

SNF-RAPPORT NR. 25/06

Konkurransen i spesialisthelsetjenesten?

av

Christian Andersen,
Kurt R. Brekke, Egil Kjerstad,
Frode Kristiansen, Odd Rune Straume,
Kjell J. Sunnevåg

SNF-prosjekt nr. 2715
Konkurransen i spesialisthelsetjenesten

Prosjektet er finansiert av Konkurransetilsynet

SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS

Bergen, september 2006

© 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 82-491-0467-6 Trykt versjon
ISBN 82-491-0468-4 Elektronisk versjon
ISSN 0803-4036

Innhold

Sammendrag	vi
Politikkimplikasjoner	xii
Introduksjon	xvi
I Teoretiske analyser av konkurranse mellom sykehus	1
1 Innledning	2
2 Effektivitet og markedssvikt	3
2.1 Usikkerhet og forsikring	4
2.2 Asymmetrisk informasjon	5
2.3 Skalafordele og naturlig monopol	5
2.4 Produktdifferensiering	7
2.5 Etablering og markedsmakt	8
3 Regulering versus konkurranse	10
4 Målestøkkonkurranse	12
4.1 En teoretisk modell	12
4.2 Samfunnsøkonomisk optimum	13
4.3 Prisregulering og kostnadseffektivitet	14
5 Kvalitetskonkurranse	16
5.1 En teoretisk modell	16
5.2 Konkurranse og kvalitet	19
5.3 Offentlig vs privat: Myke budsjetter	20
5.4 Kvalitet og informasjon	21
6 Konkurranse og ventetid	22
6.1 En teoretisk modell	23
6.2 Ventetid i likevekt	24
II Empiriske analyser av konkurranse mellom sykehus	29
7 Innledning	30

<i>INNHold</i>	iii
8 Måling av konkurranse mellom sykehus	31
8.1 Markedsavgrensning	31
8.2 Mål på konkurranse	32
9 Kvalitet og konkurranse	34
9.1 Eksisterende empiriske studier	34
9.2 Måling av kvalitet	35
9.3 Kvalitetsindikatorer for norsk sykehus	36
9.4 Vurdering av mortalitet og reinnleggelser	37
10 Ventetid og konkurranse innen dagkirurgi	39
10.1 Utvalg av dagkirurgiske behandlinger	39
10.2 Måling av ventetider	45
10.3 Måling av sykehuskonkurranse	48
11 Økonometrisk studie av konkurranse og ventetid	55
11.1 Beskrivelse av delmarkedene	55
11.2 Økonometrisk analyse av variasjoner i ventetid	58
11.3 Analyser per DRG	62
12 Avsluttende kommentarer	66
13 Appendiks: Kort om metodisk tilnærming	67
III Konkurranse innenfor helseregionene	71
14 Innledning	72
15 Rammebetingelsene	73
15.1 De regionale helseforetakenes roller	73
15.2 Momenter fra bestillerdokumentene	75
15.3 Foretaksmøter	75
15.4 Noen normative vurderinger	76
16 Egenskaper ved tjenestene	77
17 Organisatoriske forutsetninger	82
17.1 Om bestiller-utfører organisering	84
17.2 utfordringer ved bestiller-utfører organisering	87
17.3 Tilnærminger i de regionale helseforetakene	87
17.4 Drøfting av organisatoriske forutsetninger	91
18 Ulike konkurranseformer	95
18.1 Konkurranse om rett til å yte tjenester	95
18.2 Intern konkurranse	104
18.3 Konkurranse om ressurser	106
18.4 Konkurranse om brukerne	107
18.5 Nærmere om avtalespesialistene	108
18.6 Anbudskonkurranse for dagkirurgi og avtalespesialister	111

19 Oppsummering	114
Tillegg A: Metodisk tilnærming og kilder	122
Tillegg B: Organisering og erfaringer fra andre land	123
Tillegg C: Struktur og avtaler med private	142

Forord

Formålet med rapporten er å belyse om konkurranse i sykehussektoren er ønskelig, hvordan konkurranse kan oppnås og hvilke effekter det har. Rapporten er inndelt i tre hoveddeler, der del 1 fokuserer på teoretiske analyser av konkurranse mellom sykehus i et offentlig helsesystem, del 2 presenterer empiriske analyser av sammenhengen mellom sykehuskonkurranse, kvalitet og ventetid, og del 3 diskuterer konkurranse innenfor helseregionene med vekt på bestiller-utfører modellen, private aktører og anbudskonkurranse.

Kurt Brekke har vært prosjektleder. Prosjektdeltakerne har hatt ansvar for ulike deler, med følgende arbeidsdeling: Del 1 har vært utført av Kurt Brekke og Odd Rune Straume, del 2 har vært utført av Kurt Brekke, Egil Kjerstad og Frode Kristiansen, og del 3 har vært utført av Christian Andersen og Kjell Sunnevåg. Til tross for at ansvaret for de ulike delene har vært fordelt, så har gruppen jobbet nært sammen i form av interne prosjektmøter, hvor man har diskutert opplegg for analyser og resultater.

Prosjektet har vært finansiert og utført på oppdrag av Konkurransetilsynet. I løpet av prosjektperioden har det vært avholdt fire møter med oppdragsgiver. Prosjektgruppen ønsker å takke Lars Sjørgard, Magnus Gabrielsen og Erlend Smedsdal i Konkurransetilsynet for mange gode og konstruktive innspill og kommentarer i løpet av hele prosjektperioden, uten at disse på noen måte hefter for innholdet og konklusjonene i rapporten.

Sammendrag

Norge har et offentlig helsesystem, der forsikring mot sykdom og skader, finansiering av behandlingstilbudet, og forsyning av helsetjenester i all hovedsak er i offentlig regi. Mens produksjonen av primærhelsetjenester i omfattende grad er utført av allmennleger (fastleger) som driver privat, profitt-basert praksis, er tilbudet av spesialisthelsetjenester i utstrakt grad nasjonalisert og skjermet for konkurranse.

De siste årene har imidlertid norske myndigheter introdusert markedselementer og incentiver til konkurranse i spesialisthelsetjenesten gjennom flere omfattende reformer. Viktigste av disse er *Innsatsstyrt finansiering* som ble innført i 1997, *Fritt sykehusvalg* som ble innført i 2001 og *Sykehusreformen* med etableringen av helseregioner og regionale helseforetak (RHF) i 2002. Til tross for disse reformene er imidlertid sektoren fremdeles preget av omfattende offentlig regulering og lite konkurranse.

Formålet med rapporten har vært å belyse om konkurranse i sykehussektoren er ønskelig, hvordan konkurranse kan oppnås, og hvilke effekter det har. Vi har spesielt fokusert på følgende to hovedproblemstillinger: (i) Potensielle effekter av konkurranse mellom sykehus i et offentlig helsesystem; og (ii) konkurransemessige virkninger av de regionale helseforetakenes dobbeltrolle. Problemstillingene er belyst gjennom både teoretiske og empiriske analyser. Det er også gjennomført prinsipielle diskusjoner basert på eksisterende litteratur, offentlige dokumenter, samt intervjuer med nøkkelpersoner i sykehussektoren. Rapporten er inndelt i tre hoveddeler, der del 1 og 2 presenterer henholdsvis teoretiske og empiriske analyser av konkurranse mellom sykehus, og del 3 gir en diskusjon av konkurranse *innenfor* helseregionene med vekt på de regionale helseforetakenes dobbeltrolle. Nedenfor gis et sammendrag av de enkelte delene.

Del 1 - Teoretiske analyser av konkurranse mellom sykehus

Del 1 fokuserer på teoretisk analyser av konkurranse mellom sykehus innenfor et offentlig helsesystem. Innledningsvis gir vi en prinsipiell diskusjon av ønskeligheten av konkurranse i sykehussektoren. Fra økonomisk teori vet vi at sterkere konkurranse vil lede til økt samfunnsøkonomisk effektivitet. Dette fordrer imidlertid at man har en prismekanisme som klarer tilbud og etterspørsel, og at det er fravær av markedssvikt. Det er allment kjent at helsesektoren er kjennetegnet ved en rekke markedsimperfeksjoner, og at et fritt, uregulert marked vil lede til en ineffektiv forsyning av forsikring og helsetjenester. Vi har argumentert for at usikkerhet og asymmetrisk informasjon i forsikringsmarkedet er et sterkt argument for en obligatorisk, universell forsikringsordning, men ikke for en nasjonalisering av forsikringsmarkedet slik vi har i offentlige helsesystem som det norske. Vi har vist til empirisk litteratur som viser at sykehusproduksjon er kjennetegnet ved svært moderate skalafordeler, og på ingen måte kan karakteriseres som et naturlig monopol. Vi har pekt på at spesialisthelsetjenester ikke er homogene goder, men differensierte produkter både i vertikal (kvalitet) og horisontal

(lokalisering, behandlingstilbud, spesialisering) forstand. Vi har til slutt pekt på at det ikke er fri etablering og lokalisering i markedet, og at man kan forvente utøvelse av markedsrett så lenge sykehusene er opptatt av inntekter eller profitt når de utformer sitt behandlingstilbud.

Vi presenterer så tre ulike konkurransemodeller for sykehusmarkedet. Først ser vi på *målestokkonkurranse* som introduserer konkurranse mellom sykehus på en indirekte måte gjennom å betinge finansieringen av et sykehus på rapporterte kostnader fra de andre sykehusene. Denne konkurranseformen ble introdusert i Norge gjennom Innsatsstyrt finansiering i 1997, og introduserer incentiver for sykehus til å redusere sine variable enhetskostnader og på den måten øke kostnadseffektiviteten.

Deretter analyserer vi konkurranse mellom sykehus som *direkte* konkurrerer om pasienter og derigjennom inntekter, et system som ble introdusert i Norge gjennom Fritt sykehusvalg i 2001. Først setter vi opp en teoretisk modell for å analysere sammenhengen mellom sykehuskonkurranse og *kvaliteten* på behandlingstilbudet. Vi benytter en modell med et gitt antall sykehus som er horisontalt differensierte i form av geografisk avstand og vertikalt differensierte i form av potensielle kvalitetsforskjeller. Sykehusene blir finansiert ved en kombinasjon av stykkpris og rammebevilgning. Deres mulighet til å øke sine inntekter ligger i å bedre kvaliteten og derigjennom øke etterspørselen, noe som gir høyere inntekter via stykkpriskomponenten i finansieringssystemet. Vi antar at sykehusene er opptatt av inntekter og til en viss grad kostnader, avhengig av hvor 'myke' budsjetter de har. I tillegg tar sykehusene hensyn til pasientenes nytte av behandlingen (altruisme).

Et hovedresultat fra analysen er at finansieringssystemet er avgjørende for at det skal eksistere kvalitetskonkurranse mellom sykehus. Mer presist viser vi at stykkprisen (DRG-satsen) må være tilstrekkelig høy for at sykehusene skal ha incentiv til å konkurrere om pasienter gjennom å investere i kvalitet. Vi finner også at incentivene til å bedre kvaliteten er høyere jo mer myke budsjettene er, og jo mer altruistiske sykehusene er. Et hovedspørsmål er imidlertid om økt konkurranse mellom sykehus kan forventes å gi høyere kvalitet på sykehusbehandlingen? Dersom alternativet er (regulerte) monopoler, der pasienter henvises til nærmeste sykehus – slik man gjorde før dagens ordning med Fritt sykehusvalg – er svaret ja (gitt at stykkprisen er tilstrekkelig høy). Dersom alternativet er å øke konkurransen i et regime med fritt sykehusvalg, er dette igjen avhengig av størrelsen på stykkprisen, mykheten på budsjettene, graden av altruisme.

Vi ser også på konkurranse mellom offentlige og private sykehus, hvor vi antar at disse skiller seg ved at private sykehus har 'harde' budsjett, mens offentlig sykehus har 'mykere' budsjetter. Gitt denne antakelsen finner vi at offentlige sykehus med myke budsjett alltid tilbyr høyere kvalitet, og at forskjellen øker med stykkprisen og graden av konkurranse. Hvorvidt høyere kvalitet er samfunnsøkonomisk optimalt er imidlertid et annet spørsmål.

Til slutt ser vi på hvordan sykehuskonkurranse påvirker *ventetid*, et tema som har fått overraskende lite oppmerksomhet i litteraturen så langt. Det eksisterer to teoretiske studier som har sett på denne sammenhengen, og som begge finner at økt sykehuskonkurranse (eller pasientvalg) fører til *lengre* ventetid for behandling. I begge studiene avhenger resultatet av at sykehusene opplever 'unytte' eller kostnad av å ha lange ventetider. Dette er syns vi ikke er helt overbevisende dels fordi ventetid kan benyttes strategisk til å få økte bevilgninger, noe som innebærer en gevinst av å ventetid, og dels fordi konkurranse kan ha en direkte effekt på ventetid. I tillegg, og kanskje mer viktig, så samsvarer ikke nevnte teoretiske resultat med de få empiriske studiene som foreligger.

Vi formulerer derfor en modell som er rikere og der analysen ikke avhenger av at

sykehusene opplever en ‘unytte’ knyttet til ventetid. I modellen er det et gitt antall geografisk differensierte sykehus som tilbyr behandling med en gitt ventetid. Vi introduserer to typer pasienter; (i) pasienter med lav nytte av behandling som enten velger det nærmeste sykehuset eller ingen behandling, og (ii) pasienter med høy nytte av behandling som velger hvilket sykehus de ønsker å behandles på, og der ingen behandling ikke er et alternativ. Den siste pasientgruppen er de som benytter seg av Fritt sykehusvalg og dermed er det ‘kompetitive’ pasientsegmentet. Sykehusene er som ovenfor finansiert med en kombinasjon av ramme- og stykkprisfinansiering, slik som under Innsatsstyrt finansiering.

Resultatene fra den teoretiske analysen er for det første at en reduksjon i pasientenes reisekostnader – noe som kan tolkes som økt substituerbarhet og dermed økt konkurranse mellom sykehus – gir *økt* ventetid. Dette resultatet samsvarer med tidligere litteratur, men avhenger nå *ikke* av sykehusenes omtalte ‘unytte’ ved ventetid. Videre finner vi at en økning i andelen som benytter seg av Fritt sykehusvalg (det ‘kompetitive’ markedssegmentet) har en tvetydig effekt på ventetid. Til slutt så finner vi at økt antall konkurrerende sykehus i markedet gir en *lavere* ventetid, noe som ikke skyldes økt kapasitet i markedet, men en ren strategisk tilpasning fra sykehusenes side. Altså gir den teoretiske analysen belegg for å hevde at *økt* konkurranse i form av økt antall sykehus fører til *reduuerte* ventetider.

Del 2 - Empiriske analyser av konkurranse mellom sykehus

Del 2 av rapporten oppsummerer empiriske analyser som vi har gjennomført med sikte på å belyse potensielle effekter av konkurranse mellom sykehus i et offentlig helse-system. Analysene er i hovedsak av deskriptiv karakter, men beskrivelsen suppleres med en økonometrisk studie som i større grad er egnet til å identifisere kausale sammenhenger og effekter. Vi mener at disse analysene kan gi indikasjoner på viktige forhold knyttet til konkurranse i sykehussektoren.

Innledningsvis gis en gjennomgang av relevante internasjonale studier. Studiene er viktige innspill i forhold til definisjon av markeder, mål på konkurransegrad, indikatorer for kvalitet, samt identifisering av effekter knyttet til eierskap. Norske studier er særlig relevante mht. muligheter for måling av forskjeller i kvalitet mellom norske sykehus. På grunn av avgjørende begrensninger i reliabilitet av måling av mortalitetsrater og reinnleggelser, fant vi imidlertid at det ikke var grunnlag for å gjennomføre egne analyser med kvalitetsindikatorer. Den empiriske delen av prosjektet er dermed konsentrert om avgrensning av relevante markeder, måling av graden av konkurranse og sammenhenger med ventetider for behandling. Produktmessig har vi valgt tre store dagkirurgiske behandlinger (DRGer) for videre analyse av potensiell konkurranse mellom sykehus. Geografisk er delmarkeder avgrenset av 120 minutters kjøreavstand fra hvert sykehus. Disse delmarkedene kan enten være lokale monopoler (med kun ett sykehus) eller delvis/helt overlappende delmarkeder, mellom nært lokaliserte sykehus. Generelt er dagkirurgi i Norge i perioden 1999 – 2004 preget av et økende antall tilbydere (også private sykehus) og av fallende ventetider.

Som konkurranseindikatorer, har vi har beregnet Herfindahl-Hirschmann-indeks (HHI) for hvert delmarked, for hver av de tre DRGene og for hvert av årene i perioden 1999 - 2004. For analyseformål har vi generert et sett av variabler som kan relateres til hvert delmarked, f.eks. gjennomsnittlig ventetid. Hva står så konkurransen om? Vi søker å forklare variasjoner i ventetider over geografisk avgrensede delmarkeder og tre ulike behandlinger. Vi legger med andre ord til grunn at ventetider er en viktig valgvariabel for pasienter som har behov for dagkirurgisk behandling. Vi anvender en paneldata-estimator, eller mer spesifikt en såkalt fasteffektmodell. Modellen

estimerer hvordan endringer i forklaringsvariabler påvirker endringer i ventetider på delmarkedsnivå. Vår analyse indikerer at en økning i antall sykehus bidrar til å redusere ventetider i geografiske delmarkeder, som forventet. Vi finner også at sammensetningen av eiere i et delmarked ikke påvirker ventetidene. Med andre ord, innslag av private kommersielle og ikke-kommersielle aktører gir ikke en signifikant reduksjon i ventetidene sammenliknet med delmarkeder med bare statlige eiere. Resultatene knyttet til konkurranseindikatoren HHI er mer tvetydige.

Del 3 - Konkurransen innenfor helseregionene

I denne delen av rapporten har vi sett på mulighetene for å realisere konkurranse i spesialisthelsetjenesten innenfor en region. Rammeverket for å foreta disse vurderingene er basert på at dette avhenger av fire sentrale faktorer; i) rammebetingelsene; ii) egenskaper ved tjenestene; iii) organisatoriske forutsetninger; og iv) egenskaper ved markedet. Videre er det tatt utgangspunkt i at konkurranse om retten til å utføre spesialisthelsetjenester også kan implementeres i varierende grad; gjennom åpen eller begrenset anbuds konkurranse, eller gjennom intern fiktiv konkurranse.

Når det gjelder *rammebetingelsene* er det i rapporten pekt på flere forhold som er av betydning. I Helse- og omsorgsdepartementets omtale av private aktørers rolle i det samlede helsetilbudet er det pekt på at helsepolitikken og spesialisthelsetjenesten er basert på at private aktører skal medvirke i spekteret av helsetilbud i Norge: 'Private tjenesteytere spiller en viktig rolle i det samlede tjenestetilbudet, og utgjør både et supplement, et alternativ og en mulig utfordrer til de offentlige helseforetakene.' I bestillerdokumentet for 2006 er det imidlertid understreket at omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus skal begrenses. Videre er det pekt på at sykehus eid av frivillige organisasjoner sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige.

Egenskaper ved tjenestene vil også avgjøre i hvilken grad det er hensiktsmessig og mulig å introdusere konkurranse. Spesialisthelsetjenestene omfatter en sammensatt og kompleks verdikjede av tjenester, der det er ulike former for komplementariteter mellom de ulike funksjoner. Graden av slike komplementariteter, tjenestens kompleksitet (i hvilken grad det er mulig å kontraktmessig presisere tjenestens innhold) og eventuelle økte transaksjonskostnader ved ekstern produksjon vil være med å avgjøre i hvilken grad det er hensiktsmessig å konkurranseutsette hele eller deler av tjenesten. En gjennomgang av helseforetakenes avtaler med private viser at det i stort (men varierende) omfang inngås avtaler mellom de regionale helseforetak og private tjenesteleverandører. Det er likevel viktig å merke seg at de fleste avtalene gjelder enklere helsetjenester (dagkirurgi), laboratorium, røntgen, rehabilitering eller tekniske støttefunksjoner. I noen tilfeller er det avtaler med kommersielle private aktører og i andre tilfeller er det tale om langsiktige samarbeidsrelasjoner med private sykehus eller institusjoner eid av ideelle organisasjoner. Det er videre viktig å merke seg at det i stor grad dreier seg om tjenester der det er forholdsvis kurrant å definere tjenestens innhold ex ante og kontrollere kvalitet (tjenesteleverandørens kvalifikasjoner) ex post. Med unntak av rehabilitering er dette også tjenester som er forholdsvis lite investeringsintensiv, der det er forholdsvis mange potensielle konkurrenter, og der det er et etablert marked for kjøp av nødvendig kompetanse.

Et spørsmål som da reiser seg er om man benytter markedet så langt det er praktisk mulig og hensiktsmessig innenfor spesialisthelsetjenesten? Til en viss grad burde det være mulig å introdusere konkurranse også for andre mer komplekse tjenestetyper, men det er nok en del organisatoriske forutsetninger som må være tilfredsstillende før dette kan skje. Det dreier seg bl.a. om å presisere tjenestens innhold og kvalitet, og det dreier

seg om å kunne skille klarere mellom de ulike delene av tjenesten; de som fortsatt vil være beskyttet fra konkurranse og de som potensielt kan utsettes for konkurranse. Enkelte regionale helseforetak er i gang med dette arbeidet som et ledd i å kunne foreta meningsfulle interne sammenstillinger (benchmarking). Dette representerer en betydelig utfordring, og det må antas at det er et stykke igjen før man har et operativt rammeverk på plass. Likevel vil det i så fall være det første steget mot å også foreta sammenligning ut over det interne, bl.a. gjennom å sammenligne med kostnaden ved privat tjenesteproduksjon, for eksempel gjennom anbudskonkurranse.

Det neste spørsmålet er *de organisatoriske forutsetningene*. Bestiller-utfører organisering nevnes gjerne som en organisatorisk forutsetning for bruk av markeds-mekanismer der en offentlig tjenesteprodusent benytter markedet for å produsere tjenester som den har et ansvar for å tilby. Det har da også vært uttrykt bekymring for at de regionale helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad klarer å skille mellom konsernrollen og 'sørge for rollen'. De fleste regionale helseforetakene har etablert egne bestillerenheter. Det eneste unntaket blant RHFene vurderer fortløpende å gjøre dette. Dette har gitt en klarere ansvarsdeling, men man har altså ikke gått skrittet fullt ut og etablert et organisatorisk skille mellom bestiller og utfører. Gitt premisset om at de regionale helseforetakene har et 'sørge for ansvar', at de vurderer hva de selv ønsker og har kapasitet til, og ønsker å produsere, og at de så benytter begrenset anbudskonkurranse der interne enheter ikke har anledning til å delta, er vår vurdering at dette så langt er en fornuftig og hensiktsmessig tilpasning. Vårt inntrykk er at graden av profesjonalisering i håndteringen av anbudsinstituttet er økende i de ulike regionale helseforetakene. Men dersom de regionale helseforetakene i fremtiden kommer til at også interne enheter skal kunne delta i åpne anbudskonkurranser, er dagens modell uten et sterkere organisatorisk skille problematisk.

Når det gjelder *egenskaper ved markedet* på de områder der dette benyttes, uttrykker de ulike regionale helseforetakene jevnt over tilfredshet med konkurransesituasjonen, og antall tilbydere ved anbudskonkurransene som er gjennomført. Dette kan til dels ha sammenheng med overkapasitet i bransjen. Retten til fritt sykehusvalg, og det at en avtale med ett regionalt helseforetak innebærer at pasienter i andre helseregioner kan velge å bli behandlet med en privat institusjon som har en avtale med det aktuelle helseforetaket, innebærer at markedspotensialet er vesentlig større enn den enkelte avtalen skulle tilsi. Videre vises det til at kvaliteten på tilbyderne generelt er god, så god at det også ble pekt på at enkelte private kommersielle driver klinisk virksomhet på en slik måte at 'vi har noe å lære av dem'. På den annen side uttrykkes det en viss bekymring for konkurransesituasjonen for rehabilitering. Det pekes på at dette er en tjeneste som er relativt kapitalintensiv og som krever spesialisert kompetanse. Det vises til at dette er et område som peker seg ut med hensyn til bruk av mer langsiktige forhandlede kontraktuelle relasjoner, enn bruk anbudskonkurranse som sådan. Kontraktslengde varierer mellom tjenestetyper og mellom regionene. Typiske kontraktslengder er for avtaler med private sykehus på tre år, mens det for laboratorier og røntgeninstitusjoner er to år. For avtalespesialistene er kontraktslengden generelt helt frem til spesialisten blir 70 år. Private uttrykker en viss frustrasjon på dette området. Fra RHF'ene erkjennes det at eksisterende avtaleperioder er for korte i forhold til det man vet de private tilbyderne ønsker. På den annen side vises de regionale helseforetakene til at man må ha en viss fleksibilitet, eller dynamikk, bl.a. i forhold til hvor fort ventelistene reduseres, og hva det er behov for. Et spørsmål er om man kan finne en løsning som tilfredsstiller begge parter, for eksempel lengre avtaler med større fleksibilitet. Dette er noe som Helse Nord har kommet frem til, også på bakgrunn av at de administrative kostnadene knyttet til å gjennomføre anbudskonkurranse er relativt høye.

Innledningsvis ble det pekt på at konkurranse i forhold til spesialisthelsetjenestene kan benyttes i ulik grad. Vi kan tenke oss ‘harde’ og ‘myke’ tilnærminger, der åpen eller begrenset anbudskonkurranse representerer den ene enden av skalaen, mens fiktiv intern konkurranse representerer den andre. Alle de regionale helseforetakene benytter private aktører for å produsere spesialisthelsetjenester som en del av å ivareta sitt ‘sørge for ansvar’, og ansvaret for å inngå avtaler om kjøp av spesialisthelsetjenester er i hovedsak lagt på RHF nivå. Motivasjon for å benytte markedet er først og fremst at det er et supplement, og for å avhjelpe et kjøpproblem, dvs. manglende kapasitet innenfor eget ‘konsern’. Det er altså interessant å merke seg at effektivitetsmotivasjonen, og som man finner igjen i andre sektorer som for eksempel den kommunale, praktisk talt er fraværende. Interne enheter er altså ikke direkte konkurranseutsatt, siden det nærmest er residualen som overlates til private aktører.

Det er likevel interessant å merke seg at et RHF peker på at konkurranseutsetting likevel har hatt en effektivitetseffekt internt. Ett RHF peker på at etter at de i større grad begynte å benytte avtaler med private, er egne enheter/avdelinger blir mer offensive, markedsfører seg mot primærlegene og tar unna køene fortere. Det er altså en form for myk konkurranseutsetting, der det at det eksisterer et alternativ gjør at det nærmest går sport i å vise at man er minst like god som alternativet.

Et område av spesialisthelsetjenestene som i løpet av arbeidet har pekt seg ut som særlig problematisk sett fra et konkurransemessig perspektiv, er avtalespesialistene. Disse har en avtale med de regionale helseforetakene innenfor sin spesialitet. Som en del av avtalen får de et driftstilskudd. Driftstilskuddet varierer avhengig av tjenestens art og avtalens omfang, mellom 20 til 100%. Noe på siden av tema for denne rapporten er om avtalene (blanding mellom fast og variabel del) gir riktige insentiver til innsats. Fra et konkurransemessig perspektiv er det imidlertid flere problematiske forhold. For det første er avtalene ‘livsvarige’, dvs. til spesialisten fyller 70 år. Selv om RHF kan kjøpe ut en avtale, gjør dette tilpasning til endrede behov vanskeligere og mer kostbart. Videre er tildeling av nye avtaler basert på ansiennitetsprinsippet. Ansiennitet betraktes som en indikator på kvalitet. Her bør det likevel vurderes om det ikke er hensiktsmessig med større grad av konkurranse mellom spesialister ved tildeling av nye avtaler.

Om det er konkurranse på like vilkår reises særlig i sammenhenger der avtalespesialister med driftsavtale (og som kan innebære en indirekte subsidiering av fasiliteter som også benyttes til andre formål enn det som er dekket av spesialistavtalen) konkurrerer med andre private aktører om avtaler med RHF om dagkirurgi i anbudskonkurranser.

Politikkimplikasjoner

Selv om vi ønsker å være forsiktige, så gir likevel analysene rom for noen konklusjoner og politikkanbefalinger. De teoretiske analysene gjennomført i del 1 peker på følgende viktige forhold. Stykkprisfinansiering og pasientbasert valg av sykehus er nødvendige betingelser for at sykehus skal ha incentiv til å konkurrere. I tillegg må stykkprisen, altså DRG-satsen, være tilstrekkelig høy (i forhold til gjennomsnittlige behandlingstkostnader) for at sykehusene skal ønske å konkurrere om pasienter. I dette tilfellet har sykehusene incentiv til å øke kvaliteten på behandlingen for å trekke til seg pasienter og dermed øke sine inntekter via stykkpriskomponenten i finansieringssystemet. Vi har også sett på sammenhengen mellom konkurranse og ventetid, og vist at økt antall konkurrerende sykehus gir lavere ventetid. Også her er finansieringssystemet avgjørende for resultatet, i den forstand at DRG-satsen må være tilstrekkelig høy for at sykehusene skal ønske å konkurrere om pasienter gjennom å redusere ventetiden.

I del 2 har vi sett på eksisterende empiriske studier av konkurranse og kvalitet, men ikke gjennomført egne analyser på dette området. Resultatene fra de empiriske studiene, med unntak av en studie fra Storbritannia, er at det er en positiv sammenheng mellom konkurranse og kvalitet. De fleste studiene er imidlertid basert på amerikanske data og det kan derfor settes spørsmålsteget ved om resultatene kan overføres til Norge. Studien fra Storbritannia finner at konkurranse redusert kvaliteten på sykehustjenestene. Mens Storbritannia har et offentlig helse-system slik som Norge, har de likevel en svært forskjellig konkurransemodell. De har ikke faste priser slik som vi har med DRG-baserte stykkpriser, men i stedet en form for priskonkurranse, noe som kan forklare resultatet fra den britiske studien. Vi ønsket å gjennomføre en empirisk studie på den norske sykehussektoren, men problemer med å få gode data på viktige kvalitetsindikatorer som mortalitet, komplikasjoner, etc, gjorde det vanskelig i dette prosjektet. Derimot har vi gjennomført både deskriptive og økonometriske analyser av sammenhengen mellom konkurranse og ventetid. Analysene fokuserer på et utvalg dagkirurgiske behandlinger, der det er et relativt stort innslag av offentlige og private (kommeriselle og ideelle). Et hovedresultat fra analysene er at økt antall sykehus (målt ved eiere) gir lavere ventetid, noe som indikerer at konkurranse mellom sykehus gir kortere ventetid for pasientene.

Politikkimplikasjonene vi kan trekke fra de teoretiske og empiriske analysene, er at stykkprisfinansiering er nødvendig for at sykehus skal ha incentiv til å konkurrere om pasienter. Dersom man ønsker å stimulere konkurransen ytterligere kan dette gjøres gjennom å øke stykkpriskomponenten i finansieringssystemet. I tillegg er det nødvendig at pasienten kan velge mellom sykehus. En fortsatt satsing på fritt sykehusvalg er derfor avgjørende for at man skal stimulere til konkurranse i sykehussektoren. Analysene indikerer at konkurranse er gunstig både i forhold til ventetid og kvalitet. Mens vi har funnet empirisk støtte for det første forholdet, så må vi ta noe forbehold knyttet til kvalitet.

I *del 3* av rapporten har vi sett på mulighetene for å realisere konkurranse i spesialisthelsetjenesten *innenfor* en region. Rammeverket for å foreta denne vurderingen er basert på at dette avhenger av fire sentrale faktorer; i) rammebetingelsene; ii) egenskaper ved tjenestene; iii) organisatoriske forutsetninger; og iv) egenskaper ved markedet. Videre er det tatt utgangspunkt i at konkurranse om retten til å utføre spesialisthelsetjenester også kan implementeres i varierende grad; gjennom åpen eller begrenset anbuds konkurranse, eller gjennom intern fiktiv konkurranse. Politikimplicasjonene av denne drøftingen vil være basert på den samme inndelingen.

Når det gjelder rammebetingelsene er det i rapporten pekt på det uheldige i en politikk som over forholdsvis kort tid svinger mellom å gi signaler om økt bruk av private til å redusere bruken av private i spesialisthelsetjenesten. Dette skaper rammebetingelser som er meget usikre, og som det er god grunn å forvente vil påvirke private aktørers vilje til å etablere seg i dette markedet. Sett i forhold til de regionale helseforetakenes politikk om å benytte private aktører som et supplement; som et virkemiddel til å raskt kunne ta unna køer dersom det oppstår flaskehals, vil en slik politikk fra sentralt hold fort kunne innebære at det private supplementet i mer begrenset grad er til stede for å løse slike kapasitetsproblemer. Vår anbefaling om større grad av forutsigbarhet i rammebetingelsene impliserer ikke at myndighetene ikke skal kunne føre en selvstendig politikk på dette området. I tillegg til den kortsiktige negative effekten for de aktører som har tilpasset seg til eksisterende politikk, kan det med referanse til det dynamiske tidsinkonsistensproblem pekes på at full reversering av tidligere politikk på området kan påvirke aktørenes forventninger på en slik måte at effekten av egen politikk igjen reduseres. Dette fordi aktørene lett vil kunne diskontere inn en forventning om at også denne politikken kan reverseres.

Det andre policymomentet vi vil peke på tar utgangspunkt i hvor fornuftig (og mulig) det er å skille mellom private kommersielle og private ideelle institusjoner. De private ideelle opptre i mange sammenhenger som kommersielle institusjoner. Videre inngås det avtaler mellom de ideelle og kommersielle institusjoner om underleveranser etc, og som innebærer at grensene etter hvert er blitt ganske flytende. På denne bakgrunn kan det stilles spørsmål ved hvor fornuftig det er med en politikk som favoriserer en aktørgruppe på bekostning av en annen. Men vel så viktig er det at effektiv bruk av samfunnets ressurser tilsier at kostnader (og kvaliteten) ved ideelle organisasjoners tjenesteproduksjon kontinuerlig måles opp mot intern produksjon så vel som mot private produsenters tjenesteproduksjon. Dette er i samfunnets så vel som den ideelle organisasjonens interesse. For enkelte spesialisthelsetjenestetypene vil det på grunn av tjenestens art være mer hensiktsmessig å benytte seg av langsiktige avtaler. Men heller ikke her skulle det være tungtveiende grunner for å skille mellom private ideelle og private kommersielle.

Mulighetene for å introdusere konkurranse om spesialisthelsetjenester innenfor en region er også en funksjon av egenskaper ved tjenestene. Her er det viktig å ha klart for seg at spesialisthelsetjenestene omfatter en sammensatt og kompleks verdikjede av tjenester, der det er ulike former for komplementariteter mellom de ulike funksjoner. Vår gjennomgang viser at det stort sett er enklere og veldefinerte spesialisthelsetjenester som allokeres gjennom bruk av konkurransemekanismer. Til en viss grad burde det være mulig å introdusere konkurranse også for andre mer komplekse tjenestetypene, men det er nok en del organisatoriske forutsetninger som må være tilfredsstillende før dette kan skje. Vårt råd er at det arbeides videre med å presisere tjenestenes innhold og kvalitet, og å skille klarere mellom de ulike delene av tjenestene; de som fortsatt vil være beskyttet fra konkurranse og de som potensielt kan utsettes for konkurranse. Dette vil ikke minst være viktig fordi det vil tillate systematiske sammenstillinger av

relative kostnader ved tjenesteproduksjonen, noe som vil være viktig for å realisere målsettinger knyttet til effektiv ressursutnyttning.

I forhold til de organisatoriske forutsetningene har de fleste regionale helseforetakene etablert egne bestillerenheter. Dette har gitt en klarere ansvarsdeling, men man har altså ikke gått skrittet fullt ut og etablert et organisatorisk skille mellom bestiller og utfører. Gitt premisset om at de regionale helseforetakene har et 'sørge for ansvar', at de vurderer hva de selv ønsker og har kapasitet til, og ønsker å produsere, og at de så benytter begrenset anbuds konkurransen der interne enheter ikke har anledning til å delta, er vår vurdering at dette så langt er en fornuftig og hensiktsmessig tilpasning. Dersom de regionale helseforetakene i fremtiden kommer til at også interne enheter skal kunne delta i åpne anbuds konkurranser, er dagens modell uten et sterkere organisatorisk skille imidlertid problematisk. Innenfor dagens organisering er vårt råd at de regionale helseforetakene sikrer at de har kapasitet og kompetanse til å være profesjonelle i forberedelse, gjennomføring og oppfølging på de områder det anbudsinstitutttet benyttes.

Når det gjelder egenskaper ved markedet på de områder der dette benyttes, uttrykker de ulike regionale helseforetakene jevnt over tilfredshet med konkurransesituasjonen, og antall tilbydere ved anbuds konkurransene som er gjennomført. Dette kan til dels ha sammenheng med overkapasitet i bransjen. Retten til fritt sykehusvalg, og det at en avtale med ett regionalt helseforetak innebærer at pasienter i andre helseregioner kan velge å bli behandlet med en privat institusjon som har en avtale med det aktuelle helseforetaket, innebærer at markedspotensialet er vesentlig større enn den enkelte avtalen skulle tilsi. Men når det gjelder kontraktslengder uttrykker private aktører en viss frustrasjon. Fra RHF'ene erkjenner det at eksisterende avtaleperioder er for korte i forhold til det man vet de private tilbyderne ønsker. På den annen side vises de regionale helseforetakene til at man må ha en viss fleksibilitet, eller dynamikk, bl.a. i forhold til hvor for fort ventelistene reduseres, og hva det er behov for. Det bør være mulig å komme frem til som tilfredsstillende begge parter, for eksempel lengre avtaler med større fleksibilitet. Dette vil også redusere de administrative kostnadene ved å gjennomføre anbuds konkurranser med relativt stor hyppighet.

Konkurranse i forhold til spesialisthelsetjenestene kan benyttes i ulik grad. Vi kan tenke oss "harde" og "myke" tilnærminger, der det åpen eller begrenset anbuds konkurranse representerer den ene enden av skalaen, mens fiktiv intern konkurranse representerer den andre. Alle de regionale helseforetakene benytter private aktører for å produsere spesialisthelsetjenester som en del av å ivareta sitt "sørge for ansvar", og ansvaret for å inngå avtaler om kjøp av spesialisthelsetjenester er i hovedsak lagt på RHF nivå. Motivasjon for å benytte markedet er først og fremst at det er et supplement, og for å avhjelpe et kjøpproblem, dvs. manglende kapasitet innenfor eget "konsern". Interne enheter er altså ikke direkte konkurranseutsatt, siden det nærmest er residualen som overlates til private aktører. Det er bekymringsfullt å merke seg at effektivitetsmotivasjonen, og som man finner igjen i andre sektorer som for eksempel den kommunale, praktisk talt er fraværende.

Det er også bekymringsfullt at ingen regionale helseforetak benytter former for målestokkonkurranse systematisk. Har man en formening om relativ effektivitet for interne enheter, mellom enheter i de ulike regioner, og mellom private og interne enheter? Mangel på kunnskap om slike relative effektivitetsforskjeller kan lett føre til betydelig sløsing med offentlige knappe ressurser. Bakgrunnen for at det ikke foretas slike sammenstillinger er at det er en betydelig utfordring å etablere sammenlignbare data. Vi vil understreke betydningen av at det arbeides med dette.

Et område av spesialisthelsetjenestene som i løpet av arbeidet har pekt seg ut som

særlig problematisk sett fra et konkurransemessig perspektiv, er avtalespesialistene. Avtalene "livsvarige", dvs. til spesialisten fyller 70 år, og tildeling av nye avtaler er basert på ansiennitetsprinsippet. I tillegg til at avtalene er utformet slik at tilpasning til endrede behov er vanskelig og kostbart, er det flere problematiske sider ved avtalespesialistene i et konkurranseperspektiv. Det gjelder i forhold til i) tildeling av nye avtaler; og nøytralitet ved ii) konkurranse mellom spesialister med og uten avtale om pasienter; og iii) konkurranse mellom spesialister med avtale og andre private kommersielle spesialisthelsetjenesteleverandører ved anbudskonkurranser for elektive tjenester.

Policyanbefalingen på dette punktet går i to alternative retninger, men som begge tar utgangspunkt i at private spesialister er, og vil være en viktig del av spesialisthelsetjenestetilbudet. Den ene modellen er en tilpasning innenfor eksisterende modell med driftsavtaler, mens den andre er en ny modell for de regionale helseforetakenes bruk av spesialister.

Innenfor eksisterende modell bør det vurderes om det ikke er hensiktsmessig med større grad av konkurranse mellom spesialister ved tildeling av nye avtaler, og at avtalene er av kortere varighet, for eksempel 10 år. Erfaringene med eksisterende avtaler, både sett fra det regionale helseforetakets og pasientenes perspektiv, behov og kapasitetsutnyttelse kan inngå i vurderingen ved tildeling av nye avtaler.

Man kan lett tenke seg at kvalitetsaspekter som erfaring, kompetanse og pasienttilfredshet kan trekkes inn som en del av konkurransegrunnlaget, i tillegg til pris. Selv om denne modellen løser ett problem, gjenstår utfordringer med hensyn til konkurranse nøytralitet i forhold til punkt ii) og iii) over.

Det vil fortsatt være problematisk at avtalespesialister konkurrerer med andre spesialister uten avtale om pasienter. Hos spesialister uten driftsavtale betales full pris, men til gjengjeld kan spesialister uten avtale konkurrere på raskere tilgang så vel som kvaliteten på tjenesten. Det er vanskelig å se at dette representerer konkurranse på like vilkår. Om det er konkurranse på like vilkår vil også i denne modellen kunne reises i sammenheng der avtalespesialister med driftsavtale (og som innebærer en indirekte subsidiering av fasiliteter som også benyttes til andre formål enn det som er dekket av spesialistavtalen) konkurrerer med andre private aktører om avtaler med RHF om dagkirurgi i anbudskonkurranser.

En ny modell med autorisasjonsordning for spesialister, og der pasientene på et informert grunnlag fritt kan velge mellom godkjente spesialister i (kanskje også utenfor) regionen vil løse disse problemene. Spesialisten vil da få godtgjørelse basert på egenandel og tilskudd fra det regionale helseforetaket. Avtalespesialistens økonomi vil være avhengig av god kapasitetsutnyttelse som igjen vil være en funksjon av god pasienttilfredshet og et godt rykte. Spesialistene vil også konkurrere på likere vilkår når de regionale helseforetakene utlyser anbud på elektive spesialisthelsetjenester.

Introduksjon

I Norge har vi et offentlig helsesystem, hvor forsikring, finansiering og produksjon i all hovedsak er i offentlig regi. Helseforsikring er offentlig, obligatorisk og dekker det aller vesentligste av helsetjenester. Det offentlige helsetilbudet finansieres via generell beskatning og helseutgiftene dekkes i form av statlige overføringer til tilbydere av helsetjenester. Mens primærhelsetjenester i stor grad produseres i privat sektor – av leger som er selvstendig næringsdrivende – er spesialisthelsetjenestene, da særlig sykehustjenestene, i omfattende grad produsert i offentlig sektor. Tilbudet av spesialisthelsetjenester er offentlig styrt, og markedet er i utstrakt grad skjermet for konkurranse og privat tilbud av tjenester.

De senere årene har imidlertid norske myndigheter åpnet for noe konkurranse i sykehussektoren: I 1997 innførte man (delvis) stykkprisfinansiering av sykehustjenester; i 2001 åpnet man for at pasienter fritt skal kunne velge hvilket sykehus (i den offentlige helseplanen) man ønsker å bli behandlet på; og i 2002 overførte man eierskap av sykehus fra fylkeskommunene til staten, og etablerte fem regionale helseforetak. Den siste reformen innebærer at sykehusene i større grad skal drives etter private foretaksprinsipper når det gjelder økonomisk styring, organisering, regnskapsføring, etc. Hensikten er først og fremst å stimulere til en økt produksjonsmessig effektivitet. Samtidig innebærer sykehusreformen en betydelig konsolidering i sektoren i form av at antall konkurrerende aktører reduseres. I tillegg tildeles de regionale helseforetakene en dobbeltrolle som kjøper av sykehustjenester for sin region (bestiller) og som eier av sykehus i regionen (utfører). Mens de to første reformene introduserer incentiver for konkurranse i sektoren, er de konkurransemessige effektene av sykehusreformen mer uklare.

Tema for denne rapporten er konkurranse i spesialisthelsetjenesten. Rapporten skal belyse om konkurranse mellom sykehus er ønskelig, hvordan konkurranse kan oppnås, og hvilke effekter det har. Spesielt vil vi fokusere på følgende to hovedproblemstillinger; (i) potensielle effekter av konkurranse mellom sykehus i et offentlig helsesystem; og (ii) konkurransemessige virkninger av de regionale helseforetakenes dobbeltrolle. Problemstillingene analyseres både teoretisk og empirisk. Teoretisk er det viktig å kartlegge hvilke effekter man kan forvente ved å innføre konkurranse mellom sykehus i et offentlig helsesystem. Empirisk er det viktig å se nærmere på om reformene de senere årene har hatt noen effekt på sykehusenes incentiver til å konkurrere og derigjennom på tjenestetilbudet. På denne måten vil man kunne skissere mulige løsninger og/eller tiltak for hvordan man kan forbedre organiseringen av tilbudet av spesialisthelsetjenester i Norge.

Fra økonomisk teori vet vi at sterkere konkurranse vil lede til økt samfunns-økonomisk effektivitet. Dette fordrer imidlertid at man har en prismekanisme som klarer tilbud og etterspørsel, og at det er fravær av markedssvikt. Det er allment kjent at helsesektoren er kjennetegnet ved en rekke markedsimperfeksjoner, og at et fritt, uregulert

marked vil lede til en ineffektiv forsyning av forsikring og helsetjenester (Arrow, 1963). Når det gjelder forsikring, har de fleste vestlige land, med unntak av USA, innført obligatorisk, universell helseforsikring. I Norge har vi ikke noe marked for helseforsikring, og derfor heller ikke noen konkurrerende forsikringsordninger, slik man har i USA og flere kontinentale europeiske land. I Norge er helseforsikringsmarkedet nasjonalisert, og dermed i offentlig regi. I denne rapporten vil vi ta for gitt at forsikringssystemet er organisert på denne måten, og ikke diskutere en eventuell liberalisering av helseforsikringsmarkedet. I stedet vil vi fokusere på hvorvidt konkurranse mellom (offentlig og private) sykehus innenfor et offentlig helsesystem kan være ønskelig med tanke på samfunnsøkonomisk velferd.

Rapporten vil ta utgangspunkt i institusjonelle forhold ved helsemarkeder generelt og ved offentlige helsesystemer spesielt. Et viktig trekk ved helsesektoren er obligatorisk og universell forsikring mot skader og sykdommer. Dette medfører at helseutgiftene ikke betales av konsumentene (pasientene), men av en tredjepart; dvs. myndighetene i et offentlig helsesystem, noe som innebærer at etterspørselen etter helsetjenester er svært lite prisfølsom. Konkurranse mellom sykehus går derfor på andre dimensjoner enn pris. De viktigste konkurransevariablene er følgende: (i) Etablering og fysisk lokalisering; (ii) behandlingstilbud (spesialisering og differensiering); (iii) kvalitet på tjenestene, og (iv) ventetid for behandling.

Etablering i sykehusmarkedet krever konsesjon fra myndighetene. Konsesjonene regulerer også ofte fysisk *lokalisering* av sykehus. Geografisk avstand er viktig for pasientene. De fleste ønsker å bli behandlet på nærmeste sykehus (alt annet like). Sykehusene kan derfor ha incentiv til å lokalisere seg i befolkningstette områder gitt at pasientene kan velge sykehus og ikke blir underlagt offentlig administrering. Etablering og lokalisering av sykehus har tradisjonelt vært regulert av myndighetene, og er dermed ikke en strategisk variabel for sykehusene. Sykehusreformen åpner imidlertid i større grad for at helseforetakene kan legge ned, flytte og opprette sykehus innenfor helseregionene.

En annen potensiell strategisk variabel for sykehusene er valg av *behandlingstilbud*, da typisk i form av opprettelser, nedleggelser eller flytting av avdelinger. På dette området har sykehusene typisk større frihetsgrader overfor myndighetene, da særlig etter sykehusreformen. Dette åpner for satsing på enkelte behandlingstilbud (spesialisering) eller valg av behandlingstilbud som andre sykehus i liten grad har (differensiering).

Den kanskje viktigste strategiske variabelen for sykehusene er *kvaliteten* på helsetjenestene. Kvalitet måles typisk i form av hvilken effekt behandlingen har på pasientenes helsesituasjon. For å påvirke kvaliteten kan sykehusene investere i medisinsk utstyr, benytte effektive medisiner, og/eller knytte til seg viktig medisinsk personell. Kvalitet kan også omfatte forhold som ikke direkte påvirker pasientens helse, som romstandard, cateringtjenester, etc.

I rapporten vektlegges institusjonelle trekk ved offentlige helsesystem. Viktige forhold her er (i) rasjonering i form av ventetid og ventelister, (ii) offentlige sykehus som ikke kan gå konkurs (myke budsjettskranker), (iii) konkurranse mellom offentlige sykehus og private (kommersielle og ideelle) sykehus, og (iv) finansiering gjennom vridende skatter. *Ventetid* og ventelister er et særtrekk ved offentlige helsesystemer. Det er god grunn til å anta at en udekket etterspørselsside har betydning for konkurransen mellom sykehus. I utgangspunktet skulle man tro at ventelister vil svekke konkurransen sammenlignet med en situasjon hvor sykehuset har ledig kapasitet.

Myke budsjettrestriksjoner er nært knyttet til om sykehus kan gå konkurs eller ikke. Hvorvidt sykehus skulle kunne gå konkurs var et viktig diskusjonstema i forbindelse med sykehusreformen. Temaet var særlig viktig fordi et sentralt mål med reformen var å styrke budsjett disiplinen, og dermed redusere underskuddene i de offentlige sykehusene.

Man valgte imidlertid å ikke la sykehus gå konkurs. Ikke uventet har helseforetakene fortsatt å rapportere store underskudd. Det er lite litteratur om hvordan konkurranse fungerer i en sektor hvor aktørene står overfor myke budsjettskranker. Det er også uklart fra et teoretisk ståsted hvordan dette påvirker tilpasningen til private aktører som kan gå konkurs.

I 2002 ble eierskap til landets offentlige sykehus overført fra fylkekommunene til staten. Samtidig ble det etablert fem regionale helseforetak (RHF). RHF'ene mottar de statlige overføringene, og er delegert ansvaret for å 'bestille' spesialisthelsetjenester (enten fra offentlige eller private sykehus) i sin region. RHF'ene praktiserer bestillerfunksjonen sin forskjellig. Noen benytter anbudskonkurranse, mens andre tar i bruk forhandlinger. I en slik sammenheng blir utforming av anbudskonkurranse eller forhandlinger, samt kontraktsstyring, viktige instrumenter for RHF'ene. Denne styringsformen åpner for muligheten for konkurranse ikke bare på kvalitet og tjenestetilbud, men også potensielt om pris. Det er imidlertid uklart om priskonkurranse er gunstig når også kvalitet er et viktig aspekt ved tjenestene, slik som for spesialisthelsetjenester. Erfaringer fra Storbritannia indikerer at man oppnådde en lavere pris på helsetjenestene, men at også kvaliteten ble redusert.

Den norske bestiller-utfører-modellen skiller seg fra den britiske på flere måter. I Storbritannia har bestiller (kjøper) av sykehustjeneste ingen direkte interesser i selger av tjenestene (sykehusene). I Norge valgte man å ikke skille bestiller og utfører formelt. RHF'ene er kjøper av sykehustjenester, samtidig som de eier en vesentlig andel av selgerne av sykehustjenester (HF'ene). En bekymring fra et konkurranseståsted er at eierinteressene leder til en favorisering av tjenesteproduksjonen til de offentlige sykehusene på bekostning av de private sykehusene i den offentlige helseplanen. Dette er også bekymringsverdig med tanke på samfunnsøkonomisk effektivitet i den forstand at vi kan få "dyre og dårlige" helsetjenester. I hvilken grad dette er et problem avhenger selvfølgelig av hvordan RHF'ene balanserer samfunnshensynet opp mot eierhensynet. Det er generelt lite kunnskap om hvordan "kvasi-offentlige" bedrifter agerer i markedet generelt og i helsemarkeder spesielt. I rapporten tar vi sikte på å kartlegge dette nærmere.

Rapporten er organisert i tre hoveddeler. I første del presenterer vi teoretiske analyser av konkurranse mellom sykehus innenfor et offentlig helsesystem. Først diskuterer vi ønskeligheten av konkurranse generelt i sykehussektoren basert på eksisterende litteratur. Deretter gjennomfører vi ulike teoretiske analyser, der modelleringen fokuserer på strategisk variabler som lokalisering, behandlingstilbud, kvalitet og ventetid. Vi tar også hensyn til forhold som offentlig eierskap og myke budsjettbetingelser, samt konkurranse mellom offentlige og private aktører.

I del 2 gjennomfører vi empiriske analyser med sikte på å belyse potensielle effekter av konkurranse mellom sykehus i et offentlig helsesystem. Innledningsvis gis en gjennomgang av relevante internasjonale studier. Deretter gjennomføres det empiriske analyser som fokuserer på avgrensning av det relevante marked, måling av graden av konkurranse, og sammenhengen mellom konkurranse og ventetid for et utvalg dagkirurgiske behandlinger. Analysene er både deskriptive og økonometriske.

I del 3 ser vi nærmere på konkurranse innenfor helseregionene med vekt på konkurransemessige effekter av de regionale helseforetakenes dobbeltrolle. Det er gjennomført både en litteraturgjennomgang og intervjuer med nøkkelpersoner i utvalgte helseforetak. Analysen er basert på fire faktorer; (i) rammebetingelser, (ii) egenskaper ved tjenestene, (iii) organisatoriske forutsetninger, og (iv) egenskaper ved markedet. Det fokuseres på bruken av anbudskonkurranse eller intern fiktiv konkurranse.

Del I

Teoretiske analyser av konkurransen mellom sykehus

Kapittel 1

Innledning

I denne delen gjennomfører vi teoretiske analyser av konkurranse mellom sykehus i et offentlig helsesystem. De teoretiske analysene diskuterer effektene av konkurranse på viktige utfallsvariabler som kostnadseffektivitet, kvalitet og ventetid. Analysene bygger på institusjonelle forhold innenfor offentlige helsesystem og tar utgangspunkt i nyere type modellering innenfor forskningsområdet om konkurranse i helsesektoren. Analysene tar i tillegg sikte på å diskutere nyere markedsbaserte reformer i sektoren, som innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og sykehusreformen.

Del 1 er disponert som følger: Kapittel 2 diskuterer effektivitet og konkurranse generelt, med vekt på å identifisere ulike former for markedssvikt i helsesektoren. Kapittel 3 ser nærmere på forholdet mellom regulering og konkurranse, og diskuterer kort ulike reguleringsmodeller for sektoren. Kapittel 4 tar utgangspunkt i prospektiv finansiering (i Norge kalt Innsatsstyrt finansiering) og diskuterer hvordan dette introduserer indirekte konkurranse mellom sykehus (målestokkonkurranse) og i hvilken grad dette kan gi incentiver for kostnadseffektiv produksjon. Kapitlene 5 og 6 tar utgangspunkt i direkte konkurranse mellom sykehus, noe som det ble åpnet opp for i Norge gjennom reformen om Fritt sykehusvalg. I kapittel 5 ser vi på sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet, og hvordan denne avhenger av finansieringssystem, kostnadsstruktur, eierforhold og "mykebudsjetter. I kapittel 6 analyserer vi hvordan konkurranse påvirker ventetid, et aspekt som er særlig viktig i offentlige helsesystem med ventelister. Til slutt i kapittel 7 gir vi en kort oppsummering, hvor vi forsøker å gi noen policyanbefalinger på bakgrunn av de teoretiske analysene.

Kapittel 2

Effektivitet og markedssvikt

Fra velferdsteoriens første teorem vet vi at dersom en frikonkurranselikevekt eksisterer (og alle goder er priset i markedet) så er likevekten Pareto-effektiv. Altså dersom perfekt konkurranse kan oppnås, så vil markedskreftene lede til en Pareto-effektiv allokering av goder (og ressurser). Med Pareto-effektivitet forstås enhver allokering som er slik at ingen aktør kan få det bedre uten at andre aktører får det verre. Pareto-effektivitet sier imidlertid ingenting om en rettferdig fordeling av goder. Pareto-effektive fordelinger kan innebære at én aktør har nærmest alle godene, mens andre aktører har en liten andel av godene.

Det andre velferdsteoremet viser imidlertid at man kan oppnå enhver Pareto-effektiv allokering dersom man starter fra en passende initiell beholdning av goder. En viktig implikasjon er at omfordeling kombinert med frikonkurranse kan oppnå, ikke bare en Pareto-effektiv løsning, men også allokeringer som oppleves som rettferdige. Det andre velferdsteoremet åpner altså for en separasjon mellom effektivitet og omfordeling. En konsekvens av dette er at myndighetene kan benytte konkurransepolitikken til å sikre effektivitet i markeder og skattepolitikken til å sikre omfordeling. Nå er det imidlertid slik at antakelsene bak perfekt konkurranse i liten grad er tilstede i helsesektoren. La oss kort se nærmere på dette, og hvilke implikasjoner dette potensielt gir for konkurransepolitikken på området.

De to velferdsteoremene er gyldige kun dersom markeder kan karakteriseres ved frikonkurranse, også kalt perfekt konkurranse. Frikonkurranse er en teoretisk konstruksjon som antas å eksistere dersom følgende antakelser er oppfylt: (i) Fri etablering (og utgang) for bedrifter, (ii) perfekt og symmetrisk informasjon for alle agenter, (iii) homogene produkter, (iv) stort antall kjøpere og selgere som er pristakere, og (v) fravær av skalafordeler. For å oppnå effektivitet i markeder med perfekt konkurranse, kreves også fravær av eksternaliteter, kollektive goder, og naturlige monopoler. Dersom en eller flere av disse forutsetningene ikke er tilfredsstillt, gjelder ikke velferdsteoriens to hovedteoremer.

