Ledig kapasitet i private sykehus

- Hvordan kan private sykehus bidra til å redusere sykehuskøene?

NHO Service 11/2014

NHO SERVICE

SAMMENDRAG

Notatet fokuserer på hvordan ledig kapasitet i private sykehus kan benyttes for å redusere køene for pasienter som venter på å få utført operasjoner. Vi retter spesielt fokus på langtidssykemeldte som står i kø, og setter kostnaden av å benytte privat kapasitet opp mot samfunnsøkonomiske besparelser i form av reduserte kostnader til sykelønn.

NHO Service har private sykehus som medlem. Vi har foretatt intervjuer med de største private sykehusene og innhentet data via hjemmesider, mail og telefoner til de øvrige for å beregne ledig kapasitet. Den ledige kapasiteten i private sykehus tilsvarer 50 000 operasjonstimer pr. år. Eksempelvis kan den ledige kapasiteten uttrykkes som at man kan tilby ca. 25.000 personer dagkirugiske inngrep med en varighet på 2 timer. De 50.000 ledige timene på private operasjonssaler kan alternativt forstås som muligheten til å gjennomføre 50.000 mindre operasjoner på 1 time. En full utnyttelse av kapasiteten forutsetter to skift daglig, syv dager i uken. Legger vi til grunn to skift, slik man gjorde da man tok unna sykehuskøer ved å ta i bruk de private i 2003-2004, tilsvarer den ledige kapasiteten 290.000 timer. En økning i kapasitet utover 50 % forutsetter nyansettelser av medisinsk personell og støttepersonell. Derfor har vi i analysen begrenset oss til å vise effekten av å ta i bruk den ledige kapasiteten som allerede er ansatt i de private sykehusene.

Vi har estimert at den ledige kapasiteten kunne brukes til å ta unna 60.800 mindre og større operasjoner. Kostnadene tilknyttet dette er anslått å være i underkant av 1,3 mrd. kr.

Av de 240.000 som står i sykehuskø, har vi estimert at i overkant av 30.000 er langtidssykemeldte i arbeidsfør alder. Vi har sett på hva det ville bety å redusere ventetiden fra et snitt på 10 uker til 2 uker som de private aktørene ligger på. Våre estimater indikerer en samfunnsøkonomisk besparelse på over 2 mrd. kr. Disse midlene oppstår gjennom å få andelen av de i kø som mottar sykelønn (estimert til ca. 13 % av de ventende) raskere tilbake i jobb. Fordi arbeidsgiver betaler de første 16 dagene med sykelønn er det offentliges besparelse ca. 1,5 mrd. om man hadde klart å redusere ventetidene med 8 uker. I tillegg kommer en økonomisk gevinst i at de private sykehusene har lavere enhetskostnader enn sine offentlige motstykker for flere av operasjonene de i køen venter på. Fordi det er ukjent hvilke diagnoser de i kø har og hvilken behandling de venter på må beregningene sees som grove anslag.

For å ta unna hele køen må det et felles løft til, her kan de private sykehusene bidra med sin ledige kapasitet.

Bakgrunn

Mange i kø

På somatikk hadde norske sykehus i gjennomsnitt 72 dagers ventetid til polikliniske behandlinger, 79 dagers ventetid til dagbehandlinger og 66 dagers ventetid på behandling eller utredning som krevde innleggelse. I alt var det om lag 240.000 ventende personer i sykehuskø innen området somatikk pr. 1. august 2013 (Helsedirektoratet 2013) Dette er en bedring fra 2012 (Se akkumulerte tall fra SSB i tabell under). Fagområdene med størst andel fristbrudd er plastikk-kirurgi, nevrologi og lungesykdommer. Det opereres også med 270.000 ventende i helsekø i avisene (Moslet i VG 23.12.13), men dette inkluderer flere områder enn somatikk.

Helseregion	Gjennomsnittlig ventetid	Andel fristbrudd
Sør-Øst	99	8 %
Vest	92	7 %
Midt-Norge	95	5 %
Nord	84	11 %

Tabell 1: Gjennomsnittlig ventetid og andel fristbrudd for helseregionene i 2012 på området somatikk.. Hentet fra SSB tabell 08788 StatRes: Spesialisthelsetjenesten.

Hva venter vi på?

