

Spesialisthelsetjenesten i Norge

-Markedsavgrensning og konkurranse-

Ann Pernille Grønne og Silje Sangolt

Veileder: Kurt R. Brekke

Masterutredning i Markedsføring og Konkurransanalyse

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Denne utredningen er gjennomført som et ledd i masterstudiet i økonomisk-administrative fag ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at høyskolen innestår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag

Formålet med denne utredningen er å avgrense markedet for spesialisthelsetjenesten i Norge, for å videre kunne si noe om konkurransen. Vi vil diskutere hvordan denne avgrensningen avhenger av behandlingstype, samt kartlegge om private foretaks offentlig finansierte tjenester er i samme marked som offentlige foretaks tjenester. Dette har vi gjort ved å studere pasientstrømninger for fire ulike behandlinger, først mellom de fire regionale helseforetakene, deretter innad i regionene Helse Nord og Helse Vest.

Hovedresultatene fra analysen er at de fire regionale helseforetakene ikke er i samme markedet, og det foreligger altså ikke noe konkurranse mellom disse. Innad i Helse Nord og Helse Vest finnes det noe strømninger for de fire behandlingene vi har sett nærmere på, og man kan derfor si at det foreligger en hvis grad av konkurranse. Vi konkluderer med at offentlig og privat er i det samme markedet for to av behandlingstypene, men dette avhenger av pasientens bostedskommune.

Forord

Denne utredningen er skrevet som et ledd i masterutdanningen ved Norges Handelshøyskole, innenfor fordypningsområdet Markedsføring og Konkurransanalyse. Vi har begge alltid hatt interesse for det konkurransanalytiske fagområdet og var sikre på at det var innenfor dette vi ønsket å skrive en masterutredning. Med god hjelp fra konkurransetilsynet til valg av tema og problemstilling bestemte vi oss for å se nærmere på markedet for spesialisthelsetjenester i Norge. Det vi ikke var klar over da vi satte i gang er at dette er et relativt komplekst marked preget av markedssvikt, og siden det ikke konkurreres på pris vanskeliggjør dette bruk av klassisk teori for å foreta markedsavgrensninger. I startfasen trodde vi at dette kom til å bli en svakhet ved oppgaven, men utover i prosessen har vi opplevd det mer som en styrke fordi vi måtte løsrive oss fra tradisjonelle oppsett og tenke mer alternativt.

Vi ønsker å takke vår veileder Kurt R. Brekke for konstruktiv veiledning og god hjelp til litteratursøking. Videre vil vi takke Konkurransetilsynet generelt, og Kjell J. Sunnevåg spesielt, for gode tips i startfasen av oppgaveskrivingen. Takk til Norsk pasientregister og Robert Wiik som har bidratt med datamateriale. Til slutt takker vi Egil Kjerstad for poengtert diskusjon og nyttige råd.

Bergen, 18. juni 2009.


Ann Pernille Grønne


Silje Sangolt

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING.....	10
1.1 BAKGRUNN.....	10
1.2 PROBLEMSTILLING	10
1.3 AVGRENSNING.....	11
1.4 DISPOSISJON	11
2. TEORI.....	13
2.1 MARKEDSAVGRENSNING	13
2.2 PRODUKTMARKEDET	14
2.2.1 <i>Substitutter</i>	15
2.2.2 <i>Metoder for å avgrense det relevante produktmarkedet</i>	16
2.3 DET GEOGRAFISKE MARKEDET	18
2.4 HERFINDAHL-HIRSCHMAN INDEKSEN	19
3. DET NORSKE HELSETJENESTESYSTEMET	21
3.1 INNSATSSTYRT FINANSIERING	23
3.2 FRITT SYKEHUSVALG.....	26
3.3 OVERFØRING TIL STATLIG EIERSKAP	27
4. KONKURRANSEHEMMENDE FAKTORER.....	29
4.1 IRREVERSIBLE INVESTERINGER OG KAPITALBEHOV.....	29
4.2 SKALAFORDELER.....	31
4.3 BREDDFORDELER.....	34
4.4 EKSTERNALITETER	35
4.5 PRODUKTDIFFERENSIERING.....	35
4.6 ASYMMETRISK INFORMASJON	36

