

SNF-RAPPORT 34/02

INSENTIVBASERTE FINANSIERINGSSYSTEMER

FOR HELSEFORETAK

Afsaneh Bjorvatn

Egil Kjerstad

Jan Gaute Sannarnes

Kjell J. Sunnevåg

SNF-prosjekt nr. 2730 ”Insentivbaserte finansieringssystem for helseforetak”

Prosjektet er finansiert av de regionale helseforetakene Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Øst og Helse Sør samt arbeidsgiverforeningen for offentlige virksomheter, NAVO.

SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS

BERGEN, SEPTEMBER 2002

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

ISBN 82-491-0223-1

ISSN 0803-4036

FORORD

De fem regionale helseforetakene og arbeidsgiverforeningen NAVO ba i mai i år SNF om å utrede hvordan insentivbaserte finansieringssystem for helseforetak kan utformes. Denne rapporten oppsummerer utredningsarbeidet. Et viktig utgangspunkt for utredningen har vært at den som styrer ofte vet mindre om sentrale forhold i tjenesteproduksjonen, som potensialet for kostnadseffektivisering og bedring av kvalitet, enn de som styres. En slik asymmetri bør få konsekvenser for utformingen av insentivsystemer. I forlengelsen av dette har det også vært viktig å få frem at insentivsystemer kan anspore helsetjenesteprodusenter til eksempelvis å prioritere bort behandling av ”tunge” pasienter og til å skrive ut pasienter for tidlig, slik at pårørende eller pasientens hjemstedskommune blir overlatt å ta hånd om vedkommende. Den førstnevnte effekten gir potensielt sett dårligere tilgang til helsetjenester for visse pasientgrupper. Den sistnevnte effekten bryter med verdikjedeargumentet. Sykehusene overvelter kostnader på andre, selv om sykehusene har bedre forutsetninger for å pleie vedkommende pasient.

Vi vil først og fremst takke Bjarte Reve, Helse Sør, som på en meget ryddig og konstruktiv måte har fungert som vår kontaktperson hos oppdragsgiver. Vi vil takke møtedeltakerne ved samlingene på Gardermoen i juni og i Sandvika i august for gode innspill. Likeså takk til representanter for ulike helseforetak som gjennom skriftlige innspill har uttrykt betenkeligheter ved dagens finansieringssystem.

Vi vil også takke Kåre P. Hagen, Trond Olsen, Einar Hope, Jan Erik Askildsen, Fred Schroyen og Trond Bjørnenak for gode diskusjoner underveis. Gruppen fungerte som prosjektets referansegruppe ved SNF.

Egil Kjerstad

Prosjektleder

INNHold

1	INNLEDNING	1
2	REFORMER I HELSESEKTOREN	10
2.1	Innledning	10
2.2	Norge	11
2.2.1	Reformer.....	11
2.2.2	Finansieringsreformer i sykehussektoren.....	12
2.3	Sverige	13
2.3.1	Reformer.....	14
2.3.2	Erfaringer.....	16
2.4	Storbritannia	17
2.4.1	Reformer.....	17
2.4.2	Erfaringer.....	19
2.5	New Zealand	20
2.5.1	Reformer.....	21
2.5.2	Erfaringer.....	22
3	INSENTIVBASERTE FINANSIERINGSSYSTEM OG ASYMMETRISK INFORMASJON	24
3.1	Krav til finansieringssystem	24
3.2	Hva skiller helsetjenester fra andre varer og tjenester	26
3.3	Hvordan regulere en produsent av helsetjenester?	31
3.3.1	Rammeregulering	31
3.3.2	Stykkprisregulering	33
3.3.2	Kombinert ramme- og stykkprisregulering	35
3.4	Finansieringssystem og risiko	38
3.4.1	Rammeoverføring.....	38
3.4.2	Stykkprisfinansiering.....	42
3.4.3	Kombinert ramme og stykkprisfinansiering.....	43
3.4.4	Kostnadsdekning	43
3.5	Risikjustering	44
3.6	Risikodeling	46
3.7	Insentiver til investeringer	49

4	INSENTIVBASERTE FINANSIERINGSSYSTEMER FOR RHF OG HF	53
4.1	Innledning	53
4.2	Hvordan fastsette per capita rammen og hva skal dekkes av stykkprisen?	54
4.2.1	Per capita ramme	54
4.2.2	Stykkprisfinansiering	56
4.2.3	Blandet modell	57
4.3	Ramme, stykkpris eller begge deler?	57
4.3.1	Per capita finansiering på alle nivå og harde budsjettbetingelser – Modell 1a	57
4.3.2	Per capita finansiering på alle nivå og myke budsjettbetingelser – Modell 1b	61
4.3.3	Statlige per capita rammer og regional stykkprisfinansiering – Modell 2	62
4.3.4	Stykkprisfinansiering på alle nivå – Modell 3	64
4.3.5	Kombinasjonen per capita ramme og stykkpris på alle nivå – Modell 4	65
4.3.6	Hvordan trekke inn de andre tjenestetypene i finansieringssystemet?	65
4.4	Anbefaling av finansieringsmodell	67
5	BRUK AV AUKSJONSMEKANISMER I HELSESEKTOREN	71
5.1	Indre marked for helsetjenester i Storbritannia	73
5.1.1	Erfaringer med 1991-reformen	76
5.1.2	1997-reformen	79
5.1.3	Kort om erfaringer	82
5.1.4	En modell for det norske helsevesenet?	83
5.2	Anbudskonkurranse for helsetjenester basert på ”capitation”	88
5.2.1	Managed Care i USA	91
5.2.2	Erfaringer med anbudskonkurranse for å fastsette ”capitation”	93
5.2.3	En modell for Norge?	95
5.3	Anbudskonkurranse, allokering og prising av tjenester	97
5.3.1	Steg 2 - konkurransen om pasientene	99
5.3.2	Steg 1 - konkurranse om rett til tjenesteproduksjon - mer enn én vinner	100
5.3.3	Mer enn én tjeneste	103
5.3.4	Hva med de som taper retten til å produsere tjenester regionalt?	105
5.4	Andre anvendelser av anbudskonkurranse i helsesektoren	106
6	AVSLUTTENDE KOMMENTARER	107
7	APPENDIKS A PASIENTRETTIGHETER	108

8	APPENDIKS B FORMÅLET MED Å BENYTTE ANBUDESKONKURRANSE	114
9	REFERANSER.....	119

SAMMENDRAG

Rapporten er bygd opp rundt fire hovedtemaer. Rapporten gir for det første en kortfattet beskrivelse av helsereformer i Sverige, Storbritannia, New Zealand og Norge de siste ti-femten årene.

Dernest følger en bredt anlagt prinsipiell diskusjon av ulike finansieringssystemer, slik som kostnadsdekning, rammefinansiering, stykkprisfinansiering og kombinasjoner av disse systemene. Vi belyser hvordan de ulike systemene påvirker insentiver til effektivitet i produksjon og investeringer, optimal kvalitet og kvantitet, tilgjengelighet eller hvordan en unngår uønsket seleksjon av visse pasientgrupper, og optimal fordeling av risiko mellom myndigheter og de som produserer helsetjenester. Det fokuseres også på betydningen av andre typer reguleringer som ”sørge for ansvar” og pasientrettigheter.

Den prinsipielle diskusjonen følges så opp med å presentere fire mulige finansieringsmodeller gitt dagens struktur på spesialisthelsetjenesten, dvs. med staten som eier og med eierskapet organisert rundt fem regionale helseforetak, som på sin side har ansvar for helseforetak. En modell er basert på at staten finansierer de regionale helseforetakene gjennom rammefinansiering, og at de regionale helseforetakene gjør det samme overfor sine helseforetak. I den andre modellen beholdes rammefinansiering av de regionale helseforetakene, som på sin side anvender stykkprisfinansiering overfor helseforetakene. Modell tre er bygd opp rundt at staten utelukkende stykkprisfinansierer de regionale helseforetakene, og at helseforetakene også mottar stykkprisbetaling fra de regionale helseforetakene. I den fjerde modellen finansieres regionene ved en blanding av ramme og stykkpris. De regionale helseforetakene anvender samme prinsipp overfor sine helseforetak.

Kapittelet avrundes med å argumentere for en modell basert på ramme- og stykkprisfinansiering av de regionale helseforetakene. I grove trekk er argumentasjonen at regionene - gjennom en rammedel - mottar kompensasjon for det vi bredt kan kalle beredskap, dvs. regionene blir betalt for å kapasitet tilgjengelig. Størrelsen på rammen tar hensyn til ulikeheter i befolkningsgrunnet (sykelighet, dødelighet, alderssammensetning mv), gir kompensasjon for forskning og utdanning, for nasjonale kompetansesenter og lignende statlig pålagt oppgaver. Den variable delen er utelukkende aktivitetsbasert, dvs. regionene får betalt for faktisk pasientbehandling til 100 prosent av DRG prisen. Forventet nivå på den aktivitetsbaserte delen, målt i DRG poeng, avtales med staten for hvert år (eventuelt lengre

perioder). Dersom aktiviteten blir høyere enn det forventede nivået, kan man tenkes seg en redusert DRG pris for behandlinger som bidrar til at man overstiger avtalen, og en redusert DRG utbetaling dersom man ikke når avtalt aktivitetsnivå. DRG prisen bør utelukkende reflektere de variable kostnadene, og prisen er basert på estimering av gjennomsnittskostnader for de ulike DRG-ene. RHF stilles fritt i å bruke andre priser overfor sine HF. RHF kan naturligvis tenkes å kjøpe behandling i andre regioner til priser som er forhandlet frem mellom de aktuelle regionene. Modellen bør gi insentiver til bedring i kostnadseffektivitet og til økt produksjon. Modellen fordrer samtidig at kvalitetsnivået på tjenesten som leveres fra HF kan følges opp over tid og på tvers av institusjoner.

Rapportens siste hovedtema er en gjennomgang av mulighetene som ligger i å skape et klarere organisatorisk og finansielt skille mellom bestiller og utfører av helsetjenester, herunder hvilken rolle markedsbaserte betalingssystem kan spille i denne forbindelse. Vi ser på tre ulike modeller; to basert på praksis, mens den tredje er en mer teoretisk basert konstruksjon. I den første modellen holder vi oss fortsatt innenfor en ramme av et offentlig helsevesen, men går et lite skritt videre fra den norske fiktive konkurransen, til det som kan benevnes kvasi-markeder. Bestiller-og-utfører-modellen er et eksempel på et slikt marked. En slik modell ble innført av Storbritannia, Sverige og New Zealand i løpet av 90-tallet, og innebærer at man innfører et formelt skille mellom det offentlige som kjøper av helsetjenester (bestiller) og det offentliges rolle som produsent av helsetjenester (utfører). Vi ser på innhold og erfaringer i den britiske modellen, og drøfter om en slik tilnærming har en potensiell anvendelse i en norsk sammenheng.

Den andre muligheten er å benytte markedet direkte. Her vil vi se nærmere på erfaringer med Medicaid i USA. I den siste modellen tar vi et mer teoretisk utgangspunkt for å se på hvordan auksjonsmekanismer kan benyttes for å prise- og allokere produksjonen av helsetjenester.

1 INNLEDNING

I løpet av de siste ti - femten årene har det i flere land blitt gjennomført endringer i måten helsevesenet organiseres, finansieres og reguleres på (se for eksempel Saltman et al (1998), McKee og Healy (2002) og Mossialos et al (2002)). Fellesnevneren for mange av reformene er at arbeidsdelingen mellom offentlige aktører, og mellom offentlige og private aktører, endres. Reformene endrer hvilken status primærkommuner, fylkeskommuner, statlige organer og private bedrifter, institusjoner og enkeltpersoner har som *betaler* for helsetjenester, som *bestiller* av helsetjenester, som *utfører* av helsetjenester, som *eier* til institusjoner og som *regulator* av helsesektoren.

Den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten i Norge ved årsskiftet 2001/2002, har gitt den norske stat et utvetydig ansvar for utviklingen innen sektoren. Både finansieringsansvaret, bestilleransvaret, utføreransvaret, eierrollen og regulatorrollen tilknyttet spesialisthelsetjenesten er nå statlige oppgaver. Oppgavene skal riktignok fordeles på ulike statlige aktører – helsedepartement (HD), helsedirektorat, regionale helseforetak (RHF), helseforetak (HF) og institusjoner¹ -, men staten har ”det fulle og hele ansvaret”. Eierskapsreformen skal etter intensjonen gi staten:

”tilgang til direkte informasjon og hele bredden av relevante virkemidler. Dette vil i seg selv forebygge uverdige spillsituasjoner om hvem som har ansvaret. For både befolkningen og sektorens aktører vil det være en fordel at det ikke lenger er tvil om at det er staten som både har det formelle og reelle ansvaret for forholdene i sykehussektoren” (Ot. prop. nr. 66, 2000-2001, s. 20).

En sentral endring som følge av eierskapsreformen, er at sykehus og øvrige institusjoner ikke lenger er en del av offentlig forvaltning, men er organisert som egne rettssubjekt – som foretak (HF)². Hensikten er å gi sykehusene og deres ledere en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon slik at ledelsen får et mer helhetlig ansvar for løpende drift. Innen fastsatte mål, resultatkrav og økonomiske rammer gis ledelsen ved virksomhetene selvstendighet og fleksibilitet slik at ressurser kan utnyttes til pasientens og samfunnets beste. Foretakene får ansvar for egen økonomi, men kan ikke gå konkurs. (Ot.Prop. nr. 66, 2000-2001, s. 22).

¹ Forkortelsene HD, RHF og HF blir brukt i stor utstrekning i kapittel 3. Vi anvender entallsformen selv der vi mener samtlige regionale helseforetak og helseforetak.

² Se for eksempel Kaarbøe og Kjerstad (2001) for en diskusjon av betydningen av selskapsform.

De regionale helseforetakene (RHF) er tiltenkt en viktig rolle som eiers forlengede arm i de fem helseregionene landet er delt inn i. RHF skal skjøtte både et sørge-for-ansvar (at regionens befolkning har et godt tjenestetilbud til disposisjon) og et økonomisk resultatansvar (at RHF skal oppnå regnskapsmessig balanse). Staten gir de regionale helseforetakene betydelige frihetsgrader, og det er forventet at de regionale helseforetakene tilstreber det samme overfor sine helseforetak. Helseforetakenes økonomiske resultater og resultatrapportering for øvrig sendes helsedepartementet via RHF.

Hovedhensikten med eierskapsreformen er at den skal bidra til å nå sentrale helsepolitiske målsettinger som:

- høyere aktivitet og raskere behandling av pasienter
- god kostnadskontroll
- effektiv ressursbruk knyttet både til driftsmidler og realkapitalressurser
- likeverdig helsetilbud mellom pasienter og grupper av pasienter
- høyere kvalitet i pasientbehandlingen
- stimulere forsknings- og utdanningsvirksomheten ved institusjonene

Reformen skal altså etter de politiske intensjonene - gjennom en avklaring av og et skille mellom departementets ansvar og rolle som eier samt de regionale helseforetakenes rolle som oppdragsgiver og sykehusenes rolle som tjenesteprodusenter - gi et løft langs flere dimensjoner. I fortsettelsen vil diskusjonen i stor grad knytte seg til de følgende komprimerte målsettinger:

- økt kostnadseffektivitet ("gjøre ting på riktig måte")
- økt allokeringseffektivitet ("gjøre de riktige tingene")
- økt kvalitet
- økt tilgjengelighet for "tunge" grupper av pasienter

I dag bygger finansieringen av spesialisthelsetjenesten i Norge helt eksplisitt på en oppfatning om at man gjennom økonomiske insentiver kan realisere politiske målsetninger. Riktignok er finansieringsformer bare ett av flere styringsverktøy. Lover og forskifter og direkte eierstyring gjennom foretaksmøtene er også sentrale virkemidler. Det kan legges til at også konkurranse mellom sykehus blir tillagt større vekt enn tidligere, noe som innføringen av fritt sykehusvalg og større utbredelse av kontraktsinngåelser mellom RHFene og private og offentlige utførere er eksempler på.

Et av hovedspørsmålene i denne rapporten er om - innenfor den nye, norske modellen for spesialisthelsetjenesten – det er likegyldig hvordan man utformer finansieringen av henholdsvis RHF, HF og den enkelte institusjon. Det er i så måte viktig å avklare om blant annet:

- måten helseforetakene finansieres på – hvordan de får sine inntekter bestemt på – er nøytral i forhold til å forebygge spillsituasjoner der ventelister brukes som argument for å øke bevilgningene til helsesektoren.
- måten helseforetakene får sine inntekter bestemt på, er nøytral i forhold til de uttrykte intensjonene om å gi foretakene frihet, selvstendighet og fleksibilitet.
- måten helseforetakene får sine inntekter bestemt på er nøytral i forhold til å gi en avklaring på, og et skille mellom RHF og datterselskapene som bestiller og utfører?

Fra prinsipielle diskusjoner av ulike finansieringsmodeller av sykehus, vet vi at ulike modeller *ikke* kan sies å være nøytrale i forhold kostnadseffektivitet, kvalitet og tilgjengelighet.³ Finansieringssystem som gir sterke insentiver til å øke aktiviteten og redusere kostnadsnivået, kan gi svake insentiver til å levere god kvalitet og trygge tilgjengelighet for ”tunge” pasienter, dvs. pasienter som oppfattes som å ha en relativ høy behandlings- og pleiekostnad sammenliknet med andre pasienter med samme lidelse.⁴ Finansieringssystem som gir svake insentiver til økt aktivitet og kostnadsreduksjon, kan gi sterke insentiver til å

³ Se Hagen og Kjerstad (2001) for en nærmere drøfting av styring og regulering av helsesektoren.

⁴ Det blir fra tid til annen påpekt at noen lidelser er mer populære blant sykehuslegene enn andre. I den forbindelse kan ”tunge” pasienter i betydningen livstruende syke eller med sjeldne lidelser, snarere være de pasientene som opplever god tilgjengelighet. Her tenker vi i første rekke på vanlige lidelser der pasientgruppene innad likevel ikke er homogene med omsyn til behandlings- og pleiebehov.

levere kvalitet og trygge tilgjengelighet. I korthet kan man si at et godt (eller optimalt) finansieringssystemet skal bidra til at myndighetene oppnår en så god (optimal) balanse som mulig mellom de ulike målsettingene.

La oss anta at funksjonsfordelingen og tjenestesammensetningen (allokeringseffektivitet) er bestemt av overordnede politiske organer og/eller av RHF. Ideelt sett ønsker man da et system som bidrar både til å bedre kostnadseffektiviteten, til å øke kvaliteten og til å sikre tilgjengeligheten for prioriterte grupper av pasienter. Det er viktig å understreke alt innledningsvis at disse målene bør sees i sammenheng, dvs. finansieringssystemet bør ivareta det man kan kalle et verdikjedeperspektiv. Dersom sykehuset eller avdelingen som står for behandlingen av en pasient ikke gis motivasjon til også å tenke kvalitet i pleie- og omsorgen av pasienten, men snarere blir motivert til å skrive ut pasienter så raskt som mulig, da kan man bryte verdikjedeperspektivet. Det er naturligvis viktig å avklare hvor grensene går for hva som er helsevesenets ansvar, hva som er pasientens og pårørendes ansvar, og hvilke ansvar som tilfaller primærkommunene. Lovverket skal styre dette, men ulike tolkninger av lov- og regelverk kan gjøre det mulig å velte både kostnader og ansvar over på andre aktører med den konsekvens at de samlede kostnader øker.

Diskusjonen av finansieringssystemer tar utgangspunkt i at ulike aktører har ulike insentiver og at noen aktører vet mer enn andre aktører om viktige sider ved tjenestetilbudet. Følgende eksempler kan illustrere typen av utfordringer som sentrale helsemyndigheter ved HD står overfor og som RHF også vil møte i sin styring av HF:

- Helsemyndighetene ønsker at sykehusene skal blir mer kostnadseffektive, men kan ikke direkte observere sykehusenes kostnadsbesparende innsats og kjenner heller ikke til de enkelte sykehus sitt potensial for effektivisering
- Helsemyndighetene vet ikke om en vellykket (mislykket) behandling ved et sykehus er et resultat av den medisinsktekniske kvaliteten på behandlingen, stabens dyktighet, egenskaper hos pasienten eller rett og slett tilfeldigheter.
- Både kostnadseffektiviteten og suksess- (eller fiasko-) rate kan sykehusene påvirke ved å endre pasientsammensetningen, noe som kan er vanskelig å observere, trolig også for RHFene.

Spørsmålet er om RHF lettere kan få tilgang til kostnadsdata, opplysninger om innsats og kvalitet ved den enkelte sykehus/avdeling enn hva HD kan. Intensjonen med reformen er at RHF skal involvere seg sterkere i styringen enn hva HD kan være i stand til. Dersom RHF ikke har noen informasjonsmessig fordel sammenliknet med HD eller de tidligere eierne, faller noe av hensikten med reformen bort.

De sentrale problemstillingene i utformingen av insentivbaserte finansieringssystemer for helseforetak er etter vår oppfatning følgende:

For det første kan de helsepolitiske målsettingene omtalt over stå i motstrid til hverandre. Man kan tenke seg, som nevnt over, konflikt mellom lavere kostnader og god kvalitet, og mellom høyere kvalitet og god tilgjengelighet for ”tunge” pasienter. Det behøver ikke i alle sammenhenger å være sterke konflikter mellom målsettingene, men uansett bør finansieringssystemet gi insentiver som bidrar til å balanserer hensynet til samtlige målsettinger slik at man unngår suboptimalisering. Et sentralt resultat fra insentivteorien er at dersom noen av målvariablene er observerbare, målbare og verifiserbare, mens andre ikke er det, så skal man være forsiktig med å legge sterke insentiver på den målbare variabelen. Det vil i så fall trekke helseforetakets, sykehusets, avdelingen eller den enkelte ansattes oppmerksomheten bort fra de øvrige innsatsfeltene. Et eksempel i forlengelsen av verdikjedeargumentet omtalt over kan illustrere dette poenget: La oss si at kostnader er enklere å måle enn kvalitet. Dersom en avdeling blir gitt bonus på grunnlag av kostnadseffektiviteten, for eksempel en andel av de besparelsene som er oppnådd i løpet av et år gis som bonusutbetalinger, så kan dette gå på bekostningen av pleie og oppfølging av pasientene. Avdelingen vil kunne ha insentiv til å skrive ut pasientene så tidlig som mulig, med økt risiko for komplikasjoner og reinnleggelser (lavere kvalitet). Man kunne tenke seg å møte en slik vridning ved å innføre en eller form for straff av avdelingen som har hovedansvaret for pasienter som rammes av komplikasjoner og/eller som må reinnlegges. I et stykkprisfinansiert system kan straffen være at reinnlagte pasienter ikke utløser en ny refusjon, og at sykehuset må bære kostnaden med ny behandling.

Problemet med en slik utforming av insentivsystemet er at forhold som påvirker utfallet til pasienten helst bør være helt under avdelingens kontroll. Det er neppe tilfellet. Det vil være ”støy”, dvs. forhold utenfor avdelingens kontroll som også kan påvirke resultatet. Dersom man overlater alt ansvaret for suksess eller fiasko til avdelingen, så kan den påføres en større risiko enn den ønsker å bære. Avdelingens respons kan være å forsøke å velge ut ”de gode”

pasienter, dvs. de med lav risiko for komplikasjoner, og la andre helseforetak, sykehus, avdelinger eller kollegaer ha ansvaret for de som oppfattes som høyrisiko pasienter. For å unngå at pasienter som oppfattes som høyrisiko pasienter ikke skal bli valgt bort og ”sendt ut på en reise fra det ene sykehuset til det andre”, som situasjon kan tenkes å bli gitt fritt sykehusvalg og ingen ventetidsgarantier, kan man se for seg et ex post oppgjørssystem. Systemet åpner opp for at sykehuset eller avdelingen søker til staten eller sitt RHF om refusjon for pleietunge pasienter eller meget kompliserte tilfeller innenfor den enkelte DRG, i tillegg til den sikre ex ante DRG prisen. Om sykehuset skal få slik refusjonen, kan bestemmes av et råd med medisinsk kompetanse. En utfordring er at de tunge tilfellene, de kompliserte tilfellene, de reinnlagte pasientene, også kan skyldes feil gjort av fagpersonalet. Vet personalet at de vil motta ekstra refusjon dersom pasienten viser seg å bli ”tung”, så kan dette forringe deres insentiver til å sikre suksess på første behandlingsforsøk. Et råd bestående av medisinsk ekspertise vil kunne motvirke en slik dreining. Jf for øvrig diskusjonen om risikojustering og risikodeling i kapittel 3 i denne rapporten

For det andre kan det være potensielle interessemotsetninger mellom de ulike aktørene: mellom RHF og helseforetak i den forstand at helseforetaket ønsker så romslig budsjett som mulig for å utføre sine kontraktsfestede oppgaver, mens RHF ønsker så mye helse som mulig ut av hver krone; mellom helseforetak og sykehus, avdeling, faggrupper og den enkelte fagperson; mellom sykehus og avdeling osv. Enkelte av aktørene kan dermed se seg tjent med å inngå (stilltiende) allianser med sikte på å oppnå sine målsetninger, følge sin egen agenda. Insentivsystemet bør derfor også balansere slike omsyn, eller sagt på en annen måte: Man bør i utformingen av insentivsystemet vurderer hvor kritisk slike allianser kan være for oppnåelsen av de overordnede strategiske mål de regionale helseforetakene har satt seg.

Et tredje forhold er om helseforetak, sykehus, avdeling eller ansatte tror at belønningssystemene/insentivsystemene vil bli endret straks det viser seg at for eksempel bonusene/besparelsene blir store. Forventer aktørene endringer dersom de gjør det godt, vil man i utgangspunktet heller ikke ønske å avsløre hvor flink man virkelig er, men snarere ta det mer med ro og bruke finansielle ressurser på andre typer goder, som frynsegoder til ansatte, ”slakk” i organisasjonen mv. Virkningen av nye insentiver rettet mot å bedre kostnadseffektiviteten kan da utebli. Aktørene må med andre ord ha tro på at systemet vil ha en viss varighet, og at systemet er forutsigbart. En slik garanti kan være vanskeligere å oppnå i et politisk system med stor grad av detaljstyring enn hva som er tilfellet i dagen system. Det

gjenstår imidlertid å se hva erfaringene til helseforetakene, og for den den RHF, med den nye styringsstrukturen når det gjelder forutsigbarhet.

Et fjerde forhold er hvordan man gjennom et og samme finansieringssystem skal balansere hensynet til at institusjonene har en betydelig spredning i hvilke oppgaver de er tillagt:

- elektiv behandling
- behandling av øyeblikkelig hjelp pasienter
- akuttberedskap
- poliklinisk virksomhet
- behandling av psykiatriske pasienter
- rehabilitering av pasienter
- forskning og utdanning

Vi vil senere argumentere for at det kan være mest hensiktsmessig å differensiere finansieringssystemene også med hensyn til hvilke tjenestekategorier de skal omfatte.

Utfordringene kort drøftet over, presenteres i nærmere detalj i rapporten. Rapporten er bygd opp på følgende måte:

I kapittel 2 gis det er oversikt over viktige reformer de siste ti-femten årene i Sverige, Storbritannia, New Zealand og Norge. Hovedtrekkene ved reformene er at det gjøres en revurdering av statens og markedets rolle i helsetjenesten og en generell tendens til større innflytelse for pasientene, gjennom flere rettigheter og valgmuligheter.

I kapittel 3 drøftes på prinsipielt grunnlag tre hovedtyper av finansieringssystem. Felles for disse er at myndighetene opptrer i rollen som regulator, mens produsenten vil være myndighetens agent til å produsere helsetjenestene. I en verden hvor myndighetene har full informasjon om produsenten (når det gjelder forhold som kostnader, teknologi og muligheter for kostnadseffektivisering), vil man kunne utforme et finansieringssystem som gir kostnadseffektiv produksjon av nødvendige helsetjenester til riktig kvalitet. Imidlertid har

myndighetene normalt ikke slik perfekt informasjonen. Når produsenten har mer informasjon enn myndighetene om slike forhold, sier vi at det foreligger asymmetrisk informasjon. Den asymmetriske informasjon kan gi seg utslag i problemer knyttet til atferdsbetinget risiko og seleksjonsproblemer. Konsekvensene av asymmetrisk informasjon drøftes inngående i dette kapitlet.

I kapittel 4 anvendes de prinsipielle avveiningene på den faktiske måten spesialisthelsetjenesten i Norge nå er organisert på, dvs. med staten som eier og med eierskapet organisert rundt fem regionale helseforetak, som på sin side har ansvar for helseforetak. Kapitlet avrundes med å argumentere for en modell basert på ramme- og stykkprisfinansiering. Staten velger en slik finansieringsmodell av de regionale helseforetakene, som på sin side gjør det samme overfor helseforetakene. I grove trekk er argumentasjonen at regionene - gjennom en rammedel - mottar kompensasjon for det vi bredt kan kalle beredskap, dvs. regionene blir betalt for å kapasitet tilgjengelig. Størrelsen på rammen tar hensyn til ulikheter i befolkningsgrunnlaget (sykelighet, dødelighet, alders sammensetning mv), gir kompensasjon for forskning og utdanning, for nasjonale kompetansesenter og lignende statlig pålagt oppgaver. Den variable delen er utelukkende aktivitetsbasert, dvs. regionene får betalt for faktisk pasientbehandling til 100 prosent av DRG prisen.

Rapportens siste hovedtema, kapittel 5, er en gjennomgang av mulighetene som ligger i å skape et klarere organisatorisk og finansielt skille mellom bestiller og utfører av helsetjenester, herunder hvilken rolle markedsbaserte betalingssystem kan spille i denne forbindelse. I kapittel 5 løser vi på et av hovedkjennetegnene ved dagens organisasjonsmodell, nemlig at RHF både har et sørge-for-ansvar og et konsernansvar. I litteraturen møter man argumenter mot konkurransebaserte priser fordi helsetjenester oppfattes som spesielle – de passer ikke inn i den tradisjonelle sosialøkonomiske modellen der øket konkurranse fører til redusert pris. Det kan argumenteres for at skeptikerne baserer seg på et forenklet bilde av hvordan myndighetene kan benytte markedet på en smart måte til å fastsette priser og derigjennom allokere tjenesteproduksjonen. I en modell holder vi oss fortsatt innenfor en ramme av et offentlig helsevesen, og drøfter det som kan benevnes kvasi-markeder. Bestiller- og-utfører-modellen er et eksempel på et slikt marked, og innebærer at man innfører et formelt skille mellom det offentlige som kjøper av helsetjenester (bestiller) og det offentliges rolle som produsent av helsetjenester (utfører). Den andre muligheten er å benytte markedet

direkte. I den siste modellen tar vi et mer teoretisk utgangspunkt for å se på hvordan auksjonsmekanismer kan benyttes for å prise- og allokere produksjonen av helsetjenester.

I kapittel 6 følger noen kortfattede avsluttende kommentarer.

2 REFORMER I HELSESEKTOREN

2.1 Innledning

Medisinsk fremgang har bidratt til nye behandlingsmuligheter og økning i etterspørselen etter helsetjenester. Økende etterspørsel etter helsetjenester, krav om likt tilbud av helsetjenester, behandlingseffektivitet, kvalitet og kostnadseffektivitet er noen av drivkreftene bak reformer i helsesektoren som har funnet sted i mange land. Ifølge Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) ”Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten” er det flere faktorer som går igjen i helsereformene i Europa. Disse er:

- En revurdering av statens og markedets rolle i helsetjenesten. For land hvor staten tradisjonelt har hatt en sterk rolle har reformene preg av å redusere denne. Tilsvarende for land hvor markedet tradisjonelt har spilt en stor rolle går reformene i retning av å redusere markedets rolle. Begge utviklingstrekk skjer samtidig.
- Generell tendens til desentralisering til lavere nivå av offentlig sektor, eller til private aktører.
- Større innflytelse og flere rettigheter og valgmuligheter for pasientene.

Helsesektoren i de skandinaviske landene har mange felles trekk, men med noe ulik organisering og styring av spesialisthelsetjenestene. Felles for Norge, Sverige og Danmark er at landene har et system med sosialforsikring hvor utgiftene i forbindelse med helsetjenester i hovedsak finansieres gjennom skatter. Eierskapsstrukturen i sykehussektoren er imidlertid forskjellig landene i mellom. I Danmark er staten og kommunene eiere av sykehusene. Norge har nylig gått over fra et system med statlig og fylkeskommunalt eierskap til et system med rent statlig eierskap av sykehus. Sverige har derimot et desentralisert system hvor sykehusene eies av fylkeskommune.

Også i andre land ser man variasjoner i organiseringen av sykehussektoren. I Tyskland, for eksempel, har føderale myndigheter og delstatsmyndigheter ansvaret for helsesektoren. Ansvaret for planlegging av spesialisthelsetjenester er primært desentralisert til 16 delstater. Eierskapsstrukturen i sykehussektoren er sammensatt, og både delstatene, kommuner, kirker, velferdsorganisasjoner og private eier helseinstitusjoner. Sykehusene er organisert som økonomisk selvstendige enheter. Kostnader til den daglige driften dekkes av pasientene eller deres offentlige eller private forsikring.

Av hensyn til rammen og relevansen for prosjektet har vi valgt å begrense oss til å se nærmere på helsesektorene i Sverige, Storbritannia og New Zealand. Disse landene har innført reformer som skiller den offentliges rolle som bestiller og tilbyder av spesialisthelsetjenester. Formålet med reformene har vært å øke effektiviteten ved å skape konkurranse mellom tilbydere av spesialisthelsetjenester, dvs. sykehus. Dagens organisering av spesialisthelsetjeneste i regionale helseforetak og helseforetak i Norge ligner på systemene i Storbritannia og New Zealand. Erfaringene fra reformene i disse landene og i Sverige er interessante for Norge som har til hensikt å introdusere et nytt finansieringssystem for spesialisthelsetjenester.

2.2 Norge

2.2.1 Reform

Stortingsmelding nr. 9 (1974-75) ”*Sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*” la grunnlaget for inndelingen av sykehussektoren inn i fem helseregioner. Hensikten var å øke effektiviteten og kvaliteten i sykehussektoren. I midten av 1990-tallet ble det lagt opp til at helsetjenesten i hver region ble strukturert i tre hovednivåer: distriktshelsetjeneste (kommunehelsetjeneste), fylkeshelsetjeneste og regionhelsetjeneste. Sykehusene ble klassifisert i tre grupper med ulike funksjoner. *Lokalsykehusene* fikk i oppgave å dekke behovene for de vanlige tjenester innen indremedisin og kirurgi, samt røntgen, laboratorie- og anestesistjenester. *Sentralsykehusene* ble utviklet som store sykehus med flere spesialiteter. Hvert fylke hadde i hovedregelen ett sentralsykehus. *Regionsykehusenes* oppgave var å dekke fylkenes medisinske behov i hver region og tilby lokal- og sentralsykehustjenester samt høyspesialiserte tjenester. Hver region fikk eget regionsykehus.

Videre ble det på 1990-tallet utarbeidet regionale helseplaner for å styre funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Norge og legge til rette for regionalt helsesamarbeid. Det ble etablert regionale helseutvalg for hver helseregion. Disse skulle ha som formål å ivareta de regionale samarbeidsoppgavene.

Reformene på slutten av 1990-tallet setter grenser for hvor lenge en pasient må vente på sykehusbehandling. *Ventelistegarantien* som ble innført i 1997 gir pasienter med alvorlig sykdom en behandlingsgaranti innen 3 måneder. Videre ble det i januar 1998 introdusert en *vurderingsgaranti* som tilsier at pasienten har krav på utredning og svar på behandlingsmuligheter innen 30 dager.

Fastlegereformen ble innført 1. juni 2001. Regulering, organisering og finansiering av allmennlegetjenester er viktige elementer i denne reformen. Hensikten med reformen var bedret kvalitet i allmennlegetjenesten, samt bedret legetilgjengelighet spesielt i mindre sentrale strøk. I tillegg skulle reformen skape et tettere bånd mellom kommune og lege, mellom lege og pasient og mellom legene.

Pasientrettighetsloven som trådte i kraft den 1. januar 2001 har styrket pasientenes rettigheter ved å gi pasienter lovfestet rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering og fornyet vurdering, rett til medvirkning og informasjon, rett til journalinnsyn, osv. Før innføringen av pasientrettighetsloven hadde pasientene rett til å velge sykehus innenfor helseregionen de tilhørte. Pasientrettighetsloven har nå gitt pasienten rett til å velge sykehus på tvers av regioner.

2.2.2 Finansieringsreformer i sykehussektoren

Siden 1970-tallet har sykehussektoren i Norge gjennomgått flere reformer som har endret finansieringen av sykehusene. Fra 1970 til 1979 hadde sykehusene et system basert på *kurpengefinansiering* som gikk ut på at sykehusene fikk betalt en fast døgnpris per pasient. Mellom 50 til 70% av sykehusenes utgifter ble direkte refundert fra Folketrygden. Resten av utgiftene ble dekket av sykehuseieren, dvs. fylkeskommunen. Kurpengesystemet ga svake eller ingen insentiver til kostnadsbesparelser siden fylkeskommunene ikke dekket de totale utgiftene i forbindelse med sykehusbehandling, samt at høyere behandlingsaktivitet genererte høyere inntekter for sykehusene. I 1980 gikk man over til et system med *rammefinansiering* basert på indikatorer som folketall og alderssammensetning. Fylkeskommunene satte rammer for sykehusbudsjettene. I tillegg fikk sykehusene inntekter fra refusjoner fra folketrygden for polikliniske konsultasjoner, gjestepasientordninger og pasientenes egenandeler. Rammefinansieringen var uavhengig av aktivitetsnivå og sykehusene hadde ingen insentiver til å øke produksjonen. Derimot ga systemet fylkeskommunene insentiver til kostnadsbesparelser siden utgiftene ved en ekstra liggedag ikke lenger ble dekket av Staten.

For å knytte sykehusenes inntekter direkte til deres aktivitetsnivå og for å skape incentiver til mer effektiv drift, innførte man i juli 1997 et system basert på stykkprisfinansiering, kalt *innsatsstyrt finansiering*. Reformen innebar at sykehusene fikk refundert deler av utgiftene til behandling av innlagte pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG). Hver DRG har sin pris, som er basert på gjennomsnittsberegninger av hva det normalt koster

å behandle pasienter. Sykehusenes inntekter er dermed basert på en kombinasjon av stykkprisfinansiering fra staten gjennom Rikstrygdeverket og rammefinansiering fra fylkeskommunene. Siden innføringen av finansieringsordningen har refusjonssatsen økt flere ganger. I 2002 utgjør satsen 55%. Stykkprisfinansiering gir i motsetning til rammefinansiering incentiver til økt produksjon siden sykehusenes inntekter er avhengig av deres aktivitetsnivå. Innsattsstyrt finansiering oppmuntrer til behandling av flest mulig pasienter på kortest mulig tid. Ordningen er derfor kritisert for å ha ført til lavere behandlingskvalitet, for eksempel ved for tidlig utskriving, og nedprioritering av kronikere og eldre pasienter.