De aller fleste får behandling raskt – oftest etter en til to måneder med venting, men noen få venter opp til fire år på behandling (Dagens medisin 25.04.13). Vi har hentet ventetider fra Fritt Sykehusvalg, gjennomsnittet av disse er så vektet etter antall behandlinger, slik at man hensyntar kapasitet. De private aktørene er trukket ut av regnestykket, det samme er sykehus som ikke har oppgitt volum på behandlinger.

<u>Offentlig ventetid:</u>

	Utredning (uker)	Poliklinisk konsultasjon (uker)	Innleggelse (uker)	Behandlinger pr.år
Brystrekonstruksjon (m protese), kreft	17,4	46,6	50,9	624
Brystrekonstruksjon (m eget vev), kreft	19,2		89,9	652
Håndkirurgi (triggerfinger, etc.)	26,9	15,2	45,4	5 336
Skulderoperasjon, kikkhull	20,4	16,2	28,2	4 104
Hofteprotese	14,0		14,2	10 889
Menisk-skade	15,3	10,7	11,8	12 149
Ryggprolaps	20,0	18,5	15,6	2 853
Prostataoperasjon	16,4	11,3	12,9	2 254

Tabell 2: Eksempel på ventetider i offentlige sykehus på behandlinger private sykehus har god kompetanse og ledig kapasitet til å ta unna. Ventetidene er vektede snitt utregnet fra data fra www.frittsykehusvalg.no

I de fleste tilfeller vil ventetid hos private aktører være 1-2 uker. I noen få tilfeller overstiger ventetiden hos en av de private aktørene 10 uker. Det er flere helseforetak som melder om nærmest null fristbrudd. Dette kan forklares med at frist for helsehjelp settes til første vurdering på en

poliklinikk, så rettigheten ansees som oppfylt ved første kontakt med spesialisthelsetjenesten, ikke når behandlingen faktisk starter. En strategi for å unngå fristbrudd har vært å legge inn en konsultasjon før fristen nås. Pasienten venter da fortsatt på sin operasjon, men blir ikke fristbruddpasient (Dagens Medisin 27.01.11). I tillegg har flere offentlige sykehus frister som er vesentlig lengre enn hva prioriteringsveilederen fra HOD angir, noe som også reduserer antall fristbrudd – og gir pasienten lenger tid å vente. Til nå er det heller ikke registrert fristbrudd uten at pasienten selv melder inn bruddet til Helfo, sykehusene gjør ikke dette.

De lange ventetidene på utredning og behandling gjør at man kan bli gående som sykemeldt langt lengre enn det som hadde vært nødvendig om man supplerte med den tilgjengelige private kapasiteten.

Ledig kapasitet i private sykehus

Det er i dag 10 private sykehus som har avtaler om levering av ulike operasjoner til Helseforetakene. Disse har en kapasitet på minst 134.000 timer på sine operasjonsstuer årlig hvorav ca. 37 % er ubenyttet. Dette tilsvarer ca. 50.000 ledige timer årlig. I tillegg kommer den ledige kapasiteten i private sykehus som har godkjenning/konsesjon men ikke offentlige avtaler, som det ikke er tatt høyde for i notatet. De 50.000 ledige timene årlig er derfor et konservativt anslag.

Dersom man ser på hva denne ledige kapasiteten kunne benyttes til, så tilsvarer dette et sted mellom 17.000 og 200.000 behandlinger, avhengig av kompleksitet og tidsbruk på behandlingene man ønsker utført. Eksempelvis kan den ledige kapasiteten uttrykkes som at man kan tilby 25.000 personer dagkirugiske inngrep med en varighet på 2 timer. De 50.000 ledige timene på private operasjonssaler kan alternativt forstås som muligheten til å gjennomføre 16.700 inneliggende operasjoner på 3 timer. I beregningen av den ledige kapasiteten til de private sykehusene har vi lagt til grunn at det arbeides ett skift, fem dager i uken, 48 uker i året. En full utnyttelse av kapasiteten forutsetter to skift daglig, syv dager i uken. Legger vi til grunn to skift, slik man gjorde da man tok unna sykehuskøer ved å ta i bruk de private i 2003-2004, tilsvarer den ledige kapasiteten 290.000 timer. En økning i kapasitet utover 50 % forutsetter nyansettelser av medisinsk personell og støttepersonell. Derfor har vi i analysen begrenset oss til å vise effekten av å ta i bruk den ledige kapasiteten som allerede er ansatt i de private sykehusene.