4.7	STATLIG REGULERING	40
5.	METODE	45
5.1	MARKEDSAVGRENSNING.....	45
5.1.1	<i>Metode for avgrensning av produktmarkedet</i>	<i>45</i>
5.1.2	<i>Metode for avgrensning av det geografiske markedet</i>	<i>48</i>
5.2	MÅL PÅ KONKURRANSE	49
6.	ANALYSE	51
6.1	PASIENTSTRØMNINGER MELLOM REGIONALE HELSEFORETAK	51
6.2	PASIENTSTRØMNINGER MELLOM REGIONALE HELSEFORETAK ETTER BEHANDLINGSTYPE.....	53
6.2.1	<i>Sammenligning av de fire behandlingene uavhengig av tid.....</i>	<i>53</i>
6.2.2	<i>Pasientstrømninger mellom regionale helseforetak etter behandlingstype over tid.....</i>	<i>54</i>
6.2.3	<i>Årsaker til pasientstrømninger mellom regionale helseforetak</i>	<i>56</i>
6.3	PASIENTSTRØMNINGER MELLOM HELSEFORETAK ETTER BEHANDLINGSTYPE.....	58
6.3.1	<i>Sammenligning av de fire behandlingene uavhengig av tid.....</i>	<i>58</i>
6.3.2	<i>Pasientstrømninger mellom helseforetak etter behandlingstype over tid</i>	<i>62</i>
6.3.3	<i>Årsaker til pasientstrømninger mellom helseforetak</i>	<i>66</i>
6.4	PASIENTSTRØMNINGER FRA SENTRALE OG USENTRALE KOMMUNER	68
6.4.1	<i>Helse Nord og Helse Vest under ett</i>	<i>69</i>
6.4.2	<i>Sammenligning av Helse Nord og Helse Vest.....</i>	<i>70</i>
6.4.3	<i>Årsaker til pasientstrømninger fra sentrale og usentrale kommuner</i>	<i>71</i>
6.5	PASIENTSTRØMNINGER TIL PRIVATE SYKEHUS	72
6.5.1	<i>Pasientstrømninger fra regionale helseforetak til private sykehus.....</i>	<i>73</i>
6.5.2	<i>Pasientstrømninger fra Helse Nord og Helse Vest til private sykehus</i>	<i>75</i>
6.5.3	<i>Årsaker til pasientstrømninger til private sykehus.....</i>	<i>77</i>

7. AVSLUTNING	79
7.1 DISKUSJON	79
7.2 KONKLUSJON.....	81
7.3 KRITIKK OG VIDERE FORSKNING.....	83
8. LITTERATURLISTE	84
9. APPENDIKS	90

Figurliste

Figur 1: Skalafordeler.....	32
Figur 2: Prinsipal-Agent modell.....	37
Figur 3: Pasientstrømninger mellom HF i Helse Nord, menisk.....	62
Figur 4: Pasientstrømninger fra HF i Helse Nord til andre RHF, menisk.....	63
Figur 5: Pasientstrømninger mellom HF i Helse Nord, brystkreft.....	66
Figur 6: Pasientstrømninger fra HF i Helse Vest til private institusjoner, grå stær.....	76
Figur 7: Pasientstrømninger fra HF i Helse Nord til private institusjoner, menisk.....	76
Figur 8: Pasientstrømninger fra HF i Helse Vest til private institusjoner, menisk.....	77

Tabelliste

Tabell 1: Antall elektive døgnopphold i prosent av antall elektive døgnopphold i alt etter bosted og behandlingssted. 2006 og 2007 (SAMDATA, 2008a).....	52
Tabell 2: Pasientstrømninger ut fra de ulike RHF etter behandlingstype.....	53
Tabell 3: Pasientstrømninger fra Helse Nord, grå stær.....	55
Tabell 4: Pasientstrømninger fra Helse Øst, brystkreft.....	56
Tabell 5: Pasientstrømninger i Helse Nord etter behandlingstype.....	59
Tabell 6: Pasientstrømninger i Helse Vest etter behandlingstype.....	60
Tabell 7: Pasientstrømninger fra Helse Fonna HF til andre HF i eget RHF, mandler.....	63
Tabell 8: Pasientstrømninger mellom HF i Helse Nord, mandler.....	64
Tabell 9: Pasientstrømninger fra Helse Fonna HF til andre HF i eget RHF, grå stær.....	64
Tabell 10: Pasientstrømninger mellom HF i Helse Nord, grå stær.....	65

Tabell 11: Pasientstrømninger fra HF i Helse Nord til andre RHF, grå stær	65
Tabell 12: Pasientstrømninger fra Helse Fonna HF og Helse Førde HF til andre HF i eget RHF, brystkreft.....	65
Tabell 13: Pasientstrømninger fra sentrale kommuner	69
Tabell 14: Pasientstrømninger fra usentrale kommuner	70
Tabell 15: Pasientstrømninger fra RHF til private institusjoner, menisk.....	73
Tabell 16: Pasientstrømninger fra RHF til private institusjoner, mandler	74
Tabell 17: Pasientstrømninger fra RHF til private institusjoner, grå stær	75
Tabell 18: Antall elektive døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006 og 2007 (SAMDATA, 2008a).....	91
Tabell 19: Pasientstrømninger mellom RHF, menisk, 2003	92
Tabell 20: Pasientstrømninger mellom RHF, menisk, 2005	92
Tabell 21: Pasientstrømninger mellom RHF, menisk, 2006	92
Tabell 22: Pasientstrømninger mellom RHF, mandler, 2003.....	93
Tabell 23: Pasientstrømninger mellom RHF, mandler, 2004.....	93
Tabell 24: Pasientstrømninger mellom RHF, mandler, 2005.....	93
Tabell 25: Pasientstrømninger mellom RHF, mandler, 2006.....	94
Tabell 26: Pasientstrømninger mellom RHF, mandler, 2007.....	94
Tabell 27: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2003.....	95
Tabell 28: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2004.....	95
Tabell 29: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2005.....	95
Tabell 30: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2006.....	95