Sykehusreformen ble iverksatt i januar 2002, og Staten tok over ansvar for og eierskap av alle sykehus og annen spesialisthelsetjeneste i Norge. I forbindelse med sykehusreformen ble det opprettet fem regionale helseforetak som har ansvar for spesialisthelsetjenesten i de fem helseregionene. De regionale helseforetakene består igjen av flere helseforetak. Før statlig overtakelse av sykehusene hadde fylkeskommunene ansvaret for planlegging og drift av sykehusene. Regjeringen har nå satt ned et utvalg for å vurdere et nytt finansieringssystem for sykehussektoren. Utvalget vil i desember 2002 komme med forslag som kan berøre dagens finansiering av spesialisthelsetjenester.

2.3 Sverige

Det svenske helsesystemet er et integrert system hvor de lokale myndighetene, dvs. fylkeskommunene, eier sykehusene og har ansvaret for finansieringen og tilbudet av helsetjenester⁵. Bare 10% av tilbudet av helsetjenester foregår i privat regi. Sverige består av 26 *läns landsting*⁶ (fylkeskommuner) hvis største oppgaver nettopp handler om helsetjenester. Finansiering og tilbud av eldreomsorgen og langtidspleie av psykiatriske pasienter er imidlertid kommunenes ansvar. Sverige er for øvrig delt inn i 6 regioner med ett eller flere universitetssykehus i hver region. Regionene tilbyr avansert spesialisthelsetjeneste, forskning og opplæring. Staten finansierer blant annet forskning og utvikling, og bidrar med midler til regionale og universitetssykehus i de seks regionene.

⁵ I 1864 ble Sveriges 26 fylkeskommuner ansvarlig for driften av somatiske sykehus. Siden har fylkeskommunene fått mer ansvar i helsesektoren. Myndighetene har desentralisert eierskap og styring av statlige psykiatriske sykehus og universitetssykehus til fylkene hvor sykehusene hørte til. Lov om helsetjenester av 1982 ga fylkeskommunene ansvaret for all helsereelatert planlegging.

⁶ Malmö, Göteborg og Gotland er ikke fylkeskommuner i vanlig forstand, men betraktes som fylkeskommuner siden disse har ansvaret for helsesektoren i deres område.

Fylkeskommunene finansierer helsetjenestetilbudet ved hjelp av skatter og står fritt til å bestemme skattesatsen i egne fylker, men er underlagt visse restriksjoner fra Staten. Omtrent 85-90% av fylkeskommunenes budsjett går til finansieringen av helsetjenester, mens rundt 10-15% av helsetilbudet finansieres av pasientenes egenandeler, statlige tilskudd og refusjoner fra *försäkringskassan* (trygdekontoret)⁷.

2.3.1 Reforme

Helsesystemet i Sverige har vært gjennom flere reformer i de siste 30-årene, både i regi av myndighetene og fylkeskommunene selv. Generelt har effektivitet og fokus på pasientens valgmuligheter vært de grunnleggende faktorene bak reformene i Sverige. På 1970-tallet og tidlig på 1980-tallet var kvalitet og lik pasientbehandling viktige argumenter for reformer i helsesektoren, mens på slutten av 1980-tallet var kostnadseffektivitet den viktigste målsetningen. 1990-tallet har vært preget av effektivitetskrav, fokus på pasientens valgmuligheter og omorganisering av helsetjenestetilbudet.

På 1990-tallet ble flere reformer gjennomført i Sverige. I 1992 kom *makismal ventetidsgaranti* og reformer innen *eldreomsorgen*. Den første reformen gir pasienter som står på venteliste for behandling av en alvorlig sykdom, og som ikke kan få behandling innen tre måneder, rett til å få behandling på et annet sykehus enten i pasientens bosteds fylke eller et annet fylke eller et privat sykehus. Eldreomsorgsreformen (Ädel reform) innebar i hovedsak omorganiseringen av eldreomsorgen fra fylkeskommunene til kommunene.

I 1994 innførte man *fri etablering av leger*, noe som ga privatpraktiserende spesialister mulighet til å etablere praksis uten godkjenning fra fylkeskommunen. Siden midten av 1980-tallet trengte spesialister en godkjenning fra fylkeskommunen for å etablere praksis, noe som innebar at de kunne få refundert deler av utgiftene fra det offentlige. Mange spesialister etablerte seg i 1994, og reformen fikk store finansielle konsekvenser for fylkeskommunene på grunn av utgifter i forbindelse med refusjoner til private spesialister. Reformen ble imidlertid stoppet i 1994 etter at sosialdemokratene kom til makten. Dette hadde imidlertid ingen økonomiske konsekvenser for spesialister som allerede hadde etablert seg.

⁷ I 1992 utgjorde statlige tilskudd ca. 7%, refusjoner 6% og pasientenes egenandeler ca. 2%, se von Otter (1999).

Husläkare reformen (fastlege) ble også innført i 1994. Hensikten med denne reformen var å rette fokuset på pasientens valgmuligheter. Før reformen var pasientene knyttet til helsesentrene i deres nærområde⁸, og hadde derfor begrenset mulighet til å velge lege selv. Innbyggere fikk nå rett til fritt å velge en fastlege. Fastlegene kunne ha lister med mellom 1000 og 3000 pasienter.

En av de viktigste reformene i Sverige har vært introduksjon av ”indre markeder” i fylkeskommunen. Det sentrale prinsippet i denne mekanismen er ideen om at det må være et skille mellom de som leverer tjenester (f.eks. sykehus) og de som kjøper tjenestene (f.eks. fylkeskommuner). Reformen innebar et skille i fylkeskommuners rolle som bestillere og tilbydere av helsetjenester⁹. Formålet med reformen var å skape konkurranse mellom tilbydere av helsetjenester for å gi insentiver til mer effektiv bruk av tilgjengelige ressurser.

Reformen ble først innført i 1991 og inkluderte visse spesialisthelsetjenester i begynnelsen. Senere ble flere spesialisthelsetjenester som psykiatri og geriatri inkludert. I 1994 var det bare 8 fylkeskommuner som hadde innført indre marked (bestiller/tilbyder) modellen, se Rehnberg (1997). I 1995 hadde 12 fylkeskommuner implementert en form for bestiller/tilbyder modell, se Gerdtham et al. (1997). Innbyggerne i disse 12 fylkeskommunene utgjør mer enn 50% av den totale befolkningen i Sverige.

Priser for sykehustjenester er bestemt av en standard prislister, av særskilte avtaler eller av et forenklet DRG-system. Det er imidlertid store variasjoner i organiseringen av helsesektoren i de ulike fylkeskommuner, både når det gjelder tilbud av primærhelsetjenester og kjøp av spesialisthelsetjenester. Noen fylkeskommuner har sentral styring av innkjøp av sykehustjenester og har etablert et stort innkjøpsorgan¹⁰. I de andre fylkeskommunene er innkjøpet desentralisert, enten lokalt eller ved at det er etablert distrikter som har ansvaret for inngåelse av kontrakter med sykehusene. I Stockholm, for eksempel, har man separert bestiller- og tilbyderrollen ved at det er opprettet to nemnder, *Hälsovårdsnämnd* og *Produksjonsstyrelsen*. Disse er ansvarlige for henholdsvis å fordele midler mellom ulike

⁸ I 1970- og 1980-årene utviklet fylkeskommunene et nettverk av sentre for tilbud av primærhelsetjenester, se Saltman (1999).

⁹ Sykehusene eies fortsatt av det offentlige, men politikere er ikke lenger representert i styret for sykehusene og helsesentrene. Politikere har derfor mindre påvirkning på tilbudssiden, se Rehnberg (1997).

¹⁰ For eksempel har Östergötland, Örebro, og Sörmland sentral styring, mens Dalarna og Bohuslän har lokal styring. Stockholm, Gävleborg og Västerbotten har etablert bestillerorganisasjoner på distriktsnivå.

helseområder og å organisere tilbudssiden både knyttet til primær- og spesialisthelsetjenesten. I Dalarna er 15 helsedistrikter ansvarlige for både driften av primærhelsetjenestenesentrene og sykehusbudsjettene (se Saltman, 1999). Siden styrene i helsedistriktene består av länstingspolitikere, er det fortsatt politisk påvirkning av ressursallokeringen og helsetilbudet i det lokale helsedistriktet samt helsebudsjettet. Politikerne er imidlertid ikke involvert i den daglige driften av helsetilbudet (Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)).

2.3.2 Erfaringer

Fra 1960 til 1980 økte helseutgiftene i Sverige fra 4,7% til 9,4% som andel av BNP. I 1998 er andelen gått ned til 8,4%, noe som er lavere enn EUs gjennomsnitt på 8,6%. Faktisk er Sverige det eneste landet i OECD som i løpet av de siste årene har redusert helseutgiftene som andel av BNP (Hjortsberg og Ghatnekar, 2001). Analytikere mener at utviklingen i den svenske helsesektoren er bekymringsfull. Spørsmålet er om kostnadseffektiviteten har gått på bekostningen av pasientbehandlingen (lange ventelister) og helsepersonellens arbeidsmengde (utbrent personell).

Erfaringer fra implementeringen av reformene tyder blant annet på at pasientene benytter seg av retten til fritt sykehusvalg. I enkelte tilfeller har man opplevd at pasientene velger et annet sykehus enn det fylkeskommunene har inngått kontrakt med (Hjortsberg og Ghatnekar 2001).

Tambour og Rehnberg (1997) analyserer utfallet av bestiller/tilbyder-reformen ved å måle teknisk effektivitet og produksjonsøkning. Studien er basert på data for perioden 1989-94 og omfatter alle 26 fylkeskommunene, dvs. både de som har innført bestiller/tilbyder-modellen og de som ikke har endret organiseringen av helsetjenesten. Analyser tyder på produktivitetsøkning i de fleste fylkeskommunene i perioden 1990-94. Man finner imidlertid noe høyere produktivitet i de 12 fylkeskommunene som hadde innført reformen. Ifølge Tambour og Rehnberg skyldes ikke produktivitetsøkningen bare implementeringen av markeds-mekanismer, siden man også observerer produktivitetsøkning i fylkeskommuner som hadde det opprinnelige systemet basert på budsjettallokering. I undersøkelses perioden var det også innført to andre reformer i Sverige, nemlig maksimum ventelistegaranti og eldreomsorgen. Disse reformene kan også ha påvirket resultatene fra studien.

von Otter (1999) refererer til studier som viser høyere produktivitetsøkning og reduksjon av ventelister i fylkeskommuner som har innført den indre markedsreformen. Disse studiene har imidlertid ikke funnet en sammenheng mellom implementeringen av markedsmekanismer og

produktivitetsøkningen. I noen tilfeller har fylkeskommuner som ikke innførte reformen bedre resultater enn fylkekommuner med et reformert helsevesen.

Det er vanskelig å si om kostnadseffektivitet i Sverige er et resultat av markedsmekanismer, eller om det skyldes andre faktorer. Ifølge Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) har erfaringene fra reformene i Sverige vært blandede, og det kan virke som om det er en tendens at man ønsker å bevege seg bort fra det klare skillet mellom bestillere og tilbydere, til et tettere samarbeid mellom disse gruppene.

Ifølge Rehberg (1997) fører den indre markedsmekanismen til brudd på likhetsprinsippet. Kravet om effektiv bruk av ressurser presser bestillere av helsetjenester til å prioritere akutthelsetjenester hvor utfallet av behandlingen er observerbar, fremfor helsetjenester for kronikere eller geriatriske pasienter. Denne effekten forsterkes av tilskuddsordninger som er basert på høyere refusjoner for alvorlige sykdommer.

2.4 Storbritannia

Helsetjenestetilbudet i Storbritannia finansieres hovedsakelig av skatter. Siden 1948 har *the National Health Service* (NHS) hatt ansvaret for tilbud av helsetjenester i Storbritannia. NHS er eid av staten og er fordelt på 8 regioner og 100 distrikter. Regionene har ansvar for å finansiere det enkelte sykehus, samordne ventelister og pasientbehandlingen i regionen og sikre kompetanseutviklingen og videreutdanningen av helsepersonell. Distriktene er ansvarlig for styring og finansiering av sine sykehus.

2.4.1 Reformen

NHS har gjennomgått flere reformer de siste 10-årene. Finansieringskrisen i sykehussektoren i 1987 førte til en omorganisering av helsesystemet. Som følge av krisen ble flere sykehus nødt til å kutte ned på bemanningen og sengekapasiteten. Lange ventelister for sykehusbehandling, varierende/dårlig kvalitet i eldreomsorgen og ulikt tilbud av helsetjenester i distriktene forsterket problemene i det britiske helsevesenet. Man ønsket å rette sterkere fokus på tilbud av helsetjenester ved å skape konkurranse blant tilbydere av helsetjenester.

I 1991 ble den såkalte "indre marked" reformen innført. Det viktigste elementet ved reformen var skillet mellom kjøper og tilbyder av helsetjenester for å skape konkurranse blant tilbydere av helsetjenester. Dette innebar at distriktene ikke lenger hadde funksjon som etterspørrere og

tilbydere av helsetjenester. Dette ble gjort ved at sykehusene og institusjoner som tilbyr tjenester ble omdannet til egne forvaltningsselskap, kalt *NHS Trusts*. Sykehusene var fortsatt eid av staten gjennom NHS, men hadde eget ansvar for drift og økonomi. *District Health Authorities* og *Family Health Service Authorities* var forvaltere av helsebudsjettene, og kunne fritt inngå kontrakter om kjøp av helsetjenester fra offentlige og private tilbydere av helsetjenester. Grupper av allmennpraktiserende leger fikk også forvaltningsansvar for helsebudsjetter, kalt *General Practitioners Fundholders* (GPFH), og kunne kjøpe spesifikke behandlinger til sine pasienter. I begynnelsen kunne grupper av allmennpraktiserende leger med over 11.000 pasienter bli forvaltere av helsebudsjetter i England. Denne grensen ble satt ned til 9.000 og senere til 7.000 pasienter.

Med opprettelsen av *Special Health Authorities* i april 1996, forlot man den regionale inndelingen av NHS, og det tradisjonelle skillet mellom sykehus, kommunalt helsevesen og primærhelsetjenesten. Det ble etablert 100 *Health Authorities* som hadde ansvaret for å etterspørre helsetjenester for befolkningen, mens de 450 forvaltningsselskapene (NHS Trusts) var ansvarlige for å tilby helsetjenestene.

I 1997 fremmet den nye arbeiderpartiregjeringen et forslag om å forlate det indre marked¹¹. Grunnen til dette var at den indre markedsmekanismen blant annet hadde ført til fragmentering av helsetjenester, høye transaksjonskostnader, ulik pasientbehandling, ineffektivitet, byråkrati. I det nye helsesystemet legges det større vekt på samarbeid mellom sykehus, kvalitet og mekanismer som skal gi større rettferdighet. Selv om Storbritannia i prinsippet har forlatt det indre markedet, har man beholdt det grunnleggende skillet mellom tilbyder og bestiller. *Health Authorities* og NHS Trusts eksisterer fortsatt, men opererer på andre grunnlag enn tidligere. Den nye reformen har avløst budsjettforvaltende primærleger (GPFH) og har isteden for etablert *Primary Care Groups* (PCG) som består av grupper av allmennpraktiserende leger og omfatter alle leger i et distrikt. Hensikten med dette var å redusere byråkratiet. Primærhelsetjenestegruppene (PCG) får tildelt et rammebudsjett og primærlegene har ikke lenger en funksjon som bestillere av helsetjenester. Anbudskonkurransen er blitt erstattet av samarbeid mellom sykehusene, og sykehus som tidligere inngikk kontrakter av et års varighet, inngår nå langtidsavtaler med bestillere. Videre er det opprettet egne organer for kvalitetsutvikling, veiledning og kvalitetskontroll.

2.4.2 Erfaringer

Reformen I 1991 involverte flere aktører i administreringen og førte dermed til stort byråkrati. Primærlegene opplevde også at de brukte mye tid på å finne det rette sykehus for sine pasienter. Administrasjonsarbeidet førte til at primærlegene satte av mindre tid til sine pasienter.

Konkurransen om tilbudet av helsetjenester var det viktigste elementet i reformen i Storbritannia. Konkurransen fungerte spesielt godt i områder som hadde mange sykehus med akuttberedskap. I tillegg vokste det frem nye akutt sykehus i distriktene som kunne tilby både lavere pris og bedre tilgjengelighet (Ham 1997). Denne utviklingen skyldtes i hvert fall delvis en omlegging av finansieringssystemet, fra et system basert på antall behandlinger til et system basert på antall innbyggere. Sykehus i områder med fallende innbyggertall (slik som deler av London) fikk dermed et stadig mindre budsjett i forhold til sykehus i områder med stigende innbyggertall. Det førte til at ressurser og kontrakter flyttet over fra sykehus i sentrale bydeler til sykehus i utkantstrøk, som også kunne tilby rimeligere helsetjenester. Dette var et problem særlig for sykehus i sentrale deler av London som driver med utdanning og forskning. Dette er kostbare aktiviteter som er av nasjonal betydning og som ikke bør finansieres med utgangspunkt i størrelsen på lokalbefolkningen.

I 1992 ble en deklarasjon om pasientrettigheter (Patient's Charter) innført i Storbritannia. Deklarasjonen inneholdt kriterier for ventetid for behandling, rett til å være registrert hos en allmennpraktiserende lege, henvisning til spesialistbehandling, osv. I perioden etter innføringen av reformen i Storbritannia ble ventetider til sykehusbehandling redusert. Analytikere er imidlertid av den oppfatning at reduksjon av ventetider skyldes politisk press snarere enn konkurransen i markedet for helsetjenester. Helseministrene truet nemlig med å avskjedige helsesjefene dersom ventetider ikke gikk ned til det nivået som var bestemt i deklarasjonen.

En av de grunnleggende målsetningene bak innføringen av reformen i Storbritannia var å øke pasientens valgmuligheter og å bedre tilpasse helsetjenestene til pasientenes behov ved å la pengene følge pasienten. Men faktisk ser det ut til at valgmulighetene er blitt begrenset:

¹¹ Gjennom rapporten *The New NHS: moderen, dependable*.

”In practice, health authorities used mainly block contracts with their providers and these were insensitive to increases in productivity or quality. As a consequence, patients tended to follow the money rather than vice versa and this served to restrict choice. (Ham, 1997)”.

Unntaket var budsjettforvaltende primærleger hvor pasientene kunne velge tilbydere av helsetjenester. Problemet var primærleger med budsjettforvaltningsansvar dekket en mindre del av befolkningen og det var i tillegg lagt begrensninger på hvilke typer sykehusbehandlinger som kunne kjøpes. Reformen hadde derfor marginal effekt på pasientens valgmuligheter. Det er foretatt flere studier om effekter av reformen i Storbritannia. Disse studiene har imidlertid ikke påvist økt kostnadseffektivitet eller kvalitetsøkning, se for eksempel Söderland et al. (1997). Kapittel 5.1 gir en mer detaljert beskrivelse av reformene i Storbritannia.

2.5 New Zealand

Helseutgiftene som andel av BNP har i New Zealand økt fra 5,6% i 1986 til 8% av BNP i 1998. Samtidig har det offentliges andel av helseutgiftene i perioden 1980-99 gått ned fra 88% til 77,5%, mens privatfinansiert helse har gått opp fra 12% til 22,5% (Scott, 2001).

Helt siden 1947 har det offentlige tilbudet av helsetjenester i New Zealand i all hovedsak vært finansiert av skatter. Primærlegene er ikke ansatt av det offentlige og opererer på fee-for-service basis. Staten subsidierer deler av utgiftene i forbindelse med primærlegekonsultasjoner, men graden av subsidiene varierer for ulike pasientgrupper. Barn, kronikere og lavinntektsgrupper subsidieres høyere enn de andre gruppene. Staten subsidierer i tillegg hele eller deler av medisin- og laboratorieutgiftene. Pasientenes egenandeler var i begynnelsen liten, men har siden økt gradvis som følge av reduksjoner i statens tilskudd. Egenandelene er i dag faktisk større enn subsidiene.

Staten eier offentlige sykehus, og det kreves ingen egenandeler for offentlige sykehus tjenester. De fleste spesialisthelsetjenestene tilbys av offentlige sykehus, mens private sykehus hovedsakelig tilbyr elektive operasjoner, hjemmepleie og langvarige geriatriske tjenester. Private sykehus tilbyr større utvalg av spesialister og raskere elektiv behandling. På et offentlig sykehus må pasienten ha henvisning fra en primærlege med mindre det dreier seg om akutt sykehusbehandling. Offentlige og private sykehus konkurrerer både om medisinsk personell og om pasienter (Scott 2001). Mange spesialister har valgt å ha deltidsstillinger i private sykehus hvor de kan generere høyere inntekt enn i det offentlige.

2.5.1 Reformen

I 1983 ble de offentlige helsetjenestene i New Zealand organisert som 14 *Area Health Boards* (AHB) med finansiering på per capita basis. Finansieringen av primærhelsetjenester ble administrert sentralt ved Helsedepartementet. Mot slutten av 1980-tallet ble det reist kritikk mot manglende effektivitet i helsevesenet. Uttrykk for manglende effektivitet var dårlig budsjett disiplin i AHBene og manglende vedlikehold av kapitalutstyret og manglende nyinvesteringer. Kritikerne mente at monopolposisjonen til AHBene ikke ga insentiver til effektiv drift, som tilbydere av helsetjenester. I 1990 fremmet regjeringen et forslag om skille mellom det offentliges rolle som bestiller og utfører av helsetjenester, samt konkurranse mellom offentlige og private sykehusene om pris og kvalitet.

I 1993 introduserte New Zealand et system med 4 ”regionale helseforetak”, *Regional Health Authorities* (RHA), som hadde ansvaret for kjøp av helsetjenester. De ”regionale helseforetakene” erstattet de 14 AHBene som fungerte både som bestillere og utførere av sykehus tjenester. Videre ble det etablert 23 *Crown Health Enterprises* (CHE) for å drive de offentlige sykehusene. CHEene skulle drives kommersielt og konkurrere om tilbud av helsetjenester. RHA og CHE forhandlet om levering av spesialisthelsetjenester. Private sykehus kunne også konkurrere med offentlige sykehus om levering av helsetjenester.

Et annet viktig element av reformen var integrasjon av offentlig finansiering av primær- og spesialisthelsetjenester. For å kunne øke subsidieringen av primærhelsetjenester for lavinntektsgrupper, innførte myndighetene egenbetaling for sykehus tjenester, noe som var upopulært blant pasientene. Systemet ble senere avvirket.

RHA var ment å fungere som uavhengige bestillerorganer, men politikerne fortsatte å involvere seg og påvirket avgjørelser om kjøp av tjenester. Møter mellom RHA og CHE var unntatt offentligheten, og kommunene opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig kontakt med beslutningstakere. CHEene gikk med underskudd og Staten måtte bidra med ekstraordinære bevilgninger. Reformene ble også kritisert for reguleringsforskjeller mellom offentlig og privat helsesektor. Videre mente man at fokus i for stor grad var rettet mot tilbyderne i stedet for mot pasientene.

I 1996 ble de 4 RHAene omdannet til en et organ kalt *Health Funding Authority* som hadde bestilleransvar på nasjonalt basis. CHEene skiftet navn til *Hospital and Health Services*, og skulle ikke lenger drives kommersielt. HFA introduserte blant annet standarder for å måle

kvalitet i pasientbehandling og kostnadseffektivitet, samt uniforme standarder for prising av sykehus tjenester.

I år 2000 fusjonerte HFA med Helsedepartementet og det ble etablert 21 *District Health Boards* som kombinerte rollen som regional bestiller og tilbyder av offentlige sykehus tjenester. Systemet ligner på det man forlot i på 1980-tallet. Reformen har altså delvis avvirket skillet mellom bestiller og utfører, men der er etablert rådgivningsorganer for helseetterspørsel og sykehusorganisering.

2.5.2 Erfaringer

Helsesystemet i New Zealand har gjennomgått store endringer i løpet av de siste ti årene. Fra å være et tradisjonelt sentralstyrt system i etterkrigstiden ble det innført større regional kontroll på 1980-tallet. På 1990-tallet ble det innført reformer som brakte inn et betydelig element av konkurranse i helsesystemet. I dag har man delvis forlatt markedsmodellen til fordel for større grad av regional politisk kontroll. Sykehusene er ikke lenger pålagt å tjene profitt og å konkurrere med andre sykehus og helseinstitusjoner.

Den arbeiderpartidominerte regjeringen reduserte i 1999 det skarpe skillet mellom kjøper og tilbyder ved å delegere ansvaret for finansiering og levering av helsetjenester til 21 *District Health Boards*. Mange følte at det "indre markedet" ikke hadde gitt noen økning i effektivitet eller kvalitet. Videre stilte man spørsmål ved de fordelingsmessige konsekvensene av det markedsbaserte systemet. Med en stadig større grad av egenbetaling fra pasientenes side, ble noen lavinntektsgrupper stengt ute fra primærhelsetjenestene. Dette var særlig alvorlig siden mange av māoriene tilhører lavinntektsgruppene. Målsetningene for dagens helsepolitikk er å skape bedre kvalitet i helsesektoren, og å sørge for en mer rettferdig fordeling av helsetilbudet.

Forventningene etter reformene var at konkurranse mellom CHEene skulle øke over tid, men det skjedde ikke (Scott 2001). Reformen har vært kritisert for blant annet å ha medført lengre ventelister for sykehusbehandling, høyere administrasjonskostnader og dyrere sykehusdrift. I tillegg førte reformen til at utdanning ble mindre prioritert, siden fokuset var rettet mot kommersiell drift av sykehusene og i mindre grad mot forskning og utdanning.

Begrenset datatilgjengelighet og ekstraordinære overføringer fra Staten gjør at det ikke har vært lett å evaluere reformene i New Zealand. Man anslår imidlertid en årlig produktivitets-

økning på 0,3 prosent (Scott 2001). 1993-reformen har også ført til kostnadsbesparelser og effektivitetsbedring som følge av integrering av finansieringen av primær- og sekundærhelse-tjenester. En annen positiv effekt av reformen var etableringen av egne helseorganisasjoner rettet mot māoribefolkningen. 1996-reformen førte til etablering av et bedre system for kontraktinngåelse, samt innføringen av en nasjonal prisstandard for spesialisthelsetjenester.

3 INSENTIVBASERTE FINANSIERINGSSYSTEM OG ASYMMETRISK INFORMASJON

3.1 Krav til finansieringssystem

I denne delen av rapporten diskuterer vi hvordan myndighetene kan utforme insentivbaserte finansieringssystemer for en produsent av helsetjenester. Myndighetene vil opptre i rollen som regulator, mens helsetjenesteprodusenten vil være myndighetens agent. I en situasjon hvor myndighetene har full informasjon om produsentens kostnadsforhold, teknologi og muligheter for kostnadseffektivisering, vil de kunne utforme et finansieringssystem som gir effektiv produksjon av adekvate helsetjenester. Imidlertid har myndighetene normalt ikke slik informasjon. Når produsenten har mer informasjon enn myndighetene, sier vi at det foreligger asymmetrisk informasjon. Asymmetrisk informasjon kan gi seg utslag i problemer knyttet til atferdsrisiko og seleksjonsproblemer. Disse begrepene kommer vi nærmere tilbake til nedenfor.

Når det gjelder krav til finansieringssystem, fokuseres det her på fire forhold:

- Insentiver til effektivitet i produksjon og investeringer
- Optimal kvalitet og kvantitet
- Tilgjengelighet eller hvordan en unngår uønsket seleksjon av visse pasientgrupper
- Optimal fordeling av risiko mellom myndighetene og de som produserer helsetjenester

Et finansieringssystem bør gi insentiver til effektivitet både i produksjon og investeringer. Effektivitet i produksjon har minst to aspekter. Det ene er at kostnadene ved produksjon av helsetjenester minimeres ved at finansieringssystemet gir korrekte insentiver til kostnadseffektivisering. For å få dette til må gevinsten avveies mot kostnadene ved kostnadsreducerende tiltak. I det ligger det at en kostnadsreduksjon bør komme produsenten helt eller delvis til gode. På den måten får produsenten insentiver til å spare kostnader og produsere helsetjenestene på en effektiv måte. Det andre aspektet er at reguleringsregimet gir insentiver til å velge optimal sammensetning av innsatsfaktorer som kapital og arbeidskraft. Dette er et forhold som ikke diskuteres så inngående her, men hvis f. eks. myndighetene subsidierer

kapitalinvesteringer som produsenten foretar, vil det isolert sett kunne skape vridningseffekter hvor bruken av kapital vil kunne være høyere enn optimalt.

Målsetningen om effektivitet har også et dynamisk aspekt. Et godt finansieringssystem skal gi korrekte insentiver til investeringer slik at avveiningene mellom å investere i produksjonsutstyr av helsetjenester og andre typer investeringer blir gjort på en samfunns-økonomisk optimal måte. Samtidig skal det sikre at produsenten gjør en optimal avveining mellom drifts- og investeringsbeslutninger. Med andre ord at produsenten avveier en nyinvestering mot bedre utnyttelse av eksisterende produksjonsutstyr. Nyinvesteringen kan bestå av økt produksjonskapasitet basert på samme teknologi eller i nytt produksjonsutstyr basert på nyutviklet teknologi.

Helsetjenestene bør produseres med optimal kvalitet. Eksempler på økt kvalitet kan være en bedre, og kanskje dyrere, behandlingsmetode eller mer pleie. Kvalitetsbegrepet kan altså både innebære bedre kvalitet på innsatsfaktorene som benyttes og at en benytter flere innsatsfaktorer til å produsere tjenesten. I prinsippet burde graden av kvalitet avhenge av en kostnads- og nytteanalyse, hvor nytten av økt kvalitet blir avveid mot kostnadene. Det vil for øvrig også være en sammenheng mellom kostnadseffektivitet og kvalitet. Hvis produsentene oppnår full kostnadsdekning, vil de ikke ta inn over seg kostnadene ved økt kvalitet. Det vil da være fare for at helsetjenestene tilbys til høyere kvalitet enn hva som er samfunns-økonomisk optimalt. Dersom finansieringssystemet gir sterke insentiver til kostnadseffektivisering uten at det er stilt spesielle krav til kvalitet, er det fare for at produsentene ikke tar inn over seg nytten av økt kvalitet. Hvis nytten av økt kvalitet kun kommer pasienten til gode og ikke produsenten, vil helsetjenestene kunne bli tilbudt til for lav kvalitet.

Finansieringssystemet bør ikke gi insentiver til uønsket seleksjon av visse pasientgrupper. I et stykkprisfinansiert system hvor produsenten mottar et beløp pr. pasient for en gitt diagnose, uavhengig av kostnadene for behandling av den enkelte pasient, vil produsenten ha insentiver til å unngå å behandle de mest kostnadskrevede pasientene. I et system hvor produsenten får dekket sine kostnader ved behandling av pasienter vil ikke disse seleksjonsinsentivene være tilstede. Som vi har nevnt vil imidlertid kostnadsdekning kunne gi dårlige insentiver til kostnadseffektivitet.

Et viktig spørsmål er hvem som skal bære risikoen knyttet til kostnadene ved helsetjenestene og hvilke implikasjoner risikobæringen får for effektivitet, kvalitet og seleksjonsproblemer. Risiko knyttet til kostnadene ved helsetjenestene kan bæres av myndighetene som finansierer tjenestene, produsenten av helsetjenestene eller av befolkningen som benytter tjenestene. I den samfunnsøkonomiske litteraturen diskuteres hva som er den optimale risikoavlastning for befolkningen. Det vises ofte til at dette vil være en avveining mellom ønsket risikoavlastning på den ene siden og informasjonsproblemer knyttet til atferdsrisiko og seleksjon på den andre siden.

3.2 Hva skiller helsetjenester fra andre varer og tjenester

I en markedsøkonomi brukes prismekanismen som fordelingsmekanisme for de fleste varer og tjenester. Prismekanismen er en rasjoneringsordning i den forstand at et individ som er villig og i stand til å betale markedsprisen, får tilgang til de godene vedkommende etterspør. I et konkurransemarked vil markedsprisen reflektere produksjonskostnadene. De som har en lavere betalingsvilje eller betalingsevne enn kostnaden, faller ut av markedet. På denne måten bidrar prismekanismen til at tjenesten allokeres til dem som har tilkjennegitt en betalingsvilje for den i markedet som er minst like stor som kostnaden. I så måte er markedsallokeringen av varer og tjenester effektiv. Men siden tilkjennegitt betalingsvilje avhenger av betalingsevnen, vil ikke nødvendigvis markedsallokeringen være den mest rettferdige, eller den som er best i samsvar med fordelingspolitiske preferanser. Økonomer forfekter imidlertid vanligvis det syn at en skjev fordeling av goder og levekår bør justeres ved inntektspolitiske tiltak som gir en mer egalitær fordeling av betalingsevne, framfor å overprøve markedets allokering av varer og tjenester. For å si det enkelt bør inntektsomfordeling skje i form av kontanter og kjøpekraft framfor i form av naturalia. Dette synet bygger på det såkalte konsument-suverenitetsprinsippet som sier at det er konsumenten selv som best kjenner sine prioriteringer og behov, og dette bør myndighetene respektere.

Helsesektoren skiller seg imidlertid på viktige områder fra et slikt tankeskjema for hvordan en markedsøkonomi ideelt sett fungerer. Et viktig skille er at for de fleste av oss vil det være knyttet betydelig usikkerhet til om, når og i hvilket omfang vi får behov for helsetjenester. Dette gjelder spesielt behandling for akutte og livstruende lidelser, der det finnes få eller ingen alternative varer og tjenester som kan kompensere for manglende tilgang på

helsetjenester.¹² Det eksisterer ikke alternativer til kirurgisk behandling av en akutt blindtarmbetennelse. Man har behov for øyeblikkelig behandling, som innebærer en umiddelbar utgift for den det rammer. Slike hendelser er derfor å sammenligne med uforutsigbare ulykker som fører til økonomiske og andre former for tap. På samme måten som for ulykker i sin alminnelighet, reiser helserisiko derfor et forsikringsbehov. Prinsipielt sett kan dette forsikringsbehovet dekkes på tre måter. Det kan dekkes ved at samfunnet bærer risikoen kollektivt og stiller helsetjenester gratis til rådighet for den enkelte når hun eller han får behov for det. Utgiftene finansieres da ved beskatning slik at individene bærer tapet i egenskap av skattebetalere. Eller det kan dekkes i markedet ved at forsikringsselskaper overtar risikoen mot en kompensasjon i form av forsikringspremie. En kan også tenke seg en kombinasjon ved at myndighetene bærer risikoen knyttet til et basisbehov for medisinsk behandling, mens den enkelte må forsikre seg i markedet for eventuelle behandlingsbehov utover det offentlige basistilbudet.

Risiko for sykdom vil ikke bare avhenge av ugunstige omstendigheter utenfor individets kontroll slik som medfødt predisposisjon, men også av individets egen atferd og livsstil. Selvvalgte risikofaktorer kan være alt fra usunne matvaner og røyking til dyrking av ekstremспорт som basehopping og slalåmkjøring i ekstremt terreng utenfor kontrollerte løyper. Problemet er at de som avlaster det enkelte individ for økonomisk risiko knyttet til behandlingsbehov og tapt arbeidsfortjeneste på grunn av sykdom og ulykker, ikke i ett og alt kan observere den innsats som individet selv gjør for å redusere sykdomsrisiko eller unngå ulykke.

Preventiv innsats representerer en ulempe eller nyttekostnad for den enkelte. Når en er forsikret, deles gevinsten ved reduserte ulykkeskostnader som følge av større forebyggende innsats mellom forsikringsselskapet og alle forsikringskundene dersom det slår ut i redusert premie. Kostnaden ved økt forebyggende innsats bæres imidlertid av den enkelte. Denne asymmetrien mellom den som bærer kostnaden og de som får gevinsten, svekker det private insentivet til forebyggende innsats. Det samme gjelder også for offentlig forsikring. Én viktig forskjell er imidlertid at i dette tilfelle tilfaller gevinsten ved større privat forebyggende innsats skattebetalerne.

¹² Formulert mer presist eksisterer det på slike områder ingen substitusjonsmuligheter mellom helsetjenester og andre varer og tjenester

På grunn av svekkede insentiver til forebyggende atferd fører eksistensen av forsikring til økt sannsynlighet for at det man er forsikret mot, vil inntreffe. Dette fenomenet kalles *atferdsrisiko*. I denne sammenheng innebærer atferdsrisiko at eksistensen av forsikring mot behandlingsbehov og økonomisk tap på grunn av sykdom og ulykke, fører til større sykkelighet og flere ulykker. På områder der det moralske risiko problemet er overhengende, vil det ikke la seg gjøre å oppnå forsikring i markedet. Erklærte pyromaner vil ha problemer med å få brannforsikring og private forsikringsselskaper vil vegre seg mot å gi basehoppere ulykkesforsikring. Et viktig spørsmål er om manglende forsikringsmuligheter på grunn av atferdsrisiko er en markedssvikt, og om det er en oppgave for det offentlige å gi forsikring på områder der den enkelte får personlig tilfredsstillelse fra risikosøkende atferd.

Et annet problem knytter seg til at den enkelte forsikringstaker har større kunnskap om sin sykdoms- og ulykkesrisiko enn forsikringsselskapet. Et privat forsikringsselskap som må drive lønnsomt, må sette forsikringspremien i forhold til risikoen. Men når selskapet har begrensede muligheter til å observere den individuelle risikoen, må selskapet sette premien i forhold til den gjennomsnittlige risikoen. Det innebærer at kunder som vet at de har en høyere sykdomsrisiko enn gjennomsnittet, vil oppfatte de økonomiske betingelsene som gunstige, og omvendt for dem som vet at de tilhører lavrisikogruppen. Dette gir høyrisikogruppene insentiver til å velge de mest omfattende forsikringsordningene, mens lavrisikogruppen vil ha insentiv til å bære en større del av risikoen selv. Dette fører da til en systematisk utvelgelse ved at høyrisikoindividene blir overrepresentert blant dem som velger de mest omfattende forsikringspakkene. Dette driver opp gjennomsnittsriskoen blant dem som er forsikret. Dersom selskapet svarer med å heve premien, vil denne systematiske utvelgelsen av høyrisikoindivider forsette, siden de minst risikofylte klientene avskalles etter hvert som premien økes. Dette kalles for *ugunstig utvalg*. Markedet håndterer utvalgsproblemet ved å tilby menyer av kontrakter med differensierte egenandeler og forsikringspremier, slik at de som er villige til å ta de største egenandelene får de gunstigste forsikringspremiene. Risikogruppene vil da avsløre seg ved selvseleksjon da det ikke vil lønne seg for høyrisikogruppen å velge høye egenandeler. En annen mulighet er at en kan differensiere forsikringsvilkårene etter observerbare forhold som statistisk sett samvarierer med

ulykkessannsynligheten.¹³ Forsikringsselskapene har insentiver til å ”skumme fløten”, dvs. velge kunder som har en lav risiko.¹⁴ Den mest opplagte løsningen på utvalgsproblemet er tvungen forsikring, slik vi har det når det gjelder ansvarsforsikring for bilførere. Dette krever imidlertid offentlig myndighetsutøvelse siden et pålegg om tvungen deltagelse må følges opp av sanksjoner overfor dem som ikke følger pålegget.

