

Helsesystemanalyser og Norges plassering i verden¹

Michael 2024; 21: 71–78

doi:10.5617/michael.10953

De siste femti årene har omfanget av helsesystemanalyser økt, og det utvikles stadig nye rammeverk som vektlegger ulike aspekter etter hvilke helsepolitiske mål de skal belyse. Sentrale aktører er Verdensbanken, WHO, OECD og EU samt akademiske institusjoner og frittstående institutt. Det sentrale er ulike analyser av helsetjenester som belyses ved eksterne faktorer som kan påvirke helsetilstanden i en befolkning.

Når resultater av ulike analyser presenteres, kommer de nordiske landene, særlig Norge, godt ut. Tilgangen til helsetjenester er god, det er relativt sett god tilgang på helseressurser, og forventet levealder har vært og fortsetter å være blant de høyeste. Norge skårer også høyt på pasientsikkerhet og folkehelsevariabler, men internasjonale rangeringer kan påvirkes av mange faktorer og er ikke egnet som grunnlag for nasjonale prioriteringer.

Begrepet helsesystem brukes for å beskrive helheten av helsetjenester og helse-tjenesterrelaterte ressurser og prosesser i en avgrenset befolkning. Det omfatter helsetjenester og finansiering, regulering, styring og organisering av tjenestene, men også mer generelle livsbetingelser og forhold som kan påvirke helse (1).

Dersom grensene for helsesystemet defineres omfattende, og inkluderer folkehelsearbeid, helsefremmende aktiviteter og effekten av sosiale determinanter på helse, er det mer sannsynlig at faktorene som påvirker helse, er godt representert. Samtidig kan det begrense identifiseringen av tiltak som kan føre til forbedring. Om definisjonen av helsesystem avgrenses til helsetjenester, kan det være enklere å knytte vurderingen av ytelser til aktørenes innsats i tjenestene. Da kan man risikere å utelukke faktorer som utdanning og bemanning, som påvirker hvordan målsettingene til et helsesystem kan oppnås (1).

¹ Artikkelen bygger på en presentasjon for Det norske medicinske Selskab 20.9.2023

Organisasjoner og datakilder

En rask økning i helseutgifter i 1970-årene førte til at OECD startet med å registrere og analysere data i helsesektoren. Målsettingen var å sikre at det ble felles rapporteringsrutiner for helseutgifter på nasjonalt nivå (2), og mulighet for komparative analyser (3).

USA og de nordiske landene var pådrivere i prosessen med å utvikle kvalitetsindikatorer for helsesystemer. En sentral kjerneoppgave for WHO er utvikling og bruk av helsedata til prioriteringsformål samt vurdering av utvikling av helsetjenester på nasjonalt, regionalt og globalt nivå. Verdensbanken finansierte det første prosjektet som estimerte den globale sykdomsbyrden (Global Burden of Disease, GBD). Formålet var å kunne bidra til bedre helsepolitiske prioriteringer på globalt, regionalt og nasjonalt nivå (4). I 2007 ble Institute of Health Metrics (IHME) opprettet. Senteret har videreutviklet målinger av GBD og publiserer globale estimater for sykdomsbyrde. Det er dermed to store aktører som har produsert GBD-data i mer enn ti år. Det har ført til ulike metodiske-tekniske debatter mellom IHME og WHO, men også en debatt om akademisk uavhengighet, innsyn og innflytelse. I 2018 ble en samarbeidsavtale inngått mellom IHME og WHO om felles rapportering for sykdomsbyrde (5).

Registerdata beskrives ofte som den nye olje; det er informasjon som er systematisert, identifiserer utfordringer og kan bidra til endringer (6). Merverdien av registerdata er når dataene kan benyttes i en annen eller større kontekst enn det registeret var etablert for.

OECD Health Data er en egen database med tidsserier av data som går mer enn 60 år tilbake i tid for enkelte områder (7). Fra 2024 flyttes data over til en ny plattform OECD Data Explorer (8).

Periodiske publikasjoner som sammenlikner helsesystemer

WHO publiserte sin første sammenlikning av verdens helsesystem i 2000 (World Health Report) (9). OECD publiserte «Health at a Glance» første gang i 2001. Denne rapporten er siden blitt oppdatert hvert annet år, og fra 2010 har det vært supplerende regionale analyser. Den siste utgaven ble publisert i november 2023 (10).

