få tilgang til helsetjenester. Norge har en høy andel av helsepersonell i forhold til størrelsen på befolkningen. Likevel er det ventetid for planlagt behandling, og det utgjør en barriere for tilgang til helsetjenester.

Større helsereformer

I løpet av de fire siste tiårene har temaene for helsereformene variert. På 1970-tallet var det vekt på likeverdighet og å sikre tilgang til helsetjenester uansett bosted. I løpet av 1980-tallet ble reformene innrettet mot å oppnå kostnadskontroll samt å desentraliserte helsetjenester. På 1990-tallet ble det i stor grad fokusert på effektivitet og effektivisering. Siden begynnelsen av 2000-tallet er det lagt vekt både på å få til strukturelle endringer på tilbudssiden og å organisere helsevesenet. I tillegg har det vært gjennomført reformer for å styrke pasienter og brukere. De siste årene har innsatsen vært rettet mot bedre koordinering av helsetjenestene samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet har fått økt oppmerksomhet.

Vurdering av helsevesenet

I Norge er pasienter i stor grad sikret mot økonomisk tap som følge av sykdom. Tilbudet av helsetjenester omfatter alle, og det offentlige dekker det meste av helseutgiftene (85 %). Ulike mekanismer, som for eksempel egenandelstak og fritak for egenandeler for utvalgte grupper, begrenser også den økonomiske belastningen helsetjenester kan innebære for enkeltpersoner. For noen typer behandling er imidlertid graden av offentlig finansiering mye lavere og innslaget kan variere for ulike befolkningsgrupper. For eksempel faller tannhelsetjeneste for voksne helt utenfor de offentlige ordningene.

Til tross for at legetettheten i Norge er blant de høyeste i Europa, er det en utfordring å sikre lik tilgang til helsetjenester over hele landet. Fastlegene er ganske godt fordelt, mens spesialisthelsetjenestene er konsentrert til urbane strøk. Syketransporttjenestene bidrar imidlertid til å motvirke noe av den geografiske ulikheten. Det er fortsatt sosioøkonomiske ulikheter i forbruket av helsetjenester, og dette har ikke endret seg over tid. Det finnes fortsatt ikke mye tilgjengelig informasjon om årsaken til ulikhetene.

Brukernes erfaringer med helsevesenet ser ut til å være som for andre OECD-land. Samhandlingen mellom sykehus og andre helsetjenester og ventetider for planlagt behandling er to områder som kan forbedres. Innleggelse i sykehus for tilstander som for eksempel kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), som til en viss grad kan unngås, er betydelig høyere i Norge enn i andre OECD-land. Dette kan tyde på at kvaliteten på behandlingen kan bli bedre.

Helsetjenesten har hatt en betydelig fremgang både i forhold til effektivitet og åpenhet de siste to tiårene, men det er stadig rom for forbedring også på disse områdene.

Totalt sett er helsetilstanden for den norske befolkningen god og har blitt bedre de siste tiårene. Forebyggende helsetjenester og forbedringer i kvaliteten på helsetjenestene kan ha bidratt til den positive utviklingen. Dødelighet ved behandling er lav, noe som indikerer at helsevesenet bidrar til å bedre befolkningens helse. På områder som viser mindre gunstig utvikling, for eksempel overlevelse ved tykktarmskreft, er det satt i verk tiltak (screening). Dette viser at det stadig arbeides med å forbedre helsetjenesten der det er behov.

1. Introduksjon

Norge er et lite land med lav befolkningstetthet og et utviklingsnivå som tilsvarer andre vesteuropeiske land. De siste tiårene har landet nytt godt av en vedvarende høy vekst i brutto nasjonal produkt (BNP) som følge av oljeproduksjonen som startet tidlig på 70-tallet. Norge er nå blant de rikeste landene i verden. Privat konsum målt som andel av BNP er lavere i Norge enn i de fleste vesteuropeiske land, og graden av statlig eierskap er relativt høy. Landet er et parlamentarisk demokrati, delt inn i tre forvaltningsnivåer: Stat, fylke og kommune. Befolkningen har god helsetilstand sammenlignet med befolkningen i mange andre land. En positiv trend har vært den betydelige nedgangen i dødelighet som følge av hjerteinfarkt og hjerneslag, sykdommer som lenge har vært hovedårsaken til dødsfall. Andelen røykere i befolkningen har også gått ned de siste årene, men for enkelte andre livsstilsfaktorer er det imidlertid en mindre gunstig utvikling. Til tross for lave tall sammenlignet med mange andre land har det de siste ti årene vært en økende andelen av personer med overvekt og fedme, og forbruk av alkohol har også økt. Til tross for betydelige forbedringer i levestandarden for vanskeligstilte grupper er det fortsatt sosiale ulikheter i helse.

1.1 Levekår

Norge er ett av de skandinaviske landene og grenser til Sverige, Finland og Russland samt Nordsjøen og Nord-Atlanteren (fig.1.1). Foruten fastlandet består Norge av øygruppen Svalbard og øya Jan Mayen. Norge har ca. 5.000.000 innbyggere (2011) og et totalt landareal på 386 958 km². Dette gir i gjennomsnitt 16 personer per km² (Utenriksdepartementet, 2012) og innebærer at Norge er ett av landene i Europa med lavest befolkningstetthet. I Norge bor det ca. 22 personer per km² dyrkbart areal, mot for eksempel åtte i Frankrike og Danmark (Johnsen, 2006). Terrenget er relativt godt og består for en stor del av massive fjellområder og vidder som skilles av dyrkbare daler og mindre sletteområder. Kystlandskapet er preget av store fjorder, og i nordområdene er det arktisk tundra. Golfstrømmen bidrar til et temperert klima langs kysten, mens det er kaldere klima innover i landet.

Figur 1-1Kart over Norge



Kilde: United Nations, Department of Peacekeeping Operations, Cartographic Section (2004) (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/english/htmain.htm>).

Baby-boomen etter andre verdenskrig varte frem til midten av 1960-tallet, etterfulgt av en nedgang i fødselsraten, som nådde sitt laveste punkt rundt 1985. Siden har befolkningsveksten økt igjen, og i perioden 1996–2000 var den i gjennomsnitt på 3,4 per 1000. Dette er godt over gjennomsnittet i Den europeiske union (EU) (Johnsen, 2006). I 2010 var det samlede fruktbarhetstallet på 1,95, noe under reproduksjonsgrensen på 2,1. Fødselsoverskuddet (i forhold til dødsfall) som tidligere bidro til befolkningsveksten, har altså avtatt det siste tiåret, mens netto migrasjon har økt. Fødsler stod for 60 % av befolkningsveksten og netto migrasjon for 40 % i 2000, en andel som var reversert i 2010, da fødsler stod for 32 % og netto migrasjon for 68 % av befolkningsveksten (tabell 1.1). Innvandrere utgjorde 13,1 % av den totale befolkningen (655 000 personer) i begynnelsen av 2012. De fleste kommer fra Europa (45 %), 25 % fra Asia og 9 % fra Afrika (SSB 2012a).

Selv om andelen personer over 80 år har økt noe de siste tiårene, har andelen av befolkningen som er i alderen 0–14 år også økt. Andelen av befolkningen som er 65 år eller eldre holder seg imidlertid relativt stabil (tabell 1.1). I Norge var avhengighetskvoten for eldre (AKE)¹ på 22 % i 2010. Andelen er lavere enn i EU27² og i de øvrige nordiske land, med unntak av Island (Eurostat, 2012).

¹ AKE: antall i alderen 65+ år over antall i alderen 20–64 år

² EU-medlemmer før juli 2013

Størsteparten av befolkningen (78 %) bor i urbane strøk (tabell 1.1). Omtrent én av fire personer bor i husholdninger med to personer, nesten like mange bor i husholdninger med fire personer og omtrent én av fem bor alene (ca. 40 % av husholdningene). Andelen som bor alene har økt gradvis over en lang periode (kun 2 % bodde alene i 1920). Oslo har den høyeste andelen av enpersonshusholdninger med litt over 52 % (SSB 2013b).

Tabell 1-1Trender i demografiske indikatorer, 1980–2010, utvalgte år.

Indikatorer	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Total befolkning (million)	4,08	4,23	4,35	4,48	4,61	4,86
Befolkning kvinner (% av total) ^a	n.a.	n.a.	50	50	50	52
Befolkning alder 0–14 (% av total) ^a	n.a.	18	19	20	20	20
Befolkning alder 65 og over (% av total)	14,8	16,3	n.a.	15,2	14,7	14,7
Befolkning alder 80 og over (% av total) ^a	n.a.	3,6	3,9	4,2	4,6	4,7
Befolkningsvekst (årlig vekstrate)	0,33	0,39	0,5	0,56	0,73	1,28
Befolkningstetthet (mennesker per km ²) ^b	13	14	14	15	15	n.a.
Fruktbarhetstall, total (fødslar per kvinne)	n.a.	n.a.	n.a.	1,85	1,84	1,95
Fødselsrate, summarisk (per 1000) ^b	12	14	14	13	12	13
Dødsrate, summarisk (per 1000) ^b	10	11	10	10	9	9
Avhengighetskvote for eldre (% av yrkesaktiv alder) ^b	23	25	25	23	22	22
Fødselsoverskuddets bidrag til befolkningsveksten (%) ^c	n.a.	n.a.	n.a.	60	44	32
Nettoinnvandringens bidrag til befolkningsveksten (%) ^c	n.a.	n.a.	n.a.	40	56	68
Fordeling av befolkningen (spredtbygde strøk som % av total) ^b	30	34	26	24	23	22
Andel av enpersonshusholdninger	28	34	n.a.	n.a.	38 ^d	40 ^e
Utdanningsnivå (% med videregående opplæring)	39,9	42,9	n.a.	44,3	43,7	40,1

Kilde: SSB (2011) med mindre annet er oppgitt.

Merknader: ^a Forfatterens beregninger basert på SSB (2011); ^b Verdensbanken (2013); ^c Forfatterens beregninger basert på SSB (2013b); ^d Basert på 2001 folketelling; ^e Basert på folketelling 2011.

I 2012 var andelen av befolkningen med universitetsutdanning i aldersgruppen 16 år og eldre 27.1 % for menn og 32,5 % for kvinner. I alt hadde omtrent 72 % av befolkningen over 16 år fullført videregående utdanning, en økning fra 57 % i 2001. I dag er mer enn to tredeler av befolkningen over 16 år registrert med videregående og høyere utdanning. Den norske befolkningen er dermed en av dem med høyest utdanningsnivå i verden (Eurostat, 2012; SSB 2013c).

Norge er rangert høyt med hensyn til likestilling. Kvinneandelen er høy innenfor utdanning, i arbeidsmarkedet og i det politiske liv. De forente nasjoners (FN) indeks for likestilling, som er basert på «Gender-related Development Index» (GDI), rangerer Norge blant de mest likestilte landene i 2011 (UNDP, 2011).

Inntektsulikheten er lavere i Norge enn i noe EU27-land, ifølge Eurostats data fra 2011. Norge hadde en Gini-koeffisient for disponibel inntekt på 22,9 % sammenlignet med et gjennomsnitt på 30,7 %.

Norge var også blant de land som hadde en lav andel av personer med fattigdomsrisiko, 11,2 % i 2010, rett over Tsjekkia (9,0 %), Island (9,8 %) og Nederland (10,3 %) (Eurostat, 2013).

I 2010 var 77 % av befolkningen medlemmer i Den norske kirke og 9 % av befolkningen var medlemmer i tros- og livssynssamfunn utenfor kirken (SSB 2012a). Det store flertallet av befolkningen, mer enn 95 %, snakker norsk (ingen offisiell statistikk).

1.2 Det økonomiske systemet

Norsk økonomi blir karakterisert som en blandingsøkonomi – en kapitalistisk markedsøkonomi med klare innslag av statlig styring. Som i resten av Vest-Europa, har privat eiendomsrett og privat sektor i stor grad drevet frem utviklingen av de fleste næringer. Likevel er nivået på statlig eierskap relativt høyt. Selv om privat konsum stod for den største andelen av BNP (42 %), var denne andelen lavere enn i de fleste andre vesteuropeiske land i 2008. Offentlig konsum stod for 22 % av BNP, investeringer (21 %) og eksportoverskudd (15 %) (Economist Intelligence Unit, 2008).

Oljeproduksjonen, som startet i 1971 (OECD 2007), er den sentrale drivkraften bak Norges høye BNP-vekst. Den har gjort Norge til et av de rikeste landene i verden. BNP per innbygger økte fra 23 500 kroner i 1970 til 510 544 kroner i 2010 (€ 65 371)³. Det tilsvarer en reell vekst på ca. 290 % eller 3,5 % per år i faste 2000-priser (SSB 2009). I 2010 var BNP 81 % høyere enn gjennomsnittet for EU27-medlemsstatene (ikke prisjusterte for de ulike land). Oljeeksport har bidratt til eksportoverskuddet. Med unntak av perioden 1986–1988 har Norge hatt et overskudd i utenrikshandelen (ca. 384 milliarder kroner i 2011 (€ 50 milliarder)). Om lag 81 % av norsk eksport går til EU-landene, mens 63 % av importen kommer fra disse landene (SSB 2013a). Når det gjelder eksport, dominerer olje (og i økende grad gass), etterfulgt av metaller (spesielt aluminium) og fisk. For import er det viktigste motorkjøretøy (biler og busser) og andre transportmidler (fly og skip).

I løpet av de siste 50 årene har det vært dramatiske endringer i næringsstrukturen, med overgang fra primær- (landbruk) og sekundærnæringer (produksjon) til tertiærnæringer (tjenesteytende). Primærnæringene sysselsetter nå mindre enn 3 % av arbeidsstyrken og sekundærnæringene rundt 21 %, mens tertiærnæringene (inkludert offentlig ansatte) står for hele 76 % (Oslo Handelskammer 2011). Bildet er litt annerledes hvis man ser på næringenes bidrag til BNP. Primærnæringene bidrar med 2 %, sekundærnæringene med nær 40 % (i hovedsak med olje- og gass, som bidrar langt mer i økonomisk verdi enn til sysselsetting) og tertiærnæringer med 58 % (tabell 1.2).

³ Valutakurser brukt i teksten frem til 2011 er fra Statistisk Norge (2012a), gjennomsnittlig valutakurs for 2012 og 2013 (januar–april) ble beregnet basert på månedlige valutakurser fra Norges Bank (udatert). For ytterligere informasjon se tabell 1.2.

Tabell 1-2 Makroøkonomiske indikatorer, 1980–2010, utvalgte år

Indikatorer	1980	1990	1995	2000	2005	2010
BNP i millioner NOK ^{4a}	314 698	736 294	925 866	1 481 241	1 903 841	2 496 178
BNP (US\$, millioner)	63 714	117 624	148 920	168 289	304 060	417 465
BNP, PPP (internasjonale US\$, millioner)	39 125	81 062	102 930	162 289	220 190	279 802
BNP per innbygger (internasjonale US \$)	15 595	n.a.	34 126	37 473	65 767	85 389
BNP per innbygger, PPP (US \$)	9 576	17 902	23 612	36 137	47 626	57 231
BNP gjennomsnittlig årlig vekstrate (%)	4,5	1,9	4,2	3,3	2,6	0,7
Offentlige utgifter (% av BNP)	n.a.	n.a.	55	52,3	52,9	n.a.
Kontantoverskudd / underskudd (% av BNP)	n.a.	n.a.	n.a.	15,7	15,1	11,7
Skatteinntekter (% av BNP) ^a	n.a.	n.a.	n.a.	27,4	28,7	26,9
Statsgjeld (% av BNP)	n.a.	n.a.	n.a.	23,5	35,9	35,4
Verdiskaping i industrien (% av BNP)	69	34	34	42	43	40
Verdiskaping i jordbruket (% av BNP)	4	3	3	2	2	2
Verdiskaping i tjenester (% av BNP)	39	63	63	56	56	58
Arbeidsstyrken, millioner (totalt) ^a	n.a.	2,169	2,197	2,375	2,426	2,508
Arbeidsledighet, total (% av arbeidsstyrken)	1,6	5,3	4,9	3,4	4,6	3,6
Fattigdomsrate ^b	n.a.	10,1	10,7	9,9	n.a.	n.a.
Inntekt eller formue ulikhet (Gini-koeffisienten etter skatt og overføringer, total befolkning) ^b	n.a.	0,217	0,236	0,262	0,327	0,245
Realrente	-0,1	9,9	4,4	-8,3	-4,5	11,4*
Offisiell valutakurs (NOK per US \$) ^a	4,94	6,26	6,34	8,8	6,44	6,04
Offisielle valutakursen (NOK per €) ^c	n.a.	n.a.	n.a.	8,23	7,99	7,81

Kilde: Verdensbanken (2013), med mindre annet er oppgitt.

Merknader: ^a Statistisk sentralbyrå (2011); ^b Fattigdom er definert som andel av "kontinuerlig lav inntekt enkeltpersoner", dvs. personer med inntekt som var mindre enn 60 % av medianinntekten i Norge for tre eller flere påfølgende år, ^c Statistisk sentralbyrå (2012a); n.a. = Ikke tilgjengelig.

De store oljeinntektene har resultert i betydelige finansielle verdier i Statens pensjonsfond utland (SPU). SPU ble etablert i 2006 for å forenkle statlig sparing for å møte den raske veksten i folketrygdens pensjonsutgifter i årene som kommer, og for å støtte en langsiktig forvaltning av oljepengene. Ved utgangen av desember 2012 ble verdien av fondets aktiva beregnet til ca. 4000 milliarder kroner (535 milliarder euro) (www.nbim.no).

1.3 Politisk kontekst

I over 400 år frem til 1814 var Norge i union med Danmark. I perioden 1814 til 1905 var Norge i union med Sverige. Norge har hatt eget parlament (Storting) og Grunnlov fra 1814. Fra 1905 har Norge vært selvstendig stat.

⁴ Se fotnote 3 for detaljer.

Det politiske systemet er tredelt, og hvert nivå er styrt av folkevalgte organer: Storting, fylkesting og kommunestyre. Stortinget har 169 medlemmer og velges for en fireårsperiode. Kongen er formelt høyeste utøvende myndighet, men det er i praksis regjeringen – som består av statsministeren (valgt av Kongen) og hans/hennes statsråder (valgt av statsministeren) – som har den utøvende makt. De valgte representantene forlater Stortinget om de skal sitte i regjeringen.

I 2012 hadde Norge 19 fylker og 429 kommuner. Oslo, som er hovedstad og største by, er formelt både en kommune og et fylke. Innbyggertallet i kommunene varierer, fra 218 innbyggere til om lag 600 000 innbyggere per kommune. Det er i alt 30 kommuner med færre enn 1000 innbyggere, og en tredel av kommunene har mellom 2000 og 5000 innbyggere (SSB 2012f).

Fagforeningene spiller en sentral rolle i Norge, ettersom de regelmessig forhandler lønns- og arbeidsvilkår, noe som nedfelles i tariffavtaler. Innenfor helse- og omsorgssektoren er følgende profesjoner organisert i egne fagforeninger: leger, sykepleiere, tannleger, psykologer, fysioterapeuter og radiografer. Noen andre yrkesgrupper, for eksempel helsefagarbeidere, tannpleiere og ambulanspersonell, er representert ved en felles fagforening, Fagforbundet.

Det politiske styresettet har vært stabilt: Arbeiderpartiet regjerte mellom 1945 og 1965. Fra 1965 til skrivende stund (1. mai 2013), har Arbeiderpartiregjeringer vekslet med koalisjonsregjeringer. Mellom 2001 og 2005 ble landet styrt av en trepartiregjering (Kristelig Folkeparti, Venstre og Høyre). En ny regjeringskoalisjon kom til makten etter valget i 2005, da Arbeiderpartiet for første gang i historien dannet regjering med andre partier – Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. I 2009 ble denne koalisjonsregjeringen gjenvalgt for fire nye år. Neste stortingsvalg er i september 2013.

Tradisjonelt sett har Norge samarbeidet tett med de andre nordiske landene (Danmark, Sverige, Finland og Island). I 1982 ble det inngått en avtale om et felles arbeidsmarked mellom de fem landene. Siden 1992 har de hatt en konvensjon om sosial sikkerhet, som i 1994 ble utvidet til sosial bistand og sosiale tjenester. I 1972 og 1994 ble det avholdt folkeavstemninger om hvorvidt Norge burde bli medlem av EF/EU, et forslag som ble nedstemt ved begge anledninger. Norge har ratifisert flere bilaterale trygdeavtaler med andre nordiske land samt det europeiske økonomiske samarbeidsområdet (EØS-avtalen), som trådte i kraft i 1994.

Norge er medlem av FN, Verdens handelsorganisasjon (WTO), North Atlantic Treaty Organization (NATO), Europarådet og Nordisk råd. Norge har blant annet inngått følgende internasjonale avtaler og dokumenter: Avtale om handel med tjenester (GATS), FNs konvensjon om barns rettigheter (barnekonvensjonen), Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, de internasjonale menneskerettighetskonvensjonene og Barents helseprogram.

1.4 Helse

Helsen til nordmenn har blitt betydelig forbedret de siste tiårene. I 2011 var forventet levealder 79 år for menn og 83,5 år for kvinner ved fødselen. Det har vært en nedgang i dødelighet for begge kjønn. Dødelighetsraten for kvinner er mye lavere enn for menn (tabell 1.3), men nedgangen har vært relativ større for menn enn for kvinner de siste ti årene.

Tabell 1-3 Dødelighet og helseindikatorer, 1980–2011, utvalgte år

Indikatorer	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Forventet levetid ved fødsel, total ^a	76	77	78	79	80	81	81,5
Forventet levetid ved fødsel, menn	72,3	73,4	74,8	76	77,8	78,9	79,0
Forventet levetid ved fødsel, kvinner	79,2	79,8	80,8	81,5	82,7	83	83,5
Total dødelighetsrate, voksne menn (per 1000 menn) ^a	146	132	112	107	88	82 ^b	n.a.
Total dødelighetsrate, voksne kvinner (per 1000 kvinner) ^a	n.a.	n.a.	n.a.	61	56	50 ^b	n.a.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (2013a), med mindre annet er oppgitt.

Notes: ^a World Bank (2013); ^b 2009 data; n.a. = not available.

Det er en forskjell mellom forventet levetid totalt og forventet levetid uten nedsatt funksjonsevne, slik det måles ved «disability-adjusted life expectancy» (DALE), men forskjellene er tilsvarende det en finner i sammenligningsland. Forskjellen mellom den generelle levealder og «gode» leveår uten nedsatt funksjonsevne (HLY) er imidlertid mindre i Norge enn i sammenligningsland (tabell 1.4).

Tabell 1-4 Total forventet levetid, forventet levetid uten nedsatt funksjonsevne og gode leveår uten nedsatt funksjonsevne, Norge og sammenligningsland, sist tilgjengelige år

Indikatorer	Norge	Danmark	Finland	Sverige	EU15	EU12	EU27
Forventet levetid ved fødsel (2011)	81,53	78,51 ^a	80,76	81,77 ^b	81,24 ^b	75,78	80,14
DALE (2007)	73	72	72	74	73	67	72
HLY, kvinner (2011)	70 (e)	59,4	58,3	70,2	n.a.	n.a.	62,2 (e)
HLY, menn (2011)	69,9 (e)	63,6	57,7	71,7	n.a.	n.a.	61,8 (e)

Kilder: Data for forventet levetid ved fødsel og DALE (disability-adjusted life expectancy) er fra WHO (2012); data for HLY (leveår uten nedsatt funksjonsevne) er fra Eurostat. (2013).

Notes: ^a 2006; ^b 2010; (e) = estimat; n.a. = not available.

En av de viktigste årsakene til økt levealder i Norge siden 1970-tallet er nedgang i dødelighet som følge av hjerte- og karsykdommer. Dødeligheten har gått ned for både menn og kvinner. På den annen side har dødelighet som følge av ondartede svulster økt for både menn og kvinner. Ondartede svulster er fortsatt den nest hyppigste dødsårsaken (tabell 1.5).

Tabell 1-5Dødsårsaker, antall dødsfall i alt, 1991–2011, utvalgte år

Dødsårsak	1991	1995	2000	2005	2010	2011
Totalt (I)	44 822	45 182	44 018	41 152	41 442	41 304
Menn (II)	23 086	23 024	21 676	20 065	19 976	20 029
% av (I)	52	51	49	49	48	48
Kvinner(III)	21 736	22 158	22 342	21 087	21 466	21 275
% av (I)	48	49	51	51	52	52
Hjerte- og karsykdommer (I00–I99)						
Totalt	20 818	19 867	18 191	14 537	13 128	12 964
% av (I)	46	44	41	35	32	31
Menn	10 623	10 016	8 659	6 886	6 105	6 007
% av (II)	46	44	40	34	31	30
Kvinner	10 195	9 851	9 532	7 651	7 023	6 957
% av (III)	47	44	43	36	33	33
Ondartet svulst (C00–C97)						
Totalt	9 785	10 371	10 447	10 564	10 926	10 838
% av (I)	22	23	24	26	26	26
Menn	5 353	5 579	5 532	5 596	5 816	5 817
% av (II)	23	24	26	28	29	29
Kvinner	4 432	4 792	4 915	4 968	5 110	5 021
% av (III)	20	22	22	24	24	24
Sykdommer i luftveiene (J00–J99)						
Totalt	4 344	4 930	4 384	4 082	3 882	4 026
% av (I)	10	11	10	10	9	10
Menn	2 044	2 360	2 052	2 027	1 880	1 961
% av (II)	9	10	9	10	9	10
Kvinner	2 300	2 570	2 332	2 055	2 002	2 065
% av (III)	11	12	10	10	9	10
Andre sykdommer						
Totalt	7 330	7 740	8 628	9 559	10 979	10 869
% av (I)	16	17	20	23	26	26
Menn	3 471	3 655	4 007	4 126	4 701	4 719
% av (II)	15	16	18	21	24	24
Kvinner	3 859	4 085	4 621	5 433	6 278	6 150
% av (III)	18	18	21	26	29	29
Ulykker						
Totalt	1 780	1 663	1 752	1 835	1 941	1 890
% av (I)	4	4	4	4	5	5
Menn	1 033	963	976	1 048	1 068	1 026
% av (II)	4	4	5	5	5	5
Kvinner	747	700	776	787	873	864
% av (III)	3	3	3	4	4	4
Selvmord						
Totalt	675	548	541	533	548	598
% av (I)	2	1	1	1	1	1
Menn	499	411	409	360	384	434
% av (II)	2	2	2	2	2	2
Kvinner	176	137	132	173	164	164
% av (III)	1	1	1	1	1	1
Drap og overfall						
Totalt	90	63	75	42	38	119
% av (I)	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3
Menn	63	40	41	22	22	65
% av (II)	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3
Kvinner	27	23	34	20	16	54
% av (III)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3

Kilde: Statistisk sentralbyrå (2013a).

I alle vestlige land har det vært en nedgang i smittsomme sykdommer som følge av bedre hygiene, vaksinasjonsprogram og mye bedre levekår. Alle barn som oppholder seg i Norge, tilbys vaksinasjon

mot ti sykdommer, og barn som tilhører risikogrupper tilbys flere vaksiner (se pkt. 5.1). Vaksinasjonsraten er høy, det vil si at mer enn 90 % av barn og unge får de anbefalte vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet (Folkehelseinstituttet, 2013a). På 1980-tallet ble også Norge rammet av hiv-epidemien, men effektive tiltak har blitt innført. Totalt smittes nå et sted mellom 250 og 300 personer med hiv i året (Folkehelseinstituttet, 2010).

Generelt sett har nordmenn god helsetilstand. Selv om færre dør før pensjonsalder, mottok rundt 10 % av den yrkesaktive befolkningen uførepensjon i 2009 (Folkehelseinstituttet, 2010). I tillegg er nesten 7 % av arbeidsstokken sykemeldt til enhver tid. Det betyr at Norge har den høyeste frekvensen av arbeidsfravær av heltidsansatte i hele OECD-området, og nesten dobbelt så høy som andre nordiske land. Mellom 1994 og 2009 økte det årlige antall sykemeldte med 59 %. Rettigheter knyttet til sykefravær, andre ytelser og permisjoner bidrar til den svært høye forekomsten av fravær (OECD, 2013a).

Mens muskel- og skjelettlidelser fortsatt utgjør den største årsaken til sykefravær (41 % i 2010), har andelen sunket (fra 50 % i 1994). På den annen side økte andelen av personer som er syke på grunn av psykiske lidelser med 8 prosentpoeng, fra 10 til 18 % mellom 1994 og 2010, mens andelen av alle andre medisinske tilstander forble stabil (OECD, 2013b). I 2008 hadde om lag 10 % av voksne nordmenn psykiske problemer, definert som en HSCL-25 score på over 1,75). Angst og depresjon er blant de vanligste psykiske lidelsene hos voksne (Helsedirektoratet, 2012a).

Forekomsten av fedme og type 2-diabetes hos voksne har økt. Andelen av personer mellom 16 og 79 år med kroppsmasseindeks (KMI) på 27 eller mer (dvs. personer med overvekt eller fedme) har økt betydelig de siste 40 årene. 14 % av menn og 15 % av kvinner var i denne kategorien i 1970, mens tallene for 2008 var 32 % blant menn og 21 % blant kvinner (Folkehelseinstituttet, 2010).

Mangel på fysisk aktivitet er en viktig risikofaktor for både type 2-diabetes og andre kroniske sykdommer. Ifølge en undersøkelse av Hansen et al. (2012), har den norske befolkningen lav fysisk aktivitet: Voksne, også eldre, bruker mesteparten av sin tid på stillesittende aktiviteter. Bare 20 % av befolkningen følger anbefalingene om 60 minutter fysisk aktivitet per dag. Barn er mer fysisk aktive enn ungdom og voksne og har dermed en lavere forekomst av overvekt og fedme (Folkehelseinstituttet, 2010).

Prosentandelen av dagligrøykere i Norge er redusert fra mer enn 40 % i 1973 til 21 % i 2009 (Folkehelseinstituttet, 2010). Den standardiserte dødeligheten på grunn av røyke-relaterte årsaker har også vært synkende siden 1990-tallet. Om lag 5 % av befolkningen er avhengige av alkohol (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Siden begynnelsen av 1970-tallet har gjennomsnittlig alder ved førstegangsfødsel økt med cirka fire år og var i 2008 på 27,5 år (Folkehelseinstituttet, 2010). Tenåringsgraviditeter har sunket betydelig de siste tiårene (tabell 1.6). Abortandelen blant tenåringer i Norge i 2010 var ca. 14,1 per 1000 kvinner. Det totale antallet aborter har stabilisert seg på mellom 14 000 og 16 000 per år siden abortloven ble innført i 1978. I 2010 ble det utført 15 735 aborter, noe som tilsvarer 25,2 % av alle levendefødte (Folkehelseinstituttet, 2013b).

Den perinatale dødeligheten er en av de laveste i verden. Den ble redusert fra 14,2 per 1000 fødsler i 1975 til 2,9 prosent per 1000 fødsler i 2010 (WHO, 2012).

Tabell 1-6 Mødre, barn- og ungdomshelseindikatorer, 1980–2010, utvalgte år

Indikatorer	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Andel av abort (per 1000 kvinner) ^a	14,6	14,7	12,8	13,7	12,9	13,8
Fruktbarhetstall, ungdommer (15-19 år, per 1000 kvinner) ^b	n.a.	n.a.	13	11	9	8
Prenatal dødelighet (per 1000 fødte)	8,9	5,6	4,6	4,6	3,3	2,9
Neonatal dødelighet (per 1000 levende fødte)	5,1	3,9	2,7	n.a.	2,1	1,7
Post-neonatal dødelighet (per 1000 levende fødte)	3,0	3,1	1,4	n.a.	1,0	0,9
Dødelighet hos småbarn (under-fem år) ^b	10	9	6	5	4	3
Dødelighet hos mødre (per 100 000 fødsler)	n.a.	3,3	6,6	3,4	3,5	4,9
Syfilis, insidensrate (per 100 000 personer i året) ^c	n.a.	0,05 ^e	0,2	0,95	0,6	1,2 ^f
Gonoré, insidensrate (per 100 000 personer i året) ^d	n.a.	n.a.	4,1	5,6	6,1	9,1

Kilde: WHO (2012), om ikke annet er oppgitt. Merk: a NIH (2011); b World Bank (2011); c Jakopanec et al. (2010); d Forfatterens beregninger basert på Statistisk sentralbyrå (2012); e 1992; f 2008; "n.a." = not available/ ikke tilgjengelig.

Tannhelsen hos unge nordmenn har bedret seg betydelig de siste 25 årene (tabell 1.7). Andelen av 5-åringer uten karies, manglende eller fylte tenner (DMFT) var 80 % i 2010, mens tilsvarende tall for 12-åringer var 50 %. Det er betydelige forskjeller blant fylkene i andelen barn med ingen DMFT (Helsedirektoratet, 2012a).

Tabell 1-7 Andel av barn/ungdom uten karies, manglende eller fylte tenner, 1990–2010, utvalgte år

Aldersgruppe	1990	1996	1999	2005	2010
5 år	61	68	66	71	80
12 år	32	43	48	42	50
18 år	7	12	15	16	17

Kilde: Helsedirektoratet (2012a).

Sosiale ulikheter i helse vedvarer til tross for at alle nordmenn, også vanskeligstilte befolkningsgrupper, har fått betydelig bedre levekår de siste fire tiårene (Folkehelseinstituttet 2010; Fosse, 2012). Det er store forskjeller i dødelighet mellom befolkningsgrupper med lavere og høyere inntekter. De som har lav inntekt, har høyere dødelighetsrate både for menn og kvinner. Det er også forskjeller i forventet levealder basert på utdanning. Menn og kvinner med lang utdanning lever lenger. Dødeligheten hos

barn er også 30–40 % høyere for mødre med mindre enn ti års utdanning enn for mødre med mer enn tolv års utdanning (data fra tidlig på 2000-tallet, 2010 Folkehelseinstituttet, 2013c).

For både menn og kvinner er dødeligheten av hjerte- og karsykdommer og kreft størst i grupper med lav inntekt og/eller kort utdanning. Unntakene er dødeligheten av bryst- og hudkreft, som forekommer oftest i grupper med høyere sosial status. Forekomsten av langvarige og kroniske sykdommer er også høyere i lavere sosioøkonomiske grupper: ca. 50 % høyere blant menn med kortere utdanning og mellom 50 % og 90 % høyere for kvinner. Folk i lavere sosioøkonomiske grupper rapporteres også å ha mer psykiske problemer, angst og depresjon enn personer i høyere sosiale klasser (data fra 2002), de har også dårligere helserelatert atferd i form av for eksempel røyking, mangel på fysisk aktivitet og lavere forbruk av frukt og grønnsaker (Folkehelseinstituttet, 2010).

2. Organisering og styring

Det norske helsesystemet kan karakteriseres som delvis desentralisert. Ansvar for spesialistbehandling har siden 2002 ligget hos staten som eier av fire regionale helseforetak (RHF), som igjen eier helseforetakene. Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og har stor grad av frihet til å organisere helsetjenesten. Fylkenes rolle i helsetjenesten er avgrenset til lovbestemt tannpleie og forebyggende helsetjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for og fører tilsyn med helsetjenesten, men flere av oppgavene er delegert til ulike underliggende etater. Departementet styrer aktivitetene til de underliggende etatene enten gjennom direkte styring for nasjonale etater, eller gjennom eierskapsordninger som budsjetter og oppdragsdokumenter for de regionale helseforetakene, samt lovverk og finansielle instrumenter for fylkeskommuner og kommuner. Departementet skal også sørge for at helse- og omsorgstjenester er i samsvar med nasjonale lover og forskrifter.

Tverrsektorielt samarbeid har blitt stadig viktigere de siste årene, spesielt som et middel for å forebygge sosial ulikhet i helse. Det har også blitt lagt mer vekt på å bedre fordelingen av ressurser (gjennom prioritering og økt bruk av medisinske metodevurderinger), kvalitet og pasientsikkerhet. Det har vært et politisk mål siden årtusenskiftet å styrke rollen til pasienter og pårørende, eksempelvis gjennom en omfattende pasientrettighetslovgivning som regulerer forhold som pasientens valg og klageprosedyrer.

2.1 Oversikt over helsesystemet

Den organisatoriske strukturen i det norske helsevesenet er bygget på prinsippet om lik tilgang til tjenester for alle innbyggere, uavhengig av sosial eller økonomisk status og geografisk beliggenhet. Dette overordnede målet har vært et langvarig kjennetegn ved det norske velferdssystemet (Schiøtz, 2008) og er også forankret i den nasjonale helselovgivningen og i strategidokumenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Helsevesenet er organisert i tre hovednivåer: nasjonale/statlige, helseregioner (regionale helseforetak eid av Helse- og omsorgsdepartementet) og kommuner (se figur 2.1). Dessuten har fylkeskommunene fortsatt et ansvar for enkelte helseområder.

Systemet reguleres gjennom et stort antall lover og forskrifter. Lovgivningen reflekterer det desentraliserte helsevesenet: spesialistbehandling er organisert av de regionale helseforetakene og reguleres av spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven (se 9.2 om helselover). Primærhelsetjenesten organiseres av kommunene og reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven, mens tannpleie organiseres av fylkeskommunene og er regulert av tannhelsetjenesteloven. Enkelte andre tjenesteområder som omfatter flere organisatoriske nivåer, er regulert av egne lover, for

ansvar for saker knyttet til helsetjenester, omsorgstjenester, folkehelsen, narkotika- og alkoholpolitikk og legemidler.

Det overordnede ansvaret for helsesektoren på nasjonalt nivå ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet fastsetter den nasjonale helsepolitikken, forbereder og fører tilsyn med lovgivningen, tildeler midler innen helsesektoren og gjennomfører nasjonal helsepolitikk ved hjelp av flere underordnede institusjoner (Helsedirektoratet 2012c). Tildeling av ressurser til helse og andre sektorer er Finansdepartementets ansvar.

Arbeidsdepartementet er indirekte involvert i helsevesenet, i hovedsak gjennom Arbeids- og velferdsetaten (NAV), som forvalter ulike stønadsordninger innenfor Folketrygden, som for eksempel sykefravær og uføretrygd. Siden 2009 har Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet hatt ansvaret for helsevesenets del av folketrygdens budsjett. Denne delen av budsjettet administreres av Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Rollene til de viktigste aktørene i systemet er beskrevet i pkt. 2.3.

2.2 Historisk bakgrunn

Langt inn i det tjuende århundret gjenspeilet helsevesenets finansiering og organisering det faktum at landet var fattig og at flertallet av befolkningen bodde på landsbygda. Det første større antall leger ble utdannet i andre halvdel av 1700-tallet. Sykehuslignende institusjoner utviklet seg mer gradvis, men leger og helsepersonell arbeidet fortsatt sjelden i distriktene. Kommuner og frivillige organisasjoner hadde en viktig rolle som tilbyder av helse- og omsorgstjenester, og statens rolle var avgrenset til for eksempel å ansette distriktsleger og drive forebyggende helsearbeid (Schiøtz, 2003; Berg, 2005; Johnsen, 2006).

Begynnelsen av 1900-tallet var preget av en økning i det offentliges ansvar for helsesaker, både på statlig og kommunalt nivå. Etter hvert som befolkningen vokste og industrialiseringen økte, ble det bygget sykehus, spesielt i byene. Disse ble eid og drevet enten av frivillige organisasjoner, kirken, kommunen eller staten. Det ble utviklet forsikringsordninger for helsepersonell, basert på individuelle søknader. Lov om de offentlige lægeforretninger fra 1912 forutsatte lik tilgang til legetjenester for alle, uavhengig av inntekt og bosted.

Etter andre verdenskrig endret den organisatoriske strukturen i helsevesenet seg betydelig på statlig nivå. Helsedirektoratet ble etablert i 1945, som en del av Sosialdepartementet – som fagdirektorat og myndighetsorgan for medisinske fagfolk. Dette ga legene en unik rolle som politiske og medisinske utøvere (Berg, 2009). Direktoratets arbeid var utvilsomt inspirert av Storbritannias «Beveridge Report» (Kuhnle, 2006). Etableringen av Folketrygden i 1967 (innlemmet i NAV i 2006) var et viktig skritt mot å oppnå en universell tilgang til velferdstjenester.

Mens økonomisk vekst frem til 1970 var litt under gjennomsnittet i OECD-landene, vokste økonomien mye raskere etter at oljeressursene ble oppdaget i Nordsjøen. Rollen til sykehusene ble viktigere, med et økende tilbud av både spesialiserte tjenester og akutt medisinsk behandling. For å øke effektiviteten ble det utviklet en tredelt sykehusstruktur med sentrale, regionale og nasjonale sykehus. Sykehusloven fra 1969 ga fylkeskommunene ansvaret for å planlegge, bygge og forvalte sykehusene i sine geografiske områder, et ansvar de beholdt til 2002 (se pkt. 2.4). Samtidig fikk staten kontroll over to store sykehus med nasjonale oppgaver, nemlig Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

Blant de største vanskelighetene for primærhelsetjenesten var å oppnå tilstrekkelig dekning av de legetjenestene som det ble stilt krav om i Lov om de offentlige lægeforretninger fra 1912. Kommunehelsetjenesteloven fra 1982 gjorde kommunene ansvarlige for alle primærhelsetjenester, noe som også markerte slutten på ordningen med distriktsleger (Schøitz, 2003). Ansvarsområdene til kommunene har siden blitt ytterligere utvidet til å omfatte miljøhelsetjenester, sykehjem (siden 1988) og omsorg for mennesker med utviklingshemming (siden 1992). I 2001 ble fastlegeordningen innført. Den ga enkeltpersoner rett til selv å velge fastlege (dvs. registrere seg på listen til en fastlege, se avsnitt 2.9.2 og 5.1.2). Fra 2012 har kommunene fått et større økonomisk ansvar for pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus (Samhandlingsreformen, se pkt. 6.1.5).

Den andre delen av det tjuende århundret kan beskrives som en periode med stadige reformer i offentlig sektor. Lignende reformer som ofte søker å oppnå en optimal balanse mellom statlige og lokale myndigheter, har også funnet sted i helsesektoren og fortsatte inn i det tidlige 2000-tallet (se 2.4). Gjennom handlingsplaner og lovverk er det lagt mer vekt på endringer i levering og organisering av helsetjenester. Det ble for eksempel fastsatt en fireårig handlingsplan for eldre i 1998, med et mål om å utvikle lokale pleie- og omsorgstjenester, og i 1999 ble en syvårig handlingsplan for psykisk helse vedtatt. Den tok sikte på å bedre organiseringen og planleggingen av omsorgstjenester innen psykisk helse. Siden 2001 har i alt 29 definerte helsepersonellgrupper vært regulert av helsepersonelloven. I 2001 trådte også både pasient- og brukerrettighetsloven og lov om psykisk helsevern i kraft. I 2002 ble en norsk sykehusreform gjennomført, og ansvaret for sykehus ble overført fra fylkeskommunene til de fem regionale helseforetakene. Reformen delte landet inn i fem helseregioner (nå fire).

Gjennom økt reformarbeid har det siden 2008 blitt arbeidet for å bedre samordningen mellom kommunene og de regionale helseforetakene (Samhandlingsreformen). Økt oppmerksomhet har også vært knyttet til tjenestenes kvalitet og pasientsikkerhet. Den nyeste utviklingen er nærmere beskrevet i pkt. 6.1.

2.3 Organisering

2.3.1 Sentral styring av helsesystemet

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter den nasjonale helsepolitikken, forbereder store reformer og forslag til lovgivning, overvåker gjennomføringen og bistår regjeringen i beslutningsprosessen. Som eier av de regionale helseforetakene som igjen eier helseforetakene, har departementet direkte ansvar for spesialisthelsetjenesten. Departementet er også ansvarlig for å føre tilsyn med alle andre typer helsetjenester og med koordinering mellom tjenester.

Departementet har det administrative ansvaret for en rekke underliggende etater (tabell 2.1).

2.3.2 Regionale helseforetak og helseforetak – spesialisthelsetjenesten

Det er fire regionale helseforetak i Norge: Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF er størst og dekker om lag 55 % av befolkningen. De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisert behandling i somatiske og psykiske helseinstitusjoner samt andre spesialiserte medisinske tjenester, for eksempel laboratorium, røntgen og ambulante tjenester, samt spesialisert behandling for personer med narkotika- og alkoholavhengighet. De regionale helseforetakene eier helseforetakene. Det er i dag 27 helseforetak. Av dem er 21 sykehus, fire apotekforetak, ett foretak for pre-hospitale tjenester og ett IKT-foretak – Helse Vest IKT).

2.3.3 Fylker – tannpleie og folkehelse

Innenfor helsetjenesten er fylkene i hovedsak ansvarlig for å tilby lovbestemt tannpleie (se avsnitt 5.12). De har også noen plikter med hensyn til generell folkehelse (se pkt. 5.1). Alt i alt er fylkeskommunenes rolle innenfor helseområdet begrenset.

2.3.4 Kommuner – primærhelsetjeneste

Kommunene har ansvar for å sørge for og finansiere primærhelsetjenesten, herunder rehabilitering, fysioterapi, sykepleie, legevakt og medisinsk akuttberedskap. De er også ansvarlig for et bredt spekter av folkehelsearbeid (se pkt. 5.1).

Det er ingen direkte styringslinje fra sentrale myndigheter til kommunene, og sistnevnte har stor frihet i å organisere primærhelsetjenesten. Imidlertid har enkelte oppgaver blitt beholdt på sentralt nivå, hovedsakelig for å opprettholde lik tilgang til offentlige tjenester. For eksempel er alle avgjørelser om finansiering av fastleger fortsatt bestemt på sentralt nivå (se avsnitt 3.7.2).

Tabell 2-1 Etater underlagt Helse- og omsorgsdepartementet

Navn på etat	De viktigste ansvarsområdene
Helsedirektoratet	<ul style="list-style-type: none"> • Implementerer nasjonal helsepolitikk gjennom integrerte og målrettede aktiviteter på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivåer
	<ul style="list-style-type: none"> • Informerer sentrale myndigheter, kommuner, regionale helseforetak og frivillig sektor
	<ul style="list-style-type: none"> • Er ansvarlig for direkte utbetalinger til ulike helsetjenesteleverandører (f.eks. gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering og HELFO)
	<ul style="list-style-type: none"> • Forbereder forordninger, nasjonale retningslinjer og kampanjer • Er ansvarlig for arbeidet i Pasient- og brukerombudene (Pobo)
Helsetilsynet	<ul style="list-style-type: none"> • Holder faglig tilsyn med helse- og sosialtjenester på nasjonalt og lokalt nivå (gjennom fylkesmennene)
	<ul style="list-style-type: none"> • Overvåker befolkningens behov for helse- og sosialtjenester
Folkehelseinstituttet	<ul style="list-style-type: none"> • Overvåker og tilbyr kompetanse og forskning innen epidemiologi, smittevern, miljømedisin, retts toksikologi og narkotikamisbruk
Legemiddelverket	<ul style="list-style-type: none"> • Har tilsyn med nye og eksisterende medisiner i forsyningskjeden, inkludert produksjon, utprøving og markedsføring
	<ul style="list-style-type: none"> • Tildeler/trekker tilbake markedsautorisasjoner
	<ul style="list-style-type: none"> • Overvåker og sikrer kostnadseffektiv bruk av medikamenter, og at de brukes i henhold til dokumentert effekt
	<ul style="list-style-type: none"> • Regulerer priser og handelsbetingelser for apotekene
	<ul style="list-style-type: none"> • Gir råd om refusjon av legemidler utenfor spesialistbehandling
Statens strålevern	<ul style="list-style-type: none"> • Overvåker bruken av radioaktive stoffer og spaltbart materiale
	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinerer beredskapsplaner mot atomulykker og radioaktivt nedfall
	<ul style="list-style-type: none"> • Overvåker naturlig og kunstig stråling i miljøet og på arbeidsplasser
	<ul style="list-style-type: none"> • Formidler kunnskap om forekomst, risiko og effekt av stråling
Bioteknologinemda	<ul style="list-style-type: none"> • Gir bistand til alle departementer i saker knyttet til stråling, strålevern og atomsikkerhet
	<ul style="list-style-type: none"> • Vurderer de sosiale og etiske konsekvensene ved moderne bioteknologi og støtter bruk som fremmer bærekraftig utvikling
Norsk pasientskadeerstatning	<ul style="list-style-type: none"> • Håndterer erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten.
	<ul style="list-style-type: none"> • Samler og sammenstiller data om slike skader med sikte på å gi et statistisk grunnlag for kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid
	<ul style="list-style-type: none"> • Jobber for å informere allmennheten, pasienter og helsepersonell om kompensasjonsordningen for pasientskader
Norsk autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK)	<ul style="list-style-type: none"> • Gir arbeidsautorisasjoner/lisenser til 29 kategorier av helsepersonell
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Gir beslutningstakere og helsepersonell oppsummert forskning om effekten av intervensjoner i helsetjenesten
	<ul style="list-style-type: none"> • Fremmer og måler pasientsikkerhet og kvalitet på tjenester

2.3.5 Private helse- og omsorgstjenester

Flere private aktører er involvert i å tilby helsetjenester. Innen primærhelsetjenesten er bidraget vesentlig. De fleste fastleger er selvstendig næringsdrivende, men i de fleste tilfeller er de helt integrert i det offentlige systemet gjennom avtaler med kommunene (se pkt. 5.3). På den annen side spiller

private kommersielle helsetjenestetilbydere en liten rolle i tilbudet av spesialistbehandling: Mindre enn 2 % av sykehussengene er i private kommersielle sykehus, for dagkirurgi er andelen noe høyere. Andre tjenester fra kommersielle private aktører omfatter langtidssykepleie (ca. 10 % av sykehjem i 2010), og støttetjenester som radiologi og laboratorietjenester. I 2010 mottok disse henholdsvis 80 og 60 % av fastlegenes henvisninger (Helsedirektoratet, 2012b).

Typiske eksempler på private ideelle organisasjoner er sykehus og institusjoner som drives av stiftelser, men som finansieres og anses som en integrert del av den offentlige helsetjenesten. Ett eksempel er Diakonhjemmet, en diakonal sykehusstiftelse i Oslo, som eies av Den norske kirke.

2.3.6 Pasientorganisasjoner

Pasienter er tilknyttet en rekke organisasjoner som varierer i størrelse og grad av faglig organisering (Winblad & Ringard, 2009). De fleste organisasjonene er relatert til bestemte sykdommer eller sykdomsgrupper. Norsk Pasientforening, som ble grunnlagt i 1985, har imidlertid et bredere omfang. De arbeider for å informere enkeltpasienter og deres pårørende om deres juridiske rettigheter og med å fremme pasientrettigheter gjennom offentlige høringer og lobbyvirksomhet.