På grunn av risikoutjevning for alle sett under ett vil usikkerheten knyttet til etterspørsel etter helsetjenester være større for den enkelte enn for samfunnet. Dette taler i seg selv for at risikoen bæres av alle i fellesskap, og at den enkelte innen visse grenser er fullt forsikret mot de ugunstige utfall som behandlingsbehov på grunn av sykdom representerer. Spørsmålet om hvor langt forsikringsansvaret skal strekke seg, vil avhenge av problemer knyttet til atferdsrisiko. Ingen har hevdet at røykere ikke skal kunne få helseforsikring, men flere mener at de bør få ugunstigere vilkår enn ikke røykere, f. eks ved høyere forsikringspremier. Det samme gjelder dem som på grunnlag av et fritt valg hopper i fallskjerm utfør Preikestolen i Lysefjorden. Både for røykeren og basehopperen tilfaller nytelsen den enkelte, mens kostnadene ved behandling og uførhet bæres i stor grad av fellesskapet. Det sentrale spørsmålet blir da hvor sterke insentiv til preventiv atferd det vil være hensiktsmessig å bygge inn i forsikringssystemet. I den samfunnsøkonomiske litteraturen viser en i noen tilfeller til at egenandeler vil kunne bidra til å øke den preventive innsatsen. Egenandeler vil kunne være med på å disiplinere individene til kun å etterspørre helsetjenester når behovet er stort. Imidlertid har slike egenandeler også fordelingsmessige konsekvenser. Individuer med lav inntekt vil gjennom egenandelen kunne bli hindret fra å få nødvendige helsetjenester. I andre tilfeller viser en til at primærhelsetjenesten vil bidra til å redusere etterspørselen. Primærlegene vil kunne vurdere hvor stort behov det enkelte individ vil ha for de ulike helsetjenestene og på den måten være med på å redusere etterspørselen ned mot det som er samfunnsøkonomisk optimalt. På den andre siden skal primærlegene opptre som agenter for

¹³ For noen år siden inngikk Presteforeningen en avtale med et forsikringsselskap om vilkår for livsforsikring for dens medlemmer som var betydelig gunstigere enn det som var vanlig i markedet. Dette var basert på en formodning om at prester har enn mindre risikofylt livsførsel enn gjennomsnittet av befolkningen for øvrig. Mange var kritiske til denne avtalen og mente at prestene utnyttet sin status på en uanstendig måte.

¹⁴ Se Van de Ven et al. (1992) for en diskusjon av mulige utfordringer knyttet til ”cream skimming”.

pasientene. For primærlegene er det ingen kostnader forbundet med å henvise pasienter til behandling. Det kan derfor stilles spørsmål ved om primærlegene har de rette insentivene til å rasjonere helsetjenestene.

I denne rapporten er imidlertid ikke hovedfokuset risikoavlastning for befolkningen og den offentlige subsidieringen av helsetjenester. Istedenfor fokuserer vi på utformingen av finansieringssystemet for produksjon av helsetjenester, gitt det norske helseforsikrings-systemet. Etterspørselsiden blir antatt som gitt, mens vi fokuserer på betydningen av finansieringssystemet for tilbudssiden.

Et viktig spørsmål er om utformingen helseforsikringssystem på etterspørselsiden bør ha betydning for valg av finansieringssystem på tilbudssiden. Vi har pekt på at det norske helseforsikringssystemet kan gi for høy etterspørsel etter helsetjenester pga. lave egenandeler og svake insentiver til preventiv innsats. Økonomisk teori tilsier at dette ut fra et effektivitetssynspunkt bør korrigeres med et mest mulig direkte virkemiddel, f. eks. høyere egenandeler. Dersom en istedenfor velger å benytte mer indirekte virkemidler, kan det være aktuelt å redusere tilbudet gjennom utformingen av finansieringssystemet. Det er da viktig å skille mellom i hvilken grad produsentene kan påvirke etterspørselen av helsetjenester. Når det gjelder mer akutte behandlingstjenester, vil det i stor grad være pasientene og primærhelsetjenesten som påvirker om personer kommer til behandling. På andre områder vil også produsentene være med å bestemme om personene skal behandles. Imidlertid kan det være en glidende overgang mellom behandlingen av en pasient skal karakteriseres som akutt eller elektiv. Dette kan det også være vanskelig for myndighetene å observere. Utforming av ulike insentivsystemer for akutt og elektiv behandling kan derfor medføre en vridning mot at pasientene behandles eller blir karakterisert på den ene eller den andre måten.

Newhouse (1996) argumenterer for at det er lite å hente på å se etterspørselsiden i sammenheng med tilbudssiden ved utforming av finansieringssystemet på tilbudssiden. Dette skyldes først og fremst at pasientene og primærhelsetjenestene er bestemmende for hvor mange som kommer til behandling, mens produsentene i første rekke vil avgjøre hvor omfattende behandlingen skal være. I så fall vil det være lite å hente på å gi insentiver til mindre omfattende behandlinger gjennom finansieringssystemet hvis problemet er at for mange personer etterspør behandling. Men det er likevel et spørsmål en må ta inn over seg, f. eks. ved utformingen av et stykkprissystem som gir insentiver til å behandle flere personer.

Cutler & Zeckhauser (2000) argumenterer for at egenandeler for pasienter kan redusere nødvendigheten av restriksjoner på tilbudssiden og begrense insentivene til å støte fra seg ”dyre” pasienter. Egenandelene vil virke som en risikoavlastning for behandling av pasienter, også høyrisiko pasienter.

3.3 Hvordan regulere en produsent av helsetjenester?

I det følgende tar vi utgangspunkt i en generell problemstilling hvor myndighetene skal utforme et system for å regulere en produsent av helsetjenester. Produsenten kan i mange tilfeller ha tilnærmet monopol på produksjon av helsetjenester i sitt område. Senere i rapporten diskuterer vi den valgte organisasjonsmodellen vi har i Norge, med regionale helseforetak, helseforetak, det enkelte sykehus, osv..

Prinsipielt står myndighetene overfor en oppgave å regulere en produsent av helsetjenester ved hjelp av finansieringssystem, de målsetningene myndighetene som eier tillegger produsenten og andre krav, f. eks. pasientrettigheter. Nedenfor diskuterer vi om finansieringssystemet bør utformes som et rammesystem (fast overføring) eller stykkpris-system (overføring som varierer med produksjonen) eller en kombinasjon av disse to.

3.3.1 Rammeregulering

Dersom produsenten har som målsetning å maksimere overskudd, vil et viktig krav til finansieringssystemet være å gi riktige signal til optimal produksjon av helsetjenestene. En profittmaksimerende produsent som blir rammeregulert vil ønske å produsere så lite som mulig, da ekstra inntekter ved økt produksjon er null. I en slik modell må derfor myndighetene også gi produsentene insentiver gjennom andre mekanismer. Eksempler på slike tilleggsmekanismer kan være at produsenten får et ”sørge for ansvar”, hvor han blir pålagt å produsere adekvate helsetjenester for en del av befolkningen, eller at en benytter lovverket til å gi befolkningen rett til behandling hos helseprodusenten, eller kombinasjoner av pasientrettigheter og ”sørge for ansvar”. Pasientrettigheter er diskutert nærmere i Appendix A. De viktigste pasientrettighetene i forbindelse med diskusjonen om finansieringssystemer vil være rettighetene pasientene har til å få nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg.

Hvis produsenten i tillegg ilegges et "sørge for ansvar" som tilsier at han skal produsere adekvate helsetjenester til en del av befolkningen, vil han fremdeles ha insentiver til å produsere så lite helsetjenester som mulig og til så lav kvalitet som mulig, men med den restriksjon at kravene knyttet til "sørge for ansvaret" må være oppfylt. Forhold som kan tale mot en slik atferd er at produsenten ønsker å opprettholde et godt rykte og at helsepersonell i de fleste tilfeller er oppriktig bekymret for folks helse.

Alternativet til at produsenten er profittmaksimerende er at han gis en oppgave om å gå i balanse eller oppnå nullprofitt. I en situasjon der "sørge for ansvaret" er tilfredsstillt, vil ikke produsenten ha spesielle insentiver til å prioritere gjenstående midler på de ulike helsetjenestene. I så fall kan det være andre motiv som er avgjørende for hvordan midlene benyttes, f. eks. på områder hvor de ansatte har spesielle interesser, ved at tjenestene ikke produseres så effektivt som før, til investeringer i spesialistutstyr som styrker produsentens posisjon i en fremtidig samordning med andre produsenter eller ved at tjenestene produseres til høyere kvalitet enn optimalt. Det kan også tenkes at det oppstår en situasjon hvor produsenten kommer i konflikt mellom de to målsetningene: "sørge for ansvaret" og balansekravet. "Sørge for ansvaret" er et begrep som ikke er direkte målbart for myndighetene på grunn av at produsenten har mer informasjon om kvalitet på helsetjenestene og effektivitet i produksjon av disse. Balansekravet er direkte målbart gjennom regnskapsføringen.

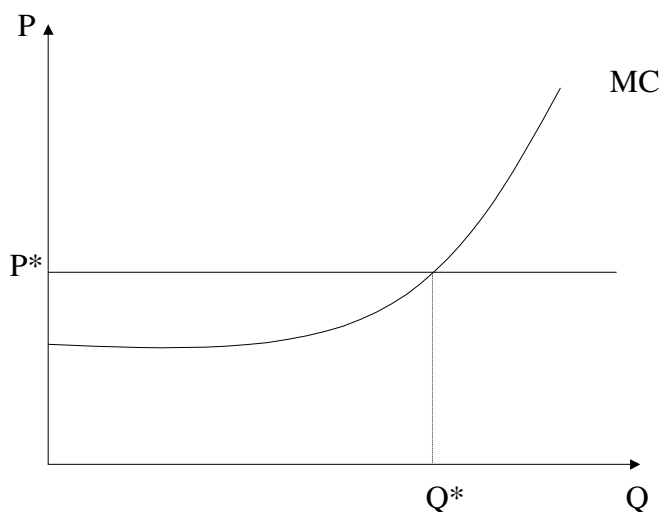
Det er som nevnt vanskelig å utforme insentivsystemer når noen av målsetningsvariablene er mer observerbare, målbare og verifiserbare enn andre. Det skyldes at organisasjonene har en tendens til å konsentrere sin innsats mest om de observerbare variablene. I dette tilfellet er det derfor fare for at det fokuseres mest på balansekravet. "Sørge for ansvaret" kan spesifiseres i en minstestandard. I så fall vil det legges vekt på målbare forhold som lengden på ventelister osv.. Det er altså en fare at det blir fokusert på målbare størrelser og ikke på ikke-målbare forhold som kvalitet og effektivitet. Det kan også tenkes at balansekravet blir oppfattet som en "myk regulering". Dersom produsenten går med underskudd, vil han henvende seg til myndighetene og be om mer midler til å produsere helsetjenester for. I så fall er det en fare for at ulike prioriteringer er av strategisk art og at produsentene vil velge å gå med underskudd for å maksimere overføringene til produsenten over tid.

Hvis myndighetene benytter pasientrettigheter til å sikre produksjon av helsetjenester ved en rammemodell, vil situasjonen i noen grad være lik som for "sørge for ansvar" modellen

ovenfor. Forskjellen kan være at pasientrettighetene ikke trenger å være knyttet til en spesiell produsent. I så fall kan en produsent ha sterkere insentiver til å forsøke å sende pasienter videre til andre produsenter. Det kan også tenkes at pasientrettigheter kombineres med et ”sørge for ansvar”. I så fall kan mulighetene pasientene har til å velge andre produsenter fremdeles gi produsenten insentiver til å sende flest mulig pasienter videre til andre. Men i en slik modell har produsentene tross alt ansvaret for at pasientene blir behandlet. Pasientrettigheter kan imidlertid være velegnet til å sikre at svake grupper og at grupper som står i fare for å bli utsatt for seleksjon, får ivaretatt sine interesser.

3.3.2 Stykkprisregulering

Et alternativ til en ren rammefinansiering vil være en ren stykkprisfinansiering. I motsetning til ren rammefinansiering, hvor produsenten mottar et fast beløp uavhengig av produksjonen, gir en ren stykkprisfinansiering variabel inntekt som er avhengig av produksjonen. I et kortsiktig perspektiv vil en overskuddsmaksimerende produsent ønske å produsere helsetjenestene inntil den marginale kostnaden ved produksjonen tilsvarer stykkprisen, jfr. Figur 3.1. I figuren representerer Q antall behandlede pasienter og P representerer DRG prisen på behandlingen. Kurven MC uttrykker marginalkostnadene i produksjonen. For at produsenten skal gis insentiver til å foreta investeringer må han også kompenseres for de faste kostnadene. I et rent stykkprissystem må dette gi seg utslag i at stykkprisene settes en del høyere enn de marginale kostnadene, jfr. Figur 3.1. Ut fra et effektivitetssynspunkt vil det være optimalt at ”påslaget” på stykkprisene er høyest hvor produksjonen av helsetjenester påvirkes minst. Dette vil f. eks. trolig være tilfelle for mer akutt behandling, hvor etterspørselen i stor grad bestemmes av faktorer som produsenten ikke kan påvirke. Et jevnt påslag på stykkprisen vil trolig gi overproduksjon av tjenester hvor elastisiteten er større, eller med andre ord for tjenester hvor produksjonen påvirkes mest av prisen. Dette vil kanskje være karakteriserende for en del av den elektive behandlingen.



Figur 3.1 Produksjonstilpasning i et stykkprissystem

Stykkprisfinansiering gir incentiver til seleksjon, ved at en forsøker å unngå å behandle høyrisiko pasienter. Selv om den stykkprisregulerte produsenten istedenfor å være overskuddsmaksimerende har som målsetning om å gå i balanse, vil han fremdeles kunne ha incentiver til seleksjon. For å oppfylle kravet om å gå i balanse vil han, sammenliknet med en rammeregulert produsent, ha sterkere incentiver til å forsøke å sende pasienter videre til andre produsenter og redusere kvaliteten enn å redusere produksjonen.

Det er først og fremst på tre områder stykkprisfinansieringssystemet skiller seg ut fra rammefinansieringssystemet. Det gir incentiver til økt produksjon, sterkere incentiver til seleksjon, samtidig som det ikke gir incentiver til å redusere produksjonen for å oppnå et krav om å gå i balanse.

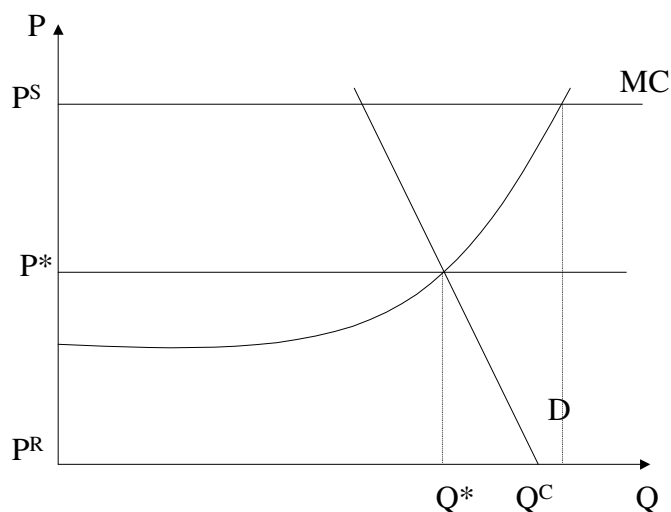
Et stykkprissystem kan også kombineres med et "sørge for ansvar" for en del av befolkningen, eller at en benytter lovverket til å gi befolkningen rett til behandling hos helseprodusenten, eller kombinasjoner av disse mekanismene. I og med at selve stykkprissystemet stimulerer til produksjon, vil ikke slike mekanismer være nødvendig for å sikre adekvat produksjon. Imidlertid kan slike reguleringer være nyttige for å begrense seleksjonsproblemet. Både et "sørge for ansvar" og pasientrettigheter vil motvirke incentiver

til å sende videre pasienter til andre produsenter og kan benyttes til å sikre en minstestandard av kvalitet på helsetjenestene.

3.3.2 Kombinert ramme- og stykkprisregulering

Det er også mulig å kombinere et rammefinansieringssystem med et stykkprissystem. Rammefinansieringen kan da utformes for å gjenspeile de faste kostnadene, mens stykkprissystemet kan utformes for å gi insentiver til optimal produksjon på marginen. Det vil være mulig å oppnå optimal produksjon i et slikt system når stykkprisen gjenspeiler samfunnets marginale fordeler av helsetjenesten, mens produsenten produserer inntil de marginale kostnadene er lik stykkprisen. I utgangspunktet vil dette være et mer effektivt finansieringssystem enn et rent stykkprissystem fordi det på marginen vil gi mer korrekte insentiver til produksjon.

Dersom produsenten også tillegges et krav til å gå i balanse og et "sørge for ansvar", vil han i utgangspunktet stå overfor de samme problemstillingene som diskutert ved et rent stykkprissystem ovenfor. For å oppnå kravet om å gå i balanse vil produsenten da ha insentiver til å fokusere på å redusere kvaliteten og seleksjon for å spare kostnader. "Sørge for ansvaret" vil også her redusere insentivene som oppstår gjennom stykkprissystemet til å unngå høy risiko pasienter. Kombinasjonen av stykkpris og rammefinansiering kan gi bedre insentiver mht. optimal produksjon. Sett i forhold til et rammesystem er det en fare for, både ved overskuddsmaksimering og ved krav om balanse, at kvaliteten på helsetjenestene prioriteres ned.



Figur 3.2 Tilbud og etterspørsel etter en helsetjeneste

Et viktig spørsmål ved utforming av finansieringssystem er som nevnt i hvilken grad en skal ta hensyn til forholdene på etterspørselsiden. I Figur 3.2 har vi illustrert tilbud (MC kurven) og etterspørsel (D kurven) for en helsetjeneste på kort sikt. I et rent rammesystem vil marginalinntekten for produsenten ved å produsere en ekstra enhet av tjenesten være tilnærmet null i og med at pasientene kun betaler ubetydelige egenandeler. Denne prisen er merket med P^R i figuren. Produsenten har derfor i utgangspunktet ikke insentiver til å produsere i det hele tatt. Hans marginale kostnader overstiger de marginale inntektene. Med andre ord må det som nevnt være et "sørge for ansvar" eller pasientrettigheter som gir insentiver til produksjon.

Ved et kombinert stykkpris- og rammesystem, med basis i henholdsvis variable og faste kostnader, vil produsenten tilpasse seg hvor marginalinntekt er lik marginalkostnad. En mulig utforming er at stykkprisen settes der marginalkostnadene er lik konsumentens marginale betalingsvilje. Dette er merket med P^* i figuren. Imidlertid betaler pasientene kun en ubetydelig egenandel for behandlingen. De vil derfor etterspørre mer av helsetjenesten, Q^C , enn produsenten ønsker å tilby, Q^* , til den aktuelle stykkprisen, jfr. Figur 3.2. Dersom konsumentens marginale betalingsvilje samsvarer med samfunnets marginale fordeler av produksjonen, kan det da være optimalt med rasjonering. Det er imidlertid ikke sikkert det er

samsvar mellom konsumentenes marginale betalingsvilje og samfunnets marginale fordeler. I prinsippet burde de pasientene som har minst behov for helsetjenesten bli rasjonert bort. Høyere egenandeler kan bidra til at en går et skritt i den retning. Imidlertid har høyere egenandeler også en fordelingsmessig konsekvens. Pasienter med stort behov, kan være personer med begrenset inntekt. I så fall vil høyere egenandeler ikke være et treffsikkert virkemiddel. I tillegg gir som nevnt stykkprissystemet insentiver til seleksjon. Produsenten vil da ha insentiver til å velge bort de pasientene som han forventer høye kostnader ved. Dette er ofte pasienter som kanskje har størst behov for helsetjenestene. Problemet kan i en viss grad reduseres ved hjelp av regulering i form av pasientrettigheter. Det kan også tenkes at det er eksterne virkninger knyttet til behandling av pasienter. Dette vil også være med på å bidra til at det ikke er samsvar mellom marginal betalingsvilje og samfunnets marginale fordeler.

Ved et rent stykkprissystem der prisen også skal ta høyde for faste kostnader, vil produksjonen normalt være høyere enn ved et kombinert system. Dette er illustrert i Figur 3.2. I et slikt system kan det tenkes at tilbudet overstiger etterspørselen, slik som det er tegnet i figuren. I så fall vil produsentene i utgangspunktet konkurrere om kundene. Denne konkurransen kan være i form av bedre kvalitet. Denne konkurransen kan være positiv, men det kan også føre til at helsetjenestene blir produsert med høyere kvalitet enn hva som er samfunnsøkonomisk optimalt.

Det kan også tenkes i et rent stykkprissystem at etterspørselen fremdeles er større enn tilbudet. Hvis målet med finansieringssystemet er at produsenten skal dekke all etterspørsel befolkningen har etter en helsetjeneste, vil normalt ikke stykkprisfinansiering med basis i variable kostnader gi nok insentiver til produksjon. I så fall må enten stykkprisen økes eller en må regulere produksjonen på andre måter, f. eks. gjennom sørge for ansvar eller pasientrettigheter, for å oppnå en produksjon som dekker etterspørselen. Imidlertid må en huske på at nivået på etterspørselen etter helsetjenestene kan være høyere enn hva som er samfunnsøkonomisk optimalt. F. eks. kan mange individer være interessert i å undersøke om de har en livstruende sykdom, men det er ikke nødvendigvis optimalt for samfunnet at undersøkelsene blir foretatt. Av den grunn kan en argumentere for at myndighetene bør rasjonere helsetjenestene på tilbudssiden så lenge det gis feil prissignaler på etterspørselssiden. Det vil igjen si at stykkprisen bør kalibreres til et nivå hvor de marginale kostnadene er lik samfunnets marginale fordeler ved produksjon av tjenesten.

For noen helsetjenester vil etterspørselastisiteten være lav, dvs. at etterspørselen endrer seg lite om prisen endres. Dette kan f. eks. gjelde behandling av livstruende skader, hvor etterspørselskurven kan være tilnærmet loddrett. I en slik situasjon, hvor det ut fra samfunnets ståsted vil være optimalt å dekke hele etterspørselen, vil en stykkpris hvor de marginale kostnadene settes lik den eksogene etterspørselen fremdeles være optimal.

3.4 Finansieringssystem og risiko

Finansieringssystemene har betydning for risikodeling mellom regulator og produsent. Risikobæring på sin side har betydning for produsentenes insentiver. Vi fortsetter diskusjonen med å ta utgangspunkt i de tre finansieringssystemene vi drøftet i avsnitt 3.3, ramme-finansiering, stykkprisfinansiering og kombinasjon av ramme- og stykkpris-finansiering. I tillegg vil vi kort diskutere hvordan kostnadsdekning påvirker risikodelingen mellom produsent og regulator. Graden av risiko produsentene bærer vil påvirke forhold som insentivene til effektivitet, kvalitet, tilgjengelighet og til å drive helseforebyggende arbeid i befolkningen. Overføring av risiko til produsentene kan være med på å gi bedre insentiver, men overføringen må stå i forhold til hvilken risiko de er egnet til å bære og på de områder hvor produsentene kan påvirke kostnadene.

3.4.1 Rammeoverføring

Dersom produsentene av helsetjenester finansieres ved rammeoverføring hvor de får ansvar for helsetjenestene for en del av befolkningen, vil forsikringsansvaret og risikoen knyttet til behovet for helsetjenester overføres til dem. Produsentene overtar da risikoen knyttet både til om det oppstår skader og sykdom i befolkningen og for kostnadene knyttet til produksjonen. Ved en slik kontrakt blir forsikrning og produksjon integrert i en enhet. Dette får følger for flere forhold. For det første gir det i utgangspunktet gode insentiver til kostnadseffektivitet i og med at sparte kostnader tilfaller produsenten. Dette avhenger selvfølgelig av hvilke målsetninger produsenten styrer etter, som vi har diskutert foran. Vi har også diskutert at rammefinansieringen kan gi insentiver til for lav produksjon hvis den ikke kombineres med andre virkemidler som sikrer at tilstrekkelig helsetjenester produseres, f. eks. stykkpris eller pasientrettigheter som maksimumslengder på ventelister. Rammefinansiering reduserer derimot seleksjonsproblemet med hensyn til videresendelse av pasienter så lenge produsentene har ansvar for en del av befolkningen. I en ordning med fritt sykehusvalg krever

dette imidlertid at prisingen av tjenester utført av andre produsenter gjenspeiler risikoen knyttet til pasientene. Hvis dette ikke er tilfelle, har produsentene fremdeles insentiver til å sette i gang tiltak som oppfordrer høy risiko pasienter til å velge andre produsenter av helsetjenester.

Når en utformer finansieringssystemet, er det viktig at det er samsvar mellom risikobæring og de faktorer som produsenten av helsetjenester kan påvirke. Hvis dette ikke er tilfellet, er det fare for at det oppstår eksterne virkninger. Eksterne virkninger kan oppstå ved at kvaliteten på tjenestene produsentene leverer kan ha betydning for kostnadene som påløper for andre, f. eks. knyttet til rehabilitering og primærhelsetjenesten. Produsentene bærer i utgangspunktet ikke kostnader knyttet til disse aktivitetene og vil derfor ikke ta inn over seg eventuelle kostnader som oppstår i disse leddene pga. at produsenten produserer helsetjenester av lav kvalitet. Et eksempel kan være at hofteopererte personer skrives ut for tidlig, noe som gir større kostnader til rehabilitering og til oppfølging for primærhelsetjenesten. For å internalisere denne eksterne virkningen kan det være formålstjenlig at produsenten også bærer noe av risikoen for at kostnadene til rehabilitering blir høyere enn normalt. Det er selvfølgelig vanskelig å fastslå hva som er normalt, men her kan f. eks. benchmarking være en aktuell metode. En slik benchmarking kan gi seg utslag i en stykkpris for rehabilitering, hvor risikoen for høye kostnader deles mellom produsenten og rehabiliteringsinstitusjonen. En annen måte å internalisere den eksterne virkningen på er gjennom vertikal integrasjon, f. eks. ved at produsenten også er ansvarlig for rehabilitering.

Et rammefinansieringssystem kan også gi eksterne virkninger i forhold til helseforebyggende arbeid. Mye av det helseforebyggende arbeidet koordineres av myndighetene på sentralt nivå, og det er mye som tyder på at det eksisterer koordineringsfordeler. Et rammefinansieringssystem som kombineres med et "sørge for ansvar" gir bedre insentiver til å drive helseforebyggende arbeid fordi manglende forebyggende arbeid vil øke kostnadene knyttet til fremtidige helsetjenester. Dersom rammefinansieringen risikojusteres, noe vi kommer tilbake til senere, kan disse insentivene bli redusert. Det vil være tilfellet hvis mangelfullt helseforebyggende arbeid gir seg utslag i økt risikojustering av den delen av befolkningen som produsenten er ansvarlig for. Det kan også tenkes at noe av det forebyggende arbeid produsenten gjør har betydning for kostnader knyttet til rehabilitering og primærhelsetjenesten. I så fall vil ikke produsenten ta inn over seg disse eksterne virkningene.

Produksjon av helsetjenester vil også kunne gi eksterne virkninger for pasientene. Kvaliteten på behandlingen har naturligvis stor betydning for pasientenes nytte av behandlingen. I utgangspunktet vil ikke en produsent av helsetjenester internalisere den betydning kvaliteten på behandlingen har for pasientens nytte. Det vil ikke ta hensyn til den ulempen pasientene påføres av ventetid, at planlagte operasjoner utsettes eller at pasienten blir sendt hjem tidligere enn optimalt. I et rammefinansieringssystem må dette ivaretas av tilleggsreguleringer som krav til kvalitet og pasientrettigheter som maksimumstider for venting og restriksjoner mot at pasienter møter opp til operasjon og blir sendt hjem igjen. Det samme vil være tilfelle i et stykkpris- eller et kombinert system. Når det gjelder venting, kan dette løses ved at produsenten må kompensere pasientene for ventetid over et rimelig nivå. Alternativt kan tenkes f. eks. for planlagte operasjoner at pasienter på venteliste tilbys å stå på såkalte ”stand by” lister hvor de frivillig møter opp og er klar til behandling ved ledig kapasitet. I motsetning til ”stand by” listene hos flyselskapene hvor insentivene ofte er lavere pris, vil insentivene her være kortere ventetid. På den måten reduserer en problemet knyttet til at planlagte operasjoner utsettes.

Det er alltid en viss usikkerhet knyttet til hvor mange skade- og sykdomstilfeller som oppstår i en del av befolkningen for en gitt periode. Denne usikkerheten består både av ”systematisk” og ”usystematisk” risiko. Usystematisk risiko kan igjen inndeles i produsentspesifikk og bransjespesifikk risiko. Den produsentspesifikke risikoen vil i dette tilfellet bestå i risiko for variasjoner i skade og sykdomstilfeller som den enkelte produsent må behandle. Denne type risiko kan tilnærmet fjernes for en aktør bare andelen av befolkningen økes tilstrekkelig. Dette har sammenheng med det en kaller for de store talls lov. Det kan stilles spørsmålsteget med hvor stor del av befolkningen som må betjenes av en produsent før den produsent-spesifikke risikoen kan reduseres til en ubetydelig størrelse. Hvis det eksisterer produsent-spesifikk risiko av betydning for en produsent, kan det være et argument for at myndighetene burde bære en større del av risikoen selv, da de vil stå overfor hele, og ikke bare en del av befolkningen. Imidlertid er det også andre måter å organisere dette på, f. eks. ved at det organiseres en forsikringspool blant de ulike produsentene eller at myndighetene fungerer som et reassuranseselskap. Problemet er imidlertid at også risikoavlastning av produsent-spesifikk risiko vil kunne påvirke insentivene til en produsent. Den produsent-spesifikke risikoen vil kunne gi seg utslag i at det i enkelte perioder er spesielt mange tilfeller av en diagnose, at det er spesielt mange høyrisiko pasienter eller at det spesielt høye kostnader

knyttet til å behandle pasientene. Dette er forhold som produsenten normalt sett har bedre informasjon om en regulatoren. Risikoavlastningen av produsentspesifikk risiko vil derfor kunne påvirke insentivene til å påvirke hvilke diagnoser som registreres og til å være kostnadseffektiv.

Den bransjespesifikke risikoen vil, på samme måte som den produsentspesifikke risikoen, kunne gi seg utslag i at det i enkelte perioder er spesielt mange tilfeller av en diagnose, at det er spesielt mange høyrisiko pasienter eller at det spesielt høye kostnader knyttet til å behandle pasientene. Forskjellen mellom den produsentspesifikke og den bransjespesifikke risikoen er at mens den produsentspesifikke risikoen gjelder variasjon for en enkelt produsent, er den bransjespesifikke risikoen usikkerhet som vil være gjeldende for alle produsentene samtidig. Med andre ord usikkerhet som en ikke kan diversifisere seg bort fra ved å øke andelen av befolkningen produsenten leverer helsetjenester til. Imidlertid kan bransjespesifikk risiko diversifiseres bort ved at en også gjør investeringer i andre bransjer, slik at svingninger i en portefølje bare følger svingninger for markedet som helhet.

I prinsippet kan både befolkningen, produsenten og myndighetene bære denne risikoen. Befolkningen kan bære den ved at produsenten ikke behandler flere pasienter enn det som på forhånd er avtalt med myndighetene. Behandlingskøer kan på en måte oppfattes som at befolkningen bærer deler av risikoen for at behovet av helsetjenester er spesielt høyt i en periode. Ved en rammefinansiering, kombinert med et ”sørge for ansvar”, bærer produsenten denne risikoen gjennom at produksjonen må økes hvis behovet for helsetjenester blir større, og denne risikoen ikke kan veltes over på befolkningen i form av køer.

Den systematiske risikoen består av markedsrisiko, dvs. risiko som påvirker alle bransjer samtidig og er umulig å diversifisere bort. For risiko knyttet til behovet for helsetjenester vil den systematiske risikoen bestå av variasjon i dette behovet som er korrelert med variasjon i markedsutviklingen.

Det kan diskuteres hvilken aktør som er best egnet til å bære risiko. Normalt antar en at myndighetene er bedre egnet enn produsenten, som igjen er bedre egnet enn befolkningen. Dette skyldes både forskjellig evne til å bære risiko og forskjellige muligheter for å diversifisere seg bort fra denne risikoen. Myndighetene har størst formue og tåler normalt variasjoner i kostnader bedre enn en produsent. De har også bedre muligheter til å

diversifisere seg bort fra både den produsentspesifikke og den bransjespesifikke risikoen. En produsent vil på samme måte normalt tåle bedre de økte kostnadene enn en enkelt pasient, og produsenten kan lettere diversifisere seg bort fra risikoen knyttet til at det ikke er kapasitet til å behandle en pasient som blir syk eller skadet. Hvis et individ skal forsikre seg mot en slik situasjon, må det være gjennom å tegne en privat tilleggsforsikring som sikrer vedkommende behandling hos en privat aktør eller i utlandet dersom vedkommende ikke kommer til behandling. Dette kan ha fordelingsmessige aspekter, og det er ikke sikkert det er de personer med størst behov som har muligheter til å tegne en slik forsikring.

3.4.2 Stykkprisfinansiering

I et finansieringssystem som kun er basert på stykkpris, overføres risikoen knyttet til kostnadene ved selve behandlingen til produsenten. Dette gir produsenten insentiver til kostnadseffektivitet i selve behandlingsprosessen. Hvis systemet ikke kombineres med et "sørge for ansvar", internaliserer en i utgangspunktet ikke de eksterne virkningene knyttet til at behandling av lav kvalitet vil øke faren for reinnleggelse og mer kompliserte sykdomsforløp. I et rammefinansieringssystem med "sørge for ansvar" vil en ta inn over seg disse størrelsene fordi produsenten må bære kostnadene. Ved stykkprisfinansiering vil normalt sett reinnleggelse utløse en ny DRG, mens et mer komplisert sykdomsforløp vil resultere i en oppgradering av DRG. Siden en står overfor risikoen knyttet til kostnadene ved behandling, vil en ved stykkprisfinansiering som nevnt ha insentiver til seleksjon. Dette kan gi seg utslag i at produsenten forsøker å sende videre høyrisiko pasienter til andre produsenter, yter dårligere kvalitet til disse gruppene enn optimalt eller opparbeider seg dårlig rykte for behandling av slike pasienter. Insentiver til å levere dårlig kvalitet kan reduseres noe ved hjelp av fritt sykehusvalg fordi det da kan oppstå konkurranse om pasientene. Imidlertid vil ikke fritt sykehusvalg bedre insentivene til å yte god kvalitet til høyrisiko grupper. Dette skyldes at det nettopp er disse gruppene en ønsker å kvitte seg med. Fritt sykehusvalg vil gjøre det lettere å skyve behandlingsbyrden over på andre produsenter. Ved stykkprisfinansiering risikerer en også at det "går inflasjon" i kompliserte diagnoser, ved at oppgradering av diagnoser gir høyere stykkpris.

Selv innenfor en DRG er det stor variasjon i hva som er passende behandlingsmåte og behandlingsslengde. Ikke noe praktisk klassifiseringssystem vil være tilstrekkelig finmasket til å differensiere mellom alle mulige tilfeller på forhånd og spesifisere den passende behandling

og kvalitet for denne for hvert enkelt tilfelle. Selv etter at behandling har funnet sted vil det være vanskelig å avgjøre om behandlingen har vært optimal, gitt den informasjon som var tilgjengelig når behandlingen fant sted. Denne heterogeniteten kompliserer utforming av et finansieringssystem på to måter. For det første vil forskjellig behandling og behandling til ulike kostnader være optimal for forskjellige personer i samme DRG. For det andre vil hver produsent ha ulik sammensetning av tilfeller, dvs. forskjellig grad av tilfeller som krever henholdsvis høye og lave kostnader.

Utformingen av stykkprissystemet påvirker også den risiko den enkelte aktøren bærer. Ved et rent stykkprisfinansieringssystem vil myndighetene overforsikre produsenten mot variasjon i behovet for helsetjenester. Dersom behovet øker, vil produsenten få betalt mer enn de marginale kostnadene som er knyttet til å øke produksjonen. Hvis det er mulig for produsenten, kan dette gi insentiver til å påvirke behovet for helsetjenester og føre til overproduksjon av helsetjenester.

3.4.3 Kombinert ramme og stykkprisfinansiering

Ved kombinert ramme og stykkprisfinansiering, som skal gjenspeile henholdsvis faste og variable kostnader, vil risikoen for økt behov flyttes over på myndighetene i og med at myndighetene vil dekke de ekstra kostnadene knyttet til økt produksjon gjennom stykkprisen. På den måten vil utformingen av stykkprissystemet gi risikoavlastning til produsenten uten at det reduserer hans insentiver til kostnadseffektiv produksjon. Systemet kan imidlertid gi seleksjonsproblemer som vi har diskutert ovenfor.

3.4.4 Kostnadsdekning

Ved fullstendig kostnadsdekning bærer ikke produsenten av helsetjenester risiko, dvs. all risiko bæres av myndighetene. Siden en får dekket alle kostnader, har produsenten heller ingen insentiver til kostnadseffektivisering. Det er fare for at kostnadsdekning kan gi for høy kvalitet på helsetjenestene og for høy produksjon i forhold til hva som er samfunnsøkonomisk optimalt. Siden alle kostnadene dekkes, vil produsenten ha insentiver til etterkomme etterspørselen fullt ut. Kostnadsdekning gir ingen insentiver til seleksjon siden en får dekket både kostnadene ved lavrisiko og høyrisiko pasienter.

3.5 Risikojustering

Van de Ven & Ellis (2000) definerer risikojustering som å benytte informasjon til å kalkulere forventede helseutgifter for individer i et gitt tidsintervall og fastsette subsidier til individer eller til selskap som tilbyr helseforsikring. Målsetningen er å forbedre effektivitet og fordeling. I det norske systemet er det som nevnt det offentlige som yter helseforsikring finansiert gjennom skattesystemet. Imidlertid er diskusjonen rundt risikojustering også interessant ved utforming av finansieringssystemet for produsenter av helsetjenester, når hele eller deler av risikoen overføres til produsentene gjennom rammeoverføringen eller gjennom stykkprisfinansieringen.

I praksis baseres risikojustering på en av fire metoder. I noen sammenhenger benyttes *demografiske variabler* ved at en f. eks. får høyere overføringer for eldre personer. Noen av de vanligste variablene som har vært benyttet er alder, kjønn, geografisk område, individer som røyker og familiestørrelse. Basert på amerikanske forhold har en funnet ut at risikoen for å få behov for helsetjenester kan være syv ganger høyere for noen individer, hvis en baserer seleksjonen på disse variablene, jfr. Van de Ven & Ellis (2000). I andre sammenhenger er risikojusteringen basert på *medisinske diagnoser*, f. eks. høyere overføringer når individene har diabetes. En tredje variant er at en benytter tidligere konsum av helsetjenester til å predikere fremtidig forbruk. Det har vist seg å være en klar sammenheng mellom tidligere innleggelse på sykehus og reinnleggelse. Både Van Barneveld et. al. (1998) og van Vliet & van de Ven (1992) viser til at *tidligere konsum av helsetjenester* og tidligere sykehusopphold øker forklaringskraften betydelig i forhold til analyser som kun ser på alder og kjønn. Den fjerde metoden har gått ut på å gi en ekstra overføring basert på *faktiske tilfeller* i en periode, f. eks. et visst beløp for hver organtransplantasjon. De tre første metodene er risikojustering hvor en forsøker å predikere hvordan variasjonen i kostnadene vil være, mens den fjerde metoden er reassurans basert på kostnadsdekning av hendelser som er inntruffet.