	Utnyttelse	*Ledig kapasitet i timer pr. uke*	*Pr. år*
TOTAL, private sykehus	*63 %*	*1 040*	*50 000*

Tabell 3: Kapasitetsutnyttelse og ledig kapasitet i timer pr uke og år i private sykehus (2013). Kapasiteten er beregnet ut i fra antall operasjons- og skiftestuer og dagens belegg med ett skift,fem dager i uken, 48 uker i året.

I praksis betyr dette at de private sykehusene hvert år har kapasitet til å levere et stort antall operasjoner. Helseregionene bestemmer praktisk og prinsipielt hvem det skal gis tilbud til, og gjennomfører dette ved å legge ut på anbud hvor mål og rammer for hvilket tilbud som etterspørres. På denne måten defineres også hvilke former for operasjoner som skal tilbys via offentlig finansiering

Vi har forsøkt å eksemplifisere en utnyttelse av den ledige kapasiteten i form av behandlinger. For å vise hvordan nevnte kapasitet i private sykehus kunne utnyttes har vi i samarbeid med de private sykehusene satt opp følgende anslag som forutsetninger i beregningen. Det er beregnet en tilleggskostnad på 12.000 kr. pr døgn for inneliggende kirurgi. Eksempel på behandling er kun ment som en synliggjøring av hvilke behandlinger som kan utføres innen tidsrammen. I kostnaden ligger

også første kontroll etter operasjon. De private klinikkenes kompetanse og omfang i behandlinger begrenses selvfølgelig ikke til de som er listet opp i eksempelet.

Kirurgi, dag eller inneliggende	*Tid (timer)*	*Kostnad*	*Eksempel på behandling*
Dagkirurgi, 15 min	*0,25*	*7 000*	*Triggerfinger, CTS*
Dagkirurgi, 30 min-45 min	*0,5*	*9 000*	*Artroskopi knekirurgi*
Dagkirurgi, 1-2 time	*1,5*	*30 000*	*Korsbåndsoperasjon, skulderkirugi*
Dagkirurgi, 2,5-3 timer	*2,5*	*80 000*	*Halvprotese kne*
Inneliggende, 2,5 timer + 3 dager opph.	*2,5*	*81 000*	*Helproteser kne*
Inneliggende, 3 timer + 3 dager opph	*3*	*90 000*	*Hofteprotese*

Tabell 4: De ulike grupperingene av kirurgi sortert etter tid og hvorvidt det er dagkirurgi eller inneliggende, med kostnadsestimat (enhetskostnad) og eksempler på behandling.

Kirurgi, dag eller inneliggende	*Kapasitet privat*	*Kostnad*	*Eksempel på behandling*
Dagkirurgi, 15 min	*200 000*	*1 400 000 000*	*Triggerfinger, CTS*
Dagkirurgi, 30 min-45 min	*100 000*	*900 000 000*	*Artroskopi knekirurgi*
Dagkirurgi, 1-2 timer	*33 000*	*990 000 000*	*Korsbåndsoperasjon, skulderkirugi*
Dagkirurgi, 2,5-3 timer	*20 000*	*1 600 000 000*	*Halvprotese kne*
Inneliggende, 2,5 timer + 3 dager opph.	*20 000*	*1 620 000 000*	*Helproteser kne*
Inneliggende, 3 timer + 3 dager opph	*16 700*	*1 530 000 000*	*Hofteprotese*

Tabell 5: Eksemplifisering av kapasitet i ulike grupperinger kirurgi. NB! Hele kapasiteten er tallfestet i hver gruppe, slik at det blir ikke riktig å summere tabellen.

Gjør vi derimot en allokering av kapasiteten kan vi få opp en samlet totalkostnad. I eksempelet har vi fordelt den ledige kapasiteten på følgende måte:

Kirurgi, dag eller inneliggende	Andel av total kapasitet	Antall personer	Kostnad
Dagkirurgi, 15 min	10	20 000	140 000 000
Dagkirurgi, 30 min-45 min	25	25 000	225 000 000
Dagkirurgi, 1-1.5 time	25	8 250	247 500 000
Dagkirurgi, 2,5-3 timer	9	1 800	144 000 000
Inneliggende, 2,5 timer + 3 dager opph.	16	3 200	259 200 000
Inneliggende, 3 timer + 3 dager opph	15	2 550	229 500 000
SUM alle behandlinger	100	60 800	1 245 200 000

Tabell 6: Eksemplifisering av hvordan de 50.000 ledige operasjonstimene kan benyttes, fordelt på de ulike typene dagkirurgi og inneliggende kirurgi. Estimatet baserer seg på fordeling av andeler hentet fra forsikringsselskap som formidler pasienter som benytter helseforsikring, samt kostnader fra tabell 4.