2.3.7 Fagforeninger for helsepersonell

Mer enn halvparten av landets arbeidstakere er fagorganisert (1,7 millioner i 2012, ifølge Statistisk sentralbyrå (2013f)). De fleste fagforeningene tilhører én av fire hovedorganisasjoner: LO, Unio, YS og Akademikerne. Alle de fire hovedorganisasjonene har fagforeninger for helsepersonell, og blant de mest sentrale er Den norske legeforening med om lag 27 000 medlemmer, Norsk Sykepleierforbund med 90 000 medlemmer, Den norske tannlegeforening med om lag 6300 medlemmer og Norsk Psykologforening med om lag 7000 medlemmer. Disse organisasjonene fungerer både som fagforeninger og yrkesorganisasjoner. Som fagforeninger tar de sikte på å ivareta de økonomiske, politiske og faglige interessene til sine medlemmer. Som yrkesorganisasjoner er de involvert i saker som gjelder et bredt spekter av faglige spørsmål, som for eksempel den nasjonale helsepolitikken, utdanning og etikk. I tillegg finnes fagforeninger som Fagforbundet som representerer arbeidstakere på tvers av profesjonstilhørighet. Fagforbundet har om lag 90000 medlemmer innen helse- og sosialsektoren.

2.3.8 Arbeidsgiverforeninger

Arbeidsgiverne er representert i to organisasjoner: Spekter og KS – Kommunesektorens organisasjon. Innenfor helsevesenet representerer Spekter både offentlige og private sykehus. Sammen med de fire hovedsammenslutningene for fagforeninger, spiller denne arbeidsgiverforeningen en viktig rolle i de nasjonale lønnsforhandlingene (se avsnitt 3.7.2). Foreningen deltar også i utviklingen av det juridiske rammeverket som regulerer generelle ansettelsesforhold. KS er den eneste arbeidsgiverforeningen og

interesseorganisasjonen for kommuner, fylkeskommuner og lokale offentlige virksomheter i Norge. Hovedoppgavene er å fremme medlemmers interesser overfor den sentrale forvaltningen (inkludert kollektive forhandlinger på vegne av medlemmene), Stortinget og andre aktører. KS gir også råd og informerer om forhold og utviklingstrekk av betydning for lokale myndigheter og legger til rette for erfaringsutveksling mellom medlemmene. Siden 2006 har alle kommuner, fylkeskommuner og ca. 500 offentlige virksomheter vært medlemmer.

2.3.9 Politiske prosesser

Forslag til vedtak om ny politikk kan oppstå både innenfor og utenfor det politiske systemet. For ideer som er mer kontroversielle eller kan føre til betydelige endringer, oppnevner regjeringen ofte et eget utvalg eller arbeidsgrupper som får mandat til å utrede temaet. Utvalget leverer en offisiell rapport – Norges offentlige utredninger (NOU) – til regjeringen. Det ansvarlige departementet vurderer utredningen og kan enten bestemme seg for å utrede temaet videre og sende det til offentlig høring, eller å forkaste det. Den politiske prosessen er lik for alle sektorer; ansvarlig for helsepolitikken er Helse- og omsorgsdepartementet. Under høringsprosessen sender departementet et utkast av forslaget til enkeltpersoner og organisasjoner som kan bli påvirket av forslaget. Etter høringsprosessen avgjør departementet om det skal fortsette arbeidet med forslaget, eller forkaste det. Dersom forslaget får støtte, kan det fremmes til vurdering av regjeringen. Deretter blir saken sendt til Stortinget enten som en stortingsproposisjon med forslag til vedtak (som statsbudsjettet eller lovforslag) eller som en melding til Stortinget. Stortinget sender det til videre behandling i en av sine komiteer, som i sin tur leverer sin innstilling til Stortinget for behandling i plenum. Stortinget kan akseptere forslaget, som fører til lovfesting hvis det er et lovforslag, mens meldinger fører til stortingsvedtak. Stortinget kan også foreslå endringer eller avvise forslaget. Hvis forslaget vedtas, blir departementet ansvarlig for gjennomføring og evaluering.

2.4 Desentralisering og sentralisering

De skandinaviske helsesystemene blir ofte karakterisert som desentraliserte nasjonale helsetjenestemodeller: Finansieringen er basert på beskatning, og de viktigste aktørene er offentlige (Rice & Smith, 2002; Magnussen, Vrangbæk & Saltman, 2009). I Norge spiller i tillegg fylkes- og særlig kommunestyrene en viktig rolle i fordeling av ressurser og helsetjenester. Betydelig makt ble overført fra sentralt til kommunalt nivå i andre del av 1900-tallet, mens både desentraliserings- og sentraliseringstendenser kan observeres på 2000-tallet.

Finansieringssystemet for kommunene ble endret i 1986, da om lag 50 ulike øremerkede tilskudd ble erstattet av rammetilskudd (Kommunal- og regionaldepartementet, 2005). Dette ga kommunene

større grad av autonomi i forhold til staten. Kommunene har også rett til å innkreve skatt fra befolkningen for å finansiere sin virksomhet (se avsnitt 3.3.3).

Reformene i 2002 flyttet ansvaret for spesialistbehandling fra fylkeskommunene til staten. Landet ble delt inn i fem regionale helseforetak, og sykehusene ble organisert som helseforetak som ble etablert på samme tid (Hagen & Kaarbøe, 2006, Magnussen, Hagen & Kaarbøe, 2007). Andre sentraliseringstendenser inkluderte å flytte ansvaret for alkohol- og narkotikabehandling fra fylkene til nasjonalt nivå i 2004, og i 2007 ble antall regionale helseforetak redusert fra fem til fire. En rekke nye organer ble opprettet på nasjonalt nivå i 2001–2002, deriblant Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk (Legemiddelverket), ofte ved at flere små enheter ble slått sammen til større enheter.

På den annen side ble det gjennomført ytterligere desentraliseringstiltak tidlig på 2000-tallet. For eksempel brakte 2002-reformen desentralisert sykehusledelse, slik at direktøren og styret har ansvaret for den daglige driften av foretakene (Johnsen, 2006). Liberaliseringen av legemiddelmarkedet, som begynte i 2001 med den nye apotekloven, er et annet eksempel (se avsnitt 2.8.4).

2.5 Planlegging

De viktigste strategiske planleggingsverktøyene i helsesektoren er de nasjonale helseplanene, som har blitt utgitt siden 1980-tallet. Den siste planen ble publisert i 2011 (se kapittel 7.1). Planene gir en statusoversikt for helsevesenet og de viktigste utfordringene og foreslår politiske mål og tiltak for å møte dem (Nylenna, 2007). Planleggingshorisonten er normalt fire år, noe som er lenger enn planperioden for de årlige helsebudsjettene. De nasjonale helseplanene er politiske dokumenter som ikke er underlagt formell evaluering.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten (se avsnitt 2.7.3) gir regjeringen råd i offentlige helsespørsmål og i spørsmål som er relevante for helsesystemet som helhet, slik som etablering av et nasjonalt system for innføring av ny teknologi i sykehus (se avsnitt 6.1.6).

2.5.1 Planlegging av personalressurser

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for bemanningsplanlegging, og Helsedirektoratet bistår departementet i saker som gjelder helsepersonell. I tillegg har helseforetakene og kommunene fått et eget ansvar for å planlegge, rekruttere og beholde helsepersonell.

Helse- og omsorgsdepartementet gir innspill til behov for kompetanse og kapasitet til Kunnskapsdepartementet, som er ansvarlig for å fastsette utdanningskapasiteten for ulike helsepersonellgrupper. Innspillet er delvis basert på modellering i «Helsemod» som blant annet estimerer fremtidig tilbud og etterspørsel for 20 helsepersonellgrupper. Denne modellen er utviklet av

Statistisk sentralbyrå i samarbeid med Helsedirektoratet. Den tar hensyn til en rekke faktorer, både på etterspørselssiden (demografiske trender, økonomisk vekst, planlagte politiske reformer, mønstre i forbruket av helsetjenester) og tilbudssiden (deltakelse i arbeidslivet, arbeidstid, studentopptak, studiefullføring og frafall på grunn av skade eller død) (Rø, 2012).

2.5.2 Planlegging og fordeling av infrastruktur

For spesialistbehandling er det overordnede ansvaret for å planlegge infrastruktur og investeringer i offentlig helsetjeneste lagt til de regionale helseforetakene. For primærhelsetjenesten er ansvaret lagt til kommunene. Både de regionale helseforetakene og kommunene har en utstrakt myndighet til å planlegge egen infrastruktur. De regionale helseforetakene må konsultere Helse- og omsorgsdepartementet ved store investeringer i infrastruktur (f.eks. bygging av nye sykehus) (se pkt. 4.1).

2.6 Tverrsektorielt samarbeid

Tradisjonelt har ikke andre departementer enn Helse- og omsorgsdepartementet hatt et eget ansvar for å sikre at helsemessige hensyn blir ivaretatt. Ulike departementer er imidlertid indirekte involvert i saker av betydning for helsevesenet. For eksempel er Arbeidsdepartementet involvert gjennom Folketrygden og bedriftshelsetjenester (se avsnitt 5.1.5), Kunnskapsdepartementet er involvert ved å planlegge kompetansebehov og sørge for utdanningstilbud for helsesektoren (se avsnitt 2.5.1). Finansdepartementet benytter skatter og avgifter for å påvirke «usunn livsstil» som for eksempel tobakk- og alkoholforbruk og Landbruks- og matdepartementet er involvert gjennom politikk og tiltak knyttet til mat- og vannsikkerhet.

Nasjonale strategier og nasjonale handlingsplaner som omfatter mer enn ett politisk område er blitt stadig viktigere. Strategier og handlingsplaner blir utarbeidet gjennom samarbeid og samordning mellom departementene. Hvert involverte departement blir så gitt ansvaret for å gjennomføre og følge opp en bestemt del av planen. Et eksempel er Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012), som var et resultat av samarbeid mellom følgende fem departementer: Arbeidsdepartementet, Fiskeri- og kystdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Miljøverndepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Denne strategien omfattet således både ulike sektorer og forvaltningsnivåer. Tverrsektorielt samarbeid er også sett på som et viktig verktøy i arbeidet med å takle ulikheter i helse (se kapittel 2.6.1).

2.6.1 Ulikheter i helse

Helseforskjeller står for tiden høyt på den politiske dagsorden i Norge. Fokus på ulikheter startet i 2003, med utgivelsen av en stortingsmelding om folkehelsepolitikk (Helsedepartementet, 2003b) som hadde et eget kapittel om temaet. Nasjonal strategi for å redusere sosiale forskjeller i helse (publisert som en

stortingsmelding i 2007) var det andre store skrittet i å se på helseforskjeller i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Dette var den første rapporten basert på det tverrsektorielle rapporteringssystemet som overvåker tiltak for å redusere sosiale forskjeller. De sentrale aktørene som arbeider med problemer ved sosial ulikhet i helse er Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Folkehelseloven fra 2011, som er et sentralt element i Samhandlingsreformen, sikter eksplisitt på å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og reduserer sosial ulikhet i helse (se pkt. 5.1 og 6.1). Kommunene, fylkene og sentrale myndigheter er alle sentrale aktører for dette målet. Loven legger dermed vekt på tverrsektorielt samarbeid gjennom «helse i alt vi gjør», det vil si at det er helse i alle politikkområder. Den siste stortingsmeldingen om folkehelsen har et bredt nedslagsfelt og er orientert mot sosial ulikhet i helse og hvordan fordelingen av dette er i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a).

2.7 Kunnskapshåndtering i helsesektoren

2.7.1 Informasjonssystemer

Ulike typer av helseopplysninger samles inn til nasjonale helseregistre. Disse sentrale registrene dekker hele befolkningen og omfatter et bredt spekter av data (tabell 2.2). Informasjon fra disse registrene blir analysert og publisert, blant annet som en del av offentlig statistikk. I 2012 var det totalt 15 sentrale helseregistre. Ingen av de sentrale helseregistrene forutsetter pasientens samtykke for å samle inn data, og det er obligatorisk for helsepersonell å rapportere. Datakvaliteten i disse registrene er generelt ansett som god (Folkehelseinstituttet, 2009).

Statistisk sentralbyrå (SSB) har ansvaret for å samle inn, analysere og formidle offentlig statistikk. Ifølge statistikkloven av 1989 har SSB myndighet til å bestemme hva som skal samles i den offisielle statistikken, og er ansvarlig for å organisere offentlig statistikk i Norge. Statistisk sentralbyrå er også hovedleverandør av statistikk til internasjonale samarbeidspartnere som Eurostat og Verdens helseorganisasjon (WHO).

Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet) har ansvar for å sikre god kvalitet og enkel tilgang til data i de fleste av registrene, samt sikre at personvernet blir ivaretatt i henhold til helseregisterloven av 2001 ved bruk av data på individnivå.

I tillegg til de sentrale helseregistrene er det flere medisinske og helsefaglige databaser (behandlingsregistre/kvalitetsregistre) som samler informasjon om helseutfall og annen informasjon knyttet til bestemte behandlinger eller diagnoser. Disse registrene brukes til å vurdere effekten av ulike

behandlinger i regi av primærlege, spesialist eller helsevesenets institusjoner. I desember 2012 var det om lag 200 slike databaser, hvorav 33 hadde status som godkjente nasjonale kvalitetsregistre. Disse kvalitetsregistrene har blitt etablert etter initiativ fra enkeltpersoner, sykehus eller utdanningsinstitusjoner. De bidrar med verdifull informasjon for å vurdere effekten av ulike behandlinger og til å sette referansemål fra produksjonsenheter ned til sengepostnivå. De benyttes også til kvalitetssikring, forskning og forbedring av tjenestene. I 2010 ble det gjennomført et pilotprosjekt lansert av Helse- og omsorgsdepartementet. Det tok sikte på å modernisere og samordne de nasjonale kvalitets- og helseregistrene som vedlikeholdes av Folkehelseinstituttet. Prosjektet er koordinert med Nasjonal strategi for helseregistre (se avsnitt 6.1.4).

Tabell 2-2 Oversikt over nasjonale helseregistre

Nasjonale helseregistre	År opprettet	Organer som er ansvarlige for innsamling og analyse	Typer data
Dødsårsaksregisteret	1925/1951	Folkehelseinstituttet (innsamling); Statistisk sentralbyrå (analyse)	Alle dødsfall som rapporteres i legers dødsattester
Medisinsk fødselsregister	1967	Folkehelseinstituttet	Alle fødsler i Norge
Register over svangerskapsavbrudd (Abortregisteret)	1979/2007	Folkehelseinstituttet	Alle aborter utført ved sykehus
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	1977	Folkehelseinstituttet	Om lag 60 ulike smittsomme sykdommer
Det sentrale tuberkuloseregisteret	1962	Folkehelseinstituttet	Data om tuberkulose – en del av MSIS (2002)
Nasjonalt vaksinasjonsregister	1995	Folkehelseinstituttet	Vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet
Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM).	2003	Folkehelseinstituttet (innsamling); Universitetssykehuset i Nord-Norge (analyse)	Data om antibiotikaresistens av mikrober
Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehus-tjenesten (NOIS)	2005	Folkehelseinstituttet	Operative infeksjoner hos pasienter som har gjennomgått en av seks vanlige kirurgiske prosedyrer
Reseptbasert legemiddelregister	2004	Folkehelseinstituttet	Data om legemiddelbruk på mennesker og dyr
Kreftregisteret	1952	Helse Sør-Øst RHF (innsamling); Kreftregisteret (analyse)	Informasjon om alle personer diagnostisert med kreft i Norge
Norsk pasientregister	1997/2007	Helsedirektoratet	Informasjon om alle innlagte pasienter, poliklinisk behandling og rusbehandling
Pseudonymt register for pleie- og omsorgssektoren (IPLoS)	2006	Helsedirektoratet (innsamling); Statistisk sentralbyrå (analyse)	Pasientinformasjon om lokale pleie- og omsorgstjenesten
Reseptformidleren (e-resept)	2008	Helsedirektoratet (innsamling); Ergo Group (analyse)	Elektroniske resepter mellom leger og apotek
Forsvarets helseregister	2005	Forsvarsdepartementet (innsamling); Forsvarets sanitet (analyse)	Helseinformasjon om ansatte som tjenestegjør i de væpnede styrkene
Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser (Hjerte- og karregisteret)	2010	Folkehelseinstituttet	Opplysninger om sykehusinnleggelse og polikliniske konsultasjoner for pasienter med hjerte- og karsykdommer

Helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no) er en offentlig finansiert Internett-tjeneste for helsepersonell og studenter. Dette nettbiblioteket gir gratis tilgang til kliniske oppslagsverk, retningslinjer, systematiske oversikter, kliniske prosedyrer, vitenskapelige tidsskrifter og en rekke andre kunnskapskilder (Nylenna et al, 2010).

2.7.2 Medisinsk metodevurdering

Kunnskapscenteret har ansvar for medisinsk metodevurdering (tilsvarer det engelske begrepet Health technology assessment, HTA) i Norge. Det er en systematisk sammenstilling av kunnskap som i Norge først ble tatt i bruk av Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), som har vært en del av Kunnskapscenteret siden etableringen i 2004.

En medisinsk metodevurdering vurderer om behandlingsmetoden er dokumentert å være klinisk effektiv og kostnadseffektiv. Valg av tema for en medisinsk metodevurdering er basert på følgende kriterier: sykdommens alvorlighetsgrad, variasjon i klinisk praksis, økonomiske konsekvenser, relevans (for beslutningstakere) og tilgang til informasjon om emnet. Emner med liten eller ingen dokumentasjon kan også være viktig. (Mørland, 2009). Antallet rapporter som omhandler medisinske metodevurderinger har økt betraktelig siden etableringen av Kunnskapscenteret, fra et gjennomsnitt på fem per år mellom 1997 og 2003 til mellom 20 og 30 per år i 2013 (Kunnskapscenteret, 2013).

I utgangspunktet var nøkkeloppgaven til SMM å vurdere den kliniske effekten av medisinsk teknologi for klinikere (Mørland, 2009). Med økende helseutgifter har betydningen av kostnadseffektivitet økt, og brukerbasen av metodevurderingen har ekspandert fra mikronivå (klinikere) til mesonivå (beslutningstakere). På nasjonalt nivå (makronivå) har evidensbasert politikkutforming blitt mer fremtredende, noe som er tydelig gjennom arbeidet til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, se avsnitt 2.7.3. (Mørland, Ringard & Røttingen, 2010).

Metodevurdering vil også spille en viktig rolle i det nasjonale systemet for innføring av ny teknologi. Det etableres etter anbefaling fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Det nye systemet vil bli understøttet av mini-metodevurderinger laget av lokale sykehus samt "fullverdige" metodevurderinger utarbeidet av Statens legemiddelverk og Kunnskapscenteret. Målet med mini-metodevurderinger er å sikre at pasienter har rask tilgang til nye og effektive sykehusbehandlinger, og at ineffektive eller farlige behandlinger kan fjernes raskt. Etableringen av det nye systemet, som ble høyt prioritert av regjeringen, ble lansert i begynnelsen av 2013 (se pkt. 6.1).

2.7.3 Prioriteringer

Diskusjoner om prioriteringer (dvs. hvordan fordele begrensede ressurser best) innen helsevesenet begynte i Norge på 1980-tallet, og et rammeverk for prioritering ble utviklet i løpet av de neste tjue årene. I den siste versjonen av retningslinjene (Sosial- og helsedepartementet, 1997) ble det

introdusert tre sentrale kriterier: alvorlighetsgrad av tilstanden, forventet utfall av tiltaket og et rimelig forhold mellom kostnad og effektivitet av tiltaket. Disse tre kriteriene har siden blitt lovfestet og inkludert i pasientrettighetsloven fra 1999.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten er et rådgivende organ for prioritering, opprinnelig etablert i 2000 og deretter restrukturert i 2007. Etableringen reflekterer regjeringens ambisjon om å klargjøre roller og ansvar for aktører som er involvert i prioritering, bedre samhandlingen mellom ulike nivåer i beslutningsprosessen og fremme åpenhet med hensyn til prioriteringsbeslutninger. Rådet består av 26 personer i ledende stillinger i sykehus, primærhelsetjeneste, nasjonale helsemyndigheter og fag- og pasientorganisasjoner. De møtes fem ganger i året og har en rådgivende funksjon ved problemstillinger knyttet til kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Rådet kan imidlertid ikke gi pålegg om oppfølging av anbefalingene (Ringard, Larsen & Norheim, 2012). Temaer for diskusjon kan fremlegges av rådets medlemmer, sekretariatet (lokalisert i Kunnskapscenteret) eller publikum (Mørland, Ringard & Røttingen, 2010; Ringard, Larsen & Norheim, 2012).

2.8 Regulering

2.8.1 Regulering og styring av finansiering fra tredjepart⁵

Folketrygden er den viktigste såkalte tredjeparten som bidrar til finansiering i det norske helsevesenet. Siden 2009 har helse- og omsorgsdelen av folketrygdbudsjettet vært Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde. Det administreres av Helsedirektoratet (dvs. HELFO) og er regulert av folketrygdloven fra 1997.

Andre tredjepartsbetalere er tilbyderne av frivillig helseforsikring. Aktiviteten til private kommersielle tilbydere av helseforsikringer er regulert i den generelle forsikringslovgivningen som sist ble oppdatert i 2005. For mer informasjon om frivillig helseforsikring, se punkt 3.5. Med unntak av Folketrygden og privat helseforsikring er ingen andre tredjepartsbetalere ansvarlig for helseomsorg i Norge.

2.8.2 Regulering og styring av helsetjenesten

Styring og regulering av spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for lovhjemlet spesialistbehandling. Departementet eier de regionale helseforetakene (RHF-ene), som er egne rettssubjekter og som er styrt av uavhengige styrever. Aktiviteten til de regionale helseforetakene er regulert i spesialisthelsetjenesteloven, helseforetaksloven og gjennom foretaksmøter mellom statsråden og representanter for de regionale

⁵ Direkte oversettelse av det engelske begrepet "third-party payers" som viser til et organ som finansierer/betaler for helsetjenester. Dette kan enten være et offentlig eller privat forsikringselskap.

helseforetakene. De regionale helseforetakene er eiere av helseforetakene, som på sin side er selvstendige juridiske enheter med eget ansvar som arbeidsgiver. De har et styre og en ledelse med klare fullmakter.

Departementet gir instruksjer til de fire regionale helseforetakene gjennom et årlig oppdragsdokument. Det utarbeides egne oppdragsdokument for hvert RHF, som publiseres umiddelbart etter Stortingets vedtak om statsbudsjettet. Dokumentet inneholder oppgaver og spesifikke krav som de regionale helseforetakene må følge. Oppdragsdokumentet fra 2013 til Helse Sør-Øst RHF inneholder for eksempel informasjon om det totale budsjettet stilt til rådighet, og noen notater om spesifikk bruk av denne tildelingen samt kommentarer på områder som departementet ønsker at det skal fokuseres mer på i det kommende året (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b).

Helsedirektoratet utgir også et årlig rundskriv til de regionale helseforetakene. Det er basert på statsbudsjettet, og er ment å supplere oppdragsbrevet fra departementet. Rundskrivet fra 2013, som er adressert til alle de fire regionale helseforetakene, inneholder for eksempel anbefalinger om spørsmål knyttet til kvalitet, prioritering og gjennomføring av e-helsetiltak (Helsedirektoratet 2013b).

Styring og regulering av helsetjeneste på kommunalt og fylkeskommunalt nivå

Styringen av kommunene og fylkeskommunene er i praksis delt mellom en rekke ulike departementer, som Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeidsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet. Kommunene har stor frihet til å organisere helsetjenesten. Det er ingen direkte styringslinje fra sentrale myndigheter til kommunene (Johnsen, 2006). Hovedoppgaven for staten er å sikre høy kvalitet på tjenestene i kommunene gjennom finansieringsordninger og lovverk, som f.eks. den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven.

Helsedirektoratet utgir et årlig rundskriv til kommunene, tilsvarende det som utstedes til de regionale helseforetakene. Rundskrivet fra 2013 inneholder for eksempel anbefalinger i spørsmål om kvalitet, prioritering og gjennomføring av ulike saker som er et kommunalt ansvar (Helsedirektoratet 2013b).

Kvalitet og pasientsikkerhet

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven må alle sykehus ha et kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg som en del av sitt internkontrollsystem. Noen institusjoner kan også ha kvalitetsutvalg for den enkelte avdeling. Disse utvalgene arbeider med å implementere kvalitetsstandarder, men er ikke ansvarlig for at kvalitetskrav er oppfylt. Ansvar for dette ligger hos sykehusets ledelse og helsepersonell, fra leger og sykepleiere med ansvar for pasientbehandling, til sjefen for avdelingen og sykehusdirektøren.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven inneholder tilsvarende krav for primærtjenesten. Hver kommune må sørge for at tjenestene ytes på en koordinert måte, og at helsepersonell har

nødvendig kompetanse. Det forventes også at hver institusjon som yter helse- og omsorgstjenester arbeider systematisk for å forbedre kvaliteten på tjenestene og pasientsikkerheten.

Systematisk kvalitetssikring er et lovpålagt krav i Norge. Tilsyn med virksomheter handler derfor i økende grad om hvorvidt systemer for internkontroll er på plass og om de fungerer som forutsatt. Helsetilsynet har sammen med sine 19 fylkeslegekontorer det overordnede ansvaret for tilsyn og overvåking av helsetjenester i Norge. Helsetilsynets mandat er gitt av helsetilsynsloven fra 1984. Tilsynets vurderinger er basert på retningslinjer for revisjon av kvalitetssystemer – NS-ISO 10011 (1992). Tilsynet har fokus på hvordan virksomheter sikrer kvalitet på tjenestene, hvilke rutiner og prosedyrer som er på plass og hvordan de er gjennomført og overvåket. Hensikten er å sikre at tjenestene er i overenstemmelse med lover og forskrifter og har nødvendig kvalitetsforbedring (Helsetilsynet 2002).

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven er private og offentlige sykehus forpliktet til å rapportere alvorlige hendelser, f.eks. uventede dødsfall, til Helsetilsynet. Fra 1. juli 2012 har «Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» vært på plass ved Kunnskapssenteret. Sykehus og andre helsetjenestetilbydere av spesialisert helsetjeneste «skal uten hinder av taushetsplikt straks sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade» (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3). Meldeordningen ble etablert for å bidra til læring av de uønskede hendelsene for å hindre at det samme skal skje igjen. Meldeordningen vil lage nasjonale analyser og gi advarsler og anbefalinger basert på analyser av de rapporterte hendelsene. Tilbydere av primærhelsetjenester er i dag unntatt fra dette systemet.

Nasjonale kampanjer er et annet verktøy for å forbedre pasientsikkerheten. I januar 2011 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet den norske pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender". Denne treårige kampanjen har som mål å redusere pasientskader, og involverer både spesialist- og primærhelsetjenesten. Det er forventet at helseforetakene gjennomfører alle anbefalte tiltak innenfor kampanjeperioden. Primærhelsetjenesten er invitert til å delta i alle relevante intervensjoner. Målet er å involvere 25 % av kommunene innen utgangen av 2013. Kampanjen vil bli etterfulgt av et femårig pasientsikkerhetsprogram med oppstart i januar 2014 (se pkt. 6.1.2).

Helse- og omsorgstjenesteloven ga Helsedirektoratet ansvaret for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kliniske retningslinjer. Nasjonale retningslinjer er ikke rettslig bindende, men gir normativ veiledning om anbefalte handlingsløp. De regionale helseforetakene, kommunene og ledelsen i helseinstitusjoner er ansvarlig for å tilrettelegge gjennomføringen av nasjonale retningslinjer. Det er

for tiden 400 retningslinjer for blant andre fastleger, lokale helsesentre, sykehjem og sykehus. Disse er fordelt til helsepersonell i trykt versjon og er også tilgjengelig på Internett via Helsebiblioteket (se avsnitt 2.7.1).

2.8.3 Regulering av helseprofesjoner

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) ble etablert i 2001 i henhold til bestemmelsene i helsepersonelloven. Kontoret er ansvarlig for lisensiering og autorisasjon av helsepersonell, for tiden 29 kategorier. Der lisenser innebærer én eller flere begrensninger med hensyn til varighet, selvstendig eller veiledet praksis, gir en autorisasjon en fullstendig og permanent godkjenning. Dersom Helsetilsynet finner alvorlig svikt eller uforsvarlig forsømmelse av plikt, kan man gi en advarsel, eller i spesielt alvorlige tilfeller, trekke tilbake lisensen eller godkjenningen (Helsetilsynet, 2002).

Med unntak av spesialister i allmennmedisin, er det generelt sett ingen resertifisering av helsepersonell i Norge. Spesialister i allmennmedisin må søke om resertifisering hvert femte år for å beholde sin spesialitet. For å få fornyet spesialistgodkjenningen må fastleger dokumentere et minimumsnivå innen allmennmedisin, og diverse andre aktiviteter, som for eksempel deltakelse i veiledningsgrupper og gjennomføring av obligatoriske kurs i blant annet akuttmedisin (se kapittel 4.2.2).

Utlendinger som ønsker å praktisere i et av de 29 lovregulerte yrkene nevnt ovenfor, må få sin utdanning godkjent av Helsedirektoratet (for medisinske spesialister) eller SAK (for annet helsepersonell). Når det gjelder yrker som ikke er regulert ved lov, er det Norsk organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) som vurderer utenlandsk utdanning (vitnemål og karakterer) for å sammenligne om de tilsvarer kvalifikasjonskravene som er i Norge.

2.8.4 Regulering og styring av legemidler⁶

Regulering av legemiddelsektoren

Legemiddelsektoren er en av de mest regulerte sektorene i Norge. Legemiddelverket er ansvarlig for tildeling/tilbaketrekking av markedsføringstillatelser og for å følge med på markedet. Reguleringen av legemidler er i tråd med EUs regelverk, ettersom Norge er en del av EØS. Det er dermed fire prosedyrer som kan brukes når man søker om markedsføringstillatelse: nasjonal prosedyre, gjensidig anerkjennelsesprosedyre, desentralisert prosedyre eller sentralisert prosedyre. De fleste (ca. 60 % i 2012) av søknadene håndteres gjennom gjensidig anerkjennelse eller desentraliserte prosedyrer (Legemiddelverket, 2013).

⁶ Basert på PHIS (2011) om ikke annet angitt

Alle farmasøytiske selskaper må søke om markedsføringstillatelse for å selge sine produkter på det norske markedet. Søknaden er registrert ved Legemiddelverket og er normalt gyldig i fem år. Søknaden må inneholde opplysninger om kvalitet, sikkerhet og (medisinsk) effekt av produktet. En markedsføringstillatelse vil ikke bli utstedt dersom de potensielle risiki forbundet med å bruke et produkt oppveier de potensielle fordelene. Siden 2012 har tidsfristen for å vurdere slik tillatelse vært satt til 210 kalenderdager (unntatt "clock stop"-perioden hvor utreder venter på svar fra produsent).

Legemiddelverket avgjør klassifiseringen av legemidler. Det er fire grupper av legemidler: Gruppe A (narkotiske stoffer, for eksempel morfin), B (vanedannende medisiner, for eksempel valium), C (andre reseptpliktige legemidler) og F (legemidler uten reseptplikt) (se pkt. 5.6).

Legemiddelovervåking

Legemiddelverket er ansvarlig for arbeidet med å oppdage og overvåke bivirkninger av alle legemidler som er godkjent i Norge. Det bidrar også i internasjonalt samarbeid som for eksempel European Medicines Agency's Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC).

Et farmasøytisk selskap som markedsfører legemidler i Norge (dvs. innehaveren av markedsføringstillatelsen), har hovedansvaret for effekten og sikkerheten for sine legemidler. Selskapet må sørge for at det har et hensiktsmessig system for legemiddelovervåking og risikostyring for disse produktene. For å oppfylle disse kravene må innehaveren av markedsføringstillatelsen sørge for at all informasjon som er relevant for effekt og potensiell risiko, jevnlig rapporteres til myndighetene gjennom sikkerhetsrapporter og løpende rapportering av enkelttilfeller. Ifølge legemiddeloven fra 1992 må leger og tannleger også rapportere bivirkninger til Legemiddelverket.

Patentbeskyttelse

Norge er underlagt 1994-avtalen om handelsrelaterte sider ved immaterielle rettigheter (TRIPS), som regulerer patentbeskyttede legemidler mellom landene. Patentbeskyttelse gis normalt for 20 år, som er det samme som i EU. Patenter kan dekke: 1) det aktive stoffet, 2) hvordan virkestoffet produseres, 3) medisinsk forberedelse når det aktive stoffet ikke er nytt, men søknaden er ny, 4) nye medisinske anvendelser (dvs. nye indikasjoner) for eksisterende legemidler og formuleringer (f.eks. tabletter). Et generisk produkt kan ikke bli satt på markedet dersom patentet ikke er utløpt, selv om markedsgodkjennelsesperioden er utløpt.

Reklame

Reklame for legemidler er regulert i legemiddeloven fra 1992 og overvåkes av Legemiddelverket. Direkte reklame til pasientene, inkludert annonsering på Internett, er kun tillatt for reseptfrie legemidler. Promotering av reseptfrie legemidler utenom apotek er begrenset. Ansatte som håndterer

disse legemidlene har verken lov å gi pasientene noen form for anbefaling eller å engasjere seg i markedsføring av produktene. Promotering av reseptfrie legemidler innenfor utsalgsstedene er også begrenset. Reklame til helsepersonell kan ikke kombineres med å dele ut gjenstander, gaver, tjenester, premier eller andre elementer av økonomisk verdi. Enhver forsyning av gratis legemiddelprøver til leger er strengt regulert.

Regulering av apotek og grossister

Virksomheten til apotek er regulert av apotekloven, som trådte i kraft i 2001, og tilhørende endringer og forskrifter. Loven liberaliserte legemiddelmarkedet: begrensninger på eierskap av apotek ble fjernet. Siden 2001 har alle, og ikke bare farmasøyter, hatt mulighet til å eie apotek (selv om bare farmasøyter kan drive apotek). Fra samme tid har det vært begrensninger på etablering av nye apotek (inntil 2001 var det Legemiddelverket som regulerte antall apotek).

Hvert apotek må ha to separate lisenser: én lisens for å eie apotek (innehaverlisens), en annen til å drive apotek (driftstillatelse). Bare apotek eller legemiddelutsal (kontrollert av apotek) kan utføre detaljsalg av farmasøytiske produkter. Det kan imidlertid være unntak, for eksempel for legemidler beregnet på vitenskapelig bruk. Apotekkjeder er tillatt.

Generisk bytte har vært tillatt i Norge siden 2001. Apotek har ikke lov til å erstatte et legemiddel som er foreskrevet på resept med et annet som har andre aktive virkestoffer (med like terapeutiske fordeler. De har imidlertid lov til å erstatte det med parallellimporterte legemidler, det vil si at legemidlene inneholder de samme aktive virkestoffene. Legemiddelverket vurderer nye legemidler på det norske markedet i form av deres byttbarhet og utgir en " bytteliste " som oppdateres hver måned.

Det er noen Internettapotek i Norge. Internettapotek har bare lov til å selge reseptfrie legemidler. Postordre for reseptbelagte legemidler er kun tillatt i apotekets salgsområde, mens det er ingen slike begrensninger for reseptfrie legemidler.

Falske legemidler

I 2012 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut på høring den norske versjonen av EU-direktiv 2011/62/EU, en endring av direktiv 2001/83/EF, om et felles regelverk for legemidler. De to EU-direktivene har til hensikt å hindre innføring av forfalskede legemidler i markedet. Etter høring i begynnelsen av 2013 har departementet foreslått for Stortinget å harmonisere legemiddeloven med de ovennevnte EU-regelverk.

Retningslinjer for å bedre kostnadseffektiv bruk av legemidler

Det er retningslinjer for å bedre den kostnadseffektive bruken av legemidler for leger, farmasøyter og pasienter. Generelt er leger forpliktet til å forskrive det billigste tilsvarende produktet med mindre det

foreligger alvorlige medisinske grunner for forskrivning av et dyrere alternativ. Førstevalgordninger eksisterer for noen terapeutisk tilsvarende legemidler som et alternativ til terapeutisk referanseprising. Legen må forskrive førstevalgproduktet, med mindre det er medisinske grunner for ikke å gjøre det. Førstevalgordninger fremmer bruken av generiske legemidler fordi aktive ingredienser uten patent ofte blir foretrukket. Legene er ikke forpliktet til å skrive ut generiske legemidler, og det er lite som faktisk skrives ut av generiske legemidler. Legemiddelverket jobber imidlertid for å øke forskrivninger av generiske legemidler, og det nye elektroniske systemet for resepter er forventet å bidra til dette.

Farmasøyter er pålagt å informere pasienter hvis det er et billigere generisk alternativ tilgjengelig. Hvis produktet blir refundert og pasienten ikke ønsker å bytte til et billigere alternativ, må vedkommende dekke prisforskjellen mellom de to alternativene av egen lomme, med mindre legen påfører resepten at substitutter bør unngås av medisinske grunner. Apotek har økonomiske insentiver for generisk substitusjon ettersom det er høyere marginer for å selge generiske legemidler (se «Priser for reseptbelagte legemidler» nedenfor).

Rasjonell bruk av legemidler hos pasienter er tatt opp av staten, Legemiddelverket, pasientforeninger og leger. Informasjon er tilgjengelig på Internett og i form av trykt materiale, som brosjyrer. I 2009 gjennomførte Legemiddelverket en kampanje for å bedre forståelsen av generisk substitusjon blant leger og pasienter. Slikt generisk bytte er også indirekte fremmet gjennom refusjonspolitik, som trinnprismodellen (se «Priser for reseptbelagte legemidler»).

Prising av reseptbelagte legemidler

Prisen på reseptbelagte legemidler er ikke regulert, og grossister står dermed fritt til å forhandle med produsentene om oppjusteringer. Legemiddelverket er ansvarlig for å sette apotekenes maksimale innkjøpspris (AIP). Alle leverandører av reseptbelagte legemidler må søke om en maksimal pris, uavhengig om de søker refusjon for produktet eller ikke. Legemidler kan bare bli solgt på eller under det maksimale prisnivået.

Et internasjonalt prisreferansesystem har vært brukt siden juli 2002 for å sette maksimalpriser for både nye og eksisterende legemidler. Prisene er basert på gjennomsnittet av de tre laveste maksimalinnkjøpsprisene i Østerrike, Belgia, Danmark, Finland, Tyskland, Irland, Nederland, Sverige og Storbritannia. Hvis et legemiddel er markedsført i færre enn tre av referanselandene, er gjennomsnittsprisen basert på de landene som har en markedspris.

Apotekenes avanse for reseptbelagte produkter, enten de er innenfor eller utenfor refusjonsordningene, er fastsatt til 7 % for legemidler med en maksimal innkjøpspris opp til kr 200 og

på 4 % av prisen over dette. Det er også et tillegg på kr 22 per pakke, pluss merverdiavgift (25 %). Et ekstra tillegg på ti kroner brukes til vanedannende produkter (narkotiske og psykotrope stoffer).

De generiske prisene kan ikke overstige den maksimale markedsprisen på det opprinnelige produktmerket. I 2005 ble en trinnprismodell innført i Norge for å redusere offentlige utgifter på generiske legemidler – det vil si legemidler som omfattes av HELFO-ordningen («blåreseptordningen»). Den innebærer at det er satt en maksimal refusjonspris for både originale og generiske legemidler. Det maksimale refusjonsprisenivået reduseres automatisk i etapper (trinn) som følge av patentenes utløp. Størrelsen på prisreduksjoner avhenger av årlig omsetning før etablering av generisk konkurranse, og tiden etter at konkurransen ble etablert. Det finnes ingen bestemmelser når det gjelder apotekers påslag innenfor trinnprissystemet. Apotekene har derfor et økonomisk insentiv for generisk substitusjon og å forskrive et billigere produkt. Siden 1995 har det ikke vært noen priskontroll på reseptfrie legemidler.

Offentlig refusjon av legemidler

Det er fire refusjonskategorier for legemidler (se tabell 2.3). Vedlegg 2 er i hovedsak en "positivliste" (blåreseptordningen) basert på en liste over legemidler som kan refunderes for spesifiserte diagnoser (se også avsnitt 3.3.1).

Refusjonsbeslutninger for legemidler utenfor sykehus tas av Legemiddelverket. Ved søknad om refusjon, må farmasøytiske selskaper følge de norske retningslinjene for legemiddeløkonomiske evalueringer. Retningslinjene ber om en forklaring på valget ved sammenligning, tidsrammen for analysen, datainnsamlingsmetoder, analysemetoder og kostnader. Kostnadseffektivitetsanalyse er godt etablert i Norge, og bruk av kvalitetsjusterte leveår (QALY) som parameter er økende. Ingen maksimal betalingsvillighet per QALY er definert. For produkter assosiert med en betydelig kostnad for det offentlige budsjettet, er beslutninger om refusjon tatt av Helse- og omsorgsdepartementet. HELFO bestemmer refusjon for den enkelte pasient for legemidler uten generell refusjon eller indikasjoner som ikke omfattes av generell refusjon (se plan 3a og 3b i tabell 2.3).

Legemiddelkomiteer har tradisjonelt bestemt hvilke legemidler som skal brukes i sykehusene, men dette kan endre seg med systemet for innføring av ny teknologi fra 2013 (se avsnitt 6.1.6). Det finnes ingen landsdekkende legemiddellister for inneliggende pasienter.

2.8.5 Regulering av medisinsk utstyr og hjelpemidler

Markedet for medisinsk utstyr og hjelpemidler, inkludert produksjon og teknisk markedstilgang er regulert av Helsedirektoratet i henhold til Lov om medisinsk utstyr fra 1995. EU-direktivet om medisinsk utstyr (Rådsktiv 93/42/EØF av 14. juni 1993) er også brukt. Direktoratet opprettholder

to offisielle registre: et register over medisinsk utstyr og et rapporteringssystem for teknisk svikt og uønskede hendelser.

2.8.6 Regulering av kapitalinvestering

Investeringsbeslutninger tas av de regionale helseforetakene (spesialistbehandling) og kommunene (primærhelsetjenesten). Samordningen av kapitalinvesteringer er lav både på tvers av ulike omsorgsnivåer og geografisk (se avsnitt 4.1.1).

2.9 Myndiggjøring av pasienten «Patient empowerment»

2.9.1 Informasjon for og om pasienter

Tilgangen til informasjon for og om pasienter i Norge er god, og det har vært gjort klare framskritt på dette området de siste årene. Mye informasjon er tilgjengelig på Internett, og bruken av informasjonsteknologi (IKT) er svært høy i Norge (se avsnitt 4.1.4).

Internettportalen www.helsenorge.no som ble lansert i slutten av 2011, inneholder informasjon om lovfestede ytelser og fungerer som en guide til de offentlige helsetjenestene. Informasjonen er for tiden tilgjengelig på norsk, og utvalgt informasjon er også tilgjengelig på syv andre språk. Brukere har tilgang til flere selvbetjeningsløsninger. De kan for eksempel få tilgang til informasjon om hva de har betalt i egenandeler, elektroniske resepter og vaksinasjoner, og de kan endre fastlege. Portalen inneholder også informasjon om forebygging, helse, velvære, sykdom, behandling og pasientrettigheter. Målet er å hjelpe folk til å ta bedre vare på egen helse og oppmuntre til et mer aktivt engasjement i helsesystemet. I tillegg inneholder siden informasjon om kvalitetsindikatorer for å støtte pasienter i å velge sykehus, en informasjon som tidligere ble gitt av nettstedet «Fritt Sykehusvalg Norge». Rundt 30 ulike indikatorer er inkludert. De dekker områder som kreftbehandling, fødselsomsorg og psykisk helsevern.

Fritt Sykehusvalg Norge, etablert i 2003, er en informasjonstjeneste som tar sikte på å hjelpe pasienter å velge sykehus, enten online (www.frittisykehusvalg.no) eller via en kostnadsfri telefontjeneste som drives av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene. Denne tjenesten gir informasjon om pasientrettigheter og noen kvalitetsindikatorer, spesielt ventetider og annen informasjon som er relevant for pasientens valg av sykehus – som for eksempel hvilke typer behandling som tilbys og kvalitetsindikatorer på sykehus.

Det finnes en rekke ulike informasjon- og støttetjenester som telefontjenester og nettsider, som for eksempel døgnåpen telefon for giftinformasjon, røyketelefonen, rustelefonen og psykisk helse. De fleste informasjonstjenestene drives av Helsedirektoratet.

I henhold til pasientrettighetsloven fra 1999 har pasienter rett til å få tilgang til sine journaler. På forespørsel har man også rett til en gratis kopi av journalen pluss en kort og enkel forklaring på de medisinske begrepene som brukes. Pasienten og brukeren kan nektes innsyn i opplysninger i journalen dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten eller brukeren selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står vedkommende nær.

2.9.2 Pasienters valgmuligheter

Som i de fleste europeiske land, har Norge et nasjonalt, forsikringsystem som er lovpålagt, obligatorisk og det er ikke mulig å melde seg ut så lenge man bor i landet. Pasienter kan velge behandler (fastlege, spesialist og sykehus for elektiv behandling), og de har rett til å medvirke i alle beslutninger om sin behandling.

Valg av behandler

Pasientene står generelt fritt til å velge sin fastlege. Fastlegeordningen ble innført i 2001, og alle statsborgere som er registrert i Folkeregisteret har rett til fastlege. Fastlegene må gi dem som står på sin liste tilbud om konsultasjon ved behov. Bytte av fastlege er mulig opp til to ganger i året, forutsatt at den nye fastlegen har plass på listen. Det er frivillig å delta i denne ordningen, men det er sterkt anbefalt. Pasienter som ikke har fastlege, er selv ansvarlige for å få avtalt en konsultasjon hos en fastlege med ledig kapasitet, og de må da betale en høyere avgift for tjenesten. Nesten alle pasienter deltar i fastlegeordningen.

For å få tilgang til spesialistbehandling, det vil si privatpraktiserende spesialister eller sykehus, er det nødvendig med en henvisning fra fastlegen. Pasienter som har fått en henvisning, kan innhente informasjon fra Fritt sykehusvalgs telefontjeneste om ventetider for privatpraktiserende spesialister innen sin hjemregion. Denne informasjonen er imidlertid ikke gjort offentlig tilgjengelig på www.frittisykehusvalg.no (se avsnitt 2.9.1).

Ifølge pasientrettighetsloven har pasienter rett til å velge hvilket som helst offentlig sykehus i landet, men de kan ikke velge behandlingsnivå (regionalt eller nasjonalt). I 2004 ble pasientrettighetsloven endret for å utvide fritt sykehusvalg til å omfatte private sykehus som har inngått en avtale med de regionale helseforetakene. Nye pasientgrupper, som for eksempel psykiatriske pasienter (siden 2004) og pasienter med behov for behandling for alkohol- og rusmiddelbruk (siden 2005), har også fått en juridisk rett til å velge sykehus/institusjon. Den generelle retten til å velge sykehus er imidlertid begrenset for pasienter i ufrivillig/tvunget psykisk helsevern.

Det er fortsatt lite kunnskap om hvordan fritt sykehusvalg benyttes i Norge. I en studie av pasienters sykehusvalg i 2004, ble det funnet at ca. 34 % av respondentene, uavhengig av diagnose, hadde deltatt

i avgjørelsen om hvor de skulle få behandling (Ringard, 2012a). I en nyere undersøkelse av 13 forskjellige behandlinger ble det funnet at 15 % av de spurte hadde valgt sykehus selv. For pasienter som hadde valgt sykehus, var fastlegen deres viktigste kilde for slik informasjon (71 % i 2010). Fritt sykehusvalgs nettsider og telefontjenester ble brukt av mindre enn 10 % av pasientene som valgte et sykehus (Riksrevisjonen, 2011a).

Norge har egne ventetidsgarantier for utvalgte pasientgrupper, for eksempel pasienter med behov for psykisk helsevern, og normerte ventetider for kreftbehandling. Slike garantier finnes også i Finland, Sverige og Danmark. Norge har dessuten et system med individuelle ventetidsgarantier for pasientene. Retningslinjer for prioritering er utviklet for å hjelpe sykehusleger i å sette en passende ventetid for den enkelte pasient. Tilsvarende formaliserte prioriteringsmekanismer knyttet til ventetider på individnivå er ikke i bruk i de andre nordiske landene. Finland, Sverige og Danmark har generelle mål eller garantier for maksimal ventetid som inkluderer alle pasientgrupper for spesialistbehandling (Hem, Kalseth & Wilson, 2011).

Hvis ventetidsgarantier er brutt, har pasienter i Norge rett til behandling et annet sted, inklusive i et annet land, og å få dette på statens regning. Utenlandsbehandling gjelder bare hvis tjenesten ikke kan tilbys av andre sykehus i Norge innenfor en gitt tidsramme eller nødvendig medisinsk behandling ikke er tilgjengelig på grunn av manglende kompetanse eller tilstrekkelig diagnostiske tester. Søknader om behandling på grunn av et brudd på ventetidsgarantien blir behandlet av HELFO sin pasientformidling, mens anmodning om behandling i utlandet på grunn av manglende kompetanse må godkjennes av et av de regionale helseforetakene i Nasjonalt nettverk for utenlandsbehandling (Hem, Kalseth & Wilson, 2011) (se også avsnitt 2.9.6).

Brukermedvirkning i behandlingsbeslutninger

Ifølge pasientrettighetsloven fra 1999 har pasienten rett til å medvirke i alle beslutninger om behandling. Rettigheten inkluderer rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelser og behandling. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å delta sammen med pasienten. Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Ved henvisning fra fastlegen, har pasienten også rett til å få sin helsetilstand evaluert av spesialisthelsetjenesten (dvs. fornyet vurdering). Denne retten kan utøves bare én gang for samme tilstand.