I praksis er det få, om noen, markeder som tilfredsstiller ovennevnte antakelser. Likevel er det en slags konsensus om at man i de fleste markeder ønsker å legge til rette for at antakelsene som ligger til grunn for perfekt konkurranse i størst mulig grad er oppfylt. På mange måter er dette hovedformålet med konkurranselovgivningen. I en del sektorer og markeder – inklusiv helsesektoren – har imidlertid konkurranselovgivningen begrenset anvendelse.

Det banebrytende arbeidet til Arrow (1963) gir en svært god gjennomgang av hvordan helsesektoren bryter med forutsetningene bak frikonkurranse. Han argumenterte

for at usikkerhet og asymmetrisk informasjon er avgjørende særtrekk ved helse og helsetjenester, og noe som innebærer at helsemarkeder skiller seg fra de fleste andre markeder. Nedenfor vil vi kort diskutere ulike former for markedssvikt i helsesektoren.

2.1 Usikkerhet og forsikring

Behovet for medisinsk behandling er i stor grad uforutsigbart og irregulært i motsetning til de fleste andre goder som mat, klær, hus, osv. En persons etterspørsel etter helsetjenester er stokastisk, og medisinsk behandling – med unntak av preventive tjenester – gir individer nytte kun i tilfellet skade eller sykdom har inntruffet. Videre er det slik at medisinsk behandling ofte er svært kostbart. Studier har vist at de 10 prosent mest kostbare pasientene utgjør så mye som over 75 prosent av de samlede helseutgiftene. Etterspørsel etter medisinsk behandling er også ofte assosiert med risiko for død eller varig funksjonell svekkelse. Av disse grunner er de fleste villig til frivillig å kjøpe helseforsikring. Usikkerhet om helsetilstand gir altså opphav til etterspørsel etter helseforsikring, gitt at man er (tilstrekkelig) risikoavers og evner å betale forsikringspremien.

I de fleste vestlige land er helseforsikring en tvungen, obligatorisk ordning. Innbyggerne kan ikke velge om man vil forsikre seg mot skader og sykdom. Forsikringspremienekkes inn gjennom skatteseddelen enten via et spesifisert bidrag (trygdeavgiften) eller generell beskatning. Forsikringspremien er imidlertid betydelig subsidiert av det offentlige. Statistikk fra OECD viser at i de aller fleste vestlige land utgjør offentlige utgifter mer enn halvparten (ofte et sted mellom 60 til 80 prosent) av samlede helseutgifter.

Unntaket er USA hvor helseforsikring er en frivillig, og i utgangspunktet privat, ordning. Her kan innbyggerne velge om de vil kjøpe helseforsikring eller ikke. I USA er imidlertid helseforsikring typisk en del av arbeidsavtalen for arbeidstakere. Likevel faller relativt store grupper utenfor slike arbeidsmarkedsrelaterte forsikringsordninger. For å fange opp de som ikke evner å betale forsikringspremien har man i USA målrettede, offentlige støtteordninger; det føderale programmet Medicare (eldre og uføre) og statlige programmer kalt Medicaid (fattige).

Europa har tradisjon for universelle velferdsordninger, mens USA har tradisjon for målrettede velferdsordninger. Dette er nok en viktig forklaring på at helseforsikring er obligatorisk i Europa, mens den er frivillig i USA. I økonomisk litteratur har det imidlertid vært fremmet et effektivitetsargument for obligatorisk helseforsikring. La oss kort skissere argumentet.

I forsikringsmarkedet har kjøper (konsument) typisk privat informasjon om egen risikotype. I en slik situasjon vil problem med ugunstig utvalg kunne oppstå. Forsikringsselskapet ser ikke forskjell på individene og tilbyr derfor lik premie til alle. Høyrisikoindividene vil synes dette er en attraktiv avtale fordi premien er lavere enn forventet tap, mens lavrisikoindividene ikke vil kjøpe forsikringen fordi premien overstiger deres forventede tap. Forsikringsselskapet vil da sitte igjen med et "ugunstig utvalgsom har høyere risiko enn gjennomsnittsriskoen i populasjonen, noe som kan innebære forsikringsutbetalinger som overstiger samlet forsikringspremie.

Problemet med ugunstig utvalg i forsikringsmarkedet ble presentert av Rothschild og Stiglitz (1976). De viste at dette problemet i en del tilfeller kunne gjøre private forsikringsmarkeder ustabile, og i verste fall føre til at forsikringsmarkedet bryter sammen. I alle tilfeller vil problemet med ugunstig utvalg føre til et velferdstap i form av at lavrisikoindivid får for lite forsikring.

Flere tiltak kan løse ugunstig utvalgsproblemet. Et nærliggende alternativ er å innføre obligatoriske sosialforsikringsordninger, slik man har gjort i de fleste vestlige land. Dersom tilstrekkelig mange lavrisikoindivid får mangelfull forsikringsdekning på grunn av ugunstig utvalg i et privat markedssystem, vil det i visse tilfeller være en fordel for alle å gå over til en obligatorisk ordning med like priser og lik forsikringsdekning. Arrow (1963) pekte på dette problemet og argumenterte for behovet for offentlig regulering av helseforsikringsmarkedet.

Obligatorisk helseforsikring er imidlertid ikke det samme som en nasjonalisering av helseforsikringsmarkedet, slik man har gjort i land med et offentlig helsesystem, inklusiv Norge. Effektivitetsargumentet sier bare at helseforsikringen bør være obligatorisk, ikke at den skal tilbys i offentlig regi. I en del land med obligatorisk helseforsikring (Tyskland, Nederland, Belgia) har man valgt en alternativ løsning med flere konkurrerende forsikringsplaner, der myndighetene regulerer pris, forsikringskontrakt, m.m. Vi vil i den videre analysen imidlertid legge til grunn at vi har en offentlig, obligatorisk helseforsikringsordning, og fokusere diskusjonen rundt konkurranse innenfor et slikt system.

En viktig konkurransemessig implikasjon av helseforsikring er at man introduserer en tredjepart (forsikrer) mellom konsumentene og tilbyderne av helsetjenester. Tilstedeværelsen av en tredjepart innebærer at etterspørselsprisen – prisen konsumenten står overfor – kan settes uavhengig av tilbudsprisen – prisen tilbyderen av helsetjenesten mottar. Det innebærer også at prisen for tjenestene ikke settes utelukkende av tilbyderne, slik som vanlig. I stedet settes prisen av tredjepart, eller ved forhandlinger mellom tredjepart og tilbyder av helsetjenesten. Dette er et viktig særtrekk ved markedet for helsetjenester.

2.2 Asymmetrisk informasjon

Asymmetrisk informasjon er tilstede i ethvert marked der en aktør (f eks selger) vet mer om en transaksjon enn en annen part (f eks kjøper). Slike asymmetrier er i vidt omfang tilstede i helsesektoren. I forsikringsmarkedet er det typisk etterspørselsiden (konsumenter som ønsker å kjøpe forsikring) som har mer informasjon om transaksjonen – egen helsetilstand og tilbøyelighet til å bruke helsetjenester – enn forsikrer som tilbyr forsikring. I markedet for helsetjenester er det typisk tilbudssiden (sykehus/leger) som er bedre informert om transaksjonen – pasientens diagnose, relevant behandling, kostnader og gevinster ved behandling – enn etterspørselsiden (pasienter/betaler).

Asymmetrisk informasjon påvirker atferden til begge sider. F eks kan en lege benytte seg av sin informasjonfordel til å oppfordre til overforbruk av tjenester eller til å nekte å gjennomføre visse behandlinger, avhengig av hvilket finansieringssystem han eller hun står overfor. Pasienten mangler ofte både kunnskap og erfaring til å stille spørsmål ved diagnose og anbefalt behandling. Et sykehus kan overrapportere kostnader for å oppnå mer generøse budsjetter for neste år, eller for å kreve en høyere refusjon, ettersom de har privat informasjon om faktiske kostnader. I avsnitt 5.4 diskuterer vi litt nærmere betydningen av informasjon for konkurranse mellom sykehus.

2.3 Skalafordeler og naturlig monopol

Skalafordeler i produksjon har man dersom det er slik at gjennomsnittlige produksjonskostnader faller i det relevante produksjonsintervallet. Økt produksjon vil da gi

høyere totale kostnader, men kostnadene per produsert enhet blir lavere. Skalafordeler har man typisk dersom det er noen faste, produksjonsuavhengige kostnader. Hvor raskt skalafordelene utvinnes avhenger av to ting: (i) hvor store de faste kostnadene er; og (ii) hvor raskt de variable kostnadene stiger, noe som måles ved grensekostnaden i produksjon. Formelt kan vi uttrykke de totale kostnadene TC som følger:

$$TC(Q) = F + C(Q),$$

der F angir de faste (produksjonsuavhengige) kostnadene, $C(Q)$ angir de variable (produksjonsavhengige) kostnadene, og Q angir produsert kvantum. Gjennomsnittskostnaden AC defineres som følger:

$$AC(Q) = \frac{F + C(Q)}{Q}.$$

Skalafordeler (-ulemper) i produksjon har vi dersom AC faller (stiger) i det aktuelle produksjonsintervallet. Dersom vi deriverer gjennomsnittskostnaden med hensyn til kvantum, får vi følgende uttrykk:

$$\frac{\partial AC}{\partial Q} = \frac{-F + C'(Q)Q - C(Q)}{Q^2}.$$

Vi ser at fortegnet bestemmes av uttrykket i telleren, og vi har da følgende relasjon:

$$\frac{\partial AC}{\partial Q} < (>) 0 \Leftrightarrow C'(Q) < (>) \frac{F + C(Q)}{Q}$$

Altså, dersom grensekostnaden er lavere enn gjennomsnittskostnaden over det relevante produksjonsintervallet, er produksjonen karakterisert ved skalafordeler. Dersom det omvendte er tilfellet har vi skalaulemper. Dersom grensekostnaden er konstant og vi har positive faste kostnader, har vi økende skalaavkastning over hele intervallet. Dersom grensekostnaden derimot er stigende, vil produksjonen først innebære skalafordeler ved lavt produksjonsvolum, og deretter skalaulemper for høyere produksjonsvolum.

Naturlig monopol er en ekstrem versjon av skalafordeler. Under et naturlig monopol, er produksjon ulønnsom ved pris lik grensekostnad som er frikonkurranseløsningen. Dersom Q^* er etterspurt kvantum ved $p = C'(Q^*)$, så har vi at prisen er lavere enn gjennomsnittskostnaden, dvs $p < AC(Q^*)$, noe som per definisjon gir negativ profitt. For å få produksjon må prisen økes inntil $p = AC$, noe som innebærer lavere kvantum enn optimalt.

Sykehusproduksjon er generelt ikke et naturlig monopol. Sammenlignet med f.eks. olje- og gassproduksjon, elektrisitet, telekommunikasjon, etc, er produksjon av sykehustjenester betraktlig mindre kapitalintensivt. Disse næringene er karakterisert ved svært høye faste kostnader knyttet til nettverk og produksjonsutstyr, og svært lave grensekostnader knyttet til produksjon. Produksjon av sykehustjenester er en relativt arbeidsintensiv prosess, noe som innebærer at variable kostnader er relativt store sammenlignet med de faste kostnadene. I tillegg opererer de fleste sykehus på kapasitetsgrensen – noe vi ser ved at etterspørselen må rasjoneres både eksplisitt via fastlegehenvisninger og implisitt via ventetid.

Selv om sykehusproduksjon generelt ikke er et naturlig monopol, betyr ikke det at en gitt behandling eller tjeneste kan være et naturlig monopol i en gitt geografisk region. Visse typer utstyr som CT-skanner, MR-maskin, etc, er svært dyre, og det kan være at for et definert marked at det er tilstrekkelig med én slik maskin. Unødvendig duplisering

av utstyr har vært et viktig argument for etableringen av RHFene, fordi dette kunne i større grad bidra til sammenslåinger og nedleggelse av sykehus og avdelinger. Det er imidlertid ikke de bedriftsøkonomiske kalkylene alene som bør avgjøre om det er lønnsomt med én eller to maskiner i en gitt region. For å avgjøre om en gitt behandling er et naturlig monopol, må man også ha informasjon om etterspørselssiden. Dette inkluderer monotære og ikke-monotære pasientkostnader knyttet til reise, ventetid, etc.

Det er imidlertid klart at sykehusproduksjon innebærer en viss grad av skalafordeler. Produksjon av sykehustjenester involverer faste, produksjons uavhengige kostnader knyttet til bygningsmasse, maskiner og utstyr. I tillegg er det variable, produksjonsavhengige kostnader knyttet til avlønning av medisinsk, administrativt, og annet personell, samt medisiner og medisinsk utstyr som benyttes i forbindelse med behandling av pasienter. Det er derfor liten tvil om at det er en viss grad av skalafordeler. Spørsmålet er derfor når skalafordelene ved sykehusproduksjon er utvinnet.

Folland, Goodman and Stano (2004) gir en grundig gjennomgang av en rekke empiriske studier av kostnadsstrukturen i sykehus. Gjennomgang viser at studier fra slutten av 70-tallet indikerte moderate stordriftsfordeler i sykehusdrift (opp til ca. 250 senger). Nyere studier derimot finner lite eller ingen bevis på skalafordeler i sykehusproduksjon. Tvert imot er det flere studier som påpeker at sykehusproduksjon raskt kjennetegnes ved skalaulemper. Effektivitetsstudier av norske sykehus finner typisk at effektiviteten er lavere ved store regionsykehus enn ved de mindre lokalsykehusene (Hagen, Iversen og Magnussen, 2001). Tilsvarende resultater finner man også i regnskapsstudier, hvor det også pekes på at sykehusproduksjon i tillegg kan innebære samdriftsulemper når sykehus blir av en viss størrelse (Bjørnenak og Nyland, 2000). Dette indikerer at kostnadsgevinstene ved etablering av store sykehusenheter og nedleggelse av avdelinger kan være tvilsomme, og at argumentet knyttet til duplisering av utstyr antakelig er betydelig overdrevet.

2.4 Produktdifferensiering

Homogene goder er en av frikonkurransentakelsene. Tjenester generelt, og helsetjenester spesielt, tilfredstiller sjelden dette kravet. Tjenester må typisk konsumeres på stedet og de kan ikke omsettes mellom konsumenter. Konsumenter har typisk heterogene preferanser som kan avhenge av egen lokalisering (bosted), type (sykdom, alder, kjønn, inntekt), etc. For å illustrere dette nærmere, la oss se på en situasjon hvor en pasient har to sykehus han kan velge å bli behandlet på. Dersom disse to sykehusene er identiske langs alle dimensjoner, med unntak av geografisk lokalisering, er det grunn til å anta at pasienten vil velge det nærmeste sykehuset. Anta nå at det nærmeste sykehuset har lengre ventetid for behandling. Pasienten må da avveie lengre reiseavstand opp mot lengre ventetid, en avveining som kan avhenge av pasientens alternativkostnad ved å være syk versus preferanse for avstand til sykehus. På toppen av det hele kan det være de to sykehusene har ulik kvalitet, noe fastlegen gjerne er informert om. Dersom det nærmeste sykehuset er et universitetssykehus med lang ventetid, mens sykehuset lengre vekk er et lokalsykehus med kort ventetid, kan det likevel være at pasienten vil ønske å sette seg opp for behandling på det nærmeste sykehuset. Lang ventetid, kan f.eks. være et signal på god kvalitet, noe som kan være et viktig forhold hvis behandlingen er komplisert og har usikkert utfall.

Sykehustjenester er altså horisontalt differensierte, da typisk i form av geografisk lokalisering, men potensielt også i form av behandlingstilbud (type behandlinger og

behandlingsmetode). Sykehustjenester er også potensielt vertikalt differensiert i den forstand at kvalitet kan variere mellom sykehus, og kan være kjennetegnet ved varierende grad av ventetid. Ventetid kan betraktes som et kvalitetsaspekt i den forstand at alle foretrekker kortere fremfor lengre ventetid, men modelleringsmessig har ventetid andre aspekter enn et mer snevrere kvalitetsmål som den helsemessige effekten av behandlingen. Dette kommer vi tilbake til i kapitlene 5 og 6.

Et viktig poeng er at produkt differensiering typisk er *endogen* bestemt. Sykehusets beliggenhet og hvilke behandlinger et sykehus skal tilby er beslutninger som treffes enten av helsemyndigheter eller av sykehuseiere (RHFene eller private styrever/eiere). Videre er det slik at ventetid kan påvirkes gjennom valg av kapasitet og grad av effektivitet i behandlingsprosessen. Kvalitet er gjerne et resultat av ferdighetene til medisinsk personell, hvilket medisinsk utstyr man har tilgjengelig, og hvilke rutiner man har på sykehuset. Rapporten fokuserer på konkurranse mellom sykehus. I kapitlene 5 og 6 analyserer vi sammenhengen mellom konkurranse, på den ene siden, og kvalitet og ventetid, på den andre siden.

2.5 Etablering og markedsrett

I sykehussektoren er det ikke fri etablering (eller utgang). Etablering er regulert av myndighetene. Hvorfor regulere etablering i sykehussektoren? Er dette en respons på markedsrett ved fri etablering? Fra økonomisk teori vet vi at i et marked kjennetegnet ved produkt differensiering (både horisontalt og vertikalt) er det ikke opplagt at markedet sikrer et optimalt antall sykehus, lokalisering eller behandlingstilbud ved fri etablering (Spence, 1976, Dixit og Stiglitz, 1977). Når sykehusmarkedet i tillegg er kjennetegnet ved imperfekt og asymmetrisk informasjon, tredjepartsfinansiering, fravær av prismekanisme for å regulere etterspørselen, etc., kan det være behov for offentlig intervensjon. Etableringsregulering kan altså være et instrument til å sikre et samfunnsøkonomisk optimalt antall sykehus, geografisk fordeling av sykehus, og tilbud av behandlinger.

De fleste land, inklusiv Norge, har offentlig regulering av etablering i sykehussektoren. I de fleste land er sykehusdrift underlagt konsesjonsregulering. Denne har typisk to hensyn. For det første skal reguleringen sikre at tjenestene som leveres er av et visst kvalitetsnivå. Nye aktører må gjennom en omfattende prosess, hvor de må dokumentere at de evner å produsere tjenester til god kvalitet. Videre underlegges de sanksjoner dersom det skjer kvalitetsmessige brudd. For det andre skal reguleringen sikre et samsvar mellom behov for sykehustjenester og kapasiteten på sykehustilbudet. For stor kapasitet kan innebære ulønnsom duplisering av utstyr, og ledig kapasitet er en kostnad i seg selv. For liten kapasitet gir for lange ventelister, og for mange ubehandlede pasienter.

Det er imidlertid mulig å skille kvalitetsreguleringen fra kapasitetsreguleringen. Konsesjonsreguleringen kan sikre et visst kvalitetsnivå, men man kan i praksis gi konsesjon til alle som ønsker det, gitt at de tilfredsstiller kvalitetskravene, slik man gjør i mange andre bransjer. Etablering vil da bli bestemt av profittpotensialet i sektoren som i sin tur blir bestemt av tredjepartsfinansieringen. Myndighetene kan altså benytte seg av finansieringssystemet til indirekte å bestemme etableringen i sektoren. Det kan imidlertid være gode grunner for å beholde den direkte etableringsreguleringen. For det første kan det være hensiktsmessig med flere instrumenter for å sikre et optimalt tilbud av sykehustjenester. For det andre kan man ønske å regulere geografisk lokalisering av sykehus, noe man ikke kan styre gjennom finansieringssystemet, og man kan ønske å styre behandlingstilbudet.

En potensiell negativ konsekvens av etableringsregulering er at markedet vil bli kjennetegnet av et begrenset antall aktører, noe som reduserer mulighetene for virksom konkurranse. Etableringsregulering leder altså til en ny markedssvikt, nemlig at man ikke har et stort antall kjøpere og selgere som er pristakere. Sykehusene er gjerne pristakere, da særlig når offentlige myndigheter finansierer helsetilbudet, men de har i form av at de er et fåtall aktører mulighet til å agere strategisk for å oppnå profit og inntekter utover det som regnes som normal avkastning. Sykehus har privat informasjon om egne kostnader og pasientgruppen de behandler, noe de f eks kan benytte til å oppnå høyere overføringer fra regulator. Strategisk interaksjon kan potensielt påvirke viktige utfallsvariabler som kvalitet og ventetid.

Et begrenset antall aktører kan gi opphav til markedsrett og potensielt misbruk av markedsrett. Hvorvidt sykehus vil gjøre dette avhenger av deres målfunksjon, nærmere bestemt i hvilken grad sykehusene opptrer altruistisk. Dersom sykehusene var perfekt altruistiske, ville det ikke være behov for offentlig regulering. Sykehusene ville da oppføre seg som en sosial planlegger og agere i samsvar med samfunnets preferanser. Dette er neppe tilfellet. Det er god grunn til å anta et sykehus er opptatt av inntekter og kanskje også profit. Eierforhold er et viktig spørsmål her. Innenfor den offentlige helseplanen, er sykehusene i all hovedsak offentlige sykehus med noen private, ideelle sykehus i tillegg. Antall private, kommersielle sykehus er høyst begrenset, særlig når pasienten må innlegges for behandling. Offentlige og private, ideelle sykehus har altså ingen eiere som kan hente ut profit fra virksomheten. På den annen side kan man ikke avvise at det realiseres profit i virksomheten som tas ut i form av slakk, lønn, reiser, etc. Altså at ansatte og ledere i virksomhetene kan begunstige seg og andre ved å hente ut gevinster. I en omfattende survey av empiriske studier konkluderer Sloan (2000) med at det er lite bevis for at offentlige og private, ideelle sykehus opptrer signifikant forskjellig fra private, kommersielle sykehus. De fleste studiene er basert på amerikanske data, slik at man må ta forbehold om at dette kan generaliseres til andre land.

Kapittel 3

Regulering versus konkurranse

I gjennomgangen overfor har vi påpekt en rekke brudd på antakelsene bak teorien om frikonkurranse i helsesektoren. Markedssvikt innebærer at et fritt og uregulert helsemarked ikke vil lede til en effektiv fordeling av goder og ressurser (jf første velferdsteorem), og at man ikke kan se effektivitet og omfordeling som separate hensyn (jf andre velferdsteorem). Spørsmålet er imidlertid i hvilket omfang og på hvilken måte det offentlige skal intervensjon og regulere helsesektoren.

Det er stor variasjon i forholdet mellom regulering og konkurranse mellom land. I offentlige helsesystem, som det norske, er helseforsikring og produksjon av helsetjenester, da særlig spesialisthelsetjenester, i stor grad nasjonalisert. Innslaget av marked og konkurranse er ytterst begrenset. I blandede helsesystemer (Tyskland, Nederland, Belgia) har man omfattende offentlig regulering og finansiering, men forsikring og forsyning tilbys i stor grad av private aktører. Man har et større innslag av markeder, men konkurransen er begrenset og i stor grad styrt av det offentlige. I private helsesystem (USA) er forsikring og forsyning i helsesektoren i liten grad regulert, og i all hovedsak utført i privat regi.¹ Det offentlige engasjementet begrenser seg til målrettede støtteordninger mot fattige, uføre og eldre (Medicare og Medicaid).

Vi kan klassifisere en regulators strategier når det gjelder promotering av konkurranse i følgende tre deler:

1. *Regulering av monopoler...* som har til hensikt å begrense utøvelse av monopolmakt. Typiske virkemidler er kontroll med investeringer og kapitalutgifter, med bruken av helsetjenester og kvaliteten på disse, samt utforming av finansieringssystemet.
2. *Styrt konkurranse...* som har til hensikt å utsette tilbyderne for elementer av konkurranse. Typiske virkemidler er prospektive finansieringssystemer, utvidet pasientvalg, anbudskonkurranse, etc.
3. *Konkurransopolitikk...* som har til hensikt å begrense markedsrett og stimulere til konkurranse ved bruk av fusjons- og oppkjøpskontroll, kontroll med konkurransebegrensende avtaler og atferd, etc.

I offentlige helsesystemer, som det norske, har man typisk satset på regulering av (offentlige) monopoler. Blandede helsesystemer er i stor grad preget av styrt konkurranse.

¹Man kan imidlertid hevde at USA baserer seg i større grad på ex post regulering, i form av f eks såkalt 'malpractice' lovgivning.

ranse. I private helsesystemer, som det amerikanske, har konkurransepolitikk spilt en stor rolle, særlig gjennom kontroll ved fusjoner og oppkjøp (se Gaynor og Vogt, 2000).

Til tross for store forskjeller i organiseringen av helsesektoren mellom land, har det vært en internasjonal trend i retning av økt bruk av markedsmekanismer. Det er særlig fire konkurransemessige elementer som har blitt introdusert; (i) økt bruk av kostnadsdeling både på tilbuds- og etterspørselssiden; (ii) introduksjon av prospektive betalingsystemer; (iii) utvidelse av pasientenes valgmuligheter; og (iv) utvidet bruk av private aktører når det gjelder produksjon av helsetjenester. De to siste er særlig relevant for europeiske land, mens for USA så har man faktisk gjennom 'managed care' hatt en begrensning i pasientenes valgmuligheter.

I Norge er reformer som innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og sykehusreformen, eksempler på dette. Innsatsstyrt finansiering introduserer en slags indirekte konkurranse mellom sykehus, ofte kalt for målestokkonkurranse. I neste kapittel ser vi nærmere på effektene dette har på kostnadseffektivitet i sykehusene. Fritt sykehusvalg åpner for direkte konkurranse mellom sykehus om pasienter. I kapittel 5 og 6 ser vi på sammenhengen mellom konkurranse og henholdsvis kvalitet og ventetid.

Kapittel 4

Målestokkonkurranse

Det amerikanske Medicare-programmet (rettet mot eldre og uføre) endret finansieringssystemet sitt på 70-tallet fra et kostnadsdekningssystem til et stykkprissystem. Stykkprissystemet ble basert på såkalte diagnose-relaterte grupper (DRGer). DRG er et system som klassifiserer sykehusets behandlingsaktivitet inn i omtrent 500 grupper. DRGene er basert på et diagnoseklassifiseringsprogram kalt ICD. Pasientene innen hver DRG er tilnærmet like klinisk sett, og forventes å bruke omtrent samme nivå av sykehusressurser. DRGene beregnes på bakgrunn av rapporterte kostnader fra et (representativt) utvalg sykehus i det aktuelle landet. DRG-prisen settes så lik den gjennomsnittlige behandlingstkostnaden for de utvalgte sykehusene. Dette innebærer at sykehus med en kostnad lavere enn gjennomsnittet vil oppnå en fortjeneste, mens sykehus som har kostnader over DRG-prisen vil måtte bære et tap. Tanken er at dette systemet skal gi incentiver til å redusere behandlingstkostnadene.

Det DRG-baserte stykkprissystemet er nå vanlig i svært mange vestlige land. I Norge har vi kalt dette for Innsatsstyrt finansiering, et system som ble innført i 1997. Innsatsstyrt finansiering er riktignok en blandingsmodell i den forstand at sykehusene mottar en andel rammeoverføring og en andel stykkprisfinansiering. I det følgende skal vi vise ved hjelp av en teoretisk modell at stykkprissystemet induserer indirekte konkurranse, ofte kalt målestokkonkurranse, mellom sykehus, og at det gir incentiver til kostnadsbesparelser.

4.1 En teoretisk modell

Prospektiv betaling basert på DRG er tilnærmet likt den teoretiske modellen kalt målestokk-konkurranse slik den f.eks er presentert av Shleifer (1985). Denne modellen er høyst relevant for den norske sykehussektoren, så vi presenterer kort en forenklet versjon av den her.

Anta at vi har en helsesektor med to (identiske) sykehus som hver er monopolist i sitt område. Vi har altså ikke direkte konkurranse. Anta at hvert sykehus står overfor følgende inverse etterspørselsfunksjon:

$$p(q) = 1 - q,$$

der p er pris for sykehustjenesten og q er behandlingvolument.

Hvert sykehus har en initiell konstant marginalkostnad lik c_0 som kan reduseres til

$c \leq c_0$ ved å investere $R(c)$ der

$$R(c) = \frac{k}{2}(c_0 - c)^2,$$

Merk at denne investeringsfunksjonen har følgende egenskaper $R(c_0) = 0$, $R'(c) < 0$ og $R''(c) > 0$.

Sykehusenes profittfunksjon kan skrives som følger

$$\begin{aligned} V(q, c) &= [p(q) - c] \cdot q - R(c) + T, \\ &= (1 - q - c)q - \frac{k}{2}(c_0 - c)^2 + T, \end{aligned}$$

der T er en lump-sum overføring, f.eks. et rammebudsjett, fra regulator til sykehuset. Lump-sum overføringen kan enten benyttes til å sikre at sykehuset ikke får negativ profitt og dermed går konkurs, noe som innebærer at $T > 0$, eller den kan benyttes til å trekke inn realisert, positiv profitt i sykehuset, noe som innebærer at $T < 0$.

4.2 Samfunnsøkonomisk optimum

Samfunnets velferdsfunksjon er gitt ved summen av konsument- og produsentoverskudd, og kan skrives som følger:

$$W = U - V - T,$$

der U er netto konsumentoverskudd gitt ved

$$U = q - \frac{1}{2}q^2 - pq.$$

Setter vi inn for U og V , kan vi skrive velferdsfunksjonen som følger:

$$W = q(1 - c) - \frac{1}{2}q^2 - \frac{k}{2}(c_0 - c)^2.$$

Merk at $c < 1$ må være oppfylt for at godet skal være lønnsomt å produsere.

La oss først anta at regulator direkte kan sette kvantum og marginalkostnadsnivået. Maksimerer vi W med hensyn til q og c finner vi samfunnsøkonomisk optimum, ofte kalt first-best, noe som er gitt ved følgende løsning:¹

$$c^{fb} = \frac{kc_0 - 1}{k - 1} \quad \text{og} \quad q^{fb} = 1 - c^{fb} = \frac{k(1 - c_0)}{k - 1}.$$

Vi ser at optimale marginalekostnader i produksjon (c^{fb}) er økende i det initiale kostnadsnivået (c_0) og investeringkostnaden ved kostnadsreduksjonen, målt ved k . Dette er som forventet. Siden en høyere marginalkostnad fører til et lavere optimalt kvantum, har både c_0 og k en negativ effekt på optimal kvantum (q^{fb}).

For at c^{fb} skal være en indre løsning, må vi ha at $c^{fb} < c_0$. Vi kan enkelt verifisere dette ved å sette inn for c^{fb} . Ulikheten reduseres da til $c_0 < 1$, noe som alltid er oppfylt. Videre kan vi ikke tillate at $c^{fb} < 0$, noe som innebærer at vi må anta at $k > 1/c_0$. Gitt disse antakelsene har vi en indre løsning både for marginalkostnaden og for produsert kvantum.

¹Fra andre ordensvilkåret har vi at $k > 1$.

Setter vi q^{fb} inn i etterspørselsfunksjonen finner vi at:

$$p^{fb} = \frac{kc_0 - 1}{k - 1} = c^{fb}$$

Altså, optimal pris er lik optimale marginale produksjonskostnader.

Siden pris er lik marginalkostnad, reduseres sykehusenes profitt til følgende uttrykk:

$$V^{fb} = -R(c^{fb}) + T$$

For at sykehusene ikke skal oppnå negativ profitt, må altså rammebudsjettet settes likt

$$T^{fb} = R(c^{fb}) = \frac{k}{2} \left(\frac{1 - c_0}{k - 1} \right)^2$$

Vi ser at en høyere initiell marginalkostnad (c_0), innebærer lavere totale investeringskostnader, og dermed lavere besparelser. Det er også mulig å vise at høyere investeringskostnad (k) gir lavere totale investeringskostnader og dermed også lavere overføringer.

4.3 Prisregulering og kostnadseffektivitet

Anta nå at regulator ikke kan sette kvantum og kostnadsreducerende innsats direkte, men må bruke prisregulering til å indusere optimale nivåer. Vi har nå altså et spill der regulator setter prisen p , og sykehusene velger kostnadsreducerende innsats. Det antas også at sykehusene behandler alle pasienter som etterspør behandling, slik at vi har markedsklarering.

Anta først at regulator velger first-best pris $p^{fb} = c$. Under en slik prisregel blir sykehusenes profitt lik:

$$V(p^{fb}) = -\frac{k}{2}(c_0 - c)^2 + T.$$

Vi ser at sykehusene ikke har noe incentiv til å gjennomføre kostnadsbesparelser ved en slik prisregel, og de vil velge $c = c_0$. Dette gjelder uavhengig av nivået på lumpsum overføringen T , siden denne per definisjon er uavhengig av kostnadsreducerende innsats, c .

Anta istedet at regulator benytter seg av det andre sykehuset sine kostnader til å fastsette betalingen til hvert sykehus. Mer presist, anta følgende regel:

$$p_1 = c_2 \quad \text{og} \quad p_2 = c_1.$$

Setter vi p_1 inn i sykehus 1's profittfunksjon, kan denne uttrykkes som følger:

$$V_1 = (c_2 - c_1)(1 - c_2) - \frac{k}{2}(c_0 - c_1)^2$$

Maksimerer vi denne med hensyn til c_1 får vi følgende førsteordensbetingelse:

$$\frac{\partial V_1}{\partial c_1} = c_2 - 1 + k(c_0 - c_1) = 0.$$

Siden sykehusene er identiske, har vi en symmetrisk likevekt der $c_1^* = c_2^* = c^*$, der

$$c^* = \frac{kc_0 - 1}{k - 1}.$$

Vi ser at en prisregel som ikke avhenger av sykehusets egne kostnader, men istedet av de andres kostnader gir sterke incentiver til kostnadsreduksjoner. I dette enkle tilfellet så er faktisk marginalkostnaden i likevekt lik den samfunnsøkonomisk optimale marginalkostnaden. Merk at sykehusene må få en positiv overføring tilsvarende $T^* = T^{fb}$ for at de ikke skal oppnå negativ profitt, noe som er en nødvendig betingelse for at $c^* < c_0$.

Shleifer (1985) viser at dette resultatet er gyldig for flere enn 2 bedrifter, for mer generelle funksjoner, for situasjoner med asymmetrisk informasjon, og for situasjoner der sykehusene ikke har identisk teknologi. Resultatet er altså nokså robust, og viser at målestokkonkurranse gir indirekte opphav til konkurranse mellom sykehus, noe som i sin tur gir sterke incentiver til kostnadsbesparelser og dermed effektiv produksjon. Modellen har selvfølgelig sine svakheter også. F eks tar den ikke hensyn til kvalitet og ventetid, to aspekter som er svært viktige for helsesektoren. I de to neste avsnittene vil vi derfor se nærmere på dette innenfor et rammeverk med direkte konkurranse mellom sykehus, noe som betinger at pasienter kan velge sykehus (fritt sykehusvalg).

Kapittel 5

Kvalitetskonkurranse

Kvalitet er et sentralt aspekt i nærmest alle teoretiske modeller om helsesektoren. En stor del av forskningen på området har vært opptatt av optimal finansiering og sammenhengen mellom kostnadseffektivitet og kvalitet i situasjoner med asymmetrisk informasjon (Newhouse, 1996). Disse studiene fokuserer på interaksjonen mellom en prinsipal (betaler) og en agent (sykehus), og ignorerer i stor grad betydningen av konkurranse for incentiver til å investere i kvalitet.

Forskning på sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet er voksende. Et tidlig bidrag var Pope (1989), der sykehusenes etterspørsel (markedsandel) blir bestemt av egen kvalitet i forhold til sykehusenes samlede kvalitet. Modelleringen var noe spesiell, og har blitt kritisert for ikke å ta hensyn til fysisk avstand mellom sykehus og pasienter. De fleste nyere studier benytter modeller der geografisk lokalisering, i tillegg til kvalitet, påvirker pasientenes valg av sykehus (se f.eks. Ma og Burgess, 1993, Wolinsky, 1997, Barros og Martinez-Giralt, 2002, Brekke et al, 2006ab). Nedenfor benytter vi en slik type modell til å analysere sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet, der vi også ser hvordan denne kan påvirkes av om man har offentlige eller private aktører i markedet.

5.1 En teoretisk modell

La oss anta et marked for (elektive) sykehustjenester som har følgende karakteristika: Det finnes et gitt antall personer (pasienter) som hver etterspør én sykehusbehandling, og disse personene antas å være uniformt fordelt over intervallet $S := [0, 1]$. For enkelhets skyld er den totale etterspørselen normalisert til 1. Det finnes to sykehus som begge tilbyr adekvat behandling, og disse sykehusene er lokalisert i endepunktene av intervallet S (Sykehus 0 er lokalisert i 0, mens Sykehus 1 er lokalisert i 1). Avstanden mellom lokaliseringen til et sykehus og lokaliseringen til en gitt pasient kan for eksempel tolkes som geografisk avstand. Vi antar at alle pasientene i S kan velge fritt mellom de to sykehusene, og at valg av sykehus for den enkelte pasient bestemmes av nyttemaksimering under perfekt informasjon.

Etterspørsel etter sykehusbehandling

Vi antar at pasientens egenbetaling ved sykehusbehandling er lik 0. Nytten av behandling ved Sykehus 0 for en pasient som er lokalisert i punktet z , antas å være gitt

ved

$$u_0(z) = v + q_0 - tz, \quad (5.1)$$

der v er bruttonytten av behandling, q_0 angir kvaliteten på behandlingen ved Sykehus 0, mens t er en parameter som angir reisekostnader for pasienten.¹ På tilsvarende måte er nytten for den samme pasienten ved å reise til Sykehus 1 for behandling gitt ved

$$u_1(z) = v + q_1 - t(1 - z). \quad (5.2)$$

Lokaliseringen til den pasienten som er indifferent mellom behandling ved de to sykehusene er dermed gitt ved

$$\bar{z} = \frac{1}{2} + \frac{q_0 - q_1}{2t}, \quad (5.3)$$

og etterspørselen etter behandling ved de to sykehusene er dermed gitt ved, henholdsvis,

$$D_0 = \bar{z}, \quad (5.4)$$

og

$$D_1 = 1 - \bar{z}. \quad (5.5)$$

Samlet nytte for pasientene som behandles ved, henholdsvis, Sykehus 0 og 1, er gitt ved

$$U_0 = \int_0^{\bar{z}} u_0(s) ds \quad (5.6)$$

og

$$U_1 = \int_{\bar{z}}^1 u_1(s) ds. \quad (5.7)$$

Merk at graden av konkurranse i markedet kan måles ved parameteren t . En lavere verdi av t innebærer at substituerbarheten mellom sykehusene øker, og etterspørselen vil være mer følsom ovenfor endringer i relativ behandlingskvalitet.²

Sykehuskvalitet og -kostnader

Hvert sykehus kan foreta investeringer for å øke kvaliteten på den behandlingen de tilbyr. Det er rimelig å anta at økt kvalitet innebærer en økning i både faste og variable kostnader ved sykehuset. Det vil, for eksempel, være hovedsaklig faste (engangs-) kostnader knyttet til investering i bedre medisinsk utstyr, mens rekruttering av mer kvalifisert medisinsk personell også vil (rimeligvis) innebære økte variable kostnader i form av høyere lønn. På denne bakgrunnen antar vi at de totale kostnadene for Sykehus i er gitt ved

$$C_i = (c + \alpha q_i) D_i + \beta q_i^2,$$

hvor c er en variabel kostnadsparameter, mens α og β angir i hvilken grad kvalitet er knyttet til, henholdsvis, variable og faste kostnader.

Vi antar også at $q_i \geq \underline{q}$, der \underline{q} angir en nedre akseptabel grense for behandlingskvalitet ('malpractice' kan defineres som $q < \underline{q}$). Beslutningen om behandlingskvalitet ved det enkelte sykehus er dermed et spørsmål om, og eventuelt hvor mye, behandlingskvaliteten skal økes utover \underline{q} . Vi kan, uten tap av generalitet, anta at $\underline{q} = 0$.

¹Vi antar, for enkelthets skyld, at v er så stor at markedet alltid er dekket". Det vil si at alle pasientene vil alltid ha strengt positiv nytte av behandling.

²Vi kunne alternativt ha modellert to pasientsegmenter – et informert og et uinformert segment – der de informerte pasientene foretar valg av sykehus basert på observasjoner av kvalitet og avstand, mens de uinformerte pasientene foretar randomiserte valg (kaster mynt og krone) eller passivt velger (blir henvist til) det nærmeste sykehuset. Økt konkurranse kunne i dette oppsettet måles ved en økning i andelen informerte pasienter i markedet. Dette gir imidlertid helt ekvivalente resultater i forhold til å bruke t som et (inverst) mål på graden av konkurranse (se for øvrig Brekke et al., 2006a).

Inntekter og finansiering

Vi antar at begge sykehusene er omfattet av en offentlig finanseringsplan som, i tillegg til 0 egenbetaling fra pasientene, innebærer at prisen per behandling er myndighetsregulert. Vi antar at sykehusene blir finansiert gjennom en kombinasjon av stykkpris og rammefinansiering, slik at inntektene til Sykehus i er gitt ved

$$R_i = B + pD_i,$$

der B er rammeoverføringen (som i prinsippet kan være negativ), mens p er stykkprisen per behandling.

Sykehusenes mulighet til å øke inntektene ligger i å bedre kvaliteten på behandlingen og derigjennom øke etterspørselen, noe som bringer høyere inntekter via stykkpris-komponenten i finansieringssystemet.

Sykehusets målfunksjon

I tråd med vanlige antakelser fra helseøkonomisk litteratur om målfunksjoner, vil vi postulere at et sykehus vil være opptatt av både økonomisk fortjeneste og pasientnytte. I tillegg vil vi inkludere en faktor som vi mener er spesielt relevant i offentlige helsesystemer, nemlig "mykebudsjettbetingelser". Vi antar at målfunksjonen til Sykehus i er gitt ved

$$\Omega_i = R_i - (1 - \gamma_i) C_i + \theta_i U_i, \quad (5.8)$$

der $\theta_i > 0$ angir graden av altruisme (i hvilken grad Sykehus i vektlegger pasientnytte relativt til økonomiske inntekter og kostnader), mens $\gamma_i \in [0, 1]$ er en parameter som representerer "mykhetentil sykehusets budsjett (i hvilken grad Sykehus i regner med å få dekket kostnadsoverskridelser gjennom ekstraordinære bevilgninger). Jo mykere budsjettet er (jo høyere γ), jo mindre vil sykehuset legge vekt på kostnader i målfunksjonen. Merk at ren profittmaksimerende atferd er representert ved spesialtilfellet $\gamma_i = \theta_i = 0$.

Vi antar at de to sykehusene spiller et simultant spill der hvert sykehus velger (uavhengig av det andre) den kvaliteten som maksimerer målfunksjonen i (5.8), gitt valget til det andre sykehuset. Vi starter med å studere det symmetriske tilfellet, der $\gamma_i = \gamma$ og $\theta_i = \theta$, for $i = 0, 1$.

Den symmetriske likevekten

Den symmetriske Nash-likevekten er karakterisert ved følgende behandlingskvalitet:

$$q_i^* = \begin{cases} \underline{q} & \text{hvis } p \leq \underline{p} \\ \frac{1}{2} \frac{2p + \theta(t+2v) - 2(c+t\alpha)(1-\gamma)}{(4t\beta + \alpha)(1-\gamma) - \theta} & \text{hvis } p > \underline{p} \end{cases}, \quad (5.9)$$

der

$$\underline{p} := (1 - \gamma)(c + t\alpha) - \frac{\theta}{2}(t + 2v). \quad (5.10)$$

Vi er i denne modellen ikke garantert at sykehusene velger en behandlingskvalitet som ligger over minimumsnivået \underline{q} . Siden $\frac{\partial p}{\partial \gamma} < 0$, $\frac{\partial p}{\partial \theta} < 0$ og $\frac{\partial p}{\partial \alpha} > 0$, kan vi konkludere med følgende:

Resultat 1: Sykehusene vil i likevekt velge kvalitet over minimumsnivået dersom et av følgende vilkår er tilfredsstillt: i) stykkprisen er tilstrekkelig høy, ii) budsjettet er tilstrekkelig "mykt", iii) sykehusene er tilstrekkelig altruistiske, iv) de variable kvalitetskostnadene er tilstrekkelig små.

Intuisjonen bak disse resultatene er relativt enkel. En høyere stykkpris øker incentivene til å stimulere etterspørselen ved å investere i økt behandlingskvalitet, og dette gjelder i særlig grad dersom økt kvalitet ikke innebærer en vesentlig økning i variable kostnader, siden profittbidraget per pasient/behandling da er større. Stykkprisen spiller imidlertid mindre rolle jo mykere budsjettet er, siden kostnadene ved å øke behandlingskvaliteten da blir tillagt mindre vekt av sykehusene. Behandlingskvaliteten vil selvsagt også ligge over minimumsnivået i likevekt dersom sykehusene legger tilstrekkelig vekt på pasientnytte.

Anta nå at $q_i^* > \underline{q}$ i likevekt. Intuisjonen ovenfor kan relativt enkelt bekreftes fra (5.9): $\frac{\partial q_i^*}{\partial p} > 0$, $\frac{\partial q_i^*}{\partial \gamma} < 0$ og $\frac{\partial q_i^*}{\partial \theta} > 0$. Med andre ord:

Resultat 2: Gitt at behandlingskvaliteten ligger over minimumsnivået i utgangspunktet, så vil kvaliteten øke ytterligere dersom i) stykkprisen øker, ii) budsjettene blir "mykere", iii) sykehusene blir mer altruistiske.

5.2 Konkurransen og kvalitet

Et hovedspørsmål vi ønsker å belyse er hvordan økt konkurranse mellom sykehus kan forventes å påvirke kvaliteten på sykehusbehandlingen. Et alternativ til konkurranse er at myndighetene gir det enkelte sykehus et lokalt monopol. I vår modell korresponderer dette med at regulator deler markedet i $1/2$, og tvinger pasientene å gå til sitt nærmeste sykehus. På mange måter er dette systemet før man introduserte Fritt sykehusvalg. I et offentlig helse-system med overskuddsetterspørsel etter helsetjenester, vil et monopolistisk sykehus ikke ha noen insentiver til å investere i kvalitet for å trekke til seg pasienter. Sykehuset opererer på kapasitetsgrensen og et økt kvalitetsnivå vil kun øke sykehusets kostnader. Altruisme kan bidra til kvalitet over minimumsnivået, men slike motiv er uavhengig av om det er monopol eller konkurranse. Fritt sykehusvalg vil derfor ha en positiv effekt på konkurransen i vår modell, gitt at stykkprisen er tilstrekkelig høy, som vist ovenfor.³

I det følgende vil vi bruke parameteren t som et (inverst) mål på graden av konkurranse, slik at en lavere verdi av t innebærer at konkurransen mellom sykehusene øker. Fra (5.9) kan vi utlede

$$\frac{\partial q_i^*}{\partial t} = \frac{(1 - \gamma) (2(1 - \gamma) (4c\beta - \alpha^2) - 8\beta(p + v\theta) + 3\theta\alpha) - \theta^2}{2((4t\beta + \alpha)(1 - \gamma) - \theta)^2}.$$

Av dette følger:

Resultat 3: Anta at $q_i^* > \underline{q}$ i utgangspunktet. Hvis sykehusene ikke opptrer altruistisk ($\theta = 0$), vil økt konkurranse alltid føre til økt kvalitet. Også med altruistiske preferanser ($\theta > 0$) vil økt konkurranse føre til høyere kvalitet, bortsett fra i enkelte spesialtilfeller der – relativt sett – p og α er lave, mens β er stor.

Den teoretiske modellen predikerer altså at økt konkurranse i all hovedsak vil føre til bedre kvalitet på sykehustjenestene.⁴ Grunnen er at økt konkurranse (lavere transportkostnader/mer substituerbarhet) gjør det lettere for sykehusene å bruke kvalitet

³ Wolinsky (1997) sammenligner regulert monopol og styrt konkurranse for sykehusmarkedet, og finner at konkurranse gir høyere kvalitet, altså et tilsvarende resultat som det vi finner.

⁴ Dette er et relativt robust resultat fra den teoretiske litteraturen på sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet (se f.eks. Pope, 1989, Ma and Burgess, 1993, Wolinsky, 1997, Lyon, 1999, Barros and Martinez-Giral, 2002, Brekke et al. 2006ab). Det denne litteraturen ikke diskuterer er betydningen av myke budsjetter og altruisme for kvalitetsincentiver knyttet til sykehuskonkurranse.

som et virkemiddel for å tiltrekke seg pasienter. Merk at sykehusenes incentiver til å øke etterspørselen ikke bare knytter seg til den økonomiske gevinsten gjennom stykkprisfinansieringen. Også en altruistisk verdsetting av den total pasientnytt ved det enkelte sykehus (U_i) bidrar til konkurranse-lignende incentiver.

Det er viktig å understreke at en (positiv) effekt av økt konkurranse på behandlingskvaliteten ved sykehusene, forutsetter at sykehusene i det hele tatt har incentiver til å velge et kvalitetsnivå over \underline{q} . Dette forutsetter at $p > \underline{p}$, noe som innebærer en klar link mellom finansieringssystemet og kvalitetseffekten av konkurranse. Med andre ord, stykkpris-elementet i finansieringen må være tilstrekkelig stort for å gi en konkurranse-effekt. For $t = 0$ (perfekt substituerbarhet) ser vi fra (5.10) at vilkåret for en indre løsning ($q_i^* > \underline{q}$) er

$$p > (1 - \gamma) c - \theta v.$$

Dette innebærer for eksempel at i et finansieringssystem, der stykkprisen ikke fullt ut dekker variable behandlingskostnader, trengs det en tilstrekkelig grad av "mykhet" i sykehusenes budsjetter og/eller en tilstrekkelig grad av altruisme for at (økt) konkurranse skal ha en effekt på behandlingskvaliteten ved sykehusene. Oppsummert:

Resultat 4: En (positiv) effekt av økt konkurranse på kvalitet er mer sannsynlig med (i) høyere stykkpris, (ii) mykere budsjettbetingelse, (iii) mer altruistiske sykehuspreferanser, (iv) lavere variable kvalitetskostnader.

5.3 Offentlig vs privat: Myke budsjetter

La oss nå introdusere en asymmetri i modellen, ved å se på ulik grad av mykhet i budsjettene til de to sykehusene. En naturlig tolkning kan være en situasjon med konkurranse mellom et offentlig eid og et privat eid sykehus under et offentlig finansieringssystem. Begge sykehusene er underlagt de samme finansielle rammene, men det kan være naturlig å spekulere i at det offentlige sykehuset har en "mykerebudsjettbetingelse enn det privateide sykehuset. For enkelthets skyld antar vi at Sykehus 0 (her: det private sykehuset) har et "hardtbudsjett, $\gamma_0 = 0$, mens Sykehus 1 (her: det offentlige sykehuset) har et "myktbudsjett, $\gamma_1 = \gamma \in (0, 1)$.

Vi antar nå at den asymmetriske Nash-likevekten gir kvalitet over minimumsnivået for begge sykehus. Behandlingskvaliteten i likevekt er:

$$q_0^* = \frac{p\alpha(3 - 2\gamma) + (1 - \gamma)4pt\beta - (1 - \gamma)(3\alpha + 4t\beta)(c + t\alpha)}{(\alpha + 4t\beta)(3\alpha + 4t\beta)(1 - \gamma)}, \quad (5.11)$$

$$q_1^* = \frac{p\alpha(3 - \gamma) + 4pt\beta - (1 - \gamma)(3\alpha + 4t\beta)(c + t\alpha)}{(3\alpha + 4t\beta)(\alpha + 4t\beta)(1 - \gamma)}. \quad (5.12)$$

Fra (5.11) og (5.12) følger det at

$$q_1^* - q_0^* = \frac{p\gamma}{(3\alpha + 4t\beta)(1 - \gamma)} > 0. \quad (5.13)$$

De viktigste resultatene fra dette asymmetriske tilfellet kan oppsummeres som følger:

Resultat 5: Sykehuset med myke budsjettbetingelser tilbyr alltid høyere kvalitet i likevekt. Denne forskjellen øker med stykkprisen, og den øker også med graden av konkurranse.

Disse resultatene er ganske intuitive. Sykehuset med myke budsjettbetingelser har i praksis lavere marginalkostnader ved kvalitetsinvesteringer, og vil derfor opptre mer "aggressivt" i kvalitetskonkurransen. Denne forskjellen vil naturlig nok øke med graden av konkurranse i markedet. Høyere stykkpris vil også forsterke dette bildet, siden den marginale gevinsten av kvalitetsinvesteringer øker med stykkprisen.

Merk forøvrig at dette er en rent positiv analyse. Vi sier ikke noe om hvorvidt høyere kvalitet er bra eller dårlig, sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

5.4 Kvalitet og informasjon

En innvending man kan rette mot ovennevnte modell er at etterspørselssiden antas å ha perfekt informasjon om alle relevante aspekter ved helsetilbudet. For lokalisering er dette ukontroversielt. Det er god grunn til å anta at pasienten kjenner egen adresse, og enkelt kan observere geografisk lokalisering og dermed avstand til de nærmeste aktuelle sykehusene.

For kvalitet er antakelsen om perfekt informasjon antakelig mer kontroversiell, da kanskje særlig når det gjelder indikatorer som er viktig for helseutfallet av behandlingen. Antakelsen kan forsvares ved fastlegenes rolle i markedet. I Norge er det slik at alle pasienter må ha en henvisning før de kan etterspørre sykehustjenester. Fastlegen anses å være en ekspert i markedet. Han er skolert til å stille diagnose og skal, dersom det er påkrevd, foreslå adekvat behandling enten dette er å forskrive riktig medisin eller det er å henvise pasienten til riktigsykehus. På lik linje med legens kjennskap til ulike legemidlers egenskaper, er det grunn til å forvente at legen kan observere viktige forhold ved ulike sykehus i området. Vi kan derfor forstå antakelsen om perfekt informasjon som at fastlegen kan observere relevante forhold ved valg av sykehus, som f.eks. kvalitet.

Brekke et al. (2006a) analyserer konkurranse mellom sykehus der informasjon om kvalitet og produktmessig lokalisering (behandlingstilbud) potensielt er imperfekt. Pasienten kan velge om han vil oppsøke en fastlege (noe som er påkrevd i Norge) eller om han direkte oppsøker et sykehus (noe man kan gjøre i land uten et portvaktssystem). Dersom pasienten oppsøker fastlegen så vil han oppnå perfekt informasjon (til en gitt kostnad), men dersom han oppsøker sykehuset selv, vil han måtte foreta et valg basert på imperfekt informasjon om sykehusets kvalitet (og produktmessige lokalisering). Brekke et al. (2006a) viser at imperfekt pasientinformasjon demper den kvalitetsmessige konkurranse og leder til et mindre differensiert tilbud av behandlinger.

Kapittel 6

Konkurranse og ventetid

Hvordan økt sykehuskonkurranse (eller økt pasientvalg) påvirker ventetid er en interessant problemstilling som det er forsket relativt lite på. I dette kapitlet vil vi kort oppsummere og diskutere de mest relevante studiene på dette feltet, før vi presenterer en egen teoretisk modell.

Så vidt vi har kjennskap til, eksisterer det kun to – nylig publiserte – teoretiske studier av sammenhengen mellom sykehuskonkurranse og ventetid. Begge disse studiene viser at økt konkurranse vil øke ventetiden for behandling, noe som kanskje virker overraskende.

Xavier (2003) anvender en Hotelling duopolmodell med tredjepartsfinansierte sykehus, svært lik vårt eget modellrammeverk i forrige kapittel. En hovedforskjell er antakelsen om konvekse behandlingskostnader. Dette er en måte å fange opp kapasitetsbegrensninger, noe som synes relevant i en analyse av ventetid. Annonsert ventetid – en strategisk variabel for sykehusene – inngår negativt i pasientenes nyttefunksjon, og det gjøres også en vanlig antakelse om at det er en ‘unytte’ for sykehusene knyttet til positiv ventetid. Sykehusene vil dermed bruke ventetid som en variabel for å regulere etterspørselen, avhengig av finansieringssystemet. Likevekter med positiv ventetid vil dermed oppstå kun dersom de ‘marginale’ pasientene er ulønnsomme for sykehusene å behandle. I dette tilfellet vil sykehusene operere med positiv ventetid for å dempe etterspørselen fra ‘ulønnsomme’ pasienter. Reduserte transportkostnader for pasientene (økt substituerbarhet) gjør ventetid til et mer effektivt virkemiddel for å styre etterspørselen. I likevekt vil derfor økt konkurranse føre til at begge sykehusene vil operere med lengre ventetid. Det er imidlertid verdt å merke seg at analysen er avhengig av at sykehusene opplever en tilstrekkelig stor unytte av positiv ventetid. Uten en slik unytte, vil sykehusene enten velge ventetid lik 0 dersom de marginale pasientene er lønnsomme å behandle, eller uendelig høy ventetid dersom de marginale pasientene er ulønnsomme, noe som ikke gir mening.