Parallelt med utviklingen av komparative helsesystemanalyser i regi av WHO og OECD har European Observatory on Health Systems and Policies bidratt til utviklingen av nasjonale oversikter på oppdrag fra European Commission. Disse oversiktene kan ses som et supplement til WHO og OECD sine publikasjoner, State of the Health EU (11) (tabell 1).

Organisasjon /Institusjon	Periodiske publikasjoner om helsesystemer
WHO	World Health Report (1995–2013) The World health statistics report (2005–2023)
OECD	Health at a Glance (HAG) global biannual (2001–2023) Health at a Glance Europe (HAG-E) regional biannual State of Health EU (SoHEU) (2017–2023) National country profiles
European Observatory on Health Systems and Policies (The Observatory)	Rapportserie Health System in Transition (2020–2023): deskriptive rapporter på nasjonalt nivå, oppdateres på nett. https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor Policy-briefs for WHO og EU basert på data fra OECD, WHO og Eurostat, samt SoHEU
Commonwealth Fund (CWF)	Country profiles (20 land) Mirror mirror: rapport fra årlig survey-undersøkelser (2004–2023) Komparative analyser av USAs stater

Tabell 1. Periodiske publikasjoner for helsesystemanalyse

Metodiske utfordringer ved komparative analyser

Det er utfordrende å sammenlikne informasjon fra ulike land, og utfordringene blir ikke mindre når kompleksiteten i det som sammenliknes, øker. Når man skal sammenlikne helsesystemer, sammenlikner man ikke kun leveransen av en eller flere helsetjenester, eller en eller flere sykdomsbehandlinger, men hele systemet som påvirker helsen til befolkningen. For eksempel var metodebeskrivelsene som fulgte The World Health Report fra 2000, mer enn fire ganger så lang som selve rapporten (12).

Hvor mange land som er inkludert i utvalget, har betydning for hvilke analyser man kan benytte. Analyser fra OECD viser at landene ikke er direkte sammenliknbare. Det er forskjeller på store og små land, og det er tendenser til et øst/vest-skill. Det kan også være forskjeller i rapportering mellom landene, noen land har komplette datasett, andre land har kanskje data kun fra utvalgte regioner eller fra universitetssykehus eller regionale sykehus. Dokumentasjon av indikatorene er publisert i rapportseriene OECD Health Working Papers, Technical papers og Health Care quality and Outcome Indicators (13–15).

Tverrsnittstudier gjør det vanskelig å konkludere om hva som påvirker hva, mens tidsserier har sine egne utfordringer. Det kan være endringer i hvilke indikatorer som presenteres, nye indikatorer inkluderes og andre indikatorer kan miste sin relevans eller tas ut av andre hensyn (16). Metoden som benyttes for å beregne indikatorer, kan endres, for eksempel beregning av 30-dagers overlevelse etter hjerneslag. Kobling av registerdata gjør det mulig å følge pasienter. Det gjør at beregningsgrunnlaget blir bedre, men tidsserien brytes (17).

Norge i verden

Commonwealth Fund (CWF) rangerte i 2021 Norge, Nederland og Australia som de beste helsesystemene i sin årlige rapport. I tillegg til sin årlige survey benyttet de data fra WHO og OECD for å sammenlikne resultatene til 11 høyinntektsland (18).

I november 2022 holdt finansminister Jeremy Hunt en tale i det britiske parlamentet om statsbudsjettet for 2023 og forventningene til NHS: «... *today I am asking it (NHS) to join all public services in tackling waste and inefficiency. We want Scandinavian quality alongside Singaporean efficiency, both better outcomes for citizens and better value for taxpayers.*» Hunt, som har bakgrunn som helseminister, var med andre ord tydelig på at han ønsket skandinavisk kvalitet på helsetjenestene, men ikke et skandinavisk kostnadsnivå (19).