2.9.3 Pasientrettigheter

I Norge begynte debatten om pasientrettigheter på 1970-tallet (se Kjønstad, 1999; 2007, og Skaset, 2003, for en oversikt). Den viktigste loven som regulerer pasienters rettigheter, er pasient- og brukerrettighetsloven fra 1999. Loven var dels en forenkling, dels en tydeliggjøring av den allerede eksisterende lovgivningen, men også en innføring av nye rettigheter. Loven har vært endret flere ganger, noe som har medført en ytterligere styrking av pasienters rettigheter i Norge (Winblad & Ringard, 2009). Pasientrettigheter som er nedfelt i loven kan, ifølge Molven (2006), deles inn i tre hovedgrupper:

- Retten til å bli pasient: alle norske statsborgere har rett til helsehjelp når visse kriterier er oppfylt; helsetjenesten (kommuner, helseforetak) og andre tilbydere av helsetjenester er ansvarlig for å gi nødvendig helsehjelp, helsetjenesten må oppfylle minimumsstandarder for forsvarlighet med hensyn til kvalitet og sikkerhet (definisjonen av "forsvarlighet" vil kunne variere over tid på grunn av den medisinske utviklingen, endringer i etiske verdier og hva som anses for best mulig praksis innenfor et område). Pasientens rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten omfatter dessuten retten til å få behandling innen en gitt individuelt bestemt ventetid; budsjettmessige hensyn og tilbydernes prioriteringer gir ikke grunnlag for å nekte behandling.
- Rettigheter som pasient: pasienter har for eksempel rett til å medvirke i behandlingsprosessen, få informasjon, ta egne avgjørelser og ha tilgang til informasjon som er registrert om dem. Pasientene har også rett til konfidensiell behandling av personopplysninger og til fritt å kunne velge sykehus.
- Prosessuelle rettigheter: retten til å få beslutninger vurdert på nytt og eventuelt omgjort, samt retten til å kreve at beslutninger/handlinger foretatt av helsepersonell og sykehus kan bli endret.

Tilgjengelighet for alle

Det er et høyt prioritert mål å sikre god tilgjengelighet og ikke-diskriminering på grunn av fysisk funksjonshemming i Norge. Regjeringen har derfor tatt initiativet til en rekke prosjekter og handlingsplaner om universell utforming med henblikk på å sikre den samme grad av tilgjengelighet for alle over hele landet. Den nåværende planen, som også omfatter helsesektoren, gjelder for perioden 2009–2013 (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009). Regjeringens ambisjon er at Norge fullt ut skal ha implementert prinsippene for universell utforming innen 2025.

2.9.4 Klageprosedyrer (mekling, krav)

Pasientrettigheter er veldefinerte juridiske rettigheter i Norge, og det kan være straffbart ikke å innfri dem. Det er flere mekanismer for pasientklager.

Pasienter kan klage hvis de mener at de ikke har mottatt helsetjenester som de har krav på, eller hvis de er uenige i vurderingen av deres behandlingsbehov. Klager bør rettes til den personen eller institusjonen som tok den omstridte avgjørelsen. Dersom klagen ikke tas til følge, vil det bli henvist til helsetilsynets regionale kontor (Fylkesmannen). Vedtak fattet på fylkesnivå kan påklages til nasjonalt nivå (Statens helsetilsyn). Helsetilsynet har myndighet til å utstede advarsler til helsepersonell og til å tilbakekalle lisenser/autorisasjoner. Fylkesmannens vurdering gir ikke automatisk rett til erstatning eller til ny behandling (Helsetilsynet, 2013).

Pasientene kan også kreve sine rettigheter i sivile domstoler, noe som kan tvinge sykehus og leger til å opptre i samsvar med pasientrettighetsloven (MacKenney & Fallberg, 2004; Winblad & Ringard, 2009). De aller fleste klager på fylkesnivå, og bare noen få saker bringes inn for domstolene (Helsetilsynet 2013).

Ifølge pasientrettighetsloven skal hvert fylke ha et pasient- og brukerombud (POBO) som skal ivareta pasientenes rettigheter, interesser og rettsikkerhet i primær- og spesialisthelsetjenesten. POBO skal også bidra til bedre kvalitet på tjenestene og kan gi informasjon, råd og veiledning til alle som ber om det i saker som inngår i mandatet. Pasientombudet avgjør hvorvidt en henvendelse gir tilstrekkelig grunnlag for å forfølge saken. Når pasientombudet bestemmer seg for ikke å gjøre det, må personen som tok opp saken varsles og gis en kort begrunnelse for avgjørelsen (Molven, 2012).

Kompensasjon

Et foreløpig system for pasientkompensasjon ble først etablert i 1988. I utgangspunktet regulerte ordningen krav mot offentlige sykehus, men fra 1992 har kommunehelsetjenesten, akuttmottak og offentlige allmennleger også blitt inkludert. Systemet ble gjort permanent gjennom pasientskadeloven fra 2001. I 2009 ble loven utvidet til å håndtere erstatningskrav gratis for pasienter som er voldt en skade ved bruk av lovregulert helsehjelp. Fra samme år har den også omfattet skader forårsaket av private helsetjenester, for eksempel tannpleie for voksne.

For å være kvalifisert for erstatning, må fire vilkår være oppfylt: skaden må skyldes behandlingen eller svikt i behandlingen, den må ha forårsaket økonomisk tap og hendelsen må ha skjedd mindre enn tre år før kravet fremmes. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) spiller en aktiv rolle i håndteringen av slike saker og i å etablere mulige ansvarsgrunnlag. NPE fordeler ikke skyld, men gjør rede for hvorvidt

pasienten har krav på erstatning. I tilfeller med skade som følge av vaksinerings, er bevisbyrden forskjøvet og ligger i alle henseender hos NPE.

Vedtak fattet av NPE er bindende for sykehusmyndigheter og kommuner, men kan påklages av pasienten til Pasientskadenemnda. Nemndas avgjørelse kan også bringes inn for sivile domstoler av pasienten. Systemet, inkludert innvilgede erstatninger fra NPE, styret eller domstol, er finansiert gjennom bidrag fra både sykehuseiere og kommunale myndigheter.

2.9.5 Offentlig- og pasientmedvirkning

Deltakelse i helsesektoren kan finne sted enten på et kollektivt eller individuelt nivå (Winblad & Ringard, 2009). Lobbyvirksomhet fra pasientorganisasjoner er en viktig form for kollektiv deltakelse (se avsnitt 2.3.6). Norske pasienter er også gitt flere individuelle pasientrettigheter, som for eksempel ulike former for formelle klageprosedyrer (se avsnitt 2.9.4) og valg av fastlege og behandlingstilbud (se avsnitt 2.9.2).

En viktig garanti for pasient- og brukermedvirkning i primærhelsetjenesten finnes i helse- og omsorgstjenesteloven fra 2011. Kommunene er forpliktet til å ta pasienter og brukernes egne meninger i betraktning når man diskuterer hvordan tjenestetilbudet skal organiseres. De må også etablere et system for å samle informasjon om pasientens opplevelse av tjenestene.

Innenfor spesialistbehandling har lignende ordninger blitt iverksatt for å sikre pasientmedvirkning i de regionale og lokale helseforetakene. Disse ordningene er imidlertid frivillige. Brukerutvalg deltar regelmessig som viktige rådgivere for styrer og administrasjon.

Spørreskjemaundersøkelser om befolkningens tilfredshet med helsetjenester utføres ikke regelmessig. De såkalte PasOpp-undersøkelsene i regi av Kunnskapssenteret skjer imidlertid årlig og undersøker systematisk hvilke erfaringer pasienter har med sykehus. For andre pasientgrupper, for eksempel kreftpasienter, blir datainnsamling gjennomført mer sporadisk. Undersøkelser av pasienter på sykehus fokuserer på generell brukertilfredshet, men også på mer spesifikke emner som for eksempel tilfredshet med kommunikasjon og standarden på helseinstitusjoner (kapittel 7.3.1 inneholder detaljert informasjon om pasienttilfredshet/ erfaringer). Kunnskapssenteret har ansvar for å samle inn og analysere data. Informasjonen om pasienttilfredshet blir tilbakeført til sykehus og blir i tillegg offentlig tilgjengelig som en kvalitetsindikator på www.helsenorge.no. Informasjon om pasientrapporterte utfallsmål (PROMs) innhentes ikke systematisk i Norge.

2.9.6 Pasienter og grensekryssende helsetjenester

Helsetjenester til utlendinger (eksport av helsetjenester) har ikke vært et viktig tema på den politiske dagsorden i Norge. Antall sykehushenvendelser fra utlendinger blir rapportert på årsbasis ved Norsk pasientregister. De utgjør et svært lite antall av det totale antall pasienter som blir behandlet i systemet (Helsedirektoratet, 2012d). Utenlandske pasienter skal, med mindre de kommer fra andre nordiske land eller har Europeisk helsetrygdkort, dekke alle behandlingskostnader.

Norske pasienter har i noen tid vært berettiget til å dra til utlandet for å få behandling (se avsnitt 2.9.2). I 2012 mottok de fire regionale kontorene som arbeider med søknader om behandling i utlandet ca. 400 søknader, hvorav nesten 75 % ble godkjent. 60 % av disse pasientene ble behandlet i et skandinavisk land. Mange av dem som får lov til å få behandling i utlandet, er barn eller ungdom. Om lag 25 % har kreft, og det er også relativt mange med sjeldne sykdommer. Det er mulig for pasienter med kroniske sykdommer som kan påvirkes positivt av klima, for eksempel revmatisme, psoriasis og astma, å søke om behandling i utlandet (Universitetet i Oslo, 2013).

Siden 2011 har det vært en ny refusjonsordning for helsetjenester som tilbys innen EØS. Ordningen administreres av HELFO. Refusjon er kun tilgjengelig for tjenester som helt eller delvis ville blitt dekket i Norge. Kjøp av visse legemidler og medisinsk utstyr er også omfattet av ordningen. Tjenesten må være nødvendig på grunn av sykdom, skade, uførhet, familieplanlegging, svangerskap, fødsel eller abort. I 2012 ble 7600 søknader innvilget refusjon, totalt kr 21,5 millioner (€ 2.900.000). De fleste refusjoner ble gitt for fysioterapi og tannpleie.

Det finnes ingen offisielle tall over antall nordmenn som reiser til utlandet for å få behandling og helsetjenester for egen regning.

3. Finansiering

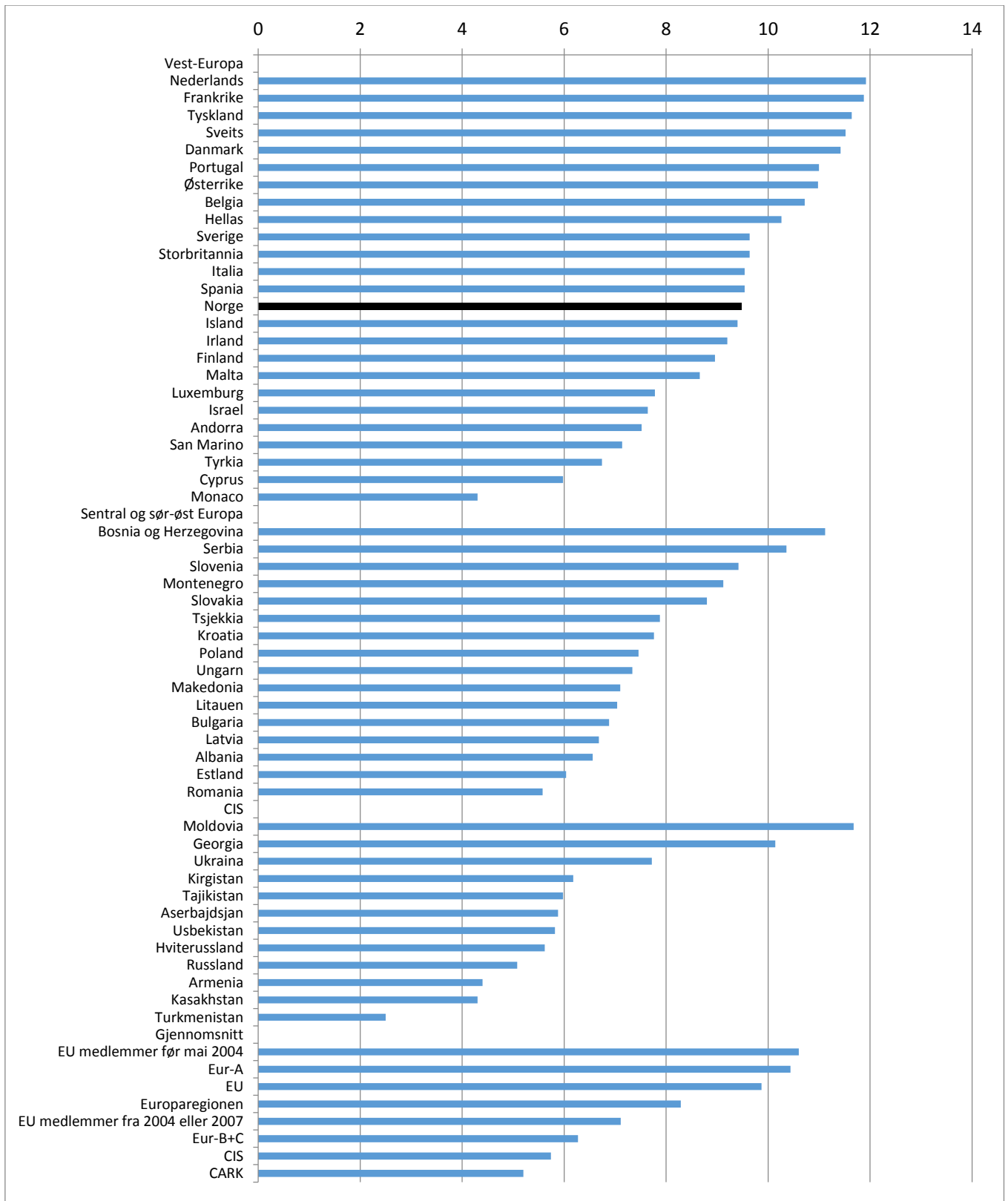
Norge brukte om lag 9,4 % av bruttonasjonalproduktet (BNP) på helseutgifter i 2011. Landet rangeres med det på 16. plass i WHO's Europaregion når man ser på hvor stor andel av BNP som brukes på helse. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at Norges bruttonasjonalprodukt per innbygger er blant de høyeste i verden. BNP er for eksempel 85 % høyere enn gjennomsnittet for EU (EU27)⁷. Det betyr at helseutgiftene per innbygger også er høyere enn i de fleste land.

Det offentlige står for finansieringen av mer enn 85 % av de totale helseutgiftene. Dette omfatter finansiering fra sentrale og lokale myndigheter samt folketrygden. Det meste av de private helseutgiftene består av ulike former for egenbetaling fra pasienter. Legemidler (når man ikke er innlagt på sykehus) og tannpleie har det største innslaget av egenbetaling. Private helseforsikringer har fortsatt en marginal betydning når det gjelder finansiering av helsetjenesten. Det siste tiåret har imidlertid stadig flere nordmenn tegnet private helseforsikringer.

Somatisk spesialisthelsetjeneste er finansiert dels gjennom basisbevilgning (60 %) og dels gjennom innsatsstyrt finansiering fra staten til de regionale helseforetakene (40 %). Den innsatsstyrte finansieringen er basert på DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper). Andre typer spesialistbehandling er finansiert gjennom RHF-enes basisbevilgninger. Primærhelsetjenesten er finansiert gjennom kommunale skatter, rammetilskudd fra staten og øremerkede tilskudd til bestemte formål. En viktig kilde til finansiering av primærhelsetjenesten er folketrygden (gjennom ulike mekanismer for betaling av tjenester og refusjon av pasienter og brukeres utgifter). Finansieringssystemene skal bidra både til kostnadskontroll og tilstrekkelig fleksibilitet for å sikre den beste sammensetningen av tjenester. Disse målene er også reflektert i de siste finansieringsreformene, som for eksempel de endringene som ble gjort i forbindelse med Samhandlingsreformen i 2012. Kommunene fikk da finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra sykehusene og delansvar (20 %) for den aktivitetsbaserte komponenten i finansieringssystemet for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Dette ansvaret omfatter ikke kirurgisk behandling, føde/barsel og enkelte svært kostbare legemidler. De resterende 20 % av DRG-finansiering for disse pasientene kommer fra staten.

⁷ EU-medlemmer før juli 2013

Figur 3-1 Helseutgifter som andel (%) av BNP i WHOs europaregion, for siste tilgjengelige år



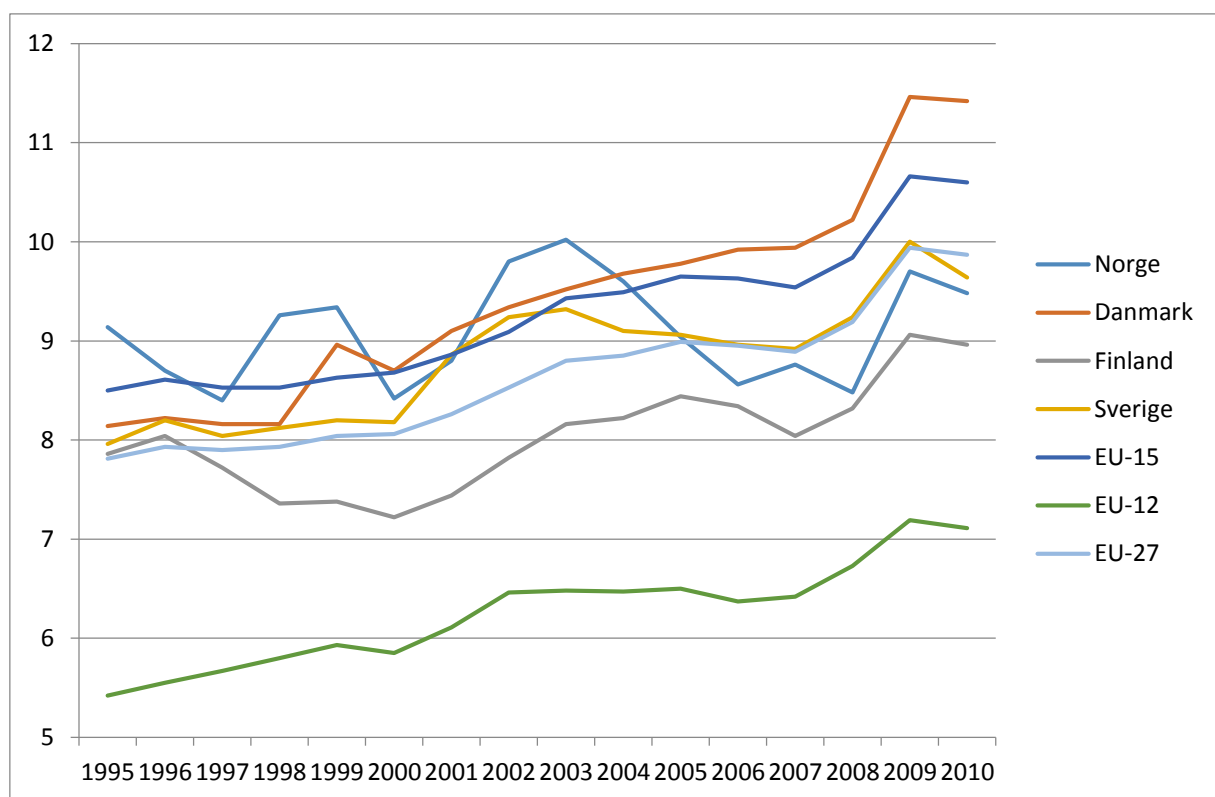
Kilde: WHO-HFA (2013). Merknad: Europaregionen: de 53 landene i WHOs Europaregion, Eur-A: 27 land i WHOs Europaregion med svært lav barne- og voksendødelighet (se WHOs definisjon), Eur-B + C: 26 land i WHOs Europaregion med høyere nivåer av dødelighet (se WHOs definisjon).

3.1 Helseutgifter

I 2010 var Norges BNP nesten 2500 milliarder kroner eller 510 544 kroner per innbygger, noe som plasserer landet blant de rikeste landene i verden (se pkt. 1.2). Samme år var Norge på 16. plass i WHOs Europaregion for andelen av BNP brukt på helse (9,4 %) (fig. 3.1).

I løpet av de siste 10 til 15 årene har det vært noen svingninger i andelen av BNP brukt på helse, det varierte fra 8,4 % i 1997 til 10 % i 2003. Siden midten av 2000-tallet har Norge brukt en mindre andel av bruttonasjonalproduktet på helse enn Danmark, Sverige og EU15 (EU-medlemmene før mai 2004) i gjennomsnitt (figur 3.2).

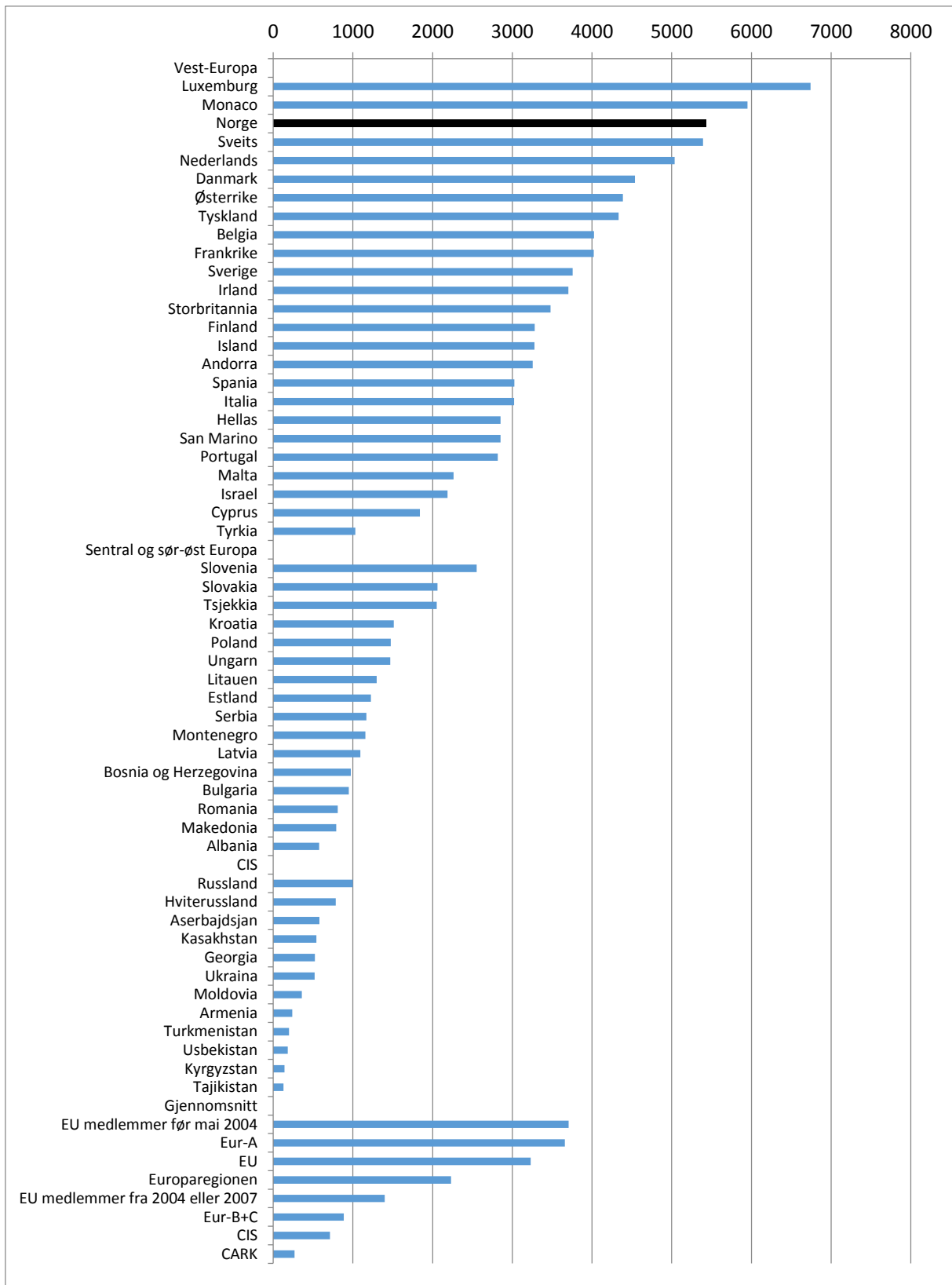
Figur 3-2 Trender i helseutgifter som andel (%) av BNP i Norge og sammenligningsland, 1995–2010



Kilde: WHO-HFA (2013).

Det er viktig å huske at Norge har høyere BNP per innbygger enn nabolandene. Ifølge Statistisk sentralbyrå var BNP per innbygger i 2011 mellom 40 % og 50 % høyere enn i Danmark og Sverige, og mer enn 85 % høyere enn gjennomsnittet i EU27-landene (SSB 2012f).

Figur 3-3 Kjøpekraftjusterte (PPP) helseutgifter per innbygger i WHOs Europaregion, 2010



Kilde: WHO-HFA (2013).

Merknad: European Region: de 53 landene i WHOs Europaregion, Eur-A: 27 land i WHOs Europaregion med svært lav barne- og voksendødelighet (se WHO definisjon), Eur-B + C: 26 landene i WHOs Europaregion med høyere dødelighet (se WHO definisjon).

Når man sammenligner kjøpekraftjusterte (PPP) helseutgifter per innbygger, er Norge rangert som nummer tre i WHO's Europaregion, etter Monaco og Luxembourg, men foran de andre nordiske landene (fig. 3.3). Utvider man sammenligningen av kjøpekraftjusterte helseutgifter til å omfatte ikke-europeiske OECD-land, er USA det eneste landet som kommer ut med høyere utgifter per innbygger enn Norge (OECD 2012b).

Mellom 1997 og 2002 var den årlige vekstraten for helseutgiftene per innbygger i Norge høy. Den lå i denne perioden mellom 2 % og 7,5 % per år (SSB 2012f). Mellom 2002 og 2009 var den årlige gjennomsnittlige veksten i helseutgifter per innbygger noe lavere med 2,4 % (OECD, 2012b).

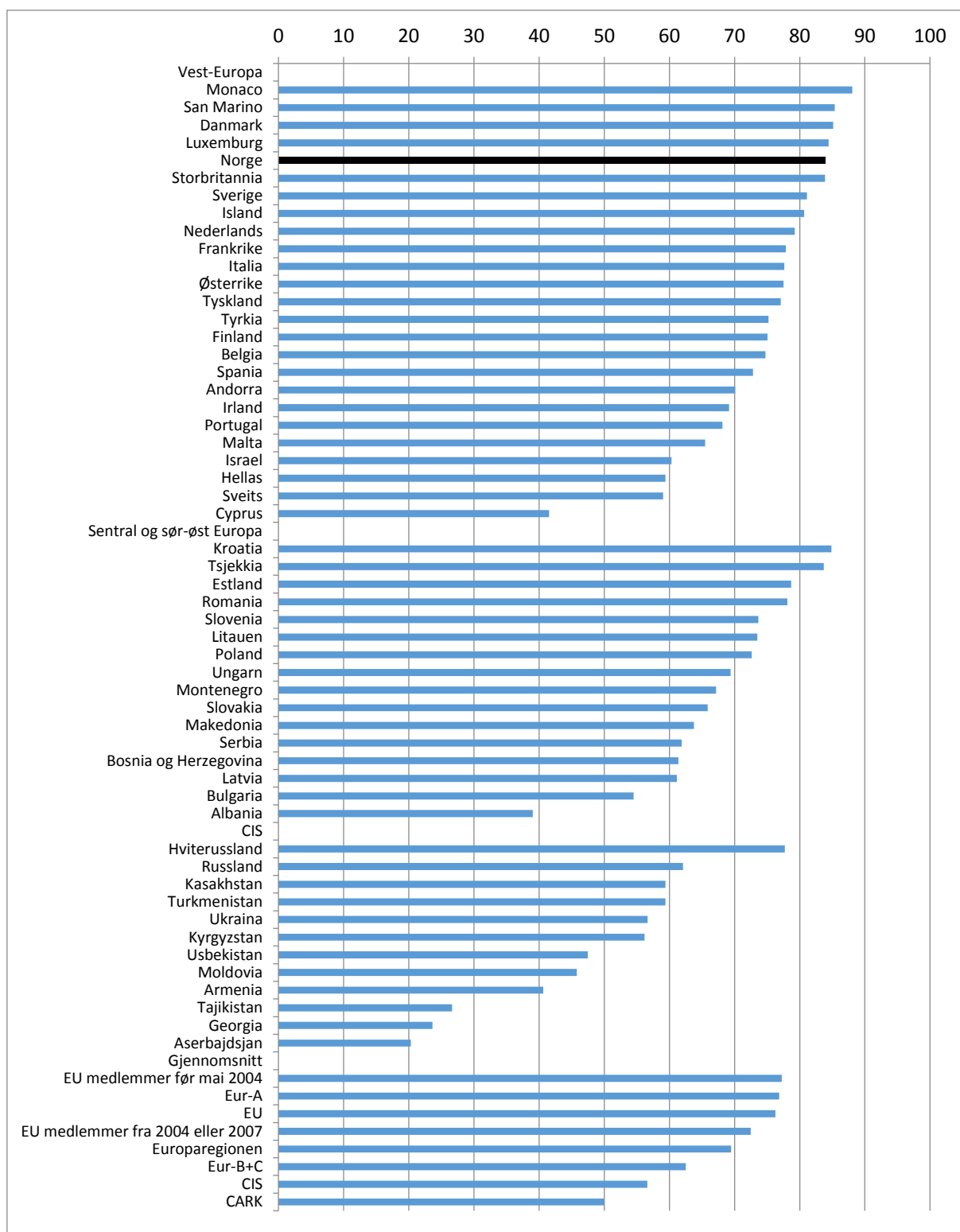
Tabell 3-1 Utvikling i helseutgifter i Norge, 1995–2010, utvalgte år

	1995	2000	2005	2010
Totale helseutgifter (US \$) (per capita på PPP) ^a	2,155	3,042	4,304	5,426
Totale helseutgifter i % av BNP ^b	n.a.	8,4	9,0	9,4
Gjennomsnittlig årlig realvekst i totale helseutgifter (2005-priser) ^c	n.a.	2,6	2,3	0,5
Gjennomsnittlig årlig realvekst rate i BNP ^d	4,2	3,3	2,6	0,7
Offentlige utgifter til helse i % av totale utgifter på helse ^e	75,9	76,2	77,8	83,9
Private helseutgifter i % av totale utgifter på helse ^f	19	17	16	16
Offentlige helseutgifter i % av de totale offentlige utgiftene ^g	14	16	18	17
Offentlige helseutgifter i % av BNP ^h	7	7	8	8
Egenandeler i % av totale helseutgifter (i millioner konstant 2005 US \$) ⁱ	18	17	16	15
Egenandeler i % av private utgifter på helse ^j	98,4	98,3	98,6	95,2

Kilder: b, c og d – Statistisk sentralbyrå (2013); a, f, h og i – WHO (2013); e og j – Verdensbanken (2013). n.a. = not available

Tabell 3.1 viser også at det har vært en økning i det offentlige andel av de totale helseutgiftene. Andelen av offentlige utgifter til helse i Norge (84 % i 2010) er på nivå med det som er observert i andre nordiske land og i Storbritannia (fig. 3.4). En mulig årsak til den kontinuerlige veksten kan være at Norge har blitt mindre påvirket av de økonomiske nedgangstidene de siste tiårene enn andre land (den første var på begynnelsen av 1990-tallet, og den siste var med den økonomiske krisen fra 2008). Andre årsaker kan være en sterk politisk forpliktelse på tvers av alle partier til å sørge for tilstrekkelig finansiering for helsevesenet. Det er en forpliktelse som har blitt tydeligere når man ser på den økende andelen eldre i befolkningen, økt bruk av ny teknologi og høyere forventninger til helsetjenesten i befolkningen.

Figur 3-4 Helseutgifter fra offentlige kilder som andel av de totale helseutgiftene i WHOs Europaregion, 2010



Kilde: WHO-HFA (2013).

Merknad: Europaregion: de 53 landene i WHOs Europaregion, Eur-A: 27 land i WHOs Europaregion med svært lav barne- og voksendødelighet (se WHO definisjon), Eur-B + C: 26 landene i WHOs Europaregion med høyere dødelighet (se WHOs definisjon).

Merk: Data for Norge 2010 er fra 2009 i figur 3.4, som forklarer forskjellen mellom fig. 3.4 og tabell 3.1 (2010-data).

Ser en på sammensetningen av helseutgiftene, var det en fallende trend i andelen av sykehusutgifter i 1980 og 1990. Dette forklares delvis av en økende bruk av poliklinisk behandling, legemidler og andre tjenester. Det antyder en endring der mindre kostbare tjenester i økende grad benyttes (substitusjon). Samtidig kan det også være en følge av en eksplisitt begrensning i sykehusenes utgifter og den teknologiske utviklingen. Utviklingen gjenfinnes også i nedgangen i gjennomsnittlig liggetid på sykehus og i antall sykehussenger (van den Nord, Hagen & Iversen, 1998). Disse trendene har fortsatt på 2000-tallet (se kapittel 4.1.2).

De ferskeste dataene på helseutgifter fordelt etter tjeneste er fra 2010. Somatisk spesialistbehandling utgjorde da ca. 46 % av de totale helseutgiftene. Det ble etterfulgt av utgiftene for langtidsbehandling innen pleie og omsorg (27 %). Denne utgiftsposten er for øvrig blant de høyeste i de europeiske OECD-landene (OECD, 2012b). Omtrent 11 % av de totale utgiftene ble brukt på legemidler, medisinsk-teknisk utstyr og forbruksmateriell. En lignende fordeling av de totale helseutgiftene ble observert i perioden 2007–2009 og i estimatene for 2011 og 2012 (SSB 2013d). Bidraget fra private helseutgifter går mest til legemidler, medisinsk forbruksmateriell og poliklinisk behandling. Det viser en sammenligning av utgiftene til de ulike tjenestene som en andel av de totale helseutgiftene (tabell 3.2).

Tabell 3-2 Helseutgifter etter type tjeneste

	% av offentlige helseutgifter	% totale helseutgifter
Medisinsk behandling (HP.1)	46 %	45,8 %
Sykehustjenester heldøgnsopphold (HP.1,1)	30 %	25,5 %
Sykehustjenester dagopphold(HP.1,2)	2 %	1,8 %
Legetjenester mv (HP.1,3-1,4)	14 %	18,5 %
Rehabilitering(HP.2)	2 %	1,9 %
Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie (HP.3)	29 %	27,4 %
Sykehjemstjenester heldøgnsopphold (HP.3,1)	17 %	17,0 %
Hjemmesykepleie (HP.3,3)	12 %	10,4 %
Støttetjenester (HP.4)	8 %	6,9 %
Røntgen og laboratorietjenester (HP.4,1, HP.4,2)	4 %	3,9 %
Ambulanse og pasienttransport (HP.4,3)	3 %	3,0 %
Medisinske produkter for pasienter uten innleggelse HP.5	8 %	11,2 %
Medisiner og medisinske forbruksvarer (HP.5,1)	5 %	7,4 %
Terapeutiske hjelpemidler og medisinsk utstyr (HP.5,2)	3 %	3,9 %
Forebygging og helsefremmende arbeid (HP.6)	3 %	2,5 %
Helseadministrasjon (HP.7)	1 %	0,6 %
Totale helseutgifter	96 %	96,3 %
Investeringer til helseformål (HP.R,1)	4 %	3,7 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå (2013d).

3.2 Inntektskilder og økonomiske overføringer

De to største inntektskildene til helsevesenet kommer gjennom det generelle skattesystemet og fra pasientenes egenandeler. Skatteinntektene går i all hovedsak til staten, men noe går også direkte til fylkeskommuner og kommuner. Trygdeavgiften inngår i den generelle beskatningen og bidrar til finansieringen av folketrygden. Helsevesenets andel av folketrygden administreres gjennom Helsedirektoratet og HELFO (se pkt. 2.1). Finansiering gjennom private/frivillige helseforsikringer utgjør fortsatt en svært liten andel. Figur 3.5 gir en oversikt over de viktigste finansielle strømmene (det vil si både inntekter og overføringer) i helsesystemet.

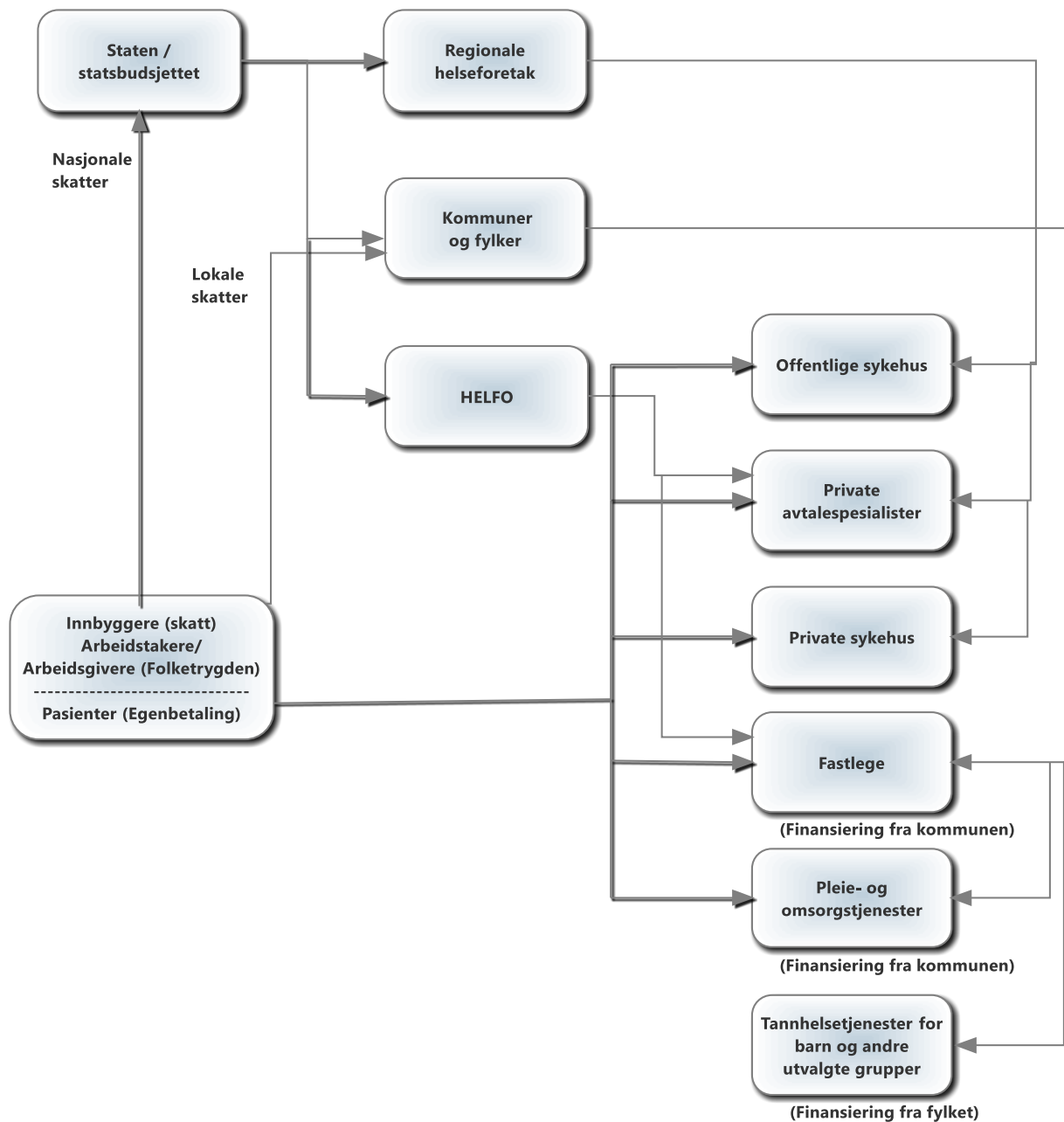
I alt 85 % av helseutgiftene dekkes av det offentlige. Overføringer fra offentlig forvaltning utgjør om lag 73 %, og bidrag fra folketrygden utgjør om lag 12 % av de totale helseutgiftene. Private utgifter består nesten bare av egenandeler og dekker om lag 15 % av helseutgiftene. Fordelingen mellom offentlige og private bidrag har vært relativt stabil siden 1980-tallet (tabell 3.3).

Tabell 3-3 Kilder til helsetjenesteinntekter i prosent av samlede helseutgifter, etter inntektskilde (%), 1980–2010

	1980	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Offentlige kilder							
Offentlig forvaltning	85,1	82,8	84,2	85,0	68	72,3	73
Folketrygd					15	12,1	12
Samlet offentlig	85,1	82,8	84,2	85,0	83	84	85
Private kilder							
Egenandeler	14,9	14,6	15,2	14,5	17	15	n.a.
Andre private kilder	0	2,6	0,6	0,5	0	1	0
Samlet privat	14,9	17,2	15,8	15	17	16	n.a.

Kilde: Data for 1980-2000 fra Johnsen (2006), data for 2005-2010 fra OECD (2013). n.a. = not available.

Figur 3-5 Oversikt over hovedfinansieringsstrømmene i helsesystemet



3.3 Helsetjenester som dekkes av det offentlige

Hvilke helsetjenester som skal tilbys innenfor det offentlige helsevesenet, og kriteriene for å ilegge egenandeler, er bestemt av Stortinget. Bare små justeringer gjennomføres hvert år. Vedtak om hva som skal dekkes blir blant annet belyst gjennom medisinske metodevurderinger og ulike beslutningsprosesser (se avsnitt 2.5 og 2.7.2). Det har ikke vært store endringer i hva som skal dekkes de senere årene, og diskusjonene har i stedet dreid seg om egenandelens størrelse. Det foregår stadig prioriteringsdiskusjoner, som kan innebære at egenandelen for enkelte behandlinger øker, eller at det offentliges ansvar for enkelte behandlinger helt eller delvis faller bort. For eksempel er

egenbetalingens størrelse for prøverørsbefruktning (in vitro-fertilisering) blitt endret flere ganger (Lindahl & Squires, 2011).

3.3.1 Dekning av helseutgifter

Hvem får dekket utgifter til helsetjenester?

Alle som er bosatt i Norge har rett til offentlig finansiert helsehjelp. Denne retten er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven fra 2011, spesialisthelsetjenesteloven fra 1999 og folketrygdloven fra 1997. Dette lovverket setter også grenser for hva som dekkes (se nedenfor).

Beboere fra EØS og EU har i prinsippet den samme retten til helsehjelp som nordmenn, og behandlingen blir refundert i henhold til EØS-regelverket og bilaterale avtaler. Utlendinger som kommer fra land utenfor EØS-området må normalt betale hele kostnaden for helsetjenester, med mindre de kommer fra et land som har en bilateral avtale med Norge om helsehjelp.

Alle, uavhengig av statsborgerskap eller oppholdsstatus, herunder voksne uten lovlig opphold, har rett til øyeblikkelig hjelp. Gravide kvinner og barn får også tilgang til vaksiner og primærhelsetjenester uavhengig av statsborgerskap og oppholdsstatus.

Hvilke helsetjenester dekkes?

Det fins ingen fullstendig liste over hvilke helsetjenester som dekkes. I praksis dekker helsesystemet utgifter til:

- Godkjente, reseptbelagte legemidler, dvs. legemidler godkjent av Statens legemiddelverk og som er på «blå resept»;
- Forebyggende tjenester, herunder: kontroller, screening og vaksinasjon av spedbarn og skolebarn, forebyggende psykisk helsevern (hovedsakelig for barn og unge), offentlige helsetiltak eller kampanjer for å fremme en sunn livsstil og redusere sosial ulikhet i helse (avhengig av kommune);
- Primærhelsetjenesten, herunder behandling hos fastleger, fysioterapeuter og kiropraktorer;
- De fleste spesialist- og sykehusbehandlinger. Visse behandlinger, for eksempel plastisk kirurgi, må imidlertid være vurdert som medisinsk nødvendig for at pasienten kvalifiserer for offentlig dekning;
- Øyeblikkelig hjelp, inkludert legevakt og akuttmedisinske tjenester;
- Sykepleie;
- Tannpleie (for barn og enkelte andre utvalgte grupper);
- Medisinsk behandling av øyne (briller er vanligvis ekskludert)

Ikke-medisinsk behandling av øyne, tannpleie for voksne og komplementær medisin er ikke dekket av offentlige midler.

I tillegg sikrer folketrygden mot inntektsbortfall. Medlemmer i folketrygden har rett til pensjon, etterlatte- og uførepensjon, grunnstønad og hjelpestønad ved uførhet, attføring eller yrkesskade. I

tillegg kommer stønader for enslige forsørgere og kontantytelser ved sykdom, fødsel, adopsjon, arbeidsledighet og begravelser.

Hvor mye dekkes?

Kravene til privat medfinansiering er moderate i det norske helsesystemet, der egenandelene står for 15 % av de totale helseutgiftene. Likevel er pasienters egenbetaling vesentlig for enkelte typer tjenester.

Alle innleggelser på offentlige sykehus eller private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene, er gratis (inkludert legemidler). For poliklinisk behandling, dagbehandling og dagkirurgi på sykehus, blir pasienten avkrevet egenandel. Enkelte forebyggende tjenester, som for eksempel vaksinasjoner til barn, er også fritatt for egenbetaling. Hjemmebaserte tjenester, også hjemmesykepleie, er i hovedsak gratis for brukerne.

Det er en fast egenandel for konsultasjoner hos fastlege og spesialister. I 2012 var satsene for slike tjenester henholdsvis 180 og 307 kroner per konsultasjon. Det samme gjelder for fysioterapibesøk, der egenandelene varierer. Egenandelen ved reseptbelagte legemidler på «blå resept» er inntil 520 kroner per resept, ved røntgen og laboratorieprøver henholdsvis 218 og 47 kroner. Det er også egenandel ved poliklinisk sykehusbehandling. Langvarig opphold i institusjon for eldre eller funksjonshemmede har høy egenbetaling, hvor mye som skal betales er avhengig av beboerens inntekt, og er på det høyeste 85 % av pasientens inntekt.

Det finnes unntak fra kostnadsdeling for enkelte sykdommer og pasient-/brukergrupper. Barn under syv år er fritatt for egenandel for behandling gitt av lege eller fysioterapeut og for viktige legemidler og reiseutgifter. Barn under 16 år får gratis legebehandling og tilgang til livsviktige medisiner på «blå resept», og barn under 18 år er fritatt for egenandel for psykoterapi og tannbehandling. Siden 1. januar 2003 kan minstepensjonister få livsviktige medisiner og pleie gratis. Gravide kvinner får gratis legeundersøkelser under og etter svangerskapet. Personer som lider av spesifiserte smittsomme sykdommer, inkludert hiv/aids får gratis medisinsk behandling og medisiner. Det kreves ingen egenandeler ved yrkesskade eller yrkessykdom.

På begynnelsen av 1980-tallet ble det introdusert et egenandelstak. Dette vedtas av Stortinget hvert år (kr 1980 i 2012). Dette omfatter utgifter til behandling hos leger og psykologer, viktige (på blå resept) eller dyre legemidler og transportkostnader knyttet til undersøkelse og behandling. Når egenandelstaket er nådd (egenandelstak 1), får pasienten utstedt et frikort for helsetjenester som innebærer full dekning av utgifter til behandlere og tjenesteytere med refusjonsrett resten av

kalenderåret. Egenandeler for barn under 16 år er inkludert i en av foreldrenes egenandelstak. I 2010 fikk omlag 1,2 millioner personer utstedt frikort (Helsedirektoratet, 2012b).

Egenandelstak 2 omfatter fysioterapi, tannbehandling som refusjonsberettiget, utgifter ved opphold på rehabiliteringssentre og behandling i utlandet. Også dette taket blir årlig bestemt av Stortinget (kr 2560 i 2012). I slutten av 2010 var 46 000 nordmenn omfattet av egenandelstak 2 (Helsedirektoratet, 2012b).

Egenandelstak 1 og 2 er ikke knyttet til individuell inntekt – alle betaler det samme beløpet før frikort innvilges. Kommunale tjenester, for eksempel hjemmehjelp for eldre og funksjonshemmede og innleggelse av eldre i sykehjem, er blant tjenestene som ikke inngår i frikortordningen. Disse omsorgstjenestene omfattes i det vesentlige av egenandeler. Beboere på sykehjem må vanligvis betale mellom 75 og 85 % av egne inntekter til kommunen.

Personer som på grunn av varig sykdom pådrar seg ekstra utgifter på minst 9180 kroner per år, hadde inntil 2013 rett til å trekke alle utgiftene fra inntekt før skatt. Cirka 64 000 skattytere var berettiget til slike fradrag i 2009, og gjennomsnittsutgiftene deres var på ca. 21 900 kroner. På grunn av bekymringer om fordelingsvirkninger og høye administrative kostnader fases denne skattefradagsordningen nå ut, og den skal etter planen være helt avviklet fra skatteåret 2015 (Finansdepartementet, 2011).

3.3.2 Skattefinansiering

Sentral og lokal beskatning og arbeidsgiveravgift

Som nevnt i avsnitt 3.2, innkreves skatter av staten (rundt 86 % av den totale inntektsskatten), kommunene (12 %) og fylkeskommune (2 %). Det samlede skatte- og avgiftsnivået i Norge, målt som andel av bruttonasjonalproduktet (BNP), var 42,8 % i 2010. Det var litt høyere enn det vektete gjennomsnittet i EU, men er lavere enn i Danmark (48,2 %) og Sverige (46,4 %) (OECD, 2013b).

Ser en på hvordan skattesystemet er bygget opp, er det norske systemet preget av et relativt høyt nivå av direkte skatter. I 2010 utgjorde de 49 % av de totale skatteinntektene og 21 % av BNP. Direkte skatter består hovedsakelig av inntektsskatt og bedriftsskatt, som begge bidrar til ca. 10 % av BNP. De høye inntektene fra selskapsskatten omfatter en særskatt på petroleumssektoren. I tillegg kommer formuesskatten (Eurostat, 2012). Indirekte skatter utgjorde 28 % av de totale skatteinntektene eller 12 % av BNP i 2010. De består hovedsakelig av merverdiavgift på 25 % (8 % av BNP), særavgifter og forbruksavgifter, pluss andre skatter på produkter og produksjon. Sosiale skatter og avgifter som betales av arbeidsgivere, arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og ikke-sysselsatte stod for 22 % av de totale skatteinntektene eller 10 % av BNP. Ifølge de ulike typene for skattegrunnlag er skatter på arbeidskraft mest betydningsfull. De stod for 41 % av de totale skatteinntektene (17 % av BNP). Kapital-

og forbruksavgifter stod for henholdsvis 32 og 27 % av de totale skatteinntektene (13 og 12 % av BNP) (Eurostat, 2012).

Inntekt fra arbeid og pensjon er skattlagt med progressive satser (med marginale skattesatser fra 0 % til 55 %). Det er ingen inntektsskatt på inntekter lavere enn kr 39 950 per år (2013). Andre inntektskilder skattlegges vanligvis med en flat sats (kapitalinntekter for private er f.eks. beskattet med enhetlig sats på 28 %). Skattesystemet for personbeskatning er som helhet progressivt. Det vil si at den gjennomsnittlige skattesatsen øker i takt med inntekten. (Finansdepartementet, 2012a).