Hva vil det koste å ta unna helsekøen?

Helseminister Bent Høie (H) anslo i sitt svar den 18. desember 2013 at det vil koste ca. 8,1 mrd. kr å behandle alle som står i kø. Dette anslaget baserer seg på tall fra Norsk pasientregister (NPR), en kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2012, antall DRG poeng i innsatsstyrt finansiering i 2012 og enhetsprisen for DRG-poeng i 2013. Høie understreker likevel at det er vanskelig å gi et forsvarlig anslag, fordi man ikke vet hva slags behandling alle de 270.000 ventende skal ha.

Det regnestykket som mangler nå er å få vite kostnaden av å ta unna de 270.000 ventende i egenregi vil være (Moslet 16.01.14). I våre beregninger forholder vi oss til 240.000 ventende på somatikk.

Intervjuede direktører ved private klinikker oppgir at prisene deres for kne- og hofteoperasjoner ligger på halvparten av det de offentlige sykehusene bruker (Helsekøen 9.12.13). Det er behov for en bedre gjennomgang av helseforetakenes enhetskostnader. Spesialisthelsetjenesten koster om lag 120 milliarder kroner årlig, dette beløpet øker med 1-1,5 milliarder årlig. Det er derfor mye å spare på en mer kostnadsbevisst behandling. Et tettere samarbeid mellom offentlig og private sykehus kunne gitt det offentlige en mer fleksibel pasientbehandling uten økt kostnad.

Samfunnsøkonomiske konsekvenser av å ha 240.000 ventende i kø

I Helseministerens anslag ligger kostnaden til behandling, men det er flere kostnader som inngår i å opprettholde status quo, som bør regnes opp mot å ta unna helsekøen raskere ved å ta i bruk den ledige kapasiteten i private sykehus. 11 % av de ventende på somatikk venter lenger enn 4 måneder.

Sykepenger skal gi kompensasjon for bortfall av lønn for ansatte som har vært syke fra jobb, fra første dag. De første 16. dagene dekkes av arbeidsgiver. Fra og med 17. sykefraværsdag er det folketrygden som betaler sykepengene inntil ett år. Til grunn for beregning av sykepenger ligger den gjennomsnittlige ukesinntekten for de fire siste ukene før man ble arbeidsufør. Det er kun arbeidsinntekten som er med i sykepengegrunnlaget, særgodtgjørelser og overtidsgodtgjørelser regnes ikke med (NAV 2014). Arbeidstager trekkes i skatt som før, men det er NAV som utbetaler lønn før skatt, så dette er penger fra det offentlige til det offentlige.

NAV (2013) oppgir at det var 274.300 avsluttede legemeldte sykefraværstilfeller pr 3. kvartal 2012. Av disse var 165.000 under 16 dager lange, altså i perioden bedriften utbetaler lønn.

- Fra 16 dager til 8 uker var det 56 600 tilfeller.
- Fra 8 uker til 12 uker var det 11 900 tilfeller.
- Fra 12 uker til 26 uker var det 19 400 tilfeller
- Fra 26 uker til ett år var det 21 400 tilfeller

Det er for de 52.700 personene som var borte i mer enn 8 uker som stod i helsekø vi vil sannsynliggjøre de samfunnsøkonomiske konsekvensene av å redusere ventetiden ved hjelp av privat kapasitet. Etter den maksimale perioden for sykefravær på 52 uker, øker mulighetene for at man ikke kommer tilbake i ens tidligere jobb og man overføres da til ordningen for arbeidsavklaringspenger.

Forutsetninger for regnestykket:

- Andelen i arbeidsfør alder utgjør 2/3 av de i venteliste, som i befolkningen for øvrig.