I januar 2024 publiserte Institute of Global Health Innovation ved Imperial College London en komparativ analyse av pasientsikkerhet, Patient Safety Watch (20). De bruker en metodologi hvor de benytter mål for variasjon (standardavvik) for å sammenlikne 38 land på fire pasientsikkerhetsindikatorer. Det er indikatorer som er relatert til WHO Global Action Plan for Patient Safety, med samme metodologi som Commonwealth Fund. Norge skåret best av de 38 landene, men det er små variasjoner for de 23 landene som var over gjennomsnittet.

Det er et økende antall aktører som publiserer komparative data for helsestatus og helsetjenester. WHO og OECD er de to største aktørene, og de fleste andre aktørene benytter data fra de to kildene, noen ganger supplert med data fra andre kilder eller egne innsamlede data. CWF i USA samler årlig inn surveydata. De benyttes i økende grad av OECD og WHO. Institute of Health Metrics (IHME) benytter data fra OECD, WHO og Verdensbanken samt registerrapportering fra en rekke land. WHO publiserer mye data, men de er ofte knyttet til fagområder, som forekomst av smittsomme sykdommer, eller ulike helsepolitiske målsettinger. For smittsomme sykdommer kan det være løpende oppdatering av informasjon, mens det for dødsårsaker kan være årlige rapporteringer. OECD publiserer annethvert år globale oversikter som skal dekke større deler av helsesystemet, og annethvert år publiseres regionale oversikter.

OECDs primære mål for helsesystemanalyser var å få sammenliknbar informasjon om kostnader og resultat. Ved siden av å publisere volum av tjenester og ressurser samt totale helsekostnadene per innbygger, benytter de relativ prioritering av helsesektoren i nasjonalbudsjett, samt andel av helseutgiftene som dekkes av det offentlige. Norge er blant de landene som har høyest helseutgifter, men er ikke alltid det landet som allokterer mest til

helse når man ser på andelen av bruttonasjonalproduktet (BNP) som går til helsesektoren. OECD fikk derfor i oppdrag å vurdere hvorvidt utgiftene til helse er spesielt høye i Norge i forhold til sammenliknbare land. Her viser de blant annet til at det er en relativt høy andel av utgifter som går til institusjonsbasert omsorg for eldre. I Norge er yrkesaktiviteten høy, og behovet for formalisert omsorg for eldre er derfor høyere enn i land hvor det er lavere yrkesaktivitet. OECD konkluderte med at helseutgiftene i Norge er som forventet ut fra den velstand og demografi som er i landet (21).

Ifølge OECD var de norske helseutgiftene (kjøpekraftjustert) i 2019 nesten 6750 USD per innbygger (22). Det var om lag 1100 USD mer enn i Danmark og Sverige. Når det gjaldt andel av helseutgifter som ble dekket av det offentlige, var Luxembourg og Norge på toppen av listen med 86 % (22). Nyere data er tilgjengelig for de fleste land, men resultatene for Norge var kun estimert (10).

Utfordringene med å sammenlikne kostander for ulike typer tjenester er imidlertid at det er en svært forenklet framstilling. For eksempel vil land som har en generøs dekning av tjenester, men der ikke hele befolkningen har tilgang til tjenestene, skåre lavere enn et land hvor hele befolkningen har tilgang til et mer avgrenset sett tjenester. Dekning av helsetjenester er basert på rapportering av helseregnskapet, og utgifter knyttet til frivillig helseforsikring er holdt utenfor. Dekning av legemidler inkluderer legemidler både med og uten resept.

Health at a Glance presenterer også oversikt over helsepersonellsituasjonen. Grunnlagsdata er hentet fra rapportering til WHO, og Norge er det landet som har høyest tetthet av leger og sykepleiere. Andelen kvinnelige leger i Norge er 52 %, som er rett over gjennomsnittet for OECD på 50 %. Andelen leger som er over 55 år, er 24 %, det samme som i Nederland og Finland. Dette er godt under snittet for OECD på 33 %. Norge ser altså ut til å ha relativt god tilgang på helsepersonell sammenliknet med andre land (10).

Fra 2017 har publiseringen av Health at a Glance blitt supplert med nasjonale rapporter i regi av EU, OECD og European Observatory on Health System and Policies (11). De europeiske landene får dermed en nasjonal rapport med mer kontekst samt en oppsummerende synteserapport som kommenterer fellestrekk for de europeiske landene (23). De publiseres nå annethvert år, parallelt med den globale Health at a Glance-rapporten. I 2023 utgaven er tilgang på helsepersonell et tema som knyttes til stabilitet og robusthet (resiliens) for helsesystemet. Norge har høy legetetthet, men kapasiteten på legeutdanningen i Norge er lavere enn i andre land, og det er flere leger som har utdanning fra utlandet (23).