Tabell 31: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2007	96
Tabell 32: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2008	96
Tabell 33: Pasientstrømninger fra sentrale kommuner, Helse Nord	99
Tabell 34: Pasientstrømninger fra sentrale kommuner, Helse Vest	99
Tabell 35: Pasientstrømninger fra usentrale kommuner, Helse Nord	99
Tabell 36: Pasientstrømninger fra usentrale kommuner, Helse Vest	100
Tabell 37: Pasientstrømninger mellom HF, grå stær, 2006.....	101
Tabell 38: Pasientstrømninger mellom HF, grå stær, 2007.....	101
Tabell 39: Pasientstrømninger mellom HF, grå stær, 2008.....	101

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

I 2009 utgjorde bevilgningene fra statsbudsjettet til Helse- og Omsorgsdepartementet i overkant av 131 milliarder kroner. Det gjør denne posten til den nest største i budsjettet, som vil si litt over femten prosent av det totale statsbudsjettet for 2009 på 848 milliarder kroner (Finansdepartementet, 2008). Spesialisthelsetjenesten er en sentral del av helsesektoren og består grovt sett av tre tjenesteområder; somatiske sykehus, psykisk helsevern og rusbehandling. I 2007 ble det lagt ned nesten 96.000 årsverk i spesialisthelsetjenesten i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2009). Men selv om denne sektoren får store bevilgninger går norske sykehus med virkelig store underskudd hvert år. I tillegg sliter Norge, som mange andre land som har offentlig finansierte helsetjenester, med lange ventetider for behandling. Dette kan tyde på ineffektivitet i helsesektoren. Konkurransen fremmer effektivitet. I Norge har det de siste årene vært gjennomført flere reformer nettopp for å fremme konkurransen og slik effektiviteten, og da spesielt innenfor spesialisthelsetjenesten.

1.2 Problemstilling

Målsetningen med denne utredningen er å sette en markedsavgrensning i den norske spesialisthelsetjenesten, for på denne måten å si noe om konkurransen. Dette vil vi gjøre ved å ta utgangspunkt i politisk-administrative grenser for helsesektoren, og på grunnlag av disse sette en initial markedsavgrensning. Denne avgrensningen kommer vi til å diskutere og bearbeide ved hjelp av å se på pasientstrømninger. Vi vil se på pasientstrømninger mellom regionale helseforetak, innad i Helse Nord og Helse Vest, samt mellom offentlige helsetjenester og private refusjonsberettigede helsetjenester. Disse pasientstrømningene vil vi bruke som et mål på konkurransen i spesialisthelsetjenesten. Deretter kommer vi til å diskutere mulige årsaker til de strømningene vi observerer, med spesielt fokus på forskjeller mellom sentrale og usentrale kommuner.

Problemstillingen for utredningen er som følger;

Hvordan er markedsavgrensningen i markedet for spesialisthelsetjenester, og varierer den eventuelt etter behandlingstype? Er private refusjonsberettigede helsetjenester i samme marked som offentlige helsetjenester? Og hvordan arter konkurransen seg i dette markedet?

1.3 Avgrensning

Vi vil i denne oppgaven avgrense oss til kun å se på refusjonsberettigede tjenester som tilbys av somatiske sykehus. Dette skyldes tidsbegrensning, og vanskeligheter med å fremskaffe data for private institusjoner som ikke er under den offentlige helseplanen. Dette kan gi en noe smal definisjon av det relevante markedet i og med at vi ikke kommer til å se på private sykehustjenester som pasienten betaler for selv. For personer med god råd vil markedet derfor kunne være noe bredere enn det vi konkluderer med. Vi vil videre i oppgaven derfor bruke ordet private sykehus i betydning av private sykehus som er under den offentlige helseplanen.

Vi har avgrenset oss til å bare se på fire elektive kirurgiske inngrep, dette skyldes at vi ønsker å se om pasientstrømmingene avhenger av behandlingstype, men det ville blitt for omfangsrikt å se på alle behandlinger innenfor spesialisthelsetjenesten. De fire prosedyrene vi har valgt er: operasjon av menisk, fjerning av mandler, operasjon av grå stær og kirurgisk behandling av brystkreft. Årsaken til at vi valgte disse fire operasjonene er at de er blant de vanligste i Norge, og tilbys derfor av mange aktører i hele landet.

1.4 Disposisjon

Utredningen er inndelt i syv hovedkapitler. I kapittel 2 vil vi presentere relevant teori med fokus på markedsavgrensning. Kapittel 3 er en presentasjon av det norske helsetjenestesystemet. Der vil vi først beskrive systemet generelt før vi går inn på de tre viktigste reformene som har vært gjennomført de senere årene. Vi vil i kapittel 4 presentere ulike konkurransehemmende faktorer, og diskutere i hvilken grad de er relevante for

spesialisthelsetjenesten. I kapittel 5 presenterer vi metodene vi har benyttet oss av for å gjøre markedsavgrensninger, samt forutsetninger og avgrensninger ved metodene. Kapittel 6 inneholder analysen som vi har foretatt. Her beskriver vi pasientstrømninger og diskuterer årsaker til disse. Til slutt vil vi i kapittel 7 avslutte med diskusjon og konklusjon, samt nevne noe kritikk og videre forskning.