Den andre av de to teoretiske studiene som analyserer sammenhengen mellom sykehuskonkurranse og ventetid – Siciliani (2005) – behandler ventetid på en annen måte. Denne studien anvender en Cournot duopolmodell med differensierte produkter (sykehusbehandling), der sykehusene velger kapasitet simultant, og grad av produkt differensiering tolkes som et inverst mål på grad av konkurranse. Tilsvarende Xavier (2003) er det en ‘unytte’ for sykehusene knyttet til positiv ventetid, men i modellen til Siciliani behandles ventetid som en *pris* som gir likevekt mellom tilbud og etterspørsel. Økt behandlingsskapasitet i markedet vil dermed gi en lavere pris (kortere ventetid) i likevekt. I motsetning til Xavier (2003) er det imidlertid ingen strategisk interaksjon

mellom sykehusene som virker gjennom etterspørselsfunksjonen. Hovedresultatet fra denne analysen er, igjen, at økt konkurranse gir økt ventetid i likevekt. Mekanismen som gir opphav til dette resultatet er imidlertid noe spesiell: Økt konkurranse mellom sykehusene innebærer at en gitt økning i kapasiteten ved det ene sykehuset vil føre til en mindre reduksjon i ventetiden ved dette sykehuset, siden økt substituerbarhet mellom sykehus fører til at en større del av det andre sykehusets etterspørsel vil vris mot det sykehuset som øker kapasiteten. Dermed reduseres sykehusenes gevinst – i form av mindre ‘unytte’ ved lavere ventetid – ved å øke kapasiteten. Denne eksternaliteten gjør at sykehusene vil velge lavere behandlingsskapasitet i likevekt. Det er altså kun sykehusenes ‘unytte’ ved ventetid som gir opphav til strategisk interaksjon.

Et fellestrekk ved begge modellene er altså at analysen er avhengig av at sykehusene opplever en eller annen nytte ved å operere med positive ventetider, noe som kanskje er en svakhet ved modellene. I fortsettelsen vil vi presentere en modell som har noen av de samme egenskapene som modellen til Xavier, men som er rikere og gir mer flertydige resultater, og der analysen ikke er avhengig av den omtalte unytten ved ventetid.

6.1 En teoretisk modell

Vi gjør nå noen endringer i forhold til modellrammeverket i forrige kapittel, og antar at n sykehus er lokalisert – med lik avstand mellom seg – på en sirkel med omkrets lik 1. Det finnes to pasienttyper – L og H – som har forskjellig ‘bruttonytte’ av sykehusbehandling. Begge pasienttyper antas å være uniformt fordelt på sirkelen. Hver pasient etterspør enten én behandling fra det mest foretrukne sykehuset, eller ingen behandling i det hele tatt.

Nytten til en H -type, lokalisert i punktet x , av behandling ved Sykehus i , lokalisert i punktet z_i , er gitt ved

$$u_H(x, z_i) = V - t|x - z_i| - w_i, \quad (6.1)$$

der w_i er annonsert ventetid ved Sykehus i , og t er, på samme måte som tidligere, en parameter som angir reisekostnadene for pasienten. Vi ser nå bort fra kvalitetsforskjeller, og antar at behandlingsskvaliteten er eksogen og lik for begge sykehus.

Tilsvarende, nytten til en L -type, lokalisert i punktet x , av behandling ved Sykehus i , lokalisert i punktet z_i , er gitt ved

$$u_L(x, z_i) = v - t|x - z_i| - w_i, \quad (6.2)$$

der $V > v$. Vi er interessert i å karakterisere de tilfellene der H -segmentet alltid har full markedsdekning, mens L -segmentet bare har delvis markedsdekning. Med andre ord, ikke alle L -typer vil etterspørre sykehusbehandling i likevekt. Vi antar at H -segmentet utgjør en andel λ av den totale pasientgruppen, som, for enkelhets skyld, er normalisert til 1.

Siden avstanden mellom sykehusene er lik $1/n$, vil den H -typen som er indifferent mellom behandling ved Sykehus i og Sykehus j være lokalisert i punktet x_H , gitt ved

$$V - tx_H - w_i = V - t\left(\frac{1}{n} - x_H\right) - w_j,$$

eller

$$x_H = \frac{1}{2t} \left(w_j - w_i + \frac{t}{n} \right). \quad (6.3)$$

Total etterspørsel for Sykehus i fra H -segmentet er dermed gitt ved $X_H = 2x_H$.

L -typer etterspør enten behandling kun fra det nærmeste sykehuset, eller ingen behandling i det hele tatt. Den L -typen som er indifferent mellom behandling ved Sykehus i og ingen behandling, er lokalisert i punktet x_L , som er gitt ved

$$v - tx_L - w_i = 0,$$

eller

$$x_L = \frac{v - w_i}{t}. \quad (6.4)$$

Etterspørsel for Sykehus i fra L -segmentet er $X_L = 2x_L$. Den samlede etterspørselen etter behandling ved Sykehus i er dermed gitt ved

$$X = \lambda X_H + (1 - \lambda) X_L = \frac{2(1 - \lambda)v - w_i(2 - \lambda) + \lambda w_j}{t} + \frac{\lambda}{n}, \quad (6.5)$$

der $\lambda \in (0, 1)$. Merk at $X \in [\frac{\lambda}{n}, \frac{1}{n}]$, mens samlet etterspørsel i markedet er $nX \in [\lambda, 1]$.

Vi antar nå, for enkelhets skyld, at sykehusene maksimerer profitt. Vi antar at Sykehus i har følgende profittfunksjon:

$$\pi_i = B + pX - \frac{c}{2}X^2 - \frac{g}{2}w_i^2, \quad (6.6)$$

der B er rammeoverføringen, mens p er stykkprisen per behandling. Vi antar nå konvekse behandlingskostnader, for å fange opp betydningen av kapasitetsbegrensninger. Det siste leddet i profittfunksjonen er den tidligere omtalte ‘unytten’ av ventetid. Det er imidlertid verdt å merke seg at de kvalitative resultatene i analysen også gjelder for $g = 0$.

6.2 Ventetid i likevekt

Vi antar at sykehusene simultant og uavhengig velger ventetid for å maksimere profitt. Vi antar videre at sykehusene ikke har anledning til å diskriminere mellom ulike pasienttyper i forhold til ventetid, og at sykehusene ikke har anledning til å avvise pasienter som etterspør behandling. Dette gir følgende ventetid i likevekt:

$$w_i = \max \left\{ \left(\frac{(2 - \lambda)(2cnv(1 - \lambda) - t(np - c\lambda))}{n(2c(1 - \lambda)(2 - \lambda) + gt^2)} \right), 0 \right\}. \quad (6.7)$$

Vi ønsker å fokusere på likevekter med positiv ventetid. Dette krever at kostnadsparameteren c er tilstrekkelig høy, slik at de marginale (indifferente) H -pasientene er ulønnsomme å behandle. I tillegg ønsker vi å fokusere på likevekter der L -segmentet bare har delvis markedsdekning, det vil si at $x_L \in (0, \frac{1}{2n})$. En slik likevekt eksisterer dersom

$$c \in S = (\max\{\underline{c}_1, \underline{c}_2\}, \bar{c}),$$

der

$$\underline{c}_1 := np + \frac{gt(2nv - t)}{2(2 - \lambda)},$$

$$\underline{c}_2 := \frac{pnt}{t\lambda + 2nv(1 - \lambda)},$$

og

$$\bar{c} := n \left(\frac{p}{\lambda} + \frac{gtv}{\lambda(2 - \lambda)} \right).$$

Gir økt konkurranse lavere ventetid?

Det er tre rimelige mål på konkurranse (eller økt pasientvalg) i denne modellen, hver med ulik tolkning: (i) En reduksjon i variable reisekostnader, t , øker substituerbarheten mellom sykehusene i H -segmentet. (ii) En økning i λ innebærer at sykehusene konkurrerer om en større andel av pasientgruppen. Merk at dette kan tolkes som en reduksjon i *faste reisekostnader*, slik at en større del av den totale pasientgruppen vil velge mellom flere sykehus. (iii) Antall sykehus i markedet er et standard mål på konkurranse, så en økning i n innebærer økt konkurranse i sykehusmarkedet. Vi vil i det følgende analysere disse tre konkurransemålene hver for seg.

(i) En reduksjon i t :

Fra (6.7) har vi at

$$\frac{\partial w_i}{\partial t} = \frac{(2 - \lambda) A}{n(2c(1 - \lambda)(2 - \lambda) + gt^2)^2}, \quad (6.8)$$

der

$$A := 2c^2\lambda(1 - \lambda)(2 - \lambda) + gt^2(np - c\lambda) - 2cn(1 - \lambda)(p(2 - \lambda) + 2gtv). \quad (6.9)$$

Det er mulig å vise at $A < 0$, som altså impliserer $\frac{\partial w_i}{\partial t} < 0$, for alle $c \in S$. Reduserte variable reisekostnader vil altså øke ventetiden i likevekt. Intuisjon er tilsvarende som i Xavier (2003): Lavere variable reisekostnader innebærer at det er mer effektivt å bruke ventetid som et instrument for å vri etterspørselen fra ulønnsomme pasienter i H -segmentet over til konkurrerende sykehus. I vår modell er det også en tilleggs effekt i L -segmentet som trekker i samme retning.

(ii) En økning i λ :

Fra (6.7) har vi at

$$\frac{\partial w_i}{\partial \lambda} = \frac{tB}{n(2c(1 - \lambda)(2 - \lambda) + gt^2)^2}, \quad (6.10)$$

der

$$B := 2c(2 - \lambda)^2(c - np) + 2cgt^2(1 - \lambda) + 2cgntv(2\lambda - 3) + gnpt^2. \quad (6.11)$$

Det er vanskelig å karakterisere dette uttrykket analytisk, men numeriske simuleringer viser at fortegnet kan gå begge veier. Med andre ord, en større andel av pasienter i det kompetitivesegmentet kan gi både høyere og lavere ventetid i likevekt, avhengig av parametrene i modellen. Umiddelbart skulle man kanskje tro at en høyere verdi på λ skulle føre til høyere ventetid, siden samlet etterspørsel øker (alt annet like), inkludert etterspørsel fra ulønnsomme pasienter. Det er imidlertid to motstridende effekter her: På den ene siden vil et større H -segment øke de strategiske incentivene for å bruke ventetid som et instrument for å styre etterspørsel fra ulønnsomme pasienter mot konkurrerende sykehus. På den annen side blir gevinsten av en marginal økning i ventetiden lavere i L -segmentet når dette blir mindre, og dette trekker i motsatt retning. Summen av disse to effektene er derfor usikker.

(iii) En økning i n :

Fra (6.7) har vi at

$$\frac{\partial w_i}{\partial n} = -\frac{ct\lambda(2-\lambda)}{n^2(2c(1-\lambda)(2-\lambda) + gt^2)} < 0. \quad (6.12)$$

Dette er antakelig det mest interessante resultatet vårt, i forhold til den eksisterende litteraturen. Her ser vi at økt konkurranse, målt på standard måte, alltid fører til lavere ventetid i likevekt. Intuisjonen er ganske enkel: En økning i n fører – alt annet like – til redusert etterspørsel for hvert sykehus i markedet. Dette innebærer at, på grunn av konvekse behandlingskostnader, så vil den marginale behandlingskostnaden være lavere (behandlingskostnadene for den sistepasienten som blir behandlet). Dermed vil incentivene til å bruke ventetid for å styre etterspørsel fra ulønnsomme pasienter mot konkurrerende sykehus være mindre, og ventetiden vil følgelig gå ned i likevekt.

Dette er et resultat som skyldes strategiske konkurranseeffekter i det kompetitive H -segmentet. Vi ser fra (6.12) at $\partial w_i / \partial n = 0$ dersom $\lambda = 0$. Det er også verdt å merke seg at dette resultatet ikke er trivielt, selv om intuisjonen er relativt enkel. Ventetiden går ikke ned fordi den samlede kapasiteten i markedet øker, den går ned på grunn av en strategisk konkurranseeffekt, som forklart ovenfor. En økning i antall sykehus innebærer at den samlede kapasiteten i markedet øker, men dette bidrar ikke – isolert sett – til at ventetiden går ned. Flere sykehus i markedet gir lavere ventetid kun dersom de nye sykehusene er i direkte konkurranse (i likevekt) med de eksisterende. I dette tilfellet vil økt konkurranse gi sykehusene svakere incentiver til å bruke ventetid som et strategisk konkurranseinstrument for å styre ulønnsomme pasienter mot konkurrerende sykehus, som forklart ovenfor. Merk imidlertid at dette resultatet henger på forutsetningen om konvekse behandlingskostnader. Dersom behandlingskostnadene er lineære i antall behandlinger, slik at dekningsbidraget per pasient er konstant, vil sykehusene ønske å operere med enten null eller svært høy ventetid, avhengig av om dekningsbidraget (som eventuelt også kan inkludere altruistiske motiver), per behandling er positivt eller negativt. Det synes imidlertid rimelig å anta, som vi argumenterte for i innledningen til dette kapitlet, at det finnes noen reelle kapasitetsbegrensninger i sykehussektoren. Dette taler for at konvekse behandlingskostnader er en relevant antakelse i en analyse av sykehuskonkurranse og ventetid.

Til slutt er det også verdt å nevne en interessant implikasjon av økt konkurranse (flere sykehus i markedet): Dette fører til høyere samlet etterspørsel etter sykehusbehandling, ikke bare fordi gjennomsnittlig reiseavstand blir redusert i L -segmentet, men også på grunn av en spillover-effekt fra H - til L -segmentet. På grunn av den strategiske responsen i H -segmentet (lavere ventetid), vil etterspørselen øke i L -segmentet.

Bibliografi

- [1] Arrow KJ, 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53, 941-973.
- [2] Barros PP, Martinez-Giralt X, 2002. Public and private provision of health care. *Journal of Economics & Management Strategy* 11, 109-33.
- [3] Bjørnenak T, Nyland K, 2000. Kompleksitetens økonomi: Dimensjoner, effekter og finansiering. Skriftserie i helseøkonomi nr. 16, HEB, Universitetet i Bergen.
- [4] Brekke, KR, Nuscheler R, Straume OR, 2006a. Gatekeeping in health care. *Journal of Health Economics*, forthcoming.
- [5] Brekke KR, Nuscheler R, Straume OR, 2006b. Quality and location choices under price regulation. *Journal of Economics & Management Strategy* 15, 207-227.
- [6] Dixit AK, Stiglitz JE, 1977. Monopolistic competition and optimum product diversity. *American Economic Review* 67, 297-308.
- [7] Dranove D, Satterthwaite MA, 2000. The industrial organization of health care markets. I Culyer AJ, Newhouse JP (red): *Handbook of Health Economics*. Elsevier, Amsterdam, Kapittel 20.
- [8] Eaton BC, Lipsey RG, 1989. Product differentiation. I Schmalensee R, Willig RD (red): *Handbook of Industrial Organization*, Elsevier, Amsterdam, Kapittel 12.
- [9] Folland S, Goodman AC, Stano M, 2004. *The Economics of Health and Health Care*, Prentice-Hall, New Jersey.
- [10] Gaynor M, Vogt WB, 2000. Antitrust and competition in health care markets. I Culyer AJ, Newhouse JP, (red): *Handbook of Health Economics*. Elsevier, Amsterdam, Kapittel 27.
- [11] Hagen TP, Iversen T, Magnussen J, 2001. Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-98: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering? Skriftserie nr.5, HERO, Universitetet i Oslo.
- [12] Lyon TP, 1999. Quality competition, insurance, and consumer choice in health care markets. *Journal of Economics & Management Strategy* 8, 545-580.
- [13] Ma C-t A, Burgess Jr. JF, 1993. Quality competition, welfare, and regulation. *Journal of Economics* 58, 153-173.
- [14] Newhouse JP, 1996. Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature* 34, 1236-1263.

- [15] Pauly MV, 1978. Is medical care different? I Goldberg L, Greenberg W, (red), Competition in the Health Care Sector: Past, Present, and Future. Federal Trade Commission, Washington DC.
- [16] Pope GC, 1989. Hospital non-price competition and Medicare reimbursement policy. *Journal of Health Economics* 8, 147-172.
- [17] Rothschild M, Stiglitz JE, 1976. Equilibrium in insurance markets: An essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics* 90: 629-649.
- [18] Shleifer A, 1985. A theory of yardstick competition. *RAND Journal of Economics* 16: 319-327.
- [19] Siciliani L, 2005. Does more choice reduce waiting times? *Health Economics*, 14: 17-23.
- [20] Spence AM, 1976. Product selection, fixed costs, and monopolistic competition. *Review of Economic Studies* 43, 217-235.
- [21] Sloan F, 2000. Not-for-profit ownership and hospital behavior. I Culyer AJ, Newhouse JP, (red): *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier, Kapittel 21.
- [22] Wolinsky A, 1997. Regulation of duopoly: managed competition vs regulated monopolies. *Journal of Economics & Management Strategy* 8, 821-847.
- [23] Xavier, A, 2003. Hospital competition, GP fundholders and waiting times in the UK internal market: the case of elective surgery. *International Journal of Health Care Finance & Economics* 3, 25-51.

Del II

Empiriske analyser av konkurransen mellom sykehus

Kapittel 7

Innledning

I denne delen av rapporten vil vi oppsummere empiriske analyser vi har gjennomført med sikte på å belyse en hovedproblemstilling i prosjektet: Potensielle effekter av konkurranse mellom sykehus i et offentlig helsesystem. De empiriske analysene er i hovedsak av deskriptiv karakter, og indikerte sammenhenger må tolkes med varsomhet. Beskrivelsen suppleres med en økonometrisk studie som i større grad er egnet til å identifisere kausale sammenhenger og effekter. Vi mener at disse analysene kan gi indikasjoner på viktige forhold knyttet til konkurranse i sykehussektoren.

Det foreligger en rekke empiriske studier av konkurranse i sykehussektoren. Følgende litteratursurveyer gir en grundig oversikt over aktuelle studier; Dranove og White (1994), Gaynor og Haas-Wilson (1999), Gaynor og Vogt (2000). Surveyene viser at litteraturen i stor grad er basert på amerikanske data og har vært opptatt av effekter av konkurranse på sykehuskostnader, priser for sykehusbehandling, og overskuddskapasitet i sektoren. Det betyr imidlertid ikke at studiene er uaktuelle, selv om helsesystemet i USA skiller fra det norske på en rekke områder. Som vi vil komme inn på nedenfor, gir litteraturen viktige innspill i forhold til definisjon av markedet, mål på konkurransegrad, indikatorer for kvalitet, identifisering av effekter knyttet til eierskap, osv. Likevel er det viktig å ta hensyn til institusjonelle forhold ved offentlige helsesystem generelt, og det norske helsesystemet spesielt, når vi skal belyse konkurransemessige aspekter i sykehussektoren. Dette innebærer forhold som ventelister og ventetid, myke budsjettrestriksjoner for offentlige sykehus, og finansieringssystem. Denne empiriske delen av prosjektet legger opp til målinger av følgende momenter: (i) Graden av konkurranse; (ii) indikatorer for kvalitet; og (iii) ventetider for behandling.

Nedenfor vil vi diskutere og konkretisere det empiriske opplegget på de ovennevnte punkter. Denne delen av rapporten er disponert slik at den innledningsvis (i kapitlene 8 og 9) gir en mer generell fremstilling som følger punktene ovenfor. Deretter (i kapitlene 10 og 11) følger en presentasjon av egne analyser basert på utvalgte behandlinger innenfor dagkirurgi. I de empiriske analysene benytter vi data som gjør det mulig å studere endringer over tid. Vi legger gjennomgående et konkurranseperspektiv til grunn for analysene, og fokuserer på skillet mellom offentlige og private sykehus.

Kapittel 8

Måling av konkurranse mellom sykehus

Når man skal studere ulike effekter av konkurranse i sykehusmarkedet, er det to forhold som må avklares: (i) Hvordan avgrense relevante markeder? (ii) Hvordan skal vi måle graden av konkurranse? Den empiriske litteraturen har viet stor oppmerksomhet til det første spørsmålet, mens det andre spørsmålet er mindre omstridt (se Gaynor og Haas-Wilson, 1999, og Gaynor og Vogt, 2000).

8.1 Markedsavgrensning

Analysen av konkurranse mellom sykehus innebærer en markedsavgrensning både produktmessig og geografisk. Når det gjelder den produktmessige avgrensningen, er det vanlig å fokusere på utvalgte diagnoser (behandlinger). Studier av kvalitet ser typisk på hjerteinfarkt og hjerneslag, og bruker dødelighetsrater som kvalitetsindikator. Også studier som ser på pris og kostnader ser på utvalgte diagnoser når man skal estimere effekten av konkurranse. Noen ganger kan det imidlertid være hensiktsmessig å se mer aggregert på sykehusstilbudet. Dersom man er interessert i å analysere hvordan konkurranse påvirker sykehusenes incentiv til å spesialisere og/eller differensiere tilbudet, er det nødvendig å se på endringer i det samlede tilbudet.

Produktmessig er det vanlig å skille mellom (i) diagnoser som krever innleggelse (hospitalisering) og (ii) diagnoser som kan utføres uten innleggelse (poliklinisk behandling eller dagbehandling). Førstnevnte gruppe er hyppigst brukt i empiriske studier av sykehuskonkurranse. Grunnen til dette er at konkurransen her utelukkende er mellom sykehus. For diagnoser som ikke krever innleggelse, kan behandlingen utføres av mindre, ofte private, klinikker, noe som innebærer en annen konkurranseflate.

Den geografiske avgrensningen av sykehusmarkedet varierer mellom studier og har vært gjenstand for omfattende diskusjon. Vi kan skille mellom tre ulike tilnærminger: Avgrensning av geografisk område basert på (i) politiske-administrative grenser (f.eks. fylker, byområder, etc.), (ii) avstand mellom sykehus (f.eks. ved å ta en 100 km radius rundt hvert sykehus), og (iii) pasientstrømmer. De fleste empiriske studier har benyttet et av de to første målene. F.eks. benytter Propper et al. (2004) politisk-administrative helseregioner i Storbritannia som utgangspunkt og justerer så dette for reiseavstand. Slik sett benyttes en kombinasjon av tilnærming (i) og (ii).

De to første tilnærmingene legger til grunn at geografisk avstand alene bestemmer substituerbarheten mellom sykehus, og herav hvilke sykehus som konkurrerer med hverandre. Disse målene har blitt kritisert for at de ikke tar hensyn til forskjeller i kvalitet mellom sykehus. Et høykvalitetssykehus kan f.eks. trekke til seg pasienter bosatt langt fra det aktuelle sykehuset. For offentlige helsesystemer er forskjeller i ventetid en viktig variabel. I Norge får pasientene dekket monetære reiseutgifter knyttet til behandling, slik at det er grunn til å anta at pasienter vil reise relativt langt for å bli behandlet raskere. En markedsavgrensning basert på en politisk-administrativ region eller en liten geografisk avstand vil da kunne innebære en ukorrekt avgrensning av det relevante marked.

Studier som benytter data om pasientstrømmer for å definere markedet kan imidlertid ta hensyn til dette. Her er det imidlertid viktig å skille mellom studier som benytter faktiske pasientstrømmer og studier som bruker predikerte pasientstrømmer. Bruk av faktiske pasientstrømmer kan innebære en skjev avgrensning av markedet siden disse typisk er påvirket av endogene variabler som f.eks. kvalitet og ventetid. Anta man har to nabosykehus som har ulik kvalitet på tjenestene. Dersom man bruker faktiske pasientstrømmer til å avgrense markedet vil det innebære at høykvalitetssykehuset får et større relevant marked enn nabosykehuset med lavere kvalitet. En konsekvens av dette er at høykvalitetssykehuset antas å ha flere konkurrenter og dermed mindre markedsrett enn lavkvalitetssykehuset, selv om det i virkeligheten er omvendt.

Man bør derfor benytte predikerte pasientstrømmer basert på eksogene forhold for å avgrense det relevante marked. To studier som gjør dette, men på ulike måter, er Kessler og McClellan (2000) og Tay (2003). De har informasjon om pasientenes og sykehusenes adresse, og benytter så avstand til å predikere pasientstrømmer. På denne måten får man fastlagt det relevante marked.

Det vil være for omfattende å estimere geografiske markedsområder, slik de to sistnevnte studier gjør, for dette prosjektet. Det enkleste er å benytte administrative helseregioner for å bestemme markeder. Dette gir imidlertid ofte et ukorrekt bilde av konkurransen, særlig for sykehus lokalisert i grenseområder. Vi benytter derfor tilnærming (ii) skissert ovenfor, hvor avstand mellom sykehus – målt i reisetid – bestemmer hvilke sykehus som regnes som konkurrenter. Dette gjøres det nærmere rede for nedenfor.

8.2 Mål på konkurranse

Når det relevante marked er definert, er neste oppgave å måle graden av konkurranse i dette området. Det enkleste målet på konkurranse er å telle opp antall konkurrerende sykehus som tilbyr behandling for de aktuelle diagnosene i det aktuelle området. Konkurrerende sykehus er typisk definert ved sykehus med forskjellig eier. Når det gjelder offentlig eide sykehus, er dette noe vanskeligere, men dette kommer vi tilbake til nedenfor. En studie som benytter denne typen mål er Propper et al. (2004). De beregner antall sykehusstiftelser (trusts) i hver helseregion i Storbritannia, og normaliserer så dette tallet for populasjonsstørrelse i den aktuelle regionen. Hver sykehusstiftelse er tildelt et dekningsområde (catchment area). Innenfor hvert slikt område beregner Propper et al. (2004) andelen pasienter som kan nå over et visst antall andre sykehusstiftelser innenfor en gitt reisetid (30 minutter). Dette benyttes så som mål på konkurranse, hvor en høy andel indikerer sterk konkurranse.

Denne typen mål på konkurranse er imidlertid lite brukt ellers i litteraturen om sykehuskonkurranse. De fleste empiriske studier har benyttet en konsentrasjonsindeks

– da særlig Hirschman-Herfindahl-indeksen (HHI) – som et mål på graden av konkurranse mellom sykehus. HHI er et vanlig mål i de fleste konkurranseanalyser generelt. Når det gjelder sykehussektoren, har man imidlertid vært noe uenig om hvilket mål på markedsandel som skal benyttes. Forslag inkluderer samlede inntekter, inntekter fra innlagte pasienter, antall senger, antall innleggelser, antall behandlinger, og antall pasientdøgn. Studier har imidlertid vist at disse målene ikke gir så veldig forskjellig resultat (Gaynor and Vogt, 2000).

En del nyere studier, som f eks Kessler og McClellan (2000) og Tay (2003), estimerer imidlertid graden av konkurranse strukturelt på basis av eksogene forhold. F eks estimerer disse studiene sannsynligheten for at et individ bosatt i et gitt område vil oppsøke et sykehus lokalisert i et annet område på basis av avstand. Denne sannsynligheten angir så graden av substituerbarhet mellom sykehus og dermed også graden av konkurranse mellom sykehus.

Strukturell estimering av graden av konkurranse faller utenfor rammen av dette prosjektet. Vi gir imidlertid en deskriptiv presentasjon av aktørene innenfor utvalgte behandlingsgrupper, slik de fordeler seg etter eierskap, produksjon, kapasitet og markedsandeler. Videre benytter vi HHI til å beregne graden av markedskonsentrasjon med basis i antall behandlinger/operasjoner og/eller DRG-poeng.

Et avgjørende spørsmål i den norske sykehussektoren er hvem som konkurrerer med hvem. Private sykehus er helt klart konkurrerende aktører til de offentlige sykehusene, selv om de inngår i den offentlige helseplanen. Et vanskeligere spørsmål er om offentlige sykehus konkurrerer med hverandre, og i så fall på hvilket nivå. Etter sykehusreformen i 2002 er nå alle offentlige sykehus eid av staten. Staten har imidlertid valgt å organisere sykehusene som selvstendige foretak med relativt stor grad av autonomi. Det er derfor grunnlag for å hevde at de regionale helseforetakene (RHFene) kan betraktes som konkurrerende aktører. Det er litt mer uklart om man kan regne de ulike helseforetakene (HFene) med tilhørende sykehus som konkurrerende aktører. Er det slik at Helse Fonna og Helse Bergen – som begge er eid av Helse Vest – kan regnes som konkurrenter? Det er imidlertid tvilsomt om ulike sykehus med samme HF som eier, kan betraktes som konkurrerende aktører. Riktignok kan en pasient velge mellom f eks Haukeland eller Voss sykehus, men Helse Bergen har mulighet til å koordinere aktivitetene til disse to sykehusene gjennom finansiering, oppgavefordeling, instruksjer, osv. (slik enhver eier kan koordinere aktiviteten mellom egne bedrifter).

Spørsmålet om offentlige sykehus konkurrerer og på hvilket nivå er i siste instans et empirisk spørsmål. Grensedragningen vil nok avhenge av eierstyringen og finansieringssystemet. I mange tilfeller spiller ikke grensedragningen noen rolle ettersom det gjerne kun er ett offentlig og ett privat sykehus som er innenfor et gitt relevant marked. I de situasjonene dette ikke er tilfelle, vil vi benytte indikatorer for RHF- og HF-nivå som identifikasjon for konkurrerende aktører for å se om dette gir noen forskjell i resultatene.

Kapittel 9

Kvalitet og konkurranse

Kvalitet er et ytterst viktig forhold ved helsetjenester. En grunn til dette er at det er nært knyttet til pasientenes helseutfall. Lav kvalitet på en helsetjeneste kan innebære at pasienten ikke blir frisk, og i verste fall kan omkomme. Kvalitet er også en viktig konkurransevariabel for sykehus. Grunnen til dette er at etterspørselen etter sykehus-tjenester er svært prisuelastisk, noe som i hovedsak skyldes omfattende tredjeparts-betaling og til en viss grad informasjonsproblemer. I Norge, og mange andre land, er prisene i tillegg regulerte, noe som innebærer at pris ikke er en konkurransevariabel for det enkelte sykehus. Nedenfor vil vi først presentere noen sentrale empiriske studier på kvalitet og konkurranse. Deretter vil vi diskutere måling av kvalitet og valg av indikatorer.

9.1 Eksisterende empiriske studier

Antall empiriske studier på sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet i sykehus-markeder er begrenset, men økende. Vi presenterer her et utvalg av de hyppigst siterte.

Shortell og Hughes (1988) ser på sammenhengen mellom markedskonsentrasjon – målt ved HHI – og dødelighetsrater ved sykehus. Studien er basert på amerikanske Medicare-pasienter, dvs. eldre og uføre pasienter hvor myndighetene finansierer utgiftene. De ser på dødelighetsrater for 16 ulike kliniske tilstander for perioden 1983-84, og finner en liten, men ikke signifikant sammenheng mellom konkurranse og kvalitet. Studien har imidlertid blitt kritisert på en rekke områder; (i) fast radius som mål på geografisk område, (ii) ser ikke på effekten av konkurranse på behandlingsvalget, (iii) har bare tall for død som inntreffer på sykehuset (og ikke etter utskrivning). Det siste punktet gjelder egentlig de aller fleste andre studier, men senere studier benytter ulike teknikker for å justere for dette (f.eks. lengden på oppholdet).

Ho og Hamilton (2000) ser på effektene av fusjoner og oppkjøp av sykehus på kvalitet. Fusjoner og oppkjøp kan betraktes som en reduksjon av konkurransen i sykehusmarkedet, og er således relevant for sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet. De sammenligner kvaliteten på sykehustjenestene før og etter fusjoner og oppkjøp i California for perioden 1992 til 1995. Kvalitet er målt ved dødelighetsrater ved hjerteinfarkt og hjerneslag, 90 dagers reinnleggelse av pasienter med hjerteinfarkt, og tidlig utskrivning av nyfødte (innen 48 timer). Sistnevnte er et mål på lengden på sykehusopphold som i seg selv er en indikator på kvalitet. Tanken er at tidlig utskrivning av nyfødte innebærer en større helserisiko for mor og barn.

Ho og Hamilton (2000) finner ingen signifikant effekt av fusjoner og oppkjøp på dødelighetsmålene, men finner en økning i reinnleggelser og tidlige utskrivninger av nyfødte. Fusjoner og oppkjøp innebærer vanligvis økt markedsrett, noe som kanskje skulle tilsi en reduksjon i kvalitet dersom aktørene maksimerer profitt. På den andre siden kan fusjoner og oppkjøp samtidig innebære lavere kostnader, noe som skulle tilsi økte kvalitetsinvesteringer, alt annet like. Nettoeffekten kan altså være uklar.

Kessler og McClellan (2000) er kanskje den mest omfattende og ambisiøse studien. Studien tar for seg effekten av konkurranse mellom sykehus på samfunnsøkonomisk effektivitet, der dette er målt ved behandlingskostnader og pasientenes helseutfall. Datasettet består av amerikanske Medicare-pasienter som ble innlagt med hjerteinfarkt for perioden 1985-1994. De ser på hvordan eksogene forhold for sykehusvalg (avstand) påvirker graden av konkurranse i sykehusmarkedet, og hvordan graden av konkurranse påvirker dødelighetsrater og behandlingskostnader ved hjerteinfarkt.

Kessler og McClellan (2000) finner at økt konkurranse fører til lavere dødelighetsrater for hjerteinfarkt for hele perioden. Når det gjelder kostnader, fant de at før 1990 så førte konkurranse til høyere kostnader, mens etter 1990 førte økt konkurranse til lavere kostnader. Forklaringen knyttes til fremveksten av "managed care" i USA. De konkluderer altså med at mens velferdseffekten av konkurranse før 1990 var tvetydig, er denne etter 1990 entydig positiv.

Propper, Burgess og Green (2004) er foreløpig den siste studien på effekten av konkurranse på kvalitet på sykehustjenester. Til forskjell fra de øvrige studiene, er denne basert på britiske data, og dermed en annen institusjonell setting, et offentlig helsevesen som i Norge. Studien benytter samme kvalitetsindikator som mange av de forrige studiene, nemlig dødelighetsrater for (førstegangs) hjerteinfarkt. I motsetning til ovennevnte studier finner de at økt konkurranse leder til lavere kvalitet. Sammenhengen er signifikant, men svak. En mulig forklaring på forskjellene i resultatene er at i Storbritannia konkurrerer sykehusene ikke bare kvalitet, men også pris. Propper et al. (2004) har tidligere vist at økt konkurranse i det britiske helsevesenet førte til lavere priser på sykehustjenester. Kessler og McClellan (2000) ser på Medicare-pasienter, hvor prisene er satt av det offentlige og er eksogene for sykehusene. Fra teorien vet vi at det er stor forskjell på kvalitetsincentiver om prisene er eksogene eller endogene.

9.2 Måling av kvalitet

Kvalitet ved sykehus er en multidimensjonal variabel. Den omfatter i prinsippet alt fra sykehusets fasiliteter – som standard på bygninger, mat, rom, etc. – til behandlingsmessige kvalifikasjoner – som medisinsk utstyr, ferdigheter til medisinsk personell – samt gjerne også administrative prosedyrer, etc. Likevel er det bred enighet om at man bør se på den helsemessige effekten på pasientene av behandlingen når man skal forsøke å måle kvaliteten ved et sykehus. De aller fleste studiene benytter derfor ikke "input-mål" som medisinsk utstyr eller personell, men benytter i stedet pasientenes helseutfall som indikator for kvalitet.

Kvalitetsindikatorer

Utvikling av kvalitetsindikatorer ved sykehus er en bred litteratur. De hyppigst brukte målene er dødelighet og komplikasjoner knyttet til utvalgte behandlinger. Dødelighet måles som andel av samlet antall behandlinger av den aktuelle sykdommen. Lav dødelighetsrate er en indikator på høy kvalitet ved et sykehus. Komplikasjoner måles typisk

ved reinnleggelser av en pasient for samme eller tilsvarende sykdom innenfor en viss periode etter behandlingen.

Det mest brukte målet (indikatoren) på kvalitet ved sykehus er dødelighetsraten ved hjerteinfarkt. Det er særlig såkalt akutt førstegangs hjerteinfarkt – på engelsk kalt "acute myocardial infarction" (AMI) – som benyttes. Andre mål som benyttes er dødelighet ved fødsel (spedbarnsdødelighet), dødelighet ved hjerneslag, og dødelighet ved hoftebrudd. En rekke studier har forsøkt å validere de ulike målene. Et resultat her er at førstegangs hjerteinfarkt har vist seg å være en særlig god kvalitetsindikator.

Justeringer av kvalitetsindikatorer

Direkte sammenligning av dødelighetsrater mellom sykehus kan gi et feilaktig bilde av kvalitetsforskjellene mellom sykehus. En viktig grunn til det er at sykehusene kan stå overfor systematisk forskjellige pasientpopulasjoner. Sykehus som har "tyngre" pasienter, kan ha like god kvalitet på tjenestene sine som andre sykehus med lettere pasientpopulasjon, men likevel ha høyere dødelighetsrate. Det er derfor vanlig å justere dødelighetsrater for pasientpopulasjon i den grad det lar seg gjøre. De fleste studiene benytter kun data om dødelighet på sykehuset. Dette kan være et ufullstendig mål på den helsemessige effekten av sykehusbehandlingen ettersom en del pasienter dør etter at de er utskrevet fra sykehuset. I hvilken grad dette er et problem avhenger av om helseutfallet påvirkes av lengden på sykehusoppholdet. Dersom lengre sykehusopphold bedrer pasientenes helseutfall, men samtidig innebærer en lengre periode der dødsfall kan inntreffe, så kan bedre helseutfall være assosiert med høyere dødelighet på sykehus. Det er derfor viktig å følge pasienten en viss periode etter at han eller hun er utskrevet fra sykehuset.

9.3 Kvalitetsindikatorer for norsk sykehus

Det foreligger tre metoderapporter som har evaluert kvalitetsindikatorer for norske sykehus. Den første rapporten ble utført av Stiftelsen for helsetjenesteforskning (HELTEF) som hadde studiet av kvalitet i norske sykehus som et hovedområde i sin virksomhet. Virksomheten til HELTEF ble i 2003 overført til en ny organisasjon; Nasjonalt kunnskapssenter for Helsetjenesten (Kunnskapssenteret), som høsten 2005 publiserte en ny rapport vedrørende kvalitetsindikatorer for norske sykehus. La oss kort presentere disse rapportene.

Guldvog og Kopjar (1999) evaluerer dødelighet som kvalitetsindikator. Studien bruker anonymiserte data om sykehusopphold fra Norsk Pasientregister (NPR) for å se på dødelighet innenfor 5 utvalgte pasientgrupper. Studien beregner forventet dødelighet for 60 sykehus, og forsøker å justere for "case-mix" med hensyn til alder, kjønn, DRG, bidiagnoser og liggetid. Studien finner signifikante variasjoner i forholdet mellom forventet og observert mortalitet. De konstruerer så justerte mortalitetsrater som for fire av de fem pasientgruppene er lavere i mindre sykehus enn i større. Forskerne peker imidlertid på flere svakheter ved beregningsmetoden vurdert som en kvalitetsindikator, og anbefaler studier som kunne følge pasienter over tid, også etter sykehusoppholdet.

Clench-Aas, Helgeland, Dimoski, Gulbrandsen, Hofoss, Holmboe, Mowinckel, Rønning (2005) oppsummerer en omfattende studie av dødelighet innen 30 dager etter innleggelse (30D). Datagrunnlaget i denne studien er identifiserbare pasientopplysninger hentet fra administrative registre i samtlige somatiske sykehus, noe som muliggjør kobling av pasientopplysninger mot Dødsårsaksregisteret. De utvalgte pasien-

tene hadde akutt hjerteinfarkt, hjerneslag eller hoftebrudd ved innleggelse i årene 1997-2001. Studien konkluderer med at 30D-målet har en tilfredsstillende presisjon, men at det gjenstår usikkerhet når det gjelder skjevhet som følge av ulik diagnose- og kodepraksis mellom sykehus. Derfor konkluderes det med at målet ikke er egnet til å rangere sykehusene etter behandlingskvalitet, men at det representerer variasjonen i de samlede prosessene ved sykehusene.

Kopjar, Guldvog og Hay (1999) oppsummerer litteraturen på bruken av reinnleggelser som kvalitetsindikator per 1999, rapporterer egen analyse av reinnleggelser for pasienter med "angina pectoris" og evaluerer datakvaliteten i de enkelte feltene i NPRs pasient-record. Rapporten peker på at man må fokusere på reinnleggelser som følge av svikt i behandlingen ("avoidable adverse outcomes") som indikator for kvalitetsbrist ved et sykehus. Forskerne refererer studier som indikerer at bare 10 % av de ikke-planlagte reinnleggelserne skyldes mangelfull kvalitet i første sykehusopphold. De peker videre på vanskelighetene forbundet med å skille reinnleggelse som følge av svikt i behandlingen fra annen nødvendig reinnleggelse. Det hevdes at reinnleggelser kan være kamouflert som elektiv innleggelse eller poliklinisk behandling, men også skjult i lang liggetid. Reinnleggelser kan også avhenge av faktorer som sykehusets kapasitet, avstand til sykehuset og førstelinjens mottakerapparat. Forskerne etterlyser særlig en indikator for sykdommens alvorlighetsgrad, utover diagnosen. Dette er forhold som det ikke kan kontrolleres for med grunnlag i NPR-data alene, og HELTEF konkluderer med at beregnede reinnleggingsrater har svak sammenheng med sykehuskvalitet.

HELTEF brukte NPR-pasientdata fra 1994. Disse observasjonene inneholder stort sett verdier for de samme variablene som i dagens pasientrecord. Siden innføringen av ISF har imidlertid registreringene fått økt praktisk og økonomisk betydning for sykehusene. Dette vil på den ene siden medføre høyere reliabilitet i data, på den andre siden kan nye insentiver også ha påvirket praksis ved inn- og utskriving. Særlig kan ISF ha medvirket til et press på liggetiden, og gitt motivasjon for å stykke opp behandlinger i flere opphold. SINTEF Helse har i sine SAMDATA-rapporter (sist i SAMDATA Sektorrapport 2003) vist utvikling over tid og variasjon i reinnleggelser mellom sykehus. SINTEF beregner og presenterer imidlertid reinnleggingsrater helt uten å knytte disse til måling av kvalitet i sykehus. Det gjøres heller ikke forsøk på å justere ratene for alderssammensetning eller andre forhold. SINTEF dokumenterer med sine beregninger at en stor del av veksten i antall sykehusopphold etter innføring av ISF består av fleropphold og reinnleggelser.

9.4 Vurdering av mortalitet og reinnleggelser

Vi har søkt å beregne kvalitetsindikatorer per sykehus i Norge. Egnede kvalitetsmål kan kobles til analysedatasettet som er beskrevet i det følgende kapittel 10. Et slikt utvidet datasett kan gi nye muligheter for analyse av sammenhenger mellom konkurranse og kvalitet. I likhet med beregning av ventetider vil det imidlertid være vanskelig å knytte verdier for de vanligste kvalitetsmålene (mortalitet og reinnleggelser) til alle sykehus. For de mindre, kommersielle sykehusene som bare utfører planlagte behandlinger innenfor et begrenset sett av DRGer, er det ikke gjennomførbart å knytte kvalitetsmålene som vi kan beregne med grunnlag i registerdata alene.

Mortalitetsrater per sykehus

Alle registreringer av avsluttede sykehusopphold i NPR-recorden inneholder feltet "uttill" der en av de gyldige verdiene er "utskrevet som død". I 2004 ble i alt 16 748 pasienter utskrevet som døde (1,6 % av alle sykehusopphold). I studier av sykehusmortalitet er det som nevnt under kapittel 3, vanlig å fokusere på pasientgrupper innenfor enkelte relevante hoveddiagnoser. Disse lidelsene (f.eks. hjerneslag, hjerteinfarkt og lårhalsbrudd) velges fordi de er hyppige, alvorlige og fordi behandlingen kan påvirke utfallet.

For perioden 1999-2004 har vi beregnet (ujusterte) mortalitetsrater per sykehus per år. Vi har tatt utgangspunkt i de samme diagnosegruppene som Clench-Aas et al. (2005). Vi har videre lagt mye arbeid i å (så langt som mulig) implementere de samme utvalgsbetingelser som er dokumentert i rapporten fra Kunnskapscenteret. En alvorlig mangel ved mortalitetsstudier som baserer seg på NPR-data alene er at pasienter ikke kan følges mellom sykehus eller etter sykehusoppholdet. Vi finner at innenfor de aktuelle diagnosegruppene er overføringer mellom sykehus et meget utbredt fenomen, særlig i løpet av de første dagene av sykehusoppholdet. Inntil vi finner en måte å håndtere problemet med overføringer mellom sykehus har det heller ikke noen hensikt å justere mortalitetsratene. Vi har derfor valgt å ikke gå videre med de beregnede mortalitetsrater til egne analyseformål.

Reinnleggelser

For at et sykehusopphold skal kunne klassifiseres som en reinnleggelse må den sekundære innleggelsen være ikke-planlagt (må være registrert som øyeblikkelig hjelp). Det er vanlig å følge pasientene over tid, men maksimalt ett år. NPR-recorden gir oss mulighet til å følge en pasient i løpet av ett kalenderår, men vi kan ikke fange opp pasienter som reinnlegges på et annet sykehus enn det som gjennomførte førstegangsbehandlingen. Dette er imidlertid et problem med alle de empiriske studiene tidligere nevnt. I 2003 ble i alt 71.948 pasienter innlagt på nytt innen 30 dager (8,9 % av alle sykehusopphold).

For perioden 1999- 2004 har vi beregnet (ujusterte) reinnleggingsrater per sykehus per år. Vi har tatt utgangspunkt i de samme diagnosegruppene (hjerneslag, hjerteinfarkt og lårhalsbrudd) som Clench-Aas et al. (2005). Vi har videre brukt tilsvarende utvalgsbetingelser til å kartlegge relevante reinnleggelser etter behandling innenfor de utvalgte tre dagkirurgiske DRGene 6, 119 og 162. Problemet med begge disse tilnærmingene, (særlig med det DRG-baserte utvalget av pasienter) er at antall relevante registrerte reinnleggelser per sykehus, per år blir svært lavt. Variasjonen mellom sykehus blir mer tilfeldig enn systematisk. Vi har i dette prosjektet derfor valgt å ikke bruke våre beregnede reinnleggingsrater til analyseformål.

Kapittel 10

Ventetid og konkurranse innen dagkirurgi

Ventetid er av og til knyttet opp mot kvalitet, ved at lang ventetid innebærer dårligere kvalitet, men her er sammenhengen noe komplisert. Det kan hevdes at lang ventetid er et signal om god kvalitet ved et sykehus. Anta man har to sykehus med omtrent samme kapasitet og pasientpopulasjon. Dersom det ene sykehuset har signifikant lengre ventetid enn det andre sykehuset, kan en tolkning være at dette sykehuset har bedre kvalitet. Andre har hevdet at lang ventetid innebærer dårlig tilgang og dermed lav kvalitet. Det er vanlig å anta at pasientenes helsegevinst av å bli behandlet faller (depresieres) med tiden de må vente på å få behandling. I verste fall kan pasienter dø mens de venter. Når man da måler kvalitet i form av helseutfall, så vil lang ventetid i denne sammenheng fortolkes som lav kvalitet.

Når det gjelder sammenhengen mellom konkurranse og ventetid, er også denne noe komplisert som diskutert i kapittel 6 i del 1 av rapporten. Man kan tenke seg at økt konkurranse bidrar til å redusere ventetider gjennom at aktørene øker sin kapasitet. På den andre siden kan ventetid dempe konkurranse ved at man ikke trenger å konkurrere hardt om pasientene, siden man operer på full kapasitet hele tiden. Det er derfor spesielt interessant å gjennomføre en økonometrisk analyse på sammenhengen mellom konkurranse og ventetid, noe som er tema for de resterende kapitlene i denne delen.

10.1 Utvalg av dagkirurgiske behandlinger

I det følgende beskrives vår fremgangsmåte for utvelgelse av tre sentrale ”dagkirurgiske” DRGer for videre analyse av dagkirurgi som en arena for potensiell konkurranse mellom sykehus. SAMDATA Somatikk 1/05 kapittel 8 gir en god oversikt over omfanget av dagkirurgi i 2004:

- Dagkirurgi utgjorde i 2004 i alt 192 000 behandlinger.
- Dette er nær 50% av all kirurgi utført i Norge, og vel 60% av all elektiv kirurgi.
- Stor vekst, vel 50% eller 65 000 årlige opphold, siden 1999 (det finnes ikke fullstendige data for årene før 1999).
- Sterkeste vekst senere år har vært i behandlinger ved private (kommersielle) sykehus utenfor RHFene.

- Avtaleinstitusjonene i Helse Vest hadde også en betydelig vekst (43%) fra 2003 til 2004.

Vi tar utgangspunkt i SAMDATAs definisjon: "*Alle kirurgiske inngrep der pasienten har 0 liggedager (uavhengig av om pasienten er innlagt på en heldøgnsavdeling eller dagavdeling og uavhengig av om operasjonen er planlagt eller ikke)*".

Dagkirurgi-opphold blir da i praksis satt sammen av følgende tre grupper registrerte (kirurgiske) behandlinger:

1. DRG-finansierte (og derved DRG-klassifiserte) polikliniske behandlinger. Disse skiller seg fra vanlige takst-finansierte polikliniske behandlinger, også ved å ha et større tilfang av informasjon i NPR-recorden.
2. Dagopphold, blant sykehusinnleggelse.
3. Heldøgnsopphold med liggetid 0 dager, blant sykehusinnleggelse.

SAMDATA opererer også med begrepet "dagkirurgiske DRGer" som betegner de DRGene som blir utført dagkirurgisk. Poenget er at ikke alle behandlinger innen de "dagkirurgiske DRGer" blir utført som dagkirurgi. En varierende andel pasienter innen hver av de aktuelle DRGene, mottar behandling i løpet av et heldøgnsopphold med liggetid 1 dag eller lengre. Inkluderer man denne siste kategorien av opphold i analyser, kan man beregne "dagkirurgi-andel av dagkirurgiske DRGer". Dette kan gjøres per DRG, per RHF, per sykehus eller etter andre inndelinger. Vi har med utgangspunkt i de komplette NPR-filene reprodusert SAMDATAs utvalg av dagkirurgiske opphold for årene 1999 – 2004. Dette datasettet er vårt utgangspunkt for videre analyser av dagkirurgi som en mulig arena for studier av konkurranse mellom sykehus.

Vi anvender følgende inndeling av sykehus i fremstillingene nedenfor:

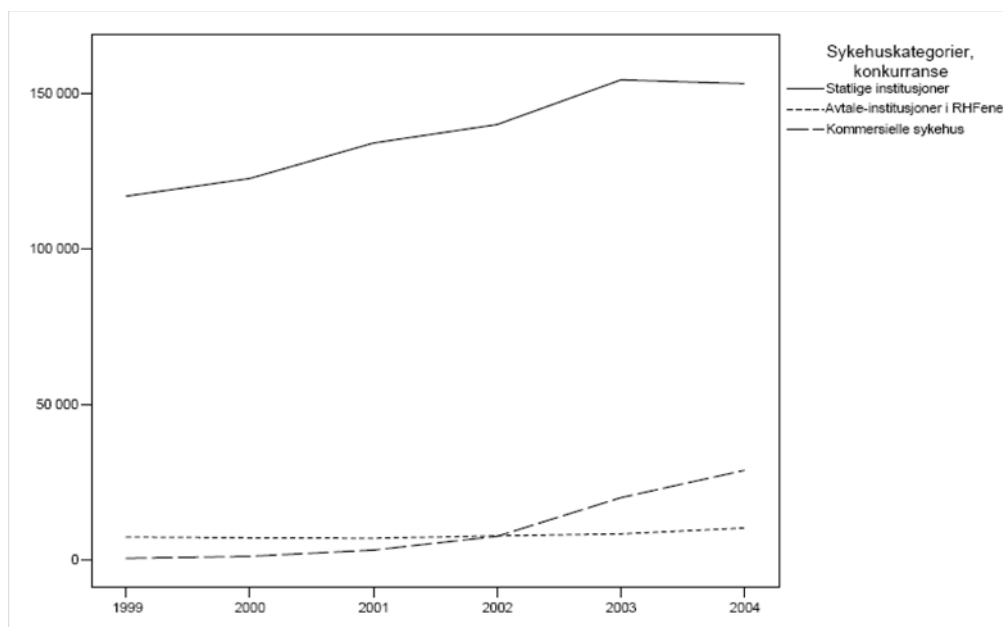
1. Statlige sykehus, både sykehus organisert innen RHFene og spesialsykehus
2. Avtaleinstitusjoner i RHFene (Lovisenberg, Haraldsplass m.fl.)
3. Kommersielle sykehus (Volvat, Axess, Omniasykehuset m.fl.)
4. Private ideelle utenfor RHFene (Feiring og Glittreklubben)¹

Utvikling i og fordeling av dagkirurgi

Figur 10.1 nedenfor viser utvikling i antall behandlinger gitt som dagkirurgi i perioden 1999 – 2004. Kun "ren" dagkirurgi er inkludert i figuren, dvs. den er uten tilsvarende behandlinger (DRGer) utført som heldøgnsopphold.

¹Virksomheten i sykehusene i kategori 4 er imidlertid konsentrert om et relativt lite antall aktuelle behandlinger. Derfor vil denne kategorien kunne falle ut av enkelte fremstillinger og være lite aktuell for nærmere analyse.

Figur 10.1: Antall dagkirurgiske behandlinger per sykehuskategori, 1999-2004



Tabell 10.1 Dagkirurgiske behandling, antall og andel per sykehuskategori, 1999-2004

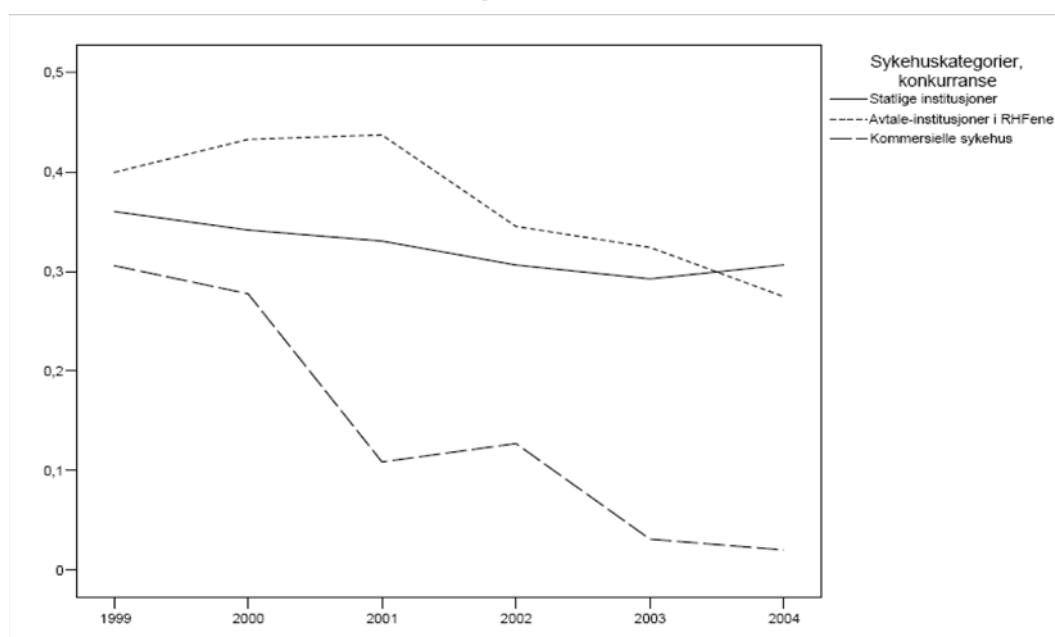
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totalt
Statlige institusjoner	116902 93,7%	122593 93,7%	134025 93,0%	139992 90,1%	154337 84,5%	153123 79,7%	820972 88,3%
Avtaleinstitusjoner i RHFene	7365 5,9%	7083 5,4%	6963 4,8%	7740 5,0%	8361 4,6%	10281 5,3%	47793 5,1%
Kommersielle sykehus	502 4%	1125 9%	3124 2,2%	7579 4,9%	20025 11,0%	28834 15,0%	61189 6,6%
Private idelle utenfor RHFene	1 0,0%	3 0,0%	2 0,0%	8 0,0%	7 0,0%	6 0,0%	27 0,0%
Totalt	124770 100%	130804 100%	144114 100%	155319 100%	182730 100%	192244 100%	929981 100%

Tabell 10.1 over illustrerer bedre relative endringer mellom tilbyderne av dagkirurgisk behandling. Tallet på årlige behandlinger økte fra vel 125 000 i 1999 til nærmere 200 000 behandlinger i 2004. Alle sykehuskategoriene hadde vekst i antall behandlinger i perioden. Statlige institusjoner hadde en vekst på 31% og Avtaleinstitusjonene vokste med 40%. De Kommersielle sykehus hadde en sterk relativ vekst fra et lavt antall i 1999, og produserte per 2004 hele 57 ganger så mange behandlinger. Dette innebærer at den statlige markedsandelen i perioden falt fra vel 94% til under 80%. Avtaleinstitusjonene holdt sin markedsandel på mellom 5 og 6%. Kommersielle sykehus økte sin andel fra under 1% til hele 15% per 2004.

15 store dagkirurgiske DRGer

Som nevnt blir ikke nødvendigvis alle ”dagkirurgiske DRGer” utført dagkirurgisk. En varierende andel pasienter innen hver av de aktuelle DRGene, mottar behandling i løpet av et heldøgnsopphold med liggetid 1 dag eller lengre. Gitt at andelen som blir utført som dagkirurgi varierer mellom sykehuskategoriene, kan dette medføre at den relative fordelingen (markedsandelene) som er vist over, ikke reflekterer helheten mht. fordeling mellom aktørene.