OECD benytter forventet levealder ved fødsel som et overordnet mål for hvor godt et helsesystem fungerer, slik WHO gjorde i 2000. Norge er blant de land som har lengst forventet levetid, enten man ser på forventet levetid ved fødsel eller ved 65-årsalder. For helsestatus skårer Norge bedre enn OECD-gjennomsnittet på hele 83 % av de 18 indikatorene som benyttes. Norge har relativt lav dødelighet av tilstander som kan forebygges eller behandles (24).

Risikofaktorer for dårlig helse er målt for 12 indikatorer, og Norge skårer bedre enn OECD-snippet på ti av de 12 indikatorene. Både Norge, Sverige og Danmark rapporterer lavere andel av dagligrøykere enn OECD. Norge og Sverige har også lavere alkoholkonsum, og de tre skandinaviske landene har dessuten lavere forekomst av overvekt enn gjennomsnittet for OECD-landene (24–26).

Når det gjelder kvalitet i helsetjenesten har Norge rapportert på 24 av 33 indikatorer og skårer bedre enn gjennomsnittet på 14 av dem. For spesialisthelsetjenesten trekker OECD fram dødelighet innen 30 dager for hjerneslag og hjerteinfarkt som særlig lav i Norge (24). Indikatorene viser dødelighet innen 30 dager etter innleggelse i sykehus, men er basert på data om innleggelse i det enkelte sykehus uten hensyn til eventuelle overflyttinger mellom sykehus. Ettersom mange pasienter, nær halvparten i Norge, overføres til andre sykehus, vil det føre til at dødeligheten underestimeres. Dødeligheten i Norge var 2,6 % for hjerteinfarkt, mens snippet for OECD var 7 %. For hjerneslag var dødeligheten i Norge på 3,1 % for pasienter som var innlagt på sykehus, og for OECD 7,9 % (24). Når man beregner dødelighet innen 30 dager ut fra pasient-identifiserbare data, inkluderes også dødsfall som skjer utenfor sykehus OECD (27).

Som et mål på kvalitet i primærhelsetjenesten benytter OECD innleggelse i sykehus for enkelte pasientgrupper med kroniske sykdommer. Innleggesraten for pasienter med astma og/eller kols var gjennomsnittlig 129 for OECD-landene. Resultatet i Norge var 212 per 100 000 (10, 24). Vi vet fra tidligere rapporteringer at ulik bruk av diagnosekoding kan forklare mye av forskjellene i innleggesrater. Forskjellene i rapporteringen fra de nordiske landene er relativt stabil de siste årene.

For å vurdere kvalitet på forebyggende tjenester benyttes ofte status for vaksinasjon og screening for kreft. Dekningsgraden for barn som hadde fått vaksine mot difteri/stivkrampe og kikhoste, var 97 % i Norge, og for meslinger var den 96 %. Norge skårer noe over snitt i OECD for barnevaksinasjon, og det samme gjelder screening for brystkreft.

Vi ser at Norge og andre nordiske land står seg godt i internasjonale sammenlikninger av helsetjenester og helsesystemer. Kravet om åpenhet og

innsyn i metode har bidratt til utvikling av fagfelt og synergier mellom fagmiljøer. Det utvikles generiske rammeverk som viser hvordan målsettinger og verdigrunnlag inkluderes i analysene (1).

Vi vet også at internasjonale rangeringer påvirkes av mange faktorer, og er ikke egnet som grunnlag for nasjonale prioriteringer. De kan indikere styrker og svakheter ved ulike systemer, men det er nasjonale/lokale analyser som må legges til grunn for nasjonale/lokale helsepolitiske prioriteringer.