2. Teori

2.1 Markedsavgrensning

1. mai 2004 fikk Norge en ny konkurranselov, og det er Konkurransetilsynet sin oppgave å håndheve denne loven. Formålet til den nye loven er å fremme konkurranse for å bidra til effektiv bruk av samfunnets ressurser. Konkurranseloven inneholder to forbud; samarbeid som begrenser konkurranse (§10) og utilbørlig misbruk av dominerende stilling (§11). Bedrifter har også plikt til å melde fra om fusjoner og oppkjøp til Konkurransetilsynet, og tilsynet kan gripe inn mot oppkjøp og fusjoner som de mener vil begrense konkurransen vesentlig (Konkurransetilsynet, 2008a).

For at Konkurransetilsynet skal kunne avgjøre om en bedrift har misbrukt sin dominerende stilling, må de først avgrense det relevante markedet. Dette kommer av at for å kunne si noe om misbruk av dominerende stilling, må en først fastsette om bedriften faktisk har en dominerende stilling innenfor det aktuelle markedet. Om en bedrift er dominant i et marked avgjøres på bakgrunn av markedsandelene den har i det relevante markedet. Har ikke bedriften en dominerende stilling i det relevante markedet kan den heller ikke ha misbrukt den. Ved fusjon og oppkjøp er det også nødvendig å avgrense det relevante markedet, dette kommer av at konkurransetilsynet må vite hvordan en fusjon vil påvirke det markedet bedriften opererer i før de kan ta en avgjørelse om de skal tillate fusjonen eller ikke. Hvis en fusjon vil medføre mindre konkurranse i markedet, vil Konkurransetilsynet ikke tillate fusjonen. Å avgrense markedet er derfor en standard prosedyre som tilsynet utfører når de etterforsker saker om misbruk av dominerende stilling og fusjoner og oppkjøp, og dette må gjøres for hver enkelt sak.

Hvordan man har avgrenset markedet kan i mange saker ha stor betydning for utfallet av saken. Hvis man definerer markedet for bredt kan man komme frem til at en bedrift er liten, selv om den i virkeligheten er stor og dominerende sett i forhold til et lokalt marked. Og definerer man markedet for smalt kan man på den andre siden komme frem til at bedriften er stor og har en dominerende posisjon, selv om den egentlig er liten.

En markedsavgrensning benyttes altså som et middel for å trekke opp grensene for konkurransen mellom bedrifter. Ved å trekke opp disse grensene kan man på en systematisk måte identifisere begrensninger i den konkurransemessige handlefriheten som de berørte foretakene står overfor, noe som er hovedformålet med en markedsavgrensning. Når man skal foreta en markedsavgrensning tar man utgangspunkt i kjøpernes muligheter til å velge mellom alternative varer eller tjenester. En kjøper vil som oftest velge tilbyder på bakgrunn av egenskaper ved produktene og lokaliseringen til tilbyderen. Det relevante markedet har derfor en produktdimensjon og en geografisk dimensjon (Konkurransetilsynet, 2008b).

Ved å avgrense et marked både som produktmarked og som geografisk marked, kan man identifisere hvilke aktører som faktisk begrenser konkurransen i markedet. Det vil si hvilke bedrifter som hindrer andre aktører i markedet i å opptre uavhengig av et effektivt konkurransetrykk.

2.2 Produktmarkedet

EFTAs Overvåkningsorgan (1998) definerer det relevante produktmarkedet slik: "Et relevant produktmarked omfatter alle varer og/eller tjenester som etter forbrukernes oppfatning er innbyrdes ombyttelig eller substituerbare ut fra egenskaper, pris og bruksområde" (s. 4).

To produkter er altså i samme produktmarked hvis konsumentene anser produktene som alternativer til hverandre, og de selges i det samme geografiske markedet. For å snevre inn omfanget av mulige alternative produkter kan man analysere produktets egenskaper og bruksområde. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig for å kunne fastslå om to produkter er i det samme produktmarkedet. I et marked blir en bedrift utsatt for konkurranse, og dette er med på å begrense handlefriheten til bedriften. Det finnes tre hovedtyper av slike begrensninger: etterspørselssubstitusjon, tilbudssubstitusjon og potensiell konkurranse (EFTAs Overvåkningsorgan, 1998). Derfor består en avgrensning av det relevante marked i hovedsak av å finne de reelle alternativene som kundene til bedrifter har, både med tanke på varer eller tjenester, og på bedriften sin geografiske beliggenhet. Dette gjøres gjennom å se

på etterspørselssubstitusjon og til en viss grad tilbudssubstitusjon (Konkurransetilsynet, 2008b).