Avveiningen mellom de ulike metodene for risikojustering skyldes produsentenes muligheter for å manipulere systemet for risikojustering. Det er alltid en fare for at risikojustering basert på diagnoser vil kunne føre til overdiagnostisering. Dette vil f. eks. kunne være tilfelle ved et detaljert stykkprissystem, som på mange måter er en form for risikojustering. Risikojustering basert på forhåndsinformasjon gir bedre insentiver til ikke å overdiagnostisere tilfellene enn basert på faktisk sykdom/skade. Men selv når risikojusteringen er basert på *ex ante* størrelser,

ligger det insentiver til å forsøke å øke de faktorene som utløser høyere overføringer, i den grad produsentene kan påvirke disse faktorene og de har en informasjonsfordel i forhold til reguleringsmyndighetene. I den grad det er kostnadsdekning av høy risiko grupper vil produsentene ha insentiver til å flytte kostnader til behandlingen av disse gruppene. En annen ulempe med risikojustering er at det vil redusere insentivene produsentene har for å drive forebyggende arbeid og til å behandle skader og sykdommer i et tidlig stadium. Manglende forebyggende arbeid kan føre til at individer kommer i høyere risikogrupper. Siden høyere risikogrupper utløser høyere overføringer, vil ikke produsentene ta hensyn til hele den positive effekten av det forebyggende arbeidet.

Risikojustering kan som nevnt være aktuelt både i et rammefinansieringssystem og i et stykkprisfinansieringssystem. Ved et rent rammefinansieringssystem bidrar risikojustering til et mer rettferdig og riktig nivå på rammen, men justeringen forbedrer i utgangspunktet ikke insentivene til optimal behandling. På marginen vil verken høyere eller lavere overføringer pga. risikojustering gi insentiver til mer eller mindre produksjon så lenge en produsent maksimerer overskudd. I den grad målsetningen er å sørge for befolkningen og å gå i balanse, vil høyere overføring gi insentiver til å produsere mer eller til høyere kvalitet.

Risikojustering i et stykkprissystem vil kunne bidra til å redusere seleksjonsproblemet. Siden en får en mer riktig prising av de ulike risikogruppene, vil insentivene til seleksjon av høyrisiko grupper gjennom videresendelse og andre mer indirekte former reduseres.

Nyere forskning skiller mellom to prinsipper for å utarbeide risikojustering. Disse prinsippene består av statistisk og økonomisk risikojustering og blir ofte beskrevet som henholdsvis konvensjonell og optimal risikojustering, jfr. Glazer & McGuire (2001). Konvensjonelle risikojusteringsmodeller har tradisjonelt fokusert på hvordan risikofaktorer kan predikere kostnader til helsetjenester. I de fleste tilfeller benytter en regresjonsmodeller til å predikere estimater på grunnlag av den tilgjengelige informasjonen. En hovedforutsetning for slike modeller er at nivået og variasjonen på kostnadene til helsetjenester er eksogent gitt, og at dette ikke blir påvirket av risikojusteringen. Såkalt optimal risikojustering forsøker å ta høyde for at risikojustering kan påvirke produsentenes atferd. For risikojustering f. eks. av stykkprisfinansieringen vil en i så fall forsøke å ta høyde for at risikojusteringen endrer kostnadene til helsetjenester gjennom å påvirke insentivene til seleksjon.

3.6 Risikodeling

Risikodeling består i at regulatoren deler noe av risikoen med produsentene av helsetjenester. I utgangspunktet kan denne form for risikoavlastning både benyttes for seg selv og i samband med risikojustering. Risikodeling kan benyttes både til å redusere seleksjonsproblemet og til å redusere finansiell risiko (reassuranse).

I følge et tradisjonelt risikodelingsregime innebærer risikodeling at regulatoren etterskuddsvis dekker noen av kostnadene til produsenten av helsetjenester, for et utvalg av pasientene. Risikodeling innebærer derfor at både insentivene til seleksjon og insentivene til effektiv produksjon reduseres. Van Barneveld et. al. (2001) tar i sin analyse utgangspunkt i at målet med risikodelingen må være å redusere insentivene til seleksjon, samtidig som insentivene til kostnadseffektivitet bevares så mye som mulig. De trekker med andre ord avveiningen mellom seleksjon og effektivitet inn i diskusjonen om utformingen av et risikodelingssystem.

Van Barneveld et. al. (2001) skiller mellom ulike former for risikodeling. De essensielle elementene for utforming av et risikodelingssystem har samme karakter som utformingen av en reassuransekontrakt. For det første er det et spørsmål om hvilken periode risikodelingen skal gjelde for, f. eks. ett år. I tillegg er det fire andre elementer som er viktige ved utforming av et risikodelingssystem. Dette er hvilke individer som risikoen skal deles for, typer behandlingsformer som inngår i delingen, i hvilket omfang risikoen skal deles og hvordan risikodelingen skal påvirke overføringene i finansieringssystemet ellers.

Hvis individene som risikoen skal deles for er kjent før risikodelingsperioden, kalles systemet for *fremoverskuende* risikodeling. Dersom det innenfor perioden blir avklart hvilke individer risikodelingen skal gjelde for, kalles systemet for *tilbakeskuende*. For tilfellet med fremoverskuende risikodeling kan regulatoren på forhånd avgjøre hvilke individer som risikoen skal deles for, f. eks. individer med spesielle medisinske diagnoser eller pasienter som det i tidligere perioder har vært store kostnader med å behandle. Denne type risikodeling kalles fremoverskuende risikodeling basert på *spesielle betingelser*. Alternativt kan produsenten selv på forhånd velge ut en viss prosent av individene som risikoen deles for. Denne type risikodeling kalles risikodeling for *høyrisiko grupper*.

Et alternativ for fremoverskuende risikodeling er som nevnt tilbakeskuende risikodeling. På samme måte kan vi dele denne type risikodeling inn i tilbakeskuende risikodeling basert på *spesielle betingelser* og risikodeling for individer hvor *behandlingskostnadene har vært høye*.

Risikodeling basert på spesielle betingelser, fremoverskuende eller tilbakeskuende, krever oversikt over en mengde medisinske fakta som fastslår at individene tilfredsstiller betingelsene for risikodeling. Denne formen for risikodeling kan skape en diskusjon om hvilke betingelser som skal inkluderes og kan gi grunnlag for manipulasjon gjennom å inflatere diagnosene. Manipulasjonsproblemet kan reduseres noe ved å benytte betingelser som lett lar seg verifisere, samt gode overvåkningssystemer. Ved risikodeling for grupper med spesiell høy risiko og individer hvor behandlingskostnadene viser seg å være høye, velger produsenten selv ut hvilke individer som skal inngå i risikodelingssystemet. På den måten unngår en diagnoseinflasjon og diskusjon om hvem som tilfredsstiller kravene til risikodeling. Et slikt system er også administrativt enklere fordi regulator kun trenger å spesifisere prosentatsen av individene som skal være gjenstand for risikodeling. Med systemet hvor risikodeling finner sted hvis behandlingskostnadene blir høye, kan det imidlertid være dårligere insentiver til kostnadseffektivitet sammenliknet med det andre systemet.

Hvis produsenten får muligheten til å dele risikoen ved alle typer behandlingsformer, vil et fremoverskuende risikodelingssystem gi produsenten muligheter til å unngå finansiell risiko for høyrisiko grupper. Hvis en legger restriksjoner på hvilke behandlingsformer som skal inngå i systemet, får en ikke en optimal avveining mellom de ulike behandlingsmetodene. Risikodeling kun for spesielle behandlingsformer kan derfor stimulere til en uønsket substitusjon av behandlingsmetoder. Dette kan f. eks. skje hvis noen dyre behandlingsmetoder inngår i risikodelingen, mens de billigste ikke gjør det. Risikodeling basert på visse medisinske diagnoser ex ante er også lite treffsikkert fordi systemet kun reduserer seleksjon i de tilfellene det er sammenheng mellom diagnosene, og i de tilfeller hvor risikojusteringen er lite treffsikkert. Det er også fare for at systemet gir inflasjon i diagnoser som gir risikodeling.

Graden av risikodeling vil normalt være den samme for alle individene som inngår i risikodelingssystemet. Her diskuterer vi betydningen av et risikodelingssystem som gjelder for enkeltindivider. Vi kunne tenke oss et system som f. eks. gjaldt den del av befolkningen som en produsent kunne være ansvarlig for. Dette vil i så fall være med på å redusere den

finansielle risikoen for en produsent, men vil ikke være målrettet mot å redusere et seleksjonsproblem. Risikodelingen kan gjelde for alle kostnadene knyttet til et individ eller til kostnadene over en form for normalkostnader (f. eks. stykkpris). Den første typen kalles for proporsjonal risikodeling, mens den andre kalles for "outlier" risikodeling eller risikodeling ved spesielle tilfeller.

Risikodelingen vil normalt beregnes å være selvfinansierende for myndighetene. Det vil si at et estimat på kostnadene knyttet til risikodelingen for regulator vil komme til fradrag f. eks. i rammefinansieringen.

De empiriske undersøkelsene til van Barneveld et. al. (2001) antyder at risikodeling for høyrisiko grupper, og risikodeling for individer hvor behandlingskostnadene viser seg å være høye, gir en bedre avveining mellom seleksjon og effektivitet enn "outlier" risikodeling og proporsjonal risikodeling. En vanlig egenskap ved proporsjonale og "outlier" risikodelings-systemer er at produsentene vil motta kompensasjon også for individer som ex ante ikke var karakterisert som høy risiko individer, f. eks. for friske mennesker som ble utsatt for en bilulykke. Ex post kompensasjonen for disse personene vil ikke redusere de predikerte tapene og derved heller ikke redusere insentivene til seleksjon. Det vil kun redusere produsentens insentiver til effektiv produksjon og i beste fall redusere den finansielle risikoen knyttet til produsenten. Hvis en følger Van de Ven & van Vliet (1992) sin fremgangsmåte, vil produsenten istedenfor bestemme hvilke personer myndighetene skal være med å dele risikoen for. Produsenten kan da ex ante selv velge ut en spesifisert prosentsats (f. eks. mellom 1 og 4%) av personene produsenten skal "sørge for" som myndighetene vil være med å dele risikoen for. En rasjonell produsent vil velge de personene som de vil predikere de vil ha de største tapene på. Denne risikodelingen vil være effektiv i de tilfeller produsenten kan predikere høye tap på en liten gruppe av befolkningen. Som en bieffekt av et slikt risikodelingssystem vil myndighetene også kunne få redusert den asymmetriske informasjonen mellom myndighetene og produsenten. Produsentens utvalg av personer som skal inngå i risikodelingsordningen vil kunne gi verdifull informasjon i forbindelse med risikojustering i kommende perioder. Produsenten vil ha insentiver til å velge ut personer til risikodeling i de tilfeller hvor risikojusteringen fungerer dårligst.

I følge Van Barneveld et. al. (1998) er risikodeling for høy-risiko grupper å foretrekke fordi det reduserer seleksjonsproblemet mest. Newhouse et. al. (1997) konkluderer med at

proporsjonal risikodeling er å foretrekke med hensyn til at det reduserer insentivene til kvalitetsreduksjon både for lavrisiko og høyrisiko grupper. Valg av risikodelingssystem er med andre ord avhengig av hvilke målsetninger en ønsker å oppnå.

Som vi har pekt på over, kan risikodelingssystemer også benyttes til å redusere finansiell risiko. Det er flere grunner til at produsentene har behov for risikoavlastning for finansiell risiko. Vi har tidligere pekt på muligheten for at produsentene kan være for små til å redusere den usystematiske risikoen til et minimum. Det kan også tenkes at et krav om å gå i balanse kan gi uheldige nedskjæringer i produksjonen for å oppnå dette kravet i en periode. Reduksjon av finansiell risiko gjennom risikodelingssystemer kan være med på å redusere disse uheldige virkningene. Imidlertid er det viktig å være klar over at denne type risikoavlastning også reduserer insentivene til kostnadseffektivitet. Et alternativ kan være å gi produsenten finansiell styrke til å tåle et svingende resultat. Det er også viktig å huske på at reduksjon av finansiell risiko knyttet til tradisjonell reassurans ikke vil være målrettet til å redusere insentivene til seleksjon, jfr. diskusjonen ovenfor.

3.7 Insentiver til investeringer

I tillegg til å gi insentiver til optimal produksjon, bør et finansieringssystem også gi insentiver til adekvate investeringer. Med hensyn til langsiktige investeringer vil alle kostnadene være variable, i motsetning til ved produksjonsbeslutninger, hvor noen kostnader er faste og noen variable. Hensynet til investeringer kan i prinsippet ivaretas i alle tre finansieringssystemene; ramrefinansiering, stykkprisfinansiering og kostnadsdekning og ulike kombinasjoner av disse systemene. Det er nåverdien av de samlede fremtidige inntekter fratrukket investeringskostnadene, som vil være grunnlaget for investeringsbeslutningen for en overskuddsmaksimerende produsent. Imidlertid er det også andre forhold som påvirker investeringsbeslutningen. Tilleggsreguleringer knyttet til "sørge for ansvar", balansekrav og pasientrettigheter vil også være av betydning. Nedenfor har vi prøvd å gi noen partielle resonnement angående insentiver til investeringer. Temaet er imidlertid så komplekst at resonnementene bør ses på som inspirasjon til videre forskning.

Et problem med de fleste finansieringssystemer er at de fastsettes for en kort periode, f. eks. ett år, mens investeringene har en mye lenger levetid. I så måte er det viktig at finansieringssystemet er stabilt og at produsentene kan forutsi hvordan de eventuelle fremtidige rammer og

stykkepriser bestemmes. I helsesektoren skjer det en stadig utvikling av ny teknologi som i mange tilfeller resulterer i at helsetjenestene kan produseres betydelig billigere. Finansieringssystemene justerer ofte overføringene (rammen eller stykkprisen) ned i takt med den nye teknologien. Forventninger om slike nedjusteringer vil imidlertid redusere insentivene til investeringer. For at produsentene skal være villige til å investere må finansieringssystemene også inneholde en kompensasjon for risikoen knyttet til at teknologien på investeringstidspunktet blir erstattet av ny og bedre teknologi i løpet av investeringens levetid.

I helsesektoren skjer det også en utvikling i behandlingsformer. Ny og dyrere teknologi gir ofte bedre kvalitet på behandlingen. For at en produsent av helsetjenester skal ta i bruk den nye teknologien er det viktig at denne type teknologi blir tatt hensyn til, både i et stykkprissystem og et rammesystem. Hvis det er en betydelig forsinkelse knyttet til når nye behandlingsformer tas hensyn til i finansieringssystemet, vil insentivene til investering i nye behandlingsformer kunne reduseres.

Forventninger og usikkerhet knyttet til det fremtidige nivået på overføringene vil spille en viktig rolle med hensyn til disse insentivene til investeringer. Når det gjelder kostnadsdekning kan det være fare for overinvestering i og med at produsenten får dekket alle investeringskostnadene. Ved rammefinansiering vil forventninger og usikkerhet knyttet til fremtidige rammer være viktig for investeringsinsentivene, mens for stykkprisfinansiering vil fremtidige forventninger og usikkerhet knyttet til stykkprisene være et viktig grunnlag for investeringsinsentiver. I tillegg vil andre typer reguleringer som "sørge for ansvar" og pasientrettigheter indirekte stille krav til investeringer. Som vi har nevnt tidligere, vil disse, eller andre typer tilleggsreguleringer, være nødvendige i et rammefinansieringssystem. Ved stykkprisfinansiering kan prisingen av de ulike helsetjenestene være med på å gi insentiver til hvilke områder produksjonskapasiteten skal utvides. Ved et kombinert ramme- og stykkprisfinansieringssystem vil forventninger og usikkerhet knyttet til summen av rammen og stykkprisoverføringene være et viktig grunnlag for insentivene til investeringer.

Ved utforming av finansieringssystem er det viktig at produsenten gis insentiver til å foreta en avveining mellom drift, investeringer og kjøp av tjenester av andre produsenter. Hvis produksjonen skal økes, kan dette gjøres ved at det eksisterende utstyr utnyttes bedre, ved kapasitetsutvidelser eller ved kjøp av tjenester fra andre produsenter. På samme måte er det

en avveining når utstyr med gammel teknologi skal skiftes ut med utstyr med ny teknologi. Det er derfor viktig at produsenten internaliserer kostnader både ved drifts-, investeringsbeslutninger og beslutninger knyttet til eksterne kjøp av tjenester. Hvis produsenten får overført ekstra midler fra staten ved investeringer, vil insentivene til investeringene forsterkes, og produsenten velger kanskje å investere i kapasitetsutvidelse og ny teknologi fremfor en bedre utnyttelse av det eksisterende produksjonsutstyret eller kjøp av tjenester av andre produsenter. Ved en rammeøkning vil insentivene til valg mellom drift, investeringer og eksterne kjøp i utgangspunktet være uberørt. Dersom "sørge for ansvaret" medfører at rammeøkningen benyttes til høyere produksjon, vil en rammeøkning normalt sett virke nøytralt på drifts-, investeringsbeslutninger og eksterne kjøp.

For stykkprisfinansiering vil høyere stykkpriser stimulere til høyere produksjon av helsetjenestene. I forhold til optimal drift av eksisterende utstyr bør stykkprisene settes lik nivået på de marginale kostnadene. For å gi optimal avveining mellom drift og investeringer bør stykkprisen i prinsippet økes i de tilfeller hvor produksjonen nærmer seg kapasitetsgrensen fordi de marginale kostnadene da normalt sett vil øke. Når stykkprisen kommer opp på et nivå som er nok til å dekke de langsiktige marginale kostnadene (på lang sikt er alle kostnader variable), vil dette være et signal til investeringer for produsenten. På den måten foretas avveiningen mellom drift og investeringer på en optimal måte. Imidlertid må ofte investeringene gjøres stegvis, f. eks. vil investering i en ny magnetisk røntgen maskin øke kapasiteten betydelig. Av den grunn kan det være optimalt med over- og underkapasitet i perioder.

Dersom prisene av praktiske grunner settes til marginale kostnader i en situasjon med ledig kapasitet, er dette nivået normalt ikke nok til at det gis insentiver til optimale investeringer. Hvis stykkprisene settes høye nok til å gi insentiver til investeringer (langsiktige marginale kostnader), vil det samtidig kunne gi insentiver til overproduksjon. Hvis det skal kunne oppstå overproduksjon må det eventuelt være fordi etterspørselen ikke er eksogent gitt. Denne overproduksjonen kan også være i form av at produsentene behandler pasienter med en dyrere behandlingsmetode enn nødvendig. I prinsippet tjener produsentene på å skape etterspørsel. I de mest ekstreme tilfeller kan det gi seg utslag i at sykdommer som går over av seg selv behandles eller at terminale pasienter behandles for forhold som ikke har noen vesentlig innvirkning på livskvaliteten deres.

Dersom etterspørselen er eksogent gitt er det et spørsmål om en i utformingen av finansieringssystemet skal ta hensyn til at etterspørselen i mange tilfeller er høyere enn optimal. Hvis en ikke ønsker det, kan en fastsette stykkprisene uten å tenke på optimal drift. Etterspørselen vil da sette grensene for produksjonen. Hvis en ønsker å korrigere for forholdene på etterspørselsiden, kan det være optimalt å ikke sette stykkprisene for høyt. Som vi har pekt på tidligere kan høye stykkpriser gir insentiver til overproduksjon, og ved fritt sykehusvalg kan det gi seg utslag i konkurranse om pasientene. Dette kan være positivt, men kan også føre til at tjenestene tilbys til høyere kvalitet enn optimalt. Lavere stykkpriser vil gi ventelister og påføre pasientene en ulempe som blir tatt hensyn til når pasientene etterspør tjenesten. Men som vi har nevnt tidligere er det ut fra et effektivitetshensyn best å korrigere for høy etterspørsel direkte. Dette kan imidlertid ha en del fordelingsmessige konsekvenser.

Et alternativ finansieringssystem er å kombinere rammefinansiering med stykkprisfinansiering. Dette har sine klare fordeler dersom produsentene kan påvirke etterspørselen, jfr. tidligere diskusjon. I så fall kan en benytte rammefinansiering kombinert med stykkpriser basert på marginalkostnad til å gi optimale insentiver til investeringer. På den måten kan en oppnå optimale rammebetingelser både til investeringer og produksjon.

I utformingen av et finansieringssystem er det også mulig å legge opp til at produsentene kan kjøpe tjenester av hverandre. For elektiv behandling kan det være optimalt for en produsent å kjøpe tjenester fra en annen istedenfor å utvide sin egen kapasitet. Dette kan gjøres gjennom bilaterale avtaler eller gjennom at det eksisterer et spotmarked for slik behandling. Det er viktig at ekstra kostnader til slik behandling, som f. eks. reisekostnader blir internalisert i beslutningsgrunnlaget. Hvis det skulle eksistere et velfungerende spotmarked, vil produsentene normalt være villig til å tilby tjenestene til priser basert på marginale kostnader. I så fall er dette et argument for et kombinert system, der økt produksjon på marginen blir avveid mot kjøp av tjenesten eksternt, og hvor det ikke er aktuelt med investeringer før den langsiktige marginale kostnaden er lavere enn den eksterne prisen.

4 INSENTIVBASERTE FINANSIERINGSSYSTEMER FOR RHF OG HF

4.1 Innledning

Hvilke finansieringssystemer kan man tenke seg innenfor rammene av dagens styringsstruktur for spesialisthelsetjenesten i Norge? Basert på den prinsipielle diskusjon i kapittel 3, drøftes her fire mulige modeller. Noen av modellene gir prinsipielt sett like kvalitative virkninger på kostnadseffektivitet, kvalitet, tilgjengelighet og aktivitetsnivå, som i dette kapitlet betraktes som de sentrale målvariablene.

Det blir også lagt til grunn at RHF har en sammensatt målfunksjon i den forstand at RHF både har et sørge-for-ansvar og et konsernansvar. Balansen mellom sørge-for-ansvaret og konsernansvaret kan påvirkes av måten staten finansierer RHF på, men vil selvsagt også bli påvirket av de kontraktsmessige avtalene som gjøres mellom stat og ledelsen av RHF knyttet til resultatrapportering, kvalitetsmålinger mv. Dersom sørge-for-ansvaret veier forholdsvis tungt i RHF's målfunksjon, vil RHF ha sterk motivasjon - gjennom styring og/eller avtaler med egne eller eksterne leverandører – til generelt å sikre god kvalitet på helsetjenestene og spesielt til å sikre tilgjengelighet til helsetjenester for utsatte grupper av pasienter, som kronikere, kreftpasienter med sterkt pleiebehov mv. På den andre siden, dersom kravet til økonomisk balanse veier forholdsvis tungt, vil hensynet til kostnadseffektivitet og aktivitetsnivå kunne bli tillagt større vekt enn kvalitet og tilgjengelighet.

Vi vil innledningsvis, i avsnitt 4.2, drøfte hvordan per capita rammen av et finansieringssystem kan fastsettes og hvilke kostnadskomponenter som kan inngå i stykkprisfinansieringen. I noen av modellene baserer finansieringen seg utelukkende på ramme- eller stykkprisfinansiering. Bergningsgrunnlaget vil da være et annet enn for blandede modeller, dvs. modeller som inneholder både en rammedel og en stykkprisfinansiert del.

I avsnitt 4.3 dreier diskusjonen seg i første rekke om finansiering av elektiv og øyeblikkelig hjelp behandling. Hvilke typer av aktiviteter som skal finansieres, bør få konsekvenser for hvilke finansieringssystem man velger. Et eksempel på en grovmasket inndeling av helsetjenestegrupper er følgende liste:

- akuttberedskap
- poliklinisk virksomhet inkludert dagkirurgi
- behandling av psykiatriske pasienter
- rehabilitering av pasienter
- forskning og utdanning

Vi kommer tilbake til en kortfattet diskusjon av de øvrige tjenestegruppene i avsnitt 4.4.

Fritt sykehusvalg og andre pasientrettigheter (jf Appendiks A) kan ha betydning for hvordan de ulike finansieringsmodellene fungerer. Betydningen av pasientrettigheter kommenteres i tilknytning til den enkelte modell.

Avsnitt 4.5 munner ut i anbefaling av hvilken modell som etter vår oppfatning best vil bidra til å balansere de helsepolitiske målsettingene, gitt de institusjonelle forholdene som råder i spesialisthelsetjenesten i Norge i dag.

4.2 Hvordan fastsette per capita rammen og hva skal dekkes av stykkprisen?

Innledningsvis drøftes hvilke komponenter som kan inngå i per capita rammen. Derneft drøftes en ren stykkprisfinansiert modell og en blandet modell.

4.2.1 Per capita ramme

Hovedpoenget må være at staten fastsetter per capita rammen på en forutsigbar måte, og på en måte som oppfattes som rettferdig. I en modell utelukkende basert på per capita ramme fanger rammen opp regionale ulikheter i *befolkningsgrunnlag*, eventuelt også justert for ulikheter i sykkelighet og dødelighet. Rammen er i så måte risikojustert, jf diskusjonen i avsnitt 3.5. Ved at rammen fanger opp ulikheter i befolkningsgrunnlaget, kan fastsettelsen av rammen brukes til å jevne ut påpekte historiske ulikheter i statlige per capita overføringer til regionene.

Vi ser for oss at midler til *forskning og utdanning* også legges i rammen samt at universitets-sykehusene får egne rammetilskudd. Disse tilskuddene kan baseres utelukkende på hva staten mener aktivitetsnivået på forsknings og utdanning bør være i den enkelte region eller et nivå som er forhandlet frem med den enkelte region.

Per capita rammen skal også gi kompensasjon for *kapitalkostnader*. Det ligger utenfor dette prosjektets ramme å i detalj vurdere hvordan staten samlet sett bør finansiere de faste (kapital)kostnadene, dvs. kostnader som er gitt uavhengig av aktivitetsnivå. Følgende momenter er av betydning: Helseforetakene i Norge har overtatt bygninger og medisinskteknisk utstyr vederlagsfritt fra staten i den forstand at det ikke betales leie til staten som eier. Helseforetakene ”ser” dermed heller ikke de historiske kapitalkostnadene. Man kunne tenkt seg institusjonalisert nasjonale eller regionale eiendomsselskap med ansvar for vedlikehold og investeringer, og som leier ut realkapitalobjekt til helseforetakene. En slik ordningen er ikke etablert i dag, men en stipulert leiekostnadene bør likevel komme til fratrukk fra rammen.

Hva skal beregningsgrunnlaget for kapitalnivået ta utgangspunkt i? Staten kan legge til grunn åpningsbalansene som hvert helseforetak har fått oppgitt, noe som trolig er en enkel løsning rent administrativt. Et annet alternativ er å basere seg på et nasjonalt beste praksis nivå eller et nasjonalt gjennomsnittsnivå. Kapitalbeholdningen som enkelte helseforetak disponerer vil dermed kunne være større enn hva beste praksis tilsier. Slike helseforetak vil få en lavere leiekostnad enn andre foretak, og motsatt for de med en mindre kapitalbeholdning. Dersom staten legger til grunn det enkelte regionale helseforetaks faktiske bygningsmasse og verdien av medisinskteknisk utstyr, kan helseforetakene på sikt ønske seg å tilpasse bygningsmassen ved salg av bygninger og eventuelt utleie av arealer som ikke er nødvendige. I dag kan helseforetakene leie ut arealer, men ikke selge uten at regjeringen kobles inn.

Kompensasjon for kapitalslit må komme som tillegg til rammen. Dersom kapitalslitet baseres på beste praksis nivået på bygninger og medisinskteknisk utstyr, vil naturligvis foretak med forholdsvis stor kapitalbeholdning komme dårligere ut enn foretak med lavere nivå enn sammenlikningsgrunnlaget.

Vi ser for oss at visse typer *beredskapskostnader*, dvs. deler av lønn og andre driftskostnader knyttet til funksjoner som betraktes som helt nødvendige for å kunne ivareta befolkningens helsetjenestebehov, også kan legges inn i rammen. Det er viktig å understreke at kun deler av lønnsmidler og andre driftsutgifter inngår, dvs. de lønnsmidlene som er nødvendige for å ha en enhet klar til å ta i mot pasienter.

Sist, men ikke minst, rammen må gi kompensasjon for *pasientbehandling*. Kompensasjonen kan baseres på historiske risikojusterte pasientbehandlingskostnader eller målt opp mot beste praksis i Norge eller utlandet.

4.2.2 Stykkprisfinansiering

Dersom de regionale helseforetakene utelukkende skal finansieres gjennom stykkprisbetaling, må kostnadskomponentene som inngår i per capita rammen henføres den enkelte DRG. Henføringen av kostnader kan, som i dagens norske DRG system for kostnader knyttet til pasientbehandling, ta utgangspunkt i beregnede gjennomsnittsverdier¹⁵ for de ulike kostnadskomponentene (kapitalkostnader, beredskapskostnader, forskning og utredning, mv.).

Det er også viktig at systemet er bygd opp slik at det ikke skaper uheldige vridninger mellom prioriterte pasientgrupper. Et eksempel er forholdet mellom medisinske og kirurgiske DRGer. I dagens norske DRG system fremstår kirurgiske DRGer mer attraktive enn medisinske, med resultat at kronikere kan få en dårligere tilgjengelighet på helsetjenester enn hva som er ønskelig. Systemet bør også være mer fleksibelt i den forstand at det evner å ta opp i seg endringer i den medisinsk- teknologisk utvikling. Her kan man imidlertid skille mellom tre situasjoner: (i) ny teknologi for nye prioriterte lidelser; (ii) ny teknologi for gamle prioriterte lidelser og (iii) ny teknologi for ikke-prioriterte lidelser. I situasjon (i) vil ressursbruken kunne komme på bekostning av behandling av andre gamle prioriterte lidelser. Man bør i så fall forvente at det er foretatt en avveining på statlig nivå (eventuelt regionalt nivå) av nyttekostnad mellom ulike behandlingsprogrammer før ny teknologi skal påvirke DRG priser eller utvidelser av DRG kodene. I situasjon (ii) bør det også forventes at blant annet nyttekostnadsanalyser ligger til grunn for å endre priser eller antall DRG koder. Man burde forvente at den medisinsk-teknologiske utvikling også innebærer reduserte behandlingskostnader, som etter en tid også må reflekteres i DRG prisen. Situasjon (iii) bør i prinsippet ikke få konsekvenser for utformingen av DRG systemet. DRG prisene bør prinsipielt sett ikke endres ofte. Hyppige endringer gir ikke forutsigbarhet og kan svekke insentivene til kostnadseffektivisering.

¹⁵ Ideelt sett, som omtalt i Kap. 3, burde man bruke marginalkostnader som beregningsgrunnlag. Gjennomsnittskostnader er av praktiske grunner et mer realistisk beregningsgrunnlag.

4.2.3 Blandet modell

I en blandet modell dekker per capita rammen en risikojustert andel, kapitalkostnadene, beredskapskostnader, forsknings og utdanning og nasjonale kompetansesentra, som omtalt under ren per capita ramme. Den DRG baserte stykkprisen er basert på de variable kostnadene, dvs. kostnader som er aktivitetsavhengig.

4.3 Ramme, stykkpris eller begge deler?

Modell 1 er basert på at staten ved HD finansierer RHF ved rammer basert på per capita tilskudd, RHF finansierer HF med per capita rammer, og HF styrer enkeltinstitusjoner gjennom rammer.

Modell 2 tar utgangspunkt i at HD gir RHF per capita rammer. RHF bruker DRG basert stykkprisfinansiering av HF, som bruker det samme overfor sine institusjoner.

Modell 3 er basert på at staten utelukkende finansierer RHF gjennom DRG-baserte stykkpriser. RHF finansierer HF på samme måte, og HF bruker stykkpris på institusjonsnivå.

Modell 4 er basert på at staten finansierer RHF delvis ved per capita rammer og delvis ved stykkpris. RHF fordeler også rammer og tildeler dessuten midler til HF på grunnlag av faktisk behandlingsaktivitet. HF følger samme opplegg overfor egne institusjoner.¹⁶

4.3.1 Per capita finansiering på alle nivå og harde budsjettbetingelser – Modell 1a

Anta at staten med troverdighet kan binde seg til å ikke endre de regionale helseforetakenes økonomiske rammer i løpet av budsjettåret. Rammene er basert på per capita beregninger omtalt i avsnitt 4.2.

Dersom RHF går mot/med underskudd, må underskuddet dekkes inn i løpet av året/over en på forhånd bestemt periode, eksempelvis tre år. Vi forutsetter også at staten troverdig kan binde seg til ikke å trekke inn eventuelle overskudd fra RHF. RHF står med andre ord overfor

¹⁶ For alle modellene gjelder det at helseforetak ikke kan gå konkurs. Prinsipielt sett vil dette kunne gi tilgang på rimeligere lånekapital siden kreditorer er sikret mot mulige tap. På den andre siden kan det tenkes at ordningen svekker insentivene til kostnadskontroll hos RHF og HF.

harde budsjетtrammer. En slik rammefinansieringsmodell gir staten forutsigbarhet knyttet til omfanget av den total ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.

RHF betaler HF for produksjonen av helsetjenester gjennom per capita rammer. Rammen baserer seg på de samme kostnadskomponentene som inngår i den statlige rammen til RHF. Man kan imidlertid tenke seg at RHF utnytter kunnskap om lokale variasjoner, f.eks. i tilknytning til befolkningsgrunnlaget og om kostnadseffektiviteten i pasientbehandlingen, til å variere per capita rammen mellom de ulike HF i regionen.

Vi antar at HF står overfor harde budsjетtrammer i den forstand at HF kan beholde eventuelle overskudd, men må dekke inn underskudd.

I denne modellen ligger det insentiver til kostnadseffektivisering under forutsetning av at den enkelte institusjon får beholde eventuelle overskudd. Dersom institusjonene beholder overskudd, vil ledelse og ansatte klarere se en sammenheng mellom den kostnadseffektiverende innsatsen gjennom omorganiseringer, bruk av nye rutiner, bruk av ny teknologi, innføring av nye samarbeidsformer, endrede "kommandolinjer" m.v. og midler til velferdstiltak for ansatte (subsidierte barnehager og kantinepriser?), til fond som kan brukes til etter- og videreutdanning, eller bonusutbetalinger til avdelinger og/eller enkeltpersoner. Vi går ikke her i detalj inn på hvilken form eller hvilke kombinasjoner av muligheter som gir den beste overskuddsdelingen. Momentene over må oppfattes som eksempler på noen mulige varianter. Man bør imidlertid ikke se bort fra at det kan ha positiv effekt på insentivene til kostnadseffektivisering dersom deler (eller hele?) overskuddet blir øremerket pasientrettede tiltak heller enn individuelt rettede bonusordninger. Med pasientrettede tiltak menes her for eksempel etter- og videreutdanning av ansatte og mulighet til å fatte investeringsbeslutninger knyttet til medisinskteknisk utstyr på avdelingsnivå

Insentivene til kostnadseffektivisering vil reduseres dersom HF, og for den del RHF, tar deler av overskuddet. Strengte begrensninger på hvordan overskudd kan brukes (strengte begrensninger sett fra ansattes synspunkt) kan også redusere motivasjonen til å øke kostnadseffektiviteten.

Det grunn til å tro at overskudd/underskudd ikke er symmetriske tilfeller. Dersom HFs ramme er satt urealistisk lavt i utgangspunktet - etter ledelse og/eller ansattes mening - vil kostnadseffektivisering kunne "sitte lenger inne". For ledelsen er det trolig ikke det samme å

motivere ansatte til å unngå underskudd og/eller gå i balanse, som å arbeide for et overskudd som kan disponeres av den enkelte institusjon eller avdeling.

Rammefinansieringsmodellen kan svekke motivasjon til å levere helsetjenester av høy kvalitet sammenliknet med kostnadsdekningskontrakter. På den andre siden er det vanskelig uten videre å konkludere med at institusjonene ikke vil levere *god nok* kvalitet. Det kan imidlertid forventes at liggetiden reduseres, at man dreier innsatsen mot behandling og mindre mot pleie (pleieintensitet kan gå ned) m.v. Årsaken er at institusjonen kan overvelte kostnader på andre eksterne aktører som pårørende, fastlege eller pleie- og omsorgstjenestene i pasientens hjemstedskommune, noe som institusjonene ikke har samme insentiv til i en situasjon med full kostnadsdekning.

I prinsippet bryter korte liggetider med verdikjedetankegangen dersom institusjonen/HF pålegger pårørende og eventuelt pleie- og omsorgssektoren i hjemstedskommunen oppgaver som sykehuset er i bedre stand til å håndtere. Her er opplagt gråsoner. Pleie- og omsorgssektoren i hjemstedskommunen har – gitt underkapasitet på sykehjems plasser eller dårlig hjemmesykepleietilbud – motivasjon til å fremstille en eldre pasient som dårligere enn hva vedkommende er. Ideelt sett burde det være pasienten og eventuelle pårørende som avgjør hvor og når pasienten skal skrives ut.

Modellen medfører også en fare for at visse pasienter og pasientgrupper får svekket tilgjengelighet til helsetjenester. Eldre pasienter, kronikere, pleietunge pasienter, psykiatriske pasienter og rehabiliteringspasienter vil være utsatte grupper fordi de rette og slett er mer kostnadskrevende enn pasienter med god allmennhelsetilstand. ”Tunge” pasienter trenger normalt mer oppfølging, kanskje betydelig mer, enn ”lette” pasienter, som ikke trenger hjelp til greie seg selv i hverdagen, ikke har hemmende smerter, de kommer seg raskere i arbeid etter et inngrep eller en behandlingsform, de har bedre personlig nettverk gjennom familie, venner og arbeidskollegaer osv.

Sist, men ikke minst, rammefinansieringsmodellen vil kunne medføre økte ventelister, som også vil kunne omfatte ”lette” pasienter. Rammefinansiering gir nemlig ikke uten videre insentiver til å utnytte eksisterende kapasitet med sikte på å øke antallet behandlede pasienter. Det skapes riktignok insentiver til å redusere kostnadene for de pasientene som faktisk behandles. Slik kostnadseffektivisering kan skje gjennom organisasjonsmessige endringer, ved pasientseleksjon og/eller ved å redusere kvaliteten på pleie- og omsorg. På den andre

siden, selv et meget kostnadseffektivt sykehus kan ha køer til visse typer behandling dersom rammen i utgangspunktet er lav. Motivasjonen til å behandle flere pasienter innenfor det som oppfattes som knappe rammer må da komme fra ledelsen og de ansatte, som i fellesskap ser det som stimulerende å redusere ventetidene. Det at man reduserer køene kan med andre ord være en organisasjonsmessig stimulans i seg selv, drevet av den tyngden som sørge-for-ansvaret har i målfunksjonen til RHF og HF.