Alle som er bosatt i Norge eller som arbeider her eller på faste eller flyttbare innretninger på norsk sokkel, har pliktig medlemskap i folketrygden, jfr. folketrygdloven av 1997. Det samme gjelder for personer som bor på Svalbard (Spitsbergen) og Jan Mayen, og som er ansatt av en norsk arbeidsgiver eller var medlemmer av folketrygden før sitt opphold i disse områdene. Medlemskap er også obligatorisk for visse grupper av norske statsborgere som arbeider i utlandet. Trygdeavgiften betales av de ansatte og er beregnet av brutto lønn og pensjonsinntekt. I 2011 var trygdeavgiften 7,8 % for ansatte, 11 % for selvstendig næringsdrivende og 4,7 % for pensjonister. Inntekter inntil kr 39 950 er fritatt for trygdeavgifter. Trygdeavgift betalt av privatpersoner er ikke fradragsberettiget for skattemessige formål. Arbeidsgiveravgiften som går til folketrygden varierer med arbeidstakers bostedskommune fra 0 % på Svalbard til maksimalt 14 %.

Ifølge EØS-avtalen skal Norge følge EUs regelverk med hensyn til sosial trygghet. Arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og frilansere er medlemmer av trygdesystemet. Andre, som ikke inngår i nevnte kategorier, kan søke om frivillig medlemskap i folketrygden når oppholdet i Norge overstiger tre måneder.

Innkrevning av skatter, inkludert avgifter til folketrygd, er delt mellom Skatteetaten og Tollvesenet. Skatteetaten krever inn inntekts- og formuesskatt, folketrygdavgift, merverdiavgift og arveavgift, mens Tollvesenet er ansvarlig for toll og andre avgifter. Begge etatene er underlagt Finansdepartementet.

3.3.3 Finansielle ressurser

Den årlige budsjettprosessen

Finansdepartementet tildeler ressurser til ulike samfunnssektorer, for eksempel utdanning og helse, etter en parlamentarisk budsjettprosess. I oktober hvert år legger regjeringen frem budsjettplanene for påfølgende år for Stortinget. Stortinget drøfter budsjettet i løpet av sin høstsesjon og godkjenner vanligvis budsjettet i løpet av desember måned. Ingen del av inntektene fra skatt eller folketrygd er øremerket for helsevesenet, men andelen av skatteinntekter som fordeles til helse, har vært relativt stabil gjennom årene. I årene 2006 til 2011 var andelen om lag 16–17 % av de totale offentlige utgiftene

(SSB 2013d). Beløpet som i Statsbudsjettet fordeles til helseformål, er grunnlaget for Helse- og omsorgsdepartementets budsjett det påfølgende året.

Fordeling av ressurser til innkjøpere og leverandører

Helse- og omsorgsdepartementet fordeler sitt budsjett til de regionale helseforetakene, kommunene, fylkeskommunene og HELFO (som alle gir tilskudd til ulike tjenesteytere). For de fleste typer helsetjenester er det integrerte løsninger der tilbyder og leverandør er én enhet (se avsnitt 2.8.1), for eksempel er helsepersonell som arbeider for kommunaleide helseinstitusjoner også ansatt i kommunene.

Ifølge loven må alle offentlige tjenester utføres innenfor vedtatt årsbudsjett. For statlige virksomheter er dette lovfestet i Grunnlovens § 75, for kommunal og fylkeskommunal virksomhet er det hjemlet i kommuneloven av 1992 og for helseforetakene i helseforetaksloven av 2001. Det har imidlertid vært en tendens til at Stortinget gjennom revidert nasjonalbudsjett, som legges frem i midten av mai hvert år, har besluttet å øke midlene ut over det som er skissert i det opprinnelige budsjettforslaget (Lindahl, 2012). Dette har særlig vært tilfelle for de regionale helseforetakene. Det kan derfor diskuteres om RHF-enes budsjetter, i alle fall i perioder, har vært «myke», i og med at det heller ikke følger noen risiko for formell straff ved overforbruk (Tjerbo & Hagen, 2009). RHF-ene har imidlertid de siste årene drevet innenfor de vedtatte budsjettene. Helse- og omsorgsdepartementet gir budsjett- og regnskapsdirektiver til kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene.

Midler til sykehusene fordeles til de fire regionale helseforetakene gjennom en kombinasjon av rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering. For somatiske tjenester utgjorde dette i 2012 henholdsvis 60 og 40 % av RHF-enes budsjett (Lindahl, 2012)⁸. Andre typer spesialistbehandling er i hovedsak finansiert gjennom rammebevilgninger. Størrelsen på rammebevilgningen er betinget av hvilken type tjeneste som tilbys av det regionale helseforetaket: somatikk var i 2010 gitt størst vekt med 73 %, etterfulgt av psykisk helsevern (18 %), ambulanse/pasienttransport (6 %) og rusbehandling (3 %). Videre avhenger størrelsen på basisbevilgningen av en rekke andre forhold, blant annet antall innbyggere i regionen og befolkningens demografiske sammensetning. Disse variablene er gitt ulike vekt for hver type tjeneste som tilbys. Innen somatikk for eksempel, ble alder vektet 58 % i 2010, mens helse- og dødelighetsvariabler ble vektet med 42 % (Magnussen, 2010). Gjennom innsatsstyrt finansiering er deler av tilskuddet basert på hvor mange pasienter som blir behandlet. Beregning av den aktivitetsbaserte refusjonen er basert på DRG-systemet (se avsnitt 3.7).

⁸ Oversetterens note: Forholdet mellom rammebevilgning og innsatsstyrt finansiering (ISF) bestemmes på årlig basis. For 2014 er RHF-enes somatiske aktivitet finansiert gjennom 50 % rammebevilgninger og 50 % innsatsstyrt finansiering.

Basisbevilgningen fra staten er den viktigste finansieringskilden til kommunene og fylkeskommunene (Finansdepartementet, 2011). Frem til 1986 mottok kommunene en rekke rammetilskudd som sektoroverføringer, og med noe øremerking. Fra 1986 har dette systemet blitt erstattet med et enkelt rammetilskudd. Staten har et inntektsfordelingssystem som bestemmer beløpene som skal fordeles til kommuner og fylkeskommuner. Beløpene er beregnet ved hjelp av et sett vektorer, der alder er viktigst. Systemet skal både kompensere for lokale variasjoner i etterspørselen etter tjenester og for kostnadsforskjeller ved å produsere dem.

Midler til HELFO fastsettes også gjennom den årlige budsjettbehandlingen i Stortinget, som en del av diskusjonene rundt folketrygdutgifter. Tildelingen er gjort på grunnlag av estimater eller overslagsbevilgninger. Den kan dermed bli justert ved utgangen av året, avhengig av det faktiske beløpet som er brukt. Midler blir først overført til budsjettet for Helse- og omsorgsdepartementet og deretter til HELFO (se kapittel 5 om Finansdepartementet, 2011).

3.3.4 Bestiller – utfører

Integrerte bestiller–utfører-relasjoner har vært et dominerende trekk ved det norske helsevesenet. I de siste to tiårene har det imidlertid vært gjort enkelte forsøk på å innføre et tydeligere skille mellom bestiller og utfører.

Skillet mellom bestiller og utfører ble først introdusert for pleie- og omsorgstjenesten i begynnelsen av 1990-tallet ved å ta i bruk modeller som tidligere var prøvd ut i Sverige (Martinussen & Magnussen, 2009). Kontrakter mellom kommuner og private tjenesteleverandører er ansett som et viktig verktøy for å garantere god kvalitet på tjenestene, og for å sikre et godt samarbeid med andre deler av helsevesenet. En undersøkelse utført i 2004 viste at 40 av i alt 431 kommuner der alle hadde mer enn 10 000 innbyggere og som samlet representerte ca. 48 % av den totale befolkningen, hadde innført varianter av bestiller–leverandør-modeller. Til tross for dette, var det også slik at kun syv av 44 innkjøpere visste den faktiske prisen på tjenestene når de gjorde en bestilling hos en leverandør (Johnsen, 2006).

Kommunene har også avtaler med fastleger som en del av fastlegeordningen (se pkt. 5.3). Kommunen har, hvis det er spesifisert i avtalen, rett til å kreve at en fastlege utfører kommunalt helsearbeid inntil 7,5 timer i uken. Nesten alle allmennleger er tilknyttet fastlegeordningen.

Innenfor spesialistbehandling er helseforetaksmodellen i teorien basert på et skille mellom bestiller og utfører, der de regionale helseforetakene bestiller (kjøper) spesialisthelsetjenester, mens helseforetakene utfører (leverer) tjenestene (Martinussen & Magnussen, 2009). De regionale helseforetakene eier imidlertid helseforetakene, og er derfor ansvarlig for statens leveranse av

helsetjenester. Regionene kan også kjøpe helsetjenester fra en rekke andre tjenesteytere, inkludert private sykehus, røntgeninstitutter og laboratorier, private spesialister og rehabiliteringsenheter. Selv om skillet mellom bestiller og utfører er tillatt, har den integrerte organiseringen av helsevesenet i stor grad blitt foretrukket, blant annet på grunn av forhold som spredt bosetting, bekymringer knyttet til kostnadskontroll og mangel på tilstrekkelig bestillerkompetanse (OECD, 2012b).

3.4 Egenbetaling fra pasienter og brukere

3.4.1 Kostnadsdeling (egenandeler)

Egenbetaling har vært et trekk ved det norske helsevesenet siden tidlig på 1980-tallet. Hovedmålet har både vært å redusere veksten i offentlige utgifter til helse og å frigjøre ressurser til prioriterte områder. Et annet mål har vært å dempe etterspørselen fra personer med mindre alvorlige helseproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005a).

Pasienter må betale egenandel for de fleste offentlig finansierte helsetjenestene, eneste unntak er ved innleggelse i sykehus (se avsnitt 3.3.1). Kostnadsdelingen gjøres gjerne i form av egenbetaling. Satsene for egenandeler bestemmes nasjonalt, og unntak for visse sykdommer og for noen pasientgrupper forekommer. Dessuten gir HELFO tilskudd til visse prioriterte pasientgrupper (se avsnitt 3.3.1). Tannbehandling for voksne er ett område der egenbetaling totalt sett er svært høye (om lag 70 % av kostnadene) (Jensen, 2013). De fleste voksne pasienter må imidlertid bære alle kostnadene ved tannbehandling, mens personer under 18 år har rett til gratis offentlig tannpleie. Pleie- og omsorgsinstitusjoner har også høy egenbetaling.

En oversikt over egenandeler for ulike typer helsetjenester er gitt i tabell 3.4.

Tabell 3-4 Oversikt over egenbetaling for helsetjenester

Helsetjenester	Type brukerbetaling	Fritaksordninger	Egenandelstak	Merknader
Konsultasjon hos fastlege/allmennlege	Egenandel	Fritak for barn under 16 år	Egenandel 1	
Konsultasjon hos/eller sykebesøk fra spesialist (inkludert poliklinisk behandling på sykehus)	Egenandel	Fritak for barn under 16 eller 18 år (psykolog)	Egenandel 1	Bare for spesialister med offentlig avtale, ellers full avgift
Reseptbelagte legemidler og medisinsk utstyr	Egenandel	Fritak for barn under 16 år	Egenandel 1	Bare legemidler på blåresept, ellers full avgift
Sykehusopphold, døgn	Ingen			
Røntgen og laboratorieprøver	Egenandel		Egenandel 1	
Tannpleie	Full egenbetaling for voksne	Fritak for: barn under 18, unge voksne (19-20 år), eldre mennesker i pleie- og omsorgsinstitusjoner, funksjonshemmede	Egenandel 2	Bare noen få forhåndsdefinerte sykdommer som omfattes
Fysioterapi	Egenandel		Egenandel 2	Bare for fysioterapeuter med kontrakt, ellers full avgift
Rehabilitering	Egenandel		Egenandel 2	Klinikker må forhåndsgodkjennes
Pleie- og omsorgstjenester	Egenandel			Egenandel vurderes i forhold til inntekt
Hjemmesykepleie	Ingen			

3.4.2 Direkte betalinger

Pasientene må selv betale for helsetjenester fra private tjenesteytere som ikke har kontrakt med det offentlige. De må også betale fullt ut for varer og tjenester som ikke inngår i det offentlige tilbudet. Det finnes ingen oversikt over omfanget av slike betalinger.

3.4.3 Uformell betaling

Uformelle betalingsordninger har ingen rolle i finansieringen av helsetjenester i Norge.

3.5 Privat helseforsikring

3.5.1 Markedets rolle og størrelse

Ettersom alle norske innbyggere er medlemmer av folketrygden, som er en offentlig, universell forsikringsordning, har frivillige helseforsikringer tradisjonelt ikke spilt noen større rolle. I 2011 ble det brukt 1,7 milliarder kroner på frivillig helseforsikring, noe som utgjorde ca. 0,7 % av de totale helseutgiftene det året (Finansnæringens Hovedorganisasjon, 2012).

De vanligste frivillige forsikringsordningene gir tilleggsdekning, blant annet gjennom å tilby kortere ventetider enn i det offentlige for elektive (planlagte) tjenester og spesialistkonsultasjoner ved private helseinstitusjoner (Lindahl & Squires, 2011). Den viktigste grunnen til å kjøpe frivillig helseforsikring synes dermed å være at man unngår ventelister og får utredning/behandling raskere. I 2011 var ca. 5 % av befolkningen (300 000 personer) forsikret med en ekstra «ventetidsgarantipolise» (Finansnæringens Hovedorganisasjon, 2012). Dette innebærer en vekst i det private helseforsikringsmarkedet i form av antall kunder det siste tiåret. På begynnelsen av 2000-tallet var det

bare rundt 30 000 mennesker som hadde noen form for privat helseforsikring (Johnsen, 2006). Siden 2007 har folketrygden brukt midler for å gi raskere tilgang til sykehustjenester for arbeidstakere i ferd med å bli sykemeldt (se avsnitt 6.1.1 på "Raskere tilbake"-prosjektet). Dette kan ha redusert etterspørselen etter private helseforsikringer.

3.5.2 Markedsstruktur

Kjøpere av privat helseforsikring

Bedrifter er den største kundegruppen for private helseforsikringer. Nesten 90 % av forsikringstakerne var dekket gjennom arbeidsgiveren (Berge & Hyggen, 2010). Det er dermed ti ganger mer vanlig med gruppeforsikringer enn individuelle forsikringer. I 2011 ble det kjøpt 23 065 individuelle forsikringer og 210 944 kollektive forsikringer (Finansnæringens Hovedorganisasjon, 2012).

Noen grupper ser ut til å kjøpe privat helseforsikring oftere enn andre. Dette gjelder blant annet personer med høye inntekter, arbeidere i mindre bedrifter eller som arbeider som selvstendig næringsdrivende, og ufaglærte arbeidstakere (Sagan & Thomson, under publisering)

Tilbydere av privat helseforsikring

Det er åtte kommersielle aktører som tilbyr privat helseforsikring i Norge. Alle, med unntak av én, tilbyr et bredt spekter av forsikringsprodukter i tillegg til helseforsikringer. Det private helseforsikringsmarkedet kan grovt sett deles i to: gruppeforsikringer (80 % av markedet) og individuelle helseforsikringer (20 % av markedet). I 2010 hadde det største selskapet på gruppeforsikringsmarkedet en markedsandel på ca. 40 %, mens resten av markedet ble delt mellom fem andre selskaper (Berge & Hyggen, 2010). Det er færre tilbydere i det individuelle forsikringsmarkedet, og i 2009 hadde de to største selskapene en markedsandel på ca. 80 %.

3.5.3 Markedsatferd

Private forsikringsselskap er ikke integrert i helsetjenesten. Private helseforsikringer tilbyr i hovedsak tilgang til helsetjenester i halvprivate eller private sykehus. Et forsikringsselskap tilbyr poliser som gir tilgang til behandling i både privat og offentlig sektor. Behandlinger som ikke omfattes av det offentlige helsevesenet og egenandelbetaling er ikke dekket. Øyeblikkelig hjelp og legevakt er også ekskludert fra tilbudet.

3.5.4 Offentlig politikk

Selv om innføring av skatteinsentiver har blitt mye debattert tidligere (omkring 2003), er det i dag ingen slike insentiver på plass for å kjøpe privat helseforsikring (Berge & Hyggen, 2010). Reguleringen av det private helseforsikringsmarkedet er beskrevet i kapittel 2.8.1.

3.6 Annen finansiering

Det finnes ingen andre store kilder for finansiering av helsetjenester. Mindre bidragsytere kan være private organisasjoner og enkeltpersoner, som for eksempel private grasrotinitiativer for å samle inn penger til lokale sykehus. Oftest gis slike bidrag for at sykehus kan kjøpe spesialutstyr eller for etablere en bestemt behandlingsenhet. Innsamlinger kan også gå til medisinske forskningsprosjekter, som for eksempel studier av spedbarnsdødelighet. På områder som rehabilitering og rusbehandling er noen institusjoner avhengige av finansiering fra veldedige organisasjoner. De representerer ofte ad-hoc-tiltak som ikke har stor betydning for helsevesenets totale økonomi.

3.7 Betalingsordninger

3.7.1 Betaling for helsetjenester

Folkehelsearbeid

Det meste av folkehelsearbeidet foregår på kommunalt nivå (se pkt. 5.1). Forebyggende folkehelsearbeid for barnehage- og skolebarn tilbys i kommunale helsesentre og i skolehelsetjenesten. I tillegg er fastleger forpliktet til å jobbe opp til 7,5 timer i uken i kommunehelsetjenesten. Se «Primærhelsetjenesten» nedenfor om hvordan fastlegene avlønnes.

Primærhelsetjenesten

Fastlegenes andel av primærhelsetjenesten, inkludert legevaktjeneste, er finansiert fra tre kilder: kommunene som bidrar med om lag 400 kroner per pasient som står på fastlegelisten, egenandel fra pasienter og finansiering fra folketrygden/HELFO etter faste takster. Basistilskuddet fra kommunen (basert på fastlegelisten) utgjør ca. 30 % av allmennlegers inntekter, mens egenandeler fra pasienter og innsatsstyrt finansiering (folketrygden/HELFO) står for resten av inntekten. Allmennleger kan også være lønnet og ansatt av kommunen, og da mottar kommunen tilskudd fra HELFO. Dette er i dag unntaket snarere enn regelen.

Andre primærhelsetjenester som psykologer og fysioterapeuter under kontrakt med kommunen (avtalespesialister), er finansiert av HELFO og pasienters egenandel. De har fast avtale med kommunene, men er vanligvis selvstendig næringsdrivende og refunderes etter faste honorartakster direkte fra HELFO. Privatpraktiserende jordmødre med kommunal avtale refunderes også etter faste honorartakster fra HELFO. Jordmødre i kommunale helsesentre er som regel fast ansatte lønsmottakere.

Rehabilitering i primærhelsetjenesten er finansiert av kommunenes ordinære budsjetter, men det kan også være avtaler om statlig medfinansiering for pasienter med ekstra behov. Når kostnaden for en

enkelt pasient overstiger et visst beløp i et kalenderår, 895 000 kroner (i 2012), dekker staten 80 % av merutgiftene og kommunen resten.

Lovhjemlet tannbehandling for barn og ungdom er finansiert gjennom basisbevilgning fra fylkeskommunene. Behandling/pleie av tenner for voksne er hovedsakelig finansiert av pasientene selv. Enkelte tilstander/behandlinger er stønadsberettiget og utgifter refunderes fra folketrygden/HELFO.

Spesialisthelsetjenesten

Somatisk pasientbehandling

Sykehusfinansiering utviklet seg fra refusjon per liggedøgn (såkalt per diem finansiering) i perioden 1970–1980, via rammefinansiering i perioden 1980–1997, til dagens todelte finansieringssystem som trådte i kraft i 1997. Somatisk pasientbehandling finansieres i dag med 60 prosent basisbevilgning og 40 prosent aktivitetsbasert bevilgning (ISF) (Nerland, 2001; Biørn et al, 2003; Johnsen, 2006).

Den todelte finansieringsordningen er organisert som følger:

1. Siden 2002-reformen har de regionale helseforetakene og helseforetakene blitt finansiert av basisbevilgning fra staten (overslagsbevilgninger) sammen med en liten brøkdel som er refusjoner for poliklinisk virksomhet, laboratorie- og radiologivirksomhet samt egenandeler. Basisbevilgningen tildeles fra de regionale helseforetakene til helseforetakene, basert på deres ressursbehov. De regionale helseforetakene står fritt til å sette opp sitt eget system for å finansiere helseforetakene og andre institusjoner.
2. Innsatsstyrt finansiering av sykehus for somatisk behandling er basert på en faktisk overføring av pasientopplysninger fra sykehusene til Norsk pasientregister. Dette gjelder både offentlige og private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene. Pasientopplysningene inneholder data om sykdommer og kirurgiske prosedyrer i henhold til internasjonale klassifiseringssystemer og samles inn tre ganger i året. Norsk pasientregister samler informasjon og videreformidler den til Helse- og omsorgsdepartementet. Et nordisk DRG-system brukes til å klassifisere pasienter, og kostnadsvektene er basert på nasjonale gjennomsnittskostnader.

I 2012 ble kommunene gjort ansvarlig for medfinansiering av de somatiske ikke-kirurgiske spesialisthelsetjenestene som gis på sykehus, og for utskrivningsklare pasienter (se avsnitt 6.1.5). Satsen for medfinansiering er satt til 20 % av DRG, og staten bidrar med ytterligere 20 %. Denne kommunale medfinansieringen er altså en del av den innsatsstyrte finansieringen som de regionale helseforetakene mottar (Pedersen, 2012). Ubrukte penger kan beholdes av kommunen.

Psykisk helsevern

Midler til psykisk helsevern og rusbehandling er en del av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, i tillegg kommer øremerkede midler, som for eksempel gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (i perioden 1998 til 2009). En lignende opptappingsplan har vært i kraft siden 2005 for rusbehandling. De regionale helseforetakene finansierer sine behandlingstilbud gjennom basisbevilgninger. Til nå har det ikke vært aktivitetsbasert finansiering innen psykisk helsevern. Det brukes også noe takstrefusjoner, delvis basert på antall timeverk og delvis på aktivitet.

Avtalespesialister

Privatpraktiserende avtalespesialister som har kontrakt med de regionale helseforetakene blir finansiert fra tre kilder: driftstilskudd fra de regionale helseforetakene, takster fra HELFO og egenandeler fra pasienter.

Tjenester levert av laboratorie- og røntgenenheter som eies av helseforetakene, finansieres gjennom refusjon av takstene i normaltariffen. For polikliniske pasienter får de regionale helseforetakene dette refundert av HELFO, mens aktivitetsbasert finansiering (DRG) gjelder for inneliggende pasienter. Private laboratorier er underlagt et annet sett av tariffen og refunderes direkte av HELFO, i henhold til sine avtaler med de regionale helseforetakene.

Legemiddelbehandling

For pasienter som ikke er innlagt på sykehus og bruker legemidler som inngår i blåresept-ordningen, finansieres legemidlene delvis av egenandel og delvis av HELFO. Legemidler som ikke er inkludert i denne listen betales i sin helhet av pasientene, det gjelder enten de er reseptpliktig eller ei. Det er noen unntak, for eksempel smertestillende medikamenter eller andre nødvendige legemidler til kreftpasienter, der det ikke er egenandel. Legemidler for pasienter som er innlagt på sykehus og sykehjem er gratis og betales av henholdsvis de regionale helseforetakene og kommunene.

3.7.2 Finansiering av helsepersonell

Norsk helsepersonell er i hovedsak lønsmottakere. Det er imidlertid viktige unntak, som for eksempel fastleger (se avsnitt 3.7.1).

Lønn til offentlig helsepersonell er vanligvis avtalt gjennom forhandlinger mellom staten, kommunene representert ved KS, helseforetak representert ved Spekter, på den ene siden, og motparten som er medlemsorganisasjoner for de ansatte, som for eksempel Den norske legeforening, Norsk Sykepleierforbund og Den norske tannlegeforening (se avsnitt 2.3.7). Det kommunale fastlegetilskuddet er fremforhandlet sentralt og er likt for hele landet. Forhandlingspartene er Den norske legeforening og KS. Legeforeningen og staten forhandler refusjonspriser og nivået på pasienters

egenandel. Honorartakster i normaltariffen og egenandeler mottatt av privatpraktiserende spesialister som har avtale med de regionale helseforetakene er også forhandlet sentralt og dermed like over hele landet.

Månedslønnen for leger ansatt av de regionale helseforetakene var i gjennomsnitt 63 300 kroner i 2011. Dette er inkludert kompensasjon for overtid og ugunstig arbeidstid. Gjennomsnittet for sykepleiere var kr 34 800 per måned. Til sammenligning var gjennomsnittlig månedslønn i 2011 for alle ansatte i Norge var kr 38 100 (SSB 2012b).

4. Personell og materiell

Flere trender er tydelige når det gjelder infrastruktur og organisering av sykehussektoren. Det har vært en nedgang i antall sykehussenger siden slutten av 1980-tallet, både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig lengde på sykehusoppholdet har også gått ned, ofte som følge av nye behandlingstilbud og metoder. Det har også vært en bevisst dreining mot økt bruk av polikliniske tjenester og dagbehandling. På samme tid er det høy grad av utnyttelse av sengeplassene. Antallet sengeplasser for langtidspasienter i primærhelsetjenesten har holdt seg stabilt til tross for politiske ambisjoner om å øke antallet. Samtidig har kommunene klart å øke tilbudet av hjemmebaserte tjenester.

Kommunene har ansvar for investeringer i infrastruktur for primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgsinstitusjoner, mens de regionale helseforetakene har hatt ansvar for investeringer i sykehusinfrastruktur innenfor sine geografiske områder siden 2002. Større infrastrukturprosjekter, som for eksempel Norsk helsenett, styres av staten.

Tilgangen til og bruk av IKT øker i helsevesenet som i andre deler av samfunnet. Flere nasjonale strategier for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren har blitt lansert, og implementeringen av disse strategiene er i ferd med å skyte fart. Alle fastleger bruker nå elektronisk pasientjournal (EPJ), også andre IKT-verktøy brukes flittig i primærhelsetjenesten. Alle de regionale helseforetakene bruker EPJ. Det har vært vanskeligere å innføre bruk av enkelte elektroniske løsninger som e-henvisninger fra fastleger og elektroniske sykehusepikriser på grunn av mangel på samhandling mellom de to nivåene som er ansvarlige for pasientbehandling. Elektronisk bestilling av legekonsultasjoner er ennå ikke i vanlig bruk. Pågående e-helseprosjekter omfatter innføring av elektronisk kjernejournal nasjonalt.

Antallet utøvere i de fleste helsepersonellgrupper, inkludert leger og sykepleiere, har økt i løpet av de siste tiårene. Antall helsepersonell per 100 000 innbyggere er høyt sammenlignet med EU-land. Norge har lenge ført en aktiv politikk for å rekruttere utenlandsk helsepersonell, og en betydelig andel kommer nå fra utlandet. I 2011 ga regjeringen sin tilslutning til WHO's etiske praksis for rekruttering av internasjonalt helsepersonell. Den fraråder aktiv rekruttering fra fattige land med mangel på helsepersonell.

4.1 Materiell

4.1.1 Kapitalbeholdning og investeringer

Kapitalbeholdning

I 2012 var det over 100 sykehus/behandlingssteder i Norge som var organisert i 21 offentlige helseforetak. Ett helseforetak kan dekke store geografiske områder. I Nordland er for eksempel

avstanden mellom behandlingssteder i ett og samme helseforetak mer enn 500 kilometer. Sykehus er som regel lokalisert til urbane områder, med noen mindre lokalsykehus i spredtbygde strøk. Antallet sykehus står i forhold til befolkningstettheten, med flest sykehus innen Helse Sør-Øst RHF. På den annen side er det færre senger per 100 000 innbyggere der enn i de tre andre regionale helseforetakene (tabell 4.1). Størrelsen på helseforetakene varierer. Det minste er Sunnaas HF med 159 senger, det største er Oslo universitetssykehus med nesten 2000 senger. Begge tilhører Helse Sør-Øst RHF. Seks av foretakene har mer enn 1000 sykehussenger, åtte har mellom 500 og 1000 senger og åtte har færre enn 500 senger.

Tabell 4-1 Sykehussenger i Norge, etter RHF, 2011

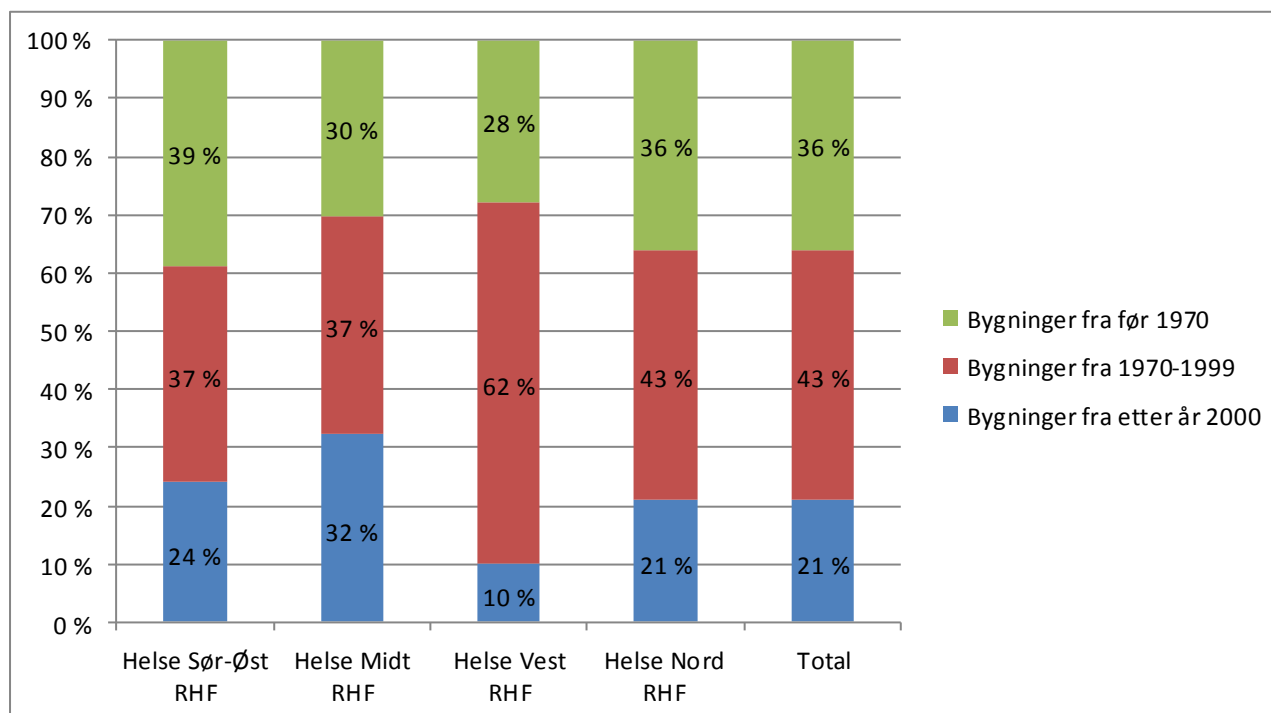
	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord-Norge
Totalt antall senger (Lavest og høyest pr HF)	9528 (159-1978)	3978 (345-1424)	2534 (213-1080)	2041 (219-925)
Antall helseforetak ^a	9	4	4	4
Senger ved private institusjoner ^b	902	678	10	41
Antall senger per 100 000 innbyggere ^c	347	387	373	436

Kilde: Statistisk sentralbyrå (2013).

Merk: ^a Ikke-helseforetak (f.eks apotekstiftelser) regnes ikke med; ^b Senger i private, ikke-kommersielle sykehus som opererer på basis av langsiktige avtaler med de regionale helseforetak; ^c Egne beregninger basert på antall innbyggere per RHF rapportert i del 2.3.

Alder og tilstand på sykehusene varierer over hele landet (Riksrevisjonen, 2011b). Årlig rapporterer helseforetakene om vedlikeholdsbehov til de regionale helseforetakene. Rapportering av kapitalbeholdning og investeringer er også en del av den årlige rapporteringen fra RHF-ene til Helse- og omsorgsdepartementet. Ifølge en undersøkelse gjennomført i 2009 var gjennomsnittsalderen på sykehusbygg ca. 40 år. 21 % av sykehusbyggene ble for øvrig bygd etter 2000 (figur 4.1). Den samme undersøkelsen viste at det var store variasjoner i bygningsmassens tilstand. På en skala fra 0 til 3, der 0 betyr «ingen symptomer på dårlig tilstand» og 3 betyr «kraftige symptomer på dårlig tilstand», skåret 10 % av bygningene 3 og 40 % 2. Bare 20 % av bygningsmassen viste ingen tegn på dårlig forfatning. Det var også klare regionale forskjeller. For eksempel var 60 % av byggene innen Helse Nord RHF og Helse Vest RHF på den nedre delen av skalaen, med en skår på to og tre. (Riksrevisjonen, 2011b).

Figur 4-1 Alder på sykehusbygg, etter byggeår, 2009



Kilde: Riksrevisjonen (2011).

Rapporten fra Riksrevisjonen, som blir levert til Stortinget, omfatter også et svar fra helseministeren. Riksrevisjonens innberetning gir med dette en direkte tilbakemelding til beslutningstakerne som planlegger prosesser og fremtidige investeringsstrategier.

Investeringsmidler

Det overordnede ansvaret for planlegging av infrastruktur og kapitalinvesteringer i offentlige helsetjeneste ligger hos de respektive eierne: staten har ansvar for sykehus, kommunene for primærhelsetjenesten.

De fire regionale helseforetakene har fått delegert myndighet til å planlegge og styre sin infrastruktur etter egne behov. Helseforetakene følger periodiseringsprinsipper for regnskap og forventes å dekke avskrivningskostnadene i de årlige budsjettene. Hvis foretakene inngår kontrakter med private tjenesteytere, må kontraktene ta hensyn til investeringsbehov. Vedtak om kapitalinvesteringer i sykehusene fattes av foretaksstyret (Solumsmoen & Aslaksen, 2009). Helseforetak finansierer investeringer med de generelle inntektene. Når det kommer til store kapitalinvesteringsprosjekter, kan de søke om spesielle investeringstilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene kan også finansiere investeringer i helseforetakene ved å låne midler. Regionale helseforetak kan ikke låne penger i det private markedet, men de kan låne fra Norges Bank (sentralbanken). Som eier av sykehusene er departementet ansvarlig for kontroll og oppfølging av investeringer i helseforetak. I tillegg har departementet fullmakt til å godkjenne større byggeprosjekter

i henhold til egne forskrifter. For slike prosjekter må 30 % av finansieringen komme fra det regionale helseforetaket.

Statens rammetilskudd er den viktigste finansieringskilden for kommunene og inkluderer finansiering av kapitalinvestering. Kommunene står fritt til å fordele disse midlene i henhold til deres prioriteringer. I motsetning til de regionale helseforetakene kan kommunene låne penger i privat sektor for å finansiere investeringer, og penger fra rammefinansieringen kan brukes til å dekke renter og avdrag. Investeringsbeslutninger tas av kommunestyrene.

Et system for investeringstilskudd til kommunenes omsorgsboliger og sykehjem ble opprettet i 2008. Tilskudd fra staten dekker 20 % (omsorgsboliger) eller 30 % (sykehjem) av byggekostnadene. Tilskuddene blir sett på som et viktig virkemiddel for å nå regjeringens mål (Omsorgsplan 2015) om å etablere 12 000 nye omsorgsplasser mellom 2006 og 2015 (se kapittel 5.8 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

4.1.2 Infrastruktur

I spesialisthelsetjenesten var det totalt 20 778 senger i 2011 (Helsedirektoratet, 2012c). Senger i offentlige sykehus utgjorde 78 % av alle senger (16 282 senger). I løpet av de siste 20 årene har det vært en jevn nedgang i det totale antall sykehussenger. Antallet akuttsenger gikk ned med 37 % mellom 1990 og 2010, andre sykehussenger med 29 % og senger i psykisk helsevern med 7 % (tabell 4.2).

Tabell 4-2 Antall sykehussenger, 1990-2010 (utvalgte år)

Indikatorer (per 100 000)	1990	1995	2000	2005	2010
Generelle sykehussenger	467	402	381	404	330
Akuttbehandling sykehussenger	378	330	312	291	237
Psykiatriske sykehussenger	89	71	70	100	82
Sykehjemsenger	n.a.	n.a.	n.a.	944	892

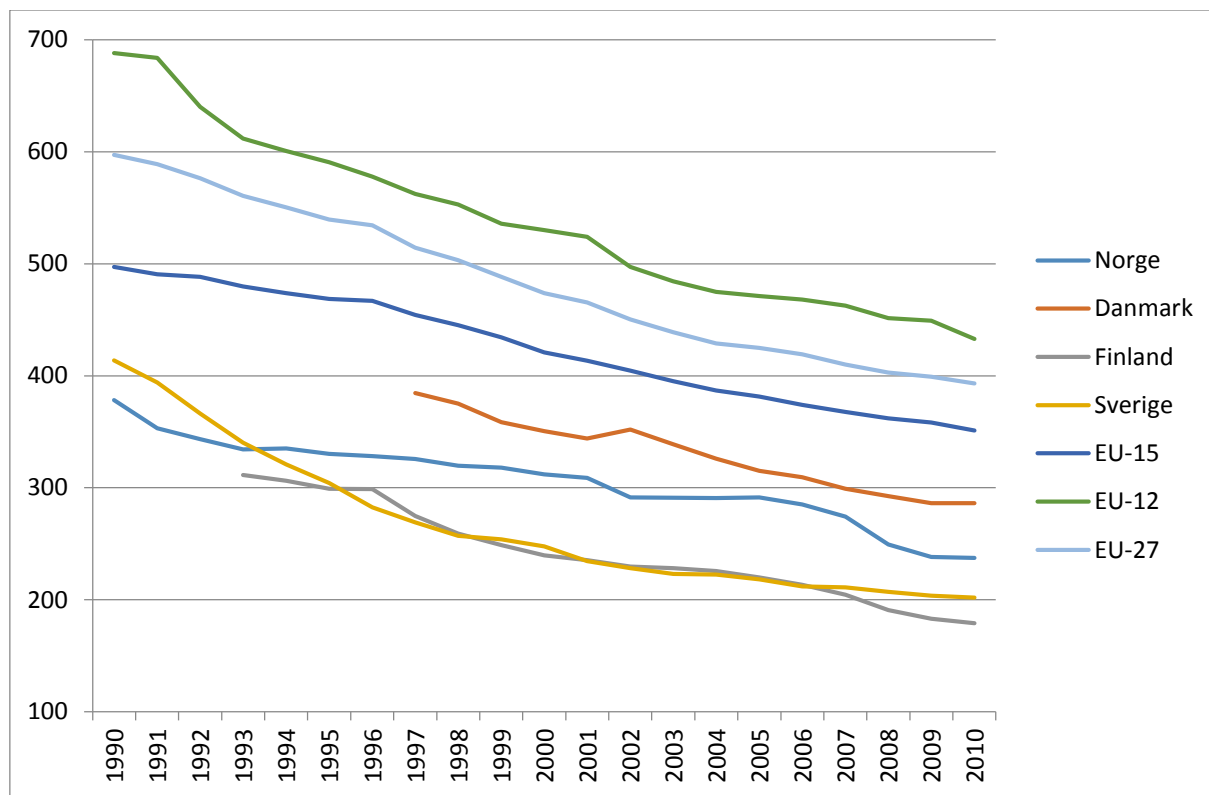
Kilde: WHO-HFA (2013). Merk: "N.A." = ikke tilgjengelig.

Nedgangen i antall akuttsenger reflekterer myndighetenes innsats for å bedre ressursutnyttelsen for eksempel ved å overføre inneliggende pasienter til poliklinisk behandling og dagkirurgi (se avsnitt 5.4.1). Denne nedadgående trenden i antall sengeplasser er også observert i andre land (fig. 4.2). Norge startet på et relativt lavt nivå, og i 2010 var antall akuttsenger på 2,4 per 1 000 innbyggere, hvilket var godt under EU27- gjennomsnittet på 3,9.

Utvikling i driftsindikatorer for akutte sykehus, som gjennomsnittlig liggetid og beleggsprosent, kan reflektere nedgangen i antall akuttsenger. Den gjennomsnittlige liggetiden sank med over 40 % mellom 1990 og 2010, og var på 4,5 døgn i 2010. Dette var klart kortere enn EU-gjennomsnittet på 6,6 døgn i

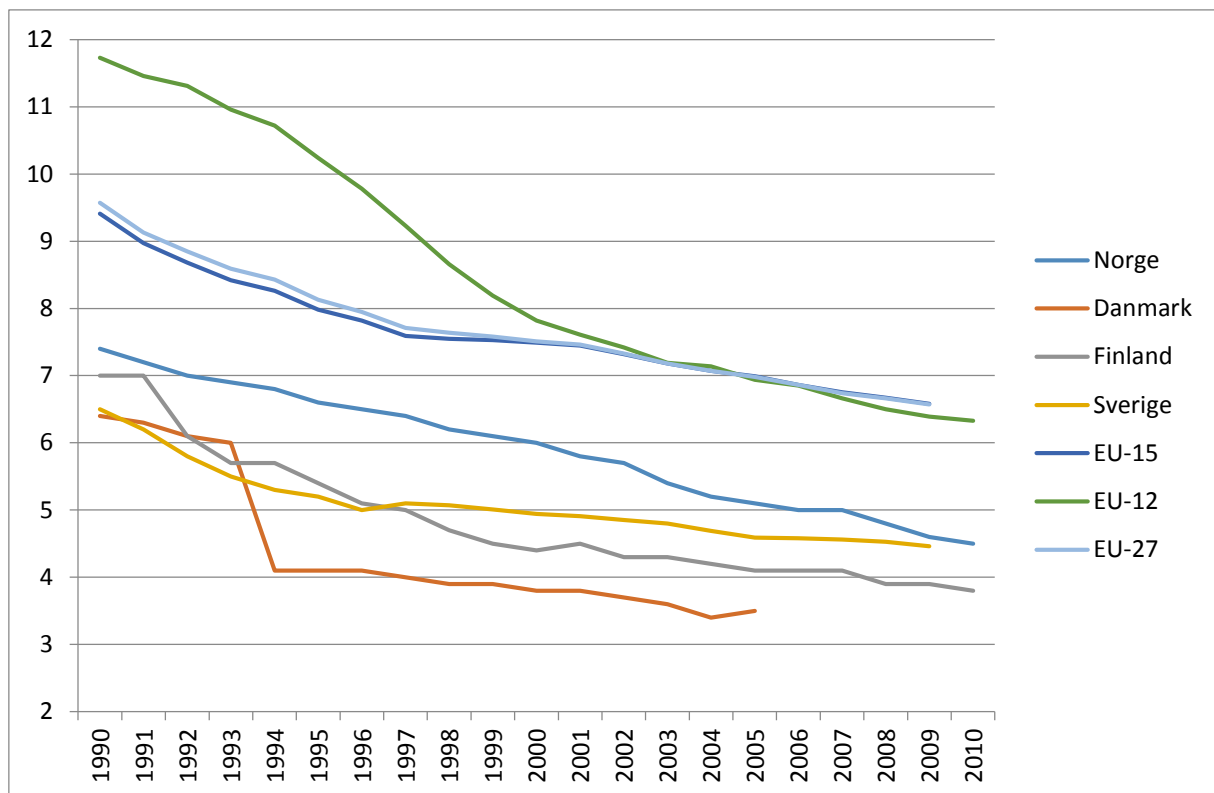
2009 (fig. 4.3.) Belegget økte med over 20 %, og var over 93 % i 2010. Dette er betydelig høyere enn EU27-gjennomsnittet på 76 % i 2009 (fig. 4.4).

Figur 4-2 Antall akuttseger sykehus, per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010



Kilde: WHO-HFA (2013).

Figur 4-3 Gjennomsnittlig liggetid i dager, akuttstusykehus i Norge og sammenligningsland, 1990-2010

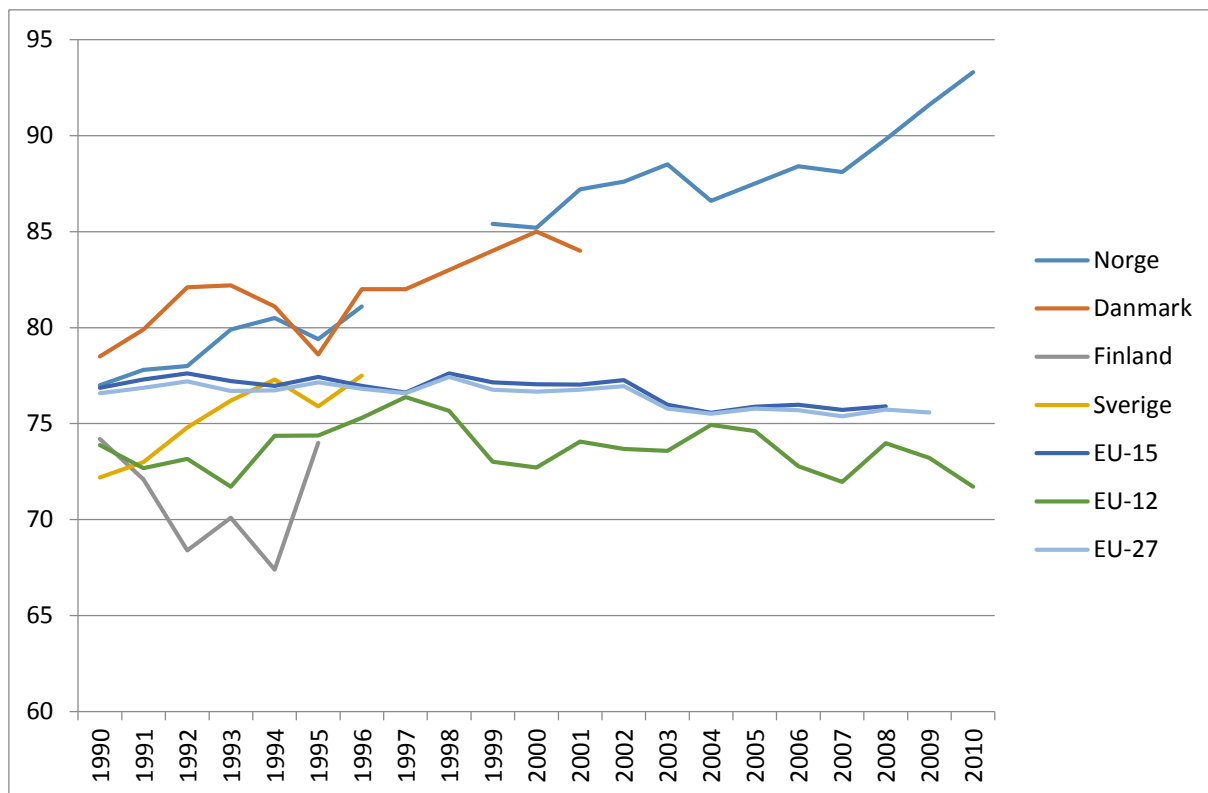


Kilde: WHO-HFA (2013).

De lange ventetidene for sykehusbehandling i Norge sammenlignet med andre land kan være et uttrykk for det høye sengebelegget. Ifølge en spørreundersøkelse for OECD i 2010 måtte 50 % av de som svarte vente mer enn fire uker på konsultasjon hos spesialist i Norge, det var tredje høyeste skår etter Canada (59 %) og Sverige (55 %). 21 % av svarerne måtte vente fire måneder eller mer for planlagt kirurgi (tredje høyeste skår etter Canada (25 %) og Sverige (22 %) (OECD, 2012b).

Samhandlingsreformen (se avsnitt 6.1.5) omfatter flere tiltak for ytterligere å redusere gjennomsnittlig liggetid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009b). Tiltakene som er foreslått for å få mer effektive pasientforløp er for eksempel å flytte eldre, ferdigbehandlede pasienter fra sykehus til sykehjem eller til hjemmebaserte omsorgstjenester, å få fastleger til å redusere antall henvisninger, redusere antall unødige innleggelser av pasienter med kroniske sykdommer ved bedre ivaretagelse i hjemmet, øke andelen som får poliklinisk behandling på sykehusene (Rønningesen, Myrbostad & Bergsland, 2012) og bedre planleggingen av sykehusopphold, for eksempel ved å redusere liggetid før en operasjon. Reformen gir også kommunene et tydeligere oppfølgingsansvar for utskrivningsklare pasienter fra sykehus, ved å gjøre dem ansvarlig for med-finansiering av spesialisthelsetjenesten og for finansiering av ferdigbehandlede pasienter på sykehus.

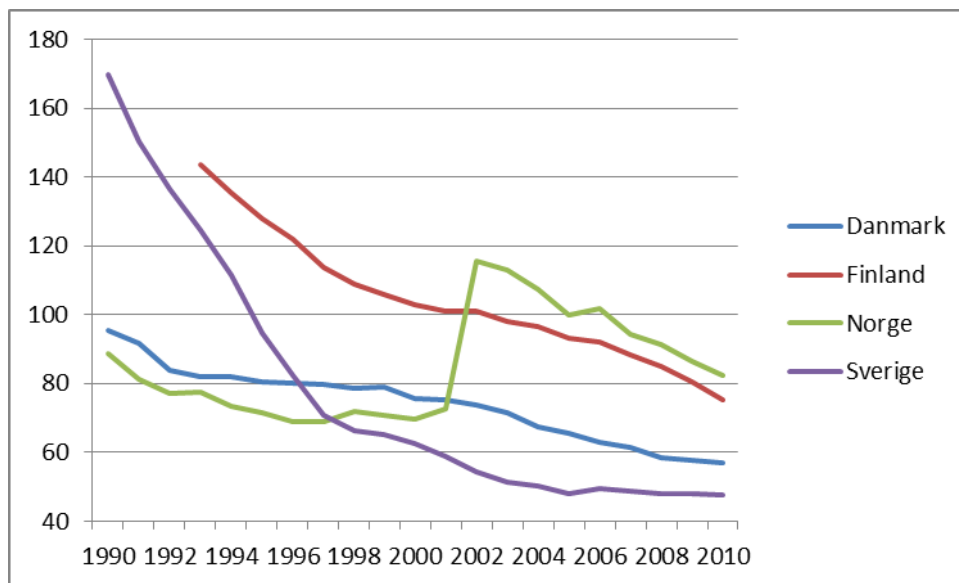
Figur 4-4 Sengebelegg, akutt behandling, i %, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010



Kilde: WHO-HFA (2013).

Reduksjonen i antall senger i psykisk helsevern var relativt liten mellom 1990 og 2010 (fig. 4.5) i forhold til andre typer sengeplasser. Betydelige reduksjoner hadde funnet sted allerede i 1970- og 1980-årene, noe som reflekterer nedbyggingen av institusjonsplasser i psykisk helsevern.