2.2.1 Substitutter

I økonomisk teori defineres ulike goder som substitutter til hverandre dersom en økning i prisen på den ene goden fører til en økning i etterspurt mengde av den andre goden, gitt at preferanser, inntekt og pris på alle andre goder holdes konstant (Pindyck og Rubinfeld, 2009). Et substitutt er altså et alternativt gode. For normale goder betyr økt pris på et substitutt at betalingsviljen øker. Etterspørselskurven får et skift mot høyre, og markedet klareres på et høyere produksjonskvantum og, som nevnt, til en høyere markedspris. I motsatt fall, dersom prisen på et substitutt reduseres, får vi et skift mot venstre i etterspørselskurven og en markedsklarering med lavere pris og kvantum. Markedsmakten til både konsumenter og produsenter har i stor grad sammenheng med tilgangen på substitutter som kan dekke de samme behov og tilfredsstille de samme kravene som det alternative godet. Dersom en industri leverer en vare og det ikke finnes noe substitutt som enkelt kan utfylle de samme funksjonene, vil produsentene her ha markedsmakt. Dersom det i tillegg kun er snakk om få produsenter, eller i ytterste grad kun én produsent, har vi med oligopoler eller monopoler å gjøre. Denne typen markedsmakt skaper inngangsbarrierer og hindrer slik konkurransen (Pindyck og Rubinfeld, 2009). Det kan altså argumenteres for at dersom man vil si noen om konkurransen i et marked må man vite noe om substitutter.

Etterspørselssubstitusjon er en situasjon hvor kunder som blir utsatt for en prisøkning velger å bytte til alternative produkter eller leverandører. Dersom tilstrekkelig mange kunder velger å substituere seg bort fra produktet, blir prisøkningen ulønnsom og det sies derfor at dette er den mest effektive og disiplinerende virkningen i forhold til leverandøren. Ved etterspørselssubstitusjon må man kartlegge hvilke produkter konsumentene anser som substituerbare, og man tar gjerne utgangspunkt i områder og produktklasser der man finner de berørte foretakene. Videre må man ta en vurdering på om andre produktklasser og områder påvirker prisfastsettelsen av de berørte foretakenes produkter, og derfor om man skal inkludere disse i analysen.

Tilbudssubstitusjon, på den andre siden, betyr at andre leverandører substituerer seg over til å tilby de aktuelle produktene og tjenestene som en reaksjon på en eventuell prisøkning. Dersom tilbudssubstitusjon har den samme umiddelbare og direkte virkning som etterspørselssubstitusjon kan den tas i betraktning ved avgrensning av det relevante markedet. Dette innebærer at leverandørene relativt hurtig kan omstille produksjonen og markedsføringen sin, uten at dette er svært dyrt eller medfører mye risiko. Altså, kravene for at tilbudssubstitusjon skal være aktuelt å vurdere er at endring av produksjonen må være enkelt å gjennomføre, det må kunne skje hurtig og ikke medføre for høye kostnader. Det må heller ikke medføre store irreversible investeringer eller være signifikante etableringsbarrierer, det vil si at aktøren allerede er i besittelse av nødvendig produksjonsutstyr og kunnskap (Konkurransetilsynet, 2008b).

2.2.2 Metoder for å avgrense det relevante produktmarkedet

Det finnes ulike metoder for å avgrense det relevante produktmarkedet. En av de mest brukte testene av konkurransemyndigheter over hele verden for å avgrense markedet er SSNIP-testen, Small but Significant Non-transitory Increase in Prices, også kalt den hypotetiske monopolisttesten (Geroski og Griffith, 2003). Testen gjøres på følgende måte: Anta at det er en hypotetisk monopolist i det markedet du ser på. Vil denne monopolisten finne det lønnsomt å heve prisen på det relevante produktet med fem til ti prosent over dagens nivå? Hvis svaret er ja på dette spørsmålet, altså at det er lønnsomt å heve prisen, så står ikke det aktuelle produktet ovenfor noe signifikant konkurransetrykk fra andre produkter. Det relevante produktet har derfor ikke noen nære nok substitutter som vil gjøre det ulønnsomt å heve prisen ved at man mister etterspørsel. Med utgangspunkt i dette bør det relevante produktet bli sett på som et eget produktmarked.

Hvis svaret er nei, altså at det ikke er lønnsomt for den hypotetiske monopolisten å heve prisen, fordi produktet da ville miste etterspørsel som følge av økt pris, burde produktet man ser på ikke bli vurdert som et eget marked. Dette kommer av at det da finnes andre produkter som utsetter det aktuelle produktet for konkurransebegrensninger. Man må da ta flere produkter inn i SSNIP-testen, og stille seg det samme spørsmålet igjen. Dette gjør man helt til svaret på testen blir at det er lønnsomt å øke prisen, da har man funnet det relevante

produktmarkedet. For å få en korrekt analyse er det viktig å ta utgangspunkt i en konkurransepris. Dersom man benytter en pris som ikke er fastsatt under tilstrekkelig konkurranse, vil den være misvisende, og man kan risikere å definere markedet for vidt siden en høy pris gjør at kundene betrakter flere produkt som substitutter (Motta, 2004, s. 102).