Generelt sett vil det for øvrig være slik at køene også bestemmes av etterspørselssiden, dvs. tilstrømmingen av pasienter. Køenes lengde og ventetiden på behandling kan dermed skyldes forhold som ligger utenfor den enkelte institusjons kontroll.

Dersom rammen oppleves som romslig i utgangspunktet, stiller situasjonen seg annerledes. Da kan institusjonen behandle relativt sett mange pasienter og likevel ha et overskudd som kan "smøre" organisasjonen, dvs. stimulere til å ta i bruk nye samarbeidsformer, flytte ressurser fra en avdeling med liten etterspørsel til en avdeling med større etterspørsel mv.

Ventetidsgarantier på utredning og behandling kan tvinge frem økt behandlingsskapasitet selv uten overskudd til å "smøre" organisasjonen. Forutsetningen må være at institusjonen stilles til ansvar for brudd på garantiene. I Danmark må fylker som ikke innfrir behandlingssgarantien betale for pasientens behandling ved institusjon i et annet fylke. Dersom disse prisene er satt på forhånd, og satt lavt i forhold til egne kostnader, kan det likevel være motivasjon til å ikke innfri garantien for på den måten å overvelte "tunge" elektive pasienter til andre fylker.

Det kan argumenteres for at fritt sykehusvalg er et tveegget sverd sett fra et pasientperspektiv. Fritt sykehusvalg kan gi pasient og fastlege mulighet til å velge den institusjonen som man mener gir det kvalitativt sett beste tilbudet. Fritt sykehusvalg uten ventetidsgarantier, som i Norge i dag, kan likevel tenkes å redusere tilgjengeligheten for visse pasientgrupper. Årsaken er at ingen enkelt institusjon trenger å ta ansvar for pasienten. Ordningen med fritt sykehusvalg og ingen ventetidsgaranti for behandling kan med andre ord skape motivasjon til å la andre institusjoner ta seg av "tunge" pasienter, selv om pasienten etter egne ønsker helst vil behandles på "sitt" sykehus. Fritt sykehusvalg gjør også at det må etableres egne oppgjørsformer for pasientbehandlinger mellom regionene. En variant er at regionen som pasienten blir behandlet i betaler for oppholdet av sin ramme, uavhengig av pasientens hjemstedskommune. En annen variant er at "hjemstedsregionene" betaler enten etter statlig

fastsatte priser eller gjennom priser som er forhandlet frem mellom regionene. Trolig bør disse oppgjørene legges til RHF nivå for å unngå tidkrevende og byråkratisk mange-til-mange forhandlinger mellom HF i egen region og mellom HF på tvers av regiongrensene.

4.3.2 Per capita finansiering på alle nivå og myke budsjettbetingelser – Modell 1b

Dersom budsjettrammene oppfattes som myke, dvs. at aktørene med stor påregnelighet kan basere seg på at det kommer tilleggsbevilgninger i løpet av budsjettåret eller at underskudd blir tatt hånd om av staten, endres virkningene i modellen. Sammenliknet med modell 1a svekker finansieringsmodell 1b institusjonenes insentiver til kostnadseffektivitet og kostnadskontroll. Modellen kan også bidra til å svekke insentivene til kostnads-effektiviserende innsats på sikt dersom institusjoner/HF som bidrar til å heve effektiviteten og som går med overskudd, er med på å subsidiere enheter som går med underskudd.

Rammefinansiering med myke budsjettrammer gir ikke HD den samme makrokontrollen som rammefinansiering med harde rammer.

RHF kan ha sterkere interessefellesskap med HF enn HD ved at økte rammer gjør det lettere å oppfylle sørge-for-ansvaret regionalt, for eksempel manifestert ved uttrykt målsetting om å redusere ventetider og køer. En slik satsing kan bidra til å heve kostnadene som følge av mer bruk av overtidsarbeid samtidig som at kostnadseffektiviteten ikke bedres.

Dersom RHF på den andre siden legger forholdsvis sterkere vekt på regnskapsmessig balanse enn sørge-for-ansvaret, vil RHF's evne og muligheter til å følge opp HF kunne påvirke insentivvirkningene i systemet. Hyppig underveisinformasjon kan gi RHF styringsrom slik at HF ikke kan sikte mot et aktivitetsnivå eller en kostnadseffektivitet som bidrar til underskudd og dermed behov for tilleggsbevilgninger fra RHF.

Kvaliteten på tjenestene kan svekkes, men myke budsjettbetingelser gir i prinsippet institusjonen mulighet til å overvelte økt kvalitetsnivå på staten. Effekten på kvaliteten i behandling, pleie og oppfølging er med andre ord mer usikker i denne modellvarianten enn i modellen med harde rammer.

Seleksjonsproblemet er fortsatt til stede, men i tråd med argumentasjonen vedrørende kvalitet, så kan kostnadene ved "tunge" pasienter i den modellen overveltes staten.

4.3.3 Statlige per capita rammer og regional stykkprisfinansiering – Modell 2

RHF finansieres gjennom per capita basert ramme, som vi i utgangspunktet antar er harde, dvs. at RHF ikke kan påregne tilleggsbevilgninger. Det forutsettes at underskudd må dekkes, og at eventuelle overskudd beholdes av RHF. RHF på sin side bruker rammene til å finansiere et Diagnose relatert grupper (DRG) basert stykkprissystem overfor HF. HF bruker stykkpriser overfor institusjonene.

La oss anta at stykkprisene som RHF benytter, er bestemt på basis av kunnskap om de gjennomsnittlige variable kostnader (jf. Note 15, side 56) for et utvalg sykehus på nasjonalt nivå. RHF vil på sin side stå overfor HF som kontrollerer institusjoner med varierende kostnadseffektivitet. I praksis betyr dette at noen institusjoner kan behandle relativt mange pasienter med en gitt DRG og gå i pluss, mens andre institusjoner ønsker å behandle færre (eller for den del ingen!) for den gitte prisen.

HF oppfatter stykkprisen som en referanse for egne *marginalkostnader* i pasientbehandlingen. Institusjonene har insentiv til å bedre kostnadseffektiviteten gitt at de beholder eventuelle overskudd og må bære eventuelle underskudd. Prinsipielt betyr dette at en institusjon kan behandle et gitt antall pasienter til en lavere enhetskostnad (og til en lavere marginalkostnad) enn før kostnadseffektiviseringen var iverksatt. Etter samme logikk kan man forvente at kvaliteten på tjenestene reduseres gjennom mindre pleie, kortere liggetid mv., fordi kvalitetsreduksjoner bidrar til at man kan behandle et gitt antall pasienter for en lavere enhetskostnad. Stykkprisfinansieringen vil altså stimulere til å utnytte eksisterende kapasitet så godt som mulig på en så kostnadseffektiv måte som mulig.

I forlengelsen av argumentene om insentiver til kostnadseffektivisering og kvalitetsreduksjoner er det å forvente at køene reduseres. Et forbehold må tas, som for øvrig vil gjelde alle modeller som innebærer reduserte køer. Etterspørseffekter kan "spise opp gevinsten", for eksempel ved økt henvisningshyppighet fra fastlegene som følge av kortere ventetider.

"Tunge" elektive pasienter innenfor hver DRG vil være potensielle kandidater til helsekøen. Årsaken er at institusjonene, i en situasjon med overskuddsetterspørsel etter de(n) aktuelle DRGen(e), foretrekker de "lette" elektive pasientene. Dersom sykehusene opptrer som overskuddsmaksimerende enheter, og vil den siste pasienten som behandles være den som i forventning akkurat gir balanse mellom (forventet) marginalkostnad og DRG prisen.

”Tyngre” pasienter enn dette bidrar negativt, dvs. at marginalkostnaden overstiger DRG prisen.

Dersom sørge-for-ansvaret veier tungt i RHF sin målfunksjon og med visse forutsetninger knyttet til kostnadsstrukturen for DRGen vi betrakter, vil sykehuset kunne behandle flere pasienter enn hva marginalkostnadstilpasningen tilsier og likevel gå i balanse. Ved å la siste pasient være den som innebærer gjennomsnittlige total kostnader (basert på både faste og variable kostnader) lik den DRG baserte prisen, går sykehuset i balanse for den aktuelle DRGen.¹⁷ Dersom sykehuset behandler et antall pasienter der den siste pasienten i forventning har en behandlingstkostnad lik den *gjennomsnittlige variable kostnaden*, går sykehuset i minus.

I denne modellen kan RHF komme i økonomisk ubalanse dersom HF/institusjon øker aktivitetsnivået ut over det RHF kan betale for. Man kan med andre ord tenke seg en situasjon hvor HF øker antall behandlede pasienter og går med overskudd, samtidig som RHF går med underskudd i den forstand at RHF ikke kan gjøre opp for seg. Gitt at RHF står overfor harde budsjettbetingelser, er løsningen å redusere utbetalingene til HF i forhold til den fastsatte prisen per behandlet pasient. En slik strategi kan trolig bare brukes en gang. HF vil etter et slikt ”avtalebrudd” gjennomskue at det ikke har noen hensikt å øke kostnadseffektiviteten og produksjonen siden de likevel kan ende opp med å ikke sitte igjen med noe av gevinsten (eller kun deler av gevinsten).

Dersom rammen fra HD til RHF er myke, må staten bære noe av risikoen ved at aktivitetsveksten blir sterkere enn forutsatt. Faren med denne modellen er at total ressursbruk kan bli høyere enn hva som er akseptabelt sett i et makro perspektiv. Man kan imidlertid tenke seg at HD institusjonaliserer en eller annen ”cut off” mekanisme basert på løpende informasjon om

¹⁷ Argumentet holder selvsagt bare i de situasjoner der DRG prisen er så høy at den gir bidrag til å dekke de gjennomsnittlige total kostnadene. Man kan eventuelt tenke seg at de gjennomsnittlige variable kostnadene dekkes, og de gjennomsnittlige faste kostnadene knyttet til en eller flere DGRer dekkes gjennom at andre DRGer bidrar med overskudd. Gjennomgående ineffektive sykehus, dvs. med en kostnadsstruktur som ”overalt” ligger over gjennomsnittssykehuset, vil ikke gå i regnskapsmessig balanse.

kostnadsutvikling og aktivitetsvekst gjennom året. Den enkelte region kan for eksempel ikke overstige den opprinnelige rammen med mer enn en på forhånd fastsatt prosentsats.

4.3.4 Stykkprisfinansiering på alle nivå – Modell 3

HD betaler regionene etter på forhånd fastlagte DRG baserte priser. I denne modellen antas det at DRG prisene er basert på både (gjennomsnittlige) faste og variable kostnader. Prisene er dermed ikke (nødvendigvis) de samme som i modell 2, jf diskusjonen i avsnitt 4.2.

RHF på sin side kan benytte seg av de samme DRG prisene som de blir stilt overfor, eller forhandle frem reduserte priser med egne HF, leverandører i andre regioner eller fra private leverandører. HF betaler også institusjonene utelukkende basert på aktivitet.

I denne modellen, som til en viss grad i modell 2, kan både HD, RHF og HF bli møtt med en større aktivitetsvekst ved institusjonene enn forutsatt. Den enkelte institusjon kan, gjennom stimulansen som stykkprisfinansiering gir, øke kapasitetsutnyttelsen samtidig som kostnads-effektiviseringen bedres. Et uttrykk for en slik satsing er at køene reduseres. Dersom omfanget av den forventede pasientbehandlingen er fastlagt på forhånd, kan staten enten sette et lokk på utbetalingene til RHF eller la ”rammen” være åpen.

I det sistnevnte tilfellet kan HF sende regningen videre til RHF, dvs. forvente at RHF gjør opp for seg til de gjeldende prisene. RHF på sin side kan sende regningen videre til HD. I sum, for alle regionene, kan aktivitetsveksten tenkes å gi HD behov for å øke potten som er fordelt til spesialisthelsetjenesten. Det antas her med andre ord at HD vil gjøre opp for seg til de gjeldende DRG prisene.

En åpen ”ramme” representerer likevel noe annet enn behovet for tilleggsressurser som skyldes at HF og RHF går med regnskapsmessig underskudd. Et underskudd kan følge av at man for eksempel ikke har tatt hensyn til økte marginal kostnader ved økt aktivitet. Med andre ord, i modell 3 må det forutsettes at HD ikke kompenserer RHF for aktivitetsøkning som drar med seg underskudd (ved at institusjonene har tatt utgangspunkt i et kostnadsnivå som ligger over det nivået som RHF blir kompensert for gjennom den DRG baserte prislisen). Underskudd av denne typen synes å ha rammet norske sykehus de første årene etter at det DRG baserte systemet ble innført i 1997.

4.3.5 Kombinasjonen per capita ramme og stykkpris på alle nivå – Modell 4

Staten betaler RHF per capita ramme, som er bestemt slik som drøftet i avsnitt 4.2 under delt modell. Ut over dette overføres midler i henhold til faktisk behandlingsaktivitet og basert på DRG priser som reflekterer de gjennomsnittlige variable kostnadene.

Omfanget av forventet behandlingsaktiviteten er avtalt på forhånd, slik at staten har en pekepinn på hvor mye sektoren vil kreve i løpet av ett år. RHF betaler HF på samme måte: en per capita ramme og et aktivitetsbasert tilskudd basert på antall pasienter behandlet. RHF trenger ikke bruke samme DRG sats som staten, men kan forhandle frem eller ”tvinge” frem lavere priser gjennom krav til effektivisering overfor sine HF (eksempelvis med krav til årlig effektivisering). For den del kan RHF kjøpe helsetjenester utenfor regionen eller hos private helseprodusenter til priser som er forhandlet frem eller etter anbudskonkurranse (jf diskusjonen i kapittel 5, spesielt avsnitt 5.3).

RHF sitter igjen med overskudd dersom man kan oppnå priser lavere enn den statlige refusjonen, som vi her antar er basert på gjennomsnittlige variable kostnader (som i modell 2). Dette åpner også opp for krysssubsidiering mellom ulike typer av DRGer. RHF kan, ved å la sørge-for-ansvaret veie relativt sett tyngst i målfunksjonen, kjøpe behandling til en høyere pris utenfor regionen for visse typer behandling. Disse kjøpene subsidieres av gevinst på andre behandlinger. Det kan være mer lønnsomt for regionen å kjøpe tjenester utenfra enn å bygge opp nok kapasitet på alle DRGer som det er behov for i en region.

Modellen gir sterke insentiver til økt aktivitet og til kostnadseffektivisering, men, som for modell 2 og 3, det skapes insentiver til kvalitetsreduksjon og pasientseleksjon. De to sistnevnte forholdene kan imidlertid balanseres gjennom økt konkurranse om pasienter. Fritt sykehusvalg og omfattende informasjon til fastleger og befolkning om viktige kvalitetsdimensjoner ved norske sykehus legger til rette for å skape økt konkurranse. Det vil likevel være behov for oppfølging av HF. Modellen krever at RHF ilegger sørge-for-ansvaret stor vekt og at regnskapsmessig balanse oppnås ved kostnadseffektivisering og kvalitetsforbedrende omorganiseringer (jf fast kontaktperson for pasienter innlagt på sykehus, informasjon før, underveis og etter at behandlingen er avsluttet mv).

4.3.6 Hvordan trekke inn de andre tjenestetypene i finansieringssystemet?

Innledningsvis ble det påpekt at det er vanskelig å se for seg at alle tjenestetyper eller aktiviteter på en hensiktsmessig måte kan knyttes til bare rammefinansiering eller bare

stykkprisfinansiering. Vi har så langt drøftet betaling for innleggelser, både elektive og øyeblikkelig hjelp pasienter.

Når det gjelder sistnevnte kategori av pasienter, så kan akutt behandling sies å ha en etterspørsel som er gitt eksogent, og uavhengig av sykehusets tilpasninger. I så fall er det enklere å lage et finansieringssystem for denne type tjenester. Det kan derfor tenkes at en benytter et rammefinansieringssystem for akutt pasienter, mens en benytter et kombinert ramme- og stykkprissystem for elektiv behandling. I så fall vil en spare administrative kostnader ved at man ikke henfører akuttkostnadene til DRG prisene. Imidlertid kan grensene mellom elektiv og akutt behandling være glidende. Dersom en har rammefinansiering for akutt behandling og et innslag av stykkprisfinansiering for elektiv behandling, har helseforetakene insentiver til å omdefinere akutte tilfeller til elektive tilfeller. For å unngå dette er løsningen å la akuttpasienter også dekkes av stykkprisfinansiering. Dersom det faktisk er kostnadmessige forskjeller å behandle en elektiv pasient og en akutt pasient med samme DRG, så kan en løsning være å vekte akuttpasienten høyere enn den elektive pasienten. I så fall må det være klare kriterier for hva som kan karakteriseres som en akutt (og for den del elektiv) innleggelse, jf diskusjonen over om insentiver til å omdefinere pasienter. Vi heller til å la elektiv og øyeblikkelig hjelp behandling omfattes av de samme DRG prisen, som i diskusjonen av modellene over.

Hva med finansiering av behandling av psykiatriske pasienter? I prinsippet mener vi at psykiatriske pasienter ikke bør stykkprisfinansieres, men rammefinansieres. Bildet må imidlertid nyanseres dersom man tar utgangspunkt i skillet mellom behov for akutte innleggelser og poliklinisk virksomhet, og for den del kanskje også mellom barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Akutte innleggelser bør ikke stykkprisfinansieres fordi det kan gå utover kvaliteten på tjenesten: Man bruker kortere liggetider og økt og sterkere medikamentbruk. Vi er imidlertid ydmyke i forhold til de faglige diskusjonene som måtte være knyttet til avveiningen mellom liggetid versus medikamentbruk. Noen vil kanskje mene det er riktig i større utstrekning å utnytte eventuelle substitusjonsmuligheter mellom liggetider og medikamentbruk fordi resultatet for pasientene er minst like gode.

Hva så med poliklinisk behandling, somatisk som psykiatrisk? I dag finansieres poliklinisk aktivitet gjennom utbetalinger til faste satser fra Rikstrygdeverket (RTV). Satsene er i grove trekk delt inn i fem grupper og poliklinisk aktivitet fordeles på disse gruppene. Som en snitt

betraktning, er satsene ment å dekke femti prosent av kostnadene til institusjonene. Utbetalingene går for øvrig direkte til institusjon. Egne DRG satser for poliklinisk aktivitet, både innen psykiatri og somatikk, kunne kanskje vært en løsning. Staten kan da bruke DRG prisene til å stimulere til økt bruk av dagkirurgi heller enn innleggelser og poliklinisk behandling av psykiatriske lidelser heller enn innleggelser (bare de tunge akutttilfellene legges inn). Man bør her også kunne legge til grunn de variable kostnadene, ikke både faste og variable kostnader når satsene beregnes. En slik endring er kanskje ikke realistisk gitt den allerede eksisterende refusjonsordningen administrert av RTV. En annen mulighet er at refusjonene betales til RHF og ikke til institusjonene direkte. Som for stykkprisfinansierte modeller, kan man tenke seg at RHF blir stilt fritt til å anvende egne polikliniske refusjonssatser lokalt.

Som drøftet i kapittel 3, er en mulighet å risikojustere DRG prisene, ikke bare per capita rammen. Dette gjøres til en viss grad i dag ved at man har om lag 220 såkalte DRG par som skiller mellom ukompliserte og kompliserte tilfeller. Man kunne kanskje tenke seg, for visse DRG-er, en ytterligere risikojustering langs dimensjoner som mål på allmennhelsetilstand, om man har diabetes eller ikke, om man tidligere har hatt blodpropp eller ikke mv. Problemet med slike justeringer, som i avsnitt 3.5 og 3.6, er at de kan stimulere til uheldig atferdsendringer og kodingspraksis, et problem DRG baserte systemer fører med seg. Eksempelvis bør man trolig fjerne muligheten eller redusere muligheten til "å skrive ut pasienter på fredag for å legge de inn igjen på mandag". En slik atferd utløser nye DRG poeng uten at institusjonen har pådradd seg ekstra kostnader, snarere tvert i mot.

4.4 Anbefaling av finansieringsmodell

Vi anbefaler en delt modell, dvs. en modell som baserer seg på en per capita del og en aktivitetsbasert del til 100 prosent av DRG prisen. Modellen anvendes mellom stat og RHF og mellom RHF og HF (jf diskusjonen av modell 4 over). I en blandet modell består per capita rammen fra staten til RHF av en ramme som fanger opp regionale ulikheter i *befolkningsgrunnlaget*, eventuelt justert for ulikheter i befolkningens sykelighet og dødelighet. Rammen er i så måte risikojustert. Ved at rammen fanger opp ulikheter i befolkningsgrunnlaget, kan fastsettelsen av rammen brukes til å jevne ut påpekte historiske ulikheter i statlige per capita overføringer til regionene. Midler til *forskning og utdanning* legges også i per capita rammen. Man kan for øvrig tenke seg premiering av dokumenterte

forsknings- og utdanningsaktiviteter som strekker seg ut over det som regionen har blitt enig med staten om som grunnlag for selve rammen. En slik ordning vil kreve økt dokumentasjon og oppfølging sammenliknet med en "rett frem" (fast) rammebevilgning. Varianten vil imidlertid åpne opp for å bedre kunne balansere insentivene til FoU og behandling, dersom myndighetene er av den oppfatning at FoU blir tonet ned på bekostning av behandling.

Rammen skal også gi kompensasjon for *kapitalkostnader*. En stipulert leiekostnad, eksempelvis basert på åpningsbalansen til helseforetakene, bør komme til fratrukk fra rammen. Kompensasjon for kapitalslit kommer som et tillegg til rammen.

Beredskapskostnader, dvs. deler av lønn og andre driftskostnader knyttet til funksjoner som betraktes som helt nødvendige for å kunne ivareta befolkningens helsetjenestebehov, legges også inn i rammen. Kun deler av lønnsmidler og andre driftsutgifter inngår i denne rammedelen, dvs. de lønnsmidlene som er nødvendige for å ha en enhet klar til å ta i mot pasienter.

Den DRG baserte stykkprisen er basert på (gjennomsnittlige) variable kostnader og RHF mottar 100 prosent av denne prisen. Modellen bør etter vår mening åpne opp for at RHF kan bestemme både ramme og DRG priser tilpasset lokale variasjoner i kostnadseffektivitet, kvalitet, tilgjengelighet og pasientkøenes fordeling på lidelser. Med andre ord, både DRG priser og beregningsgrunnlaget for rammedelen kan avvike fra staten grunnlag.

Vi anbefaler denne modellen fordi vi har tro på at den gir sterke insentiver til kostnads-effektivisering og økt aktivitet. Høyere kostnadseffektivitet og høyere aktivitet er positivt fordi det vil bidra til at man får mer ut av hver helsekrone og at køene til både livsviktig behandling (hjerteoperasjoner, lungeoperasjoner, transplantasjoner) og "funksjonsviktig" behandling (hofteoperasjoner, kneoperasjoner osv) reduseres. For en rekke pasienter vil kortere køer medføre kortere sykefravær og dermed besparelser for folketrygdsystemet. For andre pasienter betyr det bedre funksjonsdyktighet og dermed potensielt sett redusert behov for pleie- og omsorg gjennom hjemstedskommunens pleie- og omsorgstjenester. Økt funksjonsdyktighet frigjør pleie- og omsorgsressurser som kan brukes på andre typer pasienter i primærkommunene.

På modellens minusside er insentivene til kvalitetsreduksjon og pasientseleksjon. Sistnevnte forhold kan møtes gjennom risikojustering. Risikojustering i et stykkprissystem vil for

eksempel bidra til å redusere seleksjonsproblemet. Siden en får en mer riktig prising av de ulike risikogruppene, vil insentivene til seleksjon av høyrisiko grupper reduseres.

En modell basert på kombinert per capita ramme og stykkprisfinansiering, som ikke er basert på en lukket ramme, innebærer for øvrig at risikoen for økt behandlingsbehov delvis flyttes over på myndighetene. Årsaken er at myndighetene vil måtte dekke ekstra kostnadene knyttet til økt antall behandlede pasienter gjennom stykkprisbetaling. Det er imidlertid ikke nødvendig at DRG prisene for behandling som overstiger det avtalte volumet refunderes 100 prosent. Man kan tenke seg en avkorting, for eksempel til 50 prosent av DRG prisen, for aktivitet ut over ”budsjettet”. Det er dermed også klart at modellen også bør inneholde en straff dersom RHF/HF ikke når aktivitetsnivået man er blitt enig om med staten. Dersom det er kostnadsfritt å ikke nå det avtalte volumet, vil RHF/Hf ha motivasjon til å avtale et så stort aktivitetsnivå som mulig, for å unngå reduserte priser for pasienter utover ”budsjettet”.

På denne måten vil utformingen av stykkprissystemet gi risikoavlastning til RHF/HF uten at det reduserer institusjonenes insentiver til kostnadseffektiv produksjon. En slik risikoavlastning kan i noen tilfeller i seg selv redusere seleksjonsproblemet, dersom man har ledig kapasitet og nettopp de ”tunge” pasientene er de marginale pasientene. Ordningen med risikoavlastning løser imidlertid ikke det potensielle ”fløteskummingsproblemet” – institusjonene vil nær sagt alltid på marginen ønske å unngå de ”tunge” pasientene - ordningen fjerner med andre ord ikke insentivene til seleksjon.

Som drøftet i kapittel 3, risikojustering kan være aktuelt både i et rammefinansieringssystem og i et stykkprisfinansieringssystem. Ved et rent rammefinansieringssystem bidrar risikojustering til et mer rettferdig og riktig nivå på rammen, men justeringen forbedrer i utgangspunktet ikke insentivene til optimal behandling. På marginen vil verken høyere eller lavere overføringer pga. risikojustering gi insentiver til mer eller mindre produksjon så lenge en produsent maksimerer overskudd. I den grad målsetningen er å sørge for befolkningen og å gå i balanse, vil høyere overføring gi insentiver til å produsere mer eller til høyere kvalitet, men ikke til å redusere seleksjonsproblemet.

Vi anbefaler altså en delt modell med risikojustering av rammen og i sterkere grad risikojustering av stykkprisene enn hva som er tilfellet i dag (se Pedersen og Solstad (2000), Nyland, Pedersen og Solstad (1999) og Buhaug, Nyland og Solstad (1999) for en

gjennomgang av metodegrunnlaget for det norske DRG systemet)). Nyere forskning skiller mellom to metoder for å utarbeide risikojustering. Disse metodene består av statistisk og økonomisk risikojustering og blir ofte beskrevet som henholdsvis konvensjonell og optimal risikojustering. Konvensjonell risikojusteringsmodeller har tradisjonell fokusert på hvordan risikofaktorer kan predikere kostnader til helsetjenester. I de fleste tilfeller benytter en regresjonsmodeller til å predikere estimer på grunnlag av den tilgjengelige informasjonen. En hovedforutsetning for slike modeller er at nivået og variasjonen på kostnadene til helsetjenester er eksogent gitt, og at dette ikke blir påvirket av risikojusteringen. Såkalt optimal risikojustering forsøker å ta høyde for at risikojustering kan påvirke produsentenes atferd. For risikojustering f. eks. av stykkprisfinansieringen vil en i så fall forsøke å ta høyde for at risikojusteringen endrer kostnadene til helsetjenester gjennom å påvirke incentivene til seleksjon.

Som påpekt i kapittel 3, kan man argumentere for at risikodeling av høyrisiko grupper er å foretrekke fordi det reduserer seleksjonsproblemet mest. Andre konkluderer med at proporsjonal risikodeling er å foretrekke med hensyn til at det reduserer incentivene til kvalitetsreduksjon både for lavrisiko og høyrisiko grupper. Valg av risikodelingssystem er med andre ord avhengig av hvilke målsetninger en ønsker å oppnå.

Ved å gå inn for en todelt modell, der både ramme og DRG priser risikojusteres samt at omfanget av den aktivitetsbaserte delen er ”åpen”, mener vi å oppnå reduserte incentiver til pasientseleksjon uten at incentivene til å bedret kostnadseffektivitet svekkes for mye.

Sist, men ikke minst, mener vi at hensynet til kvaliteten på tjenestene ivaretas gjennom fritt sykehusvalg, bedret informasjon til befolkningen om kvaliteten ved norske sykehus og sørgefor-ansvaret til RHF. Modellen kan også åpne opp for at RHF stimuleres til å kjøpe behandling i andre regioner til priser som er forhandlet frem mellom de aktuelle regionene. Staten betaler pasientens hjemstedsregion 100 prosent av statens DRG pris.

5 BRUK AV AUKSJONSMEKANISMER I HELSESEKTOREN

Ideelt sett skal de priser som fastsettes gjennom en anbudskonkurranse over retten til å produsere helsetjenester reflektere de samme forhold som bidrar til å fastsette priser i kompetitive markeder: Den mest effektive produsentens kostnader, medisinske innovasjoner, behovs- og strukturendringer samt hvordan mulighetene for andre til å gå inn i markedet vil påvirke disse prisene. Det kan imidlertid synes som et paradoks at man skal legge slike kriterier til grunn for et marked som er karakterisert ved en rekke egenskaper som gjør at det avviker fra en økonoms idealmodell om det perfekte marked. Hadley (1995) lister opp seks ulike grunner til markedssvikt. For det første innebærer usikkerhet omkring fremtidig helsetilstand et forsikringsbehov. Forsikring innebærer at pasientens grensekostnad ved å konsumere helsetjenester avviker fra grensekostnad ved å produsere tjenestene, noe som igjen fører til overskuddsetterspørsel etter helsetjenester. For det andre mangler pasienten informasjon om diagnose og behandling, noe som gjør at man må basere seg på en lege for å avgjøre hva som er riktig behandling. For det tredje er det ofte usikkerhet omkring produksjonsteknologi. Diagnosen kan være usikker, og selv om den er sikker, kan det være usikkerhet omkring hva som er den beste behandlingen. Og selv om man vet den beste behandlingen, er det ikke alltid den virker. For det fjerde kan stokastisk etterspørsel, ikke-perfekt informasjon, manglende evne til å sammenligne tjenestekvalitet mm. innebære at det lokale sykehus er i stand til prise tjenestene monopolistisk. For det femte: Siden etterspørselen etter sykehus tjenester er prisuelastisk, vil sykehusene konkurrere på grunnlag av oppfattet kvalitet, noe som ikke nødvendigvis samsvarer med kvalitet i medisinsk forstand. Endelig kan det være en altruistisk eller kollektivt gode begrunnelse for offentlig inngrep i denne sektoren, f.eks. at alle deler av befolkningen skal ha lik tilgang på essensielle helsetjenester.

Men at det er markedssvikt og gode grunner for en eller annen form for markedsinngrep, f.eks. offentlig regulering, offentlig eierskap eller offentlig finansiering, er ikke det samme som at myndighetene ikke kan benytte markedsmekanismer på utvalgte områder innenfor sektoren med sikte på å utnytte tilgjengelige ressurser på en best mulig måte under bibetingelser som kvalitet og tilgjengelighet.

Anbudskonkurranse er en markedsmekanisme som er relativt enkelt å beskrive konseptuelt. Kvalifiserte tilbydere av helsetjenester inviteres til å komme med bud i henhold til regler som er bestemt på forhånd, og vinneren eller vinnerne utpekes på bakgrunn av kriterier som er

entydige og offentlig tilgjengelig. Myndighetene inngår en kontrakt med vinneren eller vinnerne og kontrollerer at det produktet som leveres er i henhold til spesifikasjonene. Auksjonen er altså en *allokeringsmekanisme*, der prisen fungerer til å *avsløre* hvem som har høyest betalingsvillighet. McCombs og Christianson (1987) peker videre på at konseptet anvendt i helsesektoren er tiltalende fordi det tradisjonelle båndet mellom historiske kostnader eller administrativt fastsatte satser og godtgjørelse for tjenesten brytes, samtidig som det introduseres konkurranse på pris mellom mulige tjenesteutøvere.

Imidlertid vil den rolle som bruk av anbudskonkurranse kan spille som et virkemiddel for å realisere viktige målsettinger i forhold til helsetjenestene avhenge av i hvilken grad man klarer å utforme budsystemer som er sensitive til den gitte kontekst. Det vil altså ikke være slik at en tilnærming som er riktig på ett nivå, eller på ett område, er riktig på et annet nivå eller et annet område. Samtidig er det heller ikke slik at markedsbaserte tilnærminger er løsningen på hele problemet. Man vil som oftest måtte kombinere markedsbaserte verktøy med ulike andre virkemidler, bl.a. for å sikre at kvaliteten holdes på et høyt nivå, at det gis riktig behandling i forhold til diagnose og at ikke pasientgrupper blir utestengt samt at det gis riktige insentiver til å foreta investeringer og innovasjoner som reduserer kostnadene ved å foreta en gitt behandling eller som gir en bedre medisinsk gevinst.

I det følgende vil vi se på tre alternative tilnærminger til å benytte anbudssystemer i en helsesammenheng. Den første modellen er en bestiller-utfører tilnærming innenfor et offentlig (eller eventuelt blandet) helsevesen. Vi motiverer og drøfter modellen med utgangspunkt i en forholdsvis bred gjennomgang av utforming og erfaringene med en slik tilnærming i Storbritannia.¹⁸ Den andre modellen er konkurransemessig fastsettelse av såkalte "capitation" satser, dvs. en premie som et integrert helseforetak mottar til gjengjeld for å dekke medlemmenes nærmere spesifiserte helsebehov. Anbudskonkurranse benyttes for å allokere rettigheter til tjenesteproduksjon, og gjennom anbudskonkurranse fastsettes samtidig *per capita* satser som tjenesteprodusenten mottar for å dekke behovet for helsetjenester hos de som velger å være tilknyttet tjenesteprodusenten. Dette har etter hvert blitt den dominerende tilnærmingen i USA, og har også fått økt anvendelse i forbindelse med Medicaid. Denne modellen motiveres og drøftes således med utgangspunkt i en gjennomgang av erfaringene fra

¹⁸ I kapittel 2 beskriver vi tilsvarende tilnærminger i Sverige og New Zealand.

USA. Det tredje alternativet er en mer teoretisk basert tilnærming: En modell der auksjon/anbudskonkurransen benyttes for å allokere produksjonen av ulike helsetjenester mellom ulike produsenter, og samtidig fastsette prospektive priser for godtgjørelse av tjenesteproduksjon.

5.1 Indre marked for helsetjenester i Storbritannia

På slutten av åttitallet konkluderte Thatcher-regjeringen med at den beste tilnærmingen til å reformere det britiske helsevesenet var å erstatte en "command-and-control" tilnærming med marked og konkurranse. Det er interessant å se nærmere på de britiske erfaringene med et indre marked av flere grunner. For det første var det deler av reformen som ikke kan karakteriseres som særlig vellykket. Spørsmålet er da: Hvorfor, og hva kan vi lære av det? Andre deler av reformen fungerte imidlertid bedre. Da er det naturlig å spørre: Har dette en potensiell anvendelse i det norske helsevesenet? Deler av reformen ble forkastet av Labour-regjeringen i 1997. Vi vil også komme inn på innholdet i denne reverseringen, og stille de samme spørsmålene.

Reformene ble innført i 1991, og hadde til hensikt å skape et *indre marked* for helsetjenester. Konkurranse ble introdusert ved å innføre et formelt skille mellom det offentliges rolle som kjøper (bestiller) og som produsent (utfører) av helsetjenester. På denne måten fikk man etablert en tilbuds- og etterspørselsside innenfor det offentlige helsesystemet, der sykehusene utgjør tilbudssiden.¹⁹

Det britiske interne helsemarkedet som ble introdusert gjennom denne reformen kan karakteriseres som et *kvasi-marked*. Det er et *marked* i den forstand at man har erstattet en monopolistisk statsprodusent med kompetitivt orientert, og uavhengige produsenter. Det er *kvasi* fordi markedet avviker fra ordinære markeder på flere måter, både på tilbuds- og etterspørselsiden. På tilbudssiden er det som i konvensjonelle markeder uavhengige institusjoner som konkurrer om kundene. En viktig forskjell er imidlertid at disse institusjonene ikke nødvendigvis har som målsetting å maksimere profitt. Ei heller trenger de å være private. På etterspørselsiden kommer ikke konsumentenes kjøpekraft til uttrykk

¹⁹ Se f.eks. Askildsen og Brekke (2001) som vi til dels baserer oss på her, i tillegg til Grand, et al. (1998) og Iliffe og Munro (2000).

gjennom penger, som i konvensjonelle markeder. I stedet vil den komme til uttrykk gjennom øremerkede budsjetter eller kuponger ("vouchers"), som er knyttet til kjøpet av en bestemt tjeneste. I enkelte tilfeller er det heller ikke konsumenten som tar beslutningen om kjøp. Det kan derimot være en tredjepart som opptrer på konsumentens vegne (se Grand og Bartlett, 1993).

I reformen av det britiske helsevesenet ble det på etterspørselssiden etablert to forskjellige typer aktører. Den ene var regionale helsemyndigheter ("District Health Authority" – DHA). Den andre typen var primærlegegrupper ("GP Fundholders"). En primærlegegruppe med pasientantall over en viss størrelse fikk tildelt et visst budsjett som de kunne benytte til å kjøpe visse helsetjenester for pasientene sine, vanligvis elektiv behandling, visse diagnostiske tjenester samt medisiner. Det var opp til den enkelte primærlegegruppe om de ville bli "fundholders", men de som valgte dette fikk tildelt et budsjett basert på tidligere henvisningsaktivitet for den aktuelle behandling. For å komme i betraktning måtte legegruppen ha en viss størrelse på pasientgrunnlaget. Legegruppens budsjett ble trukket fra budsjettet til helsemyndigheter i regionen de var lokalisert. Regionale helsemyndigheter fikk tildelt et budsjett med utgangspunkt i størrelse og karakteristika ved befolkningen i regionen. Dette finansierte sekundærsykehustjenester på vegne av pasienter hos primærleger- og grupper som ikke hadde egne fond.

GP Fundholders kunne i motsetning til DHA beholde overskudd, forutsatt at dette ble benyttet til tjenester eller fasiliteter av nytte for pasientene. Grupper hvis budsjett ble overskredet med mer enn 5 000£ kunne risikere å miste sin status. Et viktig element i reformen var også en slags "stopp-tap" forsikringsordning, der DHA ble finansielt ansvarlig for pasienter der de årlige utgiftene oversteg et tak på 5 000£.

Med tiden ble ordningen utvidet: Antall tjenester som kunne kjøpes ble øket; flere og flere grupper kom til; i utgangspunktet måtte primærlegegruppen ha et pasientgrunnlag på 11000, men senere ble dette redusert, først ned til 9 000 så ned til 7 000. Videre ble det innført en pilotordning med "total fundholding" der noen større legegrupper fikk et budsjett som de kunne kjøpe hele spekteret av legetjenester på vegne av sine pasienter, inkludert akuttbehandling.