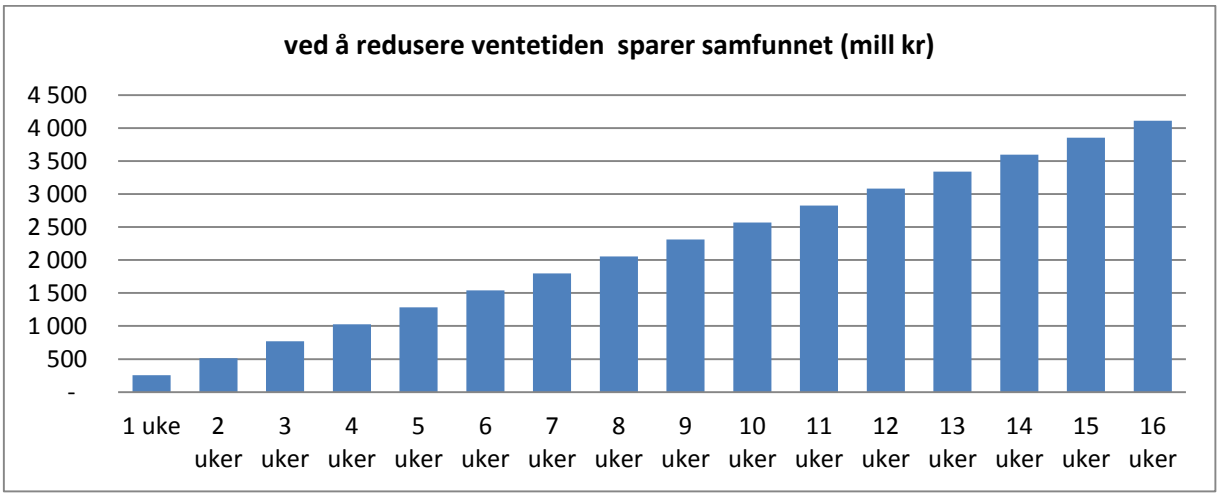
- Helse og omsorgsdepartementet har ikke tall på hvor stor andel av de som venter på behandling som står utenfor arbeidslivet, vi har estimert at 20 % av de i arbeidsfør alder i sykehuskø står utenfor arbeidslivet i påvente av behandling.
- Sykelønnen fra uke 1-52 utgjør 370.000 kroner før skatt. Dette er en norsk gjennomsnittslønn i 2013. Vi legger til grunn en skattesats på 30 % og arbeidsgiveravgift på 14.1 %.
- Bedriften betaler fra dag 1-16 (forenklet til uke 1 og 2) uke 3 og utover betales av NAV. Begrenset oppad til ett år.

Med disse forutsetningene vil 13 % av de som står i helsekø være i arbeidsfør alder og mottakere av sykelønn eller annen stønad som erstatter lønn. Hver uke disse er hjemmeværende heller enn på arbeid utløser en samfunnsøkonomisk kostnad beregnet til kr. 8 100 kroner pr. person – totalt over 250 millioner kroner for de 30.000 personene vi har estimert står utenfor arbeidslivet av de som står i kø.

	Pr. person pr. uke (NOK)	For alle pr. uke (NOK)
Kostnad sykepenger	5 000	157 800 000
Tapt skatt	2 100	67 600 000
Tapt arbeidsgiveravgift	1 000	31 800 000
Totale kostnader pr. uke	8 100	257 200 000

Tabell 8: Samfunnets kostnad ved å ha mennesker i sykehuskø, som mottar sykepenger pr. uke.

De første 16 dagene er det bedriften som betaler lønn uten å motta arbeidskraft. Mulig leies det inn vikar, da tilkommer kostnader for dette. Fra og med dag 17 overtar NAV kostnader for lønn, men bedriftens eventuelle vikarkostnader fortsetter å løpe.



Tabell 9: Samfunnets kostnad ved å ha mennesker i sykehuskø, som mottar sykepenger pr uke (i mill. kr.) Dette angir mulige besparelser man kan få ved å redusere ventetiden.

For å gå break even med behandlingskostnadene av sykehuskøen må ventetidene for alle i kø reduseres med 27 uker. Dette er ikke realistisk, da kun 11 % av de ventende har ventet i mer enn 16 uker. Det er likevel ikke slik at ventetidene er det samme som tiden det tar til man blir ferdig behandlet, men tiden det tar til man får første konsultasjon på sykehuset

Ved å redusere snittet fra 72 dager for medianpasienten innen somatikk (avrundet til 10 uker) til 2 uker som er den vanligste øvrige ventetiden hos de private sykehus i dag, reduserer man ventetiden med 8 uker. De 8 ukene kan bety 2 måneder mindre på sykepenger, og ville med våre forutsetninger resultert i en estimert samfunnsbesparelse på i overkant av 2 milliarder kroner, tilsvarende en tredjedel av den totale kostnaden det er estimert det vil koste å ta unna hele køen. 2 uker betaler bedriften, det betyr at det offentliges andel av samfunnsbesparelsen er 1,5 mrd. kr. Dersom de reelle ventetidene er lengre enn det som er oppgitt her, vil en større andel av køen kunne returnere til arbeid tidligere, og samfunnsbesparelsene blir da større.