Andre metoder som man kan bruke for å avgrense det relevante produktmarkedet, eller som et supplement til SSNIP-testen, er priskorrelasjon, priskforskjeller, krysspriselasitet og sjokkanalyse. Ideen med å bruke priskorrelasjon er at hvis to produkter er i samme marked vil prisene på produktene bevege seg i samme retning over tid. Altså jo høyere korrelasjon, jo mer sannsynlig er det at de to produktene er i det samme markedet. Ser man på priskforskjeller, vil to produkter som har priser på et sammenlignbart nivå, tyde på at de er i det samme markedet. Er prisnivåene derimot veldig forskjellige kan det være en indikasjon på at produktene er i forskjellige markeder. Noe man skal være observant på når man studerer en priskforskjell mellom to produkter er at dette kan skyldes vertikal differensiering, som vil si høyere kvalitet for høyprisprodukt. Dette kan bety at produktene er substitutter, selv om det er priskforskjeller, og de derfor tilhører det samme markedet. Egenpriselasitet, som er definert som prosentvis endring i etterspørsel som skyldes en økning i pris på en prosent, er den beste typen informasjon for å definere produktmarkedet (Motta, 2004). Hvis et produkt har høy priselasitet, har produktet mange nære substitutter eller så er det allerede monopolpriser i det antatte markedet. Har produktet uelastisk etterspørsel, finnes det ingen substitutter til produktet, og man har funnet det relevante markedet. Krysspriselasitet kan også hjelpe for å finne ut om et produkt blir konkurransemessig begrenset av andre produkter. Er det høy positiv signifikant krysspriselasitet mellom to produkter tilsier det at de er i samme marked, og derfor substitutter. Er krysspriselasiteten sterkt negativ, og signifikant, er produktene komplementær. Finner man at krysspriselasiteten mellom to produkter ikke er signifikant, eller nær null og signifikant, er produktene urelaterete, og derfor ikke i samme marked (Pindyck og Rubinfeld, 2009). I markeder kan det til tider skje ulike sjokk, eksempler på slike sjokk kan være salgskampanjer for et produkt, en økning i kapasitet og salg av et produkt eller en reduksjon i salg av et produkt som følge av svikt i leveranse av produktet (Konkurransetilsynet, 2008b). Man kan bruke slike sjokk til å se hvordan de påvirker salget av andre produkter. Hvis økt salg av et produkt, som skyldes en markedsføringskampanje, fører til mindre salg av et annet produkt, kan man si at disse to produktene er i det samme relevante markedet.

2.3 Det geografiske markedet

EFTAs Overvåkningsorgan (1998) definerer det relevante geografiske marked som: "Et relevant geografisk marked omfatter et område der de berørte foretak tilbyr varer eller tjenester, der konkurransevilkårene er tilstrekkelig ensartet, og som kan holdes atskilt fra tilgrensende områder særlig fordi konkurransevilkårene der er merkbart forskjellige" (s. 4).

Det relevante geografiske markedet for et produkt omfatter altså området der hvor kunden kjøper det bestemte produktet. For å bestemme det geografiske markedet må man se på strømningene av varer og tjenester mellom ulike geografiske områder. Et geografisk marked kan derfor være definert enten på et lokalt, regionalt, nasjonalt eller globalt nivå avhengig av handelsstrømmer. Når man skal bestemme det geografiske markedet kan, man som for produktmarkedet, se på substitusjon mellom ulike områder. Hvis for eksempel en økning i pris på et produkt i ett geografisk område har en signifikant virkning på enten etterspørsel eller tilbud i et annet geografisk område, burde disse to områdene bli sett på som det samme geografiske markedet (Lipczynski et al., 2005). Man kan derfor også bruke SSNIP-testen for å avgrense det relevante geografiske markedet. En avgrensning av det geografiske markedet ved bruk av SSNIP-testen vil man gjøre på følgende måte: vil en hypotetisk monopolist i et område finne det lønnsomt å øke prisen på sitt produkt med fem til ti prosent? Dersom svaret er ja, er det geografiske området definert. Hvis ikke, må man ta med et annet området og gjøre testen på nytt. Dette må man, som nevnt, gjøre til svaret på testen er ja. De geografiske områdene som da er med i testen vil utgjøre det geografiske markedet (Motta, 2004, s. 113).

Ved avgrensning av det geografiske markedet må man også ta hensyn til transportkostnader og reisetid. For produkter med stort volum og lav verdi vil transportkostnadene som regel begrense størrelsen på det geografiske markedet. For sluttbrukere kan reisetiden til utsalgsstedet ha stor betydning. Vet man at sluttbrukerne ikke er villig til å reise mer enn en halv time for å komme til utsalgsstedet, kan man finne ut hvor stor andel av kundene som betrakter de to utsalgsstedene som alternativer. Hvis det er få som ser på de to utsalgsstedene som substitutter, kan det indikere at de to ikke er i samme marked. Skal man vurdere om et marked er større enn nasjonalt, må man ta hensyn til faktorer som kan skjerme et geografisk område fra konkurransetrykk fra foretak utenfor dette området. Det kan for eksempel være

faktorer som kvoter og tolltariffer, tilgang til distribusjonskanaler og regulatoriske hindringer (Konkurransetilsynet, 2008b). Transportkostnader er også her en faktor som man må ta hensyn til, men man må se dem i betraktning til andre fordeler man kan få i et annet geografisk område.