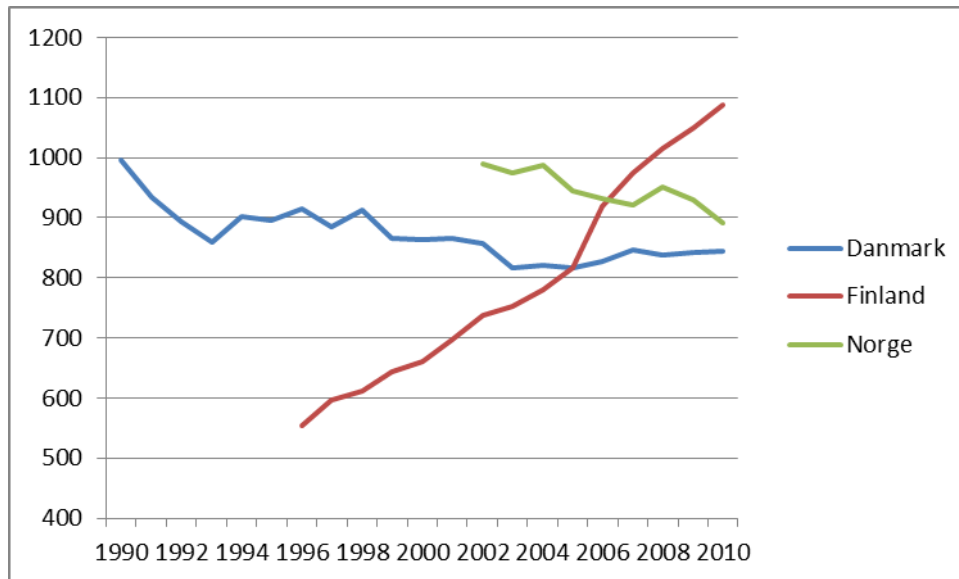
Figur 4-5 Senger i psykisk helsevern, per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010



Kilde: WHO-HFA (2013). Merk: I henhold til definisjonene gitt av WHO-HFA (2013) var det et brudd i tidsserien for Norge i 2002 (sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til staten i 2001). Ingen gjennomsnitt er tilgjengelig for EU-landene.

Det var nesten 1000 sykehjem i Norge i 2011 (SSB 2012e). I perioden 1996 til 2011 økte andelen enerom fra 82 % til 97 %, og det ble noe færre sengeplasser totalt ettersom en del av veksten i enerom kom fra ombygging av dobbeltrom til enerom (fig. 4.6). Samtidig økte antallet pasienter med pleiebehov. Utviklingen har ført til et økt tilbud av ikke-institusjonalisert omsorg i form av hjemmesykepleie og dagopphold på sykehjem. Denne økningen er ikke reflektert i fig. 4.6. I fremtiden vil det trolig bli flere senger i omsorgsboliger og sykehjem, ettersom regjeringen gir et særskilt tilskudd for opprettelse av flere sengeplasser for pleiepasienter i kommunene innen 2015 (se pkt. 4.1.1 og 5.8).

Figur 4-6 Senger i sykehjem, per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010



Kilde: WHO-HFA (2013). Merk: Ingen gjennomsnitt er tilgjengelig for EU-landene. Data for Sverige ble utelatt på grunn av endringer i metodikk og har derfor lav sammenlignbarhet.

4.1.3 Medisinsk-teknisk utstyr

Medisinsk-teknisk utstyr er finansiert på samme måte som kapitalinvesteringer (se avsnitt 4.1.1). Året etter innføring av helsereformen, i 2003, etablerte de regionale helseforetakene en sentral innkjøpsenhet, Helseforetakenes Innkjøpsservice (HINAS). HINAS skal samordne innkjøp på vegne av offentlige helseforetak. Det er en tjeneste som ikke er tilgjengelig for privateide sykehus og helsetjenester som drives av kommuner. Det var forventet at de enkelte enhetene ville bedre sine forhandlingsmuligheter og oppnå mer fordelaktige kontrakter gjennom innkjøpsordningen enn det enkelte foretaket kunne oppnå på egen hånd. Denne felles innkjøpspolitikken gjelder bare for innkjøp som er store nok i sum og volum til å representere en mulig gevinst hvis kjøpet utføres nasjonalt. En fersk rapport fra Helse Sør-Øst RHF (Bjørnstad, 2011), konkluderte med at HINAS hadde hatt stor betydning ved anskaffelse av tekniske hjelpemidler for pasientene, der HINAS stod for 70 % av innkjøpene, men de var ikke blitt tilstrekkelig involvert i anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr til sykehusene. Selv om HINAS vanligvis har ansvaret for større bestillinger, kan vedtak om store innkjøp likevel fattes av nasjonale myndigheter. For eksempel ble innkjøp, plassering og finansiering av den første PET-maskinen i 2004 besluttet av Stortinget. For å få bedre koordineringen av store investeringer i medisinsk utstyr og legemidler på sykehus, etablerte Helse- og omsorgsdepartementet nylig et nasjonalt system for innføring av ny medisinsk teknologi (se avsnitt 6.1.6).

På nasjonalt nivå er det lite informasjon tilgjengelig om eksisterende medisinsk utstyr og bruken av det på sykehus og i primærhelsetjenesten, og det er derfor vanskelig å vurdere om det er nok slikt utstyr. Informasjon om bildediagnostisk teknologi er tilgjengelig fra Norsk strålevern (tabell 4.3). Ifølge OECD-

data hadde Finland omtrent 20 MR-maskiner og 21 CT-skannere per million innbyggere. Det svarer til dekningen i Norge (OECD, 2012a).

Tabell 4-3 Tilgjengelig bildediagnostisk teknologi i Norge, 2011

Teknologi	Totalt antall	Antall per 100 000 innbyggere
MRI-scannere	153	22
CT-scannere	130	21
PET-scannere	6	1,2

Kilde: Norsk strålevern (2011).

Merk: Totalt tall inkluderer alle private diagnostikk-laboratorier i Norge. En av PET-skannerne drives av et privat sykehus (Almén, 2010).

4.1.4 Informasjonsteknologi

IKT-bruk i husholdninger

Datamaskiner er i utstrakt bruk i Norge. En undersøkelse som SSB gjennomførte tidlig i 2012, viste at 95 % av respondentene hadde brukt en datamaskin i løpet av de siste tre månedene før undersøkelsen (SSB 2012c). Nesten alle under 55 år og 74 % av personer i alderen mellom 65 og 74 år hadde nylig brukt en datamaskin. Dette er en økning fra undersøkelser som ble gjort året før. Da var det 67 % av de eldste som nylig hadde brukt PC. Tilgang til Internett er også svært høy. Ifølge den samme undersøkelsen hadde alle husholdninger med barn, og 90 % av husholdningene uten barn, tilgang til Internett hjemme. Kun 4 % av befolkningen mellom 16 og 74 år hadde ikke tilgang til Internett. Ifølge undersøkelsen blir Internett i hovedsak brukt til å lese aviser, søke etter informasjon om varer og tjenester og for å få tilgang til nettbank.

Internettbruk til helseformål har, ifølge undersøkelser av Wangberg med flere, økt fra 19 % i 2000 til 67 % i 2007 (Wangberg et al, 2009). Internett er mest brukt til å lese om helse eller sykdom, og nettets betydning som kilde til helseinformasjon øker. Internett er også i økende grad brukt til å bestille reseptfrie legemidler og andre helserelaterte produkter. 44 % av dem som har brukt Internett til helseformål rapporterte å ha søkt etter livsstilsrelatert informasjon.

IKT-bruk i helsevesenet

Staten har vært sterkt opptatt av å fremme bruken av IKT i helsevesenet, og mellom 1997 og 2008 ble det publisert fire handlingsplaner om dette. Den fjerde og nåværende, «S@mspill 2.0» (2008–2013), fremhevet de prioriterte områdene og målene for de neste fem årene, herunder utvikling av verktøy for e-helse, som for eksempel e-resepter og elektronisk pasientjournal. Andre publikasjoner om e-helse inkluderer «Strategi for IKT i offentlig sektor 2003-2005» og stortingsmelding «Eit informasjonssamfunn for alle» fra 2006 (Doupi, Renko & Giest, 2012), og stortingsmelding 9 2012-2013; Én innbygger - én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren (HOD 2012).

Det er varierende nivå for bruk av IKT innen helsesektoren. Særlig innen primærhelsetjenesten er det utstrakt bruk. Nittiåtte prosent av legekantorene har datamaskin og 87 % Internettforbindelse (2009-data). Det er vanlig praksis å lagre pasientdata elektronisk, og nesten alle legekantorer lagrer minst én type pasientdata på individnivå. De fleste legekantorene har (98 %) og bruker (93 %) PC under pasientkonsultasjonen. Systemer for beslutningsstøtte ble også brukt på de fleste legekantorene (93 %). Elektronisk utveksling av pasientdata er også høy. I 2009 utvekslet 35 % av legekantorene medisinske data med andre helseinstitusjoner eller helsepersonell, og 88 % av legekantorene fikk oversendt laboratorieresultater digitalt. Elektronisk utveksling av administrative data var også høy, ettersom henholdsvis 25 % og 19 % av legekantorene utveksler slike data med andre tjenestetilbydere og refunderingstjenester. Siden 1. januar 2010 har alle fastleger vært forpliktet til å søke om refusjon elektronisk (Doupi, Renko & Giest, 2012). EPJ ble innført i 1980 og blir nå brukt av alle allmennleger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). E-resepter ble testet ut i 2010 og implementert nasjonalt i 2011. Det forventes full dekning innen utgangen av 2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012e). Bruken av e-henvisninger til spesialist og sykehusbehandling er fortsatt relativt lav. I 2007 ble det bare 8 % av henvisningene sendt elektronisk. Antallet hadde økt til mellom 40 og 50 % i 2011, men det er fortsatt betydelige forskjeller mellom de regionale helseforetakene og mellom sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012d).

Bruken av e-verktøy på sykehus er mindre vanlig enn i allmennpraksis, men har blitt bedre. Elektronisk utveksling av epikriser ble brukt i halvparten av tilfellene i 2007. I 2012 hadde én region (Helse Nord RHF) implementert dette ved alle sykehusene (80 % i andre regioner). Elektronisk pasientjournal brukes i alle sykehus. Det er ingen elektroniske bookingsystemer for planlagt sykehusbehandling, og det er for tiden ingen planer om å innføre slike systemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012d).

Norge har i likhet med andre nordiske land, tradisjonelt fremmet telemedisinske applikasjoner som verktøy for å oppnå lik tilgang til helsetjenester, spesielt i områder med spredt befolkning, som for eksempel i Nord-Norge. Bruken av telemedisin øker, men det er ikke utbredt. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø er det nasjonale kompetansesenteret for telemedisin i Norge. Norge var en tidlig forkjemper for telemedisinske applikasjoner. For eksempel ble det i 1996 implementert en refusjonsordning for bruk av telemedisinske tjenester (Castro, 2009). Nyere bruksområder er teleradiologi, som brukes i konsultasjoner mellom sykehus og primærhelsetjenesten, og videokonferanser, som brukes blant annet innen psykisk helsevern og kreftomsorg. Enkelte steder brukes telemedisin også ved dermatologi og dialyse, slik at pasientene kan unngå lange reiser for konsultasjon og vurdering.

Norsk helsenett (www.nhn.no) ble grunnlagt i 2009. Målet var å gi en effektiv og sikker elektronisk utveksling av pasientinformasjon via et helsekommunikasjonsnettverk mellom alle relevante parter innenfor helse- og sosialsektoren, og å fremme samarbeid mellom forvaltningsnivåer og regionsgrenser. Foreløpig er alle offentlige sykehus og apotek og 365 kommuner som dekker over 90 % av befolkningen, koblet til dette nettverket (www.nhn.no).

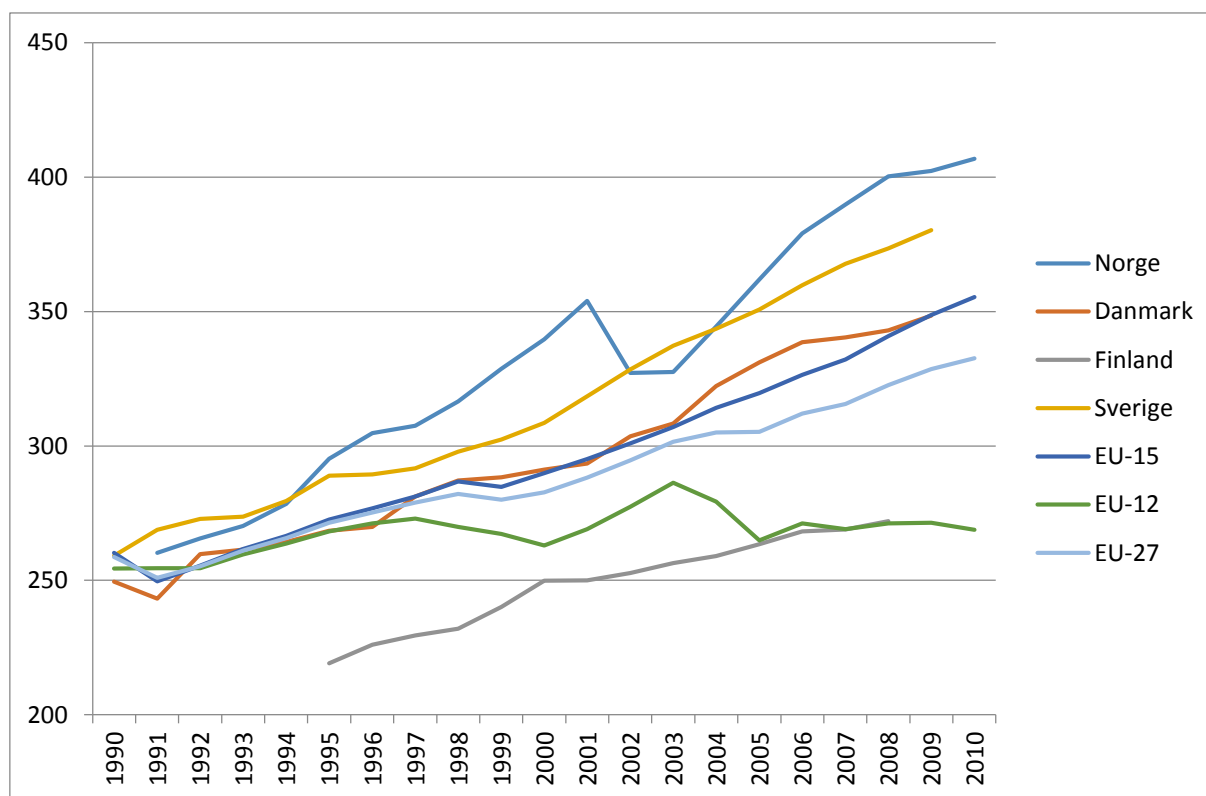
4.2 Personell

4.2.1 Sysselsettingstrender

Leger

Norge hadde i 2010 den høyeste legetettheten blant de nordiske landene, med 407 leger per 100 000 innbyggere. Slik var det også i forhold til gjennomsnittet i EU (figur 4.7 og 4.9). Antall leger i Norge økte med 84 % fra 1990 til 2009, veksten var større enn i noe annet europeisk land (SSB 2012b). Utdanningskapasiteten i Norge ble utvidet etter en mangel på leger på 1990-tallet (Mundal, 2011), og et økende antall norske leger får sin utdanning i utlandet

Figur 4-7 Antall leger per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990 -2010



Kilde: WHO-HFA (2013).

Merk: Det var et brudd i tidsserien for Norge i 2002 på grunn av endring i datakilden (Administrative registre fra 2002 og Den norske lægeforening i tidligere år).

Ifølge data fra Statistisk sentralbyrå var det 22 489 leger i Norge i 2009. Av disse jobbet 87 % innenfor og 13 % utenfor helsesektoren, for eksempel i offentlig forvaltning, utdanning og sosiale tjenester.

Antallet spesialister økte med nesten 38 % mellom 2000 og 2009. I 2009 hadde 9444 leger (42 %) en spesialistutdanning. Av disse var 13 % psykiatere, 8 % anestesiloger, mens fødselshjelp og kvinnesykdommer stod for vel 6 % av det totale antallet spesialister (Mundal, 2011).

Ifølge tall fra WHO-HFA var det 3909 fastleger i Norge i 2009 (WHOs regionkontor for Europa, 2013). Dette året var 74 % av allmennlegene selvstendig næringsdrivende med driftsavtale, mens det var 51 % i 1990. 14 % var fastlønnet i 2009, mot 38 % i 1990. De resterende var midlertidig tilsatt som turnuskandidater (9 %) og selvstendig næringsdrivende uten kommunal driftsavtale (3 %) (Mundal, 2011).

Det finnes ingen offisiell statistikk for hvor leger arbeider, men dette kan beregnes omtrentlig ved å se på fordelingen av arbeidstimer for leger. I 2009 var de fleste arbeidstimer (72 %) innen spesialistbehandling, hovedsakelig i sykehus (79 %) og psykiske helseinstitusjoner (14 %). Dette reflekterer den fortsatte betydningen av institusjonalisert psykisk omsorg i Norge (se avsnitt 5.11). I kommunal omsorg, som stod for 28 % av arbeidstimer for leger, var de fleste (82 %) i allmennpraksis (tabell 4.4).

Tabell 4-4 Antall legeårverk i spesialist- og kommunehelsetjenesten, 1990-2009

	1990	1995	2000	2005	2007	2009	% forandring 1990-2009 ^a
Spesialist helsetjenester (total)	5680	6700	9004	10425	10999	11698	106 %
Sykehus	4576	5402	7073	8199	8640	9290	103 %
Andre somatiske institusjoner	21	79	74	84	89	71	238 %
Privat praksis	285	277	546	558	561	572	101 %
Psykiske helseinstitusjoner	742	886	1141	1411	1532	1581	113 %
Privat praksis i psykiatri	56	56	170	173	177	184	229 %
Kommunale helsetjenester (total)	3218	3500	3809	4219	4396	4637	44 %
Allmennpraksis	n.a.	2816	3102	3502	3645	3817	36 %
Pleie- og omsorgstjenester	n.a.	201	230	275	320	383	91 %
Helsestasjoner og skolehelsetjenesten	n.a.	213	228	214	207	210	-1 %
Annet	n.a.	271	250	230	224	226	-17 %
Total	8898	10200	12813	14644	15395	16335	84 %

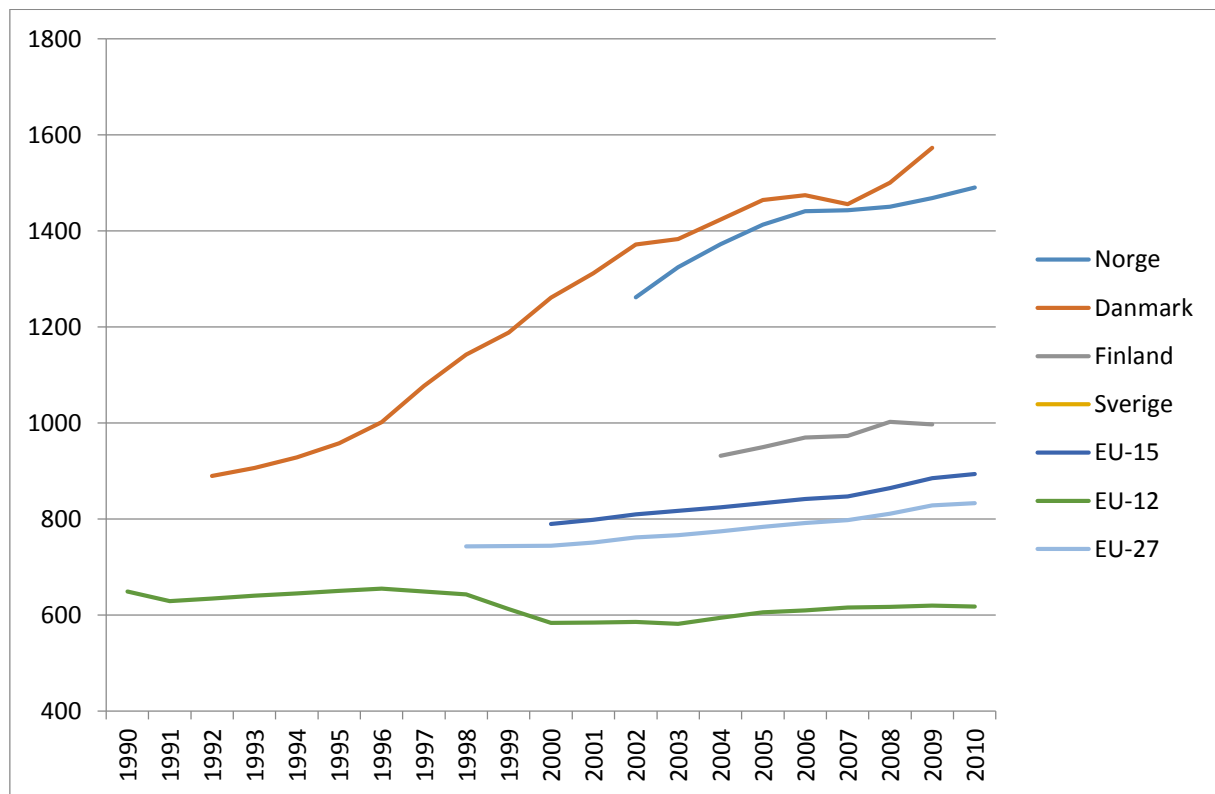
Kilde: Mundal (2011). Merk: ^a eller prosent endring 1995-2009 hvis 1990 data ikke var tilgjengelig.

Sykepleiere og jordmødre

Antall sykepleiere per 100 000 innbyggere i Norge var 1490 i 2010, betydelig høyere enn gjennomsnittet for EU som var på 833 (fig. 4.8). Det finnes ingen offisiell statistikk over antall sykepleiere som arbeider i spesialist- og primærhelsetjenesten.

Sykepleiere utgjør en tredel av helsepersonellet i spesialisthelsetjenesten. Antallet sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har økt med 70 % mellom 1990 og 2007, mens antall hjelpepleiere som arbeider i spesialistbehandling er redusert med 33 %. Sykepleierandelen er også betydelig innenfor psykisk helsevern, der sykepleiere utgjør nesten 20 % av alt helsepersonell (Mundal, 2011; Helsedirektoratet, 2012b).

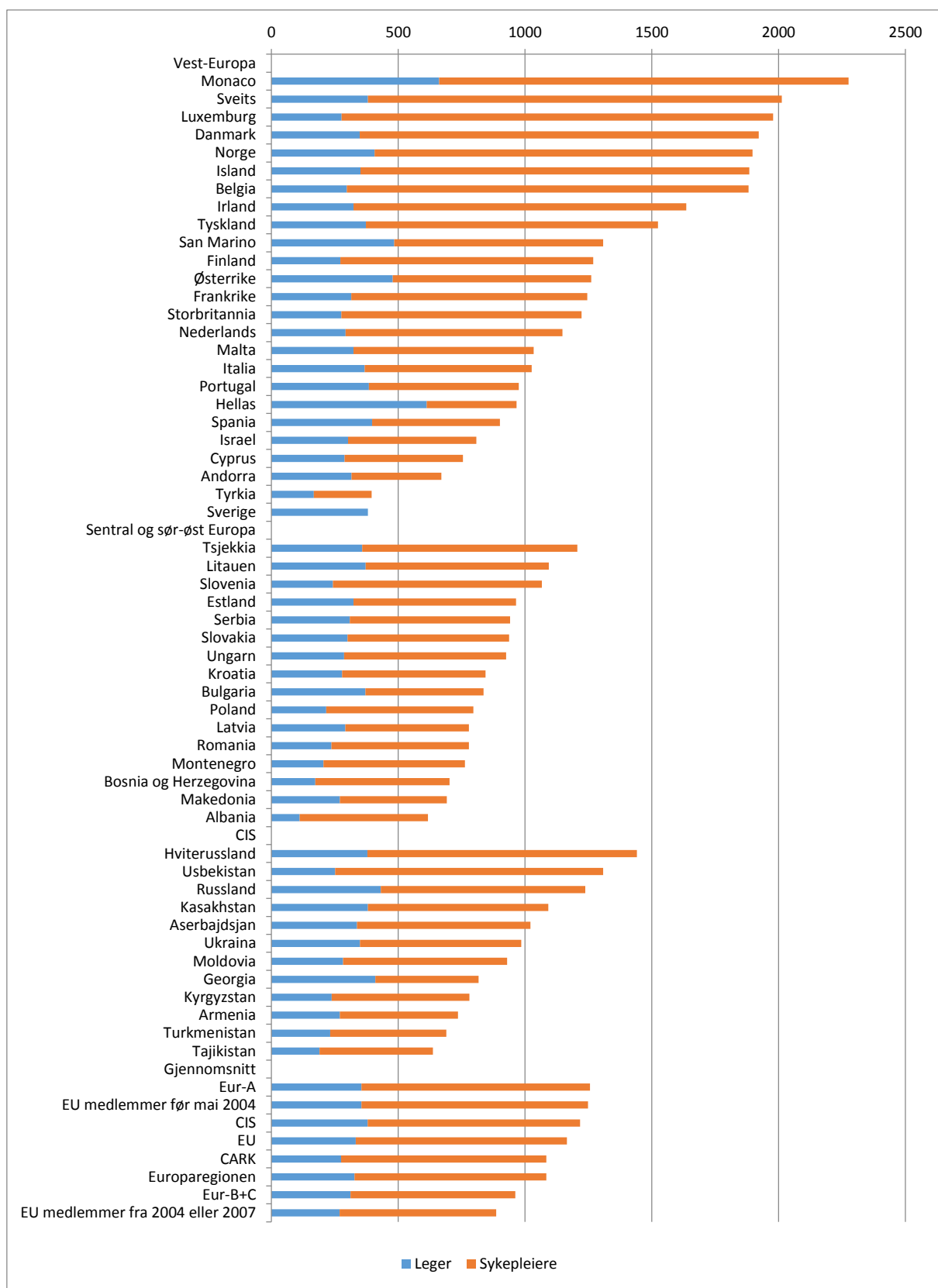
Figur 4-8 Antall sykepleiere per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990 -2010



Kilde: WHO-HFA (2013).

Sett under ett var antall leger og sykepleiere per 1000 innbyggere høyere i Norge enn i de fleste land i WHOs Europaregion (fig. 4.9).

Figur 4-9 Antall leger og sykepleiere per 1000 innbyggere, i WHOs Europaregion, 2010 eller siste tilgjengelige år

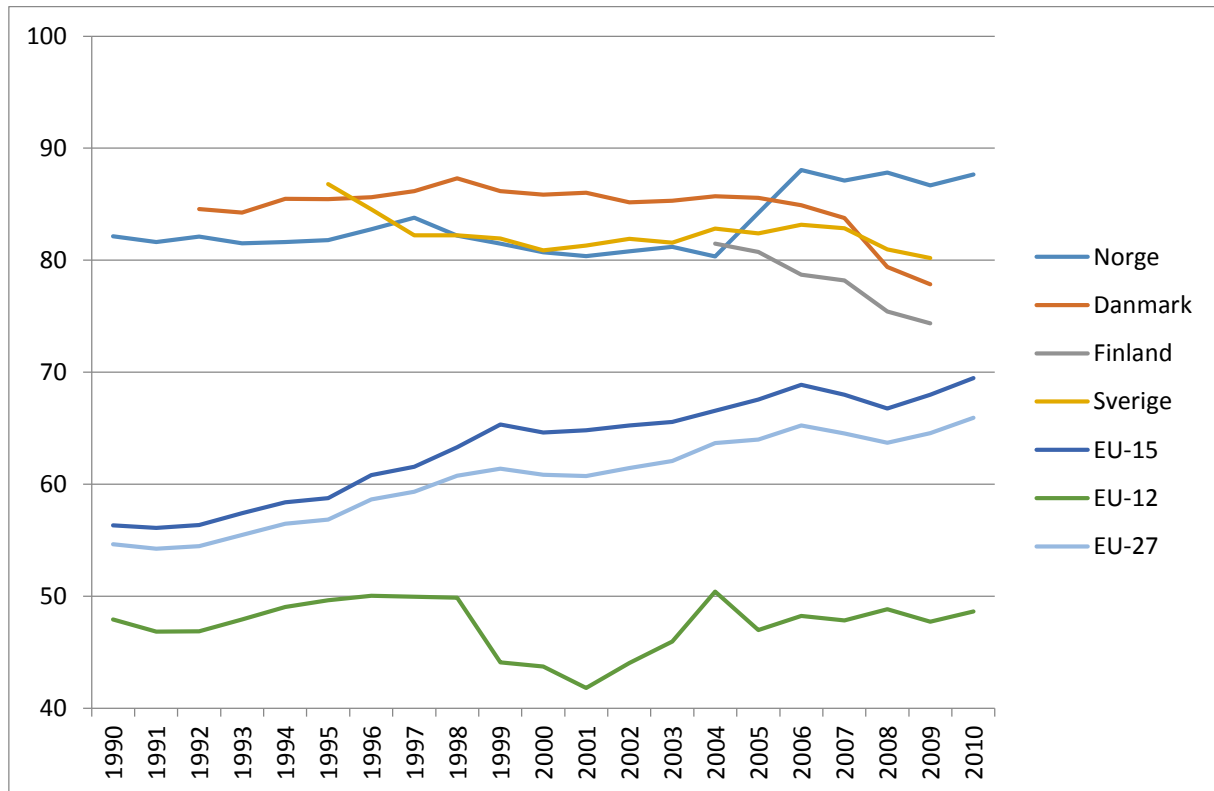


Kilde: WHO-HFA (2013). Merk: European Region: de 53 landene i WHOs Europaregion, Eur-A: 27 land i WHOs Europaregion med svært lav barn og voksen dødelighet (se WHO definisjon), Eur-B + C: 26 land i WHOs Europa Region med høyere nivåer av dødelighet (se WHO definisjon).

Tannleger

Antallet tannleger i Norge økte betydelig mellom 2004 og 2010. Antallet tannleger var 88 per 100 000 i 2010, noe høyere enn i andre nordiske land og mye høyere enn gjennomsnittet for EU27 (66) (fig. 4.10). I 2011 jobbet de fleste tannleger (over 70 %) i privat sektor (Mundal, 2011; SSB 2012g).

Figur 4-10 Antall tannleger per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990-2010

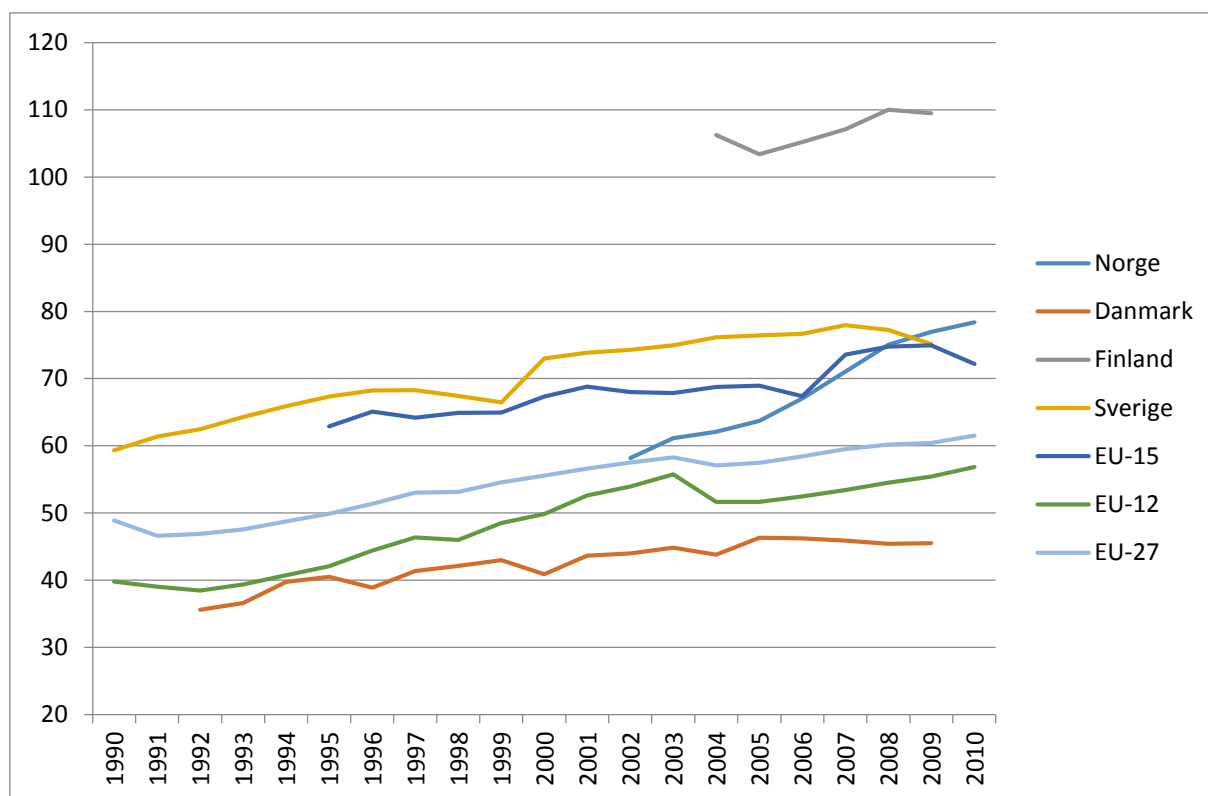


Kilde: WHO-HFA (2013).

Farmasøyter

I 2010 var det 78 farmasøyter per 100 000 innbyggere i Norge. Dette er noe høyere enn EU27-gjennomsnittet på 62 (fig. 4.11).

Figur 4-11 Antall farmasøyter per 100 000 innbyggere, i Norge og sammenligningsland, 1990 -2010



Kilde: WHO-HFA (2013).

Annet helsepersonell

En annen stor helsepersonellgruppe i Norge er helsefagarbeidere, som hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og pleiemedhjelpere. (tabell 4.5).

Tabell 4-5 Helsepersonell etter utdanningsgruppe i Norge, 2000 -2010 (utvalgte år)

	2000	2005	2010	2000-2010 (%forandring)
Lege	7205	8613	10983	52 %
Spesialisert lege	8246	10584	12265	49 %
Tannlege	4075	4313	4822	18 %
Psykolog	3734	4844	6631	78 %
Farmasøyt og apoteker	2537	3021	3884	53 %
Jordmor	2418	2563	2871	19 %
Sykepleier	65553	77231	90838	39 %
Helsesøster	6126	9140	12543	105 %
Ergoterapeut og fysioterapeut	3053	3276	3888	27 %
Barneomsorgsarbeider	9486	11952	14739	55 %
Barnevernspedagog	10448	13312	15764	51 %
Sosialarbeider	5001	6761	9729	95 %
Lege- og tannlegesekretær	7395	8986	13312	80 %
Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider	7337	11255	15971	118 %
Vernepleier	77295	83553	90995	18 %
Lisensiert medisinsk student	376	405	382	2 %
Helsefaglig utdanning ^a	21961	27198	42113	92 %
Total	242246	287007	351730	45 %

Kilde: Statistisk Norge (2012b).

Merk: a Inkluderer personer i helsefaglig utdanning på videregående- og universitetsnivå.

4.2.2 Mobilitet blant helsepersonell

Flere vestlige europeiske land, deriblant Norge, er mer avhengig av import av helsepersonell fra utlandet enn andre for å bøte på mangelen av helsepersonell (Johnsen, 2006). Den norske arbeids- og velferdsetaten, i dag en del av NAV, har siden 1998 tidvis rekruttert sykepleiere fra andre land på vegne av norske arbeidsgivere. Flere helsepersonell kommer for å jobbe i Norge enn det er norsk helsepersonell som arbeider i utlandet. En sannsynlig årsak til dette er den gode økonomiske situasjonen med høyere lønn og bedre jobbsikkerhet i Norge enn i hjemlandene (Buchan, 2006). Gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner er definert i EU-direktiv 2005/36/EF som Norge har vedtatt.

I 2011 var det 28 200 personer med helse- og sosialfaglig utdanning som var innvandrere eller som var her på korttidsopphold. Dette var en økning på nesten 9 % i forhold til 2010. En tredel av disse innvandrerne var sykepleiere, og av disse var én av fire fra Sverige (SSB 2012f). Dette skyldes delvis geografisk nærhet og en 30 år gammel avtale om fri bevegelighet for sykepleiere i de nordiske landene. Innvandring er spesielt viktig i rekruttering av allmennleger, særlig for de mindre sentrale kommunene,

der rundt 20 % av fastlegene har innvandrerbakgrunn. En firedel av innvandrerelegene er fra andre nordiske land (Vold, 2011). Antallet utenlandske tannleger er økende i både privat og offentlig tannhelsetjeneste, fra 2007 til 2011 var økningen på nesten 34 %. I 2011 hadde én av fire tannleger innvandrerbakgrunn (SSB 2012b).

I 2011 vedtok Norge å bruke den nye frivillige anbefalingen om etisk rekruttering av internasjonalt helsepersonell vedtatt av WHO i 2010. Denne anbefalingen fraråder land å aktivt rekruttere helsepersonell fra fattige land som har kritisk mangel på helsepersonell.

4.2.3 Opplæring av helsepersonell

Opplæring av leger

Medisinstudiet blir tilbudt ved fire offentlige universiteter i Norge (Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø), med en samlet utdanningskapasitet på 600 studenter i 2012 (www.samordnaopptak.no). Læreplanene for de medisinske fakultetene er ikke gjenstand for detaljert regulering og kan variere, særlig når det gjelder undervisningsmetoder og organisering av studieprogrammer. Koordinering av medisinsk utdanning er gjort gjennom formelt og uformelt samarbeid mellom de medisinske fakultetene (Brenne, 2003).

Opptak er basert på vitnemål og karakterer fra videregående skole, og opptakskravene er de samme ved de fire fakultetene. Programmet tar seks år, eller 360 «European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) poeng» (390 inkludert et semester med valgfag). Dette gir den akademiske tittelen Candidata/candidatus medicinae (cand. med.).

Frem til 2013 måtte medisinstudenter utføre 18-måneders turnus før de kunne bli fullt lisensierte leger. Disse turnusplassene ble tidligere tildelt ved loddtrekning. Dette var tenkt å sikre god geografisk fordeling av de beste legene, men stadig flere kandidater enn stillinger har gjort det stadig vanskeligere for myndighetene å garantere seks måneders maksimal ventetid for å få en turnusplass. Fra og med 2013 har derfor administreringen av turnus blitt endret: Legestudenter kvalifiseres direkte etter at de har fullført seks år med medisinsk utdanning, og kan deretter søke turnusstillinger. Helseforetakene har ansvar for ansettelse og rekruttering (Skinningrud, 2011; Helsedirektoratet, 2013a).

Det er 30 grunnleggende medisinske spesialiteter, inkludert psykiatriske spesialiteter, og åtte medisinske og fem kirurgiske underspesialiteter. Normert tid for å fullføre en spesialitet er fem år, men det kan ta mye lengre tid i praksis. Gjennomsnittet er ni år, men det er store variasjoner mellom spesialitetene (Brenne, 2003). Spesialisering skjer vanligvis i form av opplæring på jobben. Turnusstilling er første obligatoriske del av spesialistutdanningen. Den norske legeförening har ett utvalg for hver spesialitet og subspecialitet, som vurderer om kandidaten har oppfylt kravene til å bli

spesialist. Spesialisttitler blir formelt tildelt av Helsedirektoratet. Med unntak av spesialister i allmenntilleggsmedisin er det ingen krav for leger å ta del i formalisert kontinuerlig medisinsk utdanning (se avsnitt 2.8.3), men det er et krav i helsepersonelloven at leger skal holde seg faglig oppdatert.

Opplæring av sykepleiere

Det finnes to typer pleiere i Norge: offentlig godkjente sykepleiere og helsefagarbeidere (klassifisert som helsearbeidere, se tabell 4.5). Det er 27 utdanningsinstitusjoner i Norge som tilbyr grunnleggende sykepleierutdanning, hovedsakelig høgskoler. Noen høgskoler tilbyr deltidsstudier eller desentraliserte studier, for eksempel internettbasert utdanning eller utdanning i lokale utdanningsinstitusjoner. Minstekravet for å bli tatt opp i sykepleierutdanningen er generell studiekompetanse, noe som vanligvis betyr at søkeren har fullført tre års videregående opplæring. Reform 1994, en utdanningsreform for videregående skole, åpnet også for at personer født før 1978 med bestått 3-årig videregående opplæring med et minstekrav til opplæring i norsk, engelsk, matematikk, samfunnsfag og naturfag, og de med lengre arbeidserfaring, kunne søke om generell studiekompetanse.

Grunnutdanningen i sykepleie tar tre år eller 180 studiepoeng. De som fullfører, får en bachelorgrad samt autorisasjon til å praktisere. Halvparten av studietiden er satt av til praksis innen spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Etter fullført bachelorgrad kan sykepleiere senere ta en mastergrad eller begynne på en spesialisering i sykepleie (60–90 studiepoeng), for eksempel i intensiv- eller operasjonssykepleie. Spesialisering er ikke en del av Bologna-systemet, imidlertid inngår disse programmene nå i masterstudier ved høgskoler (Råholm et al, 2013). Sykepleiere som spesialiserer seg på heltid, mottar vanligvis studiestøtte fra arbeidsgiveren under studiet, mot at de forplikter seg til å jobbe for samme arbeidsgiver et visst antall år etter endt spesialisering.

Helsefagarbeidere kan få fagbrev ved gjennomføring av yrkesrettet opplæring i videregående skole. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) er ansvarlig for godkjenning av helsefagarbeidere.

Opplæring av annet helsepersonell

En grad i odontologi (Master i odontologi) er tildelt etter fem års studier. De første to årene av tannlegeutdanningen er integrert med det medisinske studiet. Fordypningsstudier i odontologi tilbys ved Universitetet i Oslo og spesialisering for tannleger tar tre til fem år. Oral kirurgi og oral medisin er femårige spesialiseringer (Universitetet i Oslo, 2011).

Opptak til profesjonsstudiet i psykologi skjer på basis av karakterer fra videregående utdanning. I tillegg må søkere i Bergen og Trondheim ha fullført en årsenhet i psykologi ved et universitet. En grad i psykologi (Cand. psychol) blir tildelt etter seks års studier (inkludert årsenheten).

Studier i farmakologi er delt inn i en treårig bachelor- og et toårig masterstudium, hhv reseptarfarmasøyt og provisorfarmasøyt. Masterstudiet omfatter vanligvis seks måneders praktisk opplæring i et sykehus eller apotek.

4.2.4 Karrieremuligheter for leger og andre helsearbeidere

Leger og sykepleiere kan ha et klinisk yrkesforløp (med eller uten lederansvar), en akademisk karriere eller en kombinasjon, der det er vanlig at forskningen er knyttet til utøverens kliniske praksisfelt. De fleste leger og et stort antall sykepleiere tar spesialistutdanning etter å ha fått autorisasjon til å praktisere. Det er færre muligheter for sykepleiere enn for leger til å kombinere en akademisk karriere med klinisk praksis.

Inntil nylig var det bare ett universitetsbasert offentlig utdanningstilbud i helseledelse. Siden 1986 har Senter for helseadministrasjon, som er knyttet til det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, tilbudt et fulltidsprogram rettet mot erfarent helsepersonell. Dette programmet har nå utviklet seg til å bli ett 18-måneders studium, det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon, lagt til avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Fakultet for helse og samfunn. Mer enn 700 studenter har blitt uteksaminert i perioden 1986 til 2012, de fleste av dem leger (Universitetet i Oslo, 2013).

Siden 2002-reformen har det vært økt fokus på ledertrening innenfor den offentlige sykehussektoren. I 2002 startet Senter for helseadministrasjon et internasjonalt studieprogram som tilbyr bachelor- og mastergrader i helseledelse og helseøkonomi. Andre universiteter, høgskoler og private institusjoner tilbyr i dag opplæringsprogrammer i helseledelse.

Ifølge en fersk studie har sykepleiere fått tilgang til flere lederstillinger over tid. Deres innflytelse i beslutningsprosessen er likevel fortsatt relativt lav, da disse stillingene generelt er på et lavere nivå og dermed mindre innflytelsesrike (Spehar & Kjekshus, 2012).

5. Tilbud av tjenester

Tjenester innen forebygging og folkehelse (public health) tilbys både på lokalt og nasjonalt nivå. De er til dels integrert med kurative tjenester på kommunalt nivå, men blir drevet av egne institusjoner på nasjonalt nivå. I løpet av det siste tiåret har helsemyndighetene lansert en rekke nasjonale folkehelseprogrammer og strategier med fokus på risikofaktorer som røyking, alkoholforbruk, kosthold og fysisk aktivitet.

Primærhelsetjenesten er et kommunalt ansvar og består hovedsakelig av selvstendig næringsdrivende leger og offentlig finansierte og drevne sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Fastlegene har en portvaktfunksjon, og pasienter som skal til spesialiserte tjenester må henvises fra en allmennlege. Sykehustjenester leveres av helseforetakene, som igjen eies av de regionale helseforetakene. Sykehus tilbyr også poliklinisk spesialistbehandling. Siden slutten av 1980-tallet har det vært ført en politikk som har tatt sikte på å erstatte relativt dyr inneliggende sykehusbehandling med mindre kostbar poliklinisk- og dagbehandling nærmere pasientens hjem.

Det er god tilgang på legemidler, inkludert nylig utviklede medikamenter. Det er et egenandelstak på legemidler som er på «Blå resept», og noen pasientgrupper har helt fritak fra egenandelbetaling for disse medisinene. Siden apotekloven fra 2000 trådte i kraft og liberaliserte legemiddelmarkedet, har antall apotek økt betydelig. Medisiner har også blitt vesentlig billigere de siste årene, og forbruket har vokst. Forbruket er likevel fortsatt mye lavere enn i Sverige og Finland.

I de fleste kommuner tilbys akutt medisinsk helsehjelp av fastleger innenfor kontortid og av vakthavende allmennpraktiserende legevaktsleger utenom kontortiden, støttet av telefonvakt. Sykehusenes akuttmottak tar imot pasienter direkte etter større ulykker, og ved mistanke om eller verifisert hjerteinfarkt og hjerneslag.

Rehabilitering tilbys både i primærhelsetjenesten, som for eksempel fysioterapi, og i spesialisthelsetjenesten (spesialisert rehabilitering). Kommunene og de regionale helseforetakene har ansvaret for koordinering av rehabiliteringstjenester. Alle de regionale helseforetakene og de fleste kommuner har etablert utpekte samordningsenheter. Pleie- og omsorgstjenester gis i pasientens hjem, på sykehjem eller i skjermede boliger som drives av kommunene. Utbygging av omsorgsboliger og sykehjem oppmuntres av staten gjennom øremerkede midler, og det har i den senere tid vært en bevisst dreining mot flere enerom. Palliative helsetjenester leveres på alle omsorgsnivåer, men totalt synes tilgjengeligheten fortsatt å være moderat. Når det gjelder psykisk helsevern har det vært en dreining mot mindre institusjonalisering. Det er lovpålagte tannhelsetjenester for barn og ungdom, mens voksne må benytte private tannleger og betale full pris.

Samlet sett er det lite informasjon om tilgjengelighet, kostnader og kvalitet på ulike typer helsetjenester. Kvalitetsstandarder, inkludert utdanningsstandarder, og retningslinjer mangler for enkelte typer helsetjenester, og betaling for tjenester er normalt ikke knyttet til kvalitet. Dette kan imidlertid endre seg i fremtiden, siden det er startet forsøksordninger med kvalitetsbasert finansiering i liten skala. Det er geografiske forskjeller i hva slags tilgang man har på helsetjenester. De som bor i distriktene må reise lengre enn andre for å få tilgang til helsetjenester. Norge har en høy andel av helsepersonell i forhold til størrelsen på befolkningen. Likevel er det ventetid for planlagt behandling, og dette kan sies å være en barriere for tilgang til helsetjenester.

5.1 Folkehelse

Ulike statlige og ikke-statlige aktører er involvert i offentlige helsetjenester. Det overordnede ansvaret for folkehelsen ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet. Ulike sentrale organer, inkludert Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statens helsetilsyn (se kapittel 2.3) er involvert i gjennomføring og oppfølging av den nasjonale folkehelsepolitikken. Den nåværende folkehelsestrategien som gjelder for ti år er nedfelt i stortingsmeldingen «Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken» (Helsedepartementet, 2003b).

Tiltak for å bedre folkehelsen gjennomføres i hovedsak av kommunene og omfatter blant annet å fremme befolkningens helse og trivsel, forebygge psykiske og somatiske sykdommer, lidelser og skader og sikre gode sosiale og miljømessige forhold. Selve tilbudet av tjenester utføres av blant andre fastleger og kommuneleger og ved kommunale helsesentre/klinikker og på skoler og sykehjem. Kommunene er også forventet å overvåke befolkningens helsetilstand og faktorer som kan påvirke denne, ettersom denne typen informasjon gir grunnlag for folkehelsestrategiene. Kommunene har i tillegg ansvar for å gjennomføre tiltak i andre sektorer enn helse, for eksempel knyttet til bolig, utdanning eller arbeid. Dette er nødvendig for å oppfylle målene for folkehelsestrategien (se punkt 2.6). Fylkene må også gjennomføre overvåking og strategisk planlegging i sine geografiske områder og er ansvarlig for å administrere og tilby helsetjenester i videregående skoler. Folkehelseloven som ble innført 1. januar 2012, etablerte et nytt fundament for å styrke systematisk folkehelsearbeid i politikk og planlegging gjennom bedre samordning horisontalt på tvers av ulike sektorer og aktører, og vertikalt mellom myndigheter på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå (se pkt. 6.2).

5.1.1 Smittevernfunksjoner og overvåking av sykdomsutbrudd

Folkehelseinstituttet driver Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og bidrar til internasjonal overvåking i samarbeid med European Centre for Disease Prevention and Control og WHO. MSIS skiller mellom tre grupper av sykdommer: A (f.eks. kolera og hepatitt), B (f.eks. gonoré, hiv og syfilis), og C (f.eks. genital klamydia og influensalignende sykdommer). Medisinske mikrobiologiske

laboratorier og leger rapporterer tilfeller av gruppe A-sykdommer til Folkehelseinstituttet umiddelbart etter påvisning og med full pasientidentitet. Kopier av meldinger sendes også til kommunelegen i pasientens bostedskommune. Pasientens identitet blir ikke offentliggjort ved rapportering av gruppe B- og C-sykdommer. Rapportering om de to sistnevnte gruppene forekommer også sjeldnere. Ved isolerte tilfeller av utvalgte gruppe A-sykdommer kreves tidlig varsling, det vil si umiddelbar varsling utenfor meldingssystemet. Advarselen skal leveres til kommunelegen, som deretter umiddelbart varslor Folkehelseinstituttet og fylkeslegen. Dette gjelder både innenfor og utenfor sykehus. Hvis det er mistanke om, eller det bekreftes at en smittsom sykdom kan overføres via mat eller vann, må kommunelegen også varsle det lokale mattilsynet.