Figur 10.2: Andel innleggelser med liggetid min 1 dag av 15 store dagkirurgiske DRG per sykehuskategori, 1999-2004



Med utgangspunkt i de 15 største dagkirurgiske DRGene per 2004 (Samdata Somatikk 1/05) har vi fordelt antall behandlinger totalt i hver DRG mellom de aktuelle sykehuskategoriene. I perioden 1999 til 2004 utgjør disse behandlingene alene vel 815 000 opphold. Det viser seg at andelen som i 1999 ikke ble utført rent dagkirurgisk, var relativt lik (mellom 30 og 40%) i alle sykehuskategoriene. Som vist i figur 10.2 under, avskaffer nesten de kommersielle sykehusene opphold med varighet 1 dag og lengre i løpet av årene frem til 2004 (disse utgjør 2% i 2004). De øvrige sykehuskategoriene opprettholder imidlertid en andel på vel 30%. Om bakgrunnen for den forskjellen i utvikling mellom sykehuskategorier er grunnet i at de kommersielle sykehusene ”skummer fløten” ved å kun behandle de friskeste av de syke, eller om dette har sin årsak i andre forhold, er et tema som er for omfattende å følge opp i denne studien. En mulig alternativ forklaring er at ulike behandlingsprosedyrer, basert på ulik teknologi², kan gi slike forskjeller i andelen rene dagopphold (Mjåland et. al 2005). Det vi kan slå fast

²Forskjeller i behandlingsteknologi kan være en faktor for DRG 162 Lyskebrokk, som vi følger opp med nærmere analyse i denne rapporten. Fra pasientdata finner vi at kommersielle sykehus i større omfang enn andre sykehus benytter operasjonskode JAB 30 ”Radikaloperasjon med nett”. De øvrige sykehus benytter (særlig i begynnelsen av perioden 1999 – 2004) i større omfang operasjonskode JAB 10 ”Radikaloperasjon”. Per 2004 er forskjellene i anvendt teknologi imidlertid relativt små. JAB

er at de kommersielle sykehusenes andel av behandlinger i de 15 største dagkirurgiske DRGene (når opphold med liggetid 1 dag eller lengre er inkludert) er lavere enn tabell 10.1 over indikerer.

Tabell 10.2 nedenfor illustrerer at innefor de 15 store dagkirurgiske DRGene øker de kommersielle sykehusenes samlede markedsandel fra 0,1% til vel 11% i perioden (når alle behandlinger er inkludert). Avtaleinstitusjonene styrker sin andel noe, fra vel 5 til vel 6%. Størst reduksjon fant uansett sted i de statlige sykehusene, som gikk fra en andel på 94% til vel 82%.

Tabell 10.2: 15 store dagkirurgiske DRG, antall & andel pr sykehuskategori, 1999-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totalt
Statlige institusjoner	105510 93,9%	109282 93,5%	114900 92,2%	124119 89,2%	135278 85,8%	134001 81,6%	723090 88,7%
Avtaleinstitusjoner i RHFene	5888 5,2%	6132 5,2%	6236 5,0%	7850 5,6%	8408 5,3%	9987 6,1%	44501 5,5%
Kommersielle sykehus	157 1%	501 4%	1914 1,5%	5325 3,8%	11942 7,6%	18312 11,1%	38151 4,7%
Private ideelle utenfor RHFene	813 7%	1002 9%	1535 1,2%	1781 1,3%	2009 1,3%	1977 1,2%	9117 1,1%
Totalt	112368 100%	116917 100%	124585 100%	139075 100%	157637 100%	164277 100%	814859 100%

Utvelgelse av DRGer for analyse

Blant de største DRGene finner vi variasjon mht. andel som blir utført som (ren) dagkirurgi. Andelen elektive behandlinger (som vil være mest relevante i et konkurranseperspektiv) er også forskjellig mellom DRGene. For en nærmere analyse er vi videre opptatt av at DRGene har et visst innslag av behandlinger ved alle de aktuelle sykehuskategoriene. At det totale antallet sykehus som gir behandling innen DRGen er høyt, er også en fordel for videre kvantitativ analyse. Et siste kriterium som kan legges til grunn, er i hvilken grad behandlingene innen hver DRG er rettet mot et begrenset antall diagnoser og i hvilken grad behandlingene er konsentrert rundt et fåtall aktuelle prosedyrer. Med dette siste kriteriet sikter vi også mot å identifisere DRGer som er relativt enhetlige mht. anvendt behandlingsteknologi.

I vurderingen av aktuelle DRGer har vi inkludert også behandlinger som er store i perioden 1999 – 2004 sett under ett. For eksempel blir lyskebrokk omtalt som "det hyppigste generellkirurgiske inngrepet utført i Norge" (Mjåland et al. 2005), at denne behandlingen er delt mellom flere DRGer medfører imidlertid at den i antall ikke er blant de 15 største enkelt- DRGene i 2004.

Vi har vurdert hvilke store dagkirurgiske DRGer som egner seg for videre analyse av konkurranse mellom sykehus etter følgende kriterier:

30 utgjorde i 2004 73,2% av behandlingen i statlige sykehus, 79,5% i avtaleinstitusjoner og 83,3% i kommersielle sykehus. Vi har i denne sammenheng valgt å behandle DRG 162 som ett "produkt", uansett anvendt teknologi.

1. Høy andel dagkirurgi (av totalt antall opphold i DRGen)
2. Høy andel elektive opphold relativt til øyeblikkelig hjelp innleggelser.
3. Høy andel (relativt) av opphold i avtale-institusjoner i RHFene.
4. Høy andel (relativt) av opphold i kommersielle sykehus utenfor RHFene.
5. Høyt antall sykehus (totalt) som er aktuelle tilbydere av behandling.
6. Høy konsentrasjon i DRGen, rundt enkelte diagnoser og enkelte prosedyrer.

Følgende DRGer er mest aktuelle etter samlet skår på disse kriteriene:

- DRG 6 Operasjon ved karpaltunnelsyndrom
- DRG 119 Inngrep for åreknuter
- DRG 162 Inguinal & femoral brokkoperasjon > 17 år u/bk

I tabell 10.3 nedenfor er egenskaper ved disse utvalgte DRGene listet. Mellom DRGene er det også en viss variasjon i gjennomsnittsalder og kjønnsfordeling. Mht. ventetid (fra henvisning til innleggelse) er det problemer med manglende verdier og åpenbare feilregistreringer som må håndteres i ventetidsanalyser. Dette er et sentralt tema i neste kapittel. I tabellen er vist ventetid beregnet som trimmet gjennomsnitt (dvs. de 5% laveste og 5% høyeste verdiene er utelatt fra beregningen).

Tabell 10.3 Egenskaper ved de tre utvalgte dagkirurgi DRGer

	6 Operasjon ved karpaltunnel-syndrom	119 Inngrep for åreknuter	162 Inguinal & femoral brokkoperasjon >17 år
Antall dagkirurgiske behandlinger i 2004	6143	7609	3951
Andel dagkirurgi i DRGen1999-2004	95,9%	83,3%	63,0%
Andel elektive behandlinger 1999-2004	99,3%	97,8%	91,6%
Andel behandlinger i avtaleinstitusjon 1999-2004	9,3%	7,9%	7,8%
Andel kommersielle sykehus 1999-2004	5,2%	7,1%	4,1%
Antall behandlinger i sykehus med min 50 opphold 1999-2004	74	66	68
Konsentrasjon innen DRG	D & P	D & P	D & P
Alder i år i gjennomsnitt	55,2	49,8	58,0
Andel kvinnelige pasienter	71%	80%	5%
Ventetid i dager, trimmet gjennomsnitt	107,3	246	129,2

10.2 Måling av ventetider

Tilgjengelige registreringer av ventetider

I det følgende beskrives utfordringer i forbindelse med beregning av ventetid per opphold for pasienter som avsluttet sykehusopphold i perioden 1999-2004. Ventetider for (beholdningen av) pasienter som til en hver tid står på venteliste, er et helt annet tema som ikke berøres her.

NPR-recorden for avsluttede sykehusopphold inneholder tre relevante datoer per opphold (KITH Rapport 4/99):

- Henvisningsdato (dato pasientens henvisning mottas ved et offentlig sykehus).
- Vurderingsdato (dato for vurderingen av henvisningen).
- Innleggelsesdato (dato for planlagt innleggelse relatert til henvisningen).

Ventetider beregnes kun for planlagte, elektive opphold. Definisjonen av ventetiden som i de fleste tilfeller er interessant er: Innleggelsesdato – henvisningsdato. Ventetiden beregnes fra henvisningsdato også i de tilfeller hvor det sykehus som mottar henvisningen sender denne videre, evt. henviser pasienten videre etter undersøkelse. Problemer ved beregning av ventetider oppstår pga. at henvisningsdato mangler (eller har en ugyldig verdi). Kvaliteten på variabelen inndato er mye høyere og andelen opphold som mangler verdier er ubetydelig (dette er en dato som i større grad er i bruk for administrative formål). Generelt gjelder det at problemet med manglende henvisningsdato er blitt mindre år for år i de statseide sykehusene og i avtaleinstitusjonene. Det har likevel vært betydelig variasjon mellom institusjoner, i perioden 1999 – 2004. Også mellom helseregionene finner vi forskjeller, f.eks. har Helse Midt-Norge vedvarende høy andel opphold uten henvisningsdato blant dagopphold totalt, men lav andel blant rene dagkirurgiske opphold. Mer spesielt gjelder det følgende to forhold:

1. Kommersielle sykehus har i svært liten grad registrert henvisningsdato, derfor kan heller ikke ventetid beregnes for opphold i disse sykehusene. Økende antall og andel opphold i Kommersielle sykehus innebærer at dette problemet omfatter stadig flere pasienter.
2. Kvalitetsforbedringen år for år gjelder bare t.o.m. 2003. For registreringer av henvisningsdato i 2004 har det for mange sykehus forekommet en systematisk feil. I følge Samdata 1/05 skyldes denne feilen svikt i rutiner hos en sentral leverandør av systemer for pasientadministrasjon. Dette problemet er særlig stort i Helse Nord, men også mange institusjoner i andre RHF har nær 100% manglende henvisningsdato. For elektive heldøgnsopphold nasjonalt økte andelen opphold som mangler henvisningsdato fra 11,7% i 2003 til 28,5% i 2004. Andelen heldøgnsopphold med mangler i Helse Nord var hele 86,2%.

Andel manglende ventetider er listet for ulike tre utvalgte dagkirurgiske DRGer, per helseregion i tabellen 10.4 nedenfor. Her er det verdt å merke seg følgende: Ved listing fordelt på helseregioner omfatter kategorien "Annet" private ideelle og kommersielle sykehus (utenfor RHFene). For dagkirurgi i 2003 er andelen manglende verdier lavere i kategorien "Annet", utelukkende på grunn av 100% registrering av henvisningsdato hos den store aktøren Volvat medisinske senter i dette året. Alle disse registreringene er imidlertid identisk med inndato, og derfor ikke særlig troverdige. I praksis blir dette å regne som manglende verdier.

Tabell 10.4 Ventetider, % opphold uten registrering for dagkirurgiske DRG 6, 119 og 162, 1999-2004 per RHF

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Helse Øst	13,9	1,4	0,9	0,6	0,4	32,3
Helse Sør	28,4	4,7	1,7	2,3	2,6	33,5
Helse Vest	40,3	23,6	9,4	9,9	9,2	20,1
Helse M-N	4,3	4,8	3,1	4,6	4,7	1,7
Helse Nord	47,4	4,2	2,9	1,1	0,2	95,8
Annet	100,0	100,0	100,0	95,6	59,6	92,0
Totalt	24,1	8,6	5,9	8,5	8,4	39,8

Håndtering av manglende ventetider

DRGene som er grunnlaget for tabell 10.4 over er identisk med dagkirurgiske DRGer utvalgt for nærmere analyse av konkurranseforhold mellom sykehus. Vi har ønsket å knytte ventetider per år og DRG til de aktuelle sykehusene i dette datasettet. Ved beregning av gjennomsnittlig og median ventetid har vi utelatt alle observasjoner der:

1. Henvisningsdato mangler (18,3%)
2. Henvisningsdato er senere enn inndato (negativ ventetid) (0,1%)
3. Henvisningsdato = Inndato (ventetid = 0 dager) (1,8%)
4. Henvisningsdato er mer enn 1095 dager før Inndato (3 års ventetid) (1,3%)

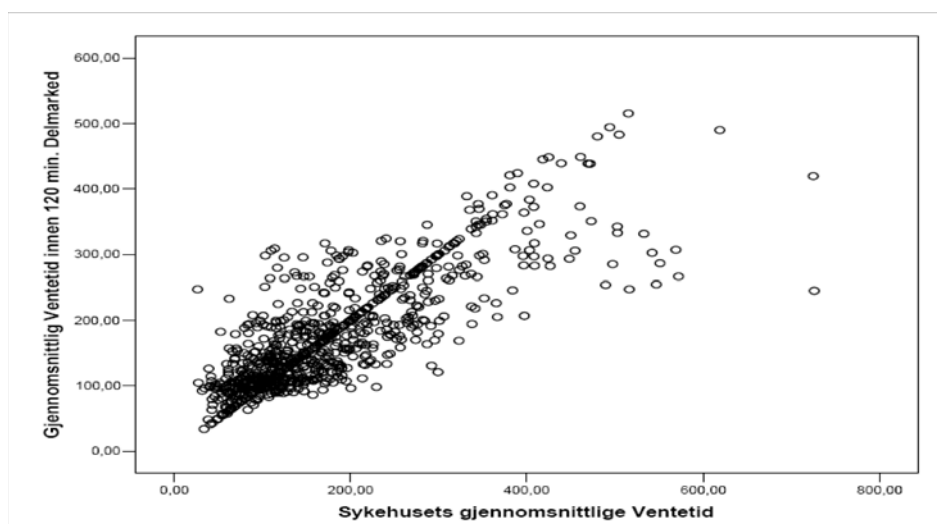
Selv om andelen ekskluderte ekstremverdier ikke er høyere enn vel 4% av registrerte verdier, er fordelingen av ugyldige og manglende verdier ikke jevn mellom sykehus. Vi har allerede nevnt de viktigste problemene, at kommersielle sykehus stort sett helt mangler gyldige verdier og at 2004 er preget av store mangler for mange sykehus vedkommende. I tillegg til å redusere etter kriteriene 1 – 4 over, har vi beregning av årlige, DRGvise gjennomsnittlige ventetider per sykehus satt som betingelse at sykehuset skal ha minimum 50% opphold med gyldige ventetidsverdier i DRGen og året.

I tillegg til å beregne ventetider per sykehus, har vi beregnet ventetider i hvert sykehus geografiske omkrets, definert ved kjøretidsavstand = 120 minutter.³ Dette innebærer at man for enkelte sykehus, som mangler en egen ventetidsregistrering, som indikator kan bruke gjennomsnittlig ventetid (per år og DRG) i sykehusets geografiske delmarked. Mens andelen manglende ventetid samlet i perioden 1999 – 2004 er vel 20% for sykehusenes egne gjennomsnittlige ventetider, er andelen observasjoner som mangler gyldig gjennomsnittlig ventetid i sitt geografiske delmarked bare 7,5%. For sykehus som er helt alene i sitt geografiske delmarked (typisk Helse Nord) har dette liten praktisk betydning. For kommersielle sykehus med sentral lokalisering i Oslo-området er denne indikatoren mer aktuell som et alternativ.

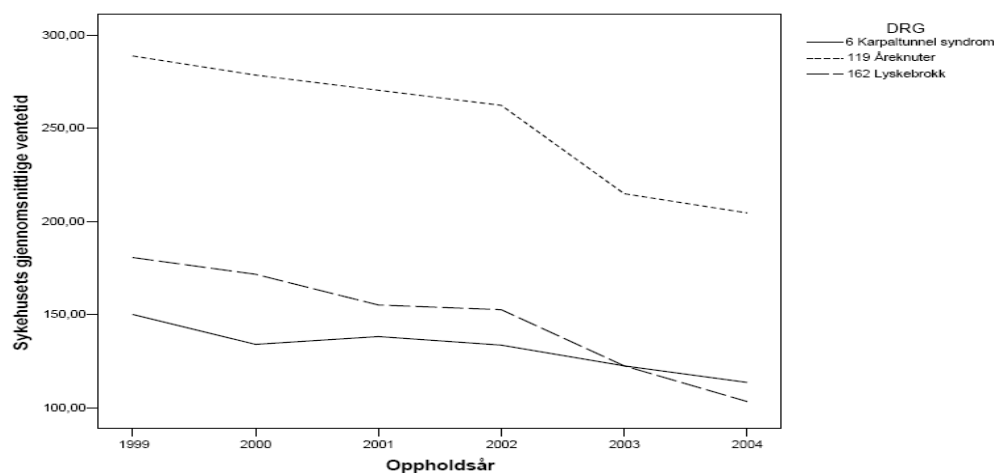
³Flere detaljer angående avgrensning av delmarkeder og anvendelse av data på delmarkedsnivå, følger i neste kapittel.

I det følgende presenterer vi figurer og tabeller som omfatter de tre valgte DRGene. Vi betrakter disse tre DRGene som separate produktmarkeder i konkurransesammenheng. For noen formål kan en samlet figur likevel være egnet til å illustrere felles utviklingstrekk som kan generaliseres utover en enkelt DRG. Figur 10.3 nedenfor viser høy grad av samvariasjon mellom sykehusenes egne ventetider og ventetider som er beregnet for det enkelte sykehus geografiske omkrets, definert ved kjøretidsavstand = 120 minutter. Den sentrale linjen i punktdiagrammet representerer sykehus som er alene i sitt geografiske delmarked. Da sammenfaller de to ventetidsverdiene. Figur 10.4 viser at for sykehus der vi har reliable ventetider faller gjennomsnittlig ventetid i hele perioden for behandlinger i alle de tre utvalgte DRGene, og mest markert etter 2002. Figur 10.5 illustrerer at alle sykehustypene i gjennomsnitt tilhører delmarkeder der ventetiden faller markert i perioden. Særlig tydelig er dette for avtaleinstitusjonene, etter innføring av fritt sykehusvalg i 2001.

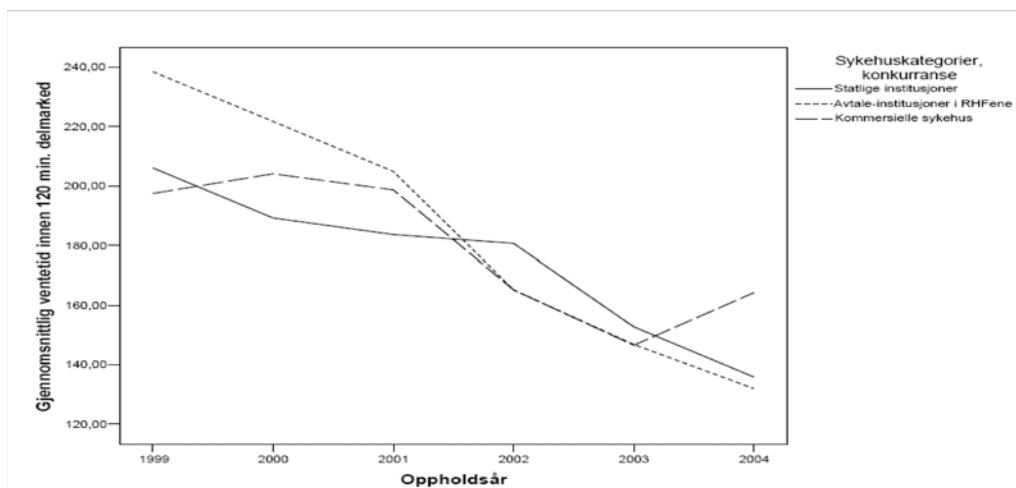
Figur 10.3 Forhold mellom ventetid pr sykehus og ventetid i sykehusets delmarked



Figur 10.4: Gj.snittlig ventetid per sykehus for 3 dagkirurgiske DRGer, 1999-2004



Figur 10.5: Gjennomsnittlig ventetid registrert i sykehusets geografiske delmarked per sykehuskategori for 3 dagkirurgiske DRGer, 1999-2004



10.3 Måling av sykehuskonkurranse

Avgrensning av delmarkeder

Basert på utvalget av 3 aktuelle dagkirurgiske DRGer, informasjon om lokalisering av norske sykehus, samt en avstandsmatrise med reisetidsavstander mellom samtlige norske kommuner, har vi generert datasett egnet for analyse på sykehusnivå og delmarkedsnivå. Tilnærmingen vi har valgt er basert på rent geografisk avgrensede delmarkeder. Dvs. vi har ikke tatt hensyn til skillelinjer i administrative helseregioner, eller faktiske og predikerte pasientstrømmer på tvers av slike grenser. Tilnærmingen vil kunne gi kunnskap om potensiell konkurranse mellom sykehus, gitt at eierskap og administrative skillelinjer tillegges mindre vekt. De tre utvalgte DRGene er alle inkludert i behandlinger som er omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg. Dette innebærer at pasienter ikke er bundet til å vente på behandling i sitt nærmeste (statlige) sykehus, men kan velge å bli behandlet ved et annet sykehus (et statlig sykehus, en avtaleinstitusjon eller et kommersielt sykehus). Selv om denne ordningen i sin fulle bredde ble innført først i januar 2001, mener vi det er av interesse å studere hele perioden 1999 - 2004. Det er videre grunn til å forvente endringer i sentrale indikatorer for (potensiell) konkurranse mellom sykehus i løpet av disse årene.

Datasett er, som hos Propper et al.(2004), konstruert rundt en inndeling av et geografisk dekningsområde rundt hvert sykehus, basert utelukkende på kjøreavstander. Vi har dessuten beregnet og inkludert ventetider per DRG og sykehus. Utgangspunktet er et område rundt hvert sykehus, definert som innenfor en gitt reisetid fra sykehuset. For hvert område beregnes bl.a. antallet andre sykehus som er tilgjengelig, befolkningens størrelse m.m. Propper et al.(2004) skisserer flere mål på konkurranse og ender i hovedsak opp med et mål for andelen av befolkningen som kan nå over et visst antall andre sykehus. Dette benyttes som mål på konkurranse, hvor en høy andel indikerer sterk konkurranse.

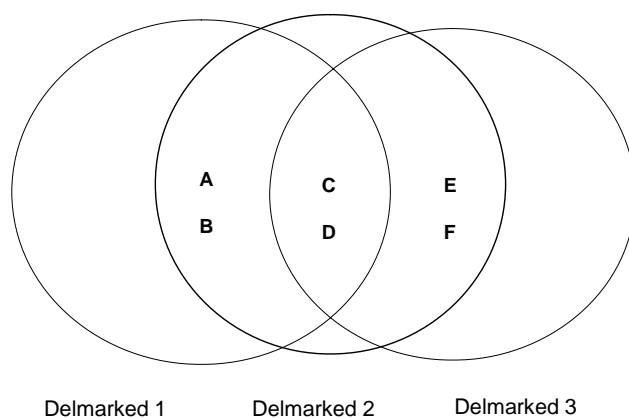
I denne studien tar vi hensyn til at ikke alle sykehus tilbyr de samme behandlinger, analysen gjøres derfor separat per utvalgt DRG. Etter utprøving med 30 og 60 minutters reiseomkretser fant vi at 120 minutters reisetid skiller bedre mellom sykehus gitt de geografiske og demografiske betingelsene i Norge. Propper et al. (2004) anvender et GIS-verktøy med utgangspunkt i ”wards” (valgkretser). Dette gir sannsynligvis en mer eksakt tilnærming enn vår avstandsmatrise der vi kun har reisetider (kjøreavstander) mellom senterpunkter i hver kommune.

Vi har inkludert sykehus som i ett av årene i perioden 1999 – 2004 gir minst 25 behandlinger innen den aktuelle DRG. For hver av de utvalgte DRGer har vi detaljert på enkeltår for å fange opp endringer i antall sykehus (og behandlinger) i perioden. Ved å inkludere alle års-observasjoner for sykehus som har en minimumsaktivitet i ett år, unngår vi i noen tilfeller at sykehus ”dropper inn og ut av datasettet” mellom år.

Geografiske delmarkeder (avgrenset av 120 minutters kjøreavstand) kan være både:

- Lokale ”monopoler” (med kun ett sykehus)
- Delvis overlappende delmarkeder, mellom nært lokaliserte sykehus
- Delmarkeder med identiske egenskaper, for helt eller nær samlokaliserte sykehus.

Figur 10.6: Delmarkeder definert av reiseavstand fra sykehus



Figur 10.6 ovenfor illustrerer hvordan delmarkeder kan overlappe hverandre, og hvordan sykehus kan inngå i flere delmarkeder. Sykehus A og B er lokalisert i samme kommune. Delmarked 1, i en radius rundt sykehus A og B, inkluderer produksjon i A, B, C og D. Sykehusene C og D er lokalisert i en annen kommune. Delmarked 2 rundt sykehus C og D, inkluderer produksjon i alle sykehusene A, B, C, D, E og F. Generering av delmarkedsvariabler innebærer dobbelttelling av produksjon, pasienter og populasjon o.l. som avgrenses av kjøreavstand med utgangspunkt i ett eller flere sykehus beliggenhet. Bare sykehus med samme beliggenhet (i samme kommune,

eller i nære kommunesentra), relativt til alle andre sykehus, får samme egenskaper (konkurransendikatorer m.m.). Disse sykehusene utgjør i vår tilnærming ett (identisk) delmarked. Delmarkedskarakteristika beregnes for hvert år 1999 – 2004 og hver DRG 6, 119 og 162. I gjennomsnitt per år og DRG utgjør vel 60 sykehus vel 47 delmarkeder. Analysefilen på sykehusnivå omfatter 1077 observasjoner, Analysefilen på delmarkedsnivå omfatter 854 observasjoner.

Aktuelle konkurransemål

Antall sykehus (og antall behandlinger) i delmarkedet

- Delmarkedet til et gitt sykehus er definert ved en geografisk region avgrenset av 120 minutters kjøreavstand (radius) fra sykehuset. Utgangssykehuset er inkludert i antallet sykehus i dette delmarkedet.
- Vi har beregnet antall sykehus per delmarked, med hensyn på hvert sykehus, for hver av de 3 DRG ene og for hvert år 1999 – 2004.

Tabell 10.5 Antall sykehus lokalisert innen 120 min kjøretid fra et gitt sykehus for sykehus med behandling innen DRG119

Antall	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totalt
1	12 21,1%	12 22,2%	12 21,8%	12 20,7%	12 19,0%	11 17,2%	71 20,2%
2	9 15,8%	10 18,5%	9 16,4%	9 15,5%	7 11,1%	9 14,1%	53 15,1%
3	9 15,8%	8 14,8%	9 16,4%	7 12,1%	5 7,9%	5 7,8%	43 12,3%
4	6 10,5%	6 11,1%	7 12,7%	9 15,5%	14 22,2%	10 15,6%	52 14,8%
5	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,7%	1 1,6%	3 4,7%	5 1,4%
6-10	4 7,1%	2 3,8%	2 3,6%	1 1,7%	3 4,8%	8 12,5%	20 5,8%
11-15	7 12,3%	5 9,4%	5 9,1%	3 5,1%	5 7,9%	3 4,7%	28 7,9%
16-22	10 17,6%	11 20,4%	11 20,0%	16 27,5%	16 25,5%	15 23,5%	79 22,5%
Totalt	57 100%	54 100%	55 100%	58 100%	63 100%	64 100%	351 100%

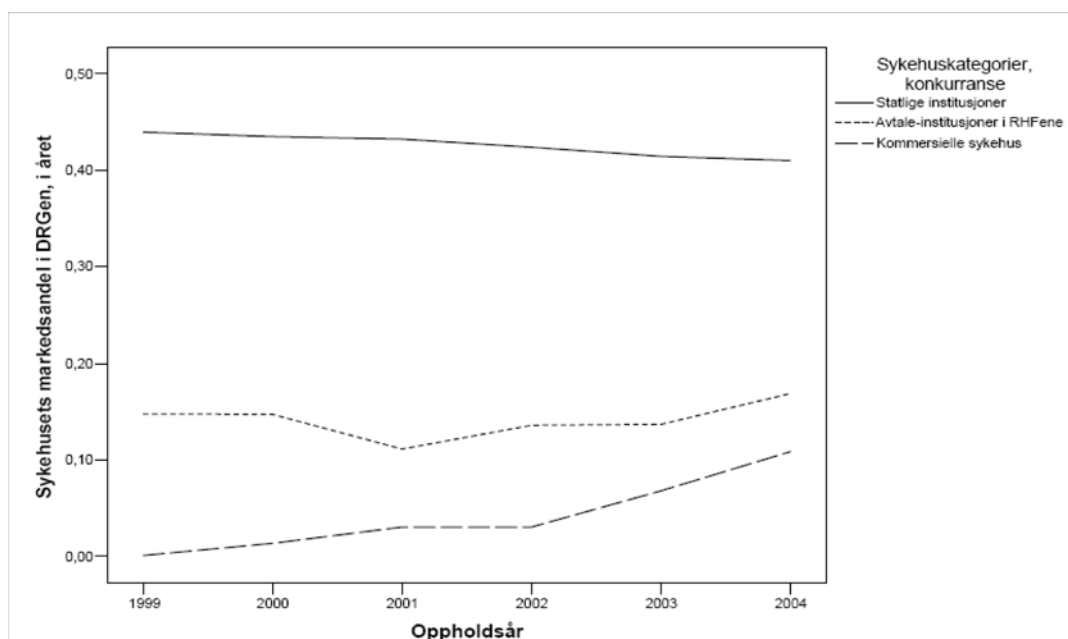
Tabell 10.5 viser fordeling (for DRG 119) av sykehus etter antall sykehus, innen 120 minutter, fra sykehuskommunen. I 1999 hadde 12 sykehus (21,1%) ingen andre sykehus innenfor 120 minutters reisetid. I 2004 var dette tallet 11 sykehus og andelen 17,2% av alle sykehus. Noe mer bevegelse har det vært nederst tabellen: I 1999 hadde 10 sykehus mer enn 15 potensielle konkurrenter innenfor 120 minutter, men ingen hadde flere enn 19. Mot slutten av perioden finnes det 15 -16 sykehus som har 16 til 22 konkurrenter i sitt geografiske delmarked.

Det enkelte sykehus markedsandel i delmarkedet

- Markedsandelen til et gitt sykehus er definert som sykehusets andel av det antall behandlinger som produseres av alle sykehus innenfor en geografisk region avgrenset av 120 minutters kjøreavstand (radius) fra sykehuset. Utgangssykehusets behandlinger er inkludert i antallet behandlinger i delmarkedet. Vi har beregnet antall sykehus i delmarkedet med hensyn på hvert sykehus, for hver av de 3 DRG-ene og for hvert år 1999 – 2004.
- Målet tar ikke hensyn til i hvilket omfang pasientene som behandles faktisk er hjemmehørende innenfor sykehusets 120 minutters radius, eller er ”importert” fra andre deler av landet.
- Den tilnærmingen innebærer også en omfattende, men uproblematisk dobbelttelling av behandlinger som finner sted i sentrale deler av landet, der sykehustettheten rent geografisk er større.

Figur 10.7: Gjennomsnitt av hvert sykehus markedsandel per år og sykehuskategori.

3 dagkirurgiske DRGer, 1999 - 2004



Figur 10.7 ovenfor viser, som også tidligere påpekt, de kommersielle sykehusenes vekst og statlige sykehus fall (her for alle tre dagkirurgiske DRGer samlet) i perioden 1999 – 2004. Avtaleinstitusjonene ser ut til å ha styrket sin markedsposisjon etter et tilbakeslag som sammenfaller med innføringen av fritt sykehusvalg i 2001.

Herfindahl-Hirschmann-indeks per delmarked

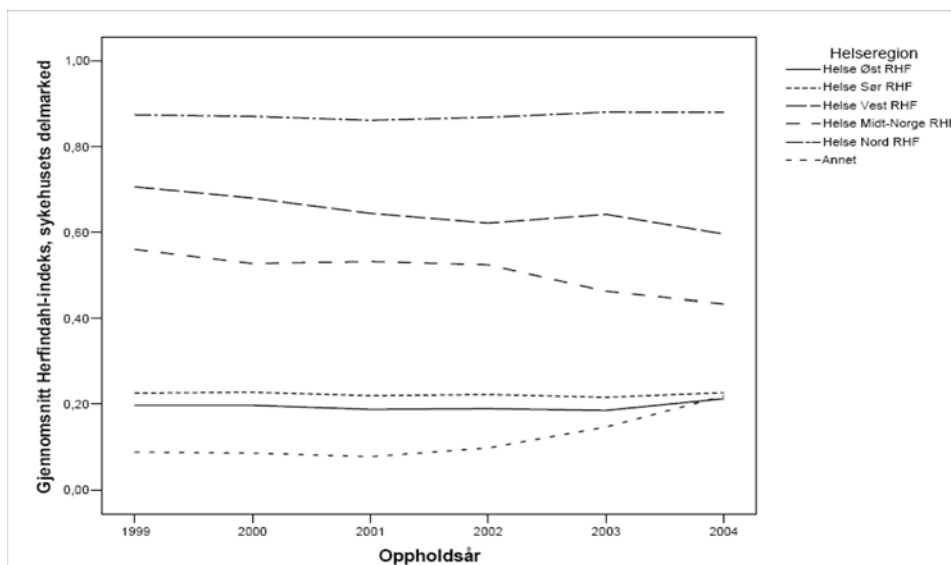
Vi har beregnet en Herfindahl-Hirschmann-indeks (HHI) for hvert delmarked som er definert av en geografisk region avgrenset av 120 minutters kjøreavstand (radius) fra

et gitt sykehus. Markedsandelene til alle sykehus (inkludert utgangssykehuset) som produserer innenfor denne regionen er kvadrert og summert. Markedsandelen til et gitt sykehus er definert som sykehusets andel av det totale antall behandlinger som produseres av alle sykehus innenfor en geografisk region avgrenset av 120 minutters kjøreavstand (radius) fra sykehuset.

- Vi har beregnet HHI i delmarkedet med hensyn på hvert sykehus, for hver av de 3 DRG ene og for hvert år 1999 – 2004.
- Målet tar ikke hensyn til i hvilket omfang pasientene som behandles faktisk er hjemmehørende innenfor sykehusets 120 minutters radius, eller er ”importert” fra andre deler av landet.

En Herfindahl-Hirschmann-indeks måler konsentrasjonen i et gitt marked ved å summere de kvadrerte markedsandelene til hver produsent. Dersom ett sykehus har alle oppholdene i et delmarked er summen =1. I et delmarked der produksjonen er likt fordelt er indeksverdien = $1/\text{antall sykehus}$. På grunn av avgrensningen av (overlappende) geografiske delmarkeder som er foretatt her, vil hvert sykehus kunne inngå i flere indeksberegninger.⁴

Figur 10.8: Herfindahl-indeks per år og helseregion. 3 dagkirurgiske DRG-er, 1999-2004.



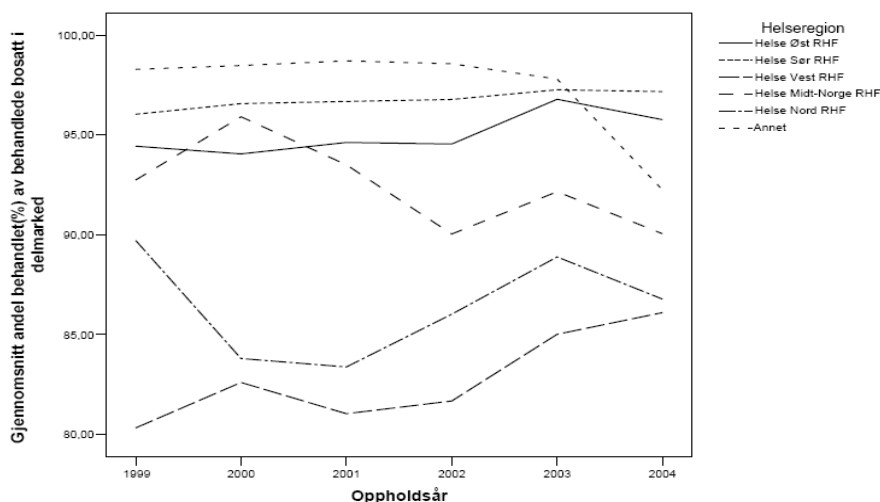
Figur 10.8 over, inndelt etter helseregioner, illustrerer at Helse Nord preges av delmarkeder med høy konsentrasjon (0,8 – 0,9). Helse Vest er også representert med høye verdier i figuren (vel 0,6), mens Helse Midt-Norge er noe nærmere Helse Øst og Helse Sør som ligger på et lavt konsentrasjonsnivå (vel 0,2). I figur 7.3 er kommersielle sykehus representert ved kategorien ”Annet” i nederste linje. Tilsynelatende stiger konsentrasjonen i delmarkeder der de kommersielle sykehusene er aktive. Dette skyldes nok heller enkelte nyetableringer i denne kategorien, utenfor Oslo-området. Nye private behandlingstilbud i Trondheim og Ålesund, er lokalisert i geografiske delmarkeder med relativt høy HHI-verdi. Disse nye delmarkedsobservasjonene trekker gjennomsnittlig HHI opp i kategorien ”Annet”, for årene 2003 og 2004.

⁴Et alternativt verdintervall som gjerne brukes for HHI er 0 til 10.000, basert på markedsandeler i prosent. Valg av verdiintervall har imidlertid ikke konsekvenser for beregninger.

Øvrige variabler for delmarkeder

For analyseformål har vi generert et sett av variabler som kan relateres til hvert delmarked. Disse kan enten anvendes som kovariater på delmarkedsnivå eller som forklaringsvariabler på sykehusnivå, der hvert sykehus tilordnes verdiene som gjelder for sitt aktuelle delmarked.

Figur 10.9: Andel pasienter behandlet av sykehus i delmarkedet av alle pasienter bosatt i delmarkedet, per år og helseregion. 3 dagkirurgiske DRGer, 1999-2004

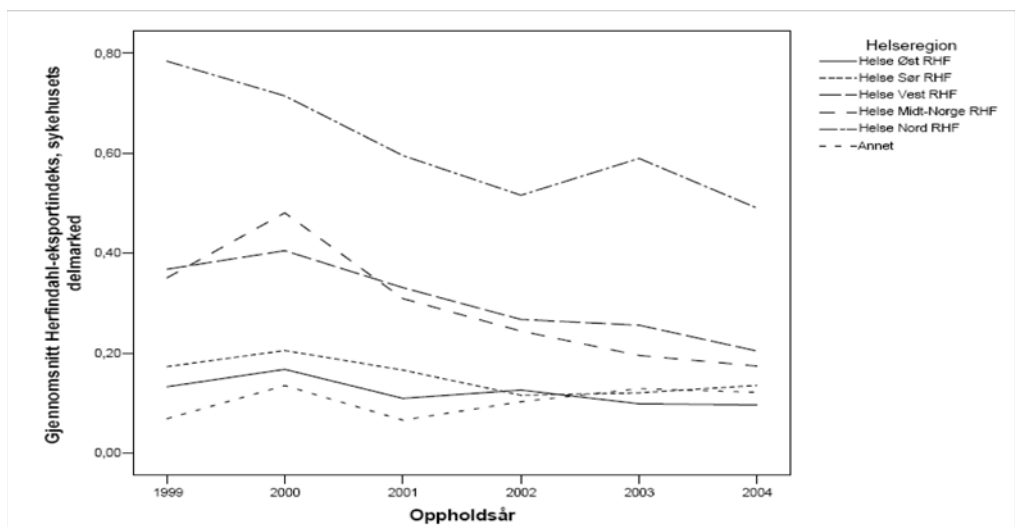


I figur 10.9 over illustreres fordeling av: Andel pasienter behandlet ved sykehus i delmarkedet, av alle pasienter som er bosatt i delmarkedet, per år og helseregion. Denne variabelen kan også tolkes som en indikator på hvor treffsikker vår valgte avgrensning av geografiske delmarkeder er i praksis. Nederst i figuren finner vi linjen for Helse Vest. Vel 80%, stigende til over 85% av pasientene bosatt innenfor en grense på 120 minutters kjøretid, blir faktisk behandlet i Helse Vests sykehus. I Helse Nord er nivået noe høyere, men mer fluktuerende i perioden. Sykehus i Helse Midt-Norge behandler vel 95%, fallende til 90% av de aktuelle pasientene som bor i den geografiske omkrets rundt sykehusene. For Helse Sør og Helse Øst er andelen rundt 95% i hele perioden. Hva skyldes forskjellene mellom helseregionene? Reflekterer de ulike andelen bare en oppgavedeling mellom sykehus i helseregioner med spredt bosetting? Dvs. at pasienter kan bli behandlet ved et annet sykehus enn det nærmeste i samme helseregion, men likevel måtte reise mer enn tilsvarende til 120 minutter med bil? Er det i stedet slik at pasienter er blitt administrativt styrt ut av helseregionene til behandlingstilbud i andre deler av landet? Eller ser vi effekter av fritt sykehusvalg?

Dette er spørsmål som krever en mer omfattende pasientstrømsanalyse enn det er rom for i dette prosjektet. I denne beskrivende delen av rapporten vil vi bare til slutt, i figur 10.10, vise forskjeller mellom helseregionene for en "eksportkonsentrasjonsindeks", beregnet for pasienter som er bosatt i et gitt sykehus delmarked, men som blir behandlet utenfor. Eksportindeksen er basert på faktisk spredning av mobile pasienter på antall mottakende sykehus. Indeksen er beregnet som en HHI, dvs. ved å summere de kvadrerte markedsandelene som de aktuelle sykehusene har av "eksporterte" pasienter. Vi ser i figur 10.10 at pasienter som er bosatt i Helse Nord og som blir behandlet

ved et annet enn sitt nærmeste sykehus, i begynnelsen av perioden reiser til relativt få, dominerende sykehus. Fra en konsentrasjon på 0,8 faller eksportindeksen til vel 0,5 i perioden. Også for Helse Vest og Helse Midt-Norge faller verdiene på eksportindeksene over tid, fra vel 0,4 til 0,2 som er nivået i Helse Sør og Helse Øst. Sammen med figur 10.9 kan figur 10.10 indikere at administrativt styrt avvikling av behandlingskøer i enkelte helseregioner tidlig i perioden, er blitt avløst av en situasjon mer preget av fritt sykehusvalg og konkurranse om pasientene.

Figur 10.10: Konsentrasjon på sykehus utenfor delmarkedet av pasienter bosatt i delmarkedet og behandlet utenfor, per år og helseregion.
3 dagkirurgiske DRGer, 1999-2004.



Kapittel 11

Økonometrisk studie av konkurranse og ventetid

I de foregående kapitlene har vi drøftet både teoretisk og praktisk hvordan man på en hensiktsmessig måte kan definere delmarkeder i spesialisthelsetjenesten i Norge. I fortsettelsen legges det til grunn delmarkeder som er geografisk avgrensede og produktmessig differensierbare, slik det er redegjort for i kapitlene 10. Likeså har vi prinsipielt drøftet hvordan graden av konkurranse kan måles i et marked, jf. kapittel 8. Basert på den prinsipielle drøftingen, er det utviklet indikatorer som kan si noe om konkurransenivået i våre konkrete delmarkeder, jf. beskrivelsene i kap. 10. Konsentrasjonsindeksen HHI er en av nøkkelvariablene.

Hva står så konkurransen om? Hva er konkurranseffaten i spesialisthelsetjenesten i Norge? Konkurransen står i vår framstilling om pasienter, og ikke om ulike typer spesialistkompetanse eller tjenesterleveranser. I dette kapitlet har vi konsentrert oss om å forklare variasjoner i ventetider over geografisk avgrensede delmarkeder og tre ulike behandlinger. Vi legger med andre ord til grunn at ventetider er en viktig variabel for pasienter som har behov for dagkirurgisk behandling. Ventetider er riktignok, som drøftet i foregående kapitler, ikke den eneste variabelen som vil kunne påvirke pasientenes valg av sykehus/klinikk. Ulike kvalitetsindikatorer er tenkelige, som dødelighetsrater og reinnleggelsesrater. Av årsaker som er drøftet i kapittel 9, har vi valgt å konsentrere analysen om å forklare variasjoner i ventetider. Målet er å belyse om konkurranseindikatorer - i kombinasjon med andre typer av forklaringsfaktorer - på en statistisk signifikant måte bidrar til å forklare observerte ulikheter i ventetider over delmarkeder og mellom diagnoser. Analysen tar utgangspunkt i data for perioden 1999-2004.

11.1 Beskrivelse av delmarkedene

Til grunn for analysene ligger årlige observasjoner for et samlet antall delmarkeder på 148. Tabell 11.1 gir en indikasjon på at det i disse delmarkedene har vært både etablering og avvikling av dagkirurgiske tilbud. I et flertall av delmarkedene har det vært endringer i konsentrasjon, dvs. endringer i markedsandeler. Samlet har det vært 36 delmarkeder uten endringer mot 41 med endring (sum av kun redusert og kun økt konsentrasjon). I 60 av delmarkedene har det vært en økning i antall tilbydere, mens det i 11 delmarkeder har vært en reduksjon.

Tabell 11.1 Endringer i konsentrasjon og antall tilbydere i geografiske delmarkeder for 3 utvalgte dagkirurgiske DRGer.

	6 Operasjon ved karpaltunnel-syndrom	119 Inngrep for åreknuter	162 Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	Totalt
0 Ingen endring	13 25,0%	11 23,4%	12 24,5%	36 24,3%
1 Kun redusert konsentrasjon	10 19,2%	4 8,5%	10 20,4%	24 16,2%
2 Kun økt konsentrasjon	3 5,8%	9 19,1%	5 10,2%	17 11,5%
3 Reduksjon i antall produsenter	4 7,7%	3 6,4%	4 8,2%	11 7,4%
4 Vekst i antall produsenter	22 42,3%	20 42,6%	18 36,7%	60 40,5%
I alt	52 100,0%	47 100,0%	49 100,0%	148 100,0%

Nå er ikke disse resultatene nok til å argumenter for at det har vært konkurranse i de aktuelle delmarkedene. Dersom endringene i konsentrasjon og antall tilbydere utelukkende skyldes at offentlige (fylkeskommunale, og senere statlige) eiere bygger opp eller ned kapasitet, så kan det være indikasjoner på manglende konkurranse og disposisjoner grunnet budsjettmessige forhold, heller enn endrede konkurranseforhold. Man kan imøtegå disse innvendingene ved å peke på to forhold. For det første at fritt sykehusvalg åpner opp for reell konkurranse mellom sykehus og ulike offentlige eiere enten disse var fylkeskommunale eller er statlige som situasjonen er nå. Selv om eierne er offentlige, er ikke det nødvendigvis det samme som at sykehusledelsene anser pasientlekkasje til andre sykehus som en ønskesituasjon. For det andre varierer antall og type av eiere over tid i de delmarkedene vi studerer.

Samlet sett mener vi derfor at det er hensiktsmessig å undersøke om våre konkurranseindikatorer kan bidra med å forklare variasjoner i ventetid. Poengene reist over byr imidlertid både på datamessige og tolkningsmessige utfordringer i vårt analyseopplegg. Den diskusjonen kommer vi tilbake til. Den metodiske tilnærmingen omtales nærmere i appendikset til dette kapitlet. La oss med utgangspunkt i tabell 11.2 kommentere noen trekk ved ventetidsvariabelen samt variabler som inngår som forklaringsfaktorer i de økonometriske analysene av endringer i ventetider.

Begynner vi med "venstresiden" eller den avhengige variabelen i regresjonsanalysen, så fremgår det av tabell 11.2 (kolonne (1) og (2)) at gjennomsnittlig ventetid per delmarked for perioden 1999-2004 samlet varierer mellom diagnosene. For operasjoner av karpaltunnelsyndrom, er gjennomsnittlig ventetid om lag 129 dager mot nær 234 dager for åreknuteinngrep, som også har den lengste ventetiden av våre tre diagnoser. Ventetiden er i gjennomsnitt 140 dager for brokkoperasjonene. Behandlingsspesifikke variasjoner i ventetid er naturligvis ikke uventet. Vi har tidligere vist at gjennomsnittlig ventetid faller over perioden 1999-2004 for alle tre behandlinger. Kanskje mer

interessant er variasjonene innen de enkelte diagnosene.

Tabell 11.2: Sentrale variabler listet etter endringer i konkurranseforhold i geografiske delmarkeder. Per 3 utvalgte dagkirurgiske DRGer, 1999-2004

DRG	Endringer i konkurranseforhold 1999-2004 (1)	Gj.snittlig ventetid i delmarked (2)	HHI_indeks (3)	HHI_exp_Indeks (4)	Antall sykehus i delmarked (5)	Antall ulike HF i delmarked (6)
6 Op ved karpaltunnelsyndrom	0 Ingen endring	134,88	1,00	,46	1,00	1,00
	1 Kun redusert konsentrasjon	151,50	,46	,24	3,70	2,00
	2 Kun økt konsentrasjon	114,49	,45	,40	5,27	4,53
	3 Reduksjon i antall produsenter	122,30	,25	,17	6,30	3,95
	4 Vekst i antall produsenter	119,96	,29	,22	10,67	9,03
	Total	128,63	,49	,30	5,39	5,05
119 Inngrep for åreknuter	0 Ingen endring	218,43	1,00	,57	1,00	1,00
	1 Kun redusert konsentrasjon	208,97	,49	,24	3,25	2,50
	2 Kun økt konsentrasjon	232,17	,43	,36	3,00	1,33
	3 Reduksjon i antall produsenter	216,66	,29	,08	6,20	4,67
	4 Vekst i antall produsenter	293,52	,26	,14	9,15	7,66
	Total	233,95	,50	,28	4,52	4,20
162 Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0 Ingen endring	143,42	1,00	,58	1,00	1,00
	1 Kun redusert konsentrasjon	130,93	,37	,35	4,56	3,32
	2 Kun økt konsentrasjon	114,10	,46	,29	2,80	1,00
	3 Reduksjon i antall produsenter	133,97	,23	,12	6,10	3,86
	4 Vekst i antall produsenter	175,21	,27	,14	9,07	7,53
	Total	139,52	,47	,29	4,71	4,10
Total	0 Ingen endring	165,58	1,00	,54	1,00	1,00
	1 Kun redusert konsentrasjon	163,80	,44	,27	3,84	2,62
	2 Kun økt konsentrasjon	153,59	,45	,35	3,69	1,72
	3 Reduksjon i antall produsenter	157,64	,26	,13	6,20	4,11
	4 Vekst i antall produsenter	196,23	,27	,17	9,63	8,11
	Total	167,37	,48	,29	4,87	4,46

Vi finner for karpaltunnelsyndrom at i delmarkeder karakterisert ved

- økt konsentrasjon og vekst i antall produsenter i løpet av perioden 1999-2004, så er ventetidene kortest.
- reduksjon i antall produsenter i løpet av perioden 1999-2004, så er ventetidene kortere enn i markeder med ingen endring over tid.
- redusert konsentrasjon i løpet av perioden 1999-2004, så er ventetidene lengst.

For åreknuteoperasjoner, finner vi at i delmarkeder karakterisert ved

- redusert konsentrasjon og redusert antall produsenter, så er ventetidene kortest.
- økt konsentrasjon og økt antall produsenter, så er ventetidene lengst.
- ingen endringer, så er ventetidene kortere enn gjennomsnittet for åreknuteoperasjoner.

For lyskebrokkoperasjoner, viser tabell 11.2 at i delmarkeder karakterisert ved

- økt konsentrasjon, så er ventetidene kortest.
- redusert konsentrasjon og redusert antall produsenter, så er ventetidene kortere enn gjennomsnittet for alle opererte.
- ingen endringer, så er ventetidene lengre enn gjennomsnittet.
- vekst i antall produsenter, så er ventetidene lengst.

Ut fra disse sammenstillingene må man konkludere med at det er betydelig variasjon i ventetider innen diagnosegruppene, og at fortegnet på årsakssammenhengen mellom delmarkeds karakteristika og ventetider ikke er opplagt og til dels uventede. Og selvfølgelig – fortegn til side – det er først når konkurranseindikatorer på delmarkedsnivå inngår i en økonometrisk modell at det vil være mulig å si noe om endringer i forklaringsfaktorer påvirker endringer i ventetid på en statistisk signifikant måte. Vi vil tilnærme oss problemstillingene ved å gjøre analyser både på det samlede datamaterialet og per diagnosegruppe.

Vi kommenterer ikke resten av tabell 11.2 i detalj her, men tre observasjoner kan man merke seg, som gjelder samtlige behandlingstyper.

Den ene er at i delmarkeder der det ikke har skjedd endringer i konsentrasjon i perioden 1999-2004, så finner vi

- ett dominerende (lokalt monopol) offentlig eid sykehus
- relativ høy eksportindeks, dvs. relativt konsentrert pasientlekkasje.

Den andre observasjonen er at i markeder som preges av økt antall produsenter, så er det delmarkedene med flest tilbydere, noe som kanskje ikke er uventet.

Den tredje observasjonen er at for samtlige tre behandlingsformer, så er antall eiere svært lik antall institusjoner i delmarkedene. Korrelasjonskoeffisienten mellom variablene er 0,99. I de videre analysene anvendes antall eiere i et delmarked som konkurranseindikator heller enn antall institusjoner. I en konkurranseanalyse av geografisk avgrensede delmarkeder modellen kan man dessuten argumentere for at det er antall ulike eiere som er avgjørende for konkurransegraden, ikke antall ”utsalgssteder” i seg selv.

11.2 Økonometrisk analyse av variasjoner i ventetid

Hovedhensikten med analysen er å bidra med økt kunnskap om hvilke forhold som kan være med å forklare variasjoner i den gjennomsnittlige ventetiden i delmarkedene vi studerer. Vår tilnærming legger vekt på å få frem hvordan endringer i sentrale konkurranseindikatorer påvirker gjennomsnittlig ventetid i delmarkedene. Vi anvender en paneldata-estimator, eller mer spesifikt en såkalt fasteffektsmodell. Modellen og dens forutsetninger omtales noe nærmere i appendiks.¹ Modellen estimerer hvordan endringer i forklaringsvariabler påvirker endringer i ventetider på delmarkedsnivå.

En rekke modellformuleringer er prøvd, men det redegjøres her i detalj for resultatene fra en av disse modellene. Vi kommer tilbake til en vurdering av hvor følsom resultatene er i forhold til datautvalgene som analysen bygger på. Det er alt innledningsvis korrekt å påpeke at analysearbeidet må ansees som utforskende og representerer ikke endelige versjoner og resultater. Eventuelt bruk av resultatene i andre sammenhenger må ta dette med i betraktningen.

¹Se for eksempel Johnston og Dinardo (1997) og Greene (1997) for en mer rigorøs fremstilling.

Hovedmodellen er:

$$\begin{aligned} \text{Ventetid}_{it} = & \beta_1 \text{HHI}_{it} + \beta_2 \text{HHI}_{it}^2 + \beta_3 \text{HHI_Eksport}_{it} + \beta_4 \text{Antall_Eiere}_{it} \\ & + \beta_5 \text{Antall_Statlige_Eiere}_{it} + \beta_6 \text{Dummy_Eiertyper2}_{it} \\ & + \beta_7 \text{Eiertyper3}_{it} + \beta_8 \text{Dummy_2000}_{it} + \beta_9 \text{Dummy_2001}_{it} \\ & + \beta_{10} \text{Dummy_2002}_{it} + \beta_{11} \text{Dummy_2003}_{it} + \beta_{12} \text{Dummy_2004}_{it} \end{aligned}$$

der i og t representerer henholdsvis delmarked og år. β 'ene (koeffisientene) skal estimeres. Legg merke til at det i denne modellformuleringen ikke blir mulig å estimere de spesifikke effektene av de ulike DRGene. Årsaken er at i fasteffekt-modellen differensieres tidskonstante variabler bort, jf. drøfting i appendikset. Vi har valgt å splitte panelet i tre for på den måten å kunne kjøre analyser på drg-nivå. Resultatene av disse kjøringene kommer vi tilbake til. I tabellene 11.3-11.5 vises deskriptiv statistikk over nøkkelvariablene fordelt på de tre behandlingsformene analysen tar utgangspunkt i.

Tabell 11.3: Operasjon ved karpaltunnelsyndrom.

Delmarkedsobservasjoner, 1999-2004.

Variabel	Observasjoner	Gj.snitt	St.avvik	Min	Maks
Ventetid	270,00	129,73	48,32	43,36	361,33
HHI	292,00	0,50	0,35	0,07	1,00
HHI_Eksport	279,00	0,29	0,24	0,05	1,00
Antall_Eiere	292,00	5,05	5,92	1,00	20,00
Antall_Statlige_Eiere	292,00	3,31	3,29	1,00	11,00

Tabell 11.4: Inngrep for åreknuter. Delmarkedsobservasjoner. 1999-2004

Variabel	Observasjoner	Gj.snitt	St.avvik	Min	Maks
Ventetid	250,00	254,86	85,87	78,53	494,13
HHI	275,00	0,49	0,34	0,07	1,00
HHI_Eksport	246,00	0,27	0,27	0,05	1,00
Antall_Eiere	275,00	4,20	4,74	1,00	16,00
Antall_Statlige_Eiere	275,00	2,99	2,84	1,00	10,00

Tabell 11.5: Operasjon av lyskebrokk. Delmarkedsobservasjoner. 1999-2004.

Variabel	Observasjoner	Gj.snitt	St.avvik	Min	Maks
Ventetid	261,00	150,20	68,46	34,03	515,28
HHI	287,00	0,49	0,34	0,07	1,00
HHI_Eksport	267,00	0,29	0,29	0,04	1,00
Antall_Eiere	287,00	4,10	4,73	1,00	16,00
Antall_Statlige_Eiere	287,00	2,92	2,80	1,00	10,00

Vi har tatt logaritmen av de gjennomsnittlige ventetidene per delmarked slik at tolkningen i de økonometriske analysene blir prosentvis endring i ventetid som følge av en enhets endring i forklaringsfaktorene. Når det gjelder indeksene, som løper fra 0 til 1, gir det mer mening å dele koeffisientene på 100.

Både HHI-indeksen og kvadratet av indeksen (HHI_{it} og HHI_{it}^2) inngår i analysen. Dette gjør det mulig å studere fortegnet på effekten – om den prosentvise endringen i ventetid er positiv eller negativ – og om effekten avtar eller øker med størrelsen på indeksen.

Den såkalte eksportindeksen ($HHI_Eksport_{it}$) sier noe om hvor konsentrert lekkasjen av pasienter ut fra et delmarked er. Indeksen er lik 1 dersom alle pasienter som lar seg behandle utenfor eget delmarked, blir behandlet ved en og samme institusjon. Vi oppfatter variabelen som en indikator på graden av administrativ styrt pasientflyt, dvs. jo større tallverdi desto større sannsynlighet for at pasientflyten ikke skyldes pasient/fastlegestyrte flyt.