På tilbudssiden ble sykehus og andre helsetjenesteprodusenter omgjort til uavhengige forvaltningsselskap ("NHS Trusts"), dog formelt fortsatt under NHS. Disse helseprodusentene inngikk kontrakter med DHA (ett års kontrakter) og GP Fundholders om å yte tjenester, og hadde i prinsippet anledning til å fastsette betingelsene for dette. I teorien skulle også stiftelsene kunne låne i kapitalmarkedet for å finansiere nye aktiva. Dette var kun i teorien, for i praksis var forvaltningsselskapene halvautonome, og underlagt sentrale retningslinjer som regulerte bl.a. prising og tilgang til kapitalmarkedet. De kunne heller ikke beholde et eventuelt generert overskudd. Med hensyn til prisfastsettelse krevde reguleringsregimet at stiftelsene hadde balanse i sine utgifter og inntekter på *årsbasis*, og at prisene på sykehusets tjenester ble fastsatt slik at inntjeningen maksimalt dekket alle kostnader inkludert avskrivninger pluss 6% avkastning på aktiva. Ingen kryss-subsidiering mellom aktiviteter var tillatt, dvs. at prisen skulle dekke gjennomsnittlige totale kostnader pluss 6% avkastning for hver tjeneste forvaltningsselskapet solgte til en NHS bestiller.²⁰ Propper (1996) peker på at et "not-for-profit" og "no reserves" regime reduserte insentivene til å realisere langsiktige effektivitetsgevinster og gevinsten av å kutte på utgiftene. En høy andel faste kostnader (70% av kostnadene var knyttet til lønn, en kostnad som på årsbasis stort sett kan betraktes som fast) og manglende muligheter til å bygge opp reserver gjorde at sykehuset også ble sårbart for kortsiktige endringer i inntekter.

Vanligvis omtales det britiske interne markedet for helsetjenester som *ett* internt marked, men egentlig består det av to ulike markeder: Ett "behovsdrevet" marked for kjøp av helsetjenester, og et "etterspørselsbasert" marked (Iliffe og Munro, 2000). I det behovsdrevne markedet var det de regionale helsemyndigheter som stod som kjøper av helsetjenester, og de opptrådte på vegne av en geografisk begrenset del av befolkningen. Helsemyndighetene i regionen var ansvarlig for å vurdere helsebehovet i regionen, og de tjenestene som krevdes for å dekke dette behovet. Grunnlaget for innkjøpsvurderingen var videre en målsetting om å generere mest mulig "helse" for befolkningen i regionen med utgangspunkt i et begrenset budsjett.

Det etterspørselsbaserte markedet derimot, var basert på transaksjoner mellom helseprodusenter (NHS trusts) og primærlegegrupper (GP Fundholders). Primærlegene i slike

²⁰ Dette ga likevel en mulighet til prisdiskriminering mellom kjøpere av den samme tjenesten.

grupper responderte på pasientenes behov slik de fremkom i konsultasjonsrommet, og opptrådte som den individuelle pasientens agent med sikte på å arrangere behandling i tråd med behov og preferanser.

5.1.1 Erfaringer med 1991-reformen

Det er ting som tyder på at det etterspørselsdrevne markedet fungerte bedre enn det ”behovsdrevne”, selv om det er begrenset med empirisk materiale som tillater studier av hvordan reformen faktisk fungerte (Grand, et al., 1998). Blant de studiene som er gjennomført, er det er få klare trender i den ene eller annen retning.²¹ Men en tendens var altså at det var en antydning til at det faktisk ble etablert et etterspørselsdrevet marked.

GP Fundholders hadde, som vi tidligere har vært inne på, et budsjett som det var forventet at de benyttet til å finansiere nærmere spesifiserte helsetjenester. Dette inkluderte kjøp av bestemte typer elektiv behandling ved sykehusene (forvaltningsselskapene), og her stod GP Fundholders etter hvert bak 70% av behandlingene (Propper, 2001). Primærlegegruppen forhandlet en kontrakt om en gitt behandling med sykehuset, og disse kontraktene inkluderte detaljer om pris, kvalitet, og i visse tilfeller ventetid (Glennerster, et al., 1994).

Primærlegegruppene lyktes bedre enn andre i å påvirke tjenesteprodusentene både på pris (Propper, et al., 1998) og tilgang (Propper, et al., 2002) gjennom at de sto fritt i å bestemme hvor de skulle kjøpe tjenestene. Pasienter hos primærlegegruppene fikk hurtigere tilgang til tjenestene²², reseptkostnader ble holdt nede og en større andel av pasientene ble behandlet ”på huset” sammenlignet andre legegrupper (Grand, et al., 1998).²³ Det er lite som tyder på at pasientene fikk bedre valgmuligheter, selv om det var en begrenset økning i pasientens informasjonsgrunnlag. En annen effekt var økte kostnader til administrasjon og ledelse, men samlet sett er det likevel ting som tyder på en effektivitetsgevinst i dette markedet (Grand, et al., 1998).

²¹ En god oppsummering av erfaringer finnes i Grand, et al. (1998), som også gjennomgår disse langs kritiske dimensjoner som effektivitet og kvalitet.

²² Her skal man være forsiktig med å konkludere med at dette også er en netto-gevinst, fordi dette kan ha resultert i økt ventetid for pasienter hos andre legegrupper *uten* eget budsjett.

²³ Se også Iliffe og Munro (2000), som mener at det eneste området hvor GP Fundholders viste seg å være bedre enn ikke-fondbestyrere var i forhold til reseptkostnader.

Skeptikere fryktet at det budsjettet en primærlegegruppe disponerte var for lite til å kunne absorbere årlige variasjoner og avvik i sykdomsmønster. Det ble vist til analyser der det antydes at legegruppene måtte ha et pasientgrunnlag på minst 100 000 for å kunne sikre seg mot slik risiko, dvs. langt over det foreslåtte minstekravet. Det ble pekt på at ”stopp-tap” ordningen, der helsemyndighetene overtok ansvaret for finansielt tunge pasienter, verken ville beskytte primærlegegruppen mot mange tunge pasienter rett under det fastsatte taket, eller beskytte den mot en uventet økning i behovet for legetjenester. En forventet insentiveffekt av ordningen var således ”fløteskumming”, der utgiftstunge pasienter ble strøket fra pasientlistene. Nå viser erfaringene at dette ikke skjedde. I Grand, et al. (1998) (side 58) vises det til flere grunner til at dette: For det første var budsjettene forholdsvis sjenerøse. For det andre var primærlegene i gruppen ikke personlig finansielt ansvarlig for tap. Sist, men ikke minst, viste stopp-tap ordningen seg å være å være et viktig element. Det var heller ingen tendens til at budsjettbelastende elektiv behandling ble substituert med ”gratis” akuttbehandling (Croxson, et al., 2002).

Dette står i motsetning til det behovsdrevne markedet, som aldri fikk luft under vingene. En viktig årsak til det var at forvaltningsselskapene og helsemyndighetene aldri ble reelt uavhengige, men heller ble betraktet som delvis desentraliserte politiske instrumenter. Mange av forvaltningsselskapene var avhengig av inntektene fra myndighetene, og det var ikke mulig å skifte tjenesteproducent uten at det hadde en *destabiliserende* virkning. I praksis utviklet det seg således en serie bilaterale monopol. Både sentrale og lokale politikere var svært sensitive til de politiske kostnadene som ville oppstå dersom et lokalt sykehus måtte stenge, noe som førte til at myndighetene tidvis ble instruert om å hjelpe sykehus ut av finansielle kriser. Følgelig ble budsjettene betraktet som ”myke” heller enn ”harde”.

Insentivene til å konkurrere var heller ikke de sterkeste: Om de lyktes, kunne de ikke beholde overskuddet, og mislyktes de ble de hjulpet ut av problemene. Så er det heller ikke empirisk materiale som tyder på at forvaltningsselskapene i særlig grad faktisk konkurrerte. Et unntak er det ”spot markedet” som utviklet seg mellom sykehusene og GP fundholders. Selv om prisene som sykehusene kunne kreve var sterkt regulert (gjennomsnittskostnad), er det studier som viser at sykehusene likevel reagerte på sterkere konkurranse gjennom pris, særlig for de mindre kostnadskrevede tjenester, og at de kjøperne som lettest kunne flytte til en alternativ tilbyder fikk de største prisavslagene (Propper, 1996, Propper, et al., 1998). Det er imidlertid kun begrenset empirisk materiale som tyder på at forvaltningsselskapene ble mer effektive

enn det de ellers ville ha vært. På den annen side er det heller ingen ting som tyder på fløteskummingseffekter (Grand, et al., 1998). Konsekvensene av *sterkt begrensede muligheter* til å konkurrere og *manglende insentiver* til å konkurrere var et marked som aldri fikk mulighet til å fungere.

Da gikk det bedre med GP Fundholders: De kunne beholde overskuddet dersom det ble brukt til å forbedre tilbudet til pasientene; de hadde mindre restriksjoner enn helsemyndighetene og kunne skifte kjøp tjenester til en annen produsent uten at det hadde en destabiliserende virkning. GP Fundholders ble derimot betraktet som en marginal inntektskilde for helseprodusentene. De hadde således både bedre muligheter og større insentiver til å være innovative. Smee (2000) peker videre på at stadig større budsjetter hos GP fundholders skiftet maktbalansen fra sykehusspesialistene til primærlegene, og fremmet innovasjon i primærhelsetjenesten.

Grand (1999) skriver at det ikke er overraskende at det området hvor det var mulig å spore en signifikant endring, er der hvor insentivene var sterkest og bindingene var svakest. Han mener at det er minst tre lærdommer som vi kan trekke ut av de britiske erfaringene med et internt marked for helsetjenester: For det første at å gi primærlegegrupper et budsjett for å kjøpe sekundær-legetjenester kan fungere i forhold til å øke sykehusenes responsivitet, fremme innovasjon og å gi mer effektiv ressursutnyttning. Avhengig av tjenestene som kjøpes, trenger ikke grunnlagsbefolkningen som de opptrer på vegne av være så veldig stor. Noen primærlegegrupper kjøpte elektiv behandling for pasientgrupper så små som 5000 personer. Noen såkalte "Total Purchasing Pilots" (TPP) som kjøpte alle former for sekundær-behandling inkludert akuttbehandling, hadde pasientlister helt ned til 20000 personer. Primærlegegruppenes budsjetter var ikke risikjustert, selv om det var en forholdsvis begrenset pasientgruppe som var tilknyttet. I stedet var det en form for stopp-tap ("stop-loss") forsikringsordning som håndterte ekstreme utgifter. Dette var en ordning som eksisterte for mindre primærlegegrupper, men ikke for TPP.

En annen erfaring var et det må introduseres sterkere insentiver enn de som ble innført gjennom 1991-reformen om man skal ha noe håp om å få en vesentlig holdningsendring hos fagfolk og ledelse i sykehusene. Heller ikke bør antydningene til endring undergraves av stadig innblanding fra sentrale myndigheter, og av politisk press for å redde de som mislykkes. En tredje lærdom er at et insentivsystem bør appellere både til de som først og

fremst styres av profesjonsetikk samt de som kanskje mer heller mot egeninteresse og en profittmaksimerende tankegang. Også Iliffe og Munro (2000) peker at det britiske kvasi-markedet hadde minimal effekt fordi eksperimentet var basert på en manglende forståelse av insentiver hos profesjonelle og ledelse.

I den forbindelse peker Grand (1999) på at man bør være forsiktig med å implementere overforenklede insentivsystemer som undergraver den kategorien av fagfolk som først og fremst styres av profesjonsetikk. Insentivsystemet bør være robust, og appellere til begge kategorier. Han mener at ordningen med GP Fundholding hadde elementer av en slik robust insentivordning: Budsjettet kunne benyttes for å handle tjenester av nytte for pasientene og overskuddet kunne benyttes til å forbedre fasilitetene. Men samtidig økte også eiendomsverdien, dvs. at det således var en ordning som appellerte til begge kategorier.

5.1.2 1997-reformen

Utvidelse av ordningen med GP Fundholding var ett av de elementene som Labour-regjeringen valgte å bygge videre på da helsesektoren på ny ble reformert i 1997. Mens nøkkelord for 1991-reformen var valg for pasienten og konkurranse mellom tjenesteyterne, var stikkordene for 1997-reformen *samarbeid* og *medvirkning*. Riktignok ble bestiller-utfører modellen beholdt, men det interne markedet skulle erstattes av et system basert på ”partnerskap”: ”the short-termisms of the market will be replaced by a more stable framework based on longer-term relationships”:²⁴ Tjenesteavtaler mellom bestiller og utfører skal vare i minst tre år, men det er anledning til å skifte utfører dersom tjenesten som leveres ikke er tilfredsstillende. Ordningen med GP fundholders ble avskaffet og erstattet av det som benevnes Primary Care Groups (PCG), og som ledes av primærleger. PCG er imidlertid bare et stadium på vei mot Primary Care Trusts (PCT), forvaltningsselskap som er uavhengige og som kjøper et bredt spekter av tjenester. Helsebudsjettmidlene allokeres i hovedsak til disse gruppene (75%). Alle primærleger må inngå i en PCG.

De PCG’er som er dannet, er ansvarlig for å kjøpe alle helsetjenester for en geografisk definert befolkningmengde på mellom 30 000 til 250 000 personer. Dette representerer således en form for ”managed care” institusjon (Grand, 1999), tildels etter modell fra USA

²⁴ White Paper: *The New NHS: Modern Dependable*.

(se neste avsnitt). PCG'ene kan fortsatt beholde overskuddet, så lenge det blir benyttet til ting som er av nytte for pasientene.

Ilfie og Munro (2000) presenterer en tabell som sammenligner egenskaper ved de to ulike formene for primærlegegrupper – GP Fundholders og Primary Care Groups, og som vi velger å gjengi her:

Tabell 1. En sammenligning av egenskaper ved GP Fundholders og Primary Care Groups (Kilde: Iliffe og Munro, 2000).

Egenskap	GP Fundholders	Primary Care Groups
Befolkning	Liten, omkring 10.000 pasienter	Stor, omkring 100.000, noen nærmere 250.000
Obligatorisk/uniform	Nei, frivillig	Ja
Budsjett	Basert på historisk aktivitet	Beveger seg mot et system basert på vektet "capitation"
Ledelse	Primærlegepartnere	Primærlegepartnere, sykepleiere, sosialomsorg, lekfolk
Ansvar	Kun finansielt	Klinisk og finansielt, via bl.a. CHI
Tjenester som tilbys	Primærlegetjenester	Primærlegetjenester, i økende grad integrert med sosialomsorg
Tjenester som kjøpes	Ikke-akutte sykehustjenester og noen omsorgstjenester	Med tiden alle sykehus- og omsorgstjenester
Målsettinger	Kompetitivt orientert, med privatisering som en mulighet	Prestasjonsstyring av primærleger, behovsbasert folkehelseperspektiv

De eksisterende forvaltningsselskapene ble opprettholdt, men kan i motsetning til før beholde overskuddet sitt. Helsemyndighetene mister i hovedsak sitt bestilleransvar - bortsett fra for enkelte høyt spesialiserte tjenester - men vil ha et tilsynsansvar i forhold til PCG'ene. De har videre blitt redusert i antall, og blitt omdøpt fra DHA til "Strategiske helsemyndigheter".

To nye nasjonale institusjoner ble etablert: National Institute for Clinical Effectiveness (NICE) med ansvar for å sette standarder; og Council for Health Improvement (CHI) med ansvar for å håndheve dem. CHI besøker og evaluerer NHS institusjoner, og har i realiteten en slags inspektørfunksjon. Videre ble det etablert to nyskapinger: *NHS Direct* som er en telefontjeneste som enhver med et helseproblem kan ringe for å få råd; og *NHS Walk-in Centres*. Dette er som navnet antyder steder hvor enhver kan komme for å få medisinske råd. Begge institusjonene er i hovedsak bemannet med sykepleiere. Iliffe og Munro (2000) (side 327-328) gir en kort oversikt over innholdet i disse to ordningene, og viser til at legeprofesjonen samlet har vært både svært kritisk, og følt seg truet av disse nyskapingene. De mener at årsaken til det ligger i at denne formen for umiddelbar tilgang representerer et alternativ til tradisjonell konsultasjon hos primærleger og en omgåelse av primærlegenes rolle som "dørvakt".

Andre grep i reformen var innføringen av prestasjonsstyring ("performance management"), som bl.a. innebærer at institusjonenes måloppnåelse måles etter en rekke utvalgte indikatorer (se Smith, 2002).²⁵

Endringene synes således å være konsistent med erfaringene fra perioden 1991-1997: Erfaringen med bestiller-utfører modellen på ulike nivå viste at primærlegegrupper med eget budsjett var de mest effektive bestillerne. Ordningen ble således utvidet i omfang. Erfaringene viste også betydningen av at bestillerne kunne beholde overskudd, og også dette ble gjennom 1997-reformen utvidet til å omfatte utførerne, dvs. sykehusene/forvaltningsselskapene. Så selv om retorikken om det interne marked ble forlatt, ble sentrale elementer likevel beholdt.

²⁵ Se også <http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/index.html> for hvordan dette er implementert i praksis.

5.1.3 Kort om erfaringer

Det er gjerne for tidlig å si noe om erfaringer, men noen vurderinger gis i Grand (2002) som det kan være verdt å referere. Le Grand mener at det er bekymringsfullt at aktivitetsnivået i sektoren ser ut til å ha flatet ut, og at det til og med er en tendens til reduksjon, til tross for nevnte organisatoriske grep og en økning i finansielle ressurser. Det pekes på to mulige grunner til dette: *Kapasitetstegrensener* og muligens også *utilstrekkelige insentiver* hos de viktigste aktørene i systemet. Kapasitetsskranken omfatter i første rekke medisinsk personell. Storbritannia har etter internasjonal standard relativt få leger og sykepleiere. Tabellen under viser noen sammenlignende data på dette området.

Tabell 2. **Praktiserende leger, sykepleiere og senger per 1000 (Kilde: Health at a Glance, OECD, 2001).**

Land	Antall praktiserende leger	Antall praktiserende sykepleiere	Antall sykesenger	Antall akuttsengeplasser
Storbritannia	1,8	4,5	4,2	2,4
USA	2,7	8,3	3,7	3,1
Norge	2,8	10,1	14,5	3,2
Sverige	3,1	10,2	3,8	2,6
Finland	3,1	14,4	7,8	2,6
Danmark	3,4	7,3	4,5	3,3
Italia	5,9	4,6	5,5	4,9

En annen kapasitetsskranke er få akuttsengeplasser sammenlignet med andre land. Særlig mangel på leger og sykepleiere er en kapasitetsskranke som økte finansielle ressurser ikke kan rette opp på kort sikt.

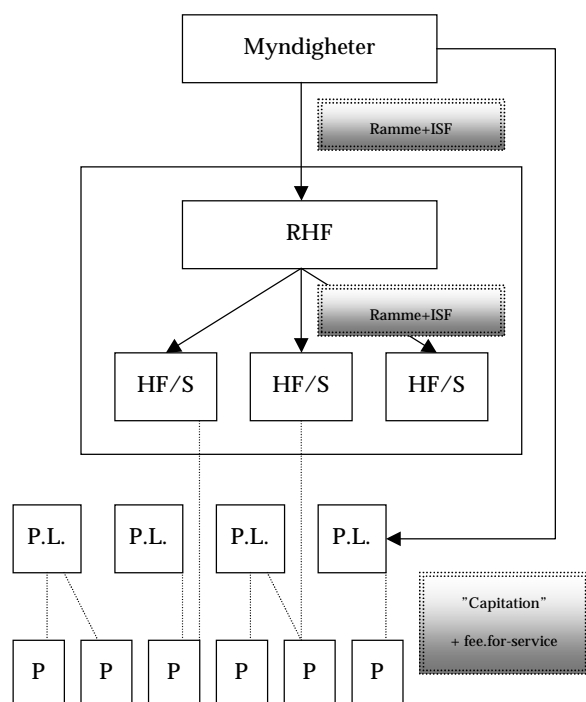
Grand (2002) er videre kritisk til insentivstrukturen i systemet. Ledelsen i sykehusene mottar en kontinuerlig strøm av målsettinger og direktiver fra sentralt hold. Og på samme tid som det oppmuntres til samarbeid og deling av erfaringer (beste praksis) med andre sykehus, står jobbsikkerheten i fare hvis de skårer resultatmessig dårligere enn sykehus som det er meningen de skal samarbeide med. En annen interessekonflikt oppstår hos NHS konsulentene, og som er betalt for et visst antall konsultasjoner per uke, og som parallelt har sin egen spesialistpraksis. Å operere to systemer ved siden av hverandre gir lett en pervers insentivstruktur: Konsulentene har vist en tendens til å henvise pasientene til privat praksis, fordi da får de betalt for å gjennomføre operasjonen, i motsetning til om operasjonen gjøres på sykehuset. Le Grand (*op. cit.*) skriver at det ikke er overraskende at det er lengst venteliste på de områder der spesialistene har den største private inntekten ved siden av. Hvis det er en målsetting å kutte ventelister, vil eksistensen av privat virksomhet ved siden av den offentlige undergrave denne målsettingen. Hans råd er at uansett hvilken insentivmodell man implementerer, er det viktig å implementere en insentivstruktur som ikke har interne konflikter, og der eksterne målsettinger ikke undergraver interne målsettinger.

Avslutningsvis etterlyser han større grad av konkurranse i den modellen som ble implementert i det britiske helsevesenet fra 1997, og han argumenter for at primærhelsetjenestetiftelsene – PCT – burde oppmuntres til å fokusere mer på sin bestillerrolle, kanskje gjennom å omdanne dem til institusjoner mer etter mønster av de integrerte helseforetakene i USA, som ikke lenger er bundet av en geografisk bestemt region og der pasientene kan velge hvilken PCT de ønsker å være medlem av.

5.1.4 En modell for det norske helsevesenet?

Spørsmålet er så om man kan tenke seg en insentivbasert finansieringsmodell basert på den britiske bestiller-utfører modellen implementert i det norske helsevesenet. Det første som må avklares er hvilken modell vi snakker om: En bestiller-utfører modell med en delt bestillerfunksjon (GP Fundholders/DHA) og konkurranse (Modell 1), eller en modell basert på mer langsiktige relasjoner, og der bestiller-funksjonen i hovedsak er samlet i én type institusjon (PCG/PCT). Dette kaller vi Modell 2.

Som en referanseramme vil vi ta utgangspunkt i dagens organisering og finansiering av tjenestene. Denne er skjematisk illustrert i figuren under.



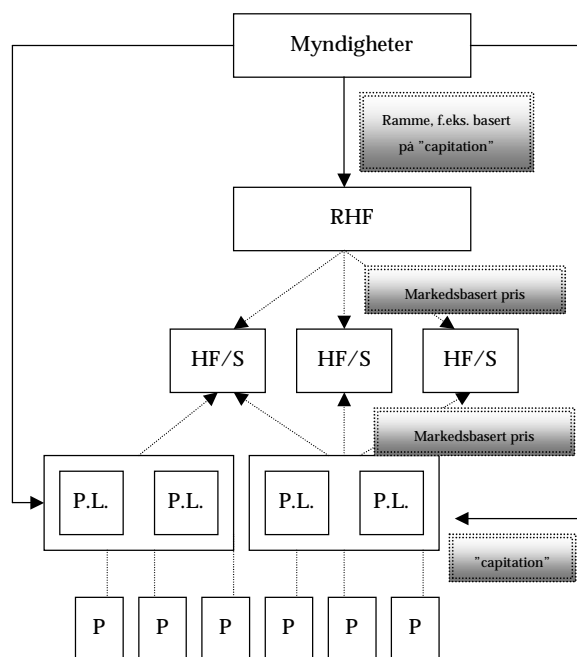
Figur 1. Grov skjematisk fremstilling av organisering og finansiering – dagens modell

I den norske modellen har det regionale helseforetaket det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenestene i regionen. Dette omfatter de offentlig eide sykehusene, institusjonene i psykiatrien, ambulansetjenesten, nødmeldingstjenesten, sykehusapotek, laboratorier og noen institusjoner i rusomsorgen. Dette er markert med en boks med heltrukket linje rundt RHF og de ulike helseforetakene/sykehusene.

Finansieringen mellom staten og RHF og mellom RHF og det enkelte HF/sykehus (HF/S i figuren) kan grovt sett karakteriseres som en kombinasjon av rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering. Det er ingen konkurransemessig fastsettelse av priser eller relasjoner. Dette er markert med heltrukne relasjonslinjer, der pilretningen viser finansieringsflyten.

Videre har man en fastlegeordning, der primærlegen (P.L. i figuren) får et fast tilskudd per tilknyttet pasient (P i figuren), uavhengig av om legen konsulteres eller ikke. I tillegg kommer en betaling basert på faktiske tjenester. Pasienten kan velge fastlege og ved behandlingsbehov; hvilket sykehus behandlingen skal skje ved. Disse valgmulighetene er markert med en stiplet relasjonslinje.

En alternativ organiserings- og finansieringsmodell, der det er tatt utgangspunkt i en rendyrket versjon av den britiske organiseringen av helsevesenet mellom 1991 og –97, er vist i figuren under.



Figur 2. Modell 1 - organisering og finansiering

Her er bestilleransvaret delt mellom primærlegegrupper og det regionale helseforetaket.²⁶ Skillet i bestilleransvaret kan f.eks. gå mellom elektiv behandling på den ene side og akutt, psykiatri osv. på den andre siden. Pasientene kan velge hvilken primærlegegruppe de ønsker å være tilknyttet, og dette bestemmer også gruppens finansiering gjennom "capitation"-satsene. Dermed introduseres konkurranse mellom legegruppene. Dette budsjettet skal benyttes til å finansiere konsultasjon, visse polikliniske tjenester og kjøp av ekstern elektiv behandling. Elektiv behandling kan kjøpes både innenfor og utenfor regionen. For eksempel; ved kortsiktige kapasitetsskranke lokalt kan pasienten få valget mellom å vente eller få behandling ved et sykehus utenfor regionen. Ved kapasitetsoverskudd kan det enkelte sykehus/helseforetak også selge tjenester i et nasjonalt "spot-marked" for elektiv behandling.

²⁶ En norsk parallell til primærlegegruppene finnes i de ulike private legesentrene som det etter hvert har blitt en del av i Norge.

Dermed introduseres konkurranse mellom sykehusene regionalt og nasjonalt gjennom det nasjonale ”spot markedet”.

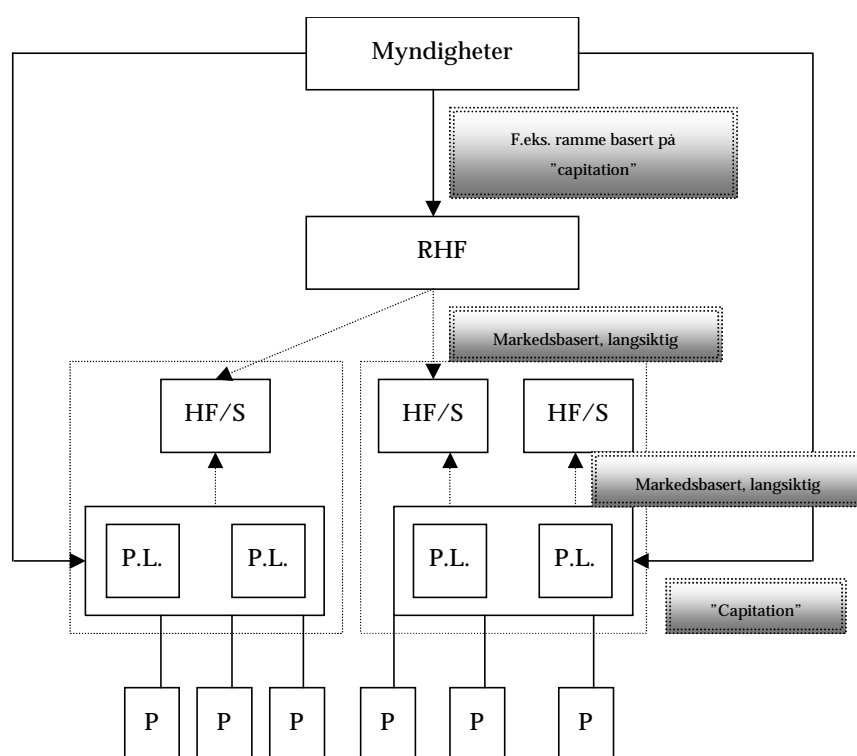
Risikohensyn taler for en nedre grense på størrelsen for disse gruppene (antall medlemmer) i kombinasjon med f.eks. stopp-tap ordninger der det regionale helseforetaket overtar det finansielle ansvaret for finansielt krevende pasienter.

Man kan videre tenke seg at også det regionale helseforetaket får tildelt et budsjett basert på ”capitation” og befolkningsgrunnlaget i regionen. For dette budsjettet har de et ansvar for å sørge for et tilfredsstillende tilbud mht. akutt behandling etc. ”Capitation”-satsene på de to nivåene vil gjerne være justert for demografiske og geografiske forhold. Priser og allokering av tjenesteproduksjonen er i utgangspunktet markedsbestemt. Dette gjelder både mellom RHF og helseforetakene, og mellom primærlegegruppene og helseforetakene/de enkelte sykehus. Dette er markert med stiplede relasjonslinjer. For enkelte typer tjenester vil det være aktuelt med mer langsiktige forhandlingsbaserte, eller regulerte priser, relasjoner, bl.a. for å sikre investeringsinsentiver og å skjerme mot monopolistisk prising. I praksis vil det være behov for å regulere både priser og den avkastningsrate som helseforetakene kan realisere fordi konkurransesituasjonen i de fleste regioner ikke tillater full markedsbasert prising. Vi henviser her til diskusjonen i kapittel 3. Vi legger den britiske modellen til grunn når det gjelder overskudd, dvs. at dette kan beholdes så lenge det benyttes til pasientenes beste.

Dette er en modell som innebærer en vesentlig omlegging i forhold til dagens organiserings- og finansieringsmodell. De regionale helseforetakene får en ren bestillerfunksjon og et snevrere bestilleransvar enn de har i dag. Samtidig innføres en ny bestillerenhet, nemlig legegruppene, med et selvstendig budsjettansvar. Legegruppene har imidlertid sin parallell til de private legesentraene som vi etter hvert har en rekke av i Norge. Disse er basert på medlemskap, og tilbyr et gitt spekter av tjenester til sine medlemmer. I tillegg selger de visse tjenester til de regionale helseforetakene. I denne modellen er det motsatt; primærlegegruppen kjøper tjenester av helseforetakene. Implikasjonen av Modell 1 er altså at i stedet for fastlege kan man velge hvilket legesenter man vil være medlem av, og at det er staten som betaler medlemskapet.

Et kjerneelement i den britiske reformen av 1997 var at det er primærhelsetjenestegruppene som i hovedsak er bestillerne, og at det er sykehusene som er utførerne. Regionale (og

nasjonale) helsemyndigheter vil fortsatt kunne ha et bestiller-ansvar for enkelte mer spesialiserte funksjoner, akuttjenester, undervisning etc.. I modell 2 har vi således fortsatt antatt et delt bestilleransvar, men det regionale helseforetaket har ansvar for enda færre og mer spesialiserte tjenester enn i Modell 1. Det vil si at hovedtyngden av bestilleransvaret er flyttet ned til primærlegegruppene. Primærlegegruppen får tildelt et budsjett basert på "capitation" ut fra hvor mange pasienter som er medlemmer. Gruppen forhandler frem langsiktige avtaler med sykehusene som gjør det i stand til å tilby et bredt spekter av tjenester på vegne av sine pasienter. Dette er markert med en stiplet boks og stiplede relasjonslinjer i figuren. Det enkelte sykehus sitt budsjett er som i den forrige modellen basert på salg av tjenester til primærlegegruppene og til regionale- og nasjonale helsemyndigheter.



Figur 3. Modell 2 - organisering og finansiering

Primærlegegruppene er altså større enn i den forrige modellen, noe som også er nødvendig siden de har ansvar for å dekke et større spekter av helsebehovet til "medlemsmassen", f.eks.

både elektiv og akuttbehandling. Finansieringen av primærlegegruppene er fortsatt basert på ”capitation”, det samme kan man tenke seg for det regionale helseforetaket.

I den britiske modellen fra 1997 er pasientene knyttet til en primærlegegruppe ut fra geografiske kriterier. Hvis vi tar inn over oss noen av rådene som har kommet i forhold til å introdusere konkurranse og pasientvalg, kan man tenke seg at det er frivillig hvilken gruppe man ønsker å være medlem av. Om man ut fra sitt bosted i utgangspunktet er medlem av én gruppe, kan man likevel bytte hvis man er misfornøyd med tjenestetilbudet.

Fritt pasientvalg impliserer gjerne flere, men mindre legegrupper. Dette har igjen konsekvenser for hvilke typer tjenester gruppen kan få ansvar for å kjøpe på vegne av sine ”medlemmer”. Flere og mindre legegrupper kombinert med fritt pasientvalg trekker i retning av Modell 1, der legegruppen i tillegg til å tilby konsultasjon og poliklinisk behandling, kjøper de fleste typer elektiv behandling utenfor ”huset”.

Modell 2 representerer også en mer dramatisk omlegging enn Modell 1. Dette gjelder både ved at legegruppene får ansvar for å sørge for nesten hele spekteret av helsebehov for sine medlemmer, inklusive akutt behandling (og at de regionale helseforetakenes bestiller-ansvar blir redusert tilsvarende) og ved at ordningen med fritt valg av fastlege og behandlende sykehus i praksis blir fjernet. Mange regioner og distrikter i Norge har imidlertid et forholdsvis tynt befolkningsgrunnlag. Det vil således være lite å vinne ved å overføre bestilleransvaret for akutt ned til én større legegruppe, selv om vi ikke skal utelukke at denne gruppen har samme bestiller-kompetanse som det regionale helseforetaket. Sammenholder man dette med den negative effekten som tapet av fritt valg av sykehus og primærlege kan gi, er vår vurdering at modellen er lite hensiktsmessig i en norsk sammenheng.

Dersom vi bygger videre på Modell 2, og i tillegg til fritt pasientvalg også tegner en heltrukket linje på boksen mellom primærlegegruppen og helseforetak/sykehus, dvs. at vi har vertikal integrasjon, er vi over i Medicaid og ”managed care”-modellen fra USA. Dette er tema for neste avsnitt.

5.2 Anbudskonkurranse for helsetjenester basert på ”capitation”

USA må sies å ha vært et foregangsland i forhold til anvendelsen av markedsmekanismer i helsesektoren, og flere av tilnærmingene har vært med utgangspunkt i Medicaid. Men vi ser

også at utviklingen har hatt sin forløper i trender i privat sektor. I USA er finansieringen av helsetjenester i hovedsak forsikringsbasert. I det private markedet er det gjerne et firma som betaler forsikringspremien for sine ansatte, mens Medicaid og Medicare er føderale og delstatsfinansierte helseforsikringsprogram rettet mot henholdsvis fattige og eldre.

I et slikt marked er det mange aktører som er involvert i å kjøpe helsetjenester fra sykehusene: leger, pasienter, forsikringsselskap (private eller medicaid/medicare) og ansatte eller medicare/medicaid-kvalifiserte. Hver aktør har ulike kriterier eller retningslinjer som styrer valget av tjenesteprodusent, og konkurransedynamikken formes av i hvilken grad den enkelte aktør har mulighet til å påvirke dette valget. Institusjonen som finansierer tjenestene kan i en slik sammenheng opptre enten *passivt* ved kun å behandle forsikringskrav etter hvert som de oppstår, eller *aktivt*, gjennom å kanalisere forsikringstakere til bestemte helseprodusenter. I den første modellen er valg av sykehus i stor grad under kontroll av henvisende lege. Det vil si at sykehus konkurrerer om pasienter gjennom legene. Siden henvisende lege i liten grad er prissensitiv, vil etterspørselen etter tjenestene til en helseprodusent i stor grad være bestemt av en sammenligning av kvalitet og bekvemmeligheter. Tilgjengeligheten av teknisk sofistikert utstyr, moderne fasiliteter, og gode parkeringsmuligheter er noen kritiske dimensjoner i konkurransen mellom sykehus i en slik modell (Zwanziger, et al., 1994). Et resultat av konkurranse i legedominerte markeder er gjerne kostnadsøkning.

Dette var en erfaring som både private og offentlige forsikringsordninger i USA erfarte frem mot begynnelsen åtti-tallet, og som førte til en overgang mot ordninger der både private og offentlige finansieringsinstitusjoner opptrådte mer aktivt. I forsikringsdominerte markeder vil sykehusene konkurrere på grunnlag av pris så vel som kvalitet. Gjennom sin evne til å kanalisere forsikringstakerne til bestemte tjenesteytere, vil forsikringsselskapet kunne forhandle frem gunstigere priser fra tjenesteyterne. En avtale med et forsikringsselskap er imidlertid ingen garanti for pasienter. Etter å ha konkurrert om å bli inkludert i forsikringsselskapets nettverk av tjenesteprodusenter, må det konkurrere om pasientene gjennom henvisende lege, og senere gjennom å levere kvalitet, slik at pasienten i neste omgang ikke foretrekker et annet sykehus. En konsekvens er at en tjenesteprodusent som er i stand til å holde kostnadene under kontroll, ikke bare er bedre i stand til å sikre seg en

kontrakt med et forsikringselskap, men også bedre i stand til å konkurrere om pasientene.²⁷ Den tradisjonelle forsikringsmodellen er imidlertid ikke så vanlig i USA lenger, men prinsippene fra den *aktive tilnærmingen* er beholdt. Vi vil se nærmere på denne utviklingen, og da med utgangspunkt i Medicaid.

Medicaid ble som kjent etablert i 1965, og over de neste 25 årene vokste så vel deltagelse i programmet som kostnader langt ut over forventningene. Selv om å utvide programmets dekning til å omfatte barn, gravide, handikappede, og andre medisinske trengende var en sentral målsetting, medførte det presset som kostnadsveksten la på delstatsbudsjettene at kostnadsbegrensende tiltak også ble en viktig målsetting (Holahan, et al., 1999). Innføringen av prospektive betalingssystemer (PPS) og DRG i Medicare i 1983 kan sees i lys av dette (Melzer og Chung, 2001). Et annet tiltak var innføringen av selektive kontrakter ("Selective Provider Contracting" - SPC). Medi-Cal, Californias Medicaid variant, innførte dette samtidig med PPS.

Tiltaket var et forsøk på å fremme *priskonkurranse* i Medicaid-markedet²⁸ i tråd med det som vi overfor har beskrevet som en *aktiv* forsikringsmodell. SPC innebar at kvalifiserte helseprodusenter fikk muligheten til å forhandle frem en helseproduksjonsavtale med Medi-Cal, der foretaket til gjengjeld for rabatterte per-diem satser²⁹ fikk kanalisert Medical pasienter til seg.³⁰ Foretak som ikke hadde en slik avtale ville ikke få refunderte kostnadene til behandling av Medicaid-pasienter, med unntak av akuttbehandling.

En tredje tilnærming har vært såkalt "managed care". Medicaid "managed care" (MMC heretter) har hatt en nærmest eksplosjonsartet vekst i USA på nittitallet. Utviklingen må sees

²⁷ Vi vil senere komme inn på hvilke negative effekter en slik modell kan ha, for eksempel i forhold til pasientseleksjon.