Står man ovenfor et marked hvor antall kunder er så stort at man ikke klarer å danne seg et bilde av det geografiske kjøpemønsteret, kan man bruke opplysninger om handelsstrømmer. Dette forutsetter at man har tilstrekkelig detaljerte opplysninger for de aktuelle produktene. En svakhet ved å bestemme det geografiske markedet på denne måten er at man kan komme til å avgrense markedet for snevert. Dette skyldes at man ikke fanger opp at en prisøkning i ett område kan føre til økt eksport fra et annet område til det området man ser på (Konkurransetilsynet, 2008b).

2.4 Herfindahl-Hirschman indeksen

Herfindahl-Hirschman indeksen (HHI) måler konsentrasjonen i et marked, og benyttes ofte når bedrifter søker om å fusjonere. En slik indikator benyttes for å si noe om konkurranseintensiteten i markedet. Markedskonsentrasjon er et mål på antall aktører i et marked og deres relative størrelse. HHI er definert som summen av de kvadrerte markedsandelene til alle aktørene i markedet, og beregnes på følgende måte:

$$HHI = \sum_{i=1}^N s_i^2$$

hvor s_i er markedsandelen for bedrift i , og N er antall bedrifter i markedet (Lipczynski et al., 2005). Markedsandelen til en bedrift er definert på følgende måte:

$$s_i = \frac{q_i}{\sum_{i=1}^N q_i} \times 100$$

Altså beregnes markedsandelen til en bedrift ved å dele bedriftens solgte kvantum (q_i), på det totale antallet kvantumet solgt i hele markedet.

For at man skal kunne finne HHI for et marked må man altså først ha avgrenset det relevante markedet. Verdien til HHI vil ligge mellom null og 10.000. Er det bare en aktør i markedet vil denne aktøren ha en markedsandel på hundre prosent, som vil gi en HHI verdi på 10.000. Hvis det i stedet er mange små aktører i markedet, vil dette gi en HHI verdi tilnærmet lik null.

En praktisk utfordring når man skal beregne HHI er at man må kjenne til markedsandelene til alle bedriftene i markedet, noe som kan være vanskelig å kartlegge. Noe annet man skal være klar over når man benytter seg av denne metoden for å finne markedskonsentrasjonen, er at HHI tillegger store markedsandeler større vekt enn små. Det vil si at dersom det er like mange aktører i ulike markeder, vil HHI være større for et marked med ujevnt fordelte markedsandeler enn i et marked der alle bedriftene er like store.

Konkurransemyndighetene i USA har noen retningslinjer for hvor konsentrert ett markedet kan være for at de skal tillate en fusjon. Er HHI verdien før fusjonen under 1.000, som indikerer lav konsentrasjon, vil man godkjenne fusjonen. Foreligge det en moderat konsentrasjon i markedet, det vil si HHI verdi på mellom 1.000 og 1.800, godkjennes fusjonen så lenge denne ikke øker konsentrasjonen med mer enn hundre poeng. Er HHI verdien i et markedet høyere enn 1.800 før fusjonen, vil en fusjon bare godkjennes hvis den kun øker HHI med femti poeng (Motta, 2004). Konkurransetilsynet i Norge bruker også HHI som indikator når de vurderer fusjonssaker, men de har så langt ikke offentliggjort noen tall.

Dersom man finner en HHI verdi som er høy kan dette indikere at konkurransen i markedet er svak. Få aktører er imidlertid ikke tilstrekkelig til at man kan utelukke muligheten for effektiv konkurranse. På den andre siden er heller ikke mange aktører i markedet en sikker indikasjon på effektiv konkurranse. Man kan anta at når bedrifter konkurrerer er det noen som lykkes bedre enn andre. Markedskonsentrasjon må derfor ses i sammenheng med hvor mye endringer det er i markedet. Hvis det er lite etablering og utgang, og markedsandelene til bedriftene endrer seg lite over tid, kan man stille spørsmål til hvor sterk konkurransen er i dette markedet. Ser man derimot at det er mye endringer i markedet kan dette være en indikator på at konkurranseintensiteten er høy (Nærings- og handelsdepartementet, 2001).

3. Det norske helsetjenestesystemet

I Norge har vi et statlig helsevesen, det vil si at både finansiering og produksjon hovedsakelig skjer av offentlig sektor. Helsevesenet er finansiert via skatteinntekter, og helseutgiftene dekkes ved overføringer fra staten til de aktørene som tilbyr helsetjenester. Det vil si at alle innbyggere i Norge, som er medlem av Folketrygden, får gratis opphold og behandling når man må innlegges på sykehus. Organiseringen av helsevesenet er basert på prinsippet om at alle har rett til lik tilgang til behandling når man er syk, uavhengig av sosial status og inntekt.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som er ansvarlig for å utforme og kontrollere den nasjonale helsepolitikken. Dette gjør de blant annet gjennom lover og forskrifter, de fastsetter for eksempel egenandelen man må betale ved konsultasjon hos legen (Helse- og omsorgsdepartementet, b). Denne styringen kalles for myndighetsstyringen, og omfatter både private og offentlige institusjoner. Eierstyringen til myndighetene omfatter på den andre siden kun de offentlige sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, a). Mens departementet styrer helsepolitikken, er det lokale og regionale ledd som har ansvaret for å utføre tjenestene. Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten, inkludert i denne er for eksempel allmennlegetjenester og sykehjem. Mye av produksjonen i primærhelsetjenesten foregår i privat sektor av leger som er selvstendig næringsdrivende, men som har driftsavtale med myndighetene.