Variabelen antall eiere ($Antall_Eiere_{it}$) måler hvor mange ulike sykehuseiere² det er i et delmarked. I et delmarked er det minst en offentlig eier, men det kan være flere. Det kan også være en eller flere eiere av kommersielle klinikker samt en eller flere eiere av avtale institusjoner. Vi har også med en variabel som kun måler hvor mange offentlige eiere det er i et delmarked ($Antall_Offentlige_Eiere_{it}$).

Variablene $Dummy_Eiertyper2_{it}$ og $Dummy_Eiertype3_{it}$ er dummy-variabler over sammensetningen av eiertyper i et marked. Sammenlikningsgrunnlaget er markedet der det er etablert tre eiertyper: offentlige, avtale institusjoner og kommersielle aktører ($Dummy_Eiertyper1_{it}$). I kategorien eiertype 2 er det offentlige og kommersielle eiere eller eiere av avtaleinstitusjoner representert. I den siste kategorien er det kun offentlige eiere. De resterende variablene er ”dummier” for år. Sammenlikningsgrunnlaget er 1999.

Tabell 11.6 oppsummerer resultatene fra fasteffekt-regresjonen der den avhengige variabelen er gjennomsnittlig ventetid per delmarked. Konsentrasjonsindeksen er signifikant positiv, mens kvadratet av indeksen er signifikant negativ. Dette innebærer at ved en enhetsendring i indeksen, så øker ventetiden med om lag 1 prosent. Effekten avtar imidlertid. Maksimumspunktet finner vi ved å løse følgende uttrykk: $HHI = 1,19 / (2 * 1,45) = 0,41$. Med andre ord: Ventetidene øker med økning i HHI til verdien 0,41, som representerer toppunktet, deretter faller ventetidene. Dersom disse

²Vi regner i denne sammenheng antall ulike helseforetak (HF) samt antall private kommersielle og avtale institusjoner med i variabelen antall eiere.

resultatene var robuste, noe vi skal komme tilbake til at de ikke er, så kan man si at det i delmarkedene er en fordel med relativ høy konsentrasjon eller relativt lav konsentrasjon, med sikte på å oppnå relativt lave ventetider. Sagt på en annen måte: Gitt at man ønsker et visst nivå på ventetidene, så kan dette realiseres både i et delmarked karakterisert ved en høy indeks og i et delmarked karakterisert ved en lav indeksverdi. Spissformulert: Man kan oppnå samme ventetider i et marked karakterisert ved mange (små) aktører, som i et marked karakterisert ved en eller noen få store aktører.

Tabell 11.6: Prosentvis endring i ventetid. Fasteffekt-estimator.

Variabler	Koeffisient	St.feil	t-verdi	P>t
HHI	1,19	0,70	1,69	0,09
HHI ²	-1,45	0,55	-2,64	0,01
HHI_Eksport	-0,24	0,06	-3,89	0,00
Antall_Eiere	-0,03	0,02	-1,76	0,08
Antall_Offentlige_Eiere	-0,24	0,07	-3,45	0,00
Dummy_Eiertype2	-0,11	0,18	-0,59	0,56
Dummy_Eiertype3	-0,15	0,19	-0,77	0,44
Dum_2000	-0,01	0,03	-0,29	0,77
Dum_2001	-0,08	0,03	-2,83	0,01
Dum_2002	-0,07	0,03	-2,23	0,03
Dum_2003	-0,23	0,03	-7,21	0,00
Dum_2004	-0,45	0,04	-12,14	0,00
Konstantledd	6,23	0,36	17,39	0,00

Antall observasjoner = 731; Antall delmarkeder = 146.
 Antall observasjoner per delmarked: Min = 1; Gj.snitt = 5; Maks = 6.
 $R^2 = 0,38$
 $F(12,573) = 28,68, Prob > F = 0,00$

I modellformuleringer med HHI alene (ikke rapportert i tabell), - og altså ikke i kombinasjon med den kvadrerte størrelsen - blir koeffisient negativ signifikant, noe som gir samme tolkning: Økt konsentrasjon målt ved indeksen reduserer ventetidene.³

Hva kan være årsaken til at vi finner at ventetidene reduseres ved økt konsentrasjon over et visst nivå på indeksen? Vi vet at konsentrasjonsindekser av typen vi bruker her, øker dersom det blir færre aktører og/eller ved økt ulikhet mellom enhetene når det gjelder kapasitet. En mulig tolkning av resultatene er at det er endringer i kapasitet – at noen aktører blir større kombinert med status quo for andre aktører – som driver resultatene: Økt kapasitet gir reduserte ventetider. Vi kan ikke med sikkerhet svare på er om det er konkurransemessige avveininger som har fått sykehuseier til å øke kapasiteten, eller om det er spesialisering og omstrukturering som følge av budsjettmessige forhold som er årsaken. En annen mulighet er i markeder med få aktører så finnes det en form for konkurranse om å ”være flinkest”, dvs. kunne tilby de korteste ventetidene. En tredje mulig fortolkning er at aktører kan gå ut av markedet kombinert med en kapasitetsvekst hos en annen aktør som mer enn oppveier den tapte kapasiteten. Slike strukturelle endringer kan skyldes endringer i konkurranseklima bredt definert.

³Legg merke til at den gjennomsnittlige verdien på HHI er om lag 0,5 (jf tabell 11.3-11.5). Topunktet er beregnet til 0,41. Dette kan forklare at vi finner en fallende kurve i modellkjøringen uten HHI2: Vi er på den avtagende delen av kurven, til høyre for toppunktet.

Eksportindeksen er også signifikant negativ. Virkningen ved en enhets endring i indeksen er en reduksjon i ventetiden på under en prosent. Indeksen sier ikke uten videre noe om graden av konkurranse i "eget" delmarkedet. Vi kan tolke det som om at en del av etterspørselen i markedet⁴ retter seg mot en eller flere institusjoner utenfor delmarkedet, og dette bidrar til å redusere køer og dermed ventetider i "eget" delmarked. Konkurransen kan likevel være til stede i eget marked, slik at ventetidene reduseres også av den grunn. Selv tolkningen om administrativt organisert pasientlekkasje, som vi over drøftet kunne være tilfellet ved høy indeksverdi, kan innebære at det har vært konkurranse om å få tildelt "eksportpasienter".

Desto flere eiere som er etablert i et marked, jo lavere blir ventetiden. Den estimerte koeffisienten innebærer at en ekstra eier i et marked reduserer ventetiden med 3 prosent. Dette kan tyde på at konkurranse spiller en rolle.

En enda sterkere effekt finner vi ved å se på effekten av en ekstra offentlig eier til stede i et marked. Den estimerte reduksjonen i ventetid er på 24 prosent. Vi tolker dette og foregående resultat som et tegn på at flere eiere i et marked innebærer flere institusjoner i markedet. Det er sannsynlig at dette øker konkurransen, og økt konkurranse gir reduserte ventetider. Effekten av å få med en ekstra offentlig eier er sterk trolig fordi offentlige eiere typisk er større sammenliknet med kommersielle aktører og ofte også større enn avtaleinstitusjoner.

Vi finner ikke signifikante forskjeller på delmarkeder karakterisert ved ulike typer eierskapsstrukturer. Det er ingen forskjell i ventetider på delmarkeder karakterisert ved bare offentlige eiere sammenliknet med "blandingsformer". Spissformulert: Private aktører i seg bidrar ikke til reduserte ventetider sammenliknet med delmarkeder der bare offentlige aktører er etablert.

Sammenliknet med 1999, så reduseres ventetidene i perioden 2001-2004. Ventetidene er 45 prosent kortere i 2004 sammenliknet med 1999. Det er for øvrig ingen signifikant endring i ventetider mellom 1999 og 2000.

Modellen gir en brukbar forklaringskraft i den forstand at $R^2 = 0,38$, dvs. at modellen forklarer 38 prosent av variasjonen i gjennomsnittlig ventetid på delmarkedsnivå. Tidstrenden ved årsummiene forklarer mye av denne variasjonen.

11.3 Analyser per DRG

Innledningsvis i dette avsnittet ble det påpekt at vi ikke får frem de drg-spesifikke effektene på ventetidene ved kjøring av hovedmodellen. I fortsettelsen kjører vi derfor modellen på de tre delutvalgene som de dagkirugiske inngrepene representerer. Vi kan da studere om konsentrasjonsindeksen og de andre forklaringsvariablene har ulik effekt avhengig av om vi studerer delmarkeder utelukkende konsentrert om henholdsvis operasjoner ved karpaltunnelsyndrom, brokk eller åreknuter.

Når det gjelder operasjoner ved karpaltunnelsyndrom, så viser tabell 11.7 de samme fortegnene på estimatene for konsentrasjonsindeksen og konsentrasjonsindeksen kvadrert som i hovedmodellen. Ventetidene i disse delmarkedene faller ved økt konsentrasjon. På tilsvarende vis som i drøftingen av hovedmodellen, så finner vi at ventetidene øker med vekst i HHI. Økningen i ventetidene når et maksimumspunkt for om lag $HHI = 0,56$. Det skal altså en sterkere konsentrasjon til i delmarkedene for karpaltunnelsyndrom før en realiserer reduksjon i ventetidene.

⁴Det er uansett slik at pasientlekkasjen i vårt analyseopplegg er på mindre enn 10 prosent av den samlede pasientmassen som tilhører et gitt delmarked.

Koeffisienten for eksportindeksen er negativ signifikant, som for hovedmodellen. Antall eiere samlet sett er negativ, men ikke signifikant. I størrelse er koeffisienten som i hovedmodellen, dvs. om lag 4 prosent reduksjon i ventetider ved en ekstra eier i markedet.

På den andre siden er antall offentlige eiere ikke-signifikant. Dette gjelder også for de ulike eiertypevariantene vi har modellert. Ventetidene faller over tid. Ventetiden er om lag 30 prosent kortere i 2004 sammenliknet med 1999. Modellen forklarer om lag 26 prosent av variasjonen i ventetider innen delmarkedene for operasjoner ved karpaltunnelsyndrom.

Modellkjøringer uten HHI^2 viser imidlertid at effekten av endringer i konsentrasjonsindeksen ikke gir signifikant effekt på ventetid i delmarkedene for operasjoner for karpaltunnelsyndrom. Av andre viktige endringer er at eksportindeksen ikke blir signifikant forskjellig fra null, mens antall eiere blir det.

Tabell 11.7: Prosentvis endring i ventetid. Operasjon ved karpaltunnelsyndrom. Fasteffektestimater.

Variabler	Koeffisient	St.feil	t-verdi	P>t
<i>HHI</i>	3,27	1,06	3,10	0,00
<i>HHI²</i>	-2,90	0,82	-3,51	0,00
<i>HHI_Eksport</i>	-0,19	0,11	-1,76	0,08
<i>Antall_Eiere</i>	-0,04	0,02	-1,60	0,11
<i>Antall_Offentlige_Eiere</i>	0,01	0,14	0,06	0,96
<i>Dummy_Eiertype2</i>	0,01	0,17	0,03	0,98
<i>Dummy_Eiertype3</i>	-0,14	0,20	-0,70	0,48
<i>Dum_2000</i>	-0,06	0,05	-1,12	0,26
<i>Dum_2001</i>	-0,10	0,05	-2,17	0,03
<i>Dum_2002</i>	-0,05	0,05	-1,06	0,29
<i>Dum_2003</i>	-0,16	0,05	-2,92	0,00
<i>Dum_2004</i>	-0,29	0,06	-4,47	0,00
Konstantledd	4,64	0,61	7,55	0,00

Antall observasjoner = 258; Antall markeder = 51;
R-sq: = 0,26 ; F(12,195) = 5,80
Prob > F = 0,00

Når det gjelder *åreknuteoperasjoner* (tabell 11.8), er koeffisientene til konsentrasjonsindeksen og konsentrasjonsindeksen kvadrert ikke signifikant forskjellige fra null. Vi finner altså ingen effekt på ventetider som følge av endringer i konsentrasjonsindeksen i delmarkedene for åreknuteoperasjoner. Eksportindeksen er negativ signifikant på 10 prosent signifikansnivå, dvs. at en endring på en enhet i indeksen bidrar med å redusere ventetiden med under en prosent (0,15 prosent). Vi finner heller ingen signifikant ef-

fekt av flere eiere i delmarkedet. Derimot gir flere offentlige eiere en signifikant negativ effekt på ventetider. Ventetiden reduseres med 23 prosent alt annet like. Det er kanskje på sin plass å påpeke at man må tolke resultatene med forsiktighet når det gjelder de normative implikasjonene av disse resultatene og øvrige resultater omtalt.

Tabell 11.8: Prosentvis endring i ventetid. Inngrep for åreknuter.
Fasteffekttestimator

Variabler	Koeffisient	St.feil	t-verdi	P>t
<i>HHI</i>	-0,32	1,23	-0,26	0,80
<i>HHI</i> ²	0,13	1,01	0,13	0,90
<i>HHI_Eksport</i>	-0,15	0,09	-1,63	0,10
<i>Antall_Eiere</i>	-0,02	0,03	-0,60	0,55
<i>Antall_Offentlige_Eiere</i>	-0,28	0,12	-2,43	0,02
Dummy_Eiertype2	(dropped)			
Dummy_Eiertype3	-0,03	0,10	-0,30	0,77
Dum_2000	0,04	0,05	0,87	0,38
Dum_2001	-0,02	0,05	-0,34	0,73
Dum_2002	-0,02	0,05	-0,41	0,68
Dum_2003	-0,22	0,06	-3,99	0,00
Dum_2004	-0,39	0,06	-6,23	0,00
Konstantledd	6,78	0,62	10,85	0,00

Antall observasjoner = 229; Antall delmarkeder = 46
R-sq: = 0,43 ; F(11,172) = 11,98, Prob > F = 0,00

Vi finner ingen signifikante effekter av sammensetning av eierskapstyper i delmarkedene. På den andre siden kommer reduksjonen i ventetid senere i delmarkedene for åreknute-operasjoner sammenliknet med operasjon ved karpaltunnelsyndrom. Det er først i 2003 at det er signifikant kortere ventetid sammenliknet med 1999. I 2004 er ventetiden likevel redusert med om lag 40 prosent sammenliknet med 1999. Dette tyder på til dels betydelige strukturelle endringer over kort tid.

I modellkjøringer uten konsentrasjonsindeksen kvadrert, opprettholdes resultatene. Spesielt finner vi at koeffisienten til konsentrasjonsindeksen ikke er signifikant forskjellig fra null, dvs. endringer i indeksen gir ingen endring i ventetider. Den signifikant negative effekten av endringer i antall offentlige aktører opprettholdes også.

Det fremgår av tabell 11.9 at heller ikke i delmarkedene for brokkoperasjoner finner vi signifikante effekter av konsentrasjonsindeksen. Eksportindeksen er imidlertid negativ signifikant. Effekten er her noe sterkere enn for de øvrige behandlingstypene. Antall eiere samlet sett og antall offentlige eiere til stede i delmarkedene har signifikant negativ effekt på ventetidene i disse delmarkedene. Effekten er henholdsvis på 12 og 27 prosents reduksjon i ventetidene.

Tabell 11.9: Prosentvis endring i ventetid.Inguinal & femoral brokkoperasjon >17år u/bk. Fasteffektestimator.

Variabler	Koeffisient	St.feil	t-verdi	P>t
<i>HHI</i>	-0,92	1,48	-0,62	0,53
<i>HHI²</i>	-0,25	1,07	-0,23	0,82
<i>HHI_Eksport</i>	-0,24	0,11	-2,05	0,04
<i>Antall_Eiere</i>	-0,12	0,04	-3,09	0,00
<i>Antall_Offentlige_Eiere</i>	-0,27	0,11	-2,35	0,02
Dummy_Eiertype2	-0,01	0,11	-0,06	0,95
Dummy_Eiertype3	(dropped)			
Dum_2000	0,00	0,05	-0,07	0,94
Dum_2001	-0,09	0,05	-1,81	0,07
Dum_2002	-0,05	0,05	-1,00	0,32
Dum_2003	-0,27	0,06	-4,82	0,00
Dum_2004	-0,58	0,06	-9,11	0,00
Konstantledd	7,05	0,63	11,20	0,00

Antall observasjoner = 254; Antall delmarkeder = 49
R-sq: = 0,53; F(11,184) = 19,11
Prob > F = 0,00

Kombinasjoner av eiertyper slår ikke signifikant ut. Vi finner en tidseffekt, som også i dette tilfellet er sterkest på slutten av perioden. Ventetidene er 58 prosent kortere i 2004 sammenliknet med 1999. Modellens forklaringskraft er på om lag 53 prosent, dvs. modellen forklarer nær 53 prosent av variasjonen i ventetider innen delmarkedene. I modellkjøringer uten konsentrasjonsindeksen kvadrert skjer det en endring. Den viktigste er at koeffisienten til konsentrasjonsindeksen blir negativ signifikant. Vi må dermed for disse delmarkedene ty til de samme forklaringsmodellene som for hovedmodellen omtalt ovenfor.

En enkel sensitivitetsanalyse

Observasjonene fra 2004 var særlig mangelfull når det gjelder ventetider på sykehusnivå, som forklart i kapittel 10. Siden de gjennomsnittlige ventetidene på delmarkedsnivå bygger på ventetidsobservasjoner av enkeltinstitusjoner, så har vi kjørt hovedmodellen også for perioden 1999-2003. Det viser seg at de rapporterte fortegnene fra hovedmodellen opprettholdes. Det skjer heller ingen endring i signifikans i den forstand at signifikante koeffisienter fortsatt ligger innenfor 10 prosent signifikansnivå.

Kapittel 12

Avsluttende kommentarer

Dette er den første analysen som eksplisitt søker å estimere virkningene av konkurranse innen spesialisthelsetjenesten i Norge med utgangspunkt i geografisk avgrensede delmarkeder og tilhørende konsentrasjonsindekser.¹ Vi ser denne delen av prosjektet som et første steg på veien mot bredere anlagte analyser.

Et ankepunkt mot en konkurranseorientert analyse av spesialisthelsetjenestene i Norge er at sektoren er sterkt regulert. Dermed er selve utgangspunktet for analysen feil. Vi ser at dette poenget i noen sammenhenger kan ha relevans. Av den grunn har vi konsentrert oss om dagkirurgiske behandlinger der både etablering og avvikling av tilbud (entry og exit) er langt friere sammenliknet med behandlingsformer som krever innleggelse. Vi legger også til grunn at det i perioden 1999-2000 var fritt sykehusvalg innad i helseregionene, og at fritt sykehusvalg på nasjonal basis ble innført i 2001. Eierskapsreformen i 2002 kan dessuten tolkes som en reform som også åpnet opp for sterkere konkurranse, selv mellom ulike statlige eiere og statlige helseforetak. De regionale helseforetakene (RHF), og til en viss grad helseforetakene i regionene, kan for øvrig inngå kontrakter med "utenforstående" aktører. Dette åpner opp for økt implisitt eller eksplisitt konkurranse i sykehussektoren.

Implikasjonene av vår økonometriske analyse er at myndighetene bør fortsette å stimulere til fritt sykehusvalg for å bringe ventetidene ned. Et slikt tiltak på etterspørselssiden stimulerer med stor sannsynlighet til nyetableringer på tilbudssiden. En økning i antall behandlende sykehus bidrar i følge våre resultater til å redusere ventetider i geografiske delmarkeder. Eierskapsreformen – som i første rekke kan betraktes som en tilbudssidereform - har på sin side potensialet til å redusere valgfrihet lokalt gjennom incentiver til regional sentralisering og spesialisering. Dersom hovedeffektene av sistnevnte tiltak er økt kapasitet samlet sett i delmarkedet kan imidlertid dette bidra til reduserte ventetider. Vår analyse indikerer at ventetidene ble redusert i delmarkeder der konsentrasjonen økte.

¹Siciliani og Martin (2005) finner i en studie av engelske NHS sykehus at ventetidene faller som følge av økt valgmuligheter. Effekten er moderat. De mener også å finne at ventetidene kan øke når det er mange (mer enn 11) sykehus i et delmarked. Vi finner at ventetidene blir kortere når antallet eiere (og sykehus) øker i et delmarked.

Kapittel 13

Appendiks: Kort om metodisk tilnærming

La oss ta som utgangspunkt at

$$y_{it} = \mathbf{X}_{it}\boldsymbol{\beta} + \mathbf{Z}_i\boldsymbol{\delta} + \varepsilon_{it}, \quad (\text{A1})$$

der y = ventetid (avhengig variabel) som varierer over tid og delmarked (avhengig variabel), \mathbf{X} = en matrise av observerbare forklaringsvariabler som varierer over tid og mellom delmarked, og \mathbf{Z} = en matrise av observerbare forklaringsvariabler som varierer mellom individ, men som er konstant over tid for hvert individ.

I analysen omtalt foran er følgende variabler eksempler på observerbare variabler (X -variabler) som varierer over tid: (i) Konsentrasjonsindeksen per delmarked; (ii) eksportindeksen per delmarked; (iii) antall sykehuseiere per delmarked og (iv) sammensetningen av sykehuseiere i delmarkeder. Eksempler på tidskonstante variabler (Z -variabler): (i) Delmarkedets geografiske utstrekning (areal, stort, lite, m.v.); (ii) antall kommuner som inngår i et delmarked gitt 120 min. reisetid; (iii) sentralitetsmål; (iv) næringsstruktur (trolig konstant i løpet av vår 6-års periode); (v) demografi (også relativt konstant på kort sikt); og (vi) sykkelighet/dødelighet.

Vi definerer restleddet som

$$\varepsilon_{it} = \alpha_i + \eta_{it} \quad (\text{A2})$$

Vi antar på vanlig måte at η_{it} er ukorrelert med \mathbf{X}_{it} og \mathbf{Z}_i (i tillegg: har forventning lik 0; er ukorrelert med seg selv over tid; ukorrelert med α_i ; og homoskedastisk). α_i kalles den individuelle effekten. Vår "uvitenhet" har altså to deler – en del som varierer mellom individ, men som er konstant over tid. Denne delen kan være korrelert med forklaringsvariablene eller ikke. Den andre delen varierer usystematisk (uavhengig) over tid og mellom individer. Denne formuleringen av restleddet er den enkleste måten å si at to observasjoner fra samme individ vil være mer "lik" enn observasjoner fra to ulike individ. Når det gjelder den individuelle effekten, antar vi her at α_i er korrelert med \mathbf{X}_{it} , dvs. der $\text{cov}(\mathbf{X}_{it}, \alpha_i) \neq 0$. Denne forutsetningen innebærer at vi anvender en fasteffekt-modell.

La oss se på modellen i to-perioder tilfellet:

$$y_{i1} = \mathbf{X}_{i1}\boldsymbol{\beta} + \mathbf{Z}_i\boldsymbol{\delta} + \varepsilon_{i1} \quad (\text{A3})$$

$$y_{i2} = \mathbf{X}_{i2}\boldsymbol{\beta} + \mathbf{Z}_i\boldsymbol{\delta} + \varepsilon_{i2} \quad (\text{A4})$$

OLS på en eller begge likningene vil gi forventningsskjev estimat. Omfanget og retningen av skjevheten vil avhenge av hvordan korrelasjonen mellom α_i og de andre forklaringsvariablene faktisk er. Det "morsomme" med paneldata er at dersom likningene gir en korrekt beskrivelse av verden, så vil enhver lineær kombinasjon av forholdet også være sant. Spesielt:

$$(y_{i1} - y_{i2}) = (\mathbf{X}_{i1} - \mathbf{X}_{i2})\boldsymbol{\beta} + (\mathbf{Z}_i - \mathbf{Z}_i)\boldsymbol{\delta} + (\alpha_i - \alpha_i) + (\eta_{i1} - \eta_{i2}) \quad (\text{A5})$$

Vi omformulerer modellen:

$$\Delta y = \Delta \mathbf{X}\boldsymbol{\beta} + \Delta \eta \quad (\text{A6})$$

Alle tidskonstante variabler differensieres bort. Vi oppnår konsistente parameterestimater selv i tilfeller med korrelerte utelatte variabler. OLS på tverrsnittsdata vil ikke gi det samme.

I analysene omtalt foran gjøres det i prinsippet det samme som vist her, men siden vi har flere tidsperioder anvender vi en annen fasteffekt-estimator: Avvik fra gjennomsnittet.

$$y_{it} = \mathbf{X}_{it}\boldsymbol{\beta} + \varepsilon_{it} \quad (\text{A7})$$

$$y_{it} = \mathbf{X}_{it}\boldsymbol{\beta} + \alpha_i + \eta_{it} \quad (\text{A8})$$

Her er α_i behandlet som en ukjent parameter som skal estimeres.

Den predikerte verdien av y , som hører til gruppe i , er gjennomsnittsverdien til denne gruppen:

$$y_{i.} = \mathbf{X}_{i.}\boldsymbol{\beta} + \alpha_i + \eta_{i.} \quad (\text{A9})$$

Fordi gjennomsnittsverdien av α_i for individ i er α_i , så kan vi differensiere likning (A4) og (A5). Vi får:

$$y_{it} - y_{i.} = (\mathbf{X}_{it} - \mathbf{X}_{i.})\boldsymbol{\beta} + (\eta_{it} - \eta_{i.}) \quad (\text{A10})$$

Likning (A10) er den økonometriske formuleringen som ligger til grunn for analysene omtalt foran.

Bibliografi

- [1] Clench-Aas, J., Helgeland, J., Dimoski, T., Gulbrandsen, P., Hofoss, D., Holmboe, O., Mowinckel, P., Rønning, O.M., 2005. Methodological development and evaluation of 30-day mortality as quality indicator for Norwegian hospitals. Rapport fra Kunnskapssenteret, nr. 4-2005, Oslo.
- [2] Dranove, D., White, W.D., 1994. Recent theory and evidence on competition in hospital markets. *Journal of Economics and Management Strategy* 3, 169-209.
- [3] Duggan, M.G., 2000. Hospital ownership and public medical spending. *Quarterly Journal of Economics*, 1343-1373.
- [4] Gaynor, M., Haas-Wilson, D., 1999. Change, consolidation, and competition in health care markets. *Journal of Economic Perspectives* 13(1), 141-164.
- [5] Gaynor, M., Vogt, W.B., 2000. Antitrust and competition in health care markets. In Culyer, A.J., Newhouse, J.P., (eds.) *Handbook of Health Economics*, Vol. 1B, North-Holland, Elsevier, Amsterdam.
- [6] Greene, W. (1997): *Econometric Analysis*, Third Edition, International Edition, Prentice-Hall, London.
- [7] Guldvog og Kopjar, 1999. In-Hospital Mortality Rates in Norway 1994-1997. HELTEF, Oslo.
- [8] Ho, V., Hamilton, B.H., 2000. Hospital mergers and acquisitions: does market consolidation harm patients? *Journal of Health Economics* 19(5), 767-791.
- [9] Johnston, J. og J. Dinardo (1997): *Econometric Methods*, 4th Edition, McGraw-Hill International Editions, New York.
- [10] Kjekshus, Lars Erik, 2004: INTORG: De somatiske sykehusenes interne organisering. SINTEF Helse, Trondheim.
- [11] Kopjar, Guldvog og Hay, 1999. Reinnleggelser som kvalitetsindikator? HELTEF, Oslo.
- [12] Mjåland, Odd, Bakken I.J., Skejeldestad, F.E. og Johnson, E. Operasjon for lyske- og lårbrokk i Norge 1990 – 2003, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 10, 2005;125:1338-40.
- [13] Propper, C., Burgess, S., Green, K., 2004. Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics* 88, 1247-1272.

- [14] SAMDATA Somatikk sektorrappport 2003, 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003, SINTEF Helse, Trondheim.
- [15] SAMDATA Somatikk sektorrappport 2004, 2005. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004, SINTEF Helse, Trondheim.
- [16] Shortell, M., Hughes, E., 1988. The effects of regulation, competition, and ownership on mortality rates among hospital inpatients. *New England Journal of Medicine* 318, 1100-1107.
- [17] Siciliani, L., Martin, S., 2005. An empirical analysis of the impact of choice on waiting times, Draft, 8 June 2005. Department of Economics and Related Studies. University of York.
- [18] Tay, A., 2003. Assessing competition in hospital care markets: the importance of accounting for quality differences. *RAND Journal of Economics*.

Del III

Konkurransen innenfor helseregionene

Kapittel 14

Innledning

Mens de andre delene av rapporten fokuserer på konkurranse om pasienter mellom sykehus i et mer teoretisk og empirisk perspektiv, vil vi her gå inn på en prinsipielt basert drøfting av potensialet for konkurranse i spesialisthelsetjenestene innenfor en helseregion. I hvilken grad og på hvilke områder dette skjer, vil være en funksjon av en rekke faktorer fra de institusjonelle rammebetingelsene og organisatoriske forutsetninger til egenskaper ved selve tjenesten og ved markedet. Dessuten kan konkurranse introduseres i varierende grad og i ulike former fra den ”harde” åpne anbudskonkurransen til den mykere målestokkonkurranse.

Sentrale spørsmål er om den aktuelle konsernorganiseringen, som RHF’ene i realiteten er, legger til rette for konkurranse om retten til tjenesteproduksjon innenfor helseregionen. Videre spør vi: I den grad det eksisterer konkurranse om retten til tjenesteproduksjon innenfor helseregionen, hvordan fungerer denne, hvilke hindringer eksisterer og hvordan kan konkurransesituasjon forbedres? Vi har sett det som særlig viktig at diskusjonen belyses med informasjon om RHF’enes faktiske tilpasning i den grad det lar seg gjøre.

Den metodiske tilnærmingen for denne delen har vært å foreta en gjennomgang av relevant økonomisk litteratur, offentlige dokumenter, de regionale helseforetakenes egne web-sider, samt gjennomføre intervjuer med nøkkelpersoner i de regionale helseforetakene.

Disposisjon for drøftingen tar utgangspunkt i de institusjonelle rammebetingelsene (kapittel 15) og aspekter ved tjenesten som påvirker potensialet for konkurranse i denne sektoren (kapittel 16). Deretter kommer vi inn på de organisatoriske forutsetningene for å innføre konkurranse og egenskaper ved spesialisthelsetjenestene (kapittel 17). Den siste delen vil være en gjennomgang av de ulike potensielle konkurranseformene, og en drøfting av i hvilken grad de er implementert i spesialisthelsetjenesten (kapittel 18). Denne delen av rapporten er oppsummert i kapittel 19. I tillegg A presiserer vi metodisk tilnærming og kilder som danner basis for denne delen av rapporten. I tillegg B gis det en oversikt over erfaringer med ulike former for organiseringen av helsetjenestene i noen land det er naturlig å sammenligne seg med. I tillegg C gis det en oversikt over omfanget av bruken av private aktører i de ulike helseregionene.

Kapittel 15

Rammebetingelsene

Sykehusreformen trådte i kraft per 1. januar 2002. Bakgrunnen for reformen er beskrevet i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) som behandler Lov om Helseforetak og endringer i Lov om Spesialisthelsetjenesten. Kjernepunktene i reformen var:

- Statlig overtakelse av eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innen spesialisthelsetjenesten og overføring av hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statlig sektor
- At virksomhetene organiseres som foretak. Overordnede helsepolitiske mål fastsettes av staten og vil ligge til grunn for styringen av foretakene.
- Oppbygging av en struktur med regionale helseforetak (RHF) som har ansvaret for å sørge for tilbudet av spesialisthelsetjenester innen sitt område. De regionale helseforetak står som eier av de statlige helseforetak (HF) innen sitt område.

Det understrekes i proposisjonen at de enkelte RHF har ansvaret for å fremskaffe best mulige helsetjenester for de tildelte ressurser, og at dette kan oppnås både ved drift av egne institusjoner og kjøp av nødvendige tjenester fra andre.

Lov om Helseforetak definerer juridisk status og styringsstrukturen for RHF og HF. Lov om Spesialisthelsetjenesten definerer de regionale helseforetaks oppgaver i forhold til spesialisthelsetjenester innen sitt område. Staten utøver sin eierfunksjon gjennom foretaksmøtet, som blant annet bestemmer vedtekter og velger styret i de enkelte RHF.

Stortinget legger årlige rammer for helsepolitikken ved behandlingen av Ot.prp. nr. 1 fra Helse og Omsorgsdepartementet (HOD). HOD følger opp stortingets behandling med bestillerdokumenter til de enkelte RHF, som sendes i slutten av hvert kalenderår. Dette dokumentet inneholder den formelle tildeling av midler til de enkelte RHF og fastsetter krav og prioriteringer. Foretaksmøtene avholdes i begynnelsen av hvert kalenderår. Det velges styre og eieren presiserer kravene til de enkelte RHF.

15.1 De regionale helseforetakenes roller

De regionale helseforetaks roller som eier og ”sørge-for” ansvarlig omtales i flere stortingsmeldinger og proposisjoner. Går vi tilbake til St.prp. nr. 1 (2002-2003), avsnitt 1.3, ser vi der en omtale av prinsipper for gjennomføring av sykehusreformen. Det påpekes at de private helseinstitusjoner utgjør et viktig supplement til den offentlige

helsetjenesten så vel som et korrektiv med hensyn til organisering og effektivitet. Regjeringen varsler at ordningene med fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering vil bli utvidet til også å gjelde private sykehus som har avtale med RHF. Videre pekes det på at regjeringen vil utrede et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom oppgavene som bestiller og utfører av helsetjenester. Under budsjettet for de regionale helseforetak diskuteres de to rollene for RHF'ene, og det understrekes at rollen som regional konsernleder ikke svekker de helsepolitiske målsettingene som inngår i "sørge for"-ansvaret. Dette betyr blant annet at RHF benytter andre tjenesteytere når dette bidrar til en bedre løsning av de helsepolitiske målsettingene.¹

St.prp. 1 (2003-2004) omtaler samspill og mangfold i helsetjenesten.² Det understrekes at regjeringen ønsker å stimulere til at det private helsetilbud utnyttes i samspill med den offentlige helsetjenesten. Meldingen tar også opp plan- og meldingssystemet for de regionale helseforetakene.³ De regionale helseforetakenes oppgave med å sikre gode helsetjenester i overensstemmelse med de helsepolitiske målsettinger understrekes også. Videre diskuteres helseforetaksmodellen⁴, og det skrives at foretaksmodellen plasserer rollen både som bestiller og som utfører hos RHF. Dette krever på sin side at rollen som eier og som "sørge-for" ansvarlig håndteres på best mulig måte, i den forstand at eierrollen skal støtte "sørge-for" ansvaret. Det legges vekt på at forholdet til private aktører håndteres med den nødvendige kvalitet. Temaet tas også opp senere i dokumentet⁵, og igjen understrekes det at det forutsettes at private har en rolle i den offentlige helsetjenesten. Dette medfører at man må forholde seg til arbeidsdelingen mellom egne helseforetak og private aktører, herunder på hvilke områder det skal legges til rette for konkurranse. Dette skal skje innenfor gjeldende konkurranseregler, og de prosedyrer som følges når det vurderes om private skal trekkes inn i tjenestetilbudet må dokumenteres.

St.prp. nr. 1 (2004-2005) omtaler et helhetlig behandlingstilbud med samspill med private. Videre beskrives en omlegging av finansieringen av røntgen- og laboratorievirk-somhet som vil føre til at helseforetakene inngår avtaler med private leverandører (se s. 25). Videre understrekes behovet for en tydeligere organisatorisk og systemmessig markering av de to funksjonene som konsernleder og "sørge-for"-ansvar (se s. 292). Dette presiseres med at man må klargjøre innholdet i "sørge-for" funksjonen, utvikle og følge opp overordnet strategi for forholdet mellom bruk av egne eide foretak og bruk av private aktører og endelig sørge for profesjonell gjennomføring både overfor egne foretak og overfor private. Bruken av konkurranseteknikker overfor private tilbydere er også viktig. I St.prp. nr. 1 (2005-2006) gis det også en kort omtale av standardproblemstillingene med hensyn til roller og deltakelse av private.

St. meld. nr. 5 (2003-2004) om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten diskuterer bestiller-utfører organisering, og det henvises igjen til de to roller som ligger til RHF.⁶ Det vurderes slik at en full gjennomføring av bestiller-utfører modellen vil være vanskelig i praksis siden det i mange regioner ikke er grunnlag for full konkurranse på hele omfanget av tjenester. Denne organiseringen ville også kreve drift av et omfattende kontraktssystem. I departementets styringsdokumenter er det derfor lagt vekt på en klargjøring av håndteringen av de to rollene. Det refereres videre til Hagen-utvalget (NOU 2003:1) som anbefalte at det skulle legges til rette for langsiktighet, at avtaler

¹Diskusjonen utdypes også i avsnitt 6, side 125.

²Se avsnitt 1.3.

³Se del 3, kap. 1.

⁴Se avsnitt 1.1.1.

⁵Under diskusjonen av post 0732; Regionale helseforetak.

⁶Se kapittel 3.

skulle inngås med RHF og ikke HF og endelig at det bør legges til rette for direkte henvisning fra primærleger til de private spesialistene RHF har kontrakt med. Departementet konkluderer med at en vektlegging av RHF's roller i styringsdokumentene vil være å foretrekke frem for en formell deling av de to rollene.

15.2 Momenter fra bestillerdokumentene

Gjennom de årlige bestillerdokumentene fra HOD til de enkelte regionale helseforetak gis retningslinjer og prioriteringer for arbeidet videre med basis i Stortingets behandling av St.prp. nr. 1. Som hovedregel er bestillerdokumentet identisk for de forskjellige RHF når det gjelder de overordnede siktemål. En gjennomgang av bestillerdokumentene for årene 2003 til 2006 viser vektleggingen av RHF's roller med hensyn til tilveiebringelse av helsetjenester.

Bestillerdokumentet for året 2003 var spesielt grundig i behandlingen av private institusjoner og i diskusjonen av forholdet mellom "sørge for"-ansvaret og eierrollen. Det nevnes at man må forholde seg til arbeidsdelingen mellom offentlige og private aktører, herunder på hvilke områder det skal legges til rette for konkurranse. Også i 2004 er det omtale av private aktører og deres rolle i "sørge for" ansvaret. På dette området omtales spesielt rusbehandling.

I bestillerdokumentet for 2005 understrekes RHF's "Sørge for" ansvar, både når det gjelder behandling i og utenfor institusjon. Både private og offentlige institusjoner nevnes. Det er spesielt omtale av private institusjoner i forbindelse med finansiering, bl.a. private laboratorie- og røntgeninstitusjoner. For dette året blir Helse Vest pålagt å legge frem en analyse av avtaler med private spesialister⁷, og å overveie hvordan aktivitetsrapportering kan benyttes i planlegging av "sørge for" ansvaret.

I bestillerdokumentet for 2006 understrekes det at omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus skal begrenses. Sykehus eid av frivillige organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige.

15.3 Foretaksmøter

Gjennom foretaksmøtene utøver HOD sin eierrolle i forhold til de enkelte RHF. Fra og med 2005 avholdes disse årlig. Det avholdes gjerne møter i januar. Først gjennomføres valg av styremedlemmer. Dette møtet følges umiddelbart opp av et møte som tar opp retningslinjer for virksomheten. Det fremgår av referatene fra foretaksmøtene at de generelle retningslinjer er identiske for de enkelte RHF. For året 2005 ble det lagt spesielt vekt på avklaring av de to hovedroller, "sørge for"-ansvaret og eierrollen. De regionale helseforetak blir pålagt å utvikle og følge opp strategi for bruk av egne institusjoner og private institusjoner. For øvrig vises det til at for å sikre større uavhengighet må bruken av RHF ansatte i styrene i egne helseforetak begrenses. Videre skal det legges vekt på å ivareta ryddige og langsiktige relasjoner til private aktører. For dette året er det protokolltilførsler fra enkeltmedlemmer av styret for Helse Vest og Helse Øst som uttrykker bekymring om utstrakt bruk av bestiller-utfører organisering.

I foretaksmøtet for 2006 understrekes det at regjeringen primært ønsker at sentrale velferdsoppgaver skal løses gjennom det offentlige tjenestetilbudet. Omfanget av

⁷Helse Vest hadde tidligere utarbeidet et dokument om bruk av private tjenester (januar 2004), og som knytter diskusjonen til endring av ISF-reglene som gir refusjon også for bruk av dagkirurgiske tjenester fra spesialister og tjenester fra private sykehus som er godkjent av HOD.

avtaler med private kommersielle sykehus skal derfor reduseres. Det er imidlertid en positiv holdning til institusjoner eid av ideelle organisasjoner. Det er også en omtale av selskapsdannelser hvor RHF har eierinteresser. Dette har vært økende, men må begrenses. Det nevnes at ved konkurranseutsetting skal de ansattes lønns-, arbeids- og pensjonsforhold ikke forringes.

15.4 Noen normative vurderinger

Det er et par merknader som kan knyttes til den foregående gjennomgangen, delvis også basert på våre intervjuer med de ulike regionale helseforetakene. Det første momentet er de faktiske implikasjonene av de nye politiske signalene med hensyn til omfanget av bruk av private aktører. Selv om det klart uttrykkes at disse signalene vil bli fulgt opp i praktisk politikk, er det flere som peker på at det kan ta noe tid før politikken får et praktisk gjennomslag, rett og slett fordi det nylig er inngått kontrakter med flere års varighet.

Det andre momentet er at det også er flere regionale helseforetak som ikke lenger skiller mellom private kommersielle og private ideelle institusjoner. Bakgrunnen for dette er en oppfatning av at de private ideelle i mange sammenhenger opptrer som kommersielle institusjoner. Videre inngås det avtaler mellom de ideelle og kommersielle institusjoner om underleveranser etc, og som innebærer at grensene etter hvert er blitt ganske flytende. Gitt at dette er riktig, er det et betimelig spørsmål hvor fornuftig det er med en politikk som favoriserer en aktørgruppe på bekostning av en annen.

Det siste momentet berører konsekvensene av en politikk som over forholdsvis kort tid svinger mellom å gi signaler om økt bruk av private til å redusere bruken. Dette skaper rammebetingelser som er meget usikre, og som det er god grunn vil forvente vil påvirke private aktørers vilje til å etablere seg i dette markedet. Sett i forhold til de regionale helseforetakenes politikk i dag om å benytte private aktører som et supplement; som et virkemiddel til å raskt kunne ta unna køer dersom det oppstår flaskehals, vil en slik politikk fra sentral hold fort kunne innebære at det private supplementet ikke lenger er til stede for å løse slike kapasitetsproblemer.⁸

⁸DRG-satsene er sentrale i RHF'enes og HF'enes investeringsbeslutninger. En parallell problemstilling er at hyppige og uforutsigbare endringer i DRG-satser også kan ha uheldige effekter på de regionale helseforetakenes tilpasning og investeringsinsentiver.

Kapittel 16

Egenskaper ved tjenestene

Innledningsvis kan det være hensiktsmessig å foreta en presisering av hva som ligger i begrepet "spesialisthelsetjenester". Dette omfatter:

- sykehustjenester;
- medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester;
- akuttmedisinsk beredskap;
- medisinsk nødmeldetjeneste;
- luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil samt
- spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere.

Det kan i vår sammenheng være nødvendig med en ytterligere presisering av hva som menes med "sykehustjenester". Et sykehus er en medisinsk institusjon hvor pasienter blir undersøkt og behandlet og hvor de kan oppholde seg kortere eller lengre tid, alt etter behov. Det skjelles vanligvis mellom somatiske sykehus, som behandler kroppens sykdommer, og psykiatriske, som behandler sinnets lidelser. Videre skilles det mellom akutte (øyeblikkelig hjelp) og elektive sykehustjenester (det største volum av "alminneligesykdommer knyttet til innleggelse og poliklinikk). De elektive sykehustjenestene består av alt fra "enklere" dagkirurgiske tjenester som:

- dagkirurgi;
- ortopedi;
- ikke-kosmetisk plastisk kirurgi;
- øre, nese, hals;
- rygg og nakke og
- urologi

til mer kompliserte kirurgiske inngrep som gjerne krever innleggelse og etterbehandling over lengre tid. I tillegg kommer relaterte funksjoner som:

- opplærings- og utdanningsbehov for helsepersonell, inkludert studenter og turnuskandidater
- andre medisinske og administrative støttfunksjoner for ovennevnte oppgaver

Denne fortsatt relativt grove kategoriseringen av innholdet i spesialisthelsetjenesten viser likevel at vi snakker om en komplisert verdikjede av tjenester der det er ulike former for komplementariteter mellom de ulike funksjoner. Graden av slike komplementariteter, tjenestens kompleksitet (i hvilken grad det er mulig å kontraktmessig presisere tjenestens innhold) og eventuelle økte transaksjonskostnader ved ekstern produksjon vil være med å avgjøre i hvilken grad det er hensiktsmessig å konkurranseutsette hele eller deler av tjenesten.

Som vi vil komme inn på i neste kapittel, er det mulig å introdusere konkurranse i ulik form eller i ulik grad. I hvilken grad det er mulig å introdusere konkurranse avhenger i tillegg til rammebetingelsene, som vi var inne på i forrige kapittel, også av egenskaper ved tjenesten. I den grad det dreier seg om en kompleks tjeneste der det er vanskelig eller kostbart å spesifisere alle sider og detaljer ved den tjenesten som skal leveres, eller også vanskelig å kontrollere i etterkant at tjenesten er levert i henhold til det som ble avtalt, er dette et argument for intern produksjon.

Det fremgår av oversikten presentert i appendiks at det i et forholdsvis stort omfang inngås avtaler mellom de regionale helseforetak og private tjenesteleverandører. Det fremgår også at de fleste avtalene gjelder enklere helse- eller pleietjenester eller medisinske støttfunksjoner. I noen tilfeller er det avtaler med kommersielle private aktører og i andre tilfeller er det tale om langsiktige samarbeidsrelasjoner med private sykehus eller institusjoner eid av ideelle organisasjoner. I dette avsnittet vil noen momenter fra økonomisk teori bli diskutert for å få frem begreper som er relevante for å forstå bruken av private aktører i helsesektoren. Beslutningen om valg mellom egenproduksjon eller kjøp av tjenester ("make-or-buy") er nært knyttet til begreper som kjernekompetanse og transaksjonskostnader relatert til kontraktsinngåelse. Samtidig har det vært argumentert for at det går et skille mellom organisasjoner eller selskaper som har eiere som kan ta ut overskudd (som i tradisjonelle aksjeselskaper) og selskaper som ikke har anledning til å dele ut overskudd (som stiftelser eller ideelle organisasjoner).

Kjernekompetanse defineres av Milgrom & Roberts (1992, p. 107, 570) som generell kunnskap knyttet til utvikling og markedsføring av produkter i tilgrensende markeder eller i bruk av bestemte teknologier eller produksjonsformer. En bedrift som vurderer å utvide sine aktiviteter til nye produkter eller aktiviteter bør ta utgangspunkt i en vurdering av denne aktiviteten i forhold til den eksisterende kjernekompetanse. Det er hensiktsmessig å konsentrere seg om aktiviteter som ligger innen kjerneområdet eller bidrar til å utvikle kjerneområdet.¹ I forhold til diskusjonen av de regionale helseforetaks bruk av private aktører fører dette til at man ville forvente større privat aktivitet på områder som ikke faller inn under de offentlige helseforetaks kjernekompetanse. En mulighet for å definere kjernekompetansen er å se på de krav som eieren stiller til de regionale helseforetak. I vedtektene fremgår det at hovedoppgavene de enkelte RHF skal legge til rette for, planlegge, organisere og fremme innen regionen er

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell

¹Moen & Riis (2004) diskuterer kontraktsstyring i arbeidsmarkedssektoren ut fra dette begrepet.

- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

Det kan ut fra dette argumenteres for at kjernekompetansen i RHF spesielt er knyttet til skjæringsfeltet mellom pasientbehandling, forskning og utvikling. Dette betyr at en rekke aktiviteter som krever høy kompetanse, bidrar til å utvikle kompetanse eller er på områder hvor det er behov for videre utvikling naturlig ligger innen kjernekompetansen. Dette betyr også at enklere aktiviteter basert på utnyttelse av eksisterende kunnskap eller tekniske støttefunksjoner er mest aktuelle for kjøp fra eksterne leverandører.

Tidlige diskusjoner av privat versus offentlig produksjon la stor vekt på de større insitamentene til kostnadseffektivitet som ble antatt å være til stede i private markeder. Nyere litteratur har lagt større vekt på transaksjonskostnader og ikke komplette kontrakter. Transaksjonskostnader knyttet til kontraktsinngåelse fører til at alle kontrakter vil være ikke-komplette i større eller mindre grad. Dette betyr at når det gjelder mer komplekse tjenester vil det ikke vil være mulig å beskrive alle relevante aspekter av tjenesten eller ta hensyn til alle fremtidige hendelser som kan være relevante. En mangelfull beskrivelse av kvalitative aspekter av en tjeneste øker risikoen for at kontraktøren legger større vekt på egne målsettinger enn oppdragsgiverens ønsker. Et eksempel kan være en avveining mellom å redusere kostnader og levere tjenester av høy kvalitet. Ikke komplette kontrakter kan også ha betydning for kontraktørens villighet til å påta seg langsiktige investeringer eller investeringer som er relasjonsspesifikke, det vil si bare har begrenset verdi uten avtalen med oppdragsgiveren. Dette skyldes muligheten for opportunistisk atferd fra oppdragsgiveren i situasjoner som ikke er omfattet av kontrakten.

Noen eksempler fra nyere litteratur kan gi et inntrykk av de momenter som trekkes frem. Tadelis (2002) tar utgangspunkt i en teoretisk modell for intern produksjon (make) eller ekstern produksjon (buy). Intern organisering gjør det enklere å håndtere endringer. Ekstern organisering gir bedre mulighet for insitamentkontrakter som gir kostnadsbesparelser. Jo mer komplekse prosjekter, jo høyere kostnader ved å gi en fullstendig beskrivelse som reduserer behovet for ex-post endringer. Resultatet blir at komplekse produkter blir produsert internt mens enkle produkter blir produsert eksternt og med insitamentkontrakter. Brown & Potoski (2003) diskuterer forskjellige aspekter som kan føre til vanskeligheter med kontraktsinngåelse: Spesifikke investeringer, vanskelig målbare tjenester, mulighet for avvikende insitament (asymmetrisk informasjon) og fravær av kompetitive markeder for den relevante tjenesten. De viser også hvordan problemer med kontraktsutforming i større eller mindre grad kan kompenseres med forskjellige kontrollmekanismer som klagemulighet, brukerundersøkelser eller benchmarking.

Hart, Shleifer & Vishny (1997) beskriver en situasjon hvor en bedriftsleder som har kontrakt med offentlig sektor kan bruke sin innsikt til å innovere i to forskjellige retninger. Enten kan han gjennomføre tiltak som øker kvaliteten av tjenesten som leveres eller han kan finne reduksjoner i kostnader og kvalitet som ligger innenfor kontrakten, men øker hans profitt. Privat produksjon gir bedriftslederen størst insitament til innovasjon, men samtidig store insitament til å satse på kostnadsreduksjonen. Offentlig produksjon gir færre insitament til innovasjon men samtidig mindre mulighet for at kostnadsreduksjon er avgjørende. Offentlig produksjon er derfor best når det er store

negative konsekvenser for kvalitet av kostnadsreduksjoner, eller når det er store positive effekter av kvalitetsøkninger. Muligheten for å beskrive forskjellige aspekter av tjenestene som skal leveres er også et sentralt tema i Hart (2003).

I arbeidet av Hart et al. (1997) ble det lagt vekt på avveiningen mellom hensynet til kvalitet og hensynet til kostnadsreduksjon i privat virksomhet. Kostnadsreduksjoner er her antatt å øke eierens overskudd fra bedriften. Det eksisterer flere organisasjonsformer hvor det ikke er en eiergruppe som mottar overskuddet fra driften. Dette gjelder for eksempel stiftelser eller ideelle organisasjoner. I deler av litteraturen legges det vekt på denne egenskapen. Glaeser & Shleifer (2001) argumenterer for at non-profit organisasjoner er aktive på en rekke områder hvor kvalitet i tjenesten tillegges stor vekt på grunn av de antatte svakere insentiver til å utnytte muligheter for kvalitetsreduksjoner.

Noen av momentene som er trukket frem i diskusjonen over:

- Er tjenesten komplementær med kjernekompetansen
- Vanskelig å inngå komplette kontrakter,
 - Komplexitet med hensyn til beskrivelse av innhold og kvalitet av tjenesten (standardbehandling, individuell, situasjonsspesifikk)
 - Heterogenitet mellom klienter, viktighet av likebehandling
 - Mulighet for å kontrollere kvalitet i ettertid
 - Forutsi relevante fremtidige omstendigheter ved langsiktige avtaler
- Omfanget av transaksjonsspesifikke investeringer
 - Realkapital eller humankapital
- Private aktører med forskjellig organisatorisk status (AS, stiftelse, ideell organisasjon)

En del litteratur legger vekt på muligheten for å oppnå langsiktig samhandling mellom aktører på områder hvor det ikke er mulig å inngå komplette kontrakter. Et kjernebegrep er her relasjonelle kontrakter, det vil si kontrakter som ikke er komplette men som likevel overholdes fordi partene har en interesse av å opprettholde samhandlingen på lengre sikt. Opportunistisk atferd i forhold til en ikke komplett kontrakt vil ha en kostnad for aktørene ved at fremtidig samarbeid avbrytes. Gevinsten ved å bryte en kontrakt må derfor avveies mot fremtidige inntekter fra samarbeid. Baker, Gibbons & Murphy (2001, 2002) formaliserer denne typen problemstillinger innen rammen av likevekt i gjentatte spill. Analysen retter seg spesielt mot valget mellom intern eller ekstern produksjon. Selv om begge disse organisasjonsmåtene kan opprettholdes ved relasjonelle kontrakter, vil organiseringen av produksjonen ha betydning for aktørens insitamenter til å bryte den relasjonelle kontrakten. Ekstern produksjon gir i utgangspunktet produsenten større sikkerhet, men gir samtidig insitamenter til uproductive investeringer i alternativ anvendelse av produktet som forbedrer den eksterne produsentens posisjon i forhandlinger om fordeling av overskuddet ved samhandlingen. Intern produksjon gir eieren større insitamenter til å bryte kontrakten. På denne måten vil intern eller ekstern organisering av produksjonen ha betydning for om en relasjonell kontrakt kan opprettholdes. I tillegg til dette generelle resultatet gir disse analysene grunnlag for mer spesifikke konklusjoner. Som eksempel kan nevnes at stor volatilitet i prisene for leveringen av produktet vil fremme intern organisering og at

insitamentkontrakter vil bli brukt i høyere grad ved ekstern produksjon enn ved intern produksjon.

Av hensyn til konkurranse mellom aktører legges det i noen situasjoner begrensninger på offentlig sektors mulighet for å inngå langsiktige kontrakter. Begrunnelsen er at kortsiktige kontrakter vil gi aktørene høyere grad av eksponering for konkurranse. Det er imidlertid mulig å finne argumenter i den teoretiske litteraturen for at langsiktige kontrakter kan være hensiktsmessige. Dette gjelder for eksempel med hensyn til mulighet for å etablere relasjonelle kontrakter og i situasjoner hvor det er tunge relasjonsspesifikke investeringer. Her er det mulig at en hensiktsmessig organisering av oppdragene kan redusere dette potensielle spenningsforhold. Man kan for eksempel tenke seg en organisering av et oppdrag slik at offentlig sektor står som eier av de tyngste relasjonsspesifikke kapitaltyper mens et eksternt selskap står for drift og organisering av tjenesten. I hvilken grad denne typen løsninger er aktuelle avhenger blant annet av om de relasjonsspesifikke investeringer gjelder real- eller humankapital. Hart (2003) beskriver en organisering hvor det offentlige står som eier av bygninger til helseformål, mens private selskap konkurrerer om bemanning og drift.

Kapittel 17

Organisatoriske forutsetninger

I dette kapittelet vil vi se nærmere på de organisatoriske forutsetningene for å introdusere konkurranse i den norske spesialisthelsetjenesten. Diskusjonen vil ta utgangspunkt i en bestiller-utfører modell; en modell som gjerne regnes som en organisatorisk forutsetning for å konkurranseutsette virksomhet som tidligere har vært preget av offentlig enerettsproduksjon. Siktemålet med drøftingen er å se på i hvilken grad de organisatoriske forutsetningene er tilstede i spesialisthelsetjenesten, og eventuelt komme med tilrådinger om hvilke organisatoriske tillempninger som må til for å bedre forutsetningene for konkurranse. Denne delen av drøftingen vil skje med et bakteppe av internasjonale erfaringer og tilnærminger.

Før vi begynner på den mer prinsipielle diskusjon kan det være hensiktsmessig å definere nærmere hvem som er bestiller og hvem som er utfører, og hva som er de respektive oppgaver og ansvar i den norske spesialisthelsetjenesten.

En slik presisering er nødvendig ikke minst fordi vi i en helsesammenheng kan tenke oss bestillere på ulike nivå; fra det statlige gjennom styringsdokumentene helt ned til det enkelte helseforetak. En naturlig avgrensing i denne sammenhengen er å tenke på RHF som bestiller og da knyttet til det regionale ”sørge for ansvaret”.

Men hva menes egentlig med dette ansvaret? Uten å gå alt for dypt inn i den problemstillingen, er det i kortversjonen vanlig å presisere ”sørge for ansvaret” med at de regionale helseforetakene må kunne gi et forsvarlig tilbud til alle sine pasienter. Hvis vi skal gå litt ut over kortversjonen, må vi gå til Helseforetaksloven og Spesialisthelsetjenesteloven.