I 2007 ble "Raskere tilbake-ordningen" etablert. Denne skal hjelpe sykemeldte eller de som er i fare for å bli sykemeldte med å komme raskere tilbake i arbeid. I 2013 budsjettet var det bevilget en halv milliard kroner til ordningen. Dette medfører at flere av de som har en jobb å komme tilbake i kan behandles raskere, noe som igjen reduserer den samfunnsøkonomiske kostnaden. Mange arbeidsgivere har sett behovet for å forsikre sine arbeidstakere, og mange forsikrer seg også privat. Antallet nordmenn med helseforsikring er tolv ganger så høyt som i 2003. Hele 380.000 nordmenn har valgt en forsikring som gir dem rask behandling for en rekke plager. Dette er en økning på 15 prosent fra 2012. I tillegg kommer alle som betaler privat av egen lomme, eller hvor arbeidsgivere betaler for behandlingen. Mange arbeidsgivere velger dette i stedet for å ha helseforsikring.

Våre anbefalinger for å ta unna sykehuskøene

1) **Ta i bruk den ubenyttede kapasiteten i private sykehus**
   Det anbefales at man tar i bruk den ubenyttede kapasiteten i de private sykehusene for å redusere ventetidene for de i kø. Dette kan gjøres ved å sette de private sykehusene som et alternativ i fritt sykehusvalg. Midlene kan eksempelvis frigjøres ved en reduksjon i AAP-bevilgningen og/eller sykepengene.

2) **Langsiktige innkjøpsavtaler med private sykehus øker kvalitet og reduserer kostnad**
   Det hadde vært bra for samarbeidspartene til de regionale helseforetakene om det var en lenger forutsigbarhet i forhold til hva RHF`ene tenker å kjøpe av tjenester. De private sykehusene bygger opp kompetanse og logistikk og får til bra behandlingslinjer i 2-4 år, deretter kommer det et nytt anbud som kan resultere i nedlegging av gode tilbud. Andre private sykehus som ikke har hatt disse fagområdene må bygge opp nye tilbud og nye fagområder, som ikke de har hatt tidligere, mens områder de har god kompetanse på må legges ned. Dersom det hadde vært en lengre plan for dette, ville de private sykehusene kunne foredlet kvaliteten og logistikken og dermed også kanskje klart å gjøre dette rimeligere og med bedre kvalitet for pasientene. Slik det er i dag bygges gode tilbud opp og ned hver 3-4 års periode og dette vil på sikt ikke gi best kvalitet.

Kilder

SSB. 2013. Tabell: 08788: StatRes. Spesialisthelsetjenesten. Resultater. Ventetider, gjennomsnitt, median, 90-persentil og fristbrudd, etter tjenesteområde

https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectout/pivot.asp?checked=true

NAV (2013) Avsluttede sykefraværstilfeller som er påbegynt i 3.kv 2003-2012. Varighet og antall. Tilgjengelig fra URL: https://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk/Avsluttede+sykefrav%C3%A6rstilfeller+som+er+p%C3%A5begynt+i+3+kv+2003-2012.+Varighet+og+antall.365765.cms

NAV (2014) Sykepenger til arbeidstakere. Tilgjengelig fra URL: https://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Sykmelding+og+sykepenger/Sykepenger+til+arbeidstakere

VG. 14.02.2014. Kjøper seg ut av helsekøen. Side 12-13.

Dagens medisin. 25.04.2013. Melder om færre fristbrudd. Tilgengelig fra URL: http://www.dagensmedisin.no/nyheter/melder-om-farre-fristbrudd/

Dagens Medisin 27.01.11. Fristbrudd skjules i statistikkene. Tilgjengelig fra URL: http://www.dagensmedisin.no/nyheter/fristbrudd-skjules-i-statistikkene/

Moslet, Anne Beth. Pris-thriller om helsekostnader, Kronikk i VG 23.12.13 tilgjengelig fra URL: http://helsekøen.no/?p=711

Moslet, Anne Beth. Helsekøen. 16.01.14.

http://helsekøen.no/?p=727

Helsedirektoratet. 2013. Aktivitetsdata for somatikk. Hentet fra URL: http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/Aktivitetsdata-for-somatikk-2-tertial-2013.aspx