Litteratur

1. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M et al, red. *Health system performance assessment: A framework for policy analysis*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2022. Health Policy Series, No. 57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590188/>
2. OECD/Eurostat/WHO: *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Paris: OECD Publishing, 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>
3. OECD. "OECD at 50: Measuring Progress in Health in OECD Countries over the Past Fifty Years". I: *Health at a Glance*. Paris: OECD Publishing, 2011. https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
4. Mathers CD. History of global burden of disease assessment at the World Health Organization. *Arch Public Health*. 2020; 78: 77. doi: 10.1186/s13690-020-00458-3
5. Tichenor M, Sridhar D. Metric partnerships: global burden of disease estimates within the World Bank, the World Health Organization and the Institute for Health Metrics and Evaluation. *Wellcome Open Research*. 2019; 4: 35. doi: 10.12688/wellcomeopenres.15011.2
6. Åm H, Frøyhaug M, Tøndel G. Helsedata som gullgruve? Forventninger til kommersialisering av helsedata i Norge. *Nytt norsk tidsskrift*. 2021. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3053-2021-01-02-08>
7. OECD Health Data. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
8. OECD Data explorer. <https://data-explorer.oecd.org/>
9. *The world health report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization, 2000.
10. OECD. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris, OECD Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
11. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies: Norway: Country Health Profile 2023, *State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1787/256fd7cf-en>
12. Murray CJL, Evans DB: *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization, 2003.
13. OECD. *Health Working Papers (2015-2023)*. <https://web-archiv.oecd.org/2023-11-24/81599-health-working-papers.htm>
14. OECD. *Healthcare Quality and Outcomes Indicators*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-outcomes-indicators.htm>

15. OECD. *Health Technical Papers (2004–2008)*. <https://web-archiv.eocd.org/2017-02-23/78338-health-technical-papers.htm>
16. Groenewegen PP. Analyzing European health systems: Europe as a research laboratory, *European Journal of Public Health*, 2013; 23: 185–186. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt032>
17. Stolpe S, Kowall B, Werdan K et al. OECD indicator ‘AMI 30-day mortality’ is neither comparable between countries nor suitable as indicator for quality of acute care. *Clinical Research in Cardiology*, 2023. <https://doi.org/10.1007/s00392-023-02296-z>
18. Schneider EC, Shah S, Doty M et al. *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly*. New York, NY: The Commonwealth Fund, 2021.
19. Hunt J. *The Autumn Statement 2022 speech*. Location: House of Commons. Delivered on 17 November 2022. <https://www.gov.uk/government/speeches/the-autumn-statement-2022-speech>
20. Illingworth J, Shaw A, Fernandez Crespo R et al. *Global State of Patient Safety 2023*. London: Imperial College London, 2023. <https://www.imperial.ac.uk/Stories/global-state-of-patient-safety/>
21. Morgan D, Gmeinder M, Wilkens J. *(An OECD analysis of health spending in Norway)*. OECD Health Working Papers, No. 91. Paris: OECD Publishing, 2017. <https://doi.org/10.1787/63302bbf-en>
22. OECD: *Health at a Glance 2021*. OECD Indicators, Paris: OECD Publishing, 2021. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
23. *State of Health in the EU: Synthesis Report 2023*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2023.
24. OECD. *Health at a Glance 2023 Country Notes: Norway*. <https://www.oecd.org/norway/health-at-a-glance-Norway-EN.pdf>
25. OECD. *Health at a Glance 2023 Country Notes: Denmark*. <https://www.oecd.org/denmark/health-at-a-glance-Denmark-EN.pdf>
26. OECD. *Health at a Glance 2023 Country Notes: Sweden* <https://www.oecd.org/sweden/health-at-a-glance-Sweden-EN.pdf>
27. OECD. Health: Age-adjusted mortality rate. I: OECD. *Regions at a Glance*. Paris: OECD Publishing, 2009. https://doi.org/10.1787/reg_glance-2009-29-en

Ingrid Sperre Saunes
 ingrid.saunes@outlook.com
 59 East Bowery Street
 02840 Newport RI -USA

Ingrid Sperre Saunes er sosiolog og ansatt i Helsedirektoratet. Hun har tidligere arbeidet med kvalitetsindikatorer, pasientsikkerhet og helsesystem-analyse i Folkehelseinstituttet og Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Saunes deltok i OECDs arbeidsgruppe for pasientsikkerhet fra 2007–2009, og hun deltar i European Observatory on Health System and Policies nettverk for policy analyse.