Formålet ved Helseforetaksloven er å bidra til at det ”opprettene regionale helseforetak som etter eiers retningslinjer skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten, samt legge til rette for forskning og undervisning”. Videre skal lovgivningen legge til rette for at de regionale helseforetakene skal ”organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak”. Det er helseforetakenes formål ”å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.” Den nærmere konkretisering av ”sørge for ansvaret” finner vi imidlertid i Spesialisthelsetjenesteloven, der vi kan lese at de regionale helseforetakene skal ”sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon”.

Vi kan i prinsippet tenke oss at sørge for ansvaret er knyttet til alle tjenester som direkte eller indirekte er knyttet til ansvaret for å kunne tilby forsvarlig spesialisthelsetjenester. I Spesialisthelsetjenesteloven er det nærmere presisert som:

- sykehustjenester;
- medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester;
- akuttmedisinsk beredskap;
- medisinsk nødmeldetjeneste;
- luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt;
- tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk;
- transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt
- transport av behandlingspersonell.

Utfører kan være de ulike HF eller andre aktører i og utenfor ”konsernet”, dvs. egne datterforetak, private sykehus, private spesialister, helseforetak utenfor egen region og utenlandske sykehus. Ingen av utførerne, heller ikke datterforetakene, vil ha noe sørgefor-ansvar overfor en befolkning utover det som fremgår av avtaler med et regionalt helseforetak.

De ulike regionale helseforetakenes oppgaver er altså i hovudsak knyttet til to ansvarsposisjoner og roller:

- ”Sørge for” ansvaret i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven, der det regionale helseforetaket er pålagt ansvaret for å sørge for at innbyggerne i helseregionen får nødvendige spesialisthelsetjenester.
- Eier av helseforetakene som er hovedleverandør av helsetjenester, og konsernledelse.

I ”sørge for” ansvaret ligger det et ansvar for å definere behovet for tjenester i helseregionen, utforme ”bestilling” av tjenester hos egne helseforetak og eventuelt hos private tjenesteleverandører samt stille krav til tjenestene både når det gjelder kvalitet og service.

Eieransvaret blir benyttet til å ivareta og støtte ”sørge for” ansvaret, nærmere bestemt å sette de enkelte helseforetakene i stand til å ivareta oppgavene på en forsvarlig måte, dimensjonere og fordele funksjoner og samordne på tvers av helseforetakene. Vi kan merke oss at eieransvaret også omfatter målsettinger knyttet til å sikre effektiv ressursutnyttning så vel som å benytte styringsinformasjon systematisk til å utvikle tjenestetilbudet.

De regionale helseforetak kan i prinsippet fordele oppgaver og penger innenfor følgende modellytterpunkter:

- Konsernorganisering: Så langt egen kompetanse rekker, får hvert datterforetak monopol innenfor tildelte geografiske områder, kun modifisert av fritt sykehusvalg.
- Åpen anbudskonkurranse: Alle spesialisthelsetjenesteoppgaver, i prinsippet også akutte, legges ut på anbud, og må vinnes i regelmessige, åpne anbudskonkurranser.

Modellene trenger ikke rendyrkes, i prinsippet kan man ha konsernorganisering for enkelte oppgaver og anbudskonkurranse for andre. Videre finnes det selvsagt en rekke mellomformer, for eksempel lukket anbudskonkurranse og kvasikonkurranse, der man ikke konkurranseeksponerer virksomheten som sådan, men måler seg med sammenlignbare virksomheter. "Benchmarking" eller målestøkkonkurranse er en form for kvasikonkurranse.

Fokus her er potensialet for konkurranse innefor spesialisthelsetjenesten. Klare og separate roller mellom bestiller og utfører av helsetjenester regnes ofte som en organisatorisk forutsetning for å introdusere konkurranse. Det vil også være andre fordeler med et klart skille mellom disse rollene, ikke minst tydeliggjøring av ansvars- og oppgavefordeling. Vi kan således tenke oss at bestiller-utfører organisering også vil kunne være aktuelt innenfor en konsernorganisering.

I det følgende vil vi se på ulike aspekter ved bestiller-utfører organisering mer generelt, i hvilken grad slik organisering er implementert på ulike nivå i de norske helseregionene. Aspekter ved bestiller-utfører organisering i helsevesenet i noen utvalgte land vil også inngå i en gjennomgang presentert i eget appendiks.

17.1 Om bestiller-utfører organisering

I kjølvannet av New Public Management tankegangen og litteraturen har vi de siste 10-15 årene sett ulike varianter av bestiller-utfører organisering brukt som en del av moderniseringsarbeidet for den offentlige sektor i store deler av Europa. Dels er dette motivert av behov for mer hensiktsmessige arbeidsdelinger mellom offentlig og privat sektor, dels er det et uttrykk for en søken etter tiltak for en mer effektiv og brukerorientert offentlig virksomhet. Siden helsetjenesten ofte utgjør den største delen av offentlig sektor, er mange av reformene også rettet inn mot denne sektoren (NOU 2005:3).

Bestiller-utfører organisering for offentlig virksomhet skiller seg fra tradisjonell hierarkisk organisering (se Nesheim og Vathne (2000)) ved at:

- Det skilles mellom myndighetsutøving og tjenesteproduksjon
- De to oppgavene utøves av ulike enheter i organisasjonen
- Bestilleren definerer innhold og kvalitet på tjenestene og er ansvarlig for oppfølging og kontroll av utfører.
- Utfører er ansvarlig for tjenesteproduksjonen
- Kontroll og oppfølging finner sted i et avtaleforhold mellom bestiller og utfører

Bestiller-utfører modellen representerer i prinsippet en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring. I stedet for å styre gjennom myndighet skal styringen skje gjennom forhandlinger og kontrakter mellom bestiller og utfører. En slik bestillerfunksjon omfatter gjerne ansvar for behovsvurderinger i forhold til befolkning, å balansere ulike behov mot behandlingsmessige muligheter, vurdere handlingsprogrammer for fremtiden og innarbeide disse hensyn i kontrakter, oppfølgingssystemer etc. (NOU 2005:3).

Det er pekt på at målsettingen med bestiller-utfører organisering innenfor helsetjenestene er å skape et press som kan få tjenestene mer fremtidsrettet, mer brukerorientert og med bedre kvalitet og ressursutnyttelse. Selv om man gjerne tenker på bestiller-utfører organisering i sammenheng med konkurranseeksponering, er det viktig å huske på at en slik organisering også kan være aktuell både når de ulike tjenesteutførende

enheter utfører en tjeneste og det ikke er konkurranse om oppdraget. Det kan være flere grunner til at en bestiller-utfører organisering kan være aktuell også når tjenesten ikke er konkurranseutsatt.

I Nygård (2000) pekes det på at det er problematisk når forvaltnings- og driftsansvaret er lagt til samme linjeledelse innenfor organisasjonen. Dette skyldes at de to rollene er prinsipielt uforenlige; ved at tildeling av hjelp, selve utførelsen av tjenesten og klagebehandling er plassert på samme nivå. Dette kan føre til uklare bestillinger, fravær av reell kontroll og utydelig politiske ansvar. I det første tilfelle vil altså formålet med en bestiller-utfører organisering være å avklare roller og ansvarsforhold i organisasjonen, samt å bidra til spesifisering av og kontroll med innhold og kvalitet på en tjeneste. En bestiller-utfører organisering kan altså bidra til å:

- Tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling
- Tydeliggjøre innhold og kvalitet på tjenestene
- Sikre klar viten om hva en skal drive
- Konsentrasjon om driftskompetanse
- Tilgang på virkemidler slik at ansvaret blir reelt
- Dokumentasjon av at driften er som forventet
- Oppleve konsekvenser av egen innsats

Ut fra denne tankegangen argumenteres det for at man altså bør rendyrke rollen som etterspørter (bestiller) og rollen som tilbyder (utfører). I en veileder for bestiller-utførerorganisering i pleie- og omsorgssektoren utarbeidet av Kommunens Sentralforbund¹ pekes det på erfaringer som tyder på at bestiller-utfører organisering nettopp kan gi klarere ansvars- og myndighetsforhold mellom politikere og administrasjon og mellom ulike enheter i administrasjonen, bedre styring og utnyttning av tverrfaglig kompetanse, økt brukerorientering samt økt kostnadsbevissthet og produktivitet.

Argumentene over for en bestiller-utfører organisering vil være gyldige uavhengig av om det er aktuelt å konkurranseutsette enheter i organisasjonen eller ikke. Men når en enhet i organisasjonen blir utsatt for konkurranse kan det anføres et sett med argumenter for en bestiller-utfører organisering i tillegg til de som ble påpekt over.

For det første kan en bestiller-utfører tankegang bidra til likebehandling av konkurranter om et oppdrag. Prinsippet blir et virkemiddel for å sikre rettferdig konkurranse" mellom intern enhet og private bedrifter. Ved å skille mellom bestiller- og utførerrollen internt i den kommunale organisasjonen skal man unngå inhabilitet ved utarbeidelse av konkurransegrunnlag og vurdering av tilbud. Den interne driftsenhet (mulig utfører) skal være skilt fra bestillerenheten og i prinsippet være likestilt med en ekstern privat bedrift. En slik organisasjonsmodell legger også til rette for at kontrakter og avtaler med interne leverandører blir fulgt opp på samme måte som kontrakter og avtaler med private leverandører. Kontroll og oppfølging av tjenesteproduksjonen skal finne sted basert på et avtaleforhold, uansett om det er en privat bedrift eller en intern utfører enhet som er ansvarlig for driften. Det er klart at dette stiller store krav til kompetanse knyttet til bestillerrollen.

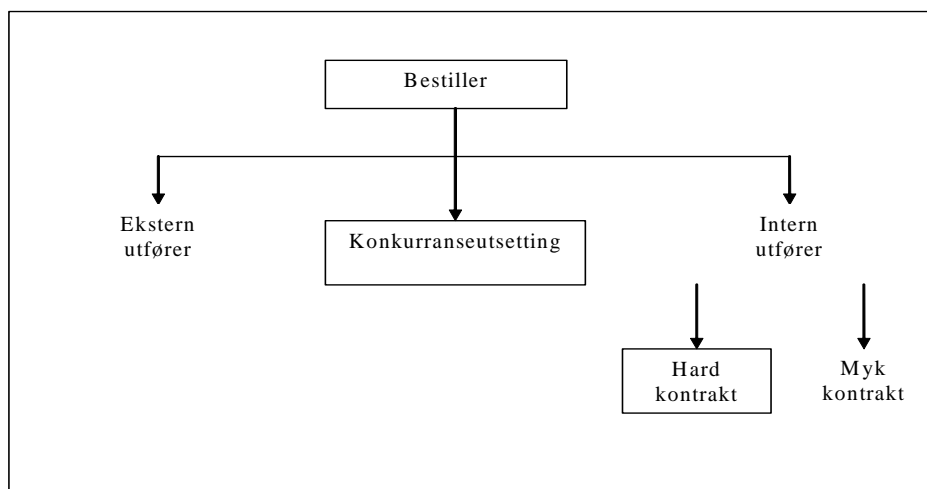
¹Se <http://www.ks.no/templates/Page.aspx?id=17572> eller KS (2004).

I tråd med dette nevnes gjerne også bestiller-utfører organisering som en organisatorisk forutsetning ved innføring av andre markedsmekanismer i organisasjonen. Eksempelvis står det i en veileder for innføring av brukervalg publisert av KRD at "For noen tjenestetyper må kommunen ha en bestiller-utfører-organisering for at brukervalg skal kunne innføres. Det vil si at tjenesteleveringen (driften) og -tildelingen (forvaltningen) må være skilt organisatorisk."² Det pekes på at dette er nødvendig både for å sikre at tjenestetildeler (forvalter) ikke påvirker brukerne til å velge kommunen som tjenesteyter, og for å kunne gi den kommunale tjenesteyteren så langt som mulig samme økonomiske og andre rammebetingelser som andre tjenesteytere. Konkurransespektet ved en bestiller-utfører modell er illustrert i figur 17.1 nedenfor.

I alternativet ved ekstern utfører vil bestillerenheten bestille varer/tjenester fra private leverandører uten konkurranse med interne virksomheter eller enheter. I alternativet med intern utfører vil interne virksomheter konkurransesettes, dvs. at de må konkurrere med private aktører om leveransene. Vi kan også tenke oss at bestillingen går til interne virksomheter uten noen konkurranse.

Selv om ikke helseforetaket eller helseregionen reelt sett konkurransesetter driftsenheter som i figuren over, vil konkurranseelementet kunne skapes gjennom enten å skape såkalte kvasimarkeder eller ved å bruke trusler om konkurransesetting som styringsmiddel der konkurranse ikke finnes. Dette kan gjøres ved opprettelse av interne markeder eller ulike metoder for sammenligning. I Bush og Vanebo (2001) pekes det på at

Figur 17.1: Bestiller og ulike former for utførere (kilde: Bush og Vanebo, 2001)



Tre forhold eller prinsipper må foreligge før en kan snakke om interne markeder:

1. Etablering av klare og separate roller for bestiller og utfører
2. Etablering av interne kontrakter som regulerer forholdet mellom disse to rollene
3. Etablering av et system for prissetting som støttes av tilpassede regnskapssystemer

²Se http://odin.dep.no/krd/norsk/dok/andre_dok/veiledninger/016051-991104/hov002-bn.html.

17.2 Utfordringer ved bestiller-utfører organisering

Det er også grunn til å peke på noen andre sider ved bestiller-utfører organisering. For det første krever det å opptre som en profesjonell bestiller oppbygging av bestillerkompetanse, i den grad dette ikke er til stede i organisasjonen. Dette illustreres av Helse Vest RHF's reorganisering i 2005, med en egen bestillerenhet grunnet i et ønske om et klarere skille mellom sørge-for ansvaret og eier av underliggende helseforetak:

”Konklusjonen så langt er at fagavdelinga treng å få tilført juridisk kompetanse for å sikre tilstrekkelig kvalitet ved anbudsprosessar, tilhøyrande forhandlingar og oppfølging av avtaler, ved kjøp av tenester utanfor eigne helseforetak. Innkjøpsprosessane er omfatta av reglane for offentleg anskaffing.” (Styresak 107/05B).

Slik profesjonell bestillerkompetanse er nødvendig selv om man ikke går hele veien til en rendyrket bestiller-utfører organisering.

Det er videre langt fra uproblematisk å innføre dette organisasjonsprinsippet. For det første kan en bestiller-utfører organisering ha en rekke ugunstige konsekvenser: Økte samhandlingskostnader, oppsplitting og manglende helhetsansvar, dobling av kompetanse og unødig byråkratisering av en relasjon som må fungere fleksibelt. Nesheim og Vathne (2000) peker videre på at man i praksis må tilpasse prinsippet til et eksisterende hierarki og rapporteringsforhold.

Et skille mellom myndighet og drift vil naturligvis endre den hierarkiske organisasjonen, men vil imidlertid i liten grad kunne frikoble bestiller-utfører relasjoner fra hierarki og over- og underordningsforhold i organisasjonen. Innføring av bestiller-utfører prinsippet medfører derfor at relasjoner basert på avtaler vil eksistere side om side med relasjoner basert på hierarki og legitim autoritet. Nøkkelspørsmålet blir hvordan bestillere og utførere er plassert i den hierarkiske organisasjonen.

17.3 Tilnærminger i de regionale helseforetakene

I hvilken grad kan vi identifisere B-U tilnærminger i spesialisthelsetjenesten i Norge? Vi noterer oss at det i Agenda (2005) foreslås å helt avvikle målsettingen om å innføre bestiller-utfører tenking i denne sektoren med bakgrunn i at det er vanskelig å finne slike tilnærminger i praksis: ”Bestiller-utfører tankegangen synes ikke reelt sett å ha slått gjennom på noen avgjørende måte i styringen av den norske spesialisthelsetjenesten.” (side 11). Det kan likevel være hensiktsmessig å ta en titt på om det likevel skulle finnes noen tilløp til slik tenkning, og hva som ligger bak av prinsipiell tenkning rundt dette.

Bestillerenheter i de regionale helseforetakene

Fra og med 2005 satte HOD krav til de regionale helseforetakene om tydeligere organisatorisk og systemmarkering mellom de to rollene som henholdsvis ivaretaker av ”sørge for” ansvaret og eier av underliggende helseforetak, jf omtale i St.prp. nr. 1 for (2004-2005). Det uttrykte siktemålet var bedre organisatorisk understøtting av de to rollene for å verne om det helhetlige ansvaret som er lagt til de regionale helseforetakene. I denne sammenheng ble det også pekt på bruken av, og relasjonen til private virksomheter, herunder at det skulle tilstrebes langsiktighet og for-utsigbarhet i rammebetingelser for avtalepartnere. Som vi vil se av det følgende er det enkelte av

helseforetakene som var ute med organisatoriske tilpasninger i forkant av dette kravet, mens andre har tilpasset seg i etterkant.

I "Årlig melding" for 2002 kan vi lese at Helse Sør vurderer å organisere konsernnivået i to avdelinger; En "eieravdeling" og en "sørge for"-avdeling. Videre skulle det vurderes om det er mulig å tillemppe et klart skille mellom bestiller og leverandør innad i konsernet. I styresak for Helse Sør, 101/2004, ble det besluttet å opprette en egen bestillerenhet som skulle håndtere avtaler med spesialister, private tjenesteleverandører og røntgeninstitutter og laboratorier. Bakgrunnen var ønsket om en bedre utøvelse av de to hovedroller til RHF. Denne enheten ble etablert i mars 2005, som omtalt i rapporteringen til HOD for 2005.

Proessen i forbindelse med innkjøp av tjenester fra private aktører drives altså fra bestillerenheten. Bestillerenheten er formelt en del av fagavdelingen, og består av to personer med økonomifaglig bakgrunn, og baserer hva som skal kjøpes inn av private helsetjenester på et samspill med fagavdelingen for øvrig. Innkjøp av tjenester involverer således mange parter av organisasjonen, i henhold til tjenestens art.

Når det gjelder den praktiske gjennomføring av anbud, for eksempel med hensyn til at regelverk og formaliteter overholdes, skjer dette med utgangspunkt i ekspertise hos Sykehuspartner. Sykehuspartner ble etablert i oktober 2003 som en egen enhet i Helse Sør. Målet med etableringen var at helseforetakene i Helse Sør skal kunne ha full fokus på sin primær oppgave, dvs. pasientbehandling, mens Sykehuspartner produserer støttetjenester innenfor områdene innkjøp, lønn/økonomi/personal (LØP) og informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT).

Helse-Øst RHF valgte først det de kalte en integrert modell uten et entydig organisatorisk skille mellom bestiller- og utførerrollen. Bestillerrollen i Helse Øst ble etablert gjennom en egen bestillerenhet fra midten av 2003, og den integrerte tilnærmingen innebar at dette internt var organisert gjennom et samspill mellom medisin og helsefag, økonomi og bestillerenheten, og med en Styringsgruppe som ble ledet av administrerende direktør. Bestillerenheten inngikk, og forvaltet avtaler med bl.a. private ideelle organisasjoner, avtalespesialister og private kommersielle sykehus. Den "integrerte" tilnærmingen var nærmere presisert ved at det er et "samspill mellom medisin- og helsefag, økonomi og bestillerenheten".

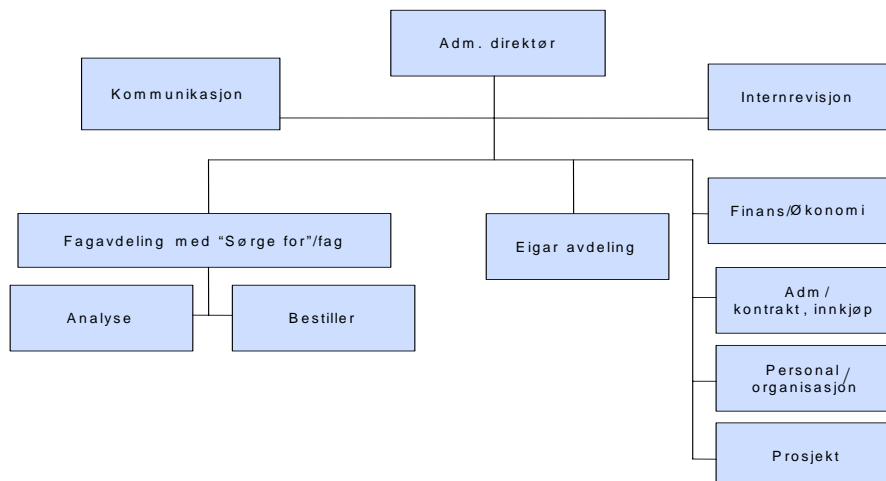
Bestillerenhet ble i 2005 oppgradert til en egen avdeling for eksterne helsetjenester. Denne avdelingen har ansvaret for å bestille spesialisthelsetjenester hos de private aktørene. Med dette introduserte Helse-Øst altså et sterkere organisatorisk skille mellom eier- og bestillersiden, men ikke så sterkt at bestillerenheten også opptre som bestiller i forhold til de interne enhetene. Helse-Øst har altså en klar eierside og en klar bestiller-side, og det helhetlige ansvaret for en optimal ressursutnyttelse i forhold til "sørge for" ansvaret innenfor helseregionen ligger hos administrerende direktør. Behovet for å kjøpe vurderes ut fra egen kapasitet. Når direktøren for eksterne helsetjenester legger ut en bestilling, er det altså ut fra en kravspesifikasjon som baserer seg i stor grad på hva helseregionen selv har av kapasitet, og hva den trenger.

En følge av at St.prp. nr. 1 for (2004-2005) satte krav til et tydeligere organisatorisk og systemmarkering mellom de to rollene som henholdsvis ivaretaker av "sørge for" ansvaret og eier av underliggende helseforetak, var at Helse Vest i styredokumenter pekte på behovet for i) å gjennomføre systematiske prosesser for å identifisere tjenestebehov i regionen og se hvordan dette relaterte seg til pasientrettigheter og andre overordnede rammer for prioriteringer samt ii) utvikle og følge opp en overordnet strategi for forhold mellom bruken av helseforetak innenfor 'konsernet' og private virksomheter. Det pekes videre på at det basert på strategien for arbeidsdeling mellom egne helseforetak og private aktører må gjennomføres "god styring av egne helseforetak og

god bruk av konkurranseteknikker overfor private tilbydere”.

Et mer konkret tiltak, og da relatert til en bestiller-utfører tilnærming, er at det ble opprettet en eieravdeling med ansvar for linjen til egne enheter. Det er fagavdelingen som ivaretar bestillingen til egne enheter og hos eksterne. Bakgrunnen for denne endringen var nettopp ønsket om et skille mellom disse funksjonene.³ Ny organisatorisk struktur fra 2005 er vist i figuren under.

Figure 17.2: Organisatorisk struktur i Helse Vest RHF fra 2005



(Kilde: Styresak 53/05B).⁴

I Styresak 40-2005 om ”Policy for bruk av private aktører i Helse Nord” kan vi lese at den strategiske utfordringen for Helse Nord i forhold til sørge-for-ansvaret og bestillerrollen, er beslutningene om hvor oppgaver skal plasseres når det er muligheter for å legge de enten til egne foretak eller til private. De strategiske valgene tas ut fra vedtatt nasjonal og regional policy og tilhørende budsjettvedtak for å realisere policyen. Vi kan lese at ”Et overordnet mål er i denne sammenhengen å benytte de samlede ressursene på en god måte”. Den konkrete oppfølgingen av styringsbudskapet i St.prp.nr.1(2004-2005) er at det ble opprettet en intern bestillerenhet i Helse Nord RHF fra 1.januar 2005.⁵

Bestillerenheten har ansvar for kjøp private spesialisthelsetjenester, både direktetjenester pluss medisinske støttetjenester i form av laboratorium og røntgen. Bestillerenheten for kjøp av private spesialisthelsetjenester / medisinske støttetjenester (lab/røntgen) ble lagt til seksjon for forretningsutvikling, og skal håndtere alle avtaler med private helseaktører, og relasjonen til private aktører generelt, både operativ virksomhet samt gi innspill til strategiske beslutninger ut fra faglige råd. Bestillerenheten er integrert med øvrige deler av virksomheten ved at det ved behov lånes medarbeidere fra andre avdelinger med relevant kompetanse i forhold til bl.a. gjennomføring av anbudsrunder. Men selv om bestillerenheten slikt sett er en ganske integrert enhet i organisasjonen, er det gjort et skille ved at bestillerenheten er lagt til forretningsseksjonen og tatt ut av fagseksjonen, samtidig som at man samarbeider ganske tett med både fagdirektør og de ansatte på fagseksjonen.

³Se Styresak 53/05 B og 107/05 B.

⁵I første omgang som en prøveordning.

Helse Midt-Norge peker i sin årlige melding for 2005 på at det er en forutsetning for virksomheten at tjenester fra private sykehus og laboratorier inngår som en del av tilbudet til regionens befolkning, både som et "kapasitetstilskudd der det er behøvelig, for å gi pasientene flere alternativ å velge mellom og for å skape økt konkurranse". Imidlertid pekes det også på at som eier av de helseforetakene som skal konkurrere med de private tilbydere kommer Helse Midt-Norge i en dobbeltrolle, og at problemet forsterkes ved at det er vanskelig å sammenligne de private aktørers tilbud med det vi kan oppnå i egne foretak, både når det gjelder kvalitet og pris.

Til tross for at det erkjennes at det kan oppstå situasjoner der de private tilbydere hevder at egne foretak favoriseres, tror ikke Helse Midt-Norge at problemet kan løses gjennom endringer i den interne organisering. I "Årlig melding 2005" uttrykkes det derimot "behov for å klargjøre den policy som skal ligge til grunn for kjøp tjenester fra kommersielle aktører. Det må tydeliggjøres hva formålet med kjøp av tjenester fra private skal være, og hvilke særlige hensyn som må ivaretas på dette området. Videre må det fastlegges kriterier for beslutning om hvilke tjenester som skal kjøpes fra private, i hvilke mengder de skal kjøpes, og hvilke priser som er akseptable."

I praksis har Helse Midt-Norge altså en ansvarsfordeling, men ikke en egen bestillerenhet. Når det gjelder bestillinger overfor private aktører innenfor helse, så er dette avtaleteknisk, anbudsteknisk og juridisk organisert hos stabsdirektøren, som også besitter den juridiske kompetansen. Innholdsmessig, dvs. den faglige delen av bestillingen, er ivaretatt gjennom fagavdelingen og fagdirektøren. Så selv om det ikke er en egen bestillerenhet, mener fagdirektøren at det er tydelig hvor ansvaret ligger, og hvem som gjør hva. Imidlertid pekes det også på at det internt har vært, og er en kontinuerlig diskusjon om hva som er riktig organisering, og om det skal etableres en egen bestillerenhet.

Et eksempel på bestillerenheter i de enkelte helseforetakene

St. Olavs Hospital er ett av syv universitetssykehus i Norge. St. Olavs Hospital fungerer som lokalsykehus for deler av befolkningen i Sør-Trøndelag. Samtidig er det et regionsykehus for Midt-Norge (Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag). I tillegg ivaretar St. Olavs Hospital enkelte flerregionale og nasjonale funksjoner. I Breivoll og Kviseth (2002) beskrives det en såkalt "Ny økonomimodell" som St. Olavs hospital innførte fra og med regnskapsåret 2003. Det vises til at tiltaket var et ledd i å oppnå effektivitet og bedre økonomisk styring, og at modellen har visse fellestrekk med en bestiller-utfører modell. I denne modellen er de kliniske avdelingene skilt ut som "bestillere" og det er laget et "indre marked" som styres av en forretningsdrift, St. Olavs Driftsservice, kalt "utfører".

Økonomimodellen ved St. Olavs hospital er vel kanskje mer av teknisk karakter, med mange endringer i strukturelle forhold som blant annet budsjettoppbygging og inngåelse av interne kontrakter, enn en bestiller-utfører modell som sådan. Det kan likevel være hensiktsmessig å kikke litt nærmere på systemet for interne kontrakter, ikke minst fordi det bereder veien for et mer markedsorientert system. I Meyer og Waage-Rasmussen (2006) pekes det nettopp på én av tankene bak internprisingssystemet er at en del støttetjenester, som driftstjenestene, i prinsippet kan konkurranseutsettes, og derfor legger man til rette for det. Det vises til at St. Olavs Hospital så langt ikke har vurdert å konkurranseutsette noen av støttetjenestene i helseforetaket, men at enhetene som tilbyr støttetjenester har forståelse for at dette spørsmålet kan bli tatt opp til nærmere vurdering og at konkurranseutsetting kan iverksettes.

Breivoll og Kviseth (2002) viser til at det er to avtaletyper; en intern rammeavtale

og egne leverandøravtaler. Den interne rammeavtalen beskriver bl.a. når og hvordan avtalen skal evalueres, hvordan avregning mellom "utfører" og "bestiller" skal foregå og beskrivelse av bestillingen i grove trekk. De ulike leverandøravtalene er bygd opp med en mer juridisk orientert del og en beskrivende del. Hver enkel leverandøravtale er tilpasset den enkelte utførende enhet sin tjeneste i en, volum og pris. Avtalens juridiske side er lik for alle enheter, og det pekes på at inspirasjonen klart er hentet fra det private næringsliv. For eksempel er ansvarsbegrensning sterkt poengtert, i forhold til egne produserte tjenester og de underleverandører utfører velger å benytte.

I Breivoll og Kviseth (2002) gis det også en oversikt over interne avtalepartnere som det på det tidspunktet oppgaven ble skrevet, var inngått avtale med:

- Intern kontrakt St Olav Driftsservice som omfatter leverandøravtaler for områdene Renhold, Mat og Cafe, Transport og sikkerhet, Allmenn teknikk, Medisinsk teknikk, Logistikk og forsyning, Lønn og regnskap, Sterilforsyning samt leverandøravtaler for Barnehager som omhandler driften av sykehusets barnehager.
- Intern Husleiekontrakt som forplikter de respektive avdelingssjefer.
- Interne kliniske. Avtale som omfatter de tjenester som avdelingene leverer til de kliniske avdelingene som Laboratorier/klinisk kjemi, Billeddiagnostikk, Anestesi og intensiv

17.4 Drøfting av organisatoriske forutsetninger

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. 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 innsattsstyrt finansiering. Det er ingen konkurransemessig fastsettelse av priser eller relasjoner.

Videre har man en fastlegeordning, der primærlegen får et fast tilskudd per tilknyttet pasient, 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.

Den norske modellen skiller seg fra den britiske langs flere dimensjoner. I Storbritannia har bestiller (kjøper) av sykehustjeneste ingen direkte interesser i selger av tjenestene (sykehusene). Her er det to typer kjøpere. Den største gruppen er regionale helsemyndigheter. Den andre gruppen er legegrupper. Ingen av disse gruppene har eierinteresser i britiske sykehus.

I Norge valgte man å ikke formelt skille bestiller og utfører. RHF'ene er kjøper av sykehustjenester, samtidig som de eier en vesentlig andel av selgerne av sykehustjenester (HF'ene). En del av Hagen-utvalgets mandat (Sykehusfinansieringsutvalget) var at utvalget skulle vurdere et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom oppgavene som bestiller og utfører av sykehustjenester. Her går ikke utvalget særlig langt, men utvalget foreslår at regionale helseforetak bør gjennomgå sin virksomhet med tanke på å konkurranseutsette deler av den. Utvalget peker på at anbudskonkurranse mellom private virksomheter og mellom private og offentlige virksomheter, vil være et sentralt virkemiddel i denne sammenhengen. Private helsetilbydere skal kunne inngå avtaler på

regionalt nivå, avtalerelasjonene skal være langsiktige, primærhelsetjenesten skal kunne henvise direkte til de private sykehus og spesialister som det er inngått avtale med, og private sykehus med avtale med RHF kan, på lik linje med offentlige sykehus, utøse refusjon for poliklinisk virksomhet. Ikke minst forslaget om at de private sykehusene også skal kunne inkluderes i fritt pasientvalg vil understøtte målsettingene om å introdusere økt fleksibilitet og konkurranse.

Utvalgets forslag her kan sees i sammenheng med utvalgets forslag om å overføre bestiller-ansvaret for "utenlandsmilliarden" til de regionale helseforetakene. Det blir altså opp til RHF å vurdere hvor det er best (billigst) å behandle pasienten, med ekstra innsats i helseforetakene, kjøp av private tjenester i Norge eller i utlandet. Imidlertid peker utvalget selv på at man innenfor dagens "konsern"-modell skal ha begrensede forventninger til de regionale helseforetakenes vilje og evne til å innføre anbuds konkurranse fullt ut, f.eks. slik at å tape konkurransen fører til nedleggelse av sykehus eller avdelinger innenfor "konsernet".

En bekymring fra et konkurranseståsted er videre at eierinteressene leder til en favorisering av tjenesteproduksjonen til de offentlige sykehusene på bekostning av de private sykehusene i den offentlige helseplanen. Dette er også bekymringsverdig med tanke på samfunnsøkonomisk effektivitet i den forstand at vi kan få "dyre og dårlige" helsetjenester. I hvilken grad dette er et problem avhenger selvfølgelig av hvordan RHF'ene balanserer samfunnshensynet opp mot eierhensynet.

I en vurdering av helseforetaksmodellens funksjonalitet, ser Agenda også på bestiller-utfører aspekter ved helseforetaksmodellen (Agenda (2005)). I rapporten foreslås å eliminere de forskjellige former for bestiller-utfører tenkning som i noen grad var en del av sykehusreformens verdimessige grunnlag fra foretaksmodellen. Det samme gjelder de former for rolleadskillelse og skille mellom ulike styringsformer (eierstyring og innholdsstyring) som har vært avledet av dette.

Det faglige grunnlaget for denne anbefalingen er noe uklart, men synes å være basert på to forhold. Det ene er at bestiller-utfører modellen så langt synes ikke reelt sett å ha slått gjennom på noen avgjørende måte i styringen av den norske spesialisthelsetjenesten. Det vises til at de regionale helseforetakene reelt sett har gjort styring gjennom bestiller-utfører modellen både urealistisk og unødvendig. Dette ikke minst på grunn av press i retning av oppgave- og funksjonsfordelinger og konsolidering av sykehus innenfor rammene av større helseforetak. Det andre forholdet er erfaringsbasert: Det vises til at de internasjonale erfaringer med denne tankegangen er fra blandet til det negative. Vi har i et eget kapittel sett nærmere på internasjonale erfaringer. Her vil vi se litt nærmere på vurderinger foretatt i Agenda (2005), som er grunnlag for deres konklusjon.

I rapporten vises det til at de regionale helseforetakene synes å være langt mer opptatt av oppgave- og funksjonsfordelinger og av planlagte regionale løsninger enn av bestrebelser på å skape konkurranse mellom helseforetakene innenfor rammene av helseforetaksmodellen. Vekten har altså ligget på en form for "konsernstyring", der det gripes inn i det enkelte helseforetaks autonomi gjennom eierstyring, for eksempel gjennom krav om samling av servicefunksjoner eller medisinske støttefunksjoner på tvers av de enkelte helseforetak. Dette avspeiles bl.a. gjennom styringsdokumentene overfor HF-nivået som utarbeides av de regionale helseforetak, og som i vid utstrekning bygges videre ut fra de nasjonale bestillerdokumenter og foretaksmøtene med eieravdelingen.

At de regionale helseforetakene ikke har kommet lengre i en markeds- og konkurranseorientering, med tilhørende bestiller-utfører organisering er en naturlig konsekvens av en tilpasningsprosess etter gjennomføringen av helsereformen, og som nødvendigvis må ta tid. I den første perioden etter reformen var det således helt naturlig at de re-

gionale helseforetakene først og fremst var opptatt av struktur, oppgave- og funksjonsfordelinger og av planlagte regionale løsninger enn å skape konkurranse mellom helseforetakene innenfor rammene av helseforetaksmodellen eller mellom helseforetakene og private. Man må først prøve å konsolidere og utnytte de ressursene man faktisk har på best mulig måte i forhold til de oppgavene man har påtatt seg før man kan begynne å tenke på markedseksposering. På noe lengre sikt, ikke minst drevet frem av et stadig effektiviseringspress, vil det være nødvendig å se på om det kan være løsninger som innebærer bedre ressursutnytting, løsninger som eventuelt involverer privat sektor i varierende grad og på varierende områder. Gitt reformen og tilpasningsprosessen de regionale helseforetakene har vært gjennom synes det derfor noe prematurt å droppe bestiller-utfører tankegang med den motivasjon at den aldri har fått "luft under vingene".

Det er likevel interessant å merke seg at Agenda (2005) viser til at det likevel, på et visst nivå, kan være snakk om konkurranse mellom helseforetakene i den offentlige del av produsentsystemet. Det pekes på at denne konkurranse primært synes å forekomme i forhold til frittvalgsordningen, og i forhold til en "manglende eller i for stor grad overordnet planlegging og monitorering av den samlede kapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten". (side 226). Det pekes videre på at konkurranse også kan forekomme i forhold til kapasitetsoverskudd, hvor kapasitetsoverskudd noen steder kan avspeile "pasientmangel", men hvor dette fenomenet ikke følges av kapasitetstilpasninger, men snarere av bestrebelsler på å få benyttet den frie kapasitet. Videre: *"Kampen om opp-taksområder og/eller pasientgrupper øker, mer ut fra institusjonelle interesser enn ut fra kriterier og former for markeds- og konkurranseorientering..."* (side 227).

Videre viser vår gjennomgang at med unntak av Helse-Midt RHF, har alle de regionale helseforetakene etablert egne bestillerenheter, men ingen har gått så langt at de har etablert et organisatorisk skille mellom bestiller og utfører. Bestillerenhetene er i varierende grad organisatorisk integrert med den øvrige "konsernledelsen".

Spørsmålet er så om dette er til hinder for å etablere eller styrke konkurransen i forhold til spesialisthelsetjenestene innenfor en region. Det er flere grunner til å tro at den modellen som de regionale helseforetakene har konvergert mot er fornuftig, og at den legger vel til rette for konkurranse - i den grad det er mulig gitt dagens rammebetingelser. Til grunn for denne argumentasjonen kan det være hensiktsmessig å benytte tabell 17.1 nedenfor.

For det første er det i dag et grunnleggende premiss at de regionale helseforetakene har et "sørge for" ansvar så vel som en konsernansvar i forhold til egne helseforetak. De politiske signalene og premissene ligger i at man skal benytte egne ressurser før man går ut i markedet og henter inn supplerende kapasitet. Som vi senere vil komme inn på, skjer dette i varierende grad for nærmest hele spekteret av spesialisthelsetjenester. Dette tilsier lukket anbuds konkurranse; der egne enheter er forskånet fra konkurranse, så vel som at de heller ikke har anledning til å delta i anbuds konkurransen.

Tabell 17.1: Konkurranse og organisatorisk modell

	Modell for anbuds konkurranse	
	Lukket	Åpen
Integrert bestillerenhet	Uproblematisk	Potensielt problematisk
Bestiller – utførermodell	Uproblematisk	Uproblematisk

For det andre tilsier forberedelse og gjennomføring av anbuds konkurranse profesjon-

alisering og bestillerkompetanse gjennom en egen bestillerenhet. Men siden det dreier seg om en begrenset anbudskonkurranse er det ikke nødvendig med et fullt ut organisatorisk skille mellom bestiller og utførere. Sett fra et konkurransemessig perspektiv er derfor dagens modell uproblematisk gitt de eksisterende forutsetningene for virksomheten. Som vi senere vil komme inn på, er det imidlertid en del utfordringer på tilbudssiden, ikke minst for å sikre at aktører som deltar i anbudskonkurranser om å levere spesialisthelsetjenester konkurrerer på like vilkår.

Skulle det derimot en gang i fremtiden bli aktuelt med åpen anbudskonkurranse vil dagens modell bli mer problematisk. Da vil det oppstå uklare roller og usikkerhet om egne enheter konkurrerer på lik linje med eksterne enheter. Åpen anbudskonkurranse tilsier altså at det må gjennomføres organisatoriske tilpasninger på mange nivå, ikke minst må det sikres et organisatorisk og regnskapsmessig skille mellom interne konkurranseutsatte og interne skjermede enheter. Videre må det introduseres et mye skarpere organisatorisk skille mellom bestillende enhet på RHF nivå og utførende enheter på HF nivå enn det som er tilfelle i dag. Det er imidlertid god grunn til å tro at det vil ta tid før det blir aktuelt med åpen anbudskonkurranse for alle deler av spesialisthelsetjenesten.

Selv om de ulike RHF'ene synes å ha foretatt en fornuftig organisering tilpasning gitt premisene for virksomheten, er det likevel grunn til å løfte en advarende pekefinger. Et sentralt problem med dagens modell er at man ikke får målt relativ kostnadseffektivitet mot markedet. Er egne enheter minst like effektive som eksterne enheter? Leveres minst like god kvalitet som eksterne enheter kunne gjort? Kunne det regionale helseforetaket disponert knappe ressurser på en bedre måte ved å produsere en større andel spesialisthelsetjenester eksternt? Dette får vi dessverre ikke svar på i dagens modell.

Man trenger heller ikke gå hele veien til åpen anbudskonkurranse for å få svar på dette; det er fullt mulig å få et innblikk i svaret på dette spørsmålet ved å benytte systematiske sammenstillinger eller "benchmarking". Men heller ikke dette benyttes i de regionale helseforetakene. Ingen av de regionale helseforetakene benytter verktøy som tillater systematisk sammenstilling av relativ kostnadseffektivitet. Dermed kan man heller ikke være sikker på at man utnytter samfunnets ressurser på en kostnadseffektiv måte. Det arbeides riktig nok med dette, men det pekes også på betydelige utfordringer med å tilrettelegge et datagrunnlag som tillater slike sammenstillinger.

I perioden etter sykehusreformen var det et forholdsvis sterkt fokus på involvering av private leverandører og konkurranse- og markedsorientering. Dette var et fokus som i stor grad også var basert på politiske føringer. I dag er situasjonen at de politiske signaler går i motsatt retning, dvs. at i den utstrekning det er snakk om å benytte private aktører, skal det gå i retning av langsiktige avtaler med frivillige eller ideelle organisasjoner. Om det over tid vil bli en sterkere utvikling i retning av åpen anbudskonkurranse er usikkert. Det som taler for at dette vil skje er rett og slett at det er grunn til å tro at regionale helseforetakene vil få et sterkere og sterkere press mot å husholdere effektivt med knappe ressurser. I så fall vil vi forvente en bevegelse mot nedre høyre kvadrant; organisatorisk så vel som å benytte markedet fullt ut gjennom åpen anbudskonkurranse, der en mellomfase er systematisk bruk av målestokkonkurranse.

Kapittel 18

Ulike konkurranseformer

Formålet med konkurranse er som kjent effektiv bruk av samfunnets ressurser. Innenfor en helseregion, og i prinsippet også innenfor konsernet ”RHF” kan vi tenke oss ulike grader og former for konkurranse. Det er hensiktsmessig å skille mellom:

- Konkurranse om retten til å yte tjenester
- Intern konkurranse – målestokkonkurranse
- Konkurranse om ressurser
- Konkurranse om pasienter

Siktemålet med den empiriske gjennomgangen er å identifisere i hvilken grad, og på hvilke områder du ulike formene for konkurranse er introdusert. Selv om fokus vil være på de to første kulepunktene, vil vi i det følgende kort beskrive også konkurranseaspekter ved de to siste kulepunktene.

18.1 Konkurranse om rett til å yte tjenester

I Helse og omsorgsdepartementets (HOD) omtale¹ av private aktørers rolle i det samlede helsetilbud kan vi lese at:

”Helsepolitikken og spesialisthelsetjenesten er basert på at private aktører skal medvirke i spekteret av helsetilbud i Norge. Private tjenesteytere spiller en viktig rolle i det samlede tjenestetilbud, og utgjør både et supplement, et alternativ og en mulig utfordrer til de offentlige helseforetakene. Samlebegrepet private aktører”omfatter ideelle organisasjoner og institusjoner og øvrige virksomheter. Regionale helseforetak ivaretar sitt ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester ved totalavtaler og kjøp av tjenester fra private tilbydere og gjennom tjenester fra sykehus i egne helseforetak. God håndtering og utvikling av relasjon til private aktører er et prioritert område.”

Konkurranse kan videre potensielt introduseres for en rekke ulike tjenester som direkte eller indirekte er knyttet til pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, fra

¹Kilde: <http://www.dep.no/hod/norsk/tema/sykehus/p30005876/bn.html>

dagkirurgi til røntgen- eller laboratorietjenester. Alle de regionale helseforetakene benytter private aktører for å produsere spesialisthelsetjenester som en del av å ivareta sitt ”sørge for ansvar”, dog i varierende grad. En oversikt er gitt i eget appendiks.

De private leverandørene grupperes gjerne på følgende måte:

- Private kommersielle sykehus
- Private ikke-kommersielle sykehus
- Private laboratorier og røntgeninstitutt
- Avtalespesialister med dagkirurgi
- Avtalespesialister generelt
- Private, ikke DRG-baserte institusjoner
 - Spesielle behandlingsinstitusjoner
 - Opptreningsinstitusjoner
 - Rusinstitusjoner

Det kan innledningsvis være grunn til å peke på enkelte spesielle forhold ved disse leverandørgruppene, og som påvirker om, og i hvilken grad det er mulig å introdusere konkurranse. Avtalespesialistene vil vi komme spesielt inn på i et eget kapittel.

Når det gjelder *ideelle organisasjoner* kan det ved anskaffelser gjøres unntak for disse, iht kongelig resolusjon av 30.1.2004. Vi har tidligere vært inne på regjeringens signaler med hensyn til bruk av ideelle, men likevel er vårt inntrykk gjennom intervjuene med representanter for helseforetakene at det både er vanskelig og heller ikke ønskelig å skille mellom ideelle og kommersielle. Helse Sør peker for eksempel på de ved anbudskonkurranse på rehabilitering motiverte alle til å levere anbud, kommersielle så vel som ideelle, og at de ideelle slett ikke kom dårlig ut. Helse Øst peker for øvrig på betydningen av at private, ideelle tjenesteleverandører som baserer mye av sin virksomhet på frivillighet og innsamlede midler kan bevare sitt særpreg, men samtidig uttrykkes det forventning til at disse kan dokumentere kvalitet og kostnadseffektivitet.²

De *private ikke DRG-baserte institusjonene* finansieres i form av kurdøgnpris. Denne ble tidligere fastsatt av HOD, men forhandles nå med det enkelte regionale helseforetak. Når det gjelder opptreningsinstitusjoner vedtok Stortinget ved behandling av St.prp.nr.1 (2002-2003) en ny ordning for organisering og finansiering av tilbudet i disse, ved at finansierings- og bestilleransvaret fra 1.1. 2003 og fremover i en fireårsperiode overføres til de regionale helseforetakene. Målsettingen med denne ordningen var å harmonisere finansiering og styring av tilbudet i disse institusjonene med den øvrige spesialisthelsetjenesten. Gjennom rusreformen som trådte i kraft 1.1.2004 ble ansvaret for rusmiddel-misbrukerne overført fra Fylkeskommunen til de regionale helseforetakene. Det samme gjaldt avtaleforpliktelsene med de private rusinstitusjonene. Når det gjelder private laboratorier og røntgeninstitutter er det gitt klare føringer fra HOD med hensyn til det volum som de regionale helseforetakene må inngå avtale om fra og med 1.5.2005 og i en overgangsperiode på 2 år.³

De *private kommersielle sykehusene* er fortsatt et volummessig relativt lite men likevel viktig supplement til de offentlige sykehusene. Tjenestene er gjennomgående

²Se ”Strategi for bruk av private leverandører av spesialisthelsetjenester i Helse Øst”, datert 8.12.04.

³Se ”Strategi for bruk av private leverandører av spesialisthelsetjenester i Helse Øst”, datert 8.12.04.

basert på tidsavgrensede avtaler, definerte prosedyrer og definerte volum på tjenester. De private kommersielle driver gjerne med nisjevirkosomhet, dvs. spesialisering på avgrensede områder. Normalt dreier virksomheten seg om elektiv virksomhet, og det benyttes ikke ressurser på akuttbehandling og beredskap. De deltar heller ikke i den generelle undervisningsvirksomheten innenfor grunn- og spesialistutdanning av helsepersonell. Ser vi på bruken av private sykehus i forhold til beløpsmessig volum, er det som tabellen under viser stor variasjon.

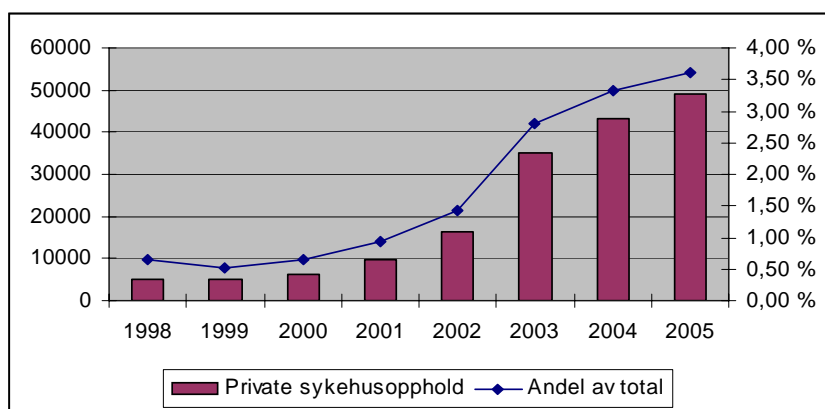
Tabell 18.1: Helseregionenes utgifter til behandling ved private sykehus i 2005
Volum, millioner kr.

Helse Øst	428
Helse Sør	35
Helse Vest	96,4
Helse Midt	117
Helse Nord	20

Kilde: Aftenposten 23.4.2006 basert på Norsk Pasientregister

Selv om de politiske signalene vil kunne innebære en begrensning i veksten, viser figuren under at det siden 1998 har vært en betydelig økning i private sykehusopphold.

Figur 18.1: Antall og andel sykehusopphold ved private sykehus i perioden 2001 til 2005⁴



Som et ledd i denne utviklingen benyttes anbudskonkurranse i stadig økende grad ved alle de regionale helseforetakene. Det arrangeres jevnlig anbudskonkurranser på alt fra dagkirurgi til rehabilitering og laboratorietjenester. Slik sett kan vi nærmest si at anbudskonkurranse er blitt dagligdags, om enn ikke ukontroversielt innenfor spesialisthelsetjenesten, jf. en rekke avisoppslag der det uttrykkes bekymring om alt fra at det skal gå på bekostning av kvaliteten på helsetjenestene til bekymring for rehabiliteringsinstitusjoner som har tapt i anbudskonkurransen og kanskje må legge ned virksomheten.

Konkurranse om rett til å yte spesialisthelsetjenester innenfor en helseregion kan realiseres på flere måter; gjennom konkurranseutsetting⁵ og anbudskonkurranse, forhan-

⁵ Dette betegnes som anbudskonkurranse i NOU 2000: 19. I "Veileder til EØS-forskrift om anskaffelser til forsyningssektorene" gis imidlertid anbudsbegrepet en annen og snevrere definisjon: "Et anbud

dlinger eller kombinasjon av anbudskonkurranse og forhandlinger. Vinneren av anbudskonkurransen (oppdragstaker) får en eksklusiv, men tidsbegrenset, rett til å produsere den aktuelle varen eller tjenesten for oppdragsgiver. RHF'et har fortsatt ansvaret for tjenestens innhold, kvalitet og finansiering.

Et viktig skille går mellom åpen anbudskonkurranse, hvor intern enhet konkurrerer med private bedrifter, og begrenset konkurranse hvor det ikke blir levert interne bud. Å konkurranseeksponere driften av tjenesteproduksjon og virksomhet gjennom åpen anbudskonkurranse er trolig den mest brukte varianten i andre offentlige sektorer som for eksempel kommunal sektor. Åpen anbudskonkurranse innenfor spesialisthelsetjenesten impliserer at en offentlig virksomhet som tidligere har vært skjermet, utsettes for konkurranse. Å koble hele eller deler av et HFs tjenestetilbud opp mot det private markedet er således den sterkeste formen for konkurranse. I så fall vil et HF kunne møte konkurranse fra virksomheter som har tilpasset seg hard konkurranse over lang tid. Resultatet blir svært ofte at det må gjennomføres dramatiske endringer i ledelses- og organisasjonsmessige forhold i de offentlige virksomhetene. Ved åpen anbudskonkurranse vil det, som vi tidligere har vært inne på, være særlig viktig med et organisatorisk skille mellom utfører og bestiller, samt at det sørges for rammevilkår for øvrig som gir konkurranse på like vilkår. En bestiller-utfører model vil være en tilnærming til å innføre et slikt skille. I sin mest rendyrkede form vil denne modellen omfatte bl.a. full regnskapsmessig separasjon.

I spesialisthelsetjenesten benyttes vanligvis begrenset anbudskonkurranse, dvs. at interne enheter ikke har anledning til å gi bud. Dette gjelder alle helseregionene. Dette er også naturlig tatt i betraktning at de regionale helseforetakenes motivasjon for å kjøpe spesialisthelsetjenester eksternt er som et supplement til intern tjenesteproduksjon. Som vi senere vil komme nærmere inn på, kan vi satt på spissen si at de regionale helseforetakene gjør opp status for hvilke tjenester de ønsker å produsere internt og hvilke tjenester de har behov for økt kapasitet på, for eksempel for å avhjelpe et kjøpproblem, for deretter å innhente tilbud på utførelsen av disse tjenestene eksternt.

Ett av helseforetakene henviste til konkurranselovgivningen når det ble bedt om å begrunne hvorfor interne enheter ikke hadde anledning til å gi tilbud ved gjennomførte anbudskonkurranser. Dette må bero på en misforståelse, fordi verken helseforetaksløvgivningen eller konkurranselovgivningen legger begrensninger på interne enheters anledning til å gi tilbud. Som erfaringer fra kommunesektoren viser, er det fullt mulig å organisere virksomheten slik at interne enheter kan konkurrere på like vilkår med eksterne enheter. Det er mer et spørsmål om premissene for å la interne enheter delta ved anbudskonkurranse er tilfredsstillende. For det første må de organisatoriske forutsetningene for konkurranse på like vilkår være tilstede, bl.a. ved regnskapsmessig separasjon mellom konkurranseeksponerte og ikke konkurranseutsatte interne enheter. Her er det et godt stykke igjen. Sist, men ikke minst er det lite hensiktsmessig med konkurranseutsetting så lenge den etablerte tenkingen er å se på hva man har av kapasitet internt før man bestemmer seg for hva som skal produseres eksternt. Å la interne enheter så konkurrere er meningsløst.

Så kan man spørre om det er grunn til å forvente at dette prinsippet vil endres over tid, dvs. at man i større grad benytter konkurranse som et ledd i en effektiviseringsprosess. I så fall bør interne enheter tillates å konkurrere med eksterne, gitt at de organisatoriske forutsetningene for dette er tilstede. Dette vil være en funksjon av flere forhold, ikke minst de politiske føringer, og som vi viser i et eget kapittel, som så langt

avgis av en anbyder på grunnlag av en anbudsinnbydelse med tilhørende anbudsgrunnlag. Begrepet benyttes både i forbindelse med åpne og begrensede anbudskonkurranser.

peker i motsatt retning.

Konkurransetsetting kan videre være motivert ut fra flere hensyn. Det motiv vi som oftest finner igjen i litteraturen er et ønske om å redusere utgiftene til produksjonen av tjenesten, dvs. en effektivitetsbetraktning. Dette gjøres ut fra en oppfatning av at private aktører er mer effektive enn den offentlige forvaltningen, eller at konkurranse i seg selv stimulerer til mer effektiv drift. I Ot.prp.nr. 70 (2002-2003) pekes det på at andre motiver kan være manglende kompetanse på fagområdet, eller et ønske om å oppnå bedre kvalitet. Ønsket om mer fokus på brukerne av tjenestene, som igjen vil bedre kvaliteten, er i ulike sammenhenger også påpekt som en viktig faktor. Et ønske om bedre dokumentasjon eller informasjon om ulike aspekter ved egen virksomhet fremholdes også som en drivkraft for konkurranseeksponering.

I spesialisthelsetjenesten er ikke effektivitetsbetraktninger en fremtredende motivasjonsfaktor for å introdusere konkurranse. Derimot ser vi at anbudskonkurranse introduseres for å avhjelpe et kjøpproblem, dvs. manglende kapasitet innenfor eget "konsern", jf. Helse Vests policy for kjøp av helsetjenester fra private kommersielle:

"I styringsdokumentet for 2004 er det angitt at avtaler med private skal inngås der dette understøtter oppfyllelsen av "sørge for" ansvaret. Med bakgrunn i erfaringene fra 2003 og vår kunnskap om ventelistesituasjonen i regionen, anses det som hensiktsmessig å videreføre ordningen med kjøp av helsetjenester fra private kommersielle aktører. Disse vurderes som et viktig og nødvendig supplement til de tjenester våre egne foretak leverer. Helse Vest har både i 2002 og 2003 som et ledd i arbeidet med å redusere ventetidene i regionen, kjøpt dagkirurgiske tjenester og sykehustjenester fra private aktører. Hensikten har vært å utnytte ledig kapasitet og kompetanse i det private tjenestetilbudet til beste for pasientene." (Styresak 012/04 O)

Dette er betraktninger som finnes igjen hos alle de regionale helseforetakene. Private tilbyderne av spesialisthelsetjenester vurderes med andre ord som aktuelle bidragsytere til den offentlige helsetjenesten der det ikke er tilstrekkelig kapasitet i det offentlige, der det er snakk om et behandlingstilbud som ikke finnes i det offentlige, eller et behandlingstilbud man av ulike grunner ikke prioriterer å produsere internt. I mindre grad er konkurranse altså benyttet som et korrektiv til offentlig virksomhet med hensyn til pris og kvalitet. De prisene som etableres gjennom anbudskonkurranse vil likevel selvsagt gi interessant formasjon som kan benyttes i en styringsmessig sammenheng.