²⁸ Se en beskrivelse i Keijser og Kirkman-Liff (1992), side 41-42 og en evaluering i Melzer og Chung (2001) og Zwanziger og Melnick (1988) og Zwanziger, et al. (1994). De sistnevnte finner at konkurranse gjennom PPO har ført til at sykehusene har senket sine kostnader signifikant. På den annen side finner Melzer og Chung at kombinasjonen av konkurranse og prospektive betalingssystemer under PPS gir insentiver til å selektivt redusere utgiftene på de mest krevende pasientene. Dette understreker behovet for å nøye overvåke utfall for de sykeste pasientene under prospektive betalingssystemer brukt i en kompetitiv sammenheng.

²⁹ Alt inklusive, uavhengig av diagnose, pleieintensitet, eller oppholdslengde.

³⁰ Prosessen ble betegnet som en anbudsprosess. Lovgivningen åpne for både anbud og forhandlinger, men Bovbjerg, et al. (1987) peker på at i realiteten var den faktiske prosessen basert på bilaterale forhandlinger, angivelig for å spare tid.

på bakgrunn av veksten i tilsvarende tilnærminger i det private markedet, der en forsikringstaker (for eksempel et firma) forhandlet frem en avtale med en helsevirksomhet (typisk en "Health Management Organization" – HMO eller en Preferred Provider Organization - PPO), med sikte på at helseforetaket på grunnlaget av en premie per medlem tok ansvar for å dekke medlemmets helsebehov. Slike helsevirksomheter baserer seg igjen på markedsbaserte metoder for å inngå kontrakt med sine underleverandører – forsikrings-selskap, sykehus, leger osv. – med sikte på å oppnå en best mulig kombinasjon av pris og kvalitet. "Managed care" er nå den dominerende modellen for produksjonen av helsetjenester i USA, og svært mange bedrifter anvender tilnærminger som anbuds konkurranse og benchmarking som grunnlag for å fastsette hhv. priser og kvalitet på tjenestene som deres ansatte mottar fra helseforetakene.³¹

5.2.1 Managed Care i USA

I 1991 var det 3 millioner Medicaid-kvalifiserte som deltok i MMC. I 1999 var dette steget til om lag 17 millioner, og i 2001 var det 44 millioner lav-inntekts amerikanere som deltok. Over halvparten (56%) av de Medicaid-kvalifiserte mottok i 2001 helsetjenester gjennom en eller annen form for MMC ordning.³² I Holahan, et al., (1999) vises det til flere grunner til denne utviklingen. En av grunnene var at de administrativt fastsatte satsene var så lave at mange tjenesteytere trakk seg fra deltagelse i programmet. Andre grunner var sterk utgiftsvekst, behov for å sikre bedre tilgang til helsetjenester, samt behov for sterkere budsjettkontroll.

De to hovedtilnærmingene som benyttes i MMC er a) en risikobasert modell der et helseforetak – MCO - betales et fast månedlig beløp per medlem og derigjennom påtar seg den fulle eller deler av den finansielle risiko knyttet til å levere et bredt spekter av medisinske tjenester; og b) Fee-for-Service Primary Care Case Management (PCCM). I det siste tilfellet er en tjenesteyter – vanligvis pasientens primærlege – ansvarlig for å fungere som en slags "dørvakt", dvs. godkjenne og overvåke det tjenestetilbud som et Medicaid-kvalifisert medlem får. Disse "dørvaktene" påtar seg ingen finansiell risiko, men får betalt en per-pasient

³¹ Se *Health Affairs*, mai/juni 1998.

³² Se Hurley, et al. (2000) samt Kaiser Commission, *Key Facts*, desember 2001.

månedlig administrasjonsgebyr.³³ En nærliggende parallell er norske fastleger. Her vil vi først og fremst se nærmere på a).

MMC er i mange stater basert på såkalt ”*capitation*”. Dette er kan grovt sett sies å være en slags forsikringspremie. Når Medicaid inngår en avtale med en Managed Care Organization (MCO) betaler det en premie for hvert Medicaid-kvalifisert som velger å bli medlem av organisasjonen, mens dette på sin side påtar seg å dekke helsebehovene til medlemmene. Premien må altså være en aktuarisk refleksjon av de kostnader som man forventer vil oppstå knyttet til å dekke medlemmenes helsebehov innenfor en nærmere bestemt avgrensning. Helseforetaket vil være i stand til å dekke det gitte spekter av ulike helsebehov gjennom avtaler med underleverandører.

En Managed Care Organization kan grovt sett sies å være en slags vertikalt integrert organisasjon som både ivaretar pooling av risiko og tilbyr et bredt spekter av helsetjenester. Vi kan kalle det et slags helseforetak, selv om det selvsagt klart skiller seg fra de norske HF. I de delstatene som benytter seg av ”*capitated managed care*” for Medicaid, er hvert medlem som kvalifiserer til Medicaid fritt til å velge hvilket helseforetak de ønsker å være tilknyttet. For hvert Medicaid-medlem som knytter seg til et helseforetak, overfører myndighetene det avtalte beløp per medlem (”*capitation rate*”). Myndighetene søker aktivt å informere Medicaid-pasienter, slik at de kan få et kvalifisert grunnlag for å velge hvilket HMO de skal være medlem av, og de kan også senere skifte til et annet. Dermed introduseres konkurranse mellom HMO’ene om kundene. Samtidig gir vertikal integrasjon av forsikring og tjenesteproduksjon et sterkt insentiv til kostnadskontroll og effektiv drift. På den annen side er det fortsatt insentiver til pasientseleksjon. Tjenesteutøverne vil søke å tiltrekke seg de ”lønnsomme” kundene og unngå de ”kostbare”. Problemet kan imidlertid reduseres ved å fastsette ulike premier for pasientgrupper med ulik helserisiko. (se f.eks. Melzer og Chung (2001), som også indikerer noen tilnærminger til hvordan dette problemet kan reduseres). Videre vil mulighetene til å forfølge manglende tjenesteyting rettslig, virke disiplinerende i forhold til omfanget av de tjenester som tilbys den enkelte pasient.

³³ Også andre betalingssystemer finnes, for eksempel et bonusbasert betalingssystem, se Holahan, et al. (1999), side 2.

Premien kan for eksempel fastsettes i) administrativt; ii) basert på forhandlinger; iii) kompetitivt gjennom anbudskonkurranse³⁴ eller en kombinasjon av anbudskonkurranse og forhandlinger. Holahan, et al. (1999) gjennomførte en undersøkelse av omfanget og innretning for "capitated" MMC i USA i 1998. Av de 41 statene som responderte, var det om lag halvparten (21) som benyttet administrativt fastsatte "capitation" satser. Denne tilnærmingen innebærer at man fastsetter satser, og hvor det er fritt om helseforetakene ønsker å delta. Utgangspunktet for å fastsette satsene er kostnadsdata fra deres fee-for-service erfaringer, og et 5-15% kutt i forhold til dette grunnlaget, samt årlige justeringer. Av de resterende statene var det 6 som forhandler satsene med helseforetakene individuelt, mens det var 14 som anvendte en anbudskonkurranse eller anbudskonkurranse kombinert med avsluttende forhandlinger. Imidlertid var det en rekke av de 21 statene som anvendte administrativt fastsatte priser som planla å anvende anbudskonkurranse. Typisk kontraktsperiode er fra 2-5 år. De fleste stater fastsetter ulike satser for ulike demografiske grupper. En rekke stater varierer også satsene mellom regioner.

5.2.2 Erfaringer med anbudskonkurranse for å fastsette "capitation"

Arizona er den delstaten med lengst erfaring med konkurransemessig fastsatte "capitation" rater.³⁵ Staten anvender anbudskonkurranse kombinert med forhandlinger for å inngå fem-års kontrakter, med årlige justeringer for inflasjon og andre innholdsmessige endringer. For å fastsette en referanseramme før prosessen, samarbeider staten med uavhengige aktuarer for å fastsette en øvre og nedre grense for "capitation" satsene. Denne referanserammen gjøres ikke tilgjengelig for budgiverne, men benyttes som grunnlag for de påfølgende forhandlinger. Budgiverne definerer et geografisk område som de er villig til å dekke. Videre presenterer de en detaljert oversikt over det tjenestetilbudet som inngår, og identifiserer alle leger, sykehus, apotek, ambulanseselskap og andre helseunderleverandører som vil anvendes. Alle kontrakter med underleverandører må være inngått før en kontrakt kan inngås. Keijser og Kirkman-Liff (1992) refererer til statistiske analyser som ble utført av hvilke faktorer som påvirket de priser

³⁴ Anbudskonkurranse benyttes også på andre områder relatert til Medicaid og Medicare eller i USA, bl.a. i forhold til kjøp av laboratorietjenester og valg av leverandør av såkalt varig medisinsk utstyr (rullestoler etc.), se McCombs og Christianson (). Dette er imidlertid områder som ikke representerer spesielle utfordringer sammenlignet med tradisjonelle anvendelser av anbudskonkurranse, og vi vil ikke vie dette nærmere oppmerksomhet her.

³⁵ Her baserer vi oss på Keijser og Kirkman-Liff (1992) og Holahan, et al. (1999).

som ble fastsatt gjennom anbudsprosessen det første året dette ble benyttet.³⁶ Her var signifikante faktorer konsekvensene av tapte pasienter som følge av å tape budkonkurransen, budgiverens finansielle styrke, samt antall konkurrerende budgivere. Andre faktorer som spilte inn var selvsagt forventede kostnader knyttet til å dekke helsebehovet til hver undergruppe av medlemmer, samlet kapasitet (dvs. et mål på stordriftsfordeler) samt administrative kostnader.

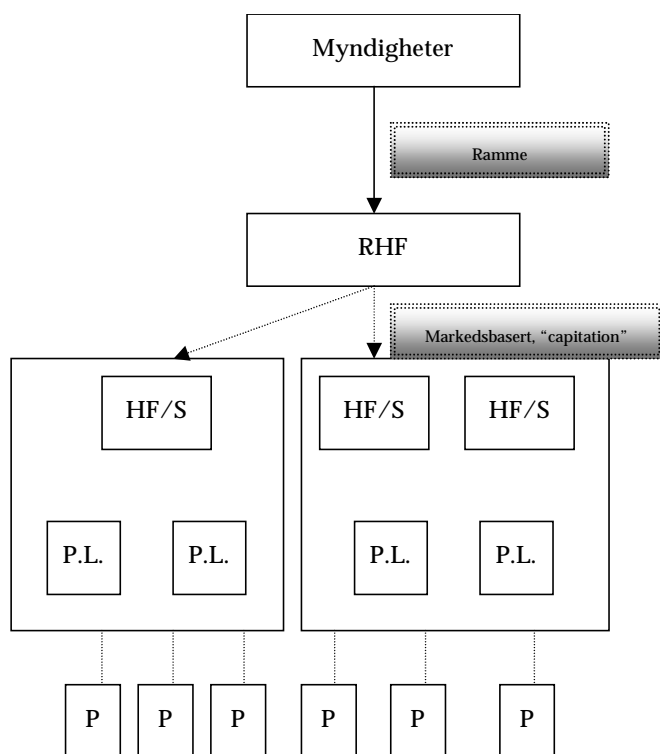
Gjennom å inngå kontrakt med flere konkurrerende helseforetak innenfor en region har man oppnådd flere ting. En ting er selvsagt mulighetene for at Medicaid-kvalifiserte kan velge hvilket helseforetak de ønsker å være medlem av, og har muligheten til å bytte om de skulle være misfornøyd. En annen er at dersom et foretak skulle gå konkurs, er det et annet som kan overta medlemmene. For det tredje gir dette et ”ris bak speilet”: Dersom et foretak ikke leverer tilfredsstillende kvalitet, eller på andre måter misligholder kontrakten, er trusselen om å frata foretaket klienter reell.

Keijser og Kirkman-Liff (1992) antyder at Arizona oppnådde en kostnadsbesparelse på mellom 5 til 12% sammenlignet med kostnadene ved den konvensjonelle Medicaid-tilnærmingen. Videre sørget anvendelsen av markedsmekanismer for at ineffektive helseforetak ble skjøvet ut fra Medicaid-markedet, noe som resulterte i færre, men større MCO'er. Videre pekes det på at helseforetakene som vant kontrakter måtte utvikle bedre ledelses- og informasjonssystemer, og synes å ha blitt bedre på kostnadskontroll og kvalitetssikring. Også Kessler og McClellan (2000) ser på konsekvensene av sykehuskonkurransen om pasienter innenfor Medicare programmet fra 1985 til 1994. De finner at velferdsvirkningene av konkurranse på 80-tallet var tvetydige. Imidlertid viser resultatene for 90-tallet en entydning positiv effekt på samfunnsøkonomisk velferd. De mener at fremveksten av ”managed care” på 90-tallet bidrar delvis til å forklare dette resultatet.

³⁶ Dette er sannsynligvis det året som er gunstigst for denne type analyse siden alle budgiverne byr på samme informasjonsgrunnlag. I påfølgende anbudsrunder vil tidligere vinnere være bedre informert enn nykommere. Likevel har nye helseforetak kommet til med tiden. Dette har typisk vært sammenslutninger (”joint ventures”) av sykehus og leger som tidligere har vært underleverandører til vinnende helseforetak i tidligere runder.

5.2.3 En modell for Norge?

Et spørsmål som det er naturlig å stille nå, er om dette er "capitated managed care" er en modell som har en potensiell anvendelse i Norge. Én tilnærming til å innføre en slik modell, kan være at RHF eller staten inngår en avtale med ulike helseforetak i en region, som igjen inngår i et vertikalt integrert konsortium av sykehus, leger, apotek, ambulansetjenester etc.. "Capitation" satsene kan fastsettes kompetitivt i de regioner der konkurransesituasjonen tillater dette. Dette er søkt fremstilt i figuren under.



Figur 4. Modell 3 - organisering og finansiering

I prinsippet kan man tenke seg at det ikke er RHF som er ansvarlig for å forhandle med helseforetakene, men staten. RHF kan i så fall ha ansvaret for visse regionale helsetjenester så som f.eks. psykiatri. Pasientene kan selvsagt velge hvilket integrert helseforetak de ønsker å være medlem av. De gis grunnlag for å gjøre kvalifiserte valg, og gis anledning til å bytte dersom de er misfornøyd med kvaliteten eller sammensetningen av tilbudet.

Av flere grunner er vi skeptisk til en modell basert på ”capitation” og integrerte helseforetak i Norge. I USA har man et blandet marked, med både privat og offentlig finansiert helseproduksjon gjennom Medicaid og Medicare. I de fleste stater og i de fleste områder er det en rekke ulike tjenesteprodusenter og et stort markedsgrunnlag. De ulike tjenesteprodusentene i verdikjeden kan inngå i konkurrerende konstellasjoner, og de helseforetak som taper i anbudskonkurransen om Medicaid-kontrakt har fortsatt muligheten til å konkurrere i det private markedet. Videre er helseforetakene private. Det vil si at myndighetene ikke føler noe implisitt ansvar for selskapets fortsatte virksomhet etter at det eventuelt har tapt anbudskonkurransen. I Storbritannia var den implisitte vertikale integrasjon som fortsatt ligger under en bestiller-utfører modell innført innenfor en ramme av et offentlig helsevesen, en medvirkende årsak til at modellen aldri fikk luft under vingene. Skal modellen fungere, må det eksistere *reell* konkurranse mellom ulike helseforetak, og å tape anbudskonkurransen må få økonomiske konsekvenser. Videre tilsier fritt pasientvalg at det bør utpekes flere enn én vinner.

Modellen passer altså for et helt annet regime enn ett som er dominert av offentlige helseproduksjon, relativt få store offentlige helseprodusenter innenfor den enkelte region, og i mange regioner og områder en relativt beskjeden etterspørselsside.³⁷ Tilnærmingen passer altså for et helt annet marked enn det vi har i Norge i dag.

”Capitation” har likevel en potensiell anvendelse på over- og underordnet nivå. På underordnet nivå kan man tenke seg konkurransemessig fastsatte ”capitation” satser for bl.a. primærleger. På overordnet nivå kan myndighetene fastsette ”capitation” satser på aktuarisk grunnlag for de regionale helseforetakene – her har markedsmekanismer liten hensikt - som igjen har et sørge-for-ansvar innenfor sin region. Som vi senere vil komme inn på har det regionale helseforetaket gode muligheter til å anvende markedsmekanismer på en smart måte innenfor sin region.

³⁷ Til sammenligning har California 34,5 millioner innbyggere, og bare i Los Angeles (County) er det nærmere 10 millioner innbyggere.

5.3 Anbudskonkurranse, allokering og prising av tjenester

Det norske stykkprissystemet er en prospektiv metode for sykehusfinansiering hvor sykehuset betales en fast pris pr. behandling beregnet ut fra et såkalt diagnoserelatert klassifiseringssystem (DRG-prising). Mens et slikt system eliminerer noen av de problemene som er knyttet til et retrospektivt finansieringssystem, introduseres også noen nye.

Et sentralt problem er å fastsette relative og absolutte priser på de behandlinger som klassifiseringssystemet omfatter. Ofte benyttes historiske kostnader som grunnlag for å fastsette priser administrativt. Det er likevel vanskelig å estimere slike priser. En grunn kan være at datagrunnlag ikke reflekterer faktiske kostnader. En annen grunn kan være at tjenesteprodusentene er svært lite villig til å avsløre sine kostnader ved tjenesteproduksjonen. Det vil si at å fastsette og administrere stykkpriser er en særdeles komplisert øvelse. I motsetning til markedsbaserte priser vil heller ikke administrativt fastsatte priser uten videre tilpasse seg endringer i underliggende forhold, så som endringer i kostnadsstruktur. Myndighetene kan ha en mistanke om at prisene er for høye, men de vet heller ikke hva som er riktig pris. Ved hjelp av auksjon og anbudskonkurranse kan man benytte markedsmekanismer til å allokere og prisen tjenesteproduksjonen, slik at man overvinne de problemene man nødvendigvis vil måtte slite med når prisene fastsette administrativt.

Anbudskonkurranse representerer også en tiltalende tilnærming til å håndtere den ”rente” eller ekstraordinære fortjeneste som oppstår ved administrativt fastsatte DRG-priser, bl.a. på grunn av ulik effektivitet mellom ulike helseprodusenter. En vel utformet anbudskonkurranse skal i prinsippet gi tjenesteprodusentene incentiver til å avsløre egne kostnader, og dersom et tilstrekkelig stort antall budgivere konkurrerer, vil det vinnende bud komme nært de faktiske kostnadene ved å produsere tjenesten. Videre vil auksjonsmekanismens allokeringfunksjon bidra til at de tjenesteprodusentene som forventer å kunne produsere en gitt tjeneste mest effektivt også blir tildelt oppgaven. I et slikt system vil vi altså forvente en tendens til spesialisering av tjenesteproduksjonen mellom de ulike tjenesteprodusentene.

Men mens anbudskonkurranse kan bidra til å løse noen problemer, skapes det også noen nye. Man må ha klart for seg at anbudskonkurranse er et verktøy for prising og allokering av kapasitet, mens aspekter knyttet til kvalitet og tilgang må sikres med andre egnede verktøy. Samtidig er det klart at med det store spekteret av tjenester som produseres i det norske helsevesenet, kan man ikke legge en vanlig anbudskonkurranse - der man har et lukket bud og

velger ut en eksklusiv tjenesteprodusent – til grunn. Siden det er ulike former for synergier mellom de ulike tjenestene, samt at det ofte er stordriftsfordeler i tjenesteproduksjonen, må vi trekke inn mer avanserte auksjonsmekanismer, og som tillater at flere tjenester legges ut på anbud samtidig. Videre er det klart at det ikke er alle typer tjenester som egner seg for anbud. For akuttbehandling kan man argumentere for at forhandlingsbaserte, langsiktige kontrakter, eller til og med vertikalt integrerte løsninger er mer egnet. Fokus i dette avsnittet vil være på elektivt behandling, men også der må budvariabelen være tilpasset hvilken tjeneste det faktisk er snakk om. For enkelte tjenester kan budvariabelen være per behandling, for andre typer kan budvariabelen være sengedøgn eller annet.

I det følgende vil vi presentere en modell basert på Hoerger og Waters (1993), der tjenesteproduksjonen allokeres og priser fastsettes ved hjelp av anbudskonkurranse. De drøfter også noen av de problemene en slik modell reiser, og ulike tilnærminger til å løse disse. Vi vil også henge drøftingen av en potensiell anvendelse i en norsk helsesammenheng på deres modell, men vil utvide modellen med elementer fra nyere auksjonsteori, samt prøve å tilpasse modellen til en norsk ramme.

Hoerger og Waters (1993) ser på ulike modeller.³⁸ I den første modellen er det kun én vinner og én tjeneste som produseres, og vedkommende produsent får en eksklusiv rett til å produsere tjenesten. I den andre modellen utpekes flere vinnere. Denne modellen kan også utvides til å omfatte flere tjenester. I den fjerde modellen er det flere enn én som finansierer tjenesteproduksjonen, (jf. USA med Medicaid og forsikringsselskap). Den første modellen er i strid med prinsippet om fritt sykehusvalg. Den fjerde modeller er heller ikke så aktuell i en norsk virkelighet. Den andre og tredje modellen er imidlertid mer aktuell.

Relaterer vi først den andre modellen til en norsk virkelighet, kan man f.eks. tenke seg at RHF er finansiert på *per capita* basis fra staten, med et regionalt ”sørge for ansvar”. RHF vil dermed være opptatt av å få mest mulig helse ut av sitt budsjett, og vil således ønske å optimalisere tjenesteproduksjonen mellom de ulike regionale HF. Priser fastsatt gjennom auksjon blir et virkemiddel til dette. De ulike HF i en region vil altså konkurrere seg i mellom

³⁸ En annen modell analyseres i Dalen, et al. (2001).

om retten til å få utføre de ulike tjenestene for en bestemt periode.³⁹ Siden det utpekes flere vinnere, kan pasientene fritt velge tjenesteproducent blant vinnerne.⁴⁰ Henvissende lege⁴¹ har en dørvaktfunksjon, og er f.eks. finansiert av RHF. Henvissende lege opptrer videre som en agent for pasienten.

La oss først se på modellen med én tjeneste og flere vinnere. I utgangspunktet tenker vi oss at de potensielle tjenesteprodusentene A, B og C legger inn bud om retten til å tilby en gitt behandling. Budvariabelen er hvilken pris de skal ha for å utføre behandlingen. Vi kan tenke oss at dette er en type elektiv, relativt standardisert behandling. Når pasientene kan velge fritt mellom de ulike tjenesteprodusentene fører dette til *to-steps konkurranse*. I første omgang konkurreres det om *retten til å produsere* tjenesten, i andre omgang konkurreres det om *pasientene*. La oss konsentrere oss om det andre steget først, nemlig konkurransen om pasientene.

5.3.1 Steg 2 - konkurransen om pasientene

Vi antar at det f.eks. er tre ulike HF i en region som kan utføre denne behandlingen, og at auksjonen plukker ut to av dem som vinnere fordi de har budt lavest pris. Dette gir dem imidlertid bare en *rettighet til å konkurrere om kundene*. Vi kan videre gå ut fra at kvaliteten ikke kan falle under et visst minimumsnivå q_0 , bl.a. fordi myndighetene vil slå ned på dette.⁴² Et lavt kvalitetsnivå vil over tid også slå ut i tapt pasienttilgang. Pasientene selv betaler ikke noe for tjenesten, dvs. at det naturligvis vil være de kvalitetsegenskaper som kundene erfaringsmessig vektlegger som vil være konkurransevariabel i det andre steget.⁴³ Vi kan tenke oss at pasienten gjør dette valget i samråd med sin henvissende lege, f.eks. på grunnlag av en kvalitetsindeks. Konkurransevariabelen i steg to blir da en økning i q ut over q_0 . En

³⁹ Vi kan også tenke oss at de konkurrerer i et nasjonal "spot marked" for produksjon av helsetjenster. Dette kommer vi nærmere inn på senere.

⁴⁰ Vi vil senere komme inn på hvilke muligheter "taperne" har.

⁴¹ Også deres godtgjørelse kan fastsettes kompetitivt.

⁴² Hvor vanskelig eller kostbart det er å overvåke kvalitet kan påvirke valget mellom å benytte eksklusive kontrakter eller anbudskonkurranse i den formen vi drøfter videre.

⁴³ Dette kan være enten være forhold som gir en *medisinsk gevinst* for pasienten eller ulike *bequemmeligheter* som gjør at pasienten har det bedre, men som ikke gir pasienten noen direkte klinisk nytte.

økning i kvaliteten på tjenestene for å tiltrekke seg flere pasienter og øke markedsandelen vil selvfølgelig også påvirke kostnadene ved å produsere tjenesten. Den enkelte produsent "markedsfører" altså sin tjeneste gjennom kvalitet - i medisinsk forstand eller gjennom bekvemmeligheter.

Denne markedsføringskostnaden vil imidlertid ikke overstige marginen mellom det som RHF refunderer for tjenesten (prisen bestemt gjennom auksjonen) og kostnadene ved å produsere tjenesten. Modellen til Hoerger og Waters (1993) har videre en del implikasjoner som vi kan nevne, uten å gå inn på detaljer om modellen og forutsetninger. En sentral egenskap er at den produsenten som kan produsere tjenesten til lavest pris, vil ha en høyere markedsandel og fortjeneste enn de andre. Videre, når marginen mellom godtgjøring og produksjonskostnader faller, f.eks. som en konsekvens av økt konkurranse, vil en større endel av markedet bli overtatt av produsenten med lavest kostnader. Dette er selvsagt godt nytt for RHF, som finansierer tjenesteproduksjonen, men ikke minst sett ut fra et effektivitetssynspunkt. Innovasjoner som reduserer kostnadene til én produsent vil videre føre til økt markedsføring og markedsandel for vedkommende produsent. Det er også rimelig å tro at innovasjoner som først og fremst gir en medisinsk gevinst, også vil bli internalisert gjennom økt markedsandel.⁴⁴

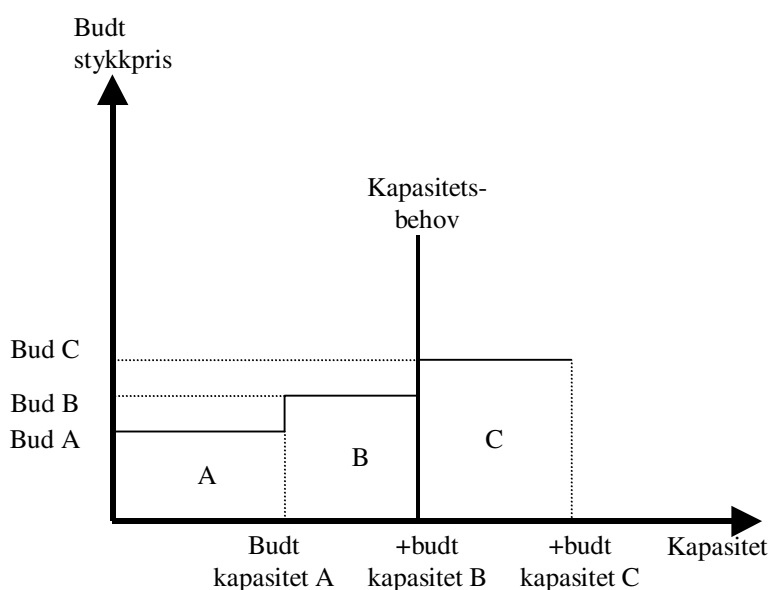
5.3.2 Steg 1 - konkurranse om rett til tjenesteproduksjon - mer enn én vinner

Prisen som en tjenesteprodusent får for å utføre tjenesten er bestemt gjennom anbuds-konkurransen. Å fastsette priser for godtgjøring av tjenesteprodusentene er den ene sentrale funksjon ved en auksjon. Den andre sentrale funksjonen er å allokere tjenesteproduksjonen mellom de ulike potensielle tjenesteprodusentene i regionen. Dette løses gjennom fastsatte priser. For å rekapitulere eksempelscenariet vårt: Vi har tre potensielle produsenter A, B og C (f.eks. HF eller det enkelte sykehus) av en gitt tjeneste i regionen, og RHF ønsker å fordele retten til å foreta denne behandlingen mellom disse, samt å fastsette satser som behandlingen skal godtgjøres etter. Vanligvis innebærer anbudskonkurranse at en eksklusiv kontrakt

⁴⁴ Et kritisk spørsmål her er selvsagt kontraktslengden. Kort kontraktsvarighet vil resultere i manglende internalisering og svekkede investeringsinsentiver, og kreve egne tiltak, som f.eks. avtaler om spesifikk kostnadsdeling for gitte investeringstyper mellom bestiller og utfører. Lengre kontraktsvarighet vil på sin side kunne gi problemer som er velkjent fra litteraturen i form av vansker med å skrive en kontrakt som dekker alle utfall, "hold-up" og svekket konkurransesituasjon i neste runde etc.

tildeles én tjenesteproducent. Dette er modellen som vi f.eks. ser i forhold til ambulansetjenester. Retten til fritt sykehusvalg impliserer at *minst to* av disse velges ut som vinnere, og hensynet til å skape konkurranse innebærer at én av disse tre vil tape retten til å få utføre behandlingen regionalt. Vinnere av anbudskonkurransen får ikke annet enn en rett til å tilby tjenesten, pasienten selv velger hvilken produsent som skal utføre tjenesten. Dette innebærer at det tradisjonelle anbudskonkurranseformatet ikke kan benyttes.

Når det utpekes mer enn én vinner av auksjonen over retten til å produsere en gitt helsetjeneste i regionen, kan man tenke seg en utforming der budgiverne rangeres fra lavest til høyest, og man velger et avkuttingspunkt som skiller vinnere fra tapere. Hoerger og Waters (1993) er uklar på hvordan dette avkuttingspunktet bestemmes, men vi kan tenke oss en modell som kan illustreres med følgende figur:



Figur 5. Budsituasjonen ved avslutning av anbudskonkurransen.

De tre foretakene som leverer denne tjenesten i regionen leverer inn respektive bud på pris markert med hhv. Bud A, Bud B og Bud C. Produsent A er altså i stand til levere tjenesten til lavest enhetskostnad. Samtidig med budet er hver produsent bedt om å angi hvilken kapasitet de har til å produsere tjenesten. Dette gjør RHF i stand til å konstruere en tilbudskurve gitt ved trappetrinnene over A, B og C. Samtidig har RHF estimert det samlede kapasitetsbehovet for neste periode til å være summen av A og B's kapasitet. A og B utpekes altså som vinnere, mens C ikke kommer på listen over regionens foretrukne produsenter av tjenesten. Pasientene kan altså velge mellom produsent A og B.

Dersom det bare er én helsetjeneste som produseres, kan riktignok situasjonen bli kritisk for C, men som vi senere vil komme inn på er det i praksis en rekke tjenester som skal allokere. C kan altså vinne retten til å produsere en annen tjeneste. Videre vil det i praksis også eksistere et nasjonalt marked i tillegg til det regionale, og som C kan konkurrere på. Vi ser videre at denne modellen typisk vil føre til *spesialisering*, men *ikke sementering* fordi C (eller andre) kan komme tilbake ved neste korsvei dersom de mener at de er i stand til å produsere tjenesten billigere og bedre.

Så er spørsmålet hvilken godtgjørelse vinnerne skal få dersom de også får pasienter. I tradisjonelle anbudskonkurranser med én eksklusiv vinner går et viktig skille mellom auksjonsformat der vinneren med det laveste budet får en godtgjørelse fra RHF tilsvarende det som var budet (laveste-pris), og auksjoner der vinneren med det laveste budet får en godtgjørelse tilsvarende det nest laveste budet (nest-laveste pris). Det andre auksjonsformatet går gjerne under benevnelsen Vickrey-auksjon etter sin opphavsmann (se Vickrey, 1961), og kan oppfattes som en noe sær og mer teoretisk orientert konstruksjon.⁴⁵ Men vi vil prøve å oppklare hvorfor dette formatet er relevant i denne sammenhengen.

I det første auksjonsformatet står en budgiver overfor avveiningen mellom å redusere budet og dermed også øke fortjenesten, men samtidig også redusere sannsynligheten for å vinne. En tjenesteprodusent vil aldri by sine faktiske kostnader ved å produsere tjenesten i et slikt auksjonsformat. Grunnen til det er at dersom vedkommende vinner retten til å produsere vil godtgjørelsen kun dekke kostnadene, og fortjenesten vil være null. Hvor mye over sine

⁴⁵ En diskusjon finnes i Rothkopf, et al. (1990).

kostnader foretaket vil by, avhenger bl.a. av antallet konkurrenter og sannsynlighetsfordelingen over konkurrentenes kostnader.

I en nest-laveste pris auksjon vil vinneren fortsatt være foretaket som bød lavest pris, men det vil få en godtgjørelse per behandling tilsvarende det foretaket med nest-laveste pris bød. En viktig forskjell mellom disse auksjonsformatene er at det som foretaket byr ikke påvirker den godtgjørelsen som det faktisk mottar for tjenesten. Det vil si at det heller ikke har noe insentiv til å by høyere enn det som er egne kostnader for å produsere tjenesten, siden dette bare reduserer sannsynligheten for å vinne retten til tjenesteproduksjon. Det vil selvsagt heller ikke by lavere enn egne kostnader, siden dette gir en sannsynlighet for å vinne til en pris som er lavere enn grensekostnad. En slik auksjonsform gir altså insentiv til å *avsløre egne kostnader*.

I dette tilfellet har vi flere vinnere, nemlig A og B. Da kan godtgjørelsen som vinnerne får variere mellom produsentene eller vært lik. I det første tilfellet snakker vi om *diskriminerende prising*, i det andre tilfellet *uniform prising*. En diskriminerende auksjon er analog til en laveste-pris auksjon. A vil motta det som foretaket bød som godtgjørelse for å produsere tjenesten. Det samme vil B, og budgiverne står overfor samme type avveining som i en laveste-pris auksjon. Resultatet blir bud som ligger høyere enn produksjonskostnad. Ved en uniform pris auksjon kan vinnerne få en godtgjørelse tilsvarende taperens bud, dvs. C sitt bud. En uniform pris auksjon skal således i prinsippet være lik en nest-laveste pris auksjon, dvs. at budgiverne har insentiv til å by egne kostnader.⁴⁶ Auksjonsmekanismen og budstrategier er diskutert nærmere i Hoerger og Waters (1993).

5.3.3 Mer enn én tjeneste

En ytterligere kompliserende faktor oppstår når det ikke bare er én behandling som det er aktuelt å produsere, men *en rekke ulike behandlinger* som skal fordeles mellom produsentene simultant. I det norske stykkprissystemet er det som kjent flere hundre ulike DRG'er. Dette kompliserer både budstrategier og auksjonsutforming. Det er typisk *samdriftsfordeler* mellom de ulike behandlingene, samt *stordriftsfordeler* i den enkelte behandling.

⁴⁶ Hvis godtgjørelsen på noe som helst vis avhenger av ett av de vinnende budene holder ikke dette resultatet lenger - å by egne kostnader er ikke lenger en dominant strategi. I den teoretiske auksjonslitteraturen er det vist at i et slikt auksjonsformat er det insentiv til såkalt "bid-shading", se Ausubel og Cramton (1996).

Hoerger og Waters (1993) tenker seg ulike tilnærminger til dette problemet. En tilnærming er å la den enkelte produsent legge inn et bud med spesifisering av pris på hver enkelt behandling. RHF aggregerer så budene basert på spesifikke vekt for enkelt behandling, der vektene er basert på forventninger om behandlingsbehov innenfor de ulike kategorier. Hoerger mener at det største problemet med en slik tilnærming fra et strategisk synspunkt er muligheten for *ubalansert budgivning*. Hvis vektene som RHF benytter avviker fra det den enkelte tjenesteprodusent forventer, kan produsenten gjøre profitt på å øke budet på høyvolum behandlinger, og senke budet på lav-volum behandlinger. De peker på at den enkleste tilnærmingen til å unngå dette problemet er å innføre budgivning for hver behandling. Hoerger peker på at ulempen med en slik tilnærming, er at det er samdriftsfordeler i produksjonen av relaterte tjenester, noe som gjør allokeringen av faste kostnader til den enkelte behandling vanskelig. Videre kan det også være slik at pasienter og lege ønsker å forholde seg til en enkelt produsent for behandlinger som er relatert. Et kompromiss kan ligge i å gruppere behandlingene i størst mulig grad i samhørende kategorier, og at det er disse som legges ut på anbud.

Vi vil også peke på at det i årene etter Hoerger's bidrag har blitt utformet avanserte auksjonsmekanismer som nettopp tar sikte på å ivareta behovet for å realisere samdriftsfordeler mellom de ulike behandlingene som legges ut på anbud. En *simulant stigende auksjon* er et slikt auksjonsformat (se Milgrom, 2000). Dette auksjonsformatet løser problemet delvis, men ikke helt, f.eks. kan man ikke legge inn bud på "pakker" av behandlinger. Dette skaper et eksponeringsproblem dersom prisen i et bud på én behandling forutsetter at man også vinner retten til å tilby en annen behandling. Et auksjonsformat som tar sikte på gi muligheten til å legge inn bud på "pakker" er presentert i Milgom (*op. cit.*).

Ved en vel utformet auksjonsmekanisme får man grunnlag for å fastsette stykkpriser for de behandlinger som klassifiseringssystemet omfatter, og som vil reflektere absolutte og relative kostnadsnivå. Videre vil budene respondere på teknologisk endring, slik at kostnadsbesparende innovasjoner reflekteres i stykkprisene. Muligheten for at nye aktører kommer inn som tjenesteprodusenter vil også spille en mer aktiv rolle enn ved administrativt fastsatte priser. Hvis stykkprisene er satt for høyt, vil enkelte tjenesteprodusenter se mulighetene til å produsere med fortjeneste, og levere lavere bud i neste anbudskonkurranse med det resultat at stykkprisene vil falle.

5.3.4 Hva med de som taper retten til å produsere tjenester regionalt?

I den modellen som er skissert over, utpekes det færre tjenesteprodusenter som vinnere av retten til å tilby en gitt tjeneste for neste periode enn det er budgivere. Hva skjer med de som taper anbudskonkurransen? Dette er et tema som Hoerger og Waters i liten grad kommer nærmere inn på, bortsett fra å påpeke betydningen av at det faktisk er en kostnad knyttet til å være taper - ellers vil anbudskonkurransen være lite hensiktsmessig. Nå er det heller ingen målsetting *i seg selv* at taperne fortsatt skal produsere den gitte tjenesten, særlig ikke hvis omstillingskostnadene er små i forhold til gevinsten med en mer optimal allokering. Hensikten med å benytte markedet er tross alt å ha et verktøy for å allokere tjenesteproduksjonen gjennom prisene.

Vi kan likevel tenke oss at taperne fortsatt kan tilby sine tjenester inn mot det vi kan kalle et nasjonalt "spot-marked" for helsetjenester. I dette spot-markedet legger produsenter med ledig kapasitet inn bud på hva de er villig til å utføre en gitt behandling for. Det vil si at også for vinnerne av anbudskonkurransen regionalt kan det være aktuelt å markedsføre sine tjenester nasjonalt, for eksempel ved kortsiktig ledig kapasitet. Ved kortsiktige kapasitetsproblemer regionalt ("kø") kan en pasient i samråd med sin henvisende lege for eksempel velge mellom å vente til det blir ledig kapasitet lokalt, eller å få umiddelbar behandling blant en av de produsentene som ligger inne med lavest bud i "spot-markedet". En kvalitetsindeks vil kunne være et viktig element i dette valget.