5.1.2 Organisering av forebyggende tjenester

Det norske barnevaksinasjonsprogrammet ble startet i 1952 og tilbyr i dag gratis barnevaksiner mot ti forskjellige sykdommer: difteri, stivkrampe, kikhoste, *Haemophilus influenzae* B(Hib), pneumokokk-sykdom, poliomyelitt, meslinger, kuma, røde hunder og humant papillomavirus (HPV). Noen barn som vurderes å ha høy risiko, tilbys også vaksine mot hepatitt B og tuberkulose. Barn får vanligvis sine første vaksiner når de er tre måneder og følger programmet til de er 15 eller 16 år (10. klasse). Oppfriskningsdoser (booster-doser) av vaksiner blir gitt ved skolealder. Det er viktig å merke seg at vaksinasjon ikke er obligatorisk, men dekkningen er på godt over 90 % for de fleste av vaksinene som inngår i programmet (FHI, 2013c). Kommunene har ansvar for å levere vaksinene som inngår i vaksinasjonsprogrammet.

For voksne tilbys røde hunder vaksine gratis til kvinner i fertil alder som ikke er immune mot røde hunder. Influensa og pneumokokkvaksiner anbefales til risikogrupper, inkludert gravide kvinner og personer over 65 år. Vaksiner blir i hovedsak gitt av allmennleger. Siden 2006–2007-sesongen har influensavaksine vært gratis for utsatte grupper, men pasientene må betale for vaksinen. Pasientene må også selv betale for pneumokokkvaksinen.

5.1.3 Nasjonale offentlige helseprogrammer

Regjeringen har i løpet av det siste tiåret gjort en betydelig innsats for å fremme sunne kostvaner og fysisk aktivitet samt redusere forbruket av tobakk, alkohol og andre rusmidler. Dette har blitt fremmet gjennom i en rekke strategier og nasjonale handlingsplaner. Eksempler på slike nasjonale programmer er Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet (2006–2010), Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007–2011 (Oppskrift for et sunnere kosthold), Den norske handlingsplanen for fysisk aktivitet 2005–2009 og Opptrappingsplanen for rusfeltet 2007–2010.

5.1.4 Nasjonale screeningprogrammer for hele eller deler av befolkningen

Det er i dag to nasjonale masseundersøkelser mot kreft i Norge (screeningprogrammer) – én for brystkreft rettet mot kvinner i alderen 50–59, og én for livmorhalskreft rettet mot kvinner i alderen 25–69. Begge screeningprogrammene ble startet i 1995 og administreres av Kreftregisteret. Screeningprogrammet for livmorhalskreft anbefaler celleprøve hvert tredje år, mens mammografiscreeningen for brystkreft inkluderer tilbud om undersøkelse annet hvert år. En pilotstudie om screening for tykktarmkreft startet i 2012 i Helse Sør-Øst RHF for kvinner og menn i alderen 50–74. Studien er finansiert over statsbudsjettet.

5.1.5 Arbeidsmiljø og helse

Arbeidstilsynet som er underlagt Arbeidsdepartementet, er ansvarlig for å føre tilsyn med arbeidsplasser, for eksempel gjennom inspeksjoner, og vedlikeholde standarder for helse og sikkerhet. Ifølge arbeidsmiljøloven fra 2005 er arbeidsgivere ansvarlige for å sikre at helse- og sikkerhetsstandarder blir ivaretatt på arbeidsplassene. Alle arbeidsplasser må ha formulerte mål for helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

5.1.6 Arbeidsfravær

Heltidsansatte i Norge har det klart høyeste fraværet blant OECD-landene (se pkt. 1.4). Inkluderende arbeidsliv (IA) er en avtale mellom arbeidsgivere, arbeidstakere og NAV, og ble satt i gang tidlig på 2000-tallet. Avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) mellom regjeringen og partene i arbeidslivet skal redusere arbeidsfraværet på grunn av sykdom, øke sysselsettingen blant ansatte med nedsatt funksjonsevne og øke den generelle pensjonsalderen. Bedrifter som slutter seg til avtalen gir spesielle og eksklusive rettigheter til sine ansatte, for eksempel rett til å ta ut sykmelding uten forhåndsgodkjenning fra NAV. En fast kontaktperson på NAV hjelper arbeidsgivere med å følge opp ansatte som er sykemeldt. Bedriftshelsetjenester som tilbys av foretakene får en spesiell refusjon fra folketrygden. Det skal bidra til at langtidssykemeldte kan komme tilbake til arbeid. Ansatte i bedrifter med IA-avtaler kan i tillegg ha egenmeldt sykefravær uten legeerklæring i opptil åtte kalenderdager per fravær, med et samlet øvre tak på 24 dager per år (se avsnitt 6.1.1).

5.2 Pasientforløp

Den første kontakten med helsevesenet skjer vanligvis gjennom pasientens fastlege, men det er også legevaktordning med vakthavende leger i alle kommuner (se pkt. 5.3). Leger i kommunene (fastleger og leger i legevakt) har en portvaktfunksjon for spesialistbehandling. Når det gjelder medisinsk nødhjelp, for eksempel trafikkulykker, kan pasientene også transporteres direkte til akuttmottaket på nærmeste sykehus.

Ved planlagt behandling sender fastlegen en henvisning til et egnet sted for pasienten (f.eks. med en privat spesialist som har avtale med et helseforetak, et radiologisenter eller et sykehus), eller fastlegen gir en henvisning, slik at pasienten kan ordne sin egen avtale. Dette systemet er ensartet over hele landet; verken kommunene eller de regionale helseforetakene har rett til å endre det.

Boks 5-1 Pasientforløp i Norge

En 60 år gammel kvinne med svak halting og smerter i hoften vil vanligvis gjøre følgende:

- Hun går til fastlegen sin, som undersøker henne og stiller en tentativ diagnose om hoftededdsartrose (slitasjegikt i hoften). Fastlegen henviser henne til en radiologisk undersøkelse. Egenandeler betales for de fleste polikliniske konsultasjoner og for røntgenundersøkelsen.
- Etter å ha mottatt resultatene fra den radiologiske undersøkelsen, henviser fastlegen henne enten til fysioterapi, eller om resultatene tilsier det, til en ortopedisk avdeling, vanligvis på et offentlig sykehus i regionen, for undersøkelse og senere en operasjon. Fastlegen forskriver eventuelle nødvendige medisiner før, men ikke under, sykehusinnleggelse.
- Ventetiden for en slik planlagt operasjon kan være flere måneder. Hun kan fritt velge mellom behandling ved alle offentlige sykehus i Norge, og fastlegen vil kanskje råde henne til å søke behandling på et sykehus med kortere ventetid enn det nærmeste sykehuset har. Hvis hun ikke kan få behandling innen den tidsfristen som er satt av det første sykehuset i henhold til loven om nødvendig helsehjelp, kan hun kontakte HELFO, som vil hjelpe henne med å finne et alternativt offentlig eller privat sykehus. Hun kan også bestemme seg for å gå til et privat sykehus, men da må hun betale behandlingen selv, om ikke sykehuset har avtale med et regionalt helseforetak om at de dekker denne typen operasjoner for sine pasienter.
- Etter operasjon og rehabilitering ved sykehuset blir hun skrevet ut og kan dra hjem, der hun kanskje trenger hjelp (hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp). Hvis hjemmesykepleie er foreskrevet av sykehus eller fastlegen hennes, vil det bli gitt gratis av kommunen.
- Fastlegen er ansvarlig for videre oppfølging, som å gi en henvisning til en fysioterapeut. Hun må betale egenandeler for besøkene hos fastlegen og behandlingen hos fysioterapeuten.
- Det blir avtalt en kontrolltime for oppfølging på sykehuset for å sjekke resultatet av behandlingen.
- Folketrygden dekker en del av kostnadene som påløper ved fastlegebesøk, en del av reisekostnadene, en del av kostnadene for spesialistundersøkelser, all innleggelse og rehabiliteringskostnader på sykehuset og en del av kostnadene for fysioterapi.

5.3 Primærhelsetjeneste

I 1984 ble kommunene gjort ansvarlig for primærhelsetjenesten med økonomisk støtte fra staten. Ansvaret er formulert i den kommunale helse- og omsorgsloven, men det står kommunene fritt å organisere tilbudet, herunder å ansette fastleger eller inngå avtale med private leger.

De fleste fastleger er selvstendig næringsdrivende og arbeider gjennom avtale med kommunene (se avsnitt 4.2.1). En typisk praksis består vanligvis av 2–6 leger og hjelpepersonell. Majoriteten av allmennlegene er spesialister i allmennmedisin.

De fleste fastleger, 97 % i 2007, deltar i fastlegeordningen (Mundal 2011). De er forpliktet til å gi prioritet til pasienter på sine lister (se avsnitt 2.9.2). Normalt har de mellom 1200 og 1500 pasienter på listen. De fleste innbyggerne i Norge (99 %) deltar i denne ordningen.

Legene har en nøkkelrolle i helsesystemet, som portvoktere for pasientenes tilgang til spesialistbehandling (se pkt. 5.2). De har ansvar for å utrede og stille primærdiagnoser, behandle dagligdagse problemer, utstede sykmeldinger; forskrive legemidler; utstede henvisninger til fysioterapeuter, kiropraktorer og sykehjem og henvise pasienter til spesialistbehandling (dvs. sykehus og privatpraktiserende spesialister) når det er nødvendig. Kun leger eller legevaktjenester kan henvise pasienter til akuttkonsultasjon eller innleggelse i sykehus. Gjennom lokale avtaler med kommunene er fastlegene også forpliktet til å fungere som bakvakt i de lokale legevaktene (se pkt. 5.5). I tillegg spiller de en viktig rolle i helsefremmende tiltak og folkehelse (se pkt. 5.1).

Den geografiske fordelingen av fastleger er ganske god, men det er noe grunn til bekymring. I en befolkningsundersøkelse i 2010 fant man at andelen som rapporterte å ha ventet mellom to og fem dager på å få time hos en allmennlege var større i Norge enn i andre europeiske land (Skudal et al. 2010). På den andre siden hadde en større del av befolkningen i Norge en fastlege og således større grad av kontinuitet for helsetjenester enn i andre land. Samtidig var det noen betenkeligheter knyttet til kvaliteten på allmennlegetjenester, spesielt ved kommunikasjon, pasientinvolvering og tidsbruk under konsultasjonene. Bortsett fra at Norge deltar i noen slike undersøkelser med internasjonale sammenligninger, er det ikke noen rutinemessig nasjonal overvåking av tilgangen på og kvaliteten av primærbehandling.

5.4 Spesialisthelsetjenesten

Spesialiserte helsetjenester for sykehuspasienter ytes i hovedsak av helseforetakene, som eies av de regionale helseforetakene. Slike helsetjenester tilbys også av noen få private ideelle og kommersielle sykehus som har kontrakt med de regionale helseforetakene. Sykehus gir også poliklinisk spesialistbehandling. Det finnes poliklinikker for somatikk, psykisk helsevern og rusmiddelbehandling.

Også laboratorie- og røntgentjenester tilbys av private institutter, i tillegg til det offentlige tilbudet i sykehus. Poliklinisk spesialistbehandling tilbys også av privatpraktiserende spesialister (f.eks. gynekologer, barneleger, spesialister i indremedisin mv), som for det meste arbeider i sin egen praksis gjennom avtale med et regionalt helseforetak.

Universitetssykehusene gir spesialiserte medisinske tjenester. I tillegg er det ca. 30 forskjellige høyspesialiserte tjenester som defineres som "nasjonale tjenester", for eksempel hjertetransplantasjon og helsetjenester for pasienter med hemofili (blødersykdom). Hver av disse tjenestene er normalt bare tilgjengelig ved ett universitetssykehus. Hver region har minst ett universitetssykehus i en by med universitet. Det finnes også 45 nasjonale høyt spesialiserte kompetansesentre, for det meste lokalisert på universitetssykehusene. Kompetansesentrene driver i hovedsak virksomhet knyttet til faglig utvikling, kompetanseheving, forskning og rådgiving.

Spesialisthelsetjenesten har en veiledende rolle overfor kommunehelsetjenesten. For eksempel kan allmennleger få råd fra spesialister om pasientenes tilstand og oppfølging. I noen områder, spesielt eldreomsorg og kreftbehandling, er det etablert ambulante team som består av ulike spesialister fra sykehusene. De gir veiledning og omsorg til pasienter som bor hjemme eller i institusjon.

Spesialistbehandling er konsentrert i tett befolkede områder. Folk som bor i distriktene må reise lengre for å få tilgang til spesialister eller sykehus (Ringard, 2010; Mundal, 2011). Det er relativt lavt antall akuttenger i sykehus per 100 000 innbyggere sammenlignet med andre land i Europa. Et høyt belegg og lange ventetider (se avsnitt 4.1.2) antyder problemer med tilgjengeligheten til og valg av sykehusbehandling i Norge. Betaling for sykehusbehandling er ikke knyttet til kvaliteten på tjenestene, og det er fortsatt relativt få kvalitetsindikatorer som måles på nasjonalt nivå. For enkelte tjenester, for eksempel sekundær forebygging av hjerte- og karsykdommer og røykeslutt-initiativer, får sykehusene ekstra betalt, som et insentiv til å yte slike tjenester (Lindahl, 2012).

5.4.1 Dagbehandling

En bevisst politikk har vært fulgt siden slutten av 1980-tallet med sikte på å erstatte relativt dyre innleggelser med mindre kostbare polikliniske tjenester og dagbehandlinger, og for å tilby helsetjenester nærmere pasientens hjem. Forskjellige behandlinger gis nå som dagbehandling innen somatikk (f.eks. kirurgi), psykisk helsevern (f.eks. behandling av spiseforstyrrelser) og behandling av rusmiddelavhengighet (Helsedirektoratet, 2012d). Dette skiftet vises gjennom kortere sykehusopphold og nedgang i antall akuttenger i sykehus (se avsnitt 4.1.2). Forholdet mellom poliklinisk behandling og innleggelse har også økt, fra 4:1 i 1990 til 6:1 i 2011 (Helsedirektoratet, 2012d).

Et nylig eksempel er dialysebehandling. I noen kommuner blir dialysebehandling nå utført på poliklinisk basis, for eksempel i sykehjem, i nært samarbeid med det lokale sykehuset.

5.5 Akuttmedisinsk helsehjelp

Ansvaret for prehospital akuttmedisinske tjenester i Norge er delt mellom kommuner og helseforetak. På primærhelsetjenestenivå i de fleste kommuner ytes akutthelsetjenester av fastleger (innenfor kontortiden) og av vakthavende leger (utenom kontortiden), støttet av telefontjenester. Vaktjenester i mindre kommuner er ofte organisert i fellesskap med et akuttmottak på et lokalsykehus og dekker alle deltakerkommunene. I svært grisgrendte strøk kan prehospital akuttmedisinske tjenester gis innen kommunale sykehjem og noen steder også med støtte av telemedisin (for eksempel i Nord-Norge). I akutte tilfeller som krever at spesialisthelsetjenesten involveres, samarbeider legevaktene også med Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK, se nedenfor). I byområder er det egne døgnåpne akuttmottak som drives av kommunen. Disse er vanligvis bemannet med heltidsleger og -sykepleiere som gir råd, vurderer situasjonen og henviser pasienten til andre typer helsetjenester når det trengs. I mindre akutte tilfeller utenom fastlegens kontortid, kan pasienter som bor i byområder også søke hjelp ved lokale legevakter som er åpne mellom klokka 16 og 08.

Det endelige ansvaret for ambulansetjenesten ligger hos de regionale helseforetakene. Disse tjenestene leveres av helseforetak eller av private underleverandører. For å redusere responstiden kan ambulanser være plassert i desentraliserte ambulansenheter på sykehusene eller andre steder i samfunnet. Høyspesialiserte ambulanser, inkludert luftambulanse, er bemannet med leger (vanligvis anestesileger) i tillegg til faglært ambulanspersonell.

Akuttmottak er sykehusavdelinger som tar imot akutt syke pasienter. De finnes i alle sykehus som gir øyeblikkelig hjelp. Et akuttmottak er bemannet med leger, sykepleiere og annet helsepersonell. De har som regel observasjonssenger, der pasientene kan observeres i flere timer før de, avhengig av tilstand, enten blir innlagt i sykehus eller utskrevet. Et særtrekk ved det norske systemet er at pasienter ikke får lov til å oppsøke behandling ved et akuttmottak på egenhånd (se pkt. 5.3). Akuttmottaket kommuniserer med ambulansetjenesten og andre helseressurser involvert i prehospital akuttmedisin for å gi råd og sikre at nødvendige forberedelser er gjort for å motta pasienter på sykehuset.

Det finnes to typer kommunikasjonsentraler som støtter akuttjenester i Norge. Pasienter kan ringe den lokale legevaktssentralen via egne telefonlinjer (vanlige 8-sifrede nummer). Disse sentrene er vanligvis bemannet med sykepleiere. Mens større sentre er døgnåpne, kan mindre sentre bare nås innenfor fastsatte tider, for eksempel mellom 16 og 08. Sentralene er koblet til et digitalt radiosystem som brukes til å mobilisere leger eller ambulanser.

Når det gjelder spesialiserte helsetjenester, dekker hver av de 19 akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK-sentralene) ett eller flere sykehusområder (Helsedirektoratet 2012a). AMK mottar samtaler via et gratis nødnummer (113). Personalet kan gi råd om akuttmedisinske prosedyrer til innringere og mobilisere andre ressurser, for eksempel ambulanser. Disse er bemannet med sykepleiere og AMK-koordinatorer.

Boks 5-2 Pasientforløp i en legevaktepisode

En mann med akutt blindtarmbetennelse ville gjort følgende om det oppsto en søndag morgen:

- Mannen (eller en annen) ringer legevakten. Telefonen blir besvart av en sykepleier som bestemmer, eventuelt etter en konsultasjon med lege, at pasienten må undersøkes ytterligere. Diagnosen er ennå ikke stilt.
- Pasienten ankommer legevakten. Vakthavende lege diagnostiserer sannsynlig akutt blindtarmbetennelse og henviser pasienten til akuttmottaket.
- Hvis det er nødvendig, transporteres pasienten av en ambulanse til akuttmottaket.
- På akuttmottaket vurderer en sykepleier hastegraden ut fra en initial vurdering av pasienten. Pasienten vil så bli møtt av en lege fra den sykehusavdelingen som får ansvaret for behandlingen; i dette tilfellet kirurgisk avdeling. Nødvendige prøver tas, og indikasjon for operasjon stilles.
- En kirurg opererer pasienten.

En annen mulighet er at legen på vakt reiser til pasientens hjem, stiller diagnosen og rekvirerer en ambulanse som så kjører pasienten til sykehuset.

De senere årene har det blitt observert flere utviklingstrekk ved akuttmedisinske tjenester. Fokuset synes å være rettet mot effektivitet gjennom økt sentralisering, for eksempel økt samarbeid mellom kommuner med sikte på færre og større legevakter og akuttmottak; økt spesialisering av ambulansepersonell på grunn av mer kompleks behandling og kommunikasjons- og dataoverføringssystemer; bedre bruk av eksisterende akuttressurser, en utvikling mot flere observasjonssenger i akuttmottak, og bedre kommunikasjon mellom ulike offentlige sikkerhetstjenester. Et nytt felles digitalt radiokommunikasjonssystem for politi, helsevesen, og brann-

og redningstjenester, «Nødnett» er under implementering. Arbeidet med nettet startet i 2008 og forventes ferdigstilt i slutten av 2015 (Direktoratet for nødkommunikasjon, 2013).

Det pågår diskusjoner om kvalitet innenfor ambulansetjenesten. Ifølge Langhelle et al. (2004) har det over hele landet vært avvik i form av formell opplæring, bemanning og dekning av ambulansesystem. Det finnes ingen nasjonale krav til utdanning, kompetanse, beredskap, responstider eller medisinske standarder. Likevel stiller de regionale helseforetakene visse minimumskrav til formelle kvalifikasjoner hos de ansatte. Ambulansetjenesten har ikke hatt statlige retningslinjer eller bestemmelser. Akuttmedisin er ikke en medisinsk spesialitet, men opplæring i avansert akuttmedisin utenfor sykehus er stort sett innen anesthesiologi (Langhelle et al. 2004).

5.6 Legemiddelområdet

Norge er nettoimportør av legemidler. I 2011 utgjorde all import av legemidler 10,9 milliarder kroner, eksport 4 milliarder (LMI, 2013). Alle de store farmasøytiske selskapene er representert i Norge, men bare et fåtall har etablert egne produksjonsenheter her. I 2012 var de fem største i form av markedsandeler: Pfizer (9,8 %), MSD Norge (7,4 %), Novartis (7 %), GlaxoSmithKline (5,7 %) og Astra Zeneca (5,1 %). Samme år var det ti innenlandske farmasøytiske produsenter i Norge, de største er GE Healthcare, Nycomed Pharma og Fresenius Krabi (Phis, 2011; LMI, 2013).

I det norske markedet er det tre grossister, som alle tilhører ledende europeiske farmasøytiske distribusjonsselskaper: Norsk Medisinaldepot (med en markedsandel på 47,6 %), Apokjeden AS (28,9 %) og Boots Norge AS (23,7 %). Hver av grossistene er integrert i sin egen apotekkjede. Bare apotek og sykehusapotek lov til å selge reseptbelagte medisiner. Av det totale antall apotek (674) er 33 offentlige sykehusapotek. Det er i Norge gjennomsnittlig ca. 7300 innbyggere per apotek. I tillegg kan legemidler kjøpes ved medisinsalg som tilhører apotekene. Det er mer enn 1000 slike utsalgssteder. Dagligvarebutikker og bensinstasjoner har lov å selge et begrenset utvalg av reseptfrie legemidler (Phis, 2011).

I 2010 var det god tilgang til innovative behandlingsformer i Norge ifølge indikatoren Patients W.A.I.T. (Patients Waiting to Access Innovative Therapies) som utfører sammenlignende analyser av registrerte ventetider i 15 europeiske land. Norske leger var i stand til å forskrive 64 % av de nye medisinene, utvalget for andre land var mellom 39 og 86 %. Gjennomsnittstiden fra markedstillatelse til pasienten får tilgang til et nytt legemiddel var 196 dager i Norge, mot 88 dager i Østerrike (raskest) og 392 dager i Belgia (langsomst) (EFPIA, 2010).

Legemidler i sykehus og sykehjem er gratis for pasientene. Det er et egenandelstak på polikliniske legemidler omfattet av blåreseptordningen, og visse pasientgrupper er fritatt for å betale egenandeler (se kapittel 3.4.1). Selv om egenbetaling utgjør 27 % av de totale utgiftene til pasienters legemidler når de ikke er innlagt på sykehus, bruker en gjennomsnittlig husholdning en mindre andel av sin inntekt (0,8 %) på legemidler enn på for eksempel alkohol og tobakk (2,6 %). Dette kan være en indirekte indikasjon på at medisiner er ganske rimelige (LMI, 2013).

Flere forhold tyder på at tilgangen til medisiner har bedret seg i Norge de siste årene. For det første har legemidler blitt vesentlig billigere. I perioden 2000 til 2011 falt de norske legemiddelprisene i gjennomsnitt 2,4 % årlig (LMI, 2013). En prisundersøkelse fra 2010–2011 viste at prisene på originale legemidler i Norge var blant de laveste i Vest-Europa (LMI, 2013). Mens Norge pleide å ha den laveste apotektettheten i Europa, har antall apotek økt betydelig siden apotekloven liberaliserte legemiddelmarkedet i 2000 (se avsnitt 2.8.4).

Det har vært en økning i forbruket av legemidler siden 2000, da det totale legemiddelforbruket var på 68,7 millioner pakker eller 1754 millioner definerte døgndoser (DDD). I 2009 var de samme tallene 86,3 millioner pakker eller 2558 millioner DDD (Phis, 2011). Imidlertid er forbruket i form av DDD per innbygger mye lavere enn i Sverige og også betydelig lavere enn i Finland (LMI, 2013).

Andelen av generika («kopimedisiner») i legemiddelmarkedet økte sterkt mellom 2000 og 2008. Dette er sannsynligvis et resultat av apotekloven, (se pkt. 2.8.4), men situasjonen har vært stabil de siste årene. I 2011 utgjorde salg av generiske legemidler 41,5 % av det totale salget målt i volum, sammenlignet med 23,6 % i 2001 (LMI, 2013).

5.7 Rehabilitering

Tilbud om rehabiliteringstjenester har lang tradisjon i Norge. Det har utviklet seg over tid fra å ha et smalt (medisinsk) fokus på å gjenopprette tapte funksjoner til å bli mer helhetlig. Rehabilitering omfatter nå også ikke-medisinske (f.eks. sosiale og økonomiske) faktorer, hvilket innebærer omfattende samarbeid mellom flere sektorer og områder av helsetjenesten. Rehabilitering er definert som «planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Helsedirektoratet, 2011b).

Rehabiliteringstilbud finnes både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten (spesialisert rehabilitering). Som i andre land har det i de to siste tiårene også i Norge blitt utviklet mellomliggende rehabiliteringstjenester basert på delt ansvar mellom spesialiserte helsetjenester og primærhelsetjenester (Johansen, et al. 2012).

Primære rehabiliteringstjenester gis i lokalsamfunnet – i pasientenes hjem, på skoler og ved kommunale institusjoner, for eksempel sykehjem. Tjenester leveres av leger, fysioterapeuter, sykepleiere og jordmødre. Primærrehabilitering er tilgjengelig for somatiske så vel som psykiske syke pasienter og kan fås via en henvisning fra en fastlege.

Sekundære rehabiliteringstjenester gis ved sykehus, enten i egne rehabiliteringsavdelinger eller andre enheter, som for eksempel revmatologiske eller nevrologiske avdelinger. Rehabilitering, spesielt postoperativ rehabilitering, kan også gis ved private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene. Dette er gratis hvis pasienten er henvist fra en allmennlege eller et sykehus. I 2011 mottok over 30 000 pasienter rehabiliteringstjenester ved sykehus (50 % som polikliniske pasienter eller dagpasienter). Den gjennomsnittlige ventetiden var to måneder. Nesten like mange pasienter (25 000) fikk behandling i private institusjoner, hovedsakelig med innleggelse. Ventetiden varierte etter henvisningstidspunktet: 22 dager for pasienter som ble henvist fra annet sykehus og 73 dager for pasienter som ble henvist fra primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2013c). Rehabiliteringstilbudet for pasienter med bestemte vilkår er også tilgjengelig i spesialiserte sykehus som for eksempel sykehus som behandler lungesykdom, og ved kompetansesentra, som for eksempel Senter for sjeldne diagnoser.

Kommunene og de regionale helseforetakene har ansvar for koordinering av rehabiliteringstjenester. Dette er gjort ved å etablere «samordningsenheter», og i 2010 rapporterte alle RHF-ene og 76 % av alle kommunene at de har en «koordineringsenhet» (Helsedirektoratet, 2012b). Enheten legger til rette for samarbeid mellom helsepersonell, NAVs lokale kontorer og brukerorganisasjoner. Samordningsaktiviteter omfatter å registrere rehabiliteringsbehov, å utforme og følge individuelle helhetlige rehabiliteringsplaner som sikrer tverrfaglighet, og å initiere, administrere og overvåke tverrfaglige rehabiliteringsgrupper. De utgjør kjernen i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere.

I henhold til Nasjonal strategi om rehabilitering 2008–2011 er det flere utfordringer innenfor rehabiliteringssektoren (Helsedirektoratet, 2007b). De viktigste er å sikre tilstrekkelige ressurser for å opprettholde tilstrekkelig kapasitet på rehabiliteringstjenester; å utvikle individuelle rehabiliteringsprogram som gir lik tilgang til tjenester; å sikre tilstrekkelig tverrsektorielt samarbeid og samordning på tvers av forvaltningsnivåer og faggrupper og å fremlokke aktiv deltakelse fra brukerne.

5.8 Pleie- og omsorgstjenester

Pleie- og omsorgstjenester er et kommunalt ansvar. Ofte er de administrativt integrert med de lokale helse- og sosialtjenestene. Alt i alt har kommunene en høy grad av frihet til å forme hvordan pleie- og

omsorgstjenestene bør organiseres. Det grunnleggende prinsippet er at tjenester og individuell støtte bør ordnes på en måte som gjør det mulig for folk å bo i egne hjem så lenge som mulig.

Pleie- og omsorgstjenester gis blant annet i pasientens egne hjem, på sykehjem og i serviceboliger som drives av kommunene. Sykehjem er ment for beboere som har et høyt pleiebehov, for eksempel pasienter som lider av demens eller hjerte- og lungesykdommer, og som trenger hjelp i det daglige. Det finnes også kortsiktige rehabiliteringsavdelinger innenfor sykehjem der pasienter kan være, for eksempel etter en utskrivning fra sykehuset. I tillegg er det ofte dagsenter for eldre lokalisert til sykehjemmene. Serviceboliger tilbyr beboerne de samme hjemmetjenestene (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) som andre kan få, men er ofte plassert nær kommunenes sykehjem og kan derfor tilby noen grad av ekstra tilsyn og oppfølging ved behov. Skillet mellom sykehjem og serviceboliger er ikke entydig. Noen serviceboliger er organisert med tjenester som ligner dem som er gitt i sykehjem, andre er mer som private hjem. En gjennomsnittsperson bosatt i en servicebolig vil ha mindre omsorgsbehov enn de som bor i sykehjem. De fleste pleie- og serviceboligene er eid av kommunene. Noen sykehjem er eid og drevet av frivillige organisasjoner, men bemannet av helsepersonell og finansiert av kommunene. Noen sykehjem er organisert og drives som kommersielle foretak (Pedersen, 2012).

Ingen av pleie- og omsorgstjenestene er spesielt reservert for eldre mennesker. Kriteriene for å få et tilbud er satt av kommunene, og vedtak om tilbud tas av institusjonen eller en selvstendig enhet i kommunens helsevesen. Det er basert på en individuell vurdering av behov, uavhengig av mulighetene for hjelp fra pasientens pårørende. Vurderingen omfatter anbefaling fra pasientens fastlege om riktig omsorgsnivå. Behandling av søknader og planlegging av pleie- og omsorgstjenester støttes av to sentrale informasjonssystemer: IPLOS, et anonymisert helseregister som gir standardisert informasjon om alle søkere eller mottakere av helse- eller sosialhjelp i pleie- og omsorgssektoren, og: KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering), et rapporteringssystem som inneholder informasjon om ressursene som brukes i ulike områder av helsetjenester, inkludert pleie- og omsorgstjenester.

Siden midten av 1990-tallet har det vært en klar økning i antall brukere av kommunenes pleie- og omsorgstjenester, spesielt hjemmetjenester. Antallet personer som mottar pleie hjemme, steg fra 162000 i 2002 til 177 000 i 2011 (SSB 2012d). På den annen side har antall beboere i serviceboliger holdt seg stabilt siden tidlig på 1990-tallet (Helsedirektoratet, 2012b). Utviklingen av omsorgsboliger og sykehjem støttes av staten gjennom øremerkede midler. I 2011 var det ca. 44 000 beboere i omsorgsboliger (Helsedirektoratet, 2012b). Antall plasser i sykehjem er redusert noe de siste to tiårene: i 2010 bodde 43 500 mennesker i sykehjem sammenlignet med nesten 45 600 i 1992. Dette er

delvis et resultat av en bevisst prosess for å øke antall enerom. I 2009 var nesten 97 % av rommene i sykehjem enerom (SSB 2012d).

Det finnes kvalitetsforskrifter om pleie- og omsorgstjenester, men det er ingen lovpålagte krav om forholdstall mellom ansatte og pasienter og ingen spesifikke kvalifikasjoner for omsorgsarbeidere. Det er i dag mangel på personale med tilstrekkelig kompetanse (OECD, 2012b).

5.9 Helse- og omsorgshjelp fra familie og pårørende

Ansvar for å hjelpe og støtte mennesker med særlig omfattende omsorgsbehov ligger hos kommunene (Helsedirektoratet, 2011a). En person som ønsker å gi omsorg for en nær slektning, kan bli betalt for dette av kommunen. For å få slik kompensasjon må vedkommende forplikte seg til å utføre omsorgstjenester i hjemmet, og både brukeren og kommunen må være enige om at dette er den beste løsningen for personen det gjelder. Vedkommende ville ellers vært kvalifisert for omsorg fra kommunen hvis dette ikke var et alternativ. Kommunen vurderer og fatter vedtak i hver enkelt sak.

Antallet personer som mottar økonomisk kompensasjon for omsorgsarbeid har økt det siste tiåret. I 2004 ble til sammen 7470 personer betalt for å ta vare på sine nære slektninger, mot nesten 9300 i 2010 (SSB 2012e). De fleste (70 %) av omsorgspersonene var mellom 27 og 59 år gamle, og 82 % var kvinner. I gjennomsnitt mottok slike omsorgspersoner 5700 kroner per måned i 2010 og kompenserer i gjennomsnitt for 10,6 timer per uke. Sannsynligheten for å få innvilget økonomisk kompensasjon for denne typen omsorg varierer i forhold til brukerens alder og størrelsen på kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a).

I 2010 oppnevnte Helse- og omsorgsdepartementet et ekspertutvalg for å undersøke hvordan og i hvilken grad familier med personer som har behov for omfattende omsorg, kan få bedre økonomisk kompensasjon for å gi omsorg. Rapporten, som ble utgitt av ekspertutvalget i slutten av 2011 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a), anbefaler endringer i dagens modell, inkludert å innføre en nasjonal tariff. Helse- og omsorgsdepartementet fremmet disse forslagene i en stortingsmelding våren 2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

5.10 Palliative omsorgstjenester

Siden tidlig på 1980-tallet har en rekke offentlige utredninger og nasjonale planer knyttet til kreftomsorg og nasjonal kreftstrategi bidratt til en gradvis utvikling av palliativ omsorg i Norge. Det siste strategiske styringsdokumentet er Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, som ble utgitt i 2007.

Palliative tjenester gis på alle omsorgsnivåer. Palliativ omsorg for pasienter som bor hjemme gis av fastleger og kommunale hjemmetjenester. De kan få støtte fra palliative sykehusteam. Hvert team må ha minst én lege, én sykepleier på heltid, én sosionom, én fysioterapeut og én person med teologisk utdanning. For å få rett til refusjon må tjenester fra disse teamene inkludere systematisk vurdering av symptomer, oppfølging av familiemedlemmer og samarbeid med primærhelsetjenesten. Alle de store sykehusene har tverrfaglige palliative team som gir ambulante tjenester i sykehusavdelinger og omkringliggende kommuner. Palliativ omsorg til pasienter med komplekse behov blir også gitt ved innleggelse; på kommunale sykehjem og i spesialiserte palliative enheter på større sykehus. Dessuten har de fire universitetssykehusene et omfattende palliativt omsorgsprogram som består av et ambulerende team, en poliklinikk og en døgnbehandlingsenhet (unntatt Universitetssykehuset Nord-Norge). Enhetene er knyttet til et regionalt senter for tjenesteutvikling og arbeider med utdanning, forskning, kvalitet på omsorg og koordinering av tjenester innen regionen.

I mange deler av Norge finnes det nettverk av spesialtrente ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende pleie. De arbeider på sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien og har definerte funksjoner og ansvar innen klinisk arbeid, utdanning og systemforbedring. Nettverkene har jevnlig møter og driver et opplæringsprogram i onkologi og palliativ omsorg. De lokale ressursykepleierne samarbeider med fastleger og sykehjemsleger og er en kontakt mot palliative sykehusteam. I mange lokalsamfunn jobber kreftsykepleiere i hjemmesykepleien. De tjener også ofte som en ressursykepleier for palliativ omsorg.

I 2012 var det et sykehusbasert palliasjonsteam ved alle helseforetak unntatt ett (totalt 38 team). Dessuten hadde 16 sykehus en palliativ omsorgsenhet for innlagte pasienter (totalt 95 senger). Til sammen 38 sykehjem over hele landet hadde palliative enheter med minst fire senger (totalt 235 senger). I tillegg hadde 68 sykehjem en til tre senger tilpasset palliativ omsorg (totalt 99 senger). Disse sykehjemstjenestene og fasilitetene varierer når det gjelder størrelse og volum, fra palliative enheter som drives i nært samarbeid med sykehus, til enkeltsenger i små kommuner. Behandling og omsorg varierer tilsvarende, og dette gjenspeiles i kompetansen til det lokale fagpersonalet.

Palliativ sykepleie er ikke en spesialitet i Norge. Onkologi er den mest relevante videreutdanningen når det kommer til palliativ omsorg, siden de fleste palliative pasienter er kreftpasienter. Leger som spesialiserer seg innen dette fagfeltet må følge et obligatorisk rotasjonssystem i en palliativ enhet. Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin har vært i drift siden 2003, og palliativ medisin ble godkjent som en formell kompetanse for leger i 2011.

Ifølge «Quality of Death Index», som måler det nåværende miljøet for omsorgstjenester ved livets slutt i 40 land (inkludert 30 OECD-land), var tilgjengeligheten og kvaliteten på slike tjenester i Norge moderat. I 2010 var Norge på henholdsvis 20. og 15. plass målt etter tilgjengelighet og kvalitet på palliativ omsorg. (Economist Intelligence Unit, 2010). Det er også variasjon i kvaliteten på pleien og -tilgjengeligheten mellom kommunene. Palliativ omsorg har vært støttet av øremerkede tilskudd over statsbudsjettet, men det er ingen permanent finansieringsordning for palliativ omsorg i sykehjem. I tillegg til usikker grunnfinansiering er en annen barriere at kommunen blir belastet også for kostnader til legemidler som brukes for symptomkontroll i palliativ omsorg på sykehjem, mens medikamentene dekkes over blåreseptordningen og uten egenandel for pasienter som får hjemmebaserte palliative omsorgstjenester.

5.11 Psykisk helsevern

I løpet av 1990-tallet ble psykisk helse politisk prioritert i Norge. Etter dette er det blitt laget omfattende strategier og retningslinjer for organisering og innhold i psykisk helsevern. Opptappingsplanen for psykisk helse for perioden 1999-2006 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) legger økt vekt på kommunehelsetjenesten og sosiale og yrkesmessige omsorgstjenester. Dette er i tråd med tendensen som er observert i andre vestlige land, der man går bort fra store psykiatriske sykehus til flere lokalbaserte psykiatriske tjenester (Bjorbekkmo et al, 2009).

Psykisk helsearbeid organisert på kommunalt nivå inkluderer ofte kommunalt tilsatte psykologer i tillegg til behandling hos fastlege. Fastlegen er ansvarlig for å planlegge og koordinere det forebyggende arbeidet og har også ansvar for undersøkelse, vurdering og behandling. Siden de er ansvarlig for å følge opp pasienter på listen sin, sikrer det kontinuitet i omsorgen. Dette er spesielt viktig ved psykiske plager. Fastlegene er også en viktig kontakt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og henviser pasienter til spesialisert behandling når det er nødvendig. Helsesøstre og lærere spiller en viktig rolle i å avdekke disse problemene hos barn og ungdom.

I 2004 ble ansvaret for all rusbehandling og rehabiliteringstjenester overført fra fylkeskommunene til de regionale helseforetakene og er nå en del av psykisk helsevern. Denne reformen har blitt fulgt av en nasjonal handlingsplan for alkohol og rusmidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009b). Substitusjonsbehandling ved hjelp av metadon har vært tilgjengelig gjennom et landsdekkende program siden 1998, mens buprenorfin har vært tilgjengelig siden 2001. I 2010 trådte nye nasjonale retningslinjer for substitusjonsbehandling i kraft (Legemiddelassistert rehabilitering, LAR). Disse retningslinjene tar sikte på å øke den landsdekkende tilgangen til LAR som en del av en helhetlig behandling og rehabiliteringsprosess. Ved utgangen av 2011 var til sammen 6640 brukere på LAR, 47 % av disse fikk metadon, mens 53 % fikk en kombinasjon av buprenorfin/nalokson. Antallet LAR-brukere

øker jevnt fra år til år, og mer enn 8500 opiatbrukere har vært innlagt for behandling siden LAR-programmet ble satt i gang (EMCDDA, 2013).

De regionale helseforetakene har vært ansvarlig for psykisk helsevern siden 2002. Tilbud innen psykiske helsevern blir gitt ved psykiatriske sykehus (inkludert sikkerhetsavdelinger), distriktpspsykiatriske sentre og privatpraktiserende psykiatere og psykologer som har avtale med de regionale helseforetakene. Distriktpspsykiatriske sentre blir ansett som pådriverne bak desentraliseringen av psykisk helsevern. De gir akutte tjenester ved innleggelse, poliklinisk virksomhet og dagbehandling samt rehabilitering. Sentrene skal også veilede og støtte primærhelsetjenesten, men rundt 45 % av allmennlegene oppfatter dem ikke som fullt ut kompetente samarbeidspartnere i 2008 (OECD, 2013a). Spesialiserte tjenester for barn og ungdom (0-17 år) har tradisjonelt vært gitt poliklinisk.

Desentraliseringen av psykisk helsevern gjenspeiles i færre sengeplasser i psykiatriske institusjoner (se kapittel 4.1.2). Selv om DPS-ene har sengeplasser, er de fleste sengene fortsatt plassert i psykiatriske sykehus, 55 % i 2010. (Helsedirektoratet, 2012b).

Selv om Norge har det nest høyeste antallet psykiatere per 1000 innbyggere blant OECD-landene, står personer med en mindre alvorlig psykisk lidelse overfor betydelige ventetider, med mindre de er villige til å betale for behandlingen av egen lomme. Siden innføringen av Opptrappingsplanen har det vært en betydelig økning i antall psykologer i kommunene, noe som forbedrer kapasiteten av spesialiserte psykiske helsetjenester (OECD, 2013a).

5.12 Tannpleie

Tannpleie for voksne (20 år og eldre) er det helseområdet med høyest privat deltakelse, både når det gjelder tilbud og finansiering. 75 % av alle tannleger har privat praksis (Jensen, 2013), og de fleste behandlinger betales vanligvis fullt ut av pasienten. Det er ikke regulerte satser i privat sektor.

Fylkeskommunene er ansvarlige for den lovfestede tannpleien. Den utføres av lønnede tannleger i tannpleieklinikker som drives av fylkeskommunene i samarbeid med kommunene. Med unntak av kjeveortopedisk behandling, er offentlig tannpleie gratis for barn og unge i alderen 0–18 år. Ungdom i alderen 19–20 år må betale 25 % av kostnadene. Psykisk utviklingshemmede voksne, eldre og mennesker med en langvarig sykdom, som enten bor i institusjon eller mottar hjemmesykepleie, betaler heller ikke. Folk utenfor disse gruppene kan også få tilgang til offentlig tannpleie, men bare etter at behovene til de prioriterte gruppene er dekket.

Standarden i tannlegepraksis blir overvåket av fylkeslegene, vanligvis gjennom utpekte tannleger som fører tilsyn og vurderer om de tannmedisinske standarder og kvalitetssikringsprogrammer blir overholdt. Retningslinjer for bruk av tannfyllingsmaterialer ble introdusert av Helsedirektoratet i 2003 (Rådet for europeiske Tannleger, 2008). Siden 2007 har Norge vært involvert i et nordisk prosjekt for å definere kvalitetsindikatorer for oral helse (Nihtilä, 2010).

Det er regionale forskjeller i tilgangen til tannpleie, spesielt når det gjelder offentlig tannpleie (Jensen, 2009). Det er satt i gang tiltak for å øke tilgangen gjennom etablering av flere regionale spesialistsentre og ved å utdanne flere tannhjelpere. Det har også vært gjennomført en målrettet rekrutteringskampanje blant elever i 10. klasse og førsteårselever på videregående skoler. Kampanjen ble gjennomført av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet mellom 2009 og 2012 (Finansdepartementet, 2012b).

5.13 Komplementær og alternativ medisin

Komplementær og alternativ medisin (KAM) er ikke ansett som «medisin» i norsk lovgivning, men som «alternativ behandling», og KAM-brukere er i hovedsak snarere ansett som forbrukere enn som pasienter med rettigheter. Pasientrettigheter gjelder kun for helsetjenester definert i loven. I praksis betyr dette at helsepersonell skal være involvert i KAM-behandling om disse tjenesten skal falle inn under pasientrettighetsloven. Lov om alternativ behandling av sykdom mv. fra 2003 innførte noen restriksjoner på utøvelsen av alternativ behandling, for eksempel om reklame for slike tjenester. Dette ble i hovedsak gjort for å beskytte sikkerheten til pasienter som bruker slik behandling. Tradisjonelt har KAM blitt sett på med en viss skepsis av leger. Dette ser imidlertid ut til å være under endring, spesielt blant sykepleiere og fysioterapeuter (Salamonsen et al. 2011).

Pasienter som ønsker å bruke alternativ behandling må vanligvis betale selv. Fra 2001 har imidlertid akupunktur og homøopati vært fritatt for moms, og siden har også noen andre behandlingsformer blitt fritatt. Alle typer KAM-behandling er unntatt fra moms dersom den gis av autorisert helsepersonell.

I en undersøkelse gjennomført i 2007 oppga ca. 50 % av befolkningen å ha brukt en KAM-tjeneste levert i eller utenfor helsevesenet «i løpet av de siste 12 månedene». For nesten en tredel av respondentene ble behandlingen gitt av helsepersonell (Fønnebø & Launsø, 2009). En undersøkelse utført i 2008 fant at 50,5 % av alle norske sykehus tilbyr KAM, som regel i form av akupunktur (Salamonsen et al. 2011).

5.14 Helsetjenester for særlige befolkningsgrupper

Alle befolkningsgrupper, inkludert flyktninger og asylsøkere, kan benytte lovfestede helsetjenester. Men det er noen særordninger for flyktninger og asylsøkere når de kommer til Norge under

transittfasen før de blir flyttet til et mottak (Justis- og beredskapsdepartementet, 2011). I løpet av denne fasen har innvandrere plikt til å gjennomføre en helseundersøkelse i transittmottaket. Hovedformålet med dette tiltaket er påvisning av tuberkulose og andre sykdommer som kan kreve øyeblikkelig legehjelp (Helsedirektoratet, 2010).

Udokumenterte innvandrere som ikke har lovlig opphold i Norge, har ikke tilgang til helsetjenester og helseinformasjon. De frivillige organisasjonene Røde Kors og Kirkens Bymisjon har siden 2009 drevet et helsesenter for papirløse innvandrere i Oslo. Senteret tilbyr en rekke tjenester for å støtte innvandreres helsebehov, for eksempel grunnleggende helsetjenester og helseinformasjon. Tjenestene gis av sykepleiere, leger, psykologer og fysioterapeuter. Senteret garanterer på grunn av helsepersonellens taushetsplikt, å ikke dele informasjon med politi eller utlendingsmyndigheter.

6. Helsereformer

I løpet av de fire siste tiårene har temaene for helsereformene variert. På 1970-tallet var det fokus på likeverdighet og å sikre tilgang til helsetjenester uansett bosted. I løpet av 1980-tallet ble reformene innrettet mot å oppnå kostnadskontroll og å desentraliserte helsetjenester. På 1990-tallet ble det i stor grad fokusert på effektivitet og effektivisering. Siden begynnelsen av 2000-tallet er det lagt vekt både på å få til strukturelle endringer på tilbudssiden og å organisere helsevesenet bedre. I tillegg har det vært gjennomført reformer for å styrke pasienter og brukere. De siste årene har innsatsen vært rettet mot bedre koordinering av helsetjenestene samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet har fått økt oppmerksomhet.

6.1 Analyse av nyere reformer

Dette kapitlet tar for seg reformer som ble innført mellom 2006, da forrige HiT-rapport for Norge ble publisert (Johnsen, 2006), og slutten av 2012. Det gis også en kort omtale av aktuelle debatter og forslag til endringer som ble diskutert i begynnelsen av 2013. Reformene er beskrevet etter hvor de er i den politiske prosessen: fra forslag, eventuell pilotering, lovforslag, lovgivning og gjennomføringsfase (Schlette, Blum & Busse, 2008). Evalueringer av reformene presenteres der dette er tilgjengelig. For en beskrivelse av hovedtrekkene i den politiske prosessen i Norge, se avsnitt 2.3.9. Tidligere reformer er beskrevet i avsnitt 2.2. Tabell 6.1 oppsummerer i tillegg reformer, endringer, nye politiske initiativ og ideer som enten er gjennomført eller foreslått i Norge mellom 2006 og 2013.

Tabell 6-1 Sentrale helsereformer, justeringer, politiske initiativ og forslag, 2006 -2012

År	Forandring
2006	Endringer i regelverket for sykefravær og bedre kapasitet innenfor spesialistbehandling – herunder ordningen «Raskere tilbake» (implementert reform) Mål: Å redusere fravær fra arbeidet ved å utvide kapasiteten innenfor spesialistbehandlingen.
2007	Restrukturering av de regionale helseforetakene (justering av tidligere reform) Mål: Å implementere en ny organisasjonsstruktur for spesialistbehandling ved å slå sammen to av de fem regionale helseforetakene.
2008	En ny ressursallokeringsnøkkel for finansiering av de regionale helseforetakene (justering av tidligere reform) Mål: Å gi en ny og mer rettferdig fordelingsnøkkel for finansiering av spesialisthelsetjenesten.
2010	Nasjonalt helseregisterprosjekt (reform under implementering) Mål: Å modernisere og samordne både de nasjonale kliniske registre og de nasjonale helseregistrene.
2012	Samhandlingsreformen (reform under implementering) Mål: å bedre koordineringen av helse- og omsorgstjenester mellom kommuner og sykehus, og å legge mer vekt på folkehelse (herunder å forebygge sosiale ulikheter i helse).
2013	Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet (reform vedtatt) Mål: å gi en helhetlig tilnærming til kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet

6.1.1 Endringer i regelverket for sykefravær og forbedret kapasitet på spesialistbehandling (2006)

Konfrontert med en økning i tapt arbeidstid som følge av sykefravær og en høy uførefrekvens, som var blant de høyeste i OECD (se pkt. 1.4), etablerte regjeringen i 2006 en ekspertkomisjon ledet av statsministeren. Kommissjonen skulle komme med forslag til hvordan man kunne redusere sykefraværet. Hovedanbefalingen som ble presentert i en stortingsmelding, var å øke kapasiteten for spesialistbehandling gjennom særlig finansiering (Arbeidsdepartementet, 2006). Basert på stortingsmeldingen og «Avtale om inkluderende arbeidsliv», som har vært på plass siden begynnelsen av 2000-tallet, etablerte regjeringen i 2007 et prosjekt kalt «Raskere tilbake», med formål å bidra til redusert sykefravær. Prosjektet ble utviklet som et resultat av sentrale forhandlinger, og er en avtale mellom staten, fagforeningene og arbeidsgiverorganisasjonene. Alle de viktigste aktørene i det norske arbeidsmarkedet støttet initiativet. Den nåværende avtalen gjelder for perioden 2010–2013.