Om interne enheter ikke er direkte konkurranseutsatt i dag, siden det nærmest er residualen som overlates til private aktører (det man ikke har kapasitet til selv, eller ikke prioriterer å utføre internt), er det likevel interessant å merke seg at et RHF peker på at konkurranseutsetting likevel har hatt en effektivitetseffekt internt. Etter at de i større grad begynte å benytte avtaler med private, er egne enheter/avdelinger blir mer offensive, markedsfører seg mot primærlegene og tar unna køene fortere. Det er altså en form for myk konkurranseutsetting, der eksistensen av et alternativ gjør at det nærmest går sport i å vise at man er minst like god som alternativet.

Anbudskonkurranse kan i prinsippet initieres både av RHF eller det enkelte HF. I de senere år har de fleste RHF trukket ansvaret for dette opp på 'konsernnivå', men enkelte tjenester kan likevel fortsatt konkurranseutsettes på HF-nivå om dette finner det hensiktsmessig.⁶

⁶Helse-Midt RHF har for eksempel (i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 a) – det såkalte sørge for ansvaret) også avtaler med private leverandører av pasienttransport (drosjer) og av ambulansetjenester, og disse avtalene er inngått på HF nivå.

Konkurransesituasjonen

Jevnt over uttrykker også de ulike regionale helseforetakene tilfredshet med konkurransesituasjonen, og antall tilbydere ved anbudskonkurransene som er gjennomført. Det ble av en informant pekt på at dette for dagkirurgiske tjenester kunne ha sammenheng med overkapasitet i bransjen. Videre vises det til at kvaliteten på tilbyderne generelt er god, så god at det også ble pekt på at enkelte private kommersielle driver klinisk virksomhet på en slik måte at ”vi har noe å lære av dem”. Helse-Sør for eksempel, peker på at de ved siste anbudskonkurranse for kirurgiske tjenester fikk 11 tilbud. De endte opp med avtale med tre, men alle tilbyderne var godt innenfor terskelen med hensyn til å kunne tilby en faglig forsvarlig helsetjeneste. Helse-Nord viser til at når de har utlyst anbudskonkurranser, får de tilbud fra aktører over hele landet: ”Vi må sitte og behandle over tyve tilbud på det som egentlig er små kontrakter”.

Et annet interessant moment som ble fremført er at de regionale helseforetakene som kjøpere er store sammenlignet med de fleste tilbyderne i dette markedet. Det kan virke som om de har vært i stand til å utnytte dette til sin fordel i en del av de anbudskonkurransene som har vært gjennomført; ved dagkirurgiske tjenester på den måten at de får et større antall prosedyrer til en lavere kostnad enn før eller flere prosedyrer til samme kostnad som før. På den annen side pekes det også på at det på enkelte områder skjer fusjoner og oppkjøp på tilbydersiden som innebærer at det på sikt ikke er sikkert at den samme ubalansen mellom kjøpers- og tilbyders markedsmakt vil vedvare.

Selv om det innenfor dagkirurgi er snakk om avtaler med et forholdsvis beskjedent og i utgangspunktet usikkert volum, innebærer retten til fritt sykehusvalg, og det at en avtale med ett regionalt helseforetak innebærer at pasienter i andre helseregioner kan velge å bli behandlet med en privat institusjon som har en avtale med det aktuelle helseforetaket, at markedspotensialet er vesentlig større enn den enkelte avtalen skulle tilsi:

”I tillegg til at Helse Nord er bestiller overfor private sykehus gjennom direkte avtaler, blir de andre RHF-avtalene med private sykehus en del av fritt sykehusvalg etter utvidelse av pasientrettighetsloven. Vi blir dermed en indirekte bestiller av behandling på private sykehus i hele landet, gjennom at våre pasienter får rett til behandling gjennom tilgang til de andres avtaler. Det er ikke Helse Nord som er den egentlige bestilleren, men vi har ansvaret for kostnadene når våre pasienter utløser denne rettigheten”⁷

Dette gjør altså en avtale med det regionale helseforetaket mer interessant enn det aktuelle avtalevolumet skulle tilsi. På dette området uttrykkes det altså at konkurransesituasjonen ved anbudskonkurransene i utgangspunktet er tilfredsstillende.

Det samme gjelder anbudskonkurranser for røntgen og laboratorietjenester, til tross for at det er noen større institusjoner som konkurrerer med hverandre. Unntaket, og der det uttrykkes en viss bekymring, er rehabilitering. Det pekes på at dette er en tjeneste som er relativ kapitalintensiv og som krever spesialisert kompetanse. Dette innebærer at det bare er større, kapitaltunge og risikovillige aktører som potensielt er villig til å gå inn i dette markedet. Det pekes på at implikasjonen av dette kan være avtaler av lengre varighet, eventuelt mer partnerskapsbaserte relasjoner.

⁷”Policy for bruk av private aktører i Helse Nord”, Styresak 15-2004.

Kontraktslengde

I hvilken grad kontraktslengden er tilfredsstillende ut fra et overordnet perspektiv om å legge til rette for konkurranse, vil avhenge av mange faktorer. Generelt vil kontraktene som allokeres i anbudskonkurranser være av ulik lengde, der grad av spesifikke aktiva vil være en av faktorene som påvirker kontraktsvarighet. En tilbyder som vurderer å tilby en tjeneste som krever en stor grad av spesifikke investeringer vil ha behov for en lengre kontraktsperiode enn en tilbyder som i større grad kan basere seg på variabel kapasitet.

Kontraktslengde varierer da også mellom tjenestetyper, men også mellom regionene. Typiske kontraktslengder er for avtaler med private sykehus på tre år, mens det for laboratorier og røntgeninstitusjoner i de fleste tilfeller er to år. Helse Nord peker på at de for røntgeninstitutter har inngått avtaler med tre års varighet begrunnet med: ”investeringenes størrelse og vedvarende lange ventelister i nordre del av regionen”.⁸ For avtalespesialistene er kontraktslengden generelt helt frem til spesialisten blir 70 år. For opptreningsinstitusjoner er situasjonen noe spesiell som en konsekvens av en overgangsordning vedtatt av Stortinget som et ledd i å forberede institusjonene på en hverdag preget av konkurranse om kontrakter med de ulike RHF’ene.⁹

En av helseforetaksrepresentantene vi intervjuet pekte på at for sykehus der det opereres med 3 års kontrakter, så dreier det seg om en tjeneste som er av en slik art at en slik kontraktslengde kan passe. Dette er en aktivitet som ikke er spesielt kravstor med hensyn til lokaler, men som til gjengjeld krever mye utstyr. På den annen side er dette ikke en irreversibel investering; utstyret er i stor grad salgbart etterpå. På personalsiden dreier det seg om høyt kompetent personell som er tilgjengelig hos vikarbyrå. Vurderingen var altså at på dette området kan man i prinsippet drive en virksomhet i tre år, og så selge hvis man ikke får fortsette. Vi så over at Helse Nord begrunnet tre års avtaler med røntgeninstitutter bl.a. med investeringstygde. Innenfor rehabilitering var det motsatt, her er man avhengig av større lokaler som er mer tilpasset den aktuelle bruken. Videre omfatter virksomheten en type personell som ikke er like tilgjengelig hos vikarbyrå. Representanten pekte på at de hadde en følelse av at dette var et område der det ville være veldig tungt for en ny aktør å komme inn, og at eventuelle nye aktører må ha en svært risikovillig kapital for å være villig til å satse på etablering i dette markedet.

I en undersøkelse utført av Helse-Midt Norge RHF¹⁰, blir det referert til et møte som ble avholdt med private tilbydere, og der disse pekte på at ”Investering i dyrt utstyr krever mer forutsigbarhet, 2-årsavtaler gir ikke nok trygghet. Lengre avskrivningstid og mulighet til investering av nytt utstyr gir pasientene bedre tilbud. Videre: ”Korte avtaler gir dårlig kontinuitet i forhold til personell og å holde kvaliteten oppe. På

⁸”Policy for bruk av private aktører i Helse Nord”, Styresak 40-2005.

⁹I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2005 ble det vedtatt å overføre hele ansvaret for finansiering av opptreningsinstitusjonene til de regionale helseforetakene fra 2006. Til grunn for anbudsprosessene i regi av de regionale helseforetakene ble det utarbeidet kravspesifikasjoner, som blant annet innebærer krav til kvalitet i tråd med målet om at tjenesten i større grad skal integreres i den øvrige spesialisthelsetjenesten. Omleggingen skapte imidlertid usikkerhet når det gjaldt framtidig driftsgrunnlag for enkelte av institusjonene, med den konsekvens at flere av disse sto i fare for å innskrenke driften eller legge ned virksomheten. På bakgrunn av en oppfatning av at opptreningsinstitusjonene ble gitt for kort tid til omstilling ble det lagt til rette for at etablerte opptreningsinstitusjoner ”som har tilstrekkelig kvalitet”, gis mulighet til å delta når kontrakter skal inngås for 2007 gjennom oppretting av et eget tilskudd til blant annet utvikling av opptreningstilbud, og at de regionale helseforetak i en overgangsperiode inngår avtaler minst tilsvarende det beløp som ble overført ekstra i denne forbindelse, se <http://www.stortinget.no/innb/2005/200506-011-006.html>.

¹⁰Utredning: ”Helse Midt-Norge 2010: Deloppdrag private”, datert 7.1.2005.

bakgrunn av bl.a. ønsket om mulighet for langsiktig planlegging i tjenesten, vises det i dokumentet til at de private tilbyderne anbefalte minimum fem år som kontraktstid.

Sett fra det regionale helseforetakets side vil det også være slik at om man velger en lang kontraktslengde sikrer dette kontinuitet. I tillegg til egenskaper ved tjenesten som sådan, vil kontraktslengde også være en funksjon av spesifikke behov hos det regionale helseforetaket, og kostnadene ved å gjennomføre anbudskonkurransen. Et RHF som benytter anbudskonkurranse som et virkemiddel for å dekke opp et forventet kortsiktig kapasitetsbehov, vil ønske en kontrakt av kortere varighet ut fra en fleksibilitetsbetraktning.

Flere av våre informanter i RHF'ene erkjenner at eksisterende avtaleperioder er for korte i forhold til det man vet de private tilbyderne ønsker. På den annen side vises det til at man må ha en viss fleksibilitet, eller dynamikk, bl.a. i forhold til hvor fort ventelistene reduseres, og hva det er behov for. Dette må igjen sees i sammenheng med hvilken rolle de private tilbyderne har i forhold til RHF'enes 'sørge-for' ansvar, først og fremst som et supplement, og i mindre grad som et alternativ.

På den annen side har denne fleksibiliteten en pris. Prisen som kan tilbys vil gjerne være høyere for korte oppdrag som krever spesifikke investeringer enn korte oppdrag som ikke krever dette. Dette er antydning i "Strategi for bruk av private leverandører av spesialisthelsetjenester i Helse Øst": *"Indikasjoner fra private leverandører viser at risikopremien ved å gå opp fra 3 til 7 års avtaleperioder kan reduseres med over 10 prosentpoeng"*¹¹

Å gjennomføre hyppige anbud medfører en del ekstra kostnader knyttet til administrasjon. Er kostnadene høye vil det være aktuelt å gjennomføre anbudskonkurransen med lengre intervall enn om kostnadene er lave. På den andre side gjør kortere kontrakter det lettere å skifte hvis man er misfornøyd. Helse-Nord peker på at man har valgt forholdsvis lange kontraktstidspersoder, bl.a. ut fra en vurdering av de administrative kostnadene ved å gjennomføre anbudskonkurranser. Fleksibilitetsutfordringen har de løst gjennom kontraktutforming, dvs. at hvis Helse-Nords behov endrer seg innenfor avtaleperioden er det mulig å bestille andre prosedyrer innenfor en eksisterende kontrakt.

Noen utfordringer ved bruk av konkurranseutsetting

I mange studier av effektivitetsgevinster ved bruk av konkurranseutsetting fokuseres det gjerne først og fremst på kontraktpriser, ikke totale kostnader. Differensen utgjøres blant annet av kostnader ved forberedelse og overvåking av kontraktene. Et annet ord for dette er *transaksjonskostnader*.

Det finnes en omfattende litteratur om hvilke konsekvenser det kan ha om en velger å styre produksjonen gjennom anbud og kontrakt framfor å organisere tjenestene innenfor samme organisasjon. *Transaksjonskostnader* er kort fortalt kostnadene ved å gjennomføre kjøp og salg i et marked. Disse kostnadene vil avhenge av både hvilket produkt det dreier seg om og hvordan transaksjonen er organisert.

Transaksjonskostnader oppstår når en må finne tilbydere, orientere seg i markedet, organisere anbudsrunder eller innhente prisoverslag, skrive kontrakter, reforhandle avtaler og overvåke at kontrakten blir overholdt. Disse kostnadene kan bli særlig store hvis det er vanskelig å forutse framtidige omstendigheter. Da blir det vanskelig å skrive kontrakter, og kontraktene må antakelig reforhandles hyppig. Problemene kan også forverres hvis varen eller tjenesten er spesielt kompleks. En annen potensiell vanske-

¹¹Side 9. Dokumentet er datert 8.12.2004.

lighet er opportunisme, for eksempel ved at en tilbyder bryter kontrakten midt i en periode vel vitende om at kjøperen ikke har særlig annet valg enn å godta de nye vilkårene. Relasjonen mellom kjøper og selger er særlig utsatt for opportunisme dersom tilbyderen må gjøre store investeringer som kan brukes til produksjon for bare denne ene kjøperen (såkalt *asset specific* eller *relasjonsspesifikke* investeringer).

En annen utfordring er å kontrollere for *kvalitetsforskjeller*. Gode effektivitetsstudier må ikke bare være utformet slik at de kan brukes til å sammenlikne effektivitetsforskjeller. Studiene må også kontrollere at ikke kvaliteten reduseres selv om kostnaden reduseres. Dette er et ankepunkt mot en hel rekke studier. Mange studier diskuterer ikke kvalitet i det hele tatt, eller gir bare i noen grad forklaringer på hvorfor kvaliteten er den samme. I andre studier er problemet at de kvalitetsmålene som brukes i begrenset grad avspeiler det vi vanligvis mener med kvalitet. Problemet består dels i å finne en teoretisk definisjon av kvalitet og dels i å finne gode operasjonelle mål for den valgte teoretiske definisjonen.

På den annen side kan det være en indirekte effekt av privatisering som gjør at effektivitetsgevinsten undervurderes når en kontrollerer for utviklingen uten privatisering. Grunnen er at *trusselen om bruk av anbudskonkurranse* kan gjøre at offentlige etater eller bedrifter blir mer effektive, i tråd med teorien om *contestable markets*. Hvis det er tilfellet, kan effektivisering i offentlig virksomhet til dels være en indirekte effekt av bruk av markedsmekanismer.

Et annet problem er å *måle kostnadene* på en slik måte at de blir sammenlignbare mellom offentlig og privat virksomhet eller mellom helseregioner innenfor en helseregion. Prinsippene for regnskapsføring varierer, og det kan for eksempel være vanskelig å lage gode overslag over kostnaden ved å disponere et aldershjem eller en skolebygning. I privat sektor er hovedprinsippet at kapitalkostnader skal regnskapsføres på en slik måte at regnskapet gir et rimelig bilde av kostnaden ved å disponere investeringsgodet i regnskapsåret. Hensikten er å gi en korrekt framstilling av bedriftens økonomiske resultat. I offentlig sektor, derimot, er hensikten med regnskapet å vise i hvilken grad forbruk og investeringer står i forhold til bevilgningene. Derfor har kostnadene ved å disponere investeringsgoder vært av mindre interesse, og investeringer har blitt regnskapsført i sin helhet det året de foretas.

Et annet spørsmål er knyttet til *internprising* av tjenester som ytes mellom relaterte virksomheter internt i i helseregionen, f.eks. mellom RHF som huseier og helsetjenestene i regionen. Hvis ikke tjenestene ytes til armlengdes, eller markedsbaserte priser vil det fremkomme et galt bilde av relative kostnadsforskjeller.

Helt til sist vil vi peke på at en analyse av effektivitetsforskjeller bør ta høyde for at tilsynelatende effektivitetsforskjeller mellom offentlig og privat drift eller mellom offentlige virksomheter i ulike helseregioner, kan ha sitt opphav i *fordelingsforskjeller*. Hvis kostnadsforskjellene skyldes at lønnsnivået er høyere i det private enn i det offentlige, er det ingen kostnadseffektivitetsforskjell.

Tabellen under oppsummerer noen av de slutningsproblemer en må ta høyde for i

en analyse av bruk anbuds konkurranse som et effektivitetsfremmende virkemiddel.

Tabell 18.2: Måleproblemer ved studier som sammenligner effektivitet ved bruk av anbuds konkurranse (tilpasset fra Johansen, 2001).

Eksempel på måleproblem	
Kvalitetskontroll	Kostnadene ble lavere, men det ble også kvaliteten.
Transaksjonskostnader	Bare anbudsprisen, men ikke administrasjonskostnadene ble regnet med.
Kostnadsmåling	Den offentlige virksomheten fremstod med lavere kostnader fordi den bare betalte en symbolsk husleie.
Indirekte effekter	En offentlig virksomhet fremstår som like effektiv som en konkurranseutsatt virksomhet i en annen helseregion. Effektiviteten økte på grunn av <i>trusselen</i> om bruk av anbuds konkurranse.
Kontroll for fordeling	Kostnadene ble lavere fordi den private kollektivavtalen ga lavere lønnsutgifter.

18.2 Intern konkurranse

Årsaken til at man ikke vil konkurranseutsette driften fullt ut kan være mange. Det kan være at det ikke finnes noen private aktører, eller at man ikke er villig til å gi fra seg den hierarkiske kontrollen. Det kan også være at transaksjonskostnadene vurderes å være så høye at det ikke vil være regningssvarende.

Dersom det ikke er mulig å etablere konkurranse med private virksomheter kan en løsning være å etablere en fiktiv konkurranse internt i virksomheten — det vil si at det etableres et såkalt kvasimarked. Vi vil her være spesielt interessert i bruken av benchmarking eller målestokkkonkurranse.

Som vi er inne på flere andre steder i rapporten kan innsatsstyrt finansiering også betraktes som en form for målestokkonkurranse. Merk at vi i denne delen av rapporten referer til målestokkonkurranse mer eksplisitt som et internt styringsredskap.

Målestokkonkurranse er et styringsverktøy som baserer seg på sammenlikninger av resultater eller prosesser mellom eksterne eller interne virksomheter. Bruken av dette verktøyet kan være initiert av på konsernnivå, av enkeltvirksomheter eller av overordnede myndigheter som et verktøy for læring og forbedringer av likeartede virksomheter eller funksjoner. Sammenlikning av nøkkeltall og kritiske faktorer vil også kunne være et hjelpemiddel for overordnet styring av underliggende virksomheter. Formålet med å benytte målestokkonkurranse kan også være å skape en slags konkurransesituasjon for å redusere mengden av organisatorisk slakk uten å miste den direkte styringen. Målestokkonkurranse (benchmarking) er således en enkel form for markedsetterligning (kvasimarked) som tar sikte på å sammenligne offentlige virksomheter for å avdekke hvem som har de beste resultatene.

For eksempel kan alle helsetjenesteprodusenter innenfor et spesifikt virksomhetsområde innenfor helseregionen sammenlignes med hensyn til en rekke indikatorer som beskriver produktivitet og kvalitet. Sammenligningsgrunnlaget kan være kun interne produsenter eller eksterne og interne produsenter. Sammenligningsutfallet benyttes så for interne styringsformål.

Tanken er at denne tilnærmingen skal gi stimuli på ulike nivå. For det første skal slike lister gi stimulans til å ikke komme nederst på listen. En intern helsetjenesteprodusent som havner nederst vil gjennomføre tiltak for å komme lenger opp på listen. For det andre er tanken at beste praksis skal danne mønster for tjenesteprodusenter lenger nede på listen. Det skal være mulig å besøke de beste for å se hva de gjør annerledes og kopiere den som er best.

Ifølge Andreassen og Lunde (2001) brukes benchmarking relativt lite i offentlig sektor, hovedsakelig fordi en hovedmålsetting med metoden er å sette fokus på ubehagelige forhold, og er det noe offentlig sektor legger vekt på, er det for enhver pris "å unngå feil". Det kan likevel virke som om dette er i ferd med å endre seg. Vi kan se på noen eksempler.

I NOU 2000:19 ("Sandbekk-utvalget") nevnes Norsk Gallups standard kommuneundersøkelse som et eksempel på brukerundersøkelser med benchmarking som formål.

Et annet eksempel på målestokkonkurranse er Effektiviseringsnettverkene i kommunal sektor. Dette er et nettverkssamarbeid som ble initiert gjennom et samarbeid mellom KS og KRD i 2001 som et ledd i regjeringens satsing på fornyelse av offentlig sektor. Det ble gjennomført et pilotprosjekt første halvår 2001, og hovedprosjektet startet opp samme høst. Rundt 200 kommuner har deltatt i nettverkssamarbeidet frem til 2004. Kommunene har vært inndelt i ca. 40 nettverk som har omfattet kommuner spredt over hele landet med et prosjektsamarbeid som har omfattet grunnskole, pleie og omsorg, barnehage, sosiale tjenester, barnevern og byggesak.

Målsettingen med nettverkssamarbeidet har vært at kommunene har kunnet sammenligne seg med andre på de aktuelle tjenestoområdene, lære om beste praksis og sette i gang umiddelbare forbedringstiltak der dette har vist seg nødvendig. Den uttrykte målsettingen har vært at dette skal bidra til forbedring av de deltakende kommunenes tjenester; bidra til en effektivitetsutvikling i de deltakende kommuner; samt frembringe nasjonale indikasjoner for den kvalitets- og effektivitetsutvikling som skjer i kommunal sektor.

Det har videre vært gjennomført brukerundersøkelser som ledd i arbeidet med å kartlegge nåværende kvalitet, i tillegg til produktivitet og tilgjengelighet på tjenestene. Nettverket har nyttiggjort seg KOSTRA (Kommune-Stat Rapportering), som er et system og verktøy for administrativ og politisk styring og rapportering til sentrale myndigheter. Prosjektets hovedaktivitet i en første fase har altså vært målestokkanalyse, dvs. analyse av sammenlignbare nøkkeltall, med sikte på erfaringslæring og effektivitetsutvikling.

Mer generelt kan vi si at ved benchmarking som metode, har samtlige berørte parter interesse av at statistikken som det bygges på, for eksempel brukerundersøkelser, er sammenlignbar og valid. I denne sammenheng pekes det i NOU (2000:19, avsnitt 5.4.3) på at "Konkurranseorientert benchmarking med bruk av insitamentet som styringsvirkemiddel vil være mest relevant i de tilfellene der det er stor tillit til data, det vil si at de resultater og prosesser som måles, er relativt entydige både når det gjelder innhold og målemetoder, og at data vanskelig kan manipuleres".

Spesialisthelsetjenesten utmerker seg ikke i denne sammenhengen. Ingen av de regionale helseforetakene kan bekrefte at de benytter systematiske sammenstillinger eller "benchmarking". Et RHF peker på at de har hatt et større prosjekt på gang for å gjøre dette i forhold til laboratorietjenester, men at det støtte på så mange problemer i egne helseforetak at de enda ikke hadde tall som er sammenlignbare. Det vises til at private laboratorier og røntgeninstitutter kan levere nøyaktige kostnadsdata for det de driver med, men at egne virksomheter er såpass integrert at det er et større arbeid å få skilt ut hva den reelle kostnaden ved tjenesteproduksjonen er. Flere RHF pekes altså på at

en vesentlig årsak til at dette verktøyet ikke benyttes er vanskelighetene med å finne hensiktsmessige indikatorer som tillater meningsfull sammenligning. Det eksisterende tallmaterialet gir ikke grunnlag for systematiske sammenstillinger; det blir som "å sammenligne epler og bananer". Likevel peker flere på at det er utvikling på gang, der en i første omgang søker å etablere et datagrunnlag som tillater systematiske sammenstillinger. På lengre sikt er det altså grunn til å forvente at systematiske sammenstillinger i større grad vil bli implementert, og vil bli benyttet som et styringsverktøy også i spesialisthelsetjenesten.

18.3 Konkurransen om ressurser

Selv om dette er perifert i forhold til hovedfokus i denne delen av rapporten, kan det for totalitetens skyld også være hensiktsmessig å knytte noen korte kommentarer til konkurranse om ressurser gjennom innsatsstyrt finansiering. Ved innsatsstyrt finansiering vil tjenesteyters finansiering være avhengig av hvor mange brukere som benytter seg av tjenesten. Dersom man samtidig gir tjenesteyter stor frihet til å disponere de tildelte midlene, er tanken at innsatsstyrt finansiering skal stimulere til høyere produktivitet. Dersom institusjonen makter å redusere kostnadene per produsert enhet, vil det oppstå et budsjettoverskudd som kan benyttes til å øke kvaliteten eller dekke andre viktige ressursbehov. Ordningen skal også stimulere til å utnytte kapasiteten fullt ut. Beløpet som mottas per pasient vil være høyere enn kostnaden ved å tilby tjenesten per bruker på marginen. Dersom institusjonen har ledig kapasitet vil en ny bruker således innebære høyere inntekter enn kostnader. Samlet lønnsomhet er imidlertid avhengig av god kapasitetsutnyttelse.

Innsatsstyrt finansiering trenger ikke innebære at brukeren har en valgmulighet med hensyn til hvem som skal være tjenesteyter. Sagt på en annen måte; innsatsstyrt finansiering forutsetter ikke fritt sykehusvalg, men fritt sykehusvalg forutsetter innsatsstyrt finansiering gjennom at pengene følger brukeren, og at brukeren faktisk har noe å velge mellom. Kupongbaserte systemer er en implementering av penger-følger-brukeren prinsippet. Kuponger er altså et finansieringssystem der man benytter "kunde grunnlag" for å tilføre midler til produsenter.

Ideen om innsatsstyrt finansiering koblet med fritt sykehusvalg bygger på klassisk økonomisk tankegang om at markedet vil gjøre det mulig for den enkelte bruker gjennom frie valg å uttrykke sine ønsker om hvordan et offentlig tjenestetilbud bør være. Siden kuponger likestiller offentlige og private produsenter kan en utsette offentlige produsenter for en reell konkurranse, uten at en trenger å avskaffe offentlig produksjon.

Systemet skal ideelt sett kunne sikre både kostnadseffektivitet og allokeringseffektivitet (se Askildsen og Holmås (1999)). Kvalitet og sammensetning av tjenestetilbudet må være slik befolkningen ønsker det, ellers får produsenten ingen kuponger og inntekter (allokeringseffektivitet). Likeledes vil produsentene, gitt at de får beholde et overskudd, altså desentralisert budsjettansvar, ha incitament til å minimere ressursbruken i produksjonen (kostnadseffektivitet - bli tvunget til å produsere et gitt kvalitetsnivå til lavest mulig kostnad). Forutsetningen for at kupongmarkedet skal virke på den måten, er at alle har et reelt valg, og spesielt at alle har full oversikt over alle muligheter og konsekvenser av de valg en gjør.

Innsatsstyrt finansiering kan også brukes i situasjoner hvor offentlige myndigheter skal styre offentlige virksomheter som står i en monopolsituasjon. Som eksempel kan nevnes DRG (DiagnoseRelatert Gruppe) og innsatsstyrt finansiering av sykehusene.

Prisen på tjenestene fastsettes ut fra en analyse av gjennomsnittskostnadene for behandlingen av en bestemt type diagnose. Den enkelte virksomhetene får deretter tilført midler ut fra sin produksjon og den fastsatte prisen. Dette innebærer at de virksomhetene som har en lav selvkost, vil få et overskudd, mens de med høy selvkost vil få et underskudd. Dette blir altså en form for implisitt målstokkonkurranse som direkte påvirker ressursfordelingen.

Prisen som virksomhetene står overfor kan reduseres over tid for å stimulere til økt produktivitet eller gi insentiver til kostnadsreduksjon. Gerdtham, et al. (1999) sammenligner fylker med tradisjonelle rammebudsjetter og fylker med ISF, og finner en kostnadsbesparelse på rundt 13 %. Studien deres fokuserer imidlertid først og fremst på effektivitet, og sier lite om kvalitet på tjenestene.

Det er de statseide regionale helseforetakene (RHF) som betaler og de enkelte sykehusene som mottar pengene for behandlingen. Sykehusfinansieringsutvalget tilrår at man viderefører et finansieringsystem basert på diagnose (DRG) og at man beveger seg bort fra systemer basert på betaling for enkelttjenester. På den annen side foreslår utvalget fri prisfastsettelse for behandling ved sykehusene. Utvalget skriver at de har lagt stor vekt på behovet for fleksibilitet i finansieringen av helseforetakene. Etter utvalgets forslag skal RHF'ene fritt få velge mellom ulike enhetspriser og ulike stykkprissatser overfor ulike sykehus. Formålet er å åpne for lokal tilpasning og bidra til mer fleksible sykehus. Prinsippet om "fri prissetting" skal være et virkemiddel som det regionale helseforetak kan benytte til å håndtere lokale variasjoner i ventetider og lokale prioriteringer. Tanken er at stykkprisandelen skal kunne varieres innenfor regionen mellom sykehus med stor bredde i sitt tilbud av helsetjenester og sykehus med et smalere tilbud; mellom sykehus med og uten akuttberedskap; samt å skille mellom høyt og lavt prioriterte oppgaver. Spørsmålet er så om det er konflikt mellom prinsippet om "fri prissetting" og prinsippet om DRG-basert finansiering innenfor en konsernmodell?

ISF basert på DRG kan betraktes som en form for fiktiv konkurranse (målestokk-konkurranse) som belønner mest de sykehus som kan produsere billigst. Tanken er at dette kombinert med fritt sykehusvalg for pasienter skal gi incentiver til å forbedre kvalitet og produsere effektivt. Å ta styringsbeslutninger gjennom å variere stykkprisandelen synes tungvint, gitt at man i prinsippet kan instruere direkte, og innebærer etter vårt skjønn at man kan overbelaste DRG-systemet med "gode formål".

Sykehusfinansieringsutvalget erkjenner at det er en interessekonflikt mellom bestiller- og konsernlederrollen som regionale helseforetak besitter. Spørsmålet er om utvalget i større grad burde anbefalt å rendyrke en bestiller-utfører modell, og supplert dette med tiltak som bidrar til å stimulere et nasjonalt spot-marked for visse standardiserte typer behandling. Her kan HF med ledig kapasitet legge inn tilbud på hva de er villig til å utføre en operasjon for. Videre kan RHF med overskuddsetterspørsel kjøpe kapasitet i dette spotmarkedet.¹² Før de gjør dette, vil de naturligvis sammenligne den etablerte markedsbaserte prisen opp mot hva det koster å tilby denne kapasiteten selv.

18.4 Konkurransen om brukerne

Fritt sykehusvalg fungerer i prinsippet slik at man tildeler en bruker en rett (kupong) til å benytte en gitt tjeneste inntil en gitt verdi. Brukeren velger deretter en tilbyder. Kupongen hel- eller delfinansierer tjenesten, avhengig av kupongens verdi. Brukervalg

¹²Et slikt marked er allerede under utvikling når sykehusene annonserer etter pasienter, jf. Aftenposten 19.1.03.

som prinsipp kombinerer altså stykkprisfinansiering med kundevalg for bruker. Tjenestetilbyderen kan altså få hele eller deler av sin finansiering knyttet opp mot antall brukere som velger dens tjenester fremfor konkurrerende alternativer. *Ved fritt sykehusvalg er det altså brukeren som velger tjenesteyter, mens ved konkurranseutsetting er det RHF eller HF som velger med utgangspunkt i innkomne anbud.* Fritt sykehusvalg innebærer altså en form for konkurranse ved at tjenesteutøverne må konkurrere – i utgangspunktet på kvalitet – for å tiltrekke seg brukere. Konkurransen kan skje mellom kun offentlige tilbydere av tjenesten, for eksempel kun offentlige sykehus, mellom offentlige og private tilbydere, eller i prinsippet også kun private tilbydere. Ingen tjenesteyter har med andre ord enerett til å tilby tjenesten. En annen vanlig måte å skille mellom fritt sykehusvalg og konkurranseutsetting på, er å tenke på konkurranseutsetting som *konkurranse på pris*, mens brukervalg er *konkurranse på kvalitet*.

Det argumenteres gjerne for fritt sykehusvalg med to ulike utgangspunkt. Det ene er idealistisk, det andre er instrumentalistisk. Det idealistiske utgangspunktet er basert på at fritt sykehusvalg er et gode i seg selv: For det samme utfallet av en beslutning, er det bedre at beslutningen er et resultat av selvstendige valg i stedet for paternalistisk diktat fra lokale eller sentrale myndigheter. I økonomisk teori legges det en instrumentalistisk tilnærming til grunn for fritt sykehusvalg, dvs. som et instrument som virker effektivitetsfremmende ved å stimulere konkurransen mellom produsentene. Fritt sykehusvalg er gjerne knyttet til at tjenestetilbyderen får sin finansiering knyttet opp mot antall brukere som velger dens tjenester fremfor konkurrerende alternativer.

Et organisatorisk skille mellom bestiller og utfører, innsatsstyrt finansiering samt at pengene følger brukeren betraktes gjerne som viktige byggesteiner i forhold til å introdusere brukervalg.

18.5 Nærmere om avtalespesialistene

Et område av spesialisthelsetjenesten som har fått relativt lite oppmerksomhet er avtalespesialistene. Dette er private spesialister som har avtale med de ulike regionale helseforetakene. De private avtalespesialistene betraktes som en del av det spesialiserte helsevesenet, og bidrar til ivaretagelsen av de regionale helseforetakenes sørge for ansvar.

Helse Vest har eksempelvis driftsavtaler med rundt 300 privatpraktiserende spesialister fordelt rundt i regionen, mens det på landsbasis er rundt 1100 avtaler. De fleste avtaler er innenfor psykiatri. Andre framtrepende spesialiteter er øyesykdommer, ørenese-halssykdommer og indremedisin (Iversen (2002)).

De private spesialistene får henvist pasienter fra fastlegene for diagnostikk og behandling av spesielle problemer som fastlegene ikke selv kan behandle – eventuelt for utredning før behandling på et høyere nivå. Høyere nivå kan være sykehusinnleggelse, eventuelt poliklinisk behandling, som private avtalespesialister av utstyrsmessige, organisatoriske, kompetansemessige eller andre grunner ikke kan behandle.

I Jørgenvåg og Kjekshus (2004) pekes det på at det private spesialister kan betraktes som en 'buffer' mot sykehusets poliklinikk mot problemstillinger sykehuset av faglige hensyn ikke vil ha, og at de frigjør kapasitet til oppgaver som krever sykehusets spisskompetanse. Det kan altså tenkes at de private avtalespesialister fyller et hull i arbeidsdelingen mellom sykehuset og fastlegen, og på den måten bidrar til å gjøre behandlingsskjeden mer rasjonell og komplett. Det kan dreie seg om diagnostikk og utredning som forberedelse til behandling på sykehusnivå, eller gjennomføring av behandling som er tilpasset det aktuelle kompetanse- og utstyrsnivå.

Privatpraktiserende spesialisters inntekter kommer i hovedsak gjennom driftstilskudd gjennom avtalen med det enkelte RHF, takster fra folketrygden og egenbetaling fra pasienter. Private spesialister som har driftsavtale med et regionalt helseforetak har inntekter i alle tre former, mens de som ikke har slik avtale, må hente hele praksisinntekten fra pasientenes egenbetaling eventuelt med tillegg fra andre private kilder (for eksempel forsikringsordninger). Til gjengjeld er de ikke underlagt offentlig prisregulering av pasientenes egenbetaling (Iversen (2002)).

Rammebetingelsene for tildeling og drift av avtalepraksis for legespesialister er regulert av en rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske læreforening.

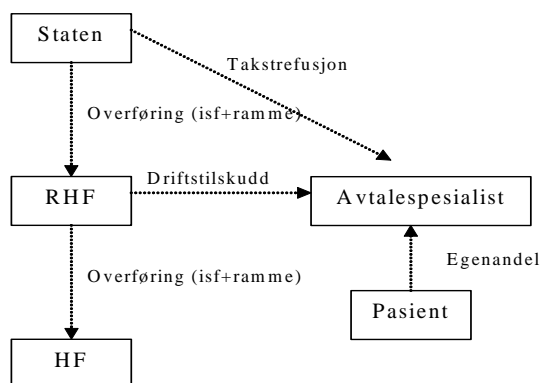
Der fremgår det at de regionale helseforetakene yter driftstilskudd til leger med avtale om avtalepraksis. Driftstilskuddet betales etter følgende skala:

Tabell 18.3: Driftstilskudd til avtalespesialister¹³

Klasse	Beløp per år fra 1.7 2005
1	Kr.574.700,-
2	Kr. 667.700,-
3	Kr. 856.000,-

Plassering i klasse baseres på den enkelte spesialists behov for rom, teknisk utstyr og hjelpepersonell, og skjer etter lokale forhandlinger mellom de regionale helseforetakene og den enkelte spesialist.

Figur 18.2: Pengestrømmer mellom RHF og avtalespesialist, m.m.



(tilpasset fra Iversen, 2002)

Det kan inngås fra 20 til 100% driftsavtale, og driftstilskuddet utbetales forholdsmessig etter legens avtalte tid for behandlende virksomhet i privat praksis. Dersom det er inngått en driftsavtale på 100 % forplikter vedkommende spesialist seg overfor det aktuelle helseforetak til å levere spesialisthelsetjenester innenfor sitt område i 37,5 timer per uke. Dette omtales også som en heltidshjemmel. Selv om spesialisten har mindre

¹³Kilde: <http://www.legemiddelsiden.no/default.aspx?PageID=779>

enn 100% driftsavtale er pasientenes egenandel regulert, selv om det dreier seg om pasienter som behandles utenfor rammen av driftsavtalen. Dette innebærer at spesialister uten driftsavtale opererer med høyere priser enn spesialister med driftsavtale.

Videre fremgår det av rammeavtalen at individuell avtale om spesialistpraksis som hovedregel skal inngås uten tidsbegrensning, og at individuell avtale uten tidsbegrensning opphører uten forutgående oppsigelse fra noen av partene når legen fyller 70 år.

Dersom det foreligger et særskilt, avgrenset behov kan det inngås tidsbegrenset avtale. Tidsbegrensede avtaler skal ha en varighet på minimum 3 år, og kan inngås dersom det er snakk om: i) forsøksordninger med spesialistpraksis i distriktene; oppfyllelse av sørge-for-ansvaret ved vesentlige endringer i pasientbehovet og iii) ved avlastning av sykehus ved omlegging av drift i det enkelte sykehus eller mellom sykehusene. Vi kan også merke oss at løpende avtaler ikke kan gjøres tidsbegrenset, og at avtalen er personlig og heller ikke kan overdras.

Når det gjelder nye avtalehjemler som det regionale helseforetaket ønsker å lyse ut innenfor et faglig virkeområde, skal dette kunngjøres med en viss søknadsfrist, og det er RHF'et som bestemmer hvem som skal tilbys avtalehjemmel. Imidlertid skal uttalelse fra Legeforeningen innhentes før beslutning fattes. Ved tildeling av hjemmel lokalisert til gruppepraksis skal disse legenes uttalelser tillegges stor vekt; 'såfremt det er lagt vekt på saklige kriterier', jf Rammeavtalen.

Nye avtalehjemler baseres innholdsmessig og geografisk på regionale behov og ønsket om spredning av tjenestetilbudet. Valg av spesialist baserer seg ikke på priser eller kriterier av den art som ellers vektlegges ved tildeling av offentlige tjenesteoppdrag generelt. Tradisjonelt har ansiennitetsprinsippet veid tungt, i enkelte tilfeller supplert med kriterier som kjønn og etnisitet der dette har vært vurdert som viktig. Ansiennitet blir dermed en pragmatisk tilnærming til et kvalitetskriterium som søker å fange opp erfaring og kompetansenivå. Men det er likevel klart at det er flere svakheter ved å basere tildeling av nye avtalehjemler på ansiennitet. En yngre spesialist med kortere praksis kan være dyktigere, mer oppdatert faglig og på moderne behandlingsprinsipper, og mer effektiv i utøvelsen av sitt fag enn en med lang erfaring.

I praksis burde det være mulig å fordele nye driftsavtalehjemler basert på prinsipper som bygger på konkurranse om pris og kvalitet innenfor regelverket om offentlige anskaffelser.

En annen problemstilling er relatert til endringer i struktur og behov. Helse og omsorgsdepartementet legger spesiell vekt på at de regionale helseforetakene har innsyn i og oversikt over tjenesteytingen fra de ulike spesialistene. De ulike helseforetakene har, eller er i ferd med å gjennomføre en gjennomgang av behov og utnyttelse av avtalespesialistene. Dette gir et datagrunnlag som vil gjøre det lettere å se avtalespesialistene i sammenheng med det totale tjenestetilbudet innenfor sørge-for ansvaret. Men det er også viktig at denne informasjonen benyttes aktivt, bl.a. til å sørge for at eksisterende kapasitet utnyttes effektivt, og at eksisterende kapasitet er tilpasset dagens og fremtidige behov. Her er det sider ved regel- og avtaleverket som bidrar til at dette er målsettinger som kan være vanskelig å realisere, i det minste uten vesentlige kostnader.

For det første er det klart at hovedregelen om at driftsavtaler skal være 'evigvarende', dvs. inngås uten tidsbegrensning, er høyst problematisk. Behovene vil endre seg over tid, men dagens avtaleprinsipp innebærer en rigiditet som medfører at tilpasning til endrede behov over tid er vanskelig og kostbart. Det står uttrykkelig i rammeavtalen at 'løpende avtaler ikke kan gjøres tidsbegrenset'. Riktignok er det en mulighet for RHF å si opp avtalen innenfor avtaleperioden mot at spesialisten 'kjøpes ut', dvs. at dette vil kunne innebære en vesentlig kostnad.

For det andre er det et potensielt problematisk aspekt at spesialister med og uten avtale til dels opererer i det samme markedet. En spesialist med mindre enn 100% driftsavtale vil være pålagt å ikke kreve større egenbetaling for pasienter som behandles utenfor avtalen enn det som pasienter som behandles innenfor avtalen kan kreves for. Dette innebærer en stor konkurransemessig skjevhet mellom spesialister med (og som får trygderefusjon), og de uten driftsavtale (som ikke får det).

Det som bidrar til å rette opp dette skjevheten er ventetid og kvalitet. En spesialist uten avtale, men med et godt rykte vil likevel tiltrekke seg mange pasienter som er villig til å betale en høyere egenandel for høyere forventet kvalitet. Videre vil ventetid, og det at pasientene må gå veien om sin fastlege, innebære at en spesialist uten avtale likevel vil kunne ha et bra pasientgrunnlag, til tross for vesentlig høyere pris. Pasientene kan altså kjøpe seg ut av køen ved å gå direkte til en lege uten avtale. Selv om markedssegmentet av spesialister uten avtale således virker som en sikkerhetsventil for stor kødannelse hos spesialister uten avtale, endrer ikke dette poenget om konkurransemessige skjevheter, med de potensielt uheldige effektivitets- og kvalitetetsmessige effekter dette måtte ha.

Driftsavtalene med avtalespesialistene omfatter ikke dagkirurgi. Det enkelte RHF må derfor inngå tilleggsavtaler for denne typen tjenester. Dette reiser noen konkurransemessige problemstillinger som vi vil se nærmere på i neste avsnitt.

18.6 Anbudskonkurranse for dagkirurgi og avtalespesialister

For å utnytte kapasitet hos privatpraktiserende avtalespesialister besluttet Stortinget at de regionale helseforetakene kunne kjøpe tjenester utenfor egen virksomhet. Ved anskaffelse av slike dagkirurgiske tjenester vil de regionale helseforetakene så motta statlig refusjon, såkalt ISF-refusjon (innsatsstyrt finansiering).

Helsedepartementet utarbeidet i denne forbindelse et rundskriv (datert 8. januar 2002), hvor det blant annet stod at:

”Stortinget har vedtatt at de regionale helseforetakene også skal få ISF-refusjon når de kjøper dagkirurgisk behandling hos privatpraktiserende avtalespesialister utenfor offentlige godkjente sykehus. Ordningen trådte i kraft fra 1. januar 2002. Refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket og dekker pasienter som først har vært henvist til et helseforetak/sykehus. Det er en forutsetning at avtalespesialisten og helseforetaket på forhånd har inngått en samarbeidsavtale. Det er opp til partene å avtale godtgjørelsen fra helseforetaket til avtalespesialisten.”

Helse Vest utlyste i 2002 og 2003 anbudskonkurranser om kjøp av dagkirurgiske tjenester, og som gir et innblikk i noen konkurransemessige aspekter ved kjøp av spesialisthelsetjenester.

Ved anbudskonkurransen i 2002 ble det fra Helse Vests side uttrykt at tilbydere som hadde 100% driftsavtale med Helse Vest ville bli foretrukket. I klagesaken som ble rettet til KOFA i forbindelse med anbudet, fremgikk det at begrunnelsen for dette var flere.¹⁴ For det første var det en forutsetning for ISF-refusjon at leverendøren hadde

¹⁴Se Klagenemndas avgjørelse 25.november 2003 i sak 2003/136.

samarbeidsavtale (tolket som minst 20% driftsavtale).¹⁵ Videre ønsket Helse Vest i størst mulig grad å benytte heltidshjemler. Bakgrunnen for dette var å unngå at ansatte leger i sykehus driver privat praksis utenom ordinær arbeidstid. Helse Vest ønsket å heller legge til rette for at legene kan velge om de vil arbeide i sykehus eller drive privat praksis. Videre ble det anført at heltidshjemler vil gi et mer stabilt tilbud enn de med lavere hjemmel, noe som hadde relevans i forhold til spørsmålet om leverandøren var egnet til å kunne oppfylle kontraktsforpliktelsene.

Helse Vest ble felt i KOFA, og det er flere interessante aspekter ved avgjørelsen. Det mest interessante er kanskje at Helse Vest ikke hadde anledning til å stille krav om at leverandøren skulle ha driftsavtale med Helse Vest som betingelse for at de kunne inviteres til forhandlinger. Dette brøt med Lov om offentlige anskaffelser og kravet om likebehandling i §5.

Det er også interessant å merke seg at klagenemnda ikke tar stilling til om det regionale helseforetaket har anledning til å stille som krav at leverandøren har driftsavtale. Det følger riktig nok av Helsedepartementets rundskriv av 8.1.2002 at når helseforetakene kjøper dagkirurgisk behandling hos privatpraktiserende avtalespesialister, så gjelder et krav om at avtalespesialisten og helseforetaket på forhånd har inngått en samarbeidsavtale. Klagenemnda stiller spørsmål ved om det er i samsvar med lov og forskrifter for offentlige anskaffelser å strukturere markedet for kirurgiske tjenester på en slik måte som dette innebærer, men finner ikke å kunne gå inn i en slik vurdering. Klagenemnda vurderer dermed heller ikke det rettslige grunnlag for å kreve slik samarbeidsavtale mellom det regionale helseforetaket og avtalespesialisten som vilkår for å oppnå ISF-refusjon ved foretakenes anskaffelse av dagkirurgiske tjenester.

Dette tar imidlertid klagenemnda stilling til i en klagesak som ble fremmet i tilknytning til et anbud året etter.¹⁶ Klager hadde ikke driftsavtale med Helse Vest i det hele tatt, og fikk anledning til å gi tilbud begrunnet i at det var nødvendig med avtalehjemmel for å få avtale om å levere dagkirurgiske tjenester. Helse Vest ble igjen felt i KOFA, fordi (med referanse til driftsavtalene): "Ved koblingen til ISF-refusjoner avgjør disse avtalene i virkeligheten hvilke privatpraktiserende leger som kan konkurrere når helseforetakene kunngjør konkurranse om slike tjenestekjøp". Det vises til at slik ordningen ble praktisert på det tidspunktet, ville klager ikke utløst ISF-refusjon fra departementet. Dermed ville klager i realiteten blitt dyrere å engasjere enn de konkurrerende anbydere som har driftsavtale. Det er således helt klart at en leverandør uten driftsavtale ikke ville kunne konkurrere på økonomiske kriterier og derfor var uten reell mulighet til å oppnå kontrakt etter de kunngjorte tildelingskriterier.

Videre peker Klagenemnda på at driftsavtaleordning i realiteten er en form for kvotering av de privatpraktiserende leger som kan tilby legetjenester av interesse for helseforetakene.

"Seleksjon for slike hjemler bygger på forutsetningen om at antall hjemler skal være noenlunde konstant. Det tas hensyn til regionale behov, ønsker om spredning av tjenestetilbudene osv. Ordningen reflekterer som det fremgår verken kompetansenivå, priser eller kriterier av den art som ellers vektlegges ved tildeling av offentlige tjenesteoppdrag generelt. Den virker tvert imot

¹⁵Slik samarbeidsavtale kunne være inngått også med et annet RHF, men Helse Vest mente at driftsavtale med Helse Vest var en forutsetning fordi: "Å tillate avtalespesialister med driftsavtale med andre foretak å delta i konkurransen, ville imidlertid gi uheldige utslag. Det vises til at disse avtalespesialistene får sine grunnkostnader finansiert av andre helseforetak, og vedkommende helseforetak ville da bære deler av kostnadene ved tjenester levert av innklagede."

¹⁶Se Klagenemndas avgjørelse 19. januar 2004 i sak 2003/199.

konkurransebegrensende for så vidt som den nettopp utelukker konkurranse om de omspurte tjenester i forhold til offentlig sektor (helseforetakene).”

Klagenemnda peker på at dersom ordningen i realiteten også begrenser privatpraktiserende legers muligheter for å konkurrere om offentlige oppdrag, blir dette ikke bare konkurranserettslig tema, men også et anskaffelsesrettslig tema. Nemnda konkluderer således med at Helse Vest RHF har brutt lov om offentlige anskaffelser ved å medvirke til å praktisere konkurransebegrensende krav ved å kreve at bare spesialister med driftsavtale med helseforetaket kan delta i konkurranse om levering av dagkirurgiske tjenester.

Klagenemnda peker på at dersom ordningen i realiteten også begrenser privatpraktiserende legers muligheter for å konkurrere om offentlige oppdrag, blir dette ikke bare konkurranserettslig tema, men også et anskaffelsesrettslig tema. Nemnda konkluderer således med at Helse Vest RHF har brutt lov om offentlige anskaffelser ved å medvirke til å praktisere konkurransebegrensende krav ved å kreve at bare spesialister med driftsavtale med helseforetaket kan delta i konkurranse om levering av dagkirurgiske tjenester.

Selv om praksis på dette området er endret, jf. for eksempel ”Konkurransegrunnlag dagkirurgiske tjenester 24.3.2006” fra Helse Vest der det ikke stilles krav om driftsavtale, bare at behandlingen utløser ISF-refusjon, finnes det fortsatt aktuelle konkurransemessige aspekter som det er verdt å peke på. Et av disse er om en aktør med driftsavtale med det regionale helseforetaket, og som får dekket en vesentlig andel av sine driftskostnader gjennom driftstilskuddet, stilles konkurransemessig gunstigere i kampen om en kontrakt om dagkirurgi enn en aktør uten slik avtale. Er det slik at det er mulig å krysssubsidere mellom den delen av virksomheten som i praksis er skjermet for konkurranse gjennom driftsavtalen, og den delen av virksomheten som skal utføre dagkirurgiske tjenester som en del av en vunnet kontrakt med RHF’et? Dette er et spørsmål som bør avklares nærmere.

Kapittel 19

Oppsummering

I denne delen av rapporten har vi sett mulighetene for å realisere konkurranse i spesialisthelsetjenesten *innenfor* en region. Rammeverket for å foreta denne vurderinger er basert på at dette avhenger av fire sentrale faktorer; i) rammebetingelsene; ii) egenskaper ved tjenestene; iii) organisatoriske forutsetninger; og iv) egenskaper ved markedet. Videre er det tatt utgangspunkt i at konkurranse om retten til å utføre spesialisthelsetjenester også kan implementeres i varierende grad; gjennom åpen eller begrenset anbudskonkurranse, eller gjennom intern fiktiv konkurranse.

Når det gjelder *rammebetingelsene* er det i rapporten pekt på flere forhold som er av betydning. I Helse- og omsorgsdepartementets omtale av private aktørers rolle i det samlede helsetilbud er det pekt på at helsepolitikken og spesialisthelsetjenesten er basert på at private aktører skal medvirke i spekteret av helsetilbud i Norge: "Private tjenesteytere spiller en viktig rolle i det samlede tjenestetilbud, og utgjør både et supplement, et alternativ og en mulig utfordrer til de offentlige helseforetakene."¹ I bestillerdokumentet for 2006 er det imidlertid understreket at omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus skal begrenses. Videre er det pekt på at sykehus eid av frivillige organisasjoner sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige. Dette reiser flere sentrale spørsmål.

Det ene er konsekvensene av en politikk som over forholdsvis kort tid svinger mellom å gi signaler om økt bruk av private til å redusere bruken. Dette skaper rammebetingelser som er meget usikre, og som det er god grunn til å forvente vil påvirke private aktørers vilje til å etablere seg i dette markedet. Sett i forhold til de regionale helseforetakenes politikk i dag om å benytte private aktører som et supplement; som et virkemiddel til å raskt kunne ta unna køer dersom det oppstår flaskehals, vil en slik politikk fra sentral hold fort kunne innebære at det private supplementet ikke lenger er til stede for å løse slike kapasitetsproblemer.

Det andre momentet er de faktiske implikasjonene av de nye politiske signalene med hensyn til omfanget av bruk av private aktører. Selv om det fra de regionale helseforetakene klart uttrykkes at disse signalene vil bli fulgt opp i praktisk politikk, er det flere som peker på at det kan ta noe tid før politikken får et praktisk gjennomslag, rett og slett fordi det nylig er inngått kontrakter med flere års varighet.

Et annet spørsmål er om det etter hvert er fornuftig (og mulig) å skille mellom private kommersielle og private ideelle institusjoner. Det hevdes at de private ideelle i mange sammenhenger opptrer som kommersielle institusjoner, og at det inngås det

¹Se <http://www.dep.no/hod/norsk/tema/sykehus/p30005876/bn.html>

avtaler mellom de ideelle og kommersielle institusjoner om underleveranser etc., I den grad dette er riktig, innebærer det at grensene etter hvert er blitt ganske flytende, noe som bidrar til at det er betimelig å spørre hvor fornuftig det er med en politikk som favoriserer en aktørgruppe på bekostning av en annen.

Egenskaper ved tjenestene vil også avgjøre i hvilken grad det er hensiktsmessig og mulig å introdusere konkurranse. Spesialisthelsetjenestene omfatter en sammensatt og kompleks verdikjede av tjenester, der det er ulike former for komplementariteter mellom de ulike funksjoner. Graden av slike komplementariteter, tjenestens kompleksitet (i hvilken grad det er mulig å kontraktmessig presisere tjenestens innhold) og eventuelle økte transaksjonskostnader ved ekstern produksjon vil være med å avgjøre i hvilken grad det er hensiktsmessig å konkurranseutsette hele eller deler av tjenesten. En gjennomgang av helseforetakenes avtaler med private viser at det i stort (men varierende) omfang inngås avtaler mellom de regionale helseforetak og private tjenesteleverandører. Det er likevel viktig å merke seg at de fleste avtalene gjelder enklere helsetjenester (dagkirurgi), laboratorium, røntgen, rehabilitering eller tekniske støttefunksjoner. I noen tilfeller er det avtaler med kommersielle private aktører og i andre tilfeller er det tale om langsiktige samarbeidsrelasjoner med private sykehus eller institusjoner eid av ideelle organisasjoner. Det er videre viktig å merke seg at det i stor grad dreier seg om tjenester der det er forholdsvis kurant å definere tjenestens innhold *ex ante* og kontrollere kvalitet (tjenesteleverandørens kvalifikasjoner) og *ex post*. Med unntak av rehabilitering er dette også tjenester som er forholdsvis lite investeringsintensiv, og der det er forholdsvis mange potensielle konkurrenter, og der det er et etablert marked for kjøp av nødvendig kompetanse.

Et spørsmål som da reiser seg er om man benytter markedet så langt det er praktisk mulig og hensiktsmessig innenfor spesialisthelsetjenesten? Til en viss grad burde det være mulig å introdusere konkurranse også for andre mer komplekse tjenestetyper, men det er nok en del organisatoriske forutsetninger som må være tilfredsstillende før dette kan skje. Det dreier seg bl.a. om å presisere tjenestens innhold og kvalitet, og det dreier seg om å kunne skille klarere mellom de ulike delene av tjenesten; de som fortsatt vil være beskyttet fra konkurranse og de som potensielt kan utsettes for konkurranse. Enkelte regionale helseforetak er i gang med dette arbeidet som et ledd i å kunne foreta meningsfulle interne sammenstillinger (benchmarking). Dette representerer en betydelig utfordring, og det må antas at det er et stykke igjen før man har et operativt rammeverk på plass. Likevel vil det i så fall være det første steget mot å også foreta sammenligning ut over det interne, bl.a. gjennom å sammenligne med kostnaden ved privat tjenesteproduksjon, for eksempel gjennom anbuds konkurranse.

Det neste spørsmålet er de *organisatoriske forutsetningene*. Bestiller-utfører organisering nevnes gjerne som en organisatorisk forutsetning for bruk av markeds mekanismer der en offentlig tjenesteproducent benytter markedet for å produsere tjenester som den har et ansvar for å tilby. Det har da også vært uttrykt bekymring for at de regionale helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad klarer å skille mellom konsernrollen og "sørge for rollen". De fleste regionale helseforetakene har etablert egne bestillerenheter. Det eneste unntaket, Helse-Midt RHF, vurderer fortløpende å gjøre dette. Dette har gitt en klarere ansvarsdeling, men man har altså ikke gått skrittet fullt ut og etablert et organisatorisk skille mellom bestiller og utfører. Gitt premisset om at de regionale helseforetakene har et 'sørge for ansvar', at de vurderer hva de selv ønsker og har kapasitet til, og ønsker å produsere, og at de så benytter begrenset anbuds konkurranse der interne enheter ikke har anledning til å delta, er vår vurdering at dette så langt er en fornuftig og hensiktsmessig tilpasning. Vårt inntrykk er at graden av profesjonalisering i håndteringen av anbuds instituttet er økende i de ulike regionale

helseforetakene. Men dersom de regionale helseforetakene i fremtiden kommer til at også interne enheter skal kunne delta i åpne anbudskonkurranser, er dagens modell uten et sterkere organisatorisk skille problematisk.