En avsluttende merknad er på sin plass. I modellen som er skissert over, fastsettes én pris per behandling, per diagnose eller per omsorgstilfelle. Et fellestrekk for alle slike modeller er at pasient-heterogenitet uvegerlig fører til *pasientsleksjon* og "fløteskumming" – noen pasienter er mer lønnsomme enn andre. Incentivene til fløteskumming kan være sterkere under et anbudssystem dersom prisene presses mer enn under andre systemer for godtgjørelse. Aksess til tjenestene avhjelper imidlertid dersom produsentene som har vunnet *retten* til å tilby tjenester gjennom anbudskonkurransen også har *plikt* til å behandle de pasientene som velger å la seg behandle av denne produsenten. Budene vil således reflektere en forventning i forhold til pasientsammensetning mm.

5.4 Andre anvendelser av anbudskonkurranse i helsesektoren

Så langt har vi hovedsak sett på hvordan markedsmekanismer kan benyttes for å fastsette priser og allokere produksjon av helsetjenester mellom sykehus. Det er klart at markedsmekanismer også kan benyttes på andre områder i helsesektoren, for eksempel i forhold til ambulansetjenester, laboratorietjenester, hjemmesykepleie og leverandører av utstyr. McCombs og Christianson (1987) gir eksempler fra USA på anvendelse av anbudskonkurranse på noen av disse områdene. Et område som de også refererer til erfaringer fra, og som vi vil komme kort inn på, er anbudskonkurranse for psykiatriske tjenester. Dette ble benyttet av myndighetene i Massachusetts for å allokere over 2000 kontrakter til over 500 produsenter av psykiatriske tjenester. Resultatene var skuffende. I den grad anbudskonkurransen ga en kostnadsgevinst var den liten, og skyldes i stor grad lavere lønnsnivå hos private tjenesteytere. Videre var den effektive konkurransen begrenset. For å unngå problemer i forhold til kvaliteten på tjenestene ble det i hovedsak invitert til anbud fra større og veletablerte tjenesteprodusenter. Dette begrenset muligheten for nykommere til å komme inn på markedet, og førte til konsentrasjon av kontrakter hos de største tjenesteprodusentene. Videre fant kontraktsmyndighetene at det var vanskelig å overvåke og evaluere kvalitet. Uten håndfaste mål på kvalitet og andre indikasjoner på ytelse, ble trusselen om å bryte kontrakten og gi den til andre tjenesteytere tom. Konsekvensen ble en overgang til ulike former for regulering.

6 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

I utgangspunktet er det en formidabel oppgave, noen vil si umulig oppgave, å utvikle et finansieringssystem for helseforetak som på en optimal måte avveier hensynet til kostnadseffektiviteten i tjenesteproduksjonen; til kvalitetsnivået på tjenestene; til aktivitetsnivået, til utsatte grupper av pasienter eller enkeltindivid og til poliklinisk behandling versus innleggelser for å nevne noen sentrale forhold.

I denne utredningen har vi lagt vekt på å drøfte potensielle motsetninger mellom målsettinger knyttet til variablene nevnt over og hvordan disse kan imøtegås gjennom finansielle kontrakter.

Vi hevder ikke at vår anbefaling gir den optimale avveiningen mellom målvariablene, men modellen bør gi stimulans til økt aktivitet og bedring av kostnadseffektiviteten, noe som er positivt. Samtidig pekes det på at ved å risikjustere og –dele så kan hensynet til tilgjengelighet for såkalte ”tunge” pasienter styrkes og kvaliteten generelt sett på tjenestene bedres. Et finansieringssystem kan altså komme et stykke på vei i å bidra til bedret ressursallokering. Andre institusjonelle styringsmekanismer, som fritt sykehusvalg og vektlegging av sørge-for-ansvaret til RHFer eksempler på, vil måtte komme som viktige tilleggsinstrumenter sett fra statens side dersom de ambisiøse målsettingene med spesialisthelsetjenesten skal nås.

7 APPENDIKS A PASIENTRETTIGHETER

Pasientrettigheter er rettslige reguleringer av forholdet mellom pasienter og helsevesenet. Det kan være regler som gjelder forholdet mellom pasienter og den offentlige helseforvaltning, pasienter og helseinstitusjoner eller pasienter og helsepersonell (Ot.prp. nr. 12 (1998-99)).

Pasientrettighetene i flere land er nedfelt i ulike særlover og er eksempelvis en del av regelverket for kommuner, fylkeskommuner, sykehus, osv. Et viktig argument for lovfesting av pasientrettigheter i en særskilt lov har vært å gi pasientene større kunnskap om egne rettigheter. Det er også argumentert for at lovfesting av rettighetene styrker pasienters stilling i møte med helsevesenet. Lovfesting av rettigheter gir pasienter mulighet til å få gjennomslag for sine rettigheter, og gir pasienter større trygghet. Videre har pasienten anledning til å kunne klage over bestemmelser dersom han/hun ikke er fornøyd med helsetjenestetilbudet.

Deklarasjoner

Deklarasjoner er et alternativ til lovfesting av rettigheter. Deklarasjoner er ikke rettslig bindende og er ment for å fremme pasienters rettigheter. Verdens helseorganisasjons (WHO) Europakontor har utarbeidet en deklarasjon for pasientrettigheter i Europa⁴⁷. WHO's deklarasjon handler om respekt for pasienters integritet og menneskeverd. Ifølge deklarasjonen har pasienter rett til helsetjenester, rett til informasjon om tilbudet av helsetjenester og om den medisinske behandlingen. Pasienten har rett til å gi samtykke til behandling og rett til å nekte eller stanse helsehjelp. Videre har pasienten rett til taushet om private helseopplysninger. Deklarasjoner om pasientrettigheter (patient's Charter) kan variere fra land til land når det gjelder ventetider, valg av sykehus, osv. Rettighetsdeklarasjoner er blant annet innført i Frankrike, Irland og Portugal. Inntil nylig hadde Storbritannia en pasientdeklarasjon som nå er erstattet av "Your Guide to the National Health Service". Hensikten med denne veiledningen er å klargjøre for pasientene hvilke rettigheter de har i helsesystemet i Storbritannia.

Pasientrettigheter i andre land

I det som nå følger, ser vi kort på pasientrettigheter i Finland, Danmark, Sverige. Til slutt ser vi nærmere på pasientrettighetene i Norge.

⁴⁷ "The Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe", Amsterdam 28-30. mars 1994.

Finland. Finland har en egen lov om pasientrettigheter som ble innført i 1991⁴⁸. Loven gjelder for både privat og offentlig helsetjeneste. Ifølge loven har pasienter rett til helsehjelp og behandling, rett til informasjon om helsetilstanden og behandlingsmulighetene, og selvbestemmelsesrett dvs. at pasienten kan avstå fra behandling. Videre inneholder loven bestemmelser om barns stilling, øyeblikkelig hjelp, pasientombud, klage og journalføring. Rett til helsehjelp for eksempel innebærer at dersom pasientene ikke kan få umiddelbar hjelp, skal vedkommende henvises til å vente på behandling eller skaffes behandling et annet sted der det er kapasitet. Pasienter kan velge blant sykehus i bostedskommunen som har inngått avtale med kommunen.

Danmark. Før lovfesting av pasientenes rettigheter i 1998 hadde Danmark ingen særskilt pasientlov og pasienters rettigheter var spredt over ulike lover. Den danske pasientrettighetsloven trådte i kraft den 1. oktober 1998⁴⁹. Lovens formål er å styrke pasientens rettigheter overfor helsetjenesten ved å garantere dem en større selvbestemmelsesrett og valgfrihet. Loven skal også styrke tillitten og fortroligheten mellom pasient og behandler. Pasientrettighetsloven inneholder bestemmelser om informasjon og selvbestemmelsesrett, journalinnsyn, livstestamenter, regler om taushetsplikt og formidling av helseopplysninger til andre helsepersonell, og klagerett.

Ifølge loven har pasienter krav på informasjon om sykdommen og behandlingen. Unge fra 15 t.o.m. 17 år skal selv ha denne informasjonen. Foreldrene/foresatte skal normalt ha informasjon om unges sykdom, men kan i visse tilfeller slik som prevensjon og abort nektes innsyn. Pasienter har også rett til å gi sitt samtykke til behandling. Rett til journalinnsyn gjelder både innsyn i sykehusjournal og innsyn hos leger og helsepersonell som er offentligansatte eller privatpraktiserende. Et livstestamente sikrer pasienters rett til å kunne velge behandling før en eventuell ubevisthet eller dødsleie er et faktum. Et livstestamente er på ingen måte en mulighet for aktiv dødshjelp, men gir pasienten rett til å kunne stoppe behandling i tilfeller hvor døden ikke kan unngås og behandling kun kan forlenge livet.

⁴⁸ ”Lag om patientens ställning och rättigheter av 8. november 1991”.

⁴⁹ ”Lov om pateinters retsstilling. Lov nr. 482 af 01/07/1998”.

Retten til fritt sykehusvalg over hele landet ble allerede innført i januar 1993. pasienter kan velge mellom alle offentlige sykehus, og ti private sykehus⁵⁰ som samarbeider med det offentlige sykehusvesenet. Retten til å velge regionsykehus utenfor bostedsfylke er derimot begrenset og krever en henvisning fra et lokalsykehus.

Fastlegeordningen i Danmark ble innført i 1973. Valgfriheten er imidlertid begrenset til et geografisk område, dvs. at pasienten kun kan velge en fastlege som har sin praksis innen 10 km fra pasientens bosted. I København er grensen innen 5 km. Pasienten har også anledning til å skifte fastlege hver sjette måned.

Sverige. Pasienters rettigheter i Sverige er nedfelt i ulike lover og Sverige er dermed det eneste landet i Norden som ikke har en særskilt lov om pasientrettigheter. Ifølge den svenske *Hälso- och sjukvårdslagen* av 1982 skal befolkningen ha lik tilgang til helse- og sykeomsorgstjenester innenfor de ressurser som er til rådighet. Befolkningen skal tilbys helsetjeneste av god kvalitet og som er lett tilgjengelig for pasienten. Videre skal pasientens behov for trygghet, behandling, selvbestemmelsesrett, informasjon om sykdommen og integritet ivaretas.

For å styrke pasientens stilling ble den svenske *Hälso- och sjukvårdslagen* endret i januar 1999. Endringen innebærer en presisering av informasjonsplikten fra behandler til pasient, samtidig som pasienter får en større innflytelse over valget av behandlingen dersom det finnes flere behandlingsalternativer. Videre har pasienter med livstruende eller alvorlig sykdom rett til en fornyet vurdering av sykdommen (second opinion) hvor som helst i landet. Retten til fornyet vurdering forutsetter at pasienten står overfor valget om å utsettes for en risikofylt behandling eller et valg som påvirker pasientens fremtidige livskvalitet.

De svenske helsemyndighetene har siden 1992 årlige vedtatt tiltak for å forbedre pasienters tilgang til helsetjenesten. Siden 1997 er primærhelsetjenesten ansvarlig for å tilby pasientene hjelp samme dag, dvs. enten per telefon eller gjennom besøk. Dersom pasienten ikke får treffe en lege ved sin første kontakt med helsetjenesten, skal pasienten få en time senest innen åtte dager. Om pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste, så skal pasienten få et tilbud om dette så snart som mulig, og senest innen tre måneder. Ved alvorlige tilfeller skal pasienten få time senest innen en måned.

⁵⁰ Med visse økonomiske begrensninger.

I Sverige er det innført fritt sykehusvalg innenfor den regionen man tilhører. Betingelsen for å kunne velge fritt er at det foreligger en henvisning fra primærlege som enten praktiserer i pasientens bostedsfylke eller i et annet fylke innen regionen. Valgfriheten er imidlertid begrenset for høyspesialiserte lands- og regionsykehusfunksjoner. Fra 1. juli 2001 kan pasienter som har en rekvisisjon fra *Landtingsförbundet* i prinsipp velge fritt blant spesialisthelsetjenesten.

Pasientrettigheter i Norge

Norge anses som landet med best lovfestede rettigheter til pasienter, se Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Inntil juli 1999 hadde Norge ingen samlet lov om pasientrettigheter, men det fantes en rekke lovfestede rettigheter for pasienter som var nedfelt i ulike særlover. Flere av disse pasientrettighetene var formet som pliktregler for kommuner, fylkeskommuner, sykehus, leger, osv., og ikke som rettighetsbestemmelser for den enkelte pasient. En samlet lov om pasientrettigheter sikrer nødvendig kunnskap om pasientens rettigheter. I tillegg vil lovfesting av rettigheter ivareta pasientens rettsikkerhet overfor helsetjenesten.

Pasientrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr. 63: Lov om pasientrettigheter* samler en del bestemmelser om pasientrettigheter som tidligere var spredt i ulike lover. Loven bygger på prinsippet om at pasienten er utgangspunktet og kjernen for all helsehjelp som tilbys. Pasientrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsevesenet. Videre skal loven bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten, og ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, menneskeverd og integritet. Loven omfatter alle som bor i Norge uavhengig av alder, kjønn, bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status.

I pasientrettighetsloven rettes en sterkere fokus på pasienter for å styrke pasientenes rettsstilling. Loven gir blant annet pasientene rett til helsehjelp⁵¹, vurdering, fornyet vurdering (second opinion), valg av sykehus, medvirkning og informasjon, samtykke til helsehjelp, og innsyn i journal. Loven inneholder også særlige rettigheter for barn blant annet rett til samvær med foreldrene, aktivitet og undervisning ved nødvendig institusjonsopphold, osv. I tillegg inneholder loven forskrifter om klageordning og pasientombudsordningen.

⁵¹ Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som er utført av helsepersonell (Ot.prp. nr. 12 (1998-99)).

Nærmere om pasientrettighetene i Norge

I det som følger ser vi kort på noen av rettighetene som er nedfelt i pasientrettighetsloven.

Rett til helsehjelp (kapittel 2 i loven). Kapittel 2 i loven handler om rett til helsehjelp og omfatter retten til nødvendig helsehjelp vurdering, fornyet vurdering og fritt sykehusvalg.

Rett til nødvendig helsehjelp omfatter både rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste og andre tjenesteytere som har inngått avtale med regionale helseforetak eller helseforetak.

Rett til vurdering gir pasienter som henvises til offentlige sykehus eller spesialistpoliklinikk rett til vurdering av helsetilstanden innen 30 dager fra henvisningen er mottatt. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering.

Rett til fornyet vurdering sikrer pasienters rett til fornyet vurdering av spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra allmennlegen. Retten gjelder én gang for samme helsetilstand.

Rett til sykehusvalg sikrer pasienters rett til å velge fritt blant offentlige sykehus eller distriktpspsykiatriske sentre i og utenfor pasienters bostedsfylke. Retten gjelder også private sykehus som får dekket driftsutgifter og omfattes av regional helseplan⁵². Retten gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien. Sykehus kan imidlertid avvise pasienter ved prioritering av ”rettighetspasienter”, dvs. pasienter som har en utkrevbar rett til medisinsk behandling og ”nødvendig helsehjelp”.

Rett til medvirkning og informasjon (kapittel 3 i loven). Pasienten har blant annet *rett til å medvirke* ved valg mellom undersøkelses- og behandlingsmetoder. Videre har pasienten *rett til informasjon* om helsetilstanden og helsetilbudet, samt mulige risikoer og bivirkninger som følge av behandlingen. Dersom pasienten er mindreårig, skal både pasienten og foreldrene/foresatte informeres om helsetilstanden. Mindreårige mellom 12 og 16 år har imidlertid rett til å nekte formidling av helseopplysninger til foreldrene/foresatte. Helsemyndighetene har også rett til å unnlate informasjon i visse tilfeller⁵³. Ved skader eller alvorlige komplikasjoner som følge av behandlingen skal pasienten informeres og gjøres

⁵² Dette gjelder blant annet Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmets sykehus, Diakonissehjemmets sykehus, Haugesund sanitetsforenings revmatisme sykehus, LSR Lillehammer sanitetsforenings revmatisesykehus, Orkdal sanitetsforenings sjukehus og Menighetssøsterhjemmets sykehus.

⁵³ For eksempel dersom informasjonen setter pasienters liv i fare og av hensynet til pasienters pårørende.

kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning. *Rett til samtykke* innebærer at helsehjelpen kan gis med pasientens samtykke. Helsehjelp kan gis uten samtykke ved manglende samtykkekompetanse for eksempel ved ubevisthet, fysiske eller psykiske forstyrrelser, etc.

8 APPENDIKS B FORMÅLET MED Å BENYTTE ANBUDSKONKURRANSE

Bruk av auksjon og anbud er ikke noe nytt i helsesektoren, og er et verktøy som kan benyttes både på innsatsfaktorsiden og tjenesteproduksjonssiden. Først og fremst er det på innsatsfaktorsiden at verktøyet blir benyttet, og da typisk for innkjøp av utstyr og medisiner, samt ulike tjenester så som ambulansetjenster akuttberedskap, catering og renhold. Mer uvanlig er det å benytte auksjon til å rekruttere fagpersonell så som leger eller sykesøstre, selv om det i USA nylig har blitt etablert et selskap som tar sikte på at sykehus med mangel på personell kan rekruttere autoriserte sykesøstere gjennom en auksjon på internett.⁵⁴

Bruk av anbudskonkurranse for å allokere *produksjonen av helsetjenester* er også en forholdsvis ny tanke i Norge. I det følgende vil vi prinsipielt på hvilken rolle anbudskonkurranse kan spille for å fastsette priser og derigjennom allokere produksjonen av helsetjenester, og hvordan selve anbudskonkurransen kan tenkes utformet. Først vil vi imidlertid komme inn på formålet ved å benytte dette verktøyet.

Generelt om formålet ved å benytte anbudskonkurranse

I offentlige helsesystem har man typisk vertikal integrasjon ved at finansiering, forsikring og produksjon av helsetjenester er tillagt offentlig forvaltning. I slike systemer kan man benytte ulike mekanismer for å allokere tjenesteproduksjonen mellom forskjellige produksjonsenheter, f.eks. slik som man har gjort i Norge; dels administrativt og dels gjennom innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg. Eller man kan gå et stykke videre, slik som i Storbritannia, og prøve å introdusere konkurranse mellom produksjonsenhetene gjennom en bestiller-utfører modell. Nå kan man hevde at det aldri ble noen reell konkurranse mellom produksjonsenhetene i de britiske modellen, men i sin rendyrkede form kan man betrakte en bestiller-utfører modell som en form for auksjonsmekanisme, der bud fra de ulike potensielle ”utførerne” (offentlige og/eller private) avgjør hvem som skal bli tildelt retten til å produsere gitte helsetjenester for en viss periode, og til hvilken pris.

En auksjon er en markedsinstitusjon med et eksplisitt sett av regler som bestemmer *ressursallokering* og *priser* på grunnlag av bud fra markedsdeltagerne. Auksjoner benyttes således gjerne av en monopolist (et individ som skal selge et unikt kunstobjekt eller staten

⁵⁴ Selskapet kalles NurseAmerica, se **Hospitals & Health Networks**, 2001, vol. 75, nr. 1, side 18

som skal selge rettigheter til å produsere gitte tjenester) eller en monopsonist (en kommune som konkurransesutsetter produksjonen av et offentlig gode) som en *allokeringsmekanisme*. Ut over å fungere som allokeringsmekanisme, vil en auksjoner også tjene som en *avsløringsmekanisme*. De ulike produksjonsenhetene har *privat informasjon* om sin egne faktiske kostnader ved tjenesteproduksjonen. I slike tilfelle er det naturlig å undersøke mulighetene for informasjonsavslørende mekanismer for tildeling av produksjonsretter slik at den enkelte potensielle tjenesteprodusent ser seg best tjent med å avsløre korrekte priser for tjenesteproduksjonen. En slik informasjonsavslørende allokeringsmekanisme er auksjons-systemer. Ved å benytte markedet aktivt til å utsette offentlig vare- og tjenesteproduksjon for konkurranse skaffes altså informasjon om *relativ kostnadseffektivitet*.

Prisene som realiseres på en auksjon vil også fungere som et *investeringssignal*. Hvis behovet for kapasitet av en gitt behandling regionalt er gitt, og høyere enn tilgjengelig kapasitet i regionen, vil prisen for behandlingen bli drevet i været. Dette vil gi de andre aktørene i markedet et signal som de kan benytte som grunnlag for å vurdere investering i ny kapasitet.

I tillegg til målsettinger knyttet til å avsløre relativ kostnadseffektivitet og derigjennom allokere tjenesteproduksjonen optimalt, er det også naturlig at myndighetene har målsettinger om ”mest mulig helse til lavest mulig pris”. En behagelig bieffekt sett fra myndighetenes side, er at en auksjonsmekanisme som allokere tjenesteproduksjonen optimalt ut fra relativ kostnadseffektivitet også vil bidra til å *minimere utbetalingene* knyttet til å produsere et gitt omfang av helsetjenester til en gitt kvalitet.⁵⁵

Endelig kan det pekes på at i tillegg til å løse den vanskelige oppgave myndighetene har med hensyn til å avgjøre hvem som skal bli tildelt produksjonsrettighetene, innføres også et mer ‘*rettferdig*’ tildelingskriterium i dobbel forstand: Den aktør som verdsetter produksjonsrettigheten mest får den tildelt, samtidig som muligheten for uærlig spill (korrupsjon og ‘*regulatory capture*’) mellom rettighetstildeler og markedsaktørene reduseres.

⁵⁵ Dette gjelder med visse kvalifikasjoner, ikke minst i forhold til resulterende kvalitet. I bestemte sammenhenger kan det også være nødvendig å velge mellom optimal allokering og å minimale utbetalingene, f.eks. når tjenesteproduksjon innebærer store ”sunk costs” eller ved asymmetrisk informasjon.

Ulike auksjonsformer

Auksjoner⁵⁶ kan utformes på en rekke ulike måter, hvorav noen hovedtyper er: (i) «engelsk auksjon», der hver deltaker står fritt til å justere sitt bud oppover; (ii) «høyeste pris, lukket bud», der hver deltaker gir inn sitt bud uavhengig av andre budgivere; (iii) «nest høyeste pris, lukket bud», der hver deltaker gir inn sitt bud uavhengig av andre budgivere men vinneren betaler det nest høyeste bud («Vickrey-prinsippet»)⁵⁷; og (iv) «hollandsk auksjon», der selgeren annonserer et bud som kontinuerlig senkes inntil en kjøper sier stopp og kjøper objektet til denne prisen. Anbudskonkurranser er typisk utformet som lukket bud, der den som leverer det gunstigste budet er vinneren, og der kontraktsprisen vanligvis er budbeløpet, dvs. type ii) over. Anbudskonkurranse kan således betraktes som én av flere auksjonsformer.

Utover de hovedtypene som er beskrevet over finnes det en rekke ulike auksjons- og kontraktsformer med en myriade av regler. I praksis må budsystemet, valg av budvariabel og kontraktslengde tilpasses den aktuelle ramme og de ulike målsettinger som man har med å konkurransenutsette tjenesten. Som vi senere vil komme inn på, kan allokering av helsetjenester stille store krav utformingen av auksjonsmekanismen. Ofte vil den aktuelle utformingen være et kompromiss mellom ulike hensyn og målsettinger. Videre må en målrettet bruk av markedsmekanismer ofte kombineres med andre virkemidler (se f.eks. Sunnevåg, 1999) for å sikre effektivitet og kvalitet når retten til å produsere tjenester er allokert.

Valg av budvariabel

Vanligvis vil valget av budvariabel ved en anbudsmechanisme for allokering av produksjonen av helsetjenester stå mellom tre muligheter (McCombs og Christianson, 1987):

- i) per capita per tidsperiode ("capitation");
- ii) per sykdomstilfelle eller
- iii) per individuell tjeneste (visitt, prosedyre eller test).

⁵⁶ For gode oversikter og innføring i auksjonsteori henvises det til McAfee og McMillan (1987), Milgrom (1989), Feldman og Mehra (1993) og Vagstad (1998).

Som vi har vært inn på tidligere i rapporten (Kapittel 5) er bruk av "capitation" i helsesektoren vanligvis forbundet med vertikalt integrerte helseforetak som dekker et bredt spekter av medisinske tjenester for medlemmene til gjengjeld for en månedlig premie per medlem.⁵⁸ En slik modell i samband med anbudskonkurranse krever således en bred tilbudsside på ulike nivåer i verdikjeden, noe som vanligvis er forbundet med geografiske områder med høy befolkningstetthet. For å unngå at et helseforetak blir belastet med en uforholdsmessig høy andel av medlemmer med høy helserisiko, eller at et foretak har sterke insentiver til å skyve vekk medlemmer med særlig høy helserisiko, forutsetter bruk av anbudskonkurranse basert på "capitation" at medlemmene grupperes etter helserisiko, og at det fastsettes en premie for hver gruppe, jf. diskusjonen i Kapittel 3. Likevel vil det lett kunne oppstå insentiver til å begrense utnyttelsen av de tjenestene som tilbys. Under et slikt system er det således viktig med en nøye spesifisering av hvilke tjenester man har krav på som medlem, og mulighet til å sanksjonere manglende tilbud iht. hva man har krav på. Videre kan muligheten til å velge mellom tjenesteprodusenter være en viktig sanksjonsmekanisme for å sikre kvalitet.

Anbudskonkurranse basert på *pris per sykdomstilfelle* eller behandlingsepisode må adressere de samme problemene som anbudskonkurranse basert på "capitation". I tillegg må man nøye spesifisere når en behandling er avsluttet. Hvis dette ikke kan gjøres presis, kan en tjenesteprodusent søke å øke inntektene gjennom å øke antall behandlingsepisoder eller å avbryte en behandlingsepisode for tidlig med sikte på å overføre pasienten til en annen finansieringskilde. Dette er imidlertid ikke insentivproblemer som er knyttet til bruken av anbudskonkurranse, men som gjelder for alle betalingssystemer som er basert på betaling per episode eller "capitation". Det er viktig å merke seg at bruken av markedsmekanismer for å fastsette priser heller ikke vil aksentuere problemene.

Nok et alternativ er å utforme anbudskonkurransen med utgangspunkt i *den enkelte individuelle tjeneste*. En fordel er at en som deltar i anbudskonkurransen ikke trenger å tilby et bredt spekter av tjenester for å delta, siden anbudskonkurransen kan målrettes mot spesifikke kategorier av tjenester, f.eks. laboratorietester, røntgenundersøkelser, osv. Dette

⁵⁷ Se Vickrey (1961).

⁵⁸ Bortsett fra finansiering av primærleger, jf den norske fastlegeordningen.

kan gi flere mulighet til å delta i anbudskonkurransen og øker sannsynligheten for reell konkurranse. Å legge budvariabelen ned på tjenestenivå reduserer også insentivene til å begrense pasientenes tilgang til tjenesten, eller utnyttelse per omsorgsepisode. Ingen ordning er imidlertid uten potensielle negative effekter, som også må adresseres med hensiktsmessige verktøy. For eksempel ligge det selvsagt inne et insentiv til å øke omfanget av tjenester som tilbys. Videre vil en enkelt pasient typisk ha behov for et knippe av tjenester, og sett fra pasientenes side vil oppfattet kvalitet lett bli redusert dersom de ulike tjenestene tilbys fra ulike uavhengige produsenter med dårlig koordinering seg imellom. Man kan tenke seg at det legges inn bud med utgangspunkt i en hensiktsmessig gruppering av tjenester, men da må man også ha et egnet verktøy for å sammenligne bud fra ulike tjenesteprodusenter med utgangspunkt i den enkeltes prisliste.

9 REFERANSER

Askildsen, J. E., & K. R. Brekke (2001): "Er konkurranse i helsesektoren en god idé," i *Helse, økonomi og politikk : utfordringer for det norske helsevesenet*, red. av J. E. Askildsen, & K. Haug. Oslo.: Cappelen akademisk.

Ausubel, L. M., & P. Cramton (1996): *Demand Reduction and Inefficiency in Multi-Unit Auctions*. University of Maryland Working Paper No. 96-07.

Brekke, K. (2002): "Fra forvaltning til monopol i den norske sykehussektoren," *Økonomisk forum*, (4): 13-19.

Buhaug, H., K. Nyland & K. Solstad (1999): "Beregning av norske kostnadsvekter til HCFA-12-versjonen av DRG-systemet - En metodegjennomgang", Rapport, SINTEF Unimed, NIS Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim.

Cutler, D. M. & R. J. Zeckhauser (2000): "The anatomy of health insurance", in Culyer, A. J. & J. P. Newhouse (Eds.) *Handbook of Health Economics*. Vol. 1, Elsevier Science B. V., Amsterdam, 563-643.

Croxson, B., C. Propper, & A. Perkins (2002): "Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme," *Journal of Public Economics*, **79**: 375-398.

Dalen, D. M., E. R. Moen, & C. Riis (2001): *Designing Competition in Health Care Markets*. Health Care Economics Research Programme/Norwegian School of Management - BI Workign Paper 2001:3.

Drake, D. & T. Sullivan (1999). *Market Limits in Health Reform: public success, private failure*. London, Routledge.

Feldman, R. A., & R. Mehra (1993): "Auctions," *IMF Staff Papers*, **40**(3): 485-511.

French, S., A. Old & J. Healy (2000). "Health Care Systems in Transition: New Zealand". Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Furuholmen, C. & J. Magnussen (2000). "Health Care Systems in Transition: Norway". Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Gedtham, U-G., C. Rehnberg, & M. Tambour (1997). "The impact of internal markets on health care efficiency: Evidence from health care reforms in Sweden". Working Paper Series

in Economics and Finance, No 170. Centre for Health Economics, Stockholm School of Economics, Sweden.

Glazer, J. & T. G. McGuire (2002): "Setting health plan premiums to ensure efficient quality in health care: minimum variance optimal risk adjustment", *Journal of Public Economics*, 84, 153-173.

Glennerster, H., M. Matsagnis, & P. Owens (1994): *Implementing GP Fundholding: Wild Card or Winning Hand?* Buckingham: Open University Press.

Grand, J. L. (1999): "Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service," *Health Affairs*, **18**(3): 27-39.

— (2002): "Further tales from the British National Health Service," *Health Affairs*, **21**(3): 116-128.

Grand, J. L., & W. Bartlett (1993): "Quasi-markets and social policy," Basingstoke: Macmillan Press.

Grand, J. L., N. Mays, & J.-A. Mulligan (1998): *Learning from the NHS internal market: a review of the evidence*. London: King's Fund.

Hadley, J. (1995): "Hospital price regulation: Evidence and implications for health care reform," in *Health care policy and regulation*, red. av T. A. Abbott. Boston: Kluwer.

Hagen, K.P. og E. Kjerstad (2001): "Styring og regulering av helsesektoren", i Askildsen og Haug (red): *Helse, økonomi og politikk - utfordringer for det norske helsevesenet*, Cappelen Akademisk forlag.

Ham, C. (1997). *Health Care Reform – Learning from International Experience*. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.

Hjortsberg, C. & O. Ghatnekar (2001). "Health Care Systems in Transition: Sweden". Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Hoerger, T. J., & T. M. Waters (1993): "Competitive bidding for Medicare services," *Medical Care*, **31**(10): 879-897.

Holahan, J., S. Rangarajan, & M. Schirmer (1999): *Medicaid managed care payment methods and capitation rates: Results of a national survey*. The Urban Institute Occasional Paper 26.

- Hurley, R., M. McCue, N. McCall, J. Korb, P. Turner, & A. Petersons (2000): *Participation, performance and perspectives in Medicaid and Medi-Cal Managed Care*. Medi-Cal Policy Institute, Center for Health Care Studies A synthetis of studies
- Iilfe, S., & J. Munro (2000): "New Labour and Britain's National Health Service: An Overview of Current Reforms," *International Journal of Health Services*, **30**(2): 309-334.
- Kaarbøe, O. og E. Kjerstad (2001): "Statlig eierskap av sykehus - valg av selskapsform", i Askildsen og Haug (red): *Helse, økonomi og politikk - utfordringer for det norske helsevesenet*, Cappelen Akademisk forlag.
- Keijser, G. M. W. M., & B. L. Kirkman-Liff (1992): "Competitive bidding for health insurance contracts," *Health Policy*, **21**: 35-46.
- Kessler, D. P., & M. B. McClellan (2000): "Is hospital competition socially wasteful?," *The Quarterly Journal of Economics*, **115**(2): 577-615.
- McAfee, R. P., & J. McMillan (1987): "Auctions and Bidding," *Journal of Economic Literature*, **25**(2): 699:754.
- McCombs, J. S., & J. B. Christianson (1987): "Applying competitive bidding to health care," *Journal of Health Politics*, **12**(4): 703-722.
- McKee, M. & J. Healy (2002). *Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- Melzer, D., & J. Chung (2001): *Effects of competition under prospective payment on hospital costs among high and low cost admissions: Evidence from California, 1983-1993*. National Bureau of Economic Research NBER Working Paper 8069.
- Milgrom, P. (1989): "Auctions and Bidding: A Primer," *Journal of Economic Perspectives*, **3**(3): 3-22.
- (2000): "Putting Auction Theory to Work: The Simultaneous Ascending Auction," *Journal of Political Economy*, **108**: 245-272.
- Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras & J. Kutzin (2002). *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- Newhouse, J. P. (1996): "Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection", *Journal of Economic Literature* **34**: 1236-1263.

Newhouse, J. P., M. Beeuwkes Buntin & J. D. Chapman (1997): "Risk adjustment and medicare: taking a closer look", *Health affairs* 16, 26-43.

Nyland, K., M. Pedersen & K. Solstad (1999): "Kostnadsvektorer til HCFA-12-versjonen av DRG", Rapport, SINTEF Unimed, NIS Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim.

Ot. prp. nr. 12 (1998-99). "Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)". Sosial- og helsedepartementet.

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) "Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten". Sosial- og helsedepartementet.

Pedersen, M. & K. Solstad (2000): "Benckmarking av kostnader ved sentralsykehus", Rapport, SINTEF Unimed, NIS Helsetjenesteforskning, Trondheim.

Pettersen, I. J. (1998): "Reisen til markedet. Om økonomisk styring i sykehussektoren," *Sosialøkonomen*, (2): 2-9.

Powell, F. D. & A. F. Wessen (1999). *Health Care systems in Transition: An International Perspective*. Thousand Oaks, California, Sage Publication.

Propper, C. (1996): "Market structure and prices: The responses of hospitals in the UK National Health Services to competition," *Journal of Public Economics*, **61**: 307-335.

— (2001): "Expenditure on Healthcare in the UK: A Review of the Issues," *Fiscal Studies*, **22**(2): 151-183.

Propper, C., B. Croxson, & A. Shearer (2002): "Waiting times for hospital admissions: the impact of GP fundholding," *Journal of Health Economics*, **21**: 227-252.

Propper, C., D. Wilson, & N. Söderlund (1998): "The effects of regulation and competition in the NHS internal market: the case of general practice fundholder prices," *Journal of Health Economics*, **17**: 645-673.

Rehnberg, C. (1997). "Sweden" i Ham, Chris (1997). *Health Care Reform – Learning from International Experience*". Buckingham. Philadelphia: Open University Press.

Rothkopf, M. H., T. J. Teisberg, & E. P. Kahn (1990): "Why are Vickrey Auctions Rare?," *Journal of Political Economy*, **98**(11): 94-109.

Saltman, R. B. (1999). "Evolving Roles of the National and Regional Governments in the Swedish Health Care System", in Powell, F. D. & A. F. Wessen, *Health Care systems in Transition: An International Perspective*. Thousand Oaks, California, Sage Publication.

Saltman, R. B., R. Busse & E. Mossialos (2002). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.

Saltman, R. B., J. Figueras & C. Sakellarides (1998). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.

Scott, C. (2001). *Public and Private Roles in Health Care Systems: Reform Experience in Seven OECD Countries*. Philadelphia, Pa., Open University Press.

Smee, C. (2000): "United Kingdom," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, **25**(5): 945-951.

Smith, P. C. (2002): "Performance management in British health care: Will it deliver?," *Health Affairs*, **21**(3): 103-115.

Socialstyrelsen (2001). "Hälso- och sjukvårdsrapport 2001". Sverige.

Sosial- og helsedepartementet (2000). "FOR 2000-12-01 nr. 1208: Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp".

Sosial- og helsedepartementet (2000). "FOR 2000-12-07 nr. 1233: Forskrift om ventelisteregistrering".

Sosial- og helsedepartementet (1999). "Lov 2. juli 1999 nr. 61: Spesialisthelsetjenesten m.m".

Sosial- og helsedepartementet (1999). "Lov 2. juli 1999 nr. 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) ".

Sosial- og helsedepartementet (2000). Rundskriv 1-53/2000, "Rundskriv om fritt sykehusvalg etter pasientrettighetsloven § 2-4".

Sundhedsstyrelsen (1998). "Lov om pateinters rettsstilling. Lov nr. 482 af 01/07/1998". Danmark.

Sunnevåg, K. (1999): "Allokering av eksklusive rettigheter - smart bruk av markedet," *Norsk Økonomisk Tidsskrift*, **113**: 157-182.

Tambour, M. & C. Rehnberg (1997). *Internal Markets and Performance in Swedish Health Care*". Working Paper No. 161. The Economic Research Institute, Stockholm School of Economics, Sweden.

Vagstad, S. (1998): "Auksjonsteori & offentlig politikk," i *Informasjonsproblem og økonomisk organisering*, red. av G. Torsvik. Bergen: Fagbokforlaget.

Van Barneveld, E. M., L. M. Lamers, R. C. J. A. van Vliet & W. P. M. M. Van de Ven (1998): "Mandatory pooling as a supplement to risk adjusted capitation payments in a competitive health insurance market", *Social Science and Medicine*, 47: 223-232.

Van Barneveld, E. M., L. M. Lamers, R. C. J. A. van Vliet & W. P. M. M. Van de Ven (2001): "Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency", *Journal of Health Economics*, 20, 147-168.

Van de Ven, W. P. M. M. & R. P. Ellis (2000): "Risk adjustment in competitive health plan markets", in Culyer, A. J. & Newhouse, J. P. (Eds.) *Handbook of Health Economics*. Vol. 1, Elsevier Science B. V., Amsterdam, 754-845.

Van de Ven, W. P. M. M. & R. C. J. A. van Vliet (1992): "How we can prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the '90's", in P. Zweifel and H. E. French (Eds.), *Health Economics Worldwide* (Kluwer Academic Publishers, the Netherlands) 23-46.

Vickrey, W. (1961): "Counterspeculation, Auction, and Competitive Sealed Tenders," *Journal of Finance*, 16(March): 8-37.

von Otter, C. (1999). "Cost Control in the Swedish Health Sector", i Powell, F. D. & A. F. Wessen, *Health Care systems in Transition: An International Perspective*. Thousand Oaks, California, Sage Publication.

Zwanziger, J., & G. A. Melnick (1988): "The effects of hospital competition and the medicare PPS program on hospital cost behavior in California," *Journal of Health Economics*, 7: 301-320.

Zwanziger, J., G. A. Melnick, & A. Bamezai (1994): "Costs and price competition in Californian hospitals 1980-1990," *Health Affairs*, (Fall): 118-126.