Spesielle ordninger ble organisert innenfor spesialistbehandling for å sikre at yrkesaktive som er sykemeldt, eller som stod i fare for å bli sykemeldt, ikke trenger å stå på ordinær venteliste for elektiv behandling, men i stedet skulle få tilgang til behandling raskere. De regionale helseforetakene økte kapasiteten, for eksempel ved å tilby behandling i helgene ved offentlige sykehus innen ortopedi, revmatologi og psykisk helsevern, og ved å benytte private kommersielle aktører til økning i tilbudet innen ortopedi og rehabilitering. Ansvaret for å følge opp prosjektet har vært delt mellom Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. NAV ble satt til å lede tjenester som for eksempel medisinsk vurdering, oppfølging, arbeidsrelatert rehabilitering samt tjenester for mennesker med behov for psykisk helsehjelp. De regionale helseforetakene fikk ansvaret for spesialiserte tjenester, og Helsedirektoratet fikk oppgaven med å overvåke gjennomføringen av prosjektet.

Siden 2007 har mer enn 1,4 milliarder kroner blitt avsatt til prosjektet (Helse Sør-Øst RHF, 2013). I en tidlig evaluering av «Raskere tilbake», ble det funnet at nesten 40 000 personer hadde vært inkludert i ordningen mellom begynnelsen av 2007 og slutten av 2008. De fleste ble behandlet av spesialisthelsetjenesten (Drangslund & Kjerstad, 2008). I 2012 leverte Sør-Øst RHF tjenester til ca. 21 400 personer innenfor ordningen. Videreføringen av «Raskere tilbake» vil bli vurdert av regjeringen i andre halvdel av 2013 eller tidlig 2014. En fersk evaluering av «Avtale om inkluderende arbeidsliv» konkluderer med at avtalen har vært et viktig redskap for å redusere sykefraværet. Det totale antallet har gått ned med 12 % i perioden 2001 til 2012, men samtidig understrekes det at avtalen ennå ikke har nådd «sitt fulle potensial» (Osborg Ose et.al, 2013).

6.1.2 Restrukturering av de regionale helseforetakene (2007)

Det viktigste elementet i sykehusreformen fra 2002 var flytting av ansvaret for spesialistbehandling fra fylkeskommunene til staten samt den påfølgende delegeringen av dette ansvaret til de fem regionale helseforetakene (se pkt. 2.2).

I februar 2007 besluttet regjeringen å slå sammen de to regionale helseforetakene Sør og Øst og etablerte Helse Sør-Øst RHF (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007c). Hovedårsakene til denne fusjonen var å bedre styringen og samordningen av spesialistbehandlingen i Norge generelt og å bedre organiseringen av sykehustilbudet i Oslo-området spesielt. Forslaget ble godkjent uten mye debatt i april samme år.

Helse Sør-Øst RHF ble formelt etablert 1. juli 2007 og ble det største regionale helseforetaket i Norge. I 2012 hadde det 70 000 ansatte og et budsjett på 60 milliarder kroner. Sammenslåingen av de to regionale helseforetakene har blitt etterfulgt av en stor prosess med omorganisering av sykehusene i hovedstaden, den såkalte «hovedstadsprosessen», som startet i 2008 og som fortsatt pågår. I denne prosessen har sykehus blitt lagt ned, nye opptaksområder er utarbeidet, oppgaver har blitt flyttet mellom sykehus og avdelinger som utfører de samme oppgavene, har blitt slått sammen. Prosessen blir fulgt tett av Helse- og omsorgsdepartementet.

Sammenslåingen av de to regionale helseforetakene og den påfølgende hovedstadsprosessen blir nå evaluert. Evalueringsprogrammet, som ble igangsatt i slutten av 2012, går over tre år.

6.1.3 Endringer i finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten (2008)

Spørsmålet om hvordan man skal finansiere sykehustjenester har vært et viktig helsepolitisk tema i løpet av de siste tiårene, og ulike endringer i sykehusfinansieringen har blitt introdusert gjennom årene (se avsnitt 3.7.1). Behovsbaserte fordelingsnøkler for finansiering av helsetjenester har vært brukt siden 1980, blant annet ut fra målet om å sikre geografisk likhet i tjenestetilbudet (Magnussen, 2010).

Da staten overtok ansvaret for sykehusene fra fylkeskommunene i 2002, ble det også tatt initiativ for å tilpasse sykehusenes finansieringsmodell til den nye organiseringen. Den offentlige ekspertkomiteen som ble oppnevnt, anbefalte at staten ikke burde bruke kun innsatsstyrt finansiering overfor de regionale helseforetakene, men også gi hvert RHF en fast andel av det totale helsebudsjettet. En ny behovsbasert nøkkel for allokering av ressurser mellom de daværende fem RHF-ene ble også foreslått. Dette ville ha resultert i en større omfordeling av ressurser fra Helse Nord til Helse Vest og Helse Midt-Norge, men forslaget ble ikke implementert (Helsedepartementet, 2003a). Regjeringen beholdt ordningen med delvis innsatsstyrt finansiering av de regionale helseforetakene samtidig som den foreslåtte behovsbaserte fordelingsnøkkel ble ansett for å være politisk uakseptabelt på den tiden (Magnussen, 2010).

Arbeidet med å begrense konsekvensene av den nye fordelingsnøkkelen som ble foreslått i 2003, med retrospektive overføringer fra de bedrestilte til de dårligere stilte RHF-ene, var naturlig nok ikke populær blant de bedrestilte. Derfor ble en ny offentlig ekspertkomité oppnevnt for å utvikle en fordelingsnøkkel i 2008, og en ny løsning ble enstemmig foreslått (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008 (se pkt.3.3). Denne formelen ble basert på et nytt sett av variabler og metoder for vekting av tjenester, og inkluderte en kompensasjon for strukturelle kostnadsforskjeller mellom de regionale helseforetakene. Det ble anslått at gjennomføringen av den nye løsningen innenfor eksisterende budsjetter ville føre til en omfordeling av rundt 800 millioner kroner fra Helse Sør-Øst RHF (ca. 2,2 % av inntektene) til de tre andre regionale helseforetakene (Magnussen, 2010).

Utvalgets rapport ble sendt på høring og resulterte i en stor offentlig debatt, med et klart skille mellom de potensielle vinnerne og taperne. Geografiske skillelinjer kunne også observeres i den parlamentariske diskusjonen, og diskusjonen ble svært opphetet. Helseministeren erklærte til slutt at regjeringen hadde til hensikt å følge anbefalingene fra komiteen. Trolig ved hjelp av partipisk ble den nye modellen, med noen mindre endringer, godkjent av Stortinget i desember 2008 (Magnussen, 2010:459).

6.1.4 Nasjonalt helseregisterprosjekt (2011)

Helsevesenet har flere nasjonale helseregistre (se avsnitt 2.7.1), men fordi noen av dem er ganske gamle, etablerte Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 et forprosjekt til nytt Nasjonalt helseregisterprosjekt. Målet var å samordne og modernisere både de nasjonale helseregistrene og nasjonale kliniske kvalitetsregistre. I tillegg ønsket man at pilotprosjektet skulle sikre korrekt og fullstendig informasjon i sanntid for å forbedre bruken av data for forskning, helseovervåking, forebygging og kvalitetssikring. Som en del av forprosjektet ble det laget en rapport med tittelen «Gode helseregistre – bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010 – 2020». Rapporten, som ble utarbeidet i 2009, inneholdt forslag til nasjonal strategi og handlingsplan. I høringen som ble avsluttet i mars 2010, var det bred enighet om at pasientjournaler var viktig. Videre utvikling og modernisering av nasjonale helseregistre og kliniske registre ble også sterkt støttet (se avsnitt 2.7.1). Flere parter i høringsprosessen la vekt på at det i fremtiden bør rettes spesiell oppmerksomhet mot å ivareta personvernet.

Våren 2011 vedtok regjeringen en nasjonal strategi for helseregistre for perioden 2010–2020, og Nasjonalt helseregisterprosjekt ble offisielt lansert høsten 2011. Prosjektet blir nå gjennomført, og gjeldende handlingsplan for 2012- 2013 ser spesielt på saker som koordinering, styring, organisering og finansiering av registre, og på problemstillinger som har som mål å sikre personvernet og det juridiske rammeverket.

6.1.5 Samhandlingsreformen (2012)

Å bedre samordningen mellom helsetjenester har stått øverst på den helsepolitiske agendaen siden 2008, men røttene til en helhetlig politikk for bedre samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten går enda lenger tilbake i tid. Det første nasjonale politiske initiativet på dette området ble tatt i 2003 gjennom utnevnelsen av en offentlig ekspertkomité. Komiteen pekte på pasientgrupper som er spesielt sårbare for manglende koordinering og foreslo et landsdekkende avtalesystem som skulle gjelde mellom sykehusene og de omkringliggende kommunene. Avtalene skulle både redusere unødvendige innleggelser og ventetider ved utskrivning fra sykehus. De skulle også gjøre overgangen fra sykehus til hjem så effektiv og trygg som mulig for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005b).

Den nye helseministeren, som tiltrådte i slutten av 2008, gjorde bedre samordning i helse og omsorgstjenesten til sin viktigste politiske oppgave og påbegynte et arbeid under navnet «Samhandlingsreformen». I 2009 ble en stortingsmelding kalt «Samhandlingsreformen» lagt frem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009b). Stortingsmeldingen identifiserte tre store utfordringer: (1) Utilstrekkelig koordinering av tjenester for pasienter som trenger både helse- og omsorgstjenester. Eksempelvis ble pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester utskrevet fra sykehuset uten at det var sørget for de nødvendige omsorgstjenestene i kommunen; (2) For lite vekt på forebygging i helsetjenesten; (3) Mekanismene for kostnadskontroll og effektivitet i helsetjenester er for svake.

Etter omfattende konsultasjonsrunder med ulike interessenter samt debatter i Stortinget presenterte regjeringen i april 2011 sitt forslag til nye lover (Pedersen, 2012). Den endelige lovgivningen som ble vedtatt av Stortinget i midten av 2011, inneholder blant annet en lang liste med tiltak som klargjør arbeidsdelingen mellom kommunene og helseforetakene. Den understreker videre aktørenes ansvar for ulike pasientgrupper. Reformen ble vedtatt med bred støtte i Stortinget, men ble også møtt med en viss motvilje fra opposisjonspartiene. De hevdet at mange kommuner var for små til å ta på seg større administrativt og økonomisk ansvar som følge av reformen (Pedersen, 2012). Reformen består av to viktige lover – den kommunale helse- og omsorgsloven og folkehelseloven, begge vedtatt i 2011. I tillegg består den av den nasjonale helse- og omsorgsplanen (2011-2015) (Helsedirektoratet, 2012c). I tillegg til det lovpålagte arbeidet, er reformen også basert på frivillige avtaler mellom kommuner og sykehus samt finansielle instrumenter for å støtte samarbeid og koordinering.

Folkehelseloven etablerte et nytt grunnlag for å styrke det systematiske folkehelsearbeidet ved utviklingen av helsepolitikk og planlegging av samfunnsutvikling som igjen er basert på regionale og lokale utfordringer og behov. Den gir også et grunnlag for samordning av folkehelsearbeidet på tvers

av ulike sektorer og aktører, og mellom myndigheter på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå (se kapittel 5.1).

Den kommunale helse- og omsorgsloven innførte to viktige endringer. I møte med en viss motstand fra leger og sykepleieres fagforeninger ble kommunene gitt fullt ansvar for utskrivningsklare pasienter. Derneft ble det iverksatt en modifisert versjon av kommunal medfinansiering av sykehustjenester for utskrivningsklare pasienter. For å avgrense risiko og økonomiske forpliktelser for kommunene, ble kostnadsdelingen i første omgang begrenset til somatisk ikke-kirurgisk behandling.

Norges forskningsråd har fått ansvaret for å evaluere reformen. Evalueringen startet våren 2012 og skal gå over tre år. Ingen resultater er tilgjengelig ennå.

6.1.6 Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet (2013)

I 1995 innførte Helsetilsynet den første nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Den nåværende strategien som dekker perioden 2005–2015, ble presentert av Helsedirektoratet i 2005 og legger vekt på pasientsikkerhet. I 2012 la Helse- og omsorgsdepartementet frem Stortingsmelding nr. 10 (2012–13). I meldingen ble det foreslått tiltak for å bedre sikkerheten og kvaliteten på tjenestene, med mer vekt på brukerrorettede helsetjenester, systematisk kvalitetsutvikling og forebygging av uønskede hendelser.

Følgende tiltak ble foreslått:

- Innføre av et femårig nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, med mål om å redusere uønskede hendelser, bedre pasientsikkerhetskultur, sørge for en økende involvering av kommunehelsetjenesten samt en klarere involvering av både pasienter og helsepersonell;
- Utvide meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten til å omfatte meldinger fra kommuner og pasienter;
- Etablere en permanent etterforskningsenhet innenfor Statens helsetilsyn som vil kunne reagere raskt i tilfeller av alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten;
- Utrede hvordan alvorlige hendelser og mistenkte lovbrudd i helse- og omsorgstjenestene kan bli fulgt opp;
- Bedre rettighetene til pasienter og deres familier ved alvorlige hendelser;
- Et nasjonalt pilotprosjekt om kvalitetsbasert finansiering i sykehusene, der en del av sykehusfinansieringen vil bli gjort avhengig av hvilke resultater sykehusene oppnår av kvalitet og hva de gjør for å bedre kvalitet og sikkerhet;
- Utvikle og publisere flere kvalitetsindikatorer og å vurdere etablering av et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Stortingsmeldingen ble behandlet i Stortinget i april 2013 og et flertall i helse- og omsorgskomiteen var enig i de foreslåtte tiltakene. Et mindretall av komitémedlemmene foreslo, til tross for at de var enig i de viktigste målene i stortingsmeldingen, enkelte andre virkemidler. For eksempel ble det foreslått å innføre en frist for når helseforetak bør være sertifisert i henhold til standarder fra International Organization for Standardization (ISO), men forslagene ble ikke støttet av flertallet (Regjeringen, 2013).

Stortingsmeldingen foreslo også å etablere et nasjonalt system for innføring av ny teknologi i sykehus.

De foreslåtte tiltakene omfattet:

- Innføre og videreutvikle et system for bruk av metodevurderinger (tilsvarer det engelske health technology assessment, HTA) før nye metoder tas i bruk på sykehus, som anbefalt av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, se pkt. 2.7.3;
- Å etablere retningslinjer for mini-metodevurdering for rask vurdering av ny teknologi i sykehus;
- Å utvikle en egen vurderingsmetodikk for legemidler finansiert av spesialisthelsetjenesten;
- Å endre lovgivningen om prioritering ved å etablere en klarere terminologi knyttet til eksperimentell behandling;
- Å etablere felles nasjonale prinsipper for bruk av eksperimentell behandling i sykehus.

Disse tiltakene ble gitt sin tilslutning av Stortingskomiteen. Det nasjonale systemet for innføring av ny teknologi og en database for deling av ferdige mini-metodevurderinger ble lansert i begynnelsen av 2013. Det er under utvikling gjennom et samarbeid mellom Helsedirektoratet, de fire regionale helseforetakene, Statens legemiddelverk og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

6.2 Fremtidig utvikling

Samhandlingsreformen som ble iverksatt fra 1. januar 2012, vil fortsatt skape helsepolitiske diskusjoner i årene som kommer. Det er også sannsynlig at områder som folkehelse, kommune- og spesialisthelsetjeneste, pasientrollen og kvalitet og pasientsikkerhet vil få økt oppmerksomhet. Det er usannsynlig at det vil bli gjennomført grunnleggende organisatoriske endringer. I stedet kan man forvente ytterligere forbedringer av eksisterende løsninger.

Det er ventet en tverrdepartemental strategi for gjennomføringen av folkehelseloven i 2013 i form av en stortingsmelding som ble fastsatt i Nasjonal helseplan (2011-2015).

På kommunalt nivå vil forebyggende helsetiltak og fastlegeordningen bli videreutviklet. Et viktig element i denne ordningen er innføringen av et mer forpliktende samarbeid mellom fastlegene og

kommunene – for å oppmuntre fastleger til å ta større ansvar for tjenester både til pasienter på listen sin og til befolkningen for øvrig. Kommunene forventes å utvide tilbudet om hjemmetjenester og å øke antall senger i sykehjem, i henhold til Omsorgsplan 2015 (se pkt. 2.5).

Regjeringen har en uttalt intensjon om å utforske ulike modeller for finansiering av tannhelsetjenester, inkludert et tak for egenandeler. Det er også en ambisjon om å tilpasse spesialisttjenestene bedre til pasientenes behov. Både desentraliserte og sentraliserte modeller av bestemmelser for helsetjenestene vil bli vurdert. Desentralisering kan være av spesiell interesse for store pasientgrupper med kroniske sykdommer eller sammensatte lidelser som bruker helsetjenester ofte, og som ville ha nytte av lokale tilbud. På den annen side kan det motsatte gjelde for teknologisk avansert behandling. Innen psykisk helse spiller distriktpsykiatriske sentre (se kapittel 5.11) en viktig rolle for integrert behandling, som kan bedre koordineringen, tilgjengeligheten og effektiviteten.

Utdanning av helsepersonell må være tilpasset kravene i samhandlingsreformen. Regjeringen har foreslått en løpende vurdering av innholdet i grunn- og videreutdanninger, samt kompetanseutvikling innenfor sektoren. Med hensyn til innholdet har myndighetene vektlagt en mer prosessorientert tilnærming, utvikling av kompetanse i koordinering, fokus på brukermedvirkning og mer vekt på temaer som forebygging og folkehelsearbeid. Det er også en uttalt politisk ambisjon om å redusere sykefraværet, tidlig pensjonering og uførhet innen helsetjenesten, ettersom det fremover forventes mangel på helsepersonell (se pkt. 4.2).

Regjeringens ambisjon for samhandlingsreformen er å bedre samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og bedre samarbeidet mellom sykehusene. Dette skal oppnås ved bedre samarbeid og fordeling av oppgaver mellom sykehusene. Det er også planer om å styrke spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus, for eksempel ved å flytte noen av tjenestene til lokalmedisinske sentre i kommunene.

Det er en politisk ambisjon å gi pasienter og deres familier en klarere definert rolle innen helse- og omsorgstjenester og mer innflytelse over utformingen av tjenestene de mottar. Tiltak for å oppnå dette er å forbedre pasientens kunnskap om tjenester og helse, for eksempel gjennom videreutvikling av innholdet i den nasjonale nettbaserte helseportalen. I tillegg er det et ønske om å utnytte muligheten for egenomsorg bedre, for eksempel ved å bygge opp selvhjelpsgrupper. Myndighetene har også etterlyst et rammeverk som gjør at familiemedlemmer får mulighet til å kombinere omsorgsoppgaver med arbeid, for å dele omsorgsansvaret mer likt mellom menn og kvinner og for å gi dem en «stemme» som omsorgspersoner.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for tiden med en ny lov som vil styrke posisjonen til pasienter og deres pårørende i tilfeller av alvorlige hendelser i helsetjenesten. Forslaget tar sikte på å gi de berørte pasientene informasjon om hvordan hendelsen er fulgt opp og hva den endelige avgjørelsen av Helsetilsynet ble (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

7. Vurdering av helsevesenet

Det norske helsevesenet gir generelt sett pasienter en god økonomisk beskyttelse ved sykdom og ved død som følge av sykdom. Tilbudet av helsetjenester omfatter alle, og det offentlige dekker det meste av helseutgiftene (85 %). Ulike mekanismer, som for eksempel egenandelstak og fritak for egenandeler for utvalgte grupper, begrenser også den økonomiske belastningen helsetjenester kan innebære for enkeltpersoner. For noen typer behandling er imidlertid graden av offentlig finansiering mye lavere og innslaget kan variere for ulike befolkningsgrupper. For eksempel faller tannhelsetjeneste for voksne helt utenfor de offentlige ordningene.

Til tross for at legetettheten i Norge er blant de høyeste i Europa, er det en utfordring å sikre lik tilgang til helsetjenester over hele landet. Fastlegene er ganske godt fordelt, mens spesialisthelsetjenestene er konsentrert til tettbygde strøk. Syketransporttjenestene bidrar imidlertid til å motvirke noe av den geografiske ulikheten. Det er fortsatt sosioøkonomiske ulikheter i forbruket av helsetjenester, og dette har ikke endret seg over tid. Det finnes fortsatt ikke mye tilgjengelig informasjon om årsaken til ulikhetene.

Brukernes erfaringer med helsevesenet ser ut til å være som for andre OECD-land. Samhandlingen mellom sykehus og andre helsetjenester og ventetider for planlagt behandling er to områder som kan forbedres. Innleggelse i sykehus for tilstander som for eksempel kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), som til en viss grad kan unngås, er betydelig høyere i Norge enn i andre OECD-land. Dette kan tyde på at kvaliteten på behandlingen kan bli bedre.

Helsetjenesten har hatt en betydelig fremgang både i forhold til effektivitet og åpenhet de siste to tiårene, men det er stadig rom for forbedring også på disse områdene.

Totalt sett er helsetilstanden for den norske befolkningen god og har blitt bedre de siste tiårene. Forebyggende helsetjenester og forbedringer i kvaliteten på helsetjenestene kan ha bidratt til den positive utviklingen. Dødelighet ved behandling er lav, noe som indikerer at helsevesenet bidrar til å bedre befolkningens helse. På områder som viser mindre gunstig utvikling, for eksempel overlevelse ved tykktarmskreft, er det satt i verk tiltak (screening). Dette viser at det stadig arbeides med å forbedre helsetjenesten der det er behov

7.1 Uttalte mål for helsesystemet

Målene for det norske helsevesenet er nedfelt både i lovgivningen (se kapittel 2.1) og i ulike strategidokumenter. Helsetjenestene er universelle, og tjenester som tilbys, forventes å være de samme for alle og av høy kvalitet (Schiøtz, 2008). Målet om å sikre «lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet» er uttrykkelig angitt i pasientrettighetsloven. Tilgang til tjenester skal være i henhold til helsebehov og gi lik tilgang ved like behov, uavhengig av kjønn, sosial og økonomisk bakgrunn og bosted (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Prinsippet om lik rett til helsetjenester er supplert med tre prinsipper for prioritering: (1) Alvorlighet, det vil si om pasienten får et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet om helsehjelpen utsettes; (2) at pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen; (3) at tiltakets kostnad står i et rimelig forhold til tiltakets effekt (pasientrettighetsloven 1999, Bringedal, 2005; Ringard, Larsen & Norheim, 2012).

De nasjonale helsemålene inkluderer også sunn aldring («flere gode leveår for alle i befolkningen ...») og bedre livskvalitet (Helsedepartementet, 2003b). Spesiell oppmerksomhet skal også rettes mot de helsemessige behovene for bestemte befolkningsgrupper, for eksempel nyfødte, kvinner, kreftpasienter, eldre og den yrkesaktive befolkningen. Disse målene er forankret i både lovverk og nasjonale styringsdokumenter. De sentrale styringsdokumentene for perioden som er analysert i denne rapporten (fra 2006 til slutten av 2012) er Nasjonal helseplan (2007 - 2010) og den nåværende Nasjonal helseplan (2011 -2015) samt Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005 -2015).

I nasjonal helseplan for 2007–2010 foreslås følgende seks pilarer for helsevesenet: Helhet og samhandling, demokrati og legitimitet, nærhet og trygghet, styrket brukerrolle, faglighet og kvalitet samt arbeid og helse. De viktigste målene i den nasjonale helseplanen for 2011–2015 er å få økt oppmerksomhet mot kostnad per kvalitetsjusterte leveår (QALY) og å redusere sosiale ulikheter i helse. Målene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestene er at tjenestene skal være virkningsfulle, at de er trygge og sikre, at de involverer brukerne og gir dem innflytelse, at de er samordnet og preget av kontinuitet, at de utnytter ressursene på en god måte og at de er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

7.2 Økonomisk trygghet og utjevning med hensyn til helseutgifter

7.2.1 Økonomisk trygghet

Det offentliges andel av helseutgiftene er relativt høy i Norge sammenlignet med andre land i Vest-Europa og i WHO's Europaregion. Den private andelen av helseutgiftene er på ca. 15 % av de totale utgiftene, men på noen områder er egenbetalingen mye høyere. Pasientene kan således ha mindre økonomisk beskyttelse mot risiko for dårlig helse innenfor disse områdene (se kapittel 3).

Ettersom helsesystemet er tilnærmet universelt, er høy egenbetaling et resultat av tjenester som ikke blir tilbudt (ikke inngår i helsetjenestetilbudet) eller blir dekket av vanlig egenbetaling. De fleste tannpleietjenestene for voksne er for eksempel utelukket fra dekningsordningen (se pkt. 3.3.1).

For å begrense den økonomiske byrden av egenandeler for den enkelte, fastsetter Stortinget årlig et egenandelstak som er likt for alle (se kapittel 3.4.1). Det er også innført fritak for egenbetaling for enkelte grupper (f.eks. barn) og sykdommer (f.eks. tuberkulose).

I en generell befolkningsundersøkelse utført av Commonwealth Fund i 2010, oppga 4,6 % av nordmenn at de hadde problemer med å betale for helsetjenester. Denne andelen var noe mindre enn i de andre europeiske landene som deltok i undersøkelsen (4,9 % i gjennomsnitt), inkludert Sverige (5,2 %), og mye mindre enn i USA (20,6 %) (Skudal et al., 2010). I en Commonwealth Fund-undersøkelse av syke voksne (kronikere) i 2011, rapporterte 7 % av de norske respondentene å ha store problemer med å betale eller at de ikke var i stand til å betale regninger. Det var høyere enn i Storbritannia (1 %) og i Sverige (4 %), men lavere enn i seks andre land som deltok i undersøkelsen (Holmboe et al., 2011). Samlet sett virker det som den finansielle belastningen helsetjenestene har for befolkningen er akseptabel og ikke til hinder for at nødvendig behandling ytes. Som forklart ovenfor, kan graden av kostnader for ulike typer behandling og ulike deler av befolkningen variere. Det er for tiden ingen tilgjengelige analyser av dette.

7.2.2 Utjevning med hensyn til helseutgifter

Det offentlige dekker det vesentlige av finansieringen av helsevesenet, og finansieringen er basert på et overveiende progressivt skattesystem (se kapittel 3.3.2). Det er bygget inn stor omfordeling gjennom skatte- og velferdssystemet i Norge, noe som bidrar til utjevning av inntektsforskjeller. Norge rangeres som nummer tre blant OECD-landene, ifølge Gini-koeffisienten (se kapittel 1). Andelen i både offentlig og privat forbruk samt skatteinntektenes sammensetning har vært stabil de siste årene (se kapittel 3). Mens finansiering av de fleste helsetjenestene har hatt en uendret finansiering med stabilt stor grad av offentlig dekning, er tannbehandling for voksne et område som har fått relativt mindre offentlig finansiering over tid (sagt på en annen måte er den regressiv). Siden midten av 2000-tallet har det vært en diskusjon om å endre finansiering av tannhelsetjenesten. Målet med en slik endring vil være å sikre en mer rettferdig tilgjengelighet til tjenestene (konkrete endringer er ennå ikke foreslått, se pkt. 6.2) (Helsedepartementet, 2005a). Det finnes ikke detaljerte analyser om de distributive finansieringseffektene for andre typer behandling.

7.3 Brukererfaringer og lik tilgang til helsetjenester

7.3.1 Brukererfaringer

Brukererfaringer og tilfredshet med helsevesenet, spesielt blant pasienter som bruker sykehustjenester, er målt i flere nasjonale undersøkelser. Videre har Norge deltatt i flere internasjonale undersøkelser som måler befolkningens oppfatning av helsesystemer (se avsnitt 2.9.5).

I en Commonwealth Fund-undersøkelse gjennomført i 2010 vurderer den voksne befolkningen i 11 land sine helsesystemer. Norges score var «middels» på de fleste områder. Norge skåret i tillegg under gjennomsnittet på flere områder, noe som indikerer at det er forbedringspotensial på disse områdene. Dette gjaldt: (1) vurdering av fastlegen, herunder kommunikasjon, pasientens medvirkning og hvorvidt legen har brukt tilstrekkelig tid i konsultasjoner), (2) antall brukeropplevde medisinske feil og hvordan sykehusene ble vurdert ved utskrivning. Norge skåret høyere enn gjennomsnittet på andelen av de spurte som rapporterte å ha en fastlege, og på andelen av de som rapporterte å ha tilgang til medisinsk hjelp utenom vanlig arbeidstid. Det første kan henge sammen med fastlegeordningen, mens det siste trolig skyldes måten øyeblikkelighjelp-tjenestene er organisert på (Skudal et al. 2010).

Mens bare en liten andel av fastlegene har systemer for å måle brukeropplevelser (Skudal et al. 2010), blir sykehuspasienter kartlagt mer regelmessig. Resultatene fra den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen fra sykehus i 2011 viser at pasientene totalt sett er fornøyd med behandlingen. Rapportert opplevelse av pasientsikkerhet, omsorg for pårørende og samhandling med leger og pleiepersonell var gode. Flere forhold, som informasjon før utskrivning, koordinering med andre helsetjenester og ventetid før innleggelse, kom dårligere ut og kan forbedres. Samlet sett endret pasienttilfredsheten seg lite mellom 2006 og 2011 på de 22 indikatorene som ble sammenlignet. Pasientens opplevelse var bedre for to indikatorer og dårligere for tre i perioden. For de viktigste indikatorene var det generelt liten forskjell mellom helseregionene. Den største regionale variasjonen ble funnet for indikatoren behandlingskvalitet: Pasienter behandlet i Helse Midt RHF og i Helse Sør-Øst RHF hadde bedre opplevelse enn pasienter behandlet i Helse Nord og Helse Vest (Skudal et al, 2012).

Som nevnt i pkt. 4.2, er ventetidene for sykehusbehandling i Norge lang i forhold til i andre land. Ifølge en OECD-undersøkelse fra 2010, måtte 50 % av respondentene vente mer enn fire uker på spesialistbehandling. Dette er den tredje høyeste skåren etter Canada (59 %) og Sverige (55 %). Videre måtte 21 % vente fire måneder eller mer for planlagt kirurgi – den tredje høyeste skåren etter Canada (25 %) og Sverige (22 %) (OECD, 2012b).

Det å redusere ventetider i spesialisthelsetjenesten har vært ansett som en stor politisk utfordring, og flere politiske initiativ har blitt tatt. Et av de første tiltakene var innføringen av fritt sykehusvalg for planlagt behandling. Ordningen ble innført 1. januar 2001 som ledd i loven om pasientrettigheter. I

2004 ble prioritering gjennom ventetid introdusert i sykehus, med eksplisitte retningslinjer for hvordan enkeltpasienter skal prioriteres innenfor en gruppe ved å tildele maksimale ventetider. Ifølge en rapport fra Helsedirektoratet ble andelen brudd på maksimale ventetider redusert mellom 2006 og 2011 (Helsedirektoratet, 2012b). Denne reduksjonen ble imidlertid ledsaget av en reduksjon i andelen pasienter som fikk fastsatt en maksimal ventetid samt kun en liten reduksjon i faktiske ventetider.

Et nytt initiativ som kan bidra til å redusere ventetider er Samhandlingsreformen. Den har blant annet som mål å bremse veksten i antall pasienter som blir behandlet i sykehus, ved å tilby mer av deres behandling i primærhelsetjenesten, se avsnitt 6.1.5 (Skudal et al., 2010).

7.3.2 Lik tilgang til helsetjenester

Tilgang til helsetjenester for alle som trenger helsehjelp, er ansett som en grunnleggende sosial rettighet i de fleste europeiske land, inkludert Norge. Et viktig helsepolitisk mål er å sikre universell og rettferdig tilgang til helsetjenester (se pkt. 7.1).

Norge er blant de land som høyest legetetthet i Europa. På grunn av utfordrende geografiske forhold og spredt befolkning, er det likevel vanskelig å sikre lik tilgang til helsetjenester (se pkt. 4.2). Fastlegene er ganske godt fordelt over hele landet, mens praktiserende spesialister er konsentrert i hovedstaden og andre tettbygde strøk (se pkt. 4.2). Det er også geografiske ulikheter i tilgang til tannhelsetjeneste (SSB 2012g), ettersom det er mer utfordrende å få ansatt offentlige tannleger i enkelte områder av landet. De fleste store sykehusene er lokalisert i byområder, og alle universitetssykehusene ligger i de største byene. Innbyggere i småbyer og på landsbygda må oftest reise langt for å få tilgang til slik spesialisert behandling. Personer som bor nærmere høyspesialiserte tjenester bruker dem oftere (Lafkiri, 2010). En utbredt syke transport- og ambulansetjeneste (se kapittel 5.5) kan være et bidrag til å motvirke disse geografiske ulikhetene (Lindahl, 2012).

Forsøket på å sikre lik og rettferdig geografisk tilgjengelighet til helsetjenester har lenge vært høyt politisk prioritert. Gjennom årene er det iverksatt flere strategier for å rekruttere helsearbeidere til Nord-Norge, og få dem til å bo der. Et av de mest vellykkede tiltakene var etableringen av en medisintutdanning i Tromsø på begynnelsen av 1970-tallet. Telemedisin er også et verktøy for mer lik tilgang til helsetjenester. Tromsø har for øvrig det akademiske forskningsmiljøet for telemedisin i Norge (Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, se avsnitt 4.1.4).

Ulik tilgang til helsetjenester kan også ha sosioøkonomiske årsaker. En studie av spesialistbehandling i OECD-landene fra 2004 fant at det er sosioøkonomiske ulikheter som favoriserer høyinntektsgrupper i tilgang til helsetjenester alle land, bortsett fra i Storbritannia, Nederland og Norge (de Looper og Lafortune (2009).

Studier som tar hensyn til ulike helsebehov, finner at bruken av primærhelsetjenesten i Norge er relativt lik mellom ulike utdanningsgrupper (Stirbu et al. 2011). På den annen side har det vært vist at bruk av spesialisthelsetjenesten er mer vanlig blant folk med høyere utdanning. For eksempel fant Iversen og Kopperud (2005) at personer med høyere utdanning som bodde i byområder med større tilgang til offentlig finansiert private spesialister, brukte dem oftere enn personer med lavere utdanning som bodde i distriktene med mindre tilgang til slike spesialister.

I en nyere studie av Jensen (2009) ble sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester undersøkt ved hjelp av data fra Folke- og bolig tellingen. Studien viste at sosiale ulikheter i tilgangen til helsetjenester er høyere blant middelaldrende og høyest blant eldre. Videre fant studien at enkelte utdanninger hadde større innvirkning på bruken av spesialisthelsetjenester enn inntekt. Dette gjør det vanskeligere å finne ut hvor mye av forskjellene som skyldes kohort eller livsløp.

Det er dokumentert at reformen om fritt sykehusvalg påvirker tilgangen til helsetjenester (for mer informasjon om pasientens valg, se avsnitt 2.9.2). Det er mer sannsynlig at de som har høy inntekt, høyere utdanning eller er i arbeid oftere benytter seg av denne ordningen enn andre. For utdanning har denne sammenhengen form som en sosial gradient (Riksrevisjonen, 2011a; Ringard, 2012b). Pasienter som rapporterer å ha valgt sykehus selv vil, på den annen side, oppleve kortere gjennomsnittlig ventetid enn pasienter som benytter det lokale sykehuset (Ringard & Hagen, 2011). Regjeringen Stoltenberg ga fra 2005 arbeidet mot sosial ulikhet høy prioritet. I 2007 ble det utformet en nasjonal strategi med fokus på å redusere sosiale ulikheter i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Et viktig ledd i gjennomføringen av strategien er Folkehelseloven av 2011 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a) (se pkt.5.1). Loven gjør ansvaret for folkehelsearbeidet og reduserte helseforskjeller til en sentral del av folkehelsearbeidet nasjonalt, regionalt og lokalt. Man håper at loven i det lange løp vil endre determinantene for sosial ulikhet i helse gjennom å involvere også andre samfunnssektorer (se pkt. 2.6 og 6.1).

7.4 Helsetilstand, helsetjenesten og kvaliteten på behandlingen

7.4.1 Befolkningens helse

Helsetilstanden til den norske befolkningen er god også sammenlignet med andre land. Det kan også observeres en positiv utvikling for indikatorer som levealder, dødelighet av hjerte- og karsykdommer (den primære årsaken til dødelighet i Norge) og andelen daglig røykere i voksne befolkningen. Noen andre risikofaktorer som overvekt og fedme har hatt en mindre positiv utvikling (se pkt. 1.4).

Det er ikke lett å tilskrive forbedringer i befolkningens helse direkte til helsevesenet. Det er imidlertid sannsynlig at både forebyggende tjenester og forbedringer i organiseringen og kvaliteten på helsetjenestene har bidratt til den positive utviklingen. I 2012 ble Norge (og Sverige) rangert først med

hensyn til behandlingsresultater og som nummer tre (etter Nederland og Finland) med hensyn til omfanget av forebyggende tjenester på Euro Health Consumer Index (Health Consumer Powerhouse, 2012). Nedgangen i andelen dagligrøykere har trolig blitt påvirket av offentlige helsekampanjer, høye avgifter på tobakksprodukter og forbud mot tobakksrøyking på offentlig sted. Faktorer med mindre positive utvikling må observeres og kan kreve flere forebyggende så vel som andre tiltak i fremtiden.

Endringer i overlevelse og dødelighet forbundet med medisinsk behandling kan være en indikasjon på helsevesenets bidrag for å bedre befolkningens helse. Health Care Quality Indicators (HCQIs), som er utviklet i regi av OECD, viste økt overlevelse for brystkreft, livmorhalskreft og endetarmskreft i Norge mellom 1997 og 2009. Kreftoverlevelsen var gjennomsnittlig høyere i Norge enn i OECD for alle de tre krefttypene både i perioden 1997–2002 og 2004–2009. Overlevelsen økte raskere mellom de to periodene for livmorhalskreft og endetarmskreft enn for brystkreft (se tabell 7.1). Norge hadde den høyeste overlevelseshraten for livmorhalskreft i Europa (OECD, 2012b). De viktigste faktorene som mest sannsynlig har bidratt til de positive resultatene, er tidligere diagnose – blant annet på grunn av et nasjonalt screeningprogram, se avsnitt 5.1.4), tilgjengeligheten av kreftlegemidler og nye behandlingsmetoder (se pkt. 5.6). Overlevelseshraten for tykktarmskreft er dårligere enn for de to andre krefttypene, både i Norge og OECD-regionen i gjennomsnitt. En ny satsning for å få på plass et screeningprogram er satt inn for å øke overlevelsen ved tykktarmskreft i fremtiden (se avsnitt 5.1.4).

Tabell 7-1 Endringer i fem års overlevelse for utvalgte typer kreft, 1997 -2002 og 2004 -2009

Krefttype	Fem års overlevelse 1997 -2002 (I)		Fem års overlevelse 2004-2009 (II)		%endring mellom (I) og (II)	
	Norge	OECD gj.snitt	Norge	OECD gj.snitt	Norge	OECD gj.snitt
Brystkreft	82,4	78,7	86,5	83,5	5 %	6 %
Livmorhalskreft	68,8	64,6	78,2	66,4	14 %	3 %
Kolorektalkreft	57,0	54,6	63,1	59,9	11 %	10 %

Kilde: OECD (2011).

Norge skårer også høyt for overlevelse forbundet med behandling av forskjellige tilstander. En studie av Joumard, André og Nicq (2010) plasserte Norge, med 60 dødsfall per 100 000, på syvende plass blant OECD-landene etter land som Frankrike og Sverige.

7.4.2 Resultater som følge av helsetjenestens ytelser og kvaliteten på behandlingen

Kvalitet på forebyggende omsorg

Kvaliteten på forebyggende behandling kan måles for eksempel ved å se på vaksinasjonsrater. Det norske barnevaksinasjonsprogrammet (se pkt. 1.4 og 5.1.2) har svært høy vaksinasjonsdekning: i 2010 var denne mellom 91 og 95 % for vaksinene som inngår i programmet (Folkehelseinstituttet, 2013c).

Kvaliteten på omsorg for kroniske tilstander

Kvaliteten på behandling for kroniske tilstander kan undersøkes ved å se på innleggelser som er mulig å forebygge, som ved astma, kols og diabetesrelaterte komplikasjoner. Slike innleggelser kan til en viss grad unngås med god tilgang til primærhelsetjenester eller godt utbygde legevakt-tjenester eller andre akuttmedisinske tjenester i kommunen. Innleggelsesraten for personer i alderen 15 år og eldre har blitt undersøkt som en del av OECDs HCQI-prosjekt. Nye data vil bli levert til OECD i 2013 og vil gjøre det mulig å analysere trender over tid.

Ifølge HCQI-dataene var innleggelsesraten for astma 47,6 per 100 000 i 2009 i Norge. Dette var lavere enn OECD-gjennomsnittet på 51,8, men betydelig høyere enn ratene i Sverige (19,3) og Danmark (36,5). Raten for sykehusinnleggelser ved kols i Norge var i 2009 betydelig høyere (med 243 per 100 000) enn ratene i de fleste landene som inngår i HCQI-prosjektet. OECD-gjennomsnittet var 198, mens det i Frankrike var 79, i Sverige 137 og i Finland 146. Raten i Danmark var 277, det vil si høyere enn i Norge. Det er imidlertid viktig å merke seg at disse forskjellene ikke bare kan være forårsaket av variasjoner i behandlingskvaliteten, men at de også kan skyldes forskjeller i forekomsten eller diagnostiseringen av kols. I 2009 var innleggelsesraten for diabetesrelaterte komplikasjoner 46,7 per 100 000 i Norge. Dette var like under OECD-gjennomsnittet på 50,3 og lavere enn i Danmark, Sverige og Finland (OECD, 2012b).

Kvaliteten på behandling ved forverring av kroniske tilstander

Dødelighetsraten på sykehus etter akutt hjerteinfarkt, hjerneblødning og hjerneinfarkt, altså dødsfall innen 30 dager etter innleggelse, regnes som gode resultatmål på kvaliteten av akutt-behandling

Den registrerte sykehusdødeligheten i Norge er relativt lav sammenlignet med de gjennomsnittlige OECD-ratene. Sykehusdødelighet for akutt hjerteinfarkt i Norge var 2,5 % i 2009 (OECD, 2012b). Denne raten er lik det som er observert i Sverige, Danmark og Island, og lavere enn OECD-gjennomsnittet på 5,1 %. Sykehusdødelighet for hjerneblødning i Norge var 11,6 % i 2009. Dette er godt under OECD-gjennomsnittet, og er også lavere enn det som er observert i Sverige og Danmark. Finland, på andre siden, hadde en enda lavere dødelighet enn Norge (6,5 %). Sykehusdødelighet for ischemisk hjerneslag

i Norge var 2,8 % i 2009. Dette er omtrent på samme nivå som i Danmark og Finland, men lavere enn gjennomsnittet i OECD.

Pasientsikkerhet

Flere pasientsikkerhetsindikatorer har nylig blitt rapportert fra Norge som en del av OECDs HCQI-prosjekt. I 2009 var pasientsikkerhetsindikatoren «obstetrisk traume» (det vil si vaginal fødsel med bruk av tang eller vakuum) betydelig bedre i Norge enn gjennomsnittet for de andre tre nordiske landene (tabell 7.2). Sammenlignbare resultater ble også funnet for de andre tre indikatorene.

Tabell 7-2 Indikatorrater (%) for pasientsikkerhet i Norge og sammenligningsland, 2009

Indikator:	Norge	Danmark	Sverige	Finland
Kateterrelatert blodbaneinfeksjon	0,026	0,033	0,013	0,004
Postoperativ lungeemboli eller dyp venetrombose	0,438	0,271	0,170	0,128
Obstetrisk traume med instrument vaginal fødsel	3,768	6,043	11,950	3,521
Obstetrisk traume vaginal fødsel uten instrument	2,021	2,582	3,342	0,633

Kilde: OECD (2011).

En rekke nasjonale tiltak har blitt innført siden tidlig på 2000-tallet med sikte på å forebygge skader i helsetjenesten. Flere nye pasientsikkerhetstiltak er beskrevet i pkt. 2.9.

7.4.3 Likeverdighet ved resultater av behandling

Det er ikke mye informasjon om hvorvidt og hvordan helseutfall varierer på tvers av ulike befolkningsgrupper i Norge. Tilgjengelig informasjon peker mot at det finnes sosioøkonomiske ulikheter i helseutfall. Disse ulikhetene ser ut til å vedvare over år (se pkt. 1.4).

7.5 Effektivitet i helsevesenet

7.5.1 Allokeringseffektivitet

Det er vanskelig å måle om ressursbruken er riktig fordelt på de forskjellige helsetjenestene. I hvilken grad begrensede midler er innrettet mot å kjøpe den rette sammensetningen av helsetjenester, er påvirket av ulike aktører både på sentralt og lavere nivåer. På sentralt nivå tar Helse- og omsorgsdepartementet hensyn til befolkningens behov (anslått ut fra befolkningskarakteristika som for eksempel alder), og aktivitetsnivået på pasientbehandlingen (når det gjelder somatikk i de regionale helseforetakene) når det bevilges penger. Det er for tiden ingen sanksjoner ved overforbruk, og Stortinget økte midlene til de regionale helseforetakene ut over hva det opprinnelig var budsjettert med i perioden 2002 til 2009 (se punkt 3.3.3). De regionale helseforetakene har imidlertid gått i økonomisk balanse de siste årene.

Mellom 2006 og 2010 var det en betydelig økning i ressursene til enkelte helsetjenester. For eksempel ble større ressurser enn tidligere tildelt psykisk helsevern for barn og unge, behandling for alkohol- og

narkotikamisbruk og til ambulerende tjenester og poliklinisk behandling. Ressurser til somatikk var imidlertid stort sett uendret i den samme perioden (Helsedirektoratet, 2012d). Disse trendene har blitt tolket som tegn på en økt politisk vilje til å omfordele ressurser mellom ulike typer spesialisert behandling (Ringard, Larsen & Norheim, 2012).

Et virkemiddel for å forbedre fordelingen av ressurser var etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten i 2000 (se avsnitt 2.7.3). Rådet har nylig tatt til orde for en mer systematisk bruk av medisinsk metodevurdering ved innføring av ny teknologi i sykehussektoren. Samlet sett har bruken av metodevurderinger i helsesektoren vært økende (se avsnitt 2.7.2). Forsøkene de to siste tiårene på å innføre en tydeligere bestiller/utfører-modell har sannsynligvis også bidratt til å bedre fordelingen i sektoren (se avsnitt 3.3.4). En undersøkelse av ti store kommuner som har innført bestiller/utfører-modeller for kommunale helsetjenester (for eksempel pleie- og omsorgstjenester), fant at den hadde en positiv effekt på resultatene, som for eksempel dimensjonering av tjenester (Deloitte, 2012).

7.5.2 Teknisk effektivitet

Den samlede effektiviteten av helsesystemer er vanskelig å måle. Inntil nylig har internasjonale sammenligninger av sykehuseffektivitet, inkludert informasjon om Norge, vært sjeldne. En tidlig komparativ studie som inkluderte Norge ble gjennomført i slutten av 1990-tallet (Mobley & Magnussen, 1998). Studien sammenlignet norske sykehus med sykehus i California viste at de norske ikke var mindre effektive enn amerikanske på den tiden. En nyere sammenligning av offentlige sykehus i Norge, Finland, Sverige og Danmark, viste at den gjennomsnittlige kostnadseffektiviteten i spesialistbehandling var betydelig høyere i Finland enn i Norge ved hjelp av data fra 2002, (Linna et al., 2010). En fersk sammenligning av kostnadseffektivitet ved universitetssykehusene i de nordiske landene fant det samme mønsteret (Medin et al., 2011).

Det vært en klar trend i retning av betydelig kortere innleggelsesopphold i Norge de siste årene (som rapportert i avsnitt 4.1.2). På samme tid har bruken av poliklinisk behandling og dagbehandling økt (se avsnitt 5.4.1). Begge trendene kan ses som resultatet av en bevisst endring (substitusjon) og vil sannsynligvis øke effektiviteten i sykehussektoren. En felles innkjøpspolitikk for medisinsk utstyr og hjelpemidler i helseforetakene vil trolig føre til kostnadsbesparelser og dermed forbedre effektiviteten i sykehussektoren (se kapittel 4.1.3). Restruktureringene av de regionale helseforetakene i 2007 og «hovedstadsprosessen» vil også kunne føre til effektivitetsgevinster (se avsnitt 6.1.2).

En studie av fastleger gjennomført på begynnelsen av 2000-tallet i 32 land fant at norske allmennleger hadde færre pasientbesøk per dag enn sine utenlandske kolleger (Groenewegen, Boerma & Sawyer, 2003). Dette samsvarer med resultatene presentert i en nyere OECD-rapport (2012b). I tillegg er det

funnet store forskjeller i kostnadseffektivitet i de kommunale helsetjenestene. Generelt sett ble produksjonen av helsetjenester funnet å være mindre effektive enn produksjonen av andre kommunale tjenester, som for eksempel barnehagetjenester. For sykehjem og pleie- og omsorgstjenester, økte andelen kostnadseffektive kommuner fra 7,4 % i 2009 til 9,7 % i 2010. På samme tid viste dataanalyser at gjennomsnittskommunen hadde potensial til å øke effektiviteten med 26 % (Borge & Pettersen, 2012). Innføringen av bestiller/utfører-modeller i kommunene synes å ha hatt utilsiktet konsekvens i form av økende kostnader, blant annet på grunn av økte administrasjonskostnader for kjøper og overføring av et større ansvar til tilbydere (Deloitte, 2012).

Generisk bytte av legemidler har eksistert i Norge siden 2001, og kostnadseffektiv bruk av legemidler er fremmet gjennom ulike tiltak med sikte på å påvirke legenes forskrivning (se kapittel 2.8.4). Ifølge en nettbasert-undersøkelse fra 2009 utført av Norsk Apotekforening, hadde 64 % av forbrukerne opplevd at apoteket foreslo et generisk bytte (Phis, 2011). Utvidelse av refusjonsordningen «foretrukket legemiddel» for legemiddelgruppen statiner i 2005 (se avsnitt 2.8.4) har for eksempel hatt stor innvirkning på legenes forskrivningsmønster: nesten 40 % av brukerne av atorvastatin byttet til simvastatin i løpet av ordningens første 13 måneder (Sakshaug et al., 2007).