Når det gjelder *egenskaper ved markedet* på de områder der dette benyttes, uttrykker de ulike regionale helseforetakene jevnt over tilfredshet med konkurransesituasjonen, og antall tilbydere ved anbudskonkurransene som er gjennomført. Dette kan til dels ha sammenheng med overkapasitet i bransjen. Retten til fritt sykehusvalg, og det at en avtale med ett regionalt helseforetak innebærer at pasienter i andre helseregioner kan velge å bli behandlet med en privat institusjon som har en avtale med det aktuelle helseforetaket, innebærer at markedspotensialet er vesentlig større enn den enkelte avtalen skulle tilsi. Videre vises det til at kvaliteten på tilbyderne generelt er god, så god at det også ble pekt på at enkelte private kommersielle driver klinisk virksomhet på en slik måte at ”vi har noe å lære av dem”. På den annen side uttrykkes det en viss bekymring for konkurransesituasjonen for rehabilitering. Det pekes på at dette er en tjeneste som er relativt kapitalintensiv og som krever spesialisert kompetanse. Det vises til at dette er et område som peker seg ut med hensyn til bruk av mer langsiktige forhandlede kontraktuelle relasjoner, enn bruk anbudskonkurranse som sådan. Kontraktslengde varierer mellom tjenestetypene og mellom regionene. Typiske kontraktslengder er for avtaler med private sykehus på tre år, mens det for laboratorier og røntgeninstitusjoner er to år. For avtalespesialistene er kontraktslengden generelt helt frem til spesialisten blir 70 år. Private uttrykker en viss frustrasjon på dette området. Fra RHF'ene erkjennes det at eksisterende avtaleperioder er for korte i forhold til det man vet de private tilbyderne ønsker. På den annen side vises de regionale helseforetakene til at man må ha en viss fleksibilitet, eller dynamikk, bl.a. i forhold til hvor fort ventelistene reduseres, og hva det er behov for. Et spørsmål er om man kan finne en løsning som tilfredsstiller begge parter, for eksempel lengre avtaler med større fleksibilitet. Dette er noe som Helse Nord har kommet frem til, også på bakgrunn av at de administrative kostnadene knyttet til å gjennomføre anbudskonkurranse er relativt høye.

Innledningsvis ble det pekt på at konkurranse i forhold til spesialisthelsetjenestene kan benyttes i ulik grad. Vi kan tenke oss ”harde” og ”myke” tilnærminger, der det åpen eller begrenset anbudskonkurranse representerer den ene enden av skalaen, mens fiktiv intern konkurranse representerer den andre. Alle de regionale helseforetakene benytter private aktører for å produsere spesialisthelsetjenester som en del av å ivareta sitt ”sørge for ansvar”, og ansvaret for å inngå avtaler om kjøp av spesialisthelsetjenester er i hovedsak lagt på RHF nivå. Motivasjon for å benytte markedet er først og fremst at det er et supplement, og for å avhjelpe et kjøpproblem, dvs. manglende kapasitet innenfor eget ”konsern”. Det er altså interessant å merke seg at effektivitetsmotivasjonen, og som man finner igjen i andre sektorer som for eksempel den kommunale, praktisk talt er fraværende. Interne enheter er altså ikke direkte konkurranseutsatt, siden det nærmest er residualen som overlates til private aktører.

Det er likevel interessant å merke seg at et RHF peker på at konkurranseutsetting likevel har hatt en effektivitetseffekt internt. Ett RHF peker på at etter at de i større grad begynte å benytte avtaler med private, er egne enheter/avdelinger blir mer offensive, markedsfører seg mot primærlegene og tar unna køene fortere. Det er altså en form for myk konkurranseutsetting, der det at det eksisterer et alternativ gjør at det nærmest går sport i å vise at man er minst like god som alternativet. Likevel er det bekymringsfullt at ingen regionale helseforetak benytter former for målestokkonkurranse systematisk. Finnes det ikke informasjon om relativ effektivitet mellom interne enheter, mellom enheter i de ulike regioner, og mellom private og interne enheter, kan

mangel på kunnskap om slike relative effektivitetsforskjeller lett føre til betydelig sløsing med offentlige ressurser. Bakgrunnen for at det ikke foretas slike sammenstillinger er at det er en betydelig utfordring å etablere sammenlignbare data. Det pekes på at det arbeides med dette, og betydningen av dette arbeidet kan bare understrekes fra vår side.

Et område av spesialisthelsetjenestene som i løpet av arbeidet har pekt seg ut som særlig problematisk sett fra et konkurransemessig perspektiv, er avtalespesialistene. Disse har en avtale med de regionale helseforetakene innenfor sin spesialitet. Som en del av avtalen får de et driftstilskudd. Driftstilskuddet varierer avhengig av tjenestens art og avtalens omfang, mellom 20 til 100%. Et annet spørsmål er om avtalene (blanding mellom fast og variabel del) gir riktige insentiver til innsats. Fra et konkurransemessig perspektiv er det imidlertid flere problematiske forhold. For det første er avtalene "livsvarige", dvs. til spesialisten fyller 70 år. Selv om RHF kan kjøpe ut en avtale, gjør dette tilpasning til endrede behov vanskeligere og mer kostbart. Videre er tildeling av nye avtaler basert på ansiennitetsprinsippet. Ansiennitet betraktes som en indikator på kvalitet. Her bør det likevel vurderes om det ikke er hensiktsmessig med større grad av konkurranse mellom spesialister ved tildeling av nye avtaler. Man kan lett tenke seg at kvalitetsaspekter som erfaring og pasienttilfredshet kan trekkes inn som en del av konkurransegrunnlaget, i tillegg til pris. Videre kan det reises konkurransemessige problemstillinger knyttet til at avtalespesialister konkurrerer om pasienter med andre spesialister uten avtale. Hos spesialister uten driftsavtale betales full pris, men til gjengjeld kan spesialister uten avtale konkurrere på raskere tilgang så vel som kvaliteten på tjenesten.

En driftsavtale kan innebære en indirekte subsidiering av fasiliteter som også benyttes til andre formål enn det som er dekket av driftsavtalen. Dermed reises spørsmålet om det er konkurranse på like vilkår i sammenhenger der avtalespesialister med driftsavtale konkurrerer med andre private aktører uten avtaler i anbudskonkurranser som det regionale helseforetaket utlyser for ulike elektive tjenester.

Bibliografi

- [1] Agenda (2005): Belyse helseforetakmodellens funksjonalitet. Agenda og Muusmann Resarch a& Consulting
- [2] Andreassen, T. W., og T. Lunde (2001): Offentlige tjenester -prinsipperfor økt brukerorientering. Oslo: Universitetsforlaget.
- [3] 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.
- [4] Askildsen, J. E., og T. H. Holmås (1999): Effektivitet og kvalitet i kommunal tjenesteyting: Erfaringer med ulike betalings- og finansieringsordninger. SNF, Rapport 29/99.
- [5] Baker, G., R. Gibbons & K.J. Murphy (2001): "Bringing the market inside the firm?" American Economic Review, Vol. 91 no. 2, pp. 212-218.
- [6] Baker, G., R. Gibbons & K.J. Murphy (2002): "Relational contracts and the theory of the firm." Quarterly Journal of Economics, February 2002, pp. 39-82.
- [7] Bovbjerg, R. R., P. J. Held, og M. V. Pauly (1987): Privatization and Bidding in the Health-Care Sector,"Journal of Policy Analysis and Management, 6(4): 648-666.
- [8] Breivoll, K., og M. H. Kviseth (2002): Bestiller-utfører modellen: Veien ut av uføret for St. Olavs Hospital,".
- [9] Brown, T.L. & M. Potoski (2003): "Managing contract performance: A transaction cost approach." Journal of Policy Analysis and Management. Vol. 22 no. 2, pp. 275-297.
- [10] Bush, T., og J. O. Vanebo (2001): Bestiller-utførermodellen - utfordringer og problemområder.,TØH-serien 2001/11.
- [11] Croxson, B., C. Propper, & A. Perkins (2002): Do doctors respond to financial insentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme,"Journal of Public Economics, 79: 375-398.
- [12] 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
- [13] Gerdtham, U.-G., C. Rehberg, og M. Tambour (1999): The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden,"Applied Economics, 31: 935-945.

- [14] Glaeser, E.L. & A. Shleifer (2001): "Not-for-profit entrepreneurs." *Journal of Public Economics*, Vol. 81, pp. 99-115.
- [15] Glennerster, H., M. Matsagnis, & P. Owens (1994): *Implementing GP Fundholding: WildCard or Winning Hand?* Buckingham: Open University Press.
- [16] Grand, J. L. (1999): "Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service," *Health Affairs*, 18(3): 27-39.
- [17] — (2002): Further tales from the British National Health Service, "Health Affairs, 21(3):116-128.
- [18] Grand, J. L., N. Mays, & J.-A. Mulligan (1998): *Learning from the NHS internal market: a review of the evidence*. London: King's Fund.
- [19] Ham, C. (1997). *Health Care Reform – Learning from International Experience*". Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- [20] Hart, O. (2003): "Incomplete contracts and public ownership: Remarks and an application to public private partnerships." *The Economic Journal*, Vol. 113 (march), pp. C69-C76.
- [21] Hart, O.; A. Shleifer & R.W. Vishny (1997): "The proper scope of government: Theory and an application to prisons." *The Quarterly Journal of Economics*. November 1997, pp. 1127-1161.
- [22] Hjortsberg, C. & O. Ghatnekar (2001). "Health Care Systems in Transition: Sweden". Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- [23] Hoerger, T. J., & T. M. Waters (1993): "Competitive bidding for Medicare services," *Medical Care*, 31(10): 879-897.
- [24] Holahan, J., S. Rangarajan, og M. Schirmer (1999): *Medicaid managed care payment methods and capitation rates: Results of a national survey*. The Urban Institute, Occasional Paper 26.
- [25] Hurley, R., M. McCue, N. McCall, J. Korb, P. Turner, og A. Petersons (2000): *Participation, performance and perspectives in Medicaid and Medi-Cal Managed Care*. Medi-Cal Policy Institute, Center for Health Care Studies, A synthesis of studies
- [26] Iliffe, 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.
- [27] Iversen, T. (2002): *Finansiering av private aktører i spesialisthelsetjenesten - med vekt på legespesialister*. Senter for helseadministrasjon - Universitetet i Oslo, Arbeidsnotat 2002: 5
- [28] Johansen, L.-H. (2001): *Effektivitetsforskjeller mellom offentlig og privat drift*. SNF, Rapport 27/01.
- [29] Jørgenvåg, R., og L. E. Kjekshus (2004): *Private avtalespesialister i helse Øst RHF: Kapasitet, virksomhetsinnhold og rolle i behandlingkjeden*. SINTEF Helse

- [30] Keijser, G. M. W. M., og B. L. Kirkman-Liff (1992): "Competitive bidding for health insurance contracts," *Health Policy*, 21: 35-46.
- [31] Kessler, D. P., og M. B. McClellan (2000): "Is hospital competition socially wasteful?," *The Quarterly Journal of Economics*, 115(2): 577-615.
- [32] Klein, R. (2006): The troubled transformation of Britain's national health care, *The New England Journal of Medicine*, 355(4): 409-415.
- [33] KS (2004): Bestiller- og utførerorganisering i pleie- og omsorgssektoren - en veileder. Kommunenes Sentralforbund
- [34] Melzer, D., og 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.
- [35] Meyer, U. B., og I. Waage-Rasmussen (2006): Hvordan sikre psykisk helseverns ressurser ved kostnadsfordeling. SNFSNF-rapport 04/06.
- [36] Milgrom, P. & J. Roberts (1992): *Economics, organization and management*. Prentice Hall 1992.
- [37] Moen, E.R. & C. Riis (2004): Kontraktstyring og konkurranseutsetting i tilknytning til SATS-reformen. Handelshøyskolen BI, april 2004.
- [38] Nesheim, T., og K. Vathne (2000): Konkurransetsetting og bestiller-utfører organisering i norske kommuner. SNF, Rapport 59/00.
- [39] Nygård, L. (2000): Det tradisjonelle driftsansvaret i kommunesektoren - om å selge strikk som metervare", *Stavanger*, 8. mai.
- [40] OECD (2005): Getting better value for money from Sweden's healthcare system. OECD, Economics Department, Working Paper No. 443
- [41] 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
- [42] — (2001): Expenditure on Healthcare in the UK: A Review of the Issues, *Fiscal Studies*, 22(2): 151-183.
- [43] Propper, C., B. Croxson, & A. Shearer (2002): "Waiting times for hospital admissions: the impact of GP fundholding," *Journal of Health Economics*, 21: 227-252.
- [44] 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.
- [45] Rehnberg, C. (1997). *Sweden*" i Ham, Chris (1997). *Health Care Reform – Learning from International Experience*". Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- [46] 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.

- [47] Scott, C. (2001). *Public and Private Roles in Health Care Systems: Reform Experience in Seven OECD Countries*. Philadelphia, Pa., Open University Press.
- [48] Smee, C. (2000): "United Kingdom," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25(5): 945- 951.
- [49] Smith, P. C. (2002): Performance management in British health care: Will it deliver?," *Health Affairs*, 21(3): 103-115.
- [50] Tadelis, S. (2002): "Complexity, flexibility, and the Make-or-Buy decision." *American Economic Review*. Vol. 92 no. 2, pp. 433-437.
- [51] 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.
- [52] 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.
- [53] Zwanziger, J., og 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.
- [54] Zwanziger, J., G. A. Melnick, og A. Bamezai (1994): "Costs and price competition in Californian hospitals 1980-1990," *Health Affairs*, (Fall): 118-126.

Tillegg A: Metodisk tilnærming og kilder

Den metodiske tilnærmingen for denne delen har vært å foreta en gjennomgang av relevant økonomisk litteratur, offentlige dokumenter, de regionale helseforetakenes egne web-sider, samt gjennomføre intervjuer med nøkkelpersoner i de regionale helseforetakene. De strukturerte telefonintervjuer har vært med en eller flere representanter for Helse Sør, Helse Øst, Helse Vest, Helse Midt, Helse Nord og Helse Bergen. Tema for intervju har vært:

- Strategi/policy i forhold til bruk av private
- Konsekvenser av endrede signaler
- Motivasjon for bruk av private
- Organisering av egen bestillerenhet
- Bestilling på RHF vs. HF nivå
- Vurderinger mht. konkurransesituasjonen
- Vurderinger mht avtaler med ideelle
- Vurderinger mht. kontraktsform og kontraktslengde
- Vurderinger mht. områder for bruk av private
- Hindringer mht bruk av private (politikk/internt/konkurransesituasjon/organisering etc)
- Bruk av systematiske sammenstillinger (status/hindringer etc).

En del supplerende opplysninger ble innhentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Videre er det benyttet skriftlig materiale om omfang og policy for bruk av private fra de ulike regionale helseforetakenes hjemmesider:

- www.helse-sor.no
- www.helse-vest.no
- www.helse-ost.no
- www.helse-midt.no
- www.helse-nord.no

Tillegg B: Organisering og erfaringer fra andre land

Sverige²

Det svenske helsesystemet er et integrert system hvor de lokale myndighetene, dvs. fylkeskommunene, eier sykehusene og har ansvaret for finansieringen og tilbudet av helsetjenester.³ Bare 10% av tilbudet av helsetjenester foregår i privat regi. Sverige består av 26 *läns landsting*⁴ (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.

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).⁵

Reformer: 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 effektivitetsskrav, fokus på pasientens valgmuligheter og omorganisering av helsetjenestetilbudet.

På 1990-tallet ble flere reformer gjennomført i Sverige. I 1992 kom maksimal 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 (Ådel

²Fremstillingen for Sverige og de andre landene som omtales her bygger på SNF rapport 34/02.

³I Sverige har de 26 fylkeskommuner lenge vært ansvarlig for driften av somatiske sykehus, og har over årene fått økt 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 helserelatert planlegging.

⁴Malmö, Göteborg og Gotland er ikke fylkeskommuner i vanlig forstand, men betraktes som fylkeskommuner siden disse har ansvaret for helsesektoren i deres område.

⁵I 1992 utgjorde statlige tilskudd ca. 7%, refusjoner 6% og pasientenes egenandeler ca. 2%, se von Otter (1999).

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.

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 nærområde⁶, 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 helsetjenester.⁷ 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).

Et særtrekk ved organiseringen av det svenske helsesystemet er stor grad av desentralisering. Fylkene har stor grad av frihet med hensyn til valg av organisatorisk tilnærming, og kan også gi stor grad av autonomi til det enkelte sykehus (OECD (2005)). 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 innkjøpsorgan.⁸ 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 helseområder og å organisere tilbudssiden både knyttet til primær- og spesialisthelsetjenesten.

⁶I 1970- og 1980-årene utviklet fylkeskommunene et nettverk av sentre for tilbud av primærhelsetjenester, se Saltman (1999).

⁷Sykehusene 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).

⁸For eksempel har Östergötland, Örebro, og Sörmland sentral styring, mens Dalarna og Bohuslän har local styring. Stockholm, Gävleborg og Västerbotten har etablert bestillerorganisasjoner på distriktsnivå.

I Dalarna er 15 helsedistrikter ansvarlige for både driften av primærhelsetjenestestrene 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)).

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 likevel 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 markedsmekanismer, siden man også observerer produktivitetsøkning i fylkeskommuner som hadde det opprinnelige systemet basert på budsjettallokering. I undersøkelsesperioden 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 fylkeskommuner 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 Rehnberg (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.

Utfordringer knyttet til et likt tilbud av helsetjenester på tvers av fylkene følges også opp i OECD (2005). Her pekes det også på at det også er utfordringer knyttet til ventelister for elektive prosedyrer og at stor grad av desentralisering så vel som å være en styrke også kan gi utfordringer i forhold til "sømløs" omsorg, småskalaulemper og effektivitet

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.

Reformer: NHS har gjennomgått flere reformer de siste 15-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.

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 Labourregjeringen i 1997. Vi vil også komme inn på innholdet i denne reverseringen, og stille de samme spørsmålene.

I 1991 ble den såkalte "indre marked" reformen innført. Reformene hadde til hensikt å skape et indre marked for helsetjenester. Konkurranse ble introdusert ved å innføre et formelt skille mellom det offentlige 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.⁹

Skillet mellom kjøper og tilbyder av helsetjenester for å skape konkurranse blant tilbydere av helsetjenester 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. Senere ble denne grensen satt ned til 9.000 og så til 7.000 pasienter.

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

⁹Se 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).

imidlertid at disse institusjonene ikke nødvendigvis har som målsetting å maksimere profitt. Ei heller trenger de å være private. På etterspørselssiden kommer ikke konsumentenes kjøpekraft til uttrykk 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").

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.

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 og det nødvendige pasientgrunnlag redusert. 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 forvalt-

ningsselskapet solgte til en NHS bestiller.¹⁰

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 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.

Erfaringer med 1991-reformen: 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. 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 få klare trender i den ene eller annen retning.¹¹ Men en tendens var altså at det var en antydning til at det faktisk ble etablert et etterspørselsdrevet marked.

Konkurransen fungerte spesielt godt i områder som hadde mange sykehus med akuttberedskap. I tillegg vokste det frem nye akuttsykehus 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

¹⁰Dette ga likevel en mulighet til prisdiskriminering mellom kjøpere av den samme tjenesten.

¹¹En god oppsummering av erfaringer finnes i Grand, et al. (1998), som også gjennomgår disse langsiktige dimensjoner som effektivitet og kvalitet.

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 hadde blitt begrenset:

”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 at 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.

GP Fundholders kunne beholde overskuddet dersom det ble brukt til å forbedre tilbudet til pasientene; de hadde mindre restriksjoner enn helsemyndighetene og kunne skifte kjøp av 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.

GP Fundholders hadde altså 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 tjenestene, reseptkostnader ble holdt nede og en større andel av pasientene ble behandlet ”på huset” sammenlignet andre legegrupper (Grand, et al., 1998). 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).

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 antydtes 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 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 (Crosson, et al., 2002).

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 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 ressursutnytting. 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 sekundærbehandling inkludert akuttbehandling, hadde pasientlister helt ned til 20000 personer. Primærlegegruppens 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.

Erfaringene med GP Fundholders 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 kostnadskrevene 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.

En annen erfaring var at 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. Antydningene til endring bør heller

ikke 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 kvasimarkedet 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.

1997-reformen. I 1997 fremmet den nye arbeiderpartiregjeringen et forslag om å forlate det indre marked. Grunnen til dette var at den indre markedsmekanismen blant annet hadde ført til fragmentering av helsetjenester, høye transaksjonskostnader, ulik pasientbehandling, ineffektivitet og 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 ble 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.

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".¹² Tjenesteavtaler mellom bestiller og utfører skal vare i minst tre år, men det er anledning til å skifte utførers 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 allokteres 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 befolkningssmengde på mellom 30 000 til 250 000 personer. Dette representerer således en form for "managed care" institusjon (Grand, 1999), tildels etter modell fra USA.

¹²White Paper: The New NHS: Modern Dependable.

PCG'ene kan fortsatt beholde overskuddet, så lenge det blir benyttet til ting som er av nytte for pasientene. Iliffe 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 B1: En sammenligning av egenskaper ved GP Fundholders og Primary Care Groups.

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 sykehus tjenester og noen omsorgstjenester	Med tiden alle sykehus- og omsorgstjenester
Målsettinger	Kompetitivt orientert, med privatisering som en mulighet	Prestasjonsstyring av primærleger, behovsbasert folkehelseperspektiv

Kilde: Iliffe og Munro (2000)

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 nyskapingner: 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).¹³

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

¹³Se også <http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/index.html> for hvordan dette er implementert i praksis.

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.

Erfaringer med 1997-reformen: Her vil vi innledningsvis basere oss på noen vurderinger som gis i Grand (2002), og 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: Kapasitetsgrenser og muligens også utilstrekkelige insentiver hos de viktigste aktørene i systemet. Kapasitetsskranken omfatter i første rekke medisinsk personell. Tabellene under viser noen sammenlignende data på dette området. Hvis vi ser på situasjonen i 1996, ser vi at Storbritannia etter internasjonal standard har relativt få leger men noe flere sykepleiere.

Tabell B.2: Praktiserende leger per 1000 (Kilde: OECD Health Data 2006).

Land	1990	1996	2000	2004
Danmark	2,5	2,7	2,8	
Finland	2	2,2	2,3	2,4
Italia		4	4,1	4,2
New Zealand	1,9	2,2	2,2	
Norge		2,5	2,9	3,5
Sverige	2,9	2,9	3,1	
Storbritannia	1,6	1,9	1,9	2,3
USA		2,3	2,3	2,4

Tabell B.3: Praktiserende sykepleiere per 1000 (Kilde: OECD Health Data 2006).

Land	1990	1996	2000	2004
Danmark	5,7	6,6	6,9	
Finland	4,4	5,4	6,1	7,6
Italia		5,3	5,2	
New Zealand	9,3	9	9,6	9,5
Norge		9,6	10,3	14,9
Sverige	9,2	9,4	9,8	
Storbritannia	7,9	7,6	8,4	9,2
USA	5,7	6,6	6,9	

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 primærhelsetjenestestiftelsene – PCT – burde oppmuntres til å fokusere mer på sin bestillerrolle, kanskje gjennom å om-danne 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.

Utvikling etter 1997: Det har skjedd en rekke endringer i det britiske helsevesenet også etter 1997, og som er av relevans også i forhold vår diskusjon om konkurranse i helse. På mange måter kan vi si at mens 1997 innebar en reversering av mange Thatcheristiske markedsreformelementer, med eliminering av et internt marked, og i retning av mer sentralstyring og mer langsiktige kontraktuelle relasjoner, har vi etter 2000 sett at markedsmekanismer igjen har fått en mer dominerende plass. For eksempel ble ideer om pasientvalg reintrodusert i 2002. Også ytelsesbasert finansiering har fått en plass i det britiske helsesystemet. Videre har utdanning av medisinsk personell og finansieringen av sektoren blitt dramatisk styrket.

De første årene etter at Labour kom i regjeringsposisjon ble benyttet til å implementere det som over er beskrevet som 1997-reformen. Denne fasen strekker seg fra 1997-1999, og benevnes gjerne Frank Dobson fasen, etter den ansvarlige ministeren. Frank Dobson ble etterfulgt av Alan Milburn som initierte relativt omfattende endringer på grunnlag av 10-års planen NHS Plan (2000). Sentrale elementer i denne planen var å øke utdanningskapasiteten for leger og sykepleiere, investeringer i flere sykehus og senger, styrkede pasientrettigheter i forhold til ventetid for konsultasjon med spesialist og operasjon, og et nytt nivå av Primary Care Trusts som tar sikte på styrke integrasjonen av helse- og sosiale tjenester. Mens utgiftene til NHS i 1999 var på £40,755 milliarder, hadde disse i 2005 økt til £71,733 milliarder, og skal etter planen øke til £86,500 milliarder ved utløpet av finansåret 2007.

I 2002 kom *Delivering the NHS Plan – next steps on investments*, next steps on reform (2002). Med dette ble tanker om pasientvalg igjen introdusert. Videre ble det introdusert elementer av ytelsesbasert finansiering av sykehusene (Payment by Result, PbR), og større frihet for Primary Care Trusts med hensyn til hvem (offentlig, privat eller frivillig) de kjøper tjenester av.

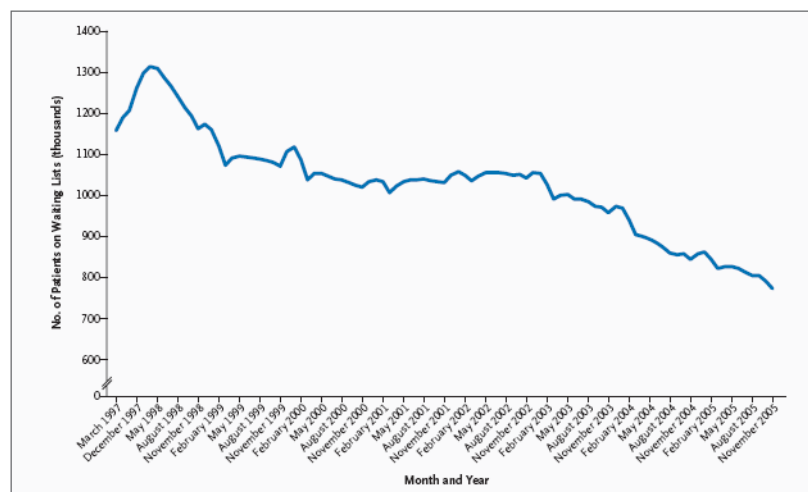
Tankene om pasientvalg ble videreført av John Reid (2003-2005 og Patricia Hewitt (2005-). Etter desember 2005 kan pasientene velge mellom fire alternative tjenesteytere, og etter 2008 er tanken at pasientene kan velge fritt; om det er et offentlig eller privat sykehus, så lenge det tilfredsstillende NHSs standarder og priser. Videre gis pasientene mer informasjon enn tidligere, slik at de i større grad kan gjøre et informativt valg.

Med større grad av autonomi for Primary Care Trusts og særlig de sykehusene som er Foundation Trusts, samt en uavhengig regulator; Health Care Commission som blant annet er ansvarlig for å påse at tjenesteytingen er i samsvar med de standarder som er fastsatt, peker Klein (2006) på at de sentrale elementer i den nye modellen nå er på plass, selv om det vil ta tid før alle elementer fullt ut er implementert.

Likevel har kan det synes som om effekten av tiltakene begynner å vise seg, blant annet gjennom en signifikant reduksjon i ventelister og ventetider, som figuren under

viser.

Figur B1.: Venteliste for elektive prosedyrer, 1997-2005 (Kilde: Klein, 2006)



På den annen siden peker Klein (2006) på at det likevel er mørke flekker, der blant annet psykiatriske tjenester og eldreomsorg peker seg ut. Han peker også på at det er mye å vinne på økt kapasitetsutnyttelse, og viser til studier der det fremgår at de 10% mest effektive enhetene innenfor dagkirurgi utnyttet dedikerte operasjonsfasiliteter for mer enn 75 av tilgjengelig tid, mens for de 10% minst effektive var det tilsvarende tallet mindre enn 35%.

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 offentlige 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 sykehustjenester. 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.

Reformer. 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 offentlige rolle som bestiller og utfører av helsetjenester, samt konkurranse mellom offentlige og private sykehus 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 sykehustjenester. 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 sykehustjenester, 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 sykehustjenester.

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

Erfaringer. Helsesystemet i New Zealand har gjennomgått store endringer i løpet av de siste tyve 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 operere for 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 lavinnteksgruppene.

Målsettingen 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 sekundærhelsetjenester.

En annen positiv effekt av reformen var etableringen av egne helseorganisasjoner. Reformen førte videre til etablering av et bedre system for kontraktinngåelse, samt innføringen av en nasjonal prisstandard for spesialisthelsetjenester.

USA

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 tjenesteproducent, 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. Sidene 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 kon-

sekvens 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 forsikringsselskap, men også bedre i stand til å konkurrere om pasientene.¹⁴ 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 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 programmet 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 pris konkurranse i Medicaid-markedet¹⁵ 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 satser¹⁶ fikk kanalisert Medical pasienter til seg.¹⁷ Foretak som ikke hadde en slik avtale ville ikke få refundert 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 nitti-tallet. Utviklingen må sees 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 – forsikringsselskap, 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 bench-marking som grunnlag for å fastsette hhv. priser og kvalitet på tjenestene som deres ansatte mottar fra helseforetakene.¹⁸

Managed Care. 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

¹⁴Vi vil senere komme inn på hvilke negative effekter en slik modell kan ha, for eksempel i forhold til pasientseleksjon.

¹⁵Se 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.

¹⁶Alt inklusive, uavhengig av diagnose, pleieintensitet, eller oppholdslengde.

¹⁷Prosessen ble betegnet som en anbudsprosess. Lovgivningen åpner 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.

¹⁸Se Health Affairs, mai/juni 1998.

i 2001 helsetjenester gjennom en eller annen form for MMC ordning.¹⁹ 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 månedlig administrasjonsgebyr.²⁰ 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 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 RHF. 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 pasientsелеksjon. 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.

Premien kan for eksempel fastsettes i) administrativt; ii) basert på forhandlinger; iii) kompetitivt gjennom anbudskonkurranse eller en kombinasjon av anbudskonkurranse²¹ og forhandlinger. Holahan, et al. (1999) gjennomførte en undersøkelse av omfanget og

¹⁹Se Hurley, et al. (2000) samt Kaiser Commission, Key Facts, desember 2001.

²⁰Også andre betalingssystemer finnes, for eksempel et bonusbasert betalingssystem, se Holahan, et al. (1999), side 2.

²¹Anbudskonkurranse 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.

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.

Erfaringer med anbudskonkurranse for å fastsette "capitation". Arizona er den delstaten med lengst erfaring med konkurransemessig fastsatte "capitation" rater.²² 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. Budgiverene 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. Keijsers og Kirkman-Liff (1992) refererer til statistiske analyser som ble utført av hvilke faktorer som påvirket de priser som ble fastsatt gjennom anbudsprosessen det første året dette ble benyttet.²³ 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.

Keijsers 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 markeds mekanismer 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 kostnadskon-

²²Her baserer vi oss på Keijsers og Kirkman-Liff (1992) og Holahan, et al. (1999).

²³Dette 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.

troll og kvalitetssikring. Også Kessler og McClellan (2000) ser på konsekvensene av sykehuskonkurranse 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 entydig positiv effekt på samfunnsøkonomisk velferd. De mener at fremveksten av "managed care" på 90-tallet bidrar delvis til å forklare dette resultatet.

Tillegg C: Struktur og avtaler med private

De fem helseregionene eier og driver de offentlige sykehusene og institusjonene innenfor sine respektive regioner. De regionale helseforetakene er igjen delt opp i utøvende nivåer som er det enkelte helseforetakene. Et helseforetak er et rettssubjekt med egen handlingsevne, rettslig og økonomisk. Det har arbeidsgiveransvaret for sine ansatte. Helseforetakene skal ha et styre og en daglig leder med fullmakter fastsatt i loven. Foretaksmøtet (generalforsamlingen") er øverste myndighet for helseforetaket. Styret oppnevnes i foretaksmøtet.

Under helseforetakene igjen kommer sykehus og institusjoner. I det følgende vil vi for hver helseregion presentere struktur med de underliggende helseforetak, klinikker osv. For hver helseregion vil også se på i hvilket omfang de ulike regionale helseforetakene faktisk kjøper private tjenester, samt hva som fremgår av offentlig tilgjengelig dokumentasjon om det enkelte RHF's policy på dette området.

Det er i denne sammenheng hensiktsmessig å skjelne mellom forskjellige typer eksterne leverandører. Kategoriene under fanger opp de vesentligste kjøp, selv om omfanget og betydningen av de enkelte kategoriene kan variere.

- Private helseinstitusjoner eid av ideelle organisasjoner eller stiftelser
 - Disse institusjonene har ofte eksistert side om side med offentlig eide institusjoner over en lengre periode. Det kan gjelde større hospitalsenheter med et bredt spekter av tjenester eller mer spesialiserte enheter.
- Private kommersielle hospitaler eller spesialistfelleskap
 - Dette er institusjoner med private eiere, ofte organisert som AS. Det eksisterer kjeder som er representert i flere helseregioner. Avtaler inngås ofte på et begrenset spekter av tjenester.
- Private enkeltstående spesialister på forskjellige områder; avtalespesialister
- Laboratorie- eller røntgeninstitutter
 - Innen denne kategorien er det representert både landsdekkende kjeder og enkelte institutter.
- Rusinstitusjoner

- Dette er institusjoner som kan være eid både av ideelle organisasjoner eller private eiere. På dette området forekommer det avtaler med institusjoner lokalisert utenfor den helseregion som inngår avtalen.

- Rehabiliterings- eller opptreningsinstitusjoner

- Eiermessig gjelder det samme som for rusinstitusjoner. De fleste institusjoner er lokalisert i den helseregion de har avtale med.

Denne grupperingen av private helseinstitusjoner vil danne grunnlag for presentasjonen av de enkelte avtaler de enkelte RHF har inngått med private. Som oversikten viser, kjøper alle RHF helsetjenester fra eksterne leverandører, dog i sterkt varierende grad.

Helse Vest RHF

Helseforetakene i Helse Vest RHF	Sykehus og institusjoner
Helse Stavanger HF	Akuttlinikken Kirurgisk-ortopedisk klinikk Klinikk for blod- og kreftsjukdommar Klinikk for medisinsk service Klinikk for spesialmedisin Kvinne-barneklinikken Medisinsk klinikk Psykiatrisk klinikk Rehabiliteringsklinikken
Helse Fonna HF	Haugesund sjukehus Stord sjukehus Odda sjukehus Valen sjukehus Aksdal psyk. senter Bjødneateigen psyk. senter Stølen psyk. senter Rehab.tjenesten i Rogaland, nord Bygnes psykiatriske senter
Helse Bergen HF	Haukeland Universitetssjukehus Voss sjukehus Kysthospitalet i Hagevik Sandviken sjukehus Avd. for fysikalsk medisin og Rehabilitering (tidligere Nordåstunet) Hab.tenesta for vaksne Bjergvin distriktpsøk. senter Askviknes Voksenpsyk. Senter Fjell og Årstad Distriktpsøk. senter Radøy sjukeheim Osheim behandlingsheim
Helse Førde HF	Førde sentralsjukehus Nordfjord sjukehus Lærdal sjukehus Nordfjord psykiatrisenter Førde BUP Sogndal BUP Nordfjord BUP Indre Sogn psykiatrisenter
Sykehusapotekene i Helse Vest	

Policy og omfang av avtaler med private i Helse Vest

Et eget policy dokument er utarbeidet i 2004 om bruk av private helsetjenester. Det er her nevnt at man ønsker å inngå to-årige avtaler. Avtaler begrenses til tjenester som dekkes av ISF ordningen. Det inngås rammeavtaler, og omfanget av kjøp avhenger av pasientenes valg av institusjon. Valg av tjenesteområder er basert på ventelister og vurdering av behov. Prosessene gjennomføres etter regelverket for offentlige anskaffelser og valgt prosedyre er konkurranse med forhandlinger. Det er i regnskapet for foretaksgruppen ført 2 milliarder til kjøp av helsetjenester, ut av en samlet omsetning på 13 milliarder. Størrelsen på beløpet kan ha sammenheng med de relativt store sykehus eid av stiftelser som inngår i det samlede tilbud blant annet i Bergensområdet.

Hovedkategori (Helse Vest)	Institusjon	Type/arbeidsfelt
Private institusjoner, eid av ideelle organisasjoner	NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	Demens, alderspsykiatri. Eies av Bergen Sanitetsforening, med i NKS kløverinstitusjoner AS.
	Haraldsplass Diakonale sykehus	Privat diakonalt sjukehus eid av Stiftelsen Bergen Diakonissehjelm. Lokalsykehus i indremedisin i Bergen nord.
	Hospitalet Betanien	
	Solli Nervesanatorium	
	Bjørkeli Voss Psykiatriske senter	
	Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus	
	Jæren Distriktskykiatriske senter	
Private, kommersielle sykehus med Helse Vest avtale på enkelte diagnoser	Colosseumklinikken Stavanger AS	Generell kirurgi
	Bergen Kirurgiske Sykehus	Ortopedi
	Privatsykehuset Haugesund AS	Ortopedi
	Colosseumklinikken Stavanger AS	Ortopedi
	OmniaSykehuset AS, Oslo	Rygg- og nakkekirugi
	Arve Gustavsen, Uro-Sør AS, Haugesund	Urologi
	Colosseumklinikken Stavanger AS	Urologi
	Colosseumklinikken Stavanger AS	Øyre-Nase-Hals
	10 avtaler	Øre, nese, hals

Hovedkategori (Helse Vest)	Institusjon	Type/arbeidsfelt
Rusinstitusjoner	Askøy Blå Kors Klinikk	Rusbehandling
	BlåKors Poliklinikk, Sandnes	Rusbehandling
	Duedalen Blå Kors Behandlingssenter, 4164 Fogn	Rusbehandling
	Gauselskogen Behandlingsavdeling, Stavanger	Rusbehandling
	Floenkollektivet, Bergen	Rusbehandling
	Frelsesarmeens Bo- og Behandlingssenter, Stavanger	Rusbehandling
	Haugaland A-Senter	Rusbehandling
	Kalfaret Behandlingssenter	Rusbehandling
	Karmsund ABR-Senter	Rusbehandling
	LAR-Rogaland	Rusbehandling
	Rogaland A-Senter	Rusbehandling
	Stiftelsen Bergensklinikkene	Rusbehandling
Røntgen- og laboratorietjenester	Sentrum Røntgeninstitut, Stavanger	
	Sentrum Røntgeninstitut, Bergen	
	Haugesund røntgeninstitut	
	Capio Diagnostikk AS	
	Laboratorium - patologi	
Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	Røde Kors Haugland rehabiliteringssenter	
	Krokeidesenteret, Krokeide og Nærland	
	Hagahaugen Rehabiliteringssenter, Voss	
	Sjømennenes Helseheims Rehabiliteringssenter Vest, Øvre Ervik	
	Ravneberghaugen Opptreningscenter, Os	
Sykelig overvekt	Ebeltoft Kurcenter, Danmark	
	Hauglandssenteret, Sogn og Fjordane	

Helse Øst RHF

Helseforetakene i Helse Vest RHF	Sykehus og institusjoner
Aker universitetssykehus HF	Aker universitetssykehus HF Ski sykehus HF Folloklinikken (i dag del av tidligere Blakstad sykehus HF)
Akershus universitetssykehus HF	
Sunnaas sykehus HF	
Sykehuset Asker og Bærum HF	Bærum sykehus HF Blakstad sykehus HF (med unntak av Folloklinikken)
Sykehuset Innlandet HF	Oppland sentralsykehus HF Sentralsjukehuset i Hedmark HF Sanderud sykehus HF, med Barne- og ungdomspsykiatrien i Hedmark Tynset sjukehus HF Kongsvinger sjukehus HF
Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Østfold HF Psykisk helsevern Østfold HF
Ullevål universitetssykehus HF	Ullevål universitetssykehus Barne- og ungdomspsykiatri i Oslo HF
Apotekene Sør og Øst HF	

Policy og omfang av avtaler med private i Helse Øst

Når det gjelder forholdet til private tilbydere kan vi lese at "Styret for Helse Øst RHF vurderer de private tilbyderne av spesialisthelsetjenester som verdifulle bidragsytere til den offentlige helsetjenesten". Helse Øst har utarbeidet et eget strateginotat for bruk av private leverandører av spesialisthelsetjenester (Sak nr. 149-2004). Det er interessant å merke seg under hvilke betingelser private tilbyderne av spesialisthelsetjenester betraktes som verdifulle bidragsytere. Dette er når:

- det ikke er tilstrekkelig kapasitet i det offentlige;
- der de har behandlingstilbud som ikke finnes i det offentlige og
- som et korrektiv til offentlig virksomhet med hensyn til pris og kvalitet.

Det er inngått avtaler med en rekke private aktører. For dagkirurgiske tjenester er det en standardavtale med 1 års varighet. For andre tjenester er det inngått avtaler med lengre varighet. Dette gjelder blant annet laboratorier og røntgenvirksomhet, rehabilitering og opptrening med tre-årige avtaler (2004-2006).

Det ble i 2003 etablert en egen bestillerenhet med ansvar for avtaleinngåelse.

Hovedkategori (Helse Øst)	Institusjon	Type/arbeidsfelt
Private ikke-kommersielle institusjoner	Diakonissehjemmet Sykehus	
	Revmatismesykehuset	
	Lovisenberg Diagonale Sykehus	
	Martina Hansens Hospital	
Private kommersielle sykehus med avtale på enkelte diagnoser	Axess	Dagkirugi
	Colosseumklinikken	Dagkirugi
	Drammen Private Sjukehus	Dagkirugi
	Omnia	Dagkirugi
	Ringvoll	Dagkirugi
	Volvat Oslo	Dagkirugi
	Idrettsklinikken	Dagkirugi
	Mjøs-Kirugene	Dagkirugi
	Norsk Idrettsmedisinsk institutt	Dagkirugi
	11 andre avtaler med private spesialister	Dagkirugi
	Axess	Innleggelse
	Volvat Medisinske Senter	Innleggelse
	Drammen Private Sjukehus	Innleggelse
	Klinikk Stokkan	Innleggelse
	Mjøs-Kirugene	Innleggelse
	Nimi	Innleggelse
	Omnia	Innleggelse
	Ringvoll Klinikken	Innleggelse
	Grefsenlia alderspsykiatriske bo- og behandlingssenter	Psykiatri
	Oslo Hospital	Psykiatri
Østbytnet behandlingssenter	Psykiatri	

Hovedkategori (Helse Øst)	Institusjon	Type/arbeidsfelt
Rusinstusjoner	Stiftelsen Rus-Nett	
	Stiftelsen Solldkollektivet	
	Trasopp Klinikken	
	Tyrillstiftelsen	
	Valdressklinikken	
	Veslelien	
	Renåvangen	
	A-senteret	
	Blå Kors, Eina	
	Blå Kors Senter	
	Fredheim	
	Incognito Klinik	
	Kimerud	
	Origo Senteret	
	Phoenix House Haga	
	Risby Behandlingssenter	
	Stiftelsen Fossumkollektivet	
Mørk Gård		
Røntgen og laboratorietjenester	Andrologisk Senter AS	
	Capio Diagnostikk AS	
	Capio Laboratoriemedisin AS	
	Capio mikrobiologi	
	EEG - Laboratoriet AS	
	Fürst Medisinsk Laboratorium AS	
	Laboratorium for Patologi AS	
	Sentrum Røntgeninstitut	
	Omnia Sykehuset AS	
Gynlab AS		

Hovedkategori (Helse Øst)	Institusjon	Type/arbeidsfelt
Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	Conrad Svendsen Senter	Rehabilitering
	Glittrelinikken	Rehabilitering
	MS-Senteret Hakadal AS	Rehabilitering
	Dorsk Diabetikersenter AS	Rehabilitering
	Stiftelsen Cato Zahl Pedersen Senteret	Rehabilitering
	Norsk Folkehjelp avd Kure epilepsisenter	Rehabilitering
	Røysuntunet Rehabiliteringssenter	Rehabilitering
	Eiksmarka Sanitetsforening	Rehabilitering
	PTØ Senteret Ottestad	Rehabilitering
	Norsk Nakke- og Ryggklinikk	Rehabilitering
	Friskvernlinikken	Rehabilitering
	Paulsrud Rehabiliteringssenter	Opptrening
	Ringan Rehabiliteringssenter	Opptrening
	Bakke opptreningssenter AS	Opptrening
	Skogli helse- og rehabiliteringssenter	Opptrening
	Tonsåsen AS	Opptrening
	Grande Rehabiliteringssenter AS'	Opptrening
	Steffensrud Rehabiliteringssenter	Opptrening
	Solvskotteberget Rehabiliteringssenter AS	Opptrening
	Landaasen Rehabiliteringssenter	Opptrening
Opptreningssenteret Jeløy Kurbad	Opptrening	

Helse Midt-Norge RHF

Helseforetakene	Sykehus og institusjoner
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Molde Sjukehus Kristiansund Sjukehus Eide psykiatriske senter Nordlandet psykiatriske senter Tingvoll psykiatriske senter
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Namsos Sykehuset Levanger DPS (Distriktpsikiatrisk senter), Kolvereid DPS (Distriktpsikiatrisk senter), Stjørdal
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF	
St. Olavs Hospital HF	St. Olavs Hospital Universitetsklinikk Trondheim
Helse Sunnmøre HF	Volda sjukehus Ålesund sjukehus Vegsund psykiatriske senter Sjoholt psykiatriske senter Volda psykiatriske senter Sande psykiatriske senter Mork rehabiliteringssenter Nevrohjennet rehabiliteringssenter Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
Psykisk Helsevern i Sor-Trøndelag	

Policy og omfang av avtaler med private i Helse Midt

Det er ikke lagt ut eget policy dokument for bruk av private aktører. Det er for 2004 kjøp av helsetjenester for 307 millioner. Dette kan ses i forhold til en samlet omsetning

på 7,7 milliarder.

Hovedkategori (Helse Midt)	Institusjon	Type/arbeidsfelt
Private institusjoner	Stokkan Klinikken, Trondheim	
	Medie 3	
	Trondheim spesialistlegesenter	
	Volvat medisinske senter	
Private kommersielle sykehus med avtale på enkelte diagnoser		
Rusinstitusjoner		
Rontgen og laboratorietjenester	Capio	
	Sentrum Rontgeninstitutt	
	Medie 3 AS, Ålesund	
	Medi 3 AS, Molde	
	Sunnmore MR-klinikk	
	Kristiansund Rontgeninstitutt	
	Oppdal Helsecenter	
Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	Namdal Rehabilitering, Høylandet	
	Roros Rehabiliteringssenter	
	Selli Rehabiliteringssenter	
	MuritUNET - Senter for Meistring og rehabilitering	
	Meråker Sanitetsforenings Kurbad	
	Kastvollen Rehabilitering	
	Aure Opptreningscenter	

Helse Sør RHF

Helseforetakene	Sykehus og institusjoner
Det norske radiumhospital HF	
Blefjell sykehus HF	Blefjell sykehus Kongsberg Blefjell sykehus Notodden Blefjell sykehus Rjukan
Rikshospitalet HF	Rikshospitalet HF Spesialsykehuset for rehabilitering Stavern Spesialsykehuset for rehabilitering Kristiansand Kongsgård Spesialsykehuset for epilepsi Geilomo Barnesykehus Voksen toppen senter for astma og allergi
Ringerike sykehus HF	Ringerike sykehus Hallingdal sjukestugu
Sykehuset Buskerud HF	
Sykehuset i Vestfold HF	Sykehuset i Vestfold-Tonsberg Sykehuset i Vestfold-Larvik Sykehuset i Vestfold-Sandefjord Sykehuset i Vestfold-Horten Habiliteringstjenesten
Sykehuset Telemark HF	Sykehuset Telemark Sykehuset Telemark HF Kragero Sykehuset telemark HF, Barne- og ungdomsklinikken, habiliteringsseksjon for barn og ungdom Sykehuset telemark HF, Avdeling for voksenhabilitering klinikk 5 Sykehuset Telemark HF, Klinik for akuttmedisinsk, prehospital seksjon, ambulansetjenesten
Sørlandet sykehus HF	Sørlandet sykehus HF Kristiansand Sørlandet sykehus HF Arendal Sørlandet sykehus HF Lister Mandal sykehus DPS-Sor Mandal psyk. senter Solvang psyk. senter Lovisenlund psyk. sykehjem Ambulansetjenesten i Vest-Agder
Sykehusapotekene på Sør-østlandet ANS	Sykehusapoteket i Drammen Sykehusapoteket i Kristiansand Sykehusapoteket i Tonsberg Sykehusapoteket i Skien Rikshospitalets apotek Radiumhospitalets apotek
Psykiatrien i Vestfold HF	

Policy og omfang av avtaler med private i Helse Sør

I styresak 101/2004 ble det besluttet å opprette en egen bestillerenhet som skulle håndtere avtaler innenfor med spesialister, private tjenesteleverandører og røntgeninstitutter og laboratorier. Bakgrunnen var ønsket om en bedre utøvelse av de to hovedroller til RHF. Denne enheten ble etablert i mars 2005, som omtalt i rapporteringen til HOD for 2005. I styresak for Helse Sør RHF 62/2005 ble det besluttet å bruke 3-årige kontrakter med private sykehus.

Hovedkategori	Institusjon	Type/arbeidsfelt
Private institusjoner	Avest Sykehus og Spesialistklinikk	
	Colosseum klinikken Legeavdeling AS	
	Drammen Private Sykehus AS	
Avtaler med private leger	Egen 10-siders oversikt	
Private ikke-kommersielle sykehus med avtale på enkelte diagnoser	Eiksmarka Sanitetsforening	
	MS-Senteret Hakadal AS	
	Norsk Diabetikersenter, Oslo	
	Norsk Folkehjelp Avdeling Kure Epilepsisenter	
	Rovsummet Habiliteringssenter	
	Stiftelsen Finnerud Gård	
Rusinstitusjoner	Blå Kors Norge, Region Sør	
	Samrum AS (Bo, Telemark)	
Røntgen og laboratorietjenester	Dr. Først Medisinsk laboratorium AS	Laboratorietjenester
	AS Telelab	Laboratorietjenester
	Capio Diagnostikk	Røntgenjenester
	Røntgensenteret AS	Røntgenjenester
	Telemark Røntgensenter AS	Røntgenjenester
Private rehabiliterings- og opptreningssinstitusjoner	Rehabiliteringssenteret Hokksund Kirbad AS	
	Borger Bar AS	
	Sorlandet Rehabiliteringssenter Eiken A/L	
	Odegården Rehabiliteringssenter AS	
	Vikersund Kirbad AS	

Hovedkategori	Institusjon	Type/arbeidsfelt
Private institusjoner	Avest Sykehus og Spesialistklinikk	
	Colosseum klinikken Legeavdeling AS	
	Drammen Private Sykehus AS	
Avtaler med private leger	Egen 10-siders oversikt	
Private ikke-kommersielle sykehus med avtale på enkelte diagnoser	Eiksmarka Sanitetsforening	
	MS-Senteret Hakadal AS	
	Norsk Diabetikersenter, Oslo	
	Norsk Folkehjelp Avdeling Kure Epilepsisenter	
	Rovsummet Habiliteringssenter	
	Stiftelsen Finnerud Gård	
Rusinstitusjoner	Blå Kors Norge, Region Sør	
	Samrum AS (Bo, Telemark)	
Røntgen og laboratorietjenester	Dr. Først Medisinsk laboratorium AS	Laboratorietjenester
	AS Telelab	Laboratorietjenester
	Capio Diagnostikk	Røntgenjenester
	Røntgensenteret AS	Røntgenjenester
	Telemark Røntgensenter AS	Røntgenjenester
Private rehabiliterings- og opptreningssinstitusjoner	Rehabiliteringssenteret Hokksund Kirbad AS	
	Borger Bar AS	
	Sorlandet Rehabiliteringssenter Eiken A/L	
	Odegården Rehabiliteringssenter AS	
	Vikersund Kirbad AS	

Helse Nord RHF

Helseforetakene	Sykehus og institusjoner
Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset
Nordlandssykehuset HF	Nordland sentralsykehus Lofoten sykehus Nordland psykiatriske sykehus
Hålogalandssykehuset HF	Hålogalandssykehuset
UNN HF	Universitetssykehuset Nord-Norge
Helse Finnmark HF	Hammerfest Sykehus DPS Øst-Finmark Tana DPS Midt-Finmark Lakselv Kirkenes Sykehus BUP Midt-Finmark. Spesialistlegesenter Karasjok DPS Vest-Finmark Spesialistlegesenter ALTA
Sykehusapotek Nord HF	Sykehusapotek Nord

Policy og omfang av avtaler med private i Helse Nord

Helse Nord har utarbeidet et eget policy dokument for bruk av private aktører. Som bakgrunn refereres til bestillerdokumentet fra 2003, statsbudsjettet for 2004 med omtale av IFS ordningen og endringer i forhold til private, St.meld. 5 (2003-2004) og pasientrettigheter.

Helse Nord har overtatt alle avtaler inngått på HF nivå. Inngåelse av nye avtaler er basert på ventelistestatistikk. Private aktører omtales som supplement og korrektiv. Det er imidlertid ikke ønskelig å åpne for sterk konkurranse på felter der det offentlige har et godt tilbud og korte ventelister. De private kan vurderes som et korrektiv til offentlig sektor med hensyn til kostnadseffektivitet og organisering av arbeidet. Det er imidlertid ikke lett å sammenlikne virksomheten på grunn av forskjeller i tjenester og volum. Det er en målsetting å gi private aktører forutsigbarhet med langsiktige avtaler. Når nye avtaler inngås skal konkurransereglene overholdes. Det kan være hensiktsmessig med avtaler med institusjoner innen landsdelen. For 2004 ble det brukt i alt 129 millioner på private tjenester. Dette kan ses i forhold til en samlet omsetning på 7,8 milliarder for 2004.

Med private somatiske sykehus er det inngått 3-årige avtaler fra 1/11 2005 til 31/12 2008. For røntgeninstitusjoner og laboratorier er varigheten fra 1/9 2005 til 31/12 2006 med opsjon på et års prolongering. For gjenopptreningsinstitusjoner 1 års varighet 1/1 2006 til 31/12 2006. Det er ikke lagt ut kontrakter for alle kategorier av institusjoner

eller tjenester.

Hovedkategori (Helse Nord)	Institusjon	Type/arbeidsfelt
Private institusjoner	Kløveråsen utrednings og kompetansesenter, Bodo	Alderspsykiatri
	Ribo i Saltfald	Rehabiliteringsinstitusjon
Private kommersielle sykehus/spesialister med avtale på enkelte diagnoser	Klinikk Stokkan, Tromsø	
	Moxness Klinikken, Trondheim	
	Trondheim Spesialistlegesenter/ Omnisykehuset	
	8 avtaler	Gynekologi
	2 avtaler	Hud
	7 avtaler	Indremedisin, lungesykdom, kardiologi
	3 avtaler	Kirurgi/ortopedi/urologi
	1 avtale	Neurologi
	1 avtale	Pediatri
	12 avtaler	Psykiatri
	26 avtaler	Psykologi
	1 avtale	Revmatologi
	10 avtaler	Øre-Nese-Hals
19 avtaler	Øye	
Rusinstitusjoner	Sigma Nord, Skånland	
	Finnmarkskollektivet, Alta	
	Klinikk Nord, Tana	
Røntgen og Laboratorietjenester	Nordland Medisinske Senter	
	Røntgeninstitutt AS	
	Tromsø MR-Senter AS	
	Capio Diagnostikk AS	
Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	Laboratorium for Patologi AS	
	Valnesfjord Helseportsenter, Valnesfjord	
	Nordmør HelseRehab, Engavågen	
	Salangen HelseRehab, Støvegan	
	Rehabiliteringssenteret Nord-Norge Kirkebad, Tromsø	
	Skibotn Rehabiliteringssenter, Skibotn	
Opptreningscenteret i Finnmark, Alta		

Avtaler som går på tvers av inndelingen i helseregioner

Det er to muligheter for avtaler som går på tvers av inndelingen i helseregioner. Den ene muligheten er at et RHF inngår avtale med en privat eller offentlig eid institusjon i en annen helseregion. Ser man over tabellene som er gjengitt for de enkelte regionale helseforetak ser man at dette spesielt forekommer innen rusbehandling. Det forekommer vesentlig mindre på andre områder. Det forekommer imidlertid avtaler mellom et helseforetak og et privat sykehus i en annen region.

Det forekommer også at private helseinstitusjoner har avdelinger og avtaler i flere

helseregioner. Tabellen under gir en oversikt over denne typen avtaler.

Instusjon	Avtale i helseregion				
	Helse Vest	Helse Nord	Helse Ost	Helse Sor	Hele Midt
Omniasykehuset AS	x	x ¹⁾	x		x ¹⁾
Colloseumklinikken	x		x	x	
Sentrum Rontgeninstitut	x				x
Capio Diagnostikk AS	x	x		x	x
Laboratorium for patologi AS	x	x			
Klinikk Stoldan		x	x		x
Volvat			x		x
Axxess			x	x	
Drammen Private Sykehus			x	x	