7.6 Åpenhet og ansvarlighet

7.6.1 Åpenhet og innsyn

Det har vært en politisk prioritet de siste tiårene å fremme større åpenhet innenfor helsevesenet. For pasientene har pasientrettighetsloven fra 1999 hatt stor betydning i å øke graden av åpenhet: et helt kapittel i loven er viet til pasientenes rettigheter til å medvirke og få informasjon (se kapittel 2.9). Helse- og omsorgsdepartementet jobber for tiden med ny lovgivning som er ment å styrke pasienter og pårørende ved alvorlige hendelser (se pkt. 6.2).

Åpenheten og innsynet i helsetjenestene har også blitt større gjennom utvikling og offentliggjøring av informasjon om helsevesenets kvalitet. Tradisjonelt har viktig informasjon om forskjeller i kvalitet ved sykehusene kun vært tilgjengelig for helsepersonell med tilgang til data fra (nasjonale) kvalitetsregistre. I dag er informasjon om mer enn 30 kvalitetsindikatorer, i tillegg til oppdatert informasjon om ventetider, offentlig tilgjengelig på offentlige nettsider som www.frittsykehusvalg.no og www.helsenorge.no.

Norge kommer også godt ut i kategorien «Pasientrettigheter og informasjon» i en internasjonal sammenligning utført i 2012. I undersøkelsen ble Norge rangert som nummer tre sammen med Storbritannia, etter Danmark og Nederland) (Health Consumer Powerhouse, 2012). Innføringen av pasienters rett til å velge sykehus i 2001 har også vært en viktig faktor for å spre informasjon om kvaliteten på helsevesenets prosesser og kliniske resultater. En nyere rapport viste imidlertid at bare

9 % av de som vurderte å velge sykehus selv, faktisk hadde besøkt nettsiden for sykehusvalg (www.frittisykehusvalg.no). Det ble konkludert med at informasjonen på nettsiden burde forbedres for å være nyttig for pasienter (Riksrevisjonen, 2011a).

Kvalitet overvåkes også gjennom nasjonale og internasjonale undersøkelser av pasienterfaringer. Resultatene av disse undersøkelsene er offentlig tilgjengelig (se avsnitt 7.3.1). Kontinuerlig arbeid med å utvikle prosedyrer og kliniske retningslinjer (se pkt. 2.8) bidrar også til økt åpenhet i systemet. Det samme gjør også innføringen av det nasjonale systemet for rapportering av uønskede hendelser i 2012 (se punkt 2.9). Åpenhet omkring kvalitet- og pasientsikkerhetsproblemer er fremmet i stortingsmeldingen «God kvalitet – trygge tjenester» (Stortingsmelding nr. 10 2012-13) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) (se kapittel 6.1.6).

7.6.2 Ansvarlighet

Prinsippene for hvem som er ansvarlige for helsetjenesten varierer i forskjellige deler av systemet. Primærhelsetjeneste og forebyggende folkehelse ytes på kommunalt nivå. Lokalpolitikere er dermed ansvarlige overfor kommunens innbyggere gjennom lokalvalgene. Kommunene er også ansvarlig overfor regjeringen for å følge retningslinjer og regelverk. Videre kontrollerer offentlige revisorer kommunenes budsjetter og har innsyn i andre økonomiske forhold av betydning. Systemet er imidlertid i stor grad desentralisert og en betydelig grad av skjønn kan utøves lokalt, noe som kan gjøre at ansvarsforholdene kan oppfattes som uklare.

Allmennleger og privatpraktiserende spesialister utgjør store grupper av selvstendig næringsdrivende som har avtaler med henholdsvis kommuner og de regionale helseforetak. De får godtgjørelser fra HELFO, og begge grupper er underlagt revisjon. De privatpraktiserende legene står også ansvarlig overfor de nasjonale og fylkesvise tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn og Fylkesmannen). Fastlegenes relative uavhengighet i forhold til andre medisinske yrker kan imidlertid innebære at de føler seg mer ansvarlig overfor sine pasienter når det gjelder kvaliteten på omsorgen, og mindre ansvarlige for effektiviteten i systemet overfor overordnede myndigheter (Johnsen, 2006). Dette vil muligens kunne endres gjennom Samhandlingsreformen, som de samme legene til dels var sterkt imot (se avsnitt 6.1.5).

For spesialisthelsetjenester er styret og ledelsen i de regionale helseforetakene ansvarlige overfor Helse- og omsorgsdepartementet (se kapittel 2.8). Departementet har myndighet til å fatte bindende vedtak med hensyn til aktivitetene til de regionale helseforetakene. Dette gjøres i årlige foretaksmøter mellom departementet og de regionale helseforetakene. På samme måte er helseforetakene ansvarlige overfor de regionale helseforetakene. En annen viktig ansvarlighetsmekanisme er innslaget av lokale politikere i styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Lokalpolitikere må,

som tidligere nevnt, ta hensyn både til lokalbefolkningens behov og til velgernes ønsker. Pasientrepresentasjon i brukerutvalg og som observatører i styrene, kan også bli sett på som en måte å ansvarliggjøre spesialisthelsetjenestene overfor dem som bruker tjenestene (se punkt 2.9).

8. Konklusjoner

Det norske helsevesenet slik vi kjenner det i dag, ble utviklet som en del av velferdsstaten etter andre verdenskrig. I løpet av nesten syv tiår har systemet blitt utviklet for å sikre at alle innbyggere har tilgang til helsetjenester av høy kvalitet, uavhengig av deres sosioøkonomiske status og hvor de bor. For å oppnå dette ambisiøse målet har helsevesenet vært i kontinuerlig endring. Ved årtusenskiftet gjennomgikk helsetjenesten en rekke viktige strukturelle reformer, som blant annet innføring av innsatsstyrt finansiering for sykehusene (1997); lovfesting av pasientrettighetsloven (1999), innføring av fastlegeordningen (2001), statens overtakelse av sykehuseierskap (2002) og restrukturering av den sentrale helseforvaltningen (fra 2002).

Til tross for disse store reformene opprettholdt man en desentralisert og dels regionalisert helsetjeneste. Selv om dette har fordeler med hensyn til legitimitet og ansvarlighet, skaper det også utfordringer for åpenhet og kontinuitet i omsorgen, ettersom primær- og spesialistbehandling er organisert i to separate forvaltningsnivåer og kommunene har stor grad av autonomi. Organiseringen av behandlingen i primær- og spesialisthelsetjeneste har vært gjenstand for økt politisk oppmerksomhet det siste tiåret og kulminerte i lanseringen av Samhandlingsreformen. Den ga kommunene ansvaret for utskrivningsklare pasienter. Selv om dette kan bedre koordineringen av helsetjenestene kan enkelte mindre kommuner slite med å håndtere større administrative og økonomiske forpliktelser som dette ansvaret innebærer.

I løpet av det siste tiåret har en rekke av helseforetakene slitt med budsjettunderskudd og oppbygging av gjeld. Denne situasjonen har endret seg, og de fleste har nå regnskapsbalanse. Vektleggingen av økonomisk balanse har imidlertid blitt sett på som en av årsakene til vedvarende lange ventetider for planlagt behandling. Ventetider har fått mye politisk oppmerksomhet, og det er blitt innført ulike tiltak, for eksempel om ventetidsgarantier, økt pasientvalg og raskere tilgang til helsetjenester for sykemeldte for tilbakeføring til arbeid («raskere tilbake»). I tillegg har det blitt forsøkt å øke behandlingsskapiteten ved å inngå avtaler med private sykehus. Til tross for økt kapasitet har etterspørselen økt mer, og mange nordmenn venter på planlagt behandling i sykehus.

Det har blitt gjennomført betydelige tiltak for å bedre kvaliteten på helsetjenestene. Dette inkluderer kvalitetskontroller, et system for å innføre ny medisinsk teknologi som legemidler, utstyr og prosedyrer på en sikker og kostnadseffektiv måte, utvikling av kvalitetstiltak i primær- og spesialisthelsetjenesten, modernisering av helseregistre og kliniske databaser og innføringen av et nasjonalt råd med et særlig fokus på kvalitet og prioriteringsutfordringer. Det er også blitt gjort en innsats for å øke bevisstheten

omkring pasientsikkerhet. Regjeringen lanserte en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som nå blir videreført som et femårig program fra 2014. Det er også investert i et nasjonalt meldesystem for uønskede hendelser i sykehus. Meldesystemet vil i fremtiden sannsynligvis også omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester. Til tross for alle disse tiltakene mangler det på mange områder fortsatt standarder for helsetjenester for eksempel innen rehabilitering. Dette gjør det vanskelig å overvåke og sikre kvaliteten på pleien. Dette må tas opp på en systematisk måte hvis ambisjonene til samhandlingsreformen skal oppfylles.

Det er også gjort en betydelig innsats for å implementere og forbedre helseinformasjonsteknologisystemer. Dette gjelder både infrastruktur og tjenester, for eksempel et felles elektronisk nettverk for primær- og spesialisthelsetjenesten (norsk helsenett) og landsdekkende innføring av e-resepter. Det er imidlertid flere utfordringer som venter på å bli håndtert. Det mest presserende er kanskje utviklingen av en pasientjournal, en kjernejournal, for alle nordmenn, som kan være tilgjengelig for alt helsepersonell når det trengs. En annen viktig oppgave vil være å videreutvikle informasjonstjenester som kan underbygge det viktige arbeidet med å gi sømløs og høy kvalitet på tjenestene.

9. Vedlegg

9.1 Litteraturliste

Almén A et al. (2010) Radiology in Norway anno 2008. Trends in examination frequency and collective effective dose to the population. Østerås, Norwegian Radiation Protection Authority.

Auditor General (2011a) Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg [Auditor General's investigation of the free hospital choice reform]. Oslo, Office of the Auditor General of Norway.

Auditor General (2011b) The Office of the Auditor General's investigation into property management in health trusts and regional health authorities. Document 3:11 (2010–2011). Oslo, Office of the Auditor General of Norway.

Auditor General (2012) The Office of the Auditor General's investigation into the financial management of the health trusts. Document 3:3 (2009–2010). Oslo, Office of the Auditor General of Norway.

Berg O (2005) Fra politikk til økonomikk – den norske helsepolitikken utvikling det siste sekel [From Politics to Economics – health policy in Norway]. Oslo, Den norske legeforening.

Berg O (2009) Spesialisering og profesjonalisering [Specialization and professionalization]. Oslo, Statens helsetilsyn.

Berge ØM, Hyggen C (2010) Framveksten av private helseforsikringer i Norden [Developments in private health insurance in the Nordic Countries]. Oslo, FAFO.

Bjorbekkmo S et al. (2009) Decentralization matters – differently organized mental health services relationship to staff competence and treatment practice: the VELO study. *International Journal of Mental Health Systems*, 3: 9.

Biørn E et al. (2003) The effect of activity based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores. *Health Care Management Science*, 6(4): 271–283.

Bjørnstad S (2011) Medisinsk teknologi i Helse Sør-Øst (Sak 86–10) [Medical technology in the South-Eastern Regional Health Authority]. Helse Sør-Øst (<http://www.helse-sorost.no/omoss/avdelinger/teknologi/Documents/Sluttrapport%20MTU%20og%20BHM%20web%2020120120.pdf>, accessed 30 October 2013).

Borge L, Pettersen I (2012) Effektivitet i kommunale tjenester: analyse for 2009 og 2010 [Efficiency in municipality services: 2009 and 2010]. Trondheim, Senter for økonomisk forskning.

Brenne A (2003) Aspects of the Norwegian health personnel policy memo. Bergen, Programme for Health Economics, University of Bergen.

Bringedal B (2005) Egenadeler og prioriteringer i norsk helsetjeneste [Deductibles and priority setting in Norwegian health care]. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 8(2): 100–110.

Buchan J (2006) Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois C, McKee M, Nolte H, eds. *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, Open University Press: 41–62.

Castro D (2009) Health IT. Washington DC, The Information Technology and Innovation Foundation.

- Council of European Dentists (2008) Country Report on Norway. Brussels: Council of European Dentists.
- Deloitte (2012) Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen [Costs and benefits related to purchaser-provider models]. Oslo, Deloitte Norway.
- de Looper M, Lafortune G (2009) Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development Publishing.
- Direktoratet for nødkommunikasjon (2013) Hva er Nødnett? [What is Nødnett?] (<http://www.dinkom.no>, accessed 23 October 2013).
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten [National Strategy for Quality Improvement within the Health and Care Services]. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2010) Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente [Health care services for immigrants: a guideline]. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012a) Nasjonale data fra akuttmedisinske kommunikasjonsentraler – 1. tertial 2012 [National data on emergency care communication units 2012]. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012b) Nøkkeltall for helsesektoren 2011 [Key figures for the health care services 2011]. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012c) Norway and health: an introduction. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012d) Samdata spesialisthelsetjenesten 2011 [Activity within specialist health care 2011]. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012e) Sluttrapport. Nasjonalt meldingsløft [Final report “Nasjonalt Meldingsløft”]. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2013a) Ledige turnusstillinger [Internship positions]. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2013b) Nasjonale mål og prioriterte områder 2013 [National goals and prioritized areas 2013]. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2013c) Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2011 [Rehabilitation within specialist care 2011]. Oslo, Helsedirektoratet.
- Doupi P, Renko E, Giest S (2012) eHealth Strategies: Country Brief: Norway (http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Norway_CountryBrief_eHStrategies.pdf, accessed 23 October 2013).
- Drangslund A, Kjerstad E (2008) Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester – delrapport 1 [Process evaluation of project “Quick back” – report number 1.] Bergen, SNF.
- Economist Intelligence Unit (2008) Norway Country Profile 2008. London, Economist Intelligence Unit.
- Economist Intelligence Unit (2010) The quality of death – ranking end-of-life treatment across the world. London, The Economist.

- EFPIA (2010) Patients' W.A.I.T. Indicator – Report 2010. Brussels: European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.
- EMCDDA (2013) Drug treatment overview for Norway. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Eurostat (2012) Taxation trends in the European Union – data for the EU members and Norway and Iceland. Luxembourg, Eurostat.
- Eurostat (2013) Eurostat Database. Luxembourg, Eurostat.
- Finansnæringens hovedorganisasjon (2012) 330 000 forsikret mot helsekø. Oslo, Finansnæringens hovedorganisasjon (FNO).
- Fønnebø V, Launsø L (2009) High use of complementary and alternative medicine inside and outside of the government-funded health care system in Norway. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(10): 1061–1066.
- Fosse E (2012) Norwegian experiences. In: Raphael D ed. *Tackling Health Inequalities: Lessons from international experiences*. Toronto, Canadian Scholars' Press: 185–208.
- Groenewegen P, Boerma W, Sawyer B (2003) General practitioners' use of time and time management. In: R Jones, et al. eds. *Oxford Textbook of Primary Care Medicine*. Oxford, Oxford University Press.
- Hagen TP, Kaarbøe O (2006) The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals. *Health Policy*, 76(3): 320–333.
- Hansen B et al. (2012) Accelerometer-determined physical activity in adults and older people. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 44(2): 266–72.
- Health Consumer Powerhouse (2012) Euro Health Consumer Index 2012. Stockholm, Health Consumer Power House.
- Hem K, Kalseth B, Wilson A (2011) Patient mobility in the Nordic Countries: volume and obstacles. Oslo, Sintef Helse.
- Holmboe O et al. (2011) Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2011 blant utvalgte pasientgrupper: resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land [Commonwealth Fund 2011: results from a comparative survey among selected patient groups]. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Iversen T, Kopperud GS (2005) The impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway, 35. Oslo, Health Economics Research programme at the University of Oslo (HERO).
- Jakopanec, I et al. (2010) Syphilis epidemiology in Norway 1992–2008: resurgence among men who have sex with men. *BMC Infectious Diseases*, 10: 105.
- Jensen A (2009) Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt [Social inequalities in use of health care services]. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Jensen A (2013) Tannlegetjenester: internasjonale sammenligninger, nasjonale analyser [Dental care: International comparisons and national analyses]. Oral presentation given to the Helsedirektoratet on 7 June 2013, <http://helsedirektoratet.no/Om/kurs->

konferanser/Documents/Arne%20Jensen,%20SSB%20-%20seminar%206.7.2013.pdf, accessed 30 October 2013.

Johansen I et al. (2012) Independence, institutionalization, death and treatment costs 18 months after rehabilitation of older people in two different primary health care settings. *BMC Health Service Research*, 12: 400.

Johnsen J. (2006) *Health Systems in Transition: Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Journard I, Andre C, Nicq C (2010) *Health care systems: efficiency and institutions*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Kjønstad A (1999) The development of patients' rights in Norway. In: Molven O, ed. *The Norwegian Health Care System – Legal and Organizational Aspects*. Oslo, University of Oslo, Center for Medical Studies.

Kjønstad A (2007) *Helserett [Health care law]*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kuhnle S (2006) Velferdsstatens idegrunnlag i perspektiv [The idea of the welfare state in perspective]. In: Hatland A, Kuhnle S, Romøren TI, eds. *Den norske velferdsstaten*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Lafkiri K (2010) Municipality level accessibility to specialized health care in Norway, 128. Oslo, Health Economics Research Programme at the University of Oslo.

Langhelle A et al. (2004) Emergency medical systems in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 12: 212–228.

Lindahl A (2012) The Norwegian Health Care System 2012. In: Thomson S, Osborn R, Squires D, eds. *International Profiles of Health Care Systems*. New York, The Commonwealth Fund: 86–92.

Lindahl A, Squires D (2011) The Norwegian Health Care System, 2011. In: Thomson S et al. eds. *International Profiles of Health Care Systems, 2011*. New York, The Commonwealth Fund: 92–98.

Linna M et al. (2010) Measuring cost effectiveness in the Nordic hospitals – a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. *Health Care Management Science*, 13(4): 346–357.

LMI (2013) *Facts and figures 2012: medicines and the health service*. Oslo, Legemiddelindustrien.

MacKenny S, Fallberg L (2004) *Protecting patients' rights: a comparative study*. Oxford, Radcliffe Medical.

Magnussen J (2010) Equal access for equal need? Constructing and implementing a capitation-based formula for the distribution of health care resources in Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 69(5): 448–461.

Magnussen J, Hagen TP, Kaarbøe O (2007) Dentralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform. *Social Science and Medicine*, 64(10): 2129–2137.

Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman R (2009) *Nordic health care systems – recent reforms and current policy challenges*. Maidenhead, Open University Press.

Martinussen P, Magnussen J (2009) Health care reform: the Nordic experiences. In: Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman R, eds. *Nordic Health Care Systems – recent reforms and current policy change*. Maidenhead, Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Medin E et al. (2011) Cost efficiency of university hospitals in the Nordic Countries: a cross-country analysis. *European Journal of Health Economics*, 12(6): 509–519.

Ministry of Children and Equality (2009) Norge universelt utformet 2025. Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009-2013. [Norway universally designed by 2025: the government's action plan on universal design 2009–2013. Oslo, Ministry of Children and Equality].

Finansdepartementet (2011) Statsbudsjettet 2012 (Proposition no. 1, 2011–2012). Oslo, Finansdepartementet.

Finansdepartementet (2012a) Skatte- og avgiftssystemet – hovedelementer og utviklingstrekk [The Norwegian tax system – main features and developments]. Oslo, Finansdepartementet.

Finansdepartementet (2012b) Statsbudsjettet 2012 [Proposition no. 1, 2011–2012]. Oslo, Finansdepartementet.

Utenriksdepartementet (2012) Minifacts about Norway. Oslo, Utenriksdepartementet.

Sosial- og helsedepartementet (1997) Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste (NOU 1997: 18) [Priority setting again: a revision of guidelines on priority setting in Norway]. Oslo, Statens forvaltningstjeneste [Government Administration Services].

Sosial- og helsedepartementet (1998) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 [The escalation plan for mental health]. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Sosial- og helsedepartementet (1999) Om verdier for den norske helsetenesta [St. meld. nr. 26, 1999–2000] [Values in the Norwegian Health Care Services]. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Helsedepartementet (2003a) Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten [Need based financing of specialist care]. Oslo, Helsedepartementet.

Helsedepartementet (2003b) Prescription for a healthier Norway (White Paper no. 16, 2002–2003). Oslo, Helsedepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005a) Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – et godt tilbud til de som trenger det mest [Public dental care services – good services to those in greatest need]. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005b) Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste [Co-ordination within health care services]. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006) Omsorgsplan 2015. St.prp. nr. 1 (2007–2008) [The Care Plan 2015]. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007a) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (White Paper no. 20, 2006–2007) [National strategy to prevent social inequalities in health]. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007b) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 (Proposition 1, 2007–2008) [National strategy on rehabilitation 2008–2011]. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007c) Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet [Changes to the National budget for the fiscal year 2007 – Ministry of Health and Care Services] (Proposition 44, 2006–2007). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2008) Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak [Distribution of income between Regional Health Authorities]. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009a) Norwegian action plan on alcohol and drugs. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009b) The Coordination Reform. Proper treatment – at the right place and right time (White Paper no. 47, 2008–2009). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011a) Når sant skal sies om pårørendeomsorg – fra usynlig til verdsatt og inkludert [Treatment and care by next-of-kin – from invisible to appreciated and integrated]. (NOU 2011:17). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011b) The National Health and Care Plan 2011–2015 (White Paper no. 16, 2010–2011). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012) God kvalitet – trygge tjenester [High quality – safe services]. (White Paper no. 10, 2012–2013). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013a) Folkehelsemeldingen: god helse – felles ansvar [Public Health: good health – our common responsibility] (White Paper no. 34, 2012–2013). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) Oppdragsbrev Helse Sør-Øst 2013 [Letter of Instruction to the South-East RHA 2013]. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Justis- og politidepartementet (2011) I velferdsstatens venterom – Mottakstilbudet for asylsøkere [In the waiting room of the Welfare State - services for asylum seekers]. Oslo, Justis- og politidepartementet.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2006) Arbeid, velferd og inkludering . [Work, welfare and inclusion]. Oslo, Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Kommunal- og regionaldepartementet (2005) Fordeling, forenkling, forbedring [Distribution, simplification, improvement]. (NOU 2005:18). Oslo, Kommunal- og regionaldepartementet.
- Mobley L, Magnussen J (1998) An international comparison of hospital efficiency: does institutional environment matter? *Applied Economics*, 30(8): 1089–1100.
- Molven O (2006) Helse og jus – innføring for helsepersonell [Health care law – and introduction for health care personnel]. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Molven O (2012) Building a patient ombudsman scheme: the Norwegian experience. *Medical Law*, 31(1): 57–70.
- Mørland B (2009) The history of health technology assessment in Norway. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25 (Suppl. 1): 148–155.
- Mørland B, Ringard Å, Røttingen J (2010) Supporting tough decisions in Norway: a health system approach. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 26: 398–404.
- Mundal A (2011) Vekst i antall leger [Increase in number of doctors]. Oslo, Statistisk sentralbyrå.
- Statens helsetilsyn (2002) Quality in health care – the role of government in supervision and monitoring in Norway. Oslo, Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn (2013) Tilsynsmeldingen 2012 [Annual Report 2012]. Oslo, Statens helsetilsyn.

Nerland S (2001) Kurpengeordningen før 1980 – den glemte finansieringsordningen [The per diem financing prior to 1980 – the forgotten system]. Tidsskrift for den norske legeförening 121: 2983–2985.

Nihtilä A (2010) A Nordic project on quality indicators for oral health care. Helsinki, National Institute for Health and Welfare.

Fokehelseinstituttet (2009) Gode helseregistre – bedre helse [Good health registries – better health]. Oslo, Fokehelseinstituttet.

Fokehelseinstituttet (2010) Folkehelse rapporten 2010 (The Public Health Report 2010). Oslo, Fokehelseinstituttet.

Fokehelseinstituttet (2013a) Induced abortion in Norway – fact sheet. Oslo, Fokehelseinstituttet.

Fokehelseinstituttet (2013b) Social inequalities in health – fact sheet. Oslo, Fokehelseinstituttet.

Fokehelseinstituttet (2013c) Vaccination statistics 2012. Oslo, Fokehelseinstituttet.

Kunnskapscenteret (2013) Årsrapport 2012 [Annual Report 2012]. Oslo, Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.

Legemiddelverket (2013) Årsrapport 2012 [Annual Report 2012]. Oslo, Legemiddelverket.

Nylenna M (2007) Store medisinske leksikon [Medical encyclopedia]. Oslo, Kunnskapsforlaget.

Nylenna M, et al. (2010) Wiring a nation: putting knowledge into action. *The Lancet*, 375: 1048–1051.

OECD (2007) Economic Survey of Norway 2007. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development Publishing.

OECD (2012a) Economic Survey of Finland 2012. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development Publishing.

OECD (2012b) Health at a Glance: Europe 2012. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development Publishing.

OECD (2013a) Mental health and work: Norway, mental health and work. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development Publishing.

OECD (2013b) Revenue statistics – comparative tables. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development Publishing.

Osborg Ose S et al. (2013) Evaluering av IA-avtalen 2010–2013 [Evaluation of the IA-agreement 2012–2013]. Trondheim, SINTEF Teknologi og Samfunn.

Oslo Handelskammer (2011) Norway – a country of growth and prosperity (<http://www.chamber.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=545> accessed 28 October 2013).

Stortinget (2013) Innstilling 250 S (2012–13) [Parliamentary discussion on the White Paper no. 16, 2012–13]. Oslo, Stortinget.

Pedersen AW (2012) Pensions, health care, and long term care. Annual Report 2012. Brussels: European Commission.

- PHIS (2011) PHIS Pharma Profile Norway – 2011. Pharmaceutical Health Information System (<https://phis.goeg.at/downloads/library/PHIS%20Pharma%20Profile%20Norway%20Nov11.pdf>, accessed 31 October 2013).
- Rice N, Smith P (2002) Strategic resource allocation and funding decisions. In: Mossialos E, ed. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Ringard Å (2010) Why do general practitioners abandon the local hospital? An analysis of referral decisions related to elective treatment. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(6): 597–604.
- Ringard Å (2012a) Choice of hospital – four essays on the 2001 Norwegian patient choice reform. PhD. Oslo, Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Ringard Å (2012b) Equitable access to elective hospital services: the introduction of choice in a decentralized health care system. *Scandinavian Journal of Public Health* 40: 10–17.
- Ringard Å, Hagen TP (2011) Are waiting times for hospital admissions affected by patients' choice and mobility? *BMC Health Service Research*, 11: 170.
- Ringard Å, Larsen B, Norheim O (2012) Medisinsk metodevurdering (HTA) for bedre prioriteringer i helsetjenesten (HTA as a support tool for priority setting in health care). *Michael Quarterly*, 9(2): 174–182.
- Rø O (2012) The Health Workforce Crisis: what are the future challenges? Does the WHO Code work? Presentation given at: M8 Alliance, World Health Summit, 22 October 2012 (http://www.worldhealthsummit.org/fileadmin/downloads/2012/Speaker_Presentations/R%C3%B8_Otto%20Christian_Presentation_World%20Health%20Summit%202012.pdf, accessed 31 October 2013).
- Rønningsen S, Myrbostad A, Bergsland K (2012) Framskrivning og kapasitetsanalyse for Helse Sør-Øst RHF, somatikk og psykisk helsevern [Forecasting and analysis of future capacity – South Eastern RHA]. Oslo, SINTEF Helse.
- Råholm M-B et al. (2013) Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9): 2126–2137.
- Sagan A, Thomson S. (forthcoming) Voluntary health insurance in Europe. Copenhagen, European Observatory on behalf of the World Health Organization.
- Sakshaug S et al. (2007) Switching statins in Norway after new reimbursement policy – a nationwide prescription study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 64(4): 476–481.
- Salamonsen L et al. (2011). Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11: 4.
- Schiøtz A (2003) *Doktoren – distriktlegens historie 1900–1984* [The doctor – the story of the District Medical Officer 1900–1984]. Oslo, Pax Forlag A/S.
- Schiøtz A (2008) Helsetjenester og rettferdighet – tre blikk på norsk helsehistorie [Health care services and justice – three perspectives on the history of health care in Norway]. *Michael Quarterly*, 5: 180–196.
- Schlette S, Blum K, Busse R (2008) *Health Policy Developments 10*. Gutersloh, Bertelsmann Stiftung.
- Skaset M (2003) Reformtid og markedsgløtt: det offentlige helsevesenet etter 1985 [Time for reform and a glimpse of market: the Public Health Care System after 1985]. In Schiøtz A, ed. *Folkets helse –*

landets styrke [The health of the population – the strength of the country - the Norwegian Health Care Service 1850–2003]. Oslo, Universitetsforlaget.

Skinningsrud K (2011) Norway's plan to change placement scheme for trainee doctors proves controversial. *BMJ*, 342: 1475.

Skudal K et al. (2010) Commonwealth Fund-undersøkelsen 2010: resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land [Commonwealth Fund 2010: results from a comparative survey among citizens in 11 countries]. Oslo, Nationalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Skudal K et al. (2012) Pasienterfaringer med norske sykehus: nasjonale resultater i 2011 og utvikling fra 2006 [Patient experiences in Norwegian hospitals – results from 2011 and 2006]. Oslo, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.

Solumsmoen A, Aslaksen R (2009) St Olav's Hospital, Trondheim, Norway. In: Rechel B et al., eds. *Capital Investment*. Copenhagen, European Observatory on behalf of the World Health Organization: 159–172.

Helse Sør-Øst RHF (2013) Fakta om prosjekt "Raskere tilbake [Facts about the project "Quicker Back"]. Hamar, Helse Sør-Øst RHF.

Spehar I, Kjekshus LE (2012) Medical Management in Norwegian Hospitals, North America, *Professions and Professionalism*, 2(1): 42–59.

SSB (2009) Dette er Norge – hva forteller tallene [This is Norway – what can the numbers tell us?]. Oslo, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2011) *Statistical Yearbook 2011*. Oslo, Statistisk sentralbyrå/Akademika.

SSB (2012a) *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012 [Forecasting of health care personnel towards 2035]*. Oslo, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2012b) *Health care personnel, 4th quarter 2011*. Oslo, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2012c) *ICT usage in households, 2nd quarter of 2012 – One in two have mobile broadband*. Oslo, Statistisk sentralbyrå (http://193.160.165.34/english/subjects/10/03/ikthus_en/main.html, accessed 31 October 2013).

SSB (2012d) *Institutions for the aged and disabled. 1996–2011*. Oslo, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2012e) *Nursing and care services, 2011, preliminary figures*. Oslo, Statistisk sentralbyrå

SSB (2012f) *Statistical Yearbook 2012*. Oslo/Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå/Akademika.

SSB (2012g) *Tannhelsetenesta 2011 [Dental care 2011]*. Oslo, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2013a) *Deaths 2012: strong increase in men's life expectancy*. Oslo, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2013b) *Families and households*. Oslo, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2013c) *GDP per capita, price level adjusted, 2012, preliminary figures*. Oslo, Statistisk sentralbyrå.

SSB (2013d) *Health accounts, 2012*. Oslo, Statistisk sentralbyrå.

- SSB (2013e) Labour force survey, seasonally-adjusted monthly figures, April 2013. Oslo, Statistisk sentralbyrå.
- SSB (2013f) Members of employer and trade union organisations, 2012. Oslo, Statistisk sentralbyrå.
- SSB (2013g) Population's level of education as of 1 October 2012. Oslo, Statistisk sentralbyrå.
- SSB (2013h) Specialist health service, 2012. Oslo, Statistisk sentralbyrå.
- Stirbu I et al. (2011) Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European countries. *BMC Health Service Research*, 11: 288.
- Tjerbo T, Hagen TP (2009) Deficits, soft budget constraints and bailouts: budgeting after the Norwegian hospital reform. *Scandinavian Political Studies*, 32(3): 337–358.
- UNDP (2011) International Human Development Indicators. New York, United Nation Development Programme.
- University of Oslo (2011) Odontology: specialist training. Oslo, University of Oslo.
- University of Oslo (2013) Helseadministrasjon [master – erfaringsbasert] Hvorfor velge dette programmet? (Master of Health Administration – information about the study). Oslo, University of Oslo.
- van den Nord P, Hagen TP, Iversen T (1998) *The Norwegian Health Care System*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development Publishing.
- Vold B (2011) En av fem fastleger er innvandrere [One of five GPs are not Norwegian]. *Samfunnsspeilet* 2011/2, Oslo, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/en-av-fem-fastleger-er-innvandrere>, accessed 31 October 2013).
- Wangberg S et al. (2009) Use of the internet for health purposes: trends in Norway 2000–2010. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4): 691–696.
- Winblad U, Ringard Å (2009) Meeting rising public expectations: the changing roles of patients and citizens. In: Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman R, eds. *Nordic Health Care Systems – Recent Reforms and Current Political Challenges*. Maidenhead, Open University Press: 126–150.
- WHO (2012) World Health Organization – Health for all Database. Geneva, World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe (2013) European Health for All Database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/hfad>, accessed 30 September 2013).
- World Bank (2013) World Bank Database (<http://data.worldbank.org>, accessed 23 October 2013).

9.2 Liste over helselover som er i kraft

År vedtatt	Data, nummer og navnet på loven	Korttittel
2011	Lov-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.	helse- og omsorgstjenesteloven
2011	Lov-2011-06-24-29 Lov om folkehelsearbeid	folkehelseloven
2005	Lov-2005-06-17-62 Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.	arbeidsmiljøloven
2003	Lov-2003-06-27-64 Lov om alternativ behandling av sykdom mv.	alternativ behandlingsloven
2001	Lov-2001-06-15-53 Lov om erstatning ved pasientskader mv.	pasientskadeloven
2001	Lov-2001-06-15-93 Lov om helseforetak m.m.	helseforetaksloven
2001	Act 2001-05-18-24 Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger	helseregisterloven
2000	Lov-2000-06-23-56 Lov om helsemessig og sosial beredskap	helseberedskapsloven
2000	Lov-2000-06-02-39 Lov om apotek	apotekloven
1999	Lov-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v.	helsepersonelloven
1999	Lov-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter	pasient- og brukerrettighetsloven
1999	Lov-1999-07-02-62 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern	psykisk helsevernloven
1999	Lov-1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.	spesialisthelsetjenesteloven
1997	Lov-1997-02-28-19 Lov om folketrygd	folketrygdloven
1995	Lov-1995-01-12-6 Lov om medisinsk utstyr.	lov om medisinsk utstyr
1994	Lov-1994-08-05-55 Lov om vern mot smittsomme sykdommer	smittevernloven
1992	Lov-1992-12-04-132 Lov om legemidler m.v.	legemiddeloven
1992	Lov-1992-09-25-107 Lov om kommuner og fylkeskommuner	kommuneloven
1989	Lov-1989-06-16-54 Lov om offisiell statistikk og Statistisk sentralbyrå (statistikkloven
1984	Lov-1984-03-30-15 Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.	helsetilsynsloven
1983	Lov-1983-06-03-54 Lov om tannhelsetjenesten	tannhelsetjenesteloven

9.3 Liste over nettsted

Stortinget – www.stortinget.no

Riksrevisjonen – www.riksrevisjonen.no

Regjeringen – www.regjeringen.no

Kunnskapsdepartementet – www.regjeringen.no/nb/dep/kd.html?id=586

Finansdepartementet – www.regjeringen.no/nb/dep/fin.html?id=216
Arbeidsdepartementet – www.regjeringen.no/nb/dep/ad.html?id=165
Arbeids- og velferdsforvaltninga (NAV) – www.nav.no
Helse- og omsorgsdepartementet – www.regjeringen.no/nb/dep/hod.html?id=421
Helsedirektoratet – www.helsedirektoratet.no
Helsetilsynet – www.helsetilsynet.no
Folkehelseinstituttet – www.fhi.no
Statens legemiddelverk – www.legemiddelverket.no
Statens strålevern – www.nrpa.no
Bioteknologinemnda – www.bion.no
Norsk pasientskadeerstatning – www.npe.no
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) – www.sak.no
Pasient- og brukerombudet – www.pasientombudet.no
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – www.kunnskapssenteret.no
Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten – www.kvalitetogprioritering.no
Helsebiblioteket – www.helsebiblioteket.no
Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) – www.helfo.no
Helse Sør-Øst RHF – www.helse-sorost.no
Helse Vest RHF – www.helse-vest.no
Helse Midt-Norge RHF – www.helse-midt.no
Helse Nord RHF – www.helse-nord.no
Statistisk sentralbyrå – www.ssb.no
Kommunenes sentralforbund (KS) – www.ks.no
Arbeidsgiverforeningen Spekter – www.spekter.no
Den norske legeförening – www.legeföreningen.no
Norsk sykepleierforbund – www.sykepleierforbundet.no
Den norske Tannlegeforening – www.tannlegeforeningen.no
Norsk psykologforening – www.psykologforeningen.no
Norsk Pasientforening – www.pasient.no
Kreftforeningen – www.kreftforeningen.no
Helsenorge.no – www.helsenorge.no
Fritt Sykehusvalg – www.frittsykehusvalg.no
Norsk helsenett – www.nhn.no
Legemiddelindustrien (LMI) – www.lmi.no
Samordna opptak – www.samordnaopptak.no

9.4 HiT-rapporter: metode og prosess

«Health Systems in Transitions-rapportene (HiT-rapportene) produseres av nasjonale faglige eksperter i samarbeid med Observatory's forskningsledere og ansatte. HiT-rapportene er basert på en mal som revideres med jevne mellomrom og gir detaljerte retningslinjer og konkrete spørsmål, definisjoner, forslag til datakilder og eksempler som trengs for å utarbeide en vurdering. Malen tilbyr et omfattende sett av spørsmål, men er ment å brukes på en fleksibel måte slik at forfattere og redaktører kan tilpasse den til sin nasjonale sammenheng. Den nyeste malen er tilgjengelig på Internett på: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/hit-template-2010>.

Forfattere benytter seg av mange datakilder for sammenstillingen av en HiT-rapport, som spenner fra nasjonal statistikk, nasjonale og regionale politiske dokumenter og publisert litteratur. Videre kan internasjonale datakilder bli innarbeidet, blant annet fra OECD og Verdensbanken. OECD Health data inneholder over 1200 indikatorer for de 34 OECD-landene. Data er hentet fra informasjon som er samlet av nasjonale statistikkbyråer og helsedepartementer. Verdensbanken utgir World Development Indicators, som også er basert på offisielle kilder.

I tillegg til informasjon og data fra de faglige ekspertene leverer Observatory kvantitative data i form av et sett med standard sammenligningstall for hvert land, basert på databasen til European Health for All. Denne databasen inneholder mer enn 600 indikatorer som er definert av WHO's regionkontor for Europa, som har som formål å overvåke hvordan Health for all-retningslinjene blir fulgt opp i Europa. Den oppdateres for distribusjon to ganger i året fra ulike kilder og er i stor grad avhengig av offisielle tall fra myndighetene samt helsestatistikk innhentet av tekniske enheter ved WHO's regionkontor for Europa. Bruken av Health for all-data har blitt offisielt godkjent av nasjonale myndigheter. Med sommerutgaven i 2007 begynte Health for all-databasen å regne med et utvidet EU med 27 medlemsstater.

HiT-forfattere oppfordres til å diskutere data i teksten i detalj, inkludert standardsettet med figurer utarbeidet av ansatte i The Observatory, spesielt i de tilfeller hvor en bekymrer seg om uoverensstemmelser mellom data fra ulike kilder.

En typisk HiT-rapport består av ni kapitler.

1. Innledning: skisserer den bredere konteksten av helsesystemet, inkludert geografi og levevilkår, økonomisk og politisk kontekst samt befolkningens helse.

2 . Organisering og styring: gir en oversikt over hvordan helsesystemet i landet er organisert, styrt, planlagt og regulert samt den historiske bakgrunnen for systemet. Kapittelet beskriver de viktigste aktørene og deres beslutningsmyndighet og beskriver grad av brukermedvirkning på områdene informasjon, valg, rettigheter, klageprosedyrer, offentlig deltakelse og grensekryssende helsetjenester.

3. Finansiering: gir informasjon om kostnadsnivået og fordelingen av helseutgiftene på tvers av de ulike tjenesteområdene, om inntektskilder, hvordan ressursene samles og fordeles, hvem som er dekket, hvilke fordeler som er dekket, omfanget av egenandeler og andre egenbetalinger, frivillig helseforsikring og hvordan leverandører er betalt.

4. Personell og materiell: omhandler planlegging og fordeling av kapitalbeholdning og investeringer, infrastruktur og medisinsk utstyr, i hvilken sammenheng IT- og HR-systemer fungerer, inkludert informasjon om bemanningstrender, faglig mobilitet, opplæring og karriereveier.

5. Tilbudet av tjenester: konsentrerer seg om organisering og levering av tjenester og pasientstrømmer, og tar opp offentlig helse, primærhelsetjenesten, sekundær- og tertiær omsorg, dagbehandling, legevakt, farmasøytiske helsetjenester, rehabilitering, pleie- og omsorgstjenester, tjenester for uformelle omsorgspersoner, palliativ omsorg, psykisk helsevern, tannpleie, komplementær og alternativ medisin og helsetjenester for spesifikke befolkningsgrupper.

6. Større helsereformer: vurderer reformer, politikk og organisasjonsendringer og gir en oversikt over utviklingen fremover.

7. Vurdering av helsesystemet: gir en vurdering basert på de uttalte målene i helsevesenet, økonomisk trygghet og utjevning med hensyn til helseutgifter, brukeropplevelse og lik tilgang til helsetjenester, helseutfall, resultater som følge av helsetjenestens ytelser og kvalitet på omsorg, helsesystemets effektivitet og åpenhet og ansvarlighet.

8. Konklusjoner: identifiserer viktige funn, fremhever erfaringene fra helsesystemendringer og oppsummerer gjenværende utfordringer og framtidsutsikter.

9. Vedlegg: inneholder referanser, nyttige nettsider og oversikt over gjeldende lovgivning.

Kvaliteten på HiT-rapportene er av betydning siden de er informasjonsgrunnlaget for politikk og meta-analyser. Rapportene blir bredt gjennomgått gjennom hele skrive- og redigeringsprosessen, som involverer flere runder. De er da underlagt følgende:

- En grundig vurderingsprosess (se neste avsnitt).

- Det videre arbeidet med å sikre kvalitet mens rapporten slutføres, med fokus på korrektur og at manuset gjøres klart til trykking.
- At HiT-rapporter formidles (papirkopier, elektronisk publisering, oversettelser og lanseringer). Redaktøren støtter forfatterne gjennom hele produksjonsprosessen og sikrer at alle ledd i prosessen utføres så effektivt som mulig i nært samråd med forfatterne.

En av forfatterne er også en del av Observatorys faglige team og er ansvarlig for å støtte de andre forfatterne gjennom hele skrive- og produksjonsprosessen. De konsulterer tett med hverandre for å sikre at alle ledd i prosessen er så effektive som mulig og at HiT-rapporter møter standardarden og kan støtte både nasjonale beslutningsprosesser og sammenligninger på tvers av land.

9.5 Evalueringsprosessen

Denne består av tre trinn. Teksten i rapporten blir først sjekket, vurdert og godkjent av serieredaktørene ved The European Observatory. Manuset blir deretter sendt til vurdering av to uavhengige akademiske eksperter. Deres kommentarer og endringer blir innarbeidet i teksten, og modifikasjoner blir gjort. Teksten blir deretter sendt til det aktuelle helsedepartementet eller vedkommende myndighet, vurderingen er da begrenset til å sjekke faktafeil i rapporten.

9.6 Om forfatterne

Ånen Ringard var ansatt som prosjektleder/seniorrådgiver ved Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret), da den engelske versjonen av HiT-rapporten ble skrevet. Han er for tiden engasjert av Helse- og omsorgsdepartementet der han leder sekretariatet for Prioriteringsutvalget ("Norheimutvalget"). Han er også tilknyttet avdeling for Helsetjenesteforskning (HØKH) ved Akershus Universitetssykehus som postdoktor. Ringard er utdannet statsviter (Cand.polit.) og har en PhD i helsepolitikk/helsetjenesteforskning fra Universitetet i Oslo. Forskningen hans har hovedsakelig vært konsentrert om: myndiggjøring av pasienter, pasientens valg av sykehus, kvalitet og prioritering i helsevesenet og helsesystemanalyse.

Anna Sagan er stipendiat ved European Observatory on Health Systems and Policies. Hun redigerer og er medforfatter på HiT rapporter og arbeider med ulike Observatory-studier, inkludert studier på frivillig helseforsikring og finanskrisen. Sagan fikk sin Master i økonomi ved London School of Economics. Før hun begynte i Observatory, jobbet hun som konsulent ved FNs forskningsinstitutt for sosial utvikling i Genève, som lærerassistent ved Universitetet i Bern og i finansnæringen i London.

Ingrid Sperre Saunes er seniorrådgiver ved Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret). Hun har jobbet med pasientsikkerhet siden 2007 og har også vært nasjonal representant for Norge i OECD-prosjektet på pasientsikkerhetsindikatorer. Hennes tidligere arbeid dekker områder som pasienterfaringer, kvalitetsindikatorer og brukernes involvering i pasientsikkerhet. Hennes nåværende prosjekter er innenfor komparative helsetjenester og helsepolitisk analyse. Saunes er cand.polit. med hovedfag i sosiologi fra Universitetet i Oslo.

Anne Karin Lindahl er avdelingsdirektør for Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret). Hennes nåværende arbeid ved Kunnskapssenteret omfatter også internasjonale sammenligninger av helsesystemer, mens tidligere oppdrag har gått ut på å utarbeide systematiske oversikter og syntetisere forskning for å støtte kunnskapsbaserte beslutninger. Lindahl har også en stilling som professor i medisin i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo. Hun har godkjent spesialitet i generell kirurgi og karkirurgi og har en doktorgrad i koagulasjonsforskning. Før hun begynte i Kunnskapssenteret ledet hun kirurgisk avdeling i to sykehus og var medisinsk direktør ved Helse Sør-Øst RHF.

The Health Systems in Transition reviews

A series of the European Observatory on Health Systems and Policies

The Health Systems in Transition (HiT) country reviews provide an analytical description of each health-care system and of reform initiatives in progress or under development. They aim to provide relevant comparative information to support policy-makers and analysts in the development of health systems and reforms in the countries of the WHO European Region and beyond. The HiT profiles are building blocks that can be used:

- _to learn in detail about different approaches to the financing, organization and delivery of health services;
- _to describe accurately the process, content and implementation of health reform programmes;
- _to highlight common challenges and areas that require more in-depth analysis; and
- _to provide a tool for the dissemination of information on health systems and the exchange of experiences of reform strategies between policy-makers and analysts in countries of the WHO European Region.

How to obtain a HiT

All HiTs are available as PDF files at www.healthobservatory.eu, where you can also join our listserve for monthly updates of the activities of the European Observatory on Health Systems and Policies, including new HiTs, books in our co-published series with Open University Press, Policy briefs, Policy summaries, and the *Eurohealth* journal.

If you would like to order a paper copy of a HiT, please write to:

info@obs.euro.who.int

Hvis du ønsker å bestille en papirkopi av en HiT på norsk, kan du skrive til:

post@kunnskapssenteret.no. Rapporten sendes mot et ekspedisjonsgebyr på kr 75.

Hvis du ønsker å bestille en papirkopi av en HiT på norsk, kan du skrive til:

post@kunnskapssenteret.no. Rapporten sendes mot et ekspedisjonsgebyr på kr 75.

Pdf utgaven finner du på våre nettsider: www.kunnskapssenteret.no

Den engelske versjonen får du ved å henvende deg til info@obs.euro.who

Den engelske versjonen finnes i en elektronisk utgave som oppdateres fortløpende:

<http://www.hspm.org/countries/norway08012014/countrypage.aspx>

HiT country profiles published to date:

Albania (1999, 2002_{ag})
Andorra (2004)
Armenia (2001_g, 2006, 2013)
Australia (2002, 2006)
Austria (2001_e, 2006_e, 2013)
Azerbaijan (2004_g, 2010_g)
Belarus (2008_g, 2013)
Belgium (2000, 2007, 2010)
Bosnia and Herzegovina (2002_g)
Bulgaria (1999, 2003_b, 2007_g, 2012_b)
Canada (2005, 2013_c)
Croatia (1999, 2006)
Cyprus (2004, 2012)
Czech Republic (2000, 2005_g, 2009)
Denmark (2001, 2007_g, 2012)
Estonia (2000, 2004_{gj}, 2008, 2013)
Finland (2002, 2008)
France (2004_{cg}, 2010)
Georgia (2002_{dg}, 2009)
Germany (2000_e, 2004_{eg})
Greece (2010)
Hungary (1999, 2004, 2011)
Iceland (2003)
Ireland (2009)
Israel (2003, 2009)
Italy (2001, 2009)
Japan (2009)
Kazakhstan (1999_g, 2007_g, 2012_g)
Kyrgyzstan (2000_g, 2005_g, 2011_g)
Latvia (2001, 2008, 2012)
Lithuania (2000, 2013)
Luxembourg (1999)
Malta (1999)
Mongolia (2007)
Netherlands (2004_g, 2010)
New Zealand (2001)
Norway (2000, 2006, 2013)
Poland (1999, 2005_k, 2012)
Portugal (1999, 2004, 2007, 2011)
Republic of Korea (2009)
Republic of Moldova (2002_g, 2008_g, 2012)
Romania (2000_f, 2008)
Russian Federation (2003_g, 2011_g)
Slovakia (2000, 2004, 2011)
Slovenia (2002, 2009)
Spain (2000_h, 2006, 2010)
Sweden (2001, 2005, 2012)
Switzerland (2000)
Tajikistan (2000, 2010_g)
The former Yugoslav Republic of Macedonia (2000, 2006)
Turkey (2002_{gi}, 2011)
Turkmenistan (2000)
Ukraine (2004_g, 2010_g)
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (1999_g)
United Kingdom (England) (2011)
United Kingdom (Northern Ireland) (2012)
United Kingdom (Scotland) (2012)
United Kingdom (Wales) (2012)
United States of America (2013)
Uzbekistan (2001_g, 2007_g)
Veneto Region, Italy (2012)



The European Observatory on Health Systems and Policies is a partnership, hosted by the WHO Regional Office for Europe, which includes the Governments of Austria, Belgium, Finland, Ireland, the Netherlands, Norway, Slovenia, Spain, Sweden, the United Kingdom and the Veneto Region of Italy; the European Commission; the European Investment Bank; the World Bank; UNCAM (French National Union of Health Insurance Funds); the London School of Economics and Political Science; and the London School of Hygiene & Tropical Medicine.

HITs are in-depth profiles of health systems and policies, produced using a standardized approach that allows comparison across countries. They provide facts, figures and analysis and