De mer spesialiserte medisinske tjenestene, spesialisthelsetjenesten, er det de regionale helseforetakene som har ansvaret for (Helseforetaksloven § 1). Per i dag er Norge delt inn i fire helseregioner; Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst, som har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til innbyggerne i sin region. Det er staten som eier de regionale helseforetakene. Helseregionene dekker behovet for spesialisthelsetjenester ved å tilby tjenester fra helseforetak de selv eier. Men dersom egne helseforetak ikke klarer å dekke etterspørselen kan de kjøpe tjenester fra andre helseregioner, i tillegg har de også mulighet til å kjøpe tjenester fra private sykehus eller private legespesialister, og i noen tilfeller kan de hente inn tjenester fra utlandet. For eksempel består Helse Vest av Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF, Helse Bergen HF og Helse Førde HF som har ansvar for

befolkningen i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Samtidig samarbeider Helse Vest med private sykehus som Haraldsplass og andre private tjenestetilbydere.

Spesialisthelsetjenesten i Norge omfatter sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten og transport av behandlingspersonell (Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, 1999). Men vi vil som nevnt i denne oppgaven begrense oss til å se på somatiske sykehus i Norge.

Sykehusene er delt inn i tre ulike kategorier; lokalsykehus, sentralsykehus og regionsykehus. Disse tre kategoriene skiller seg fra hverandre ved at de tilbyr behandling på ulikt nivå. Lokalsykehusene tilbyr tjenester på det laveste behandlingsnivået. Det vil si døgnkontinuerlig beredskap for akutte kirurgiske og medisinske tilstander, i tillegg til fødsler. Region- og sentralsykehusene tilbyr i tillegg til de tjenestene lokalsykehusene gjør, et noe høyere behandlingsnivå. Det vil si et noe mer spesialisert medisinsk og kirurgisk behandlingstilbud. Det høyeste behandlingsnivået man kan få i Norge, er kun tilbudt ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet, samt noen få spesialsykehus.

Selv om Norge har et offentlig helsevesen, finnes det private sykehus. Man kan dele de private sykehusene i to kategorier; private ideelle sykehus og private kommersielle sykehus. Private ideelle sykehus er ofte eid av en organisasjon eller stiftelse, og de har ikke noen mål om å oppnå profitt. Sykehus som er private kommersielle har vanligvis eiere som stiller et avkastningskrav. Altså eksisterer denne typen sykehus i utgangspunktet for å tjene penger. Regjeringen ønsker å stimulere til at den offentlige helsetjenesten kombineres med det private helsetilbudet på en så effektiv måte som mulig (Andersen et al., 2006). Mens de offentlige sykehusene er eid av staten og kan, gitt dagens situasjon i Norge, bare gå konkurs i teorien og ikke i praksis, er det felles for begge typer private sykehus at konkurs er en reell mulighet. Selv om de ideelle ikke trenger å oppnå profitt, må de likevel leve med harde budsjetter, på grunn av dette kommer vi ikke til å skille mellom de ulike typene av private sykehus, men heller behandle de under ett.

Som nevnt har de regionale helseforetakene ansvar for tilbudet av helsetjenester i sin region. De opptrer altså som både bestiller og utfører av helsetjenester. De regionale helseforetakene bestiller helsetjenester, samtidig som de eier en vesentlig del av tilbyderne av sykehus tjenester, altså helseforetakene. Alle de regionale helseforetakene benytter, i tillegg til egne helseforetak, private aktører for å produsere spesialisthelsetjenester. Private aktører kan få en avtale med et regionalt helseforetak om å levere spesialisthelsetjenester ved å vinne en anbudskonkurranse eller gjennom forhandlinger. Som oftest benyttes begrenset anbudskonkurranse, som vil si at interne enheter ikke har anledning til å gi bud. Dette er det mest naturlige siden motivasjonen til de regionale helseforetakene for å kjøpe spesialisthelsetjenester eksternt fungerer som et supplement til intern produksjon. Den som vinner anbudskonkurransene får en eksklusiv, men tidsbegrenset avtale. Lengden på kontrakten varierer etter hvilken type tjeneste man skal levere. For private sykehus er kontraktlengden typisk på tre år, mens for laboratorier og røntgeninstitusjoner er den vanligvis på to år. Avtalespesialister sin kontrakt varer helt frem til spesialisten er sytti år gammel (Andersen et al., 2006).

De siste årene har det blitt foretatt flere omorganiseringer i helsesektoren, fortrinnsvis med sikte på å fremme konkurransen og øke effektiviteten. Tre av de mest sentrale reformene som har blitt gjennomført er *innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og overføring til statlig eierskap*.

3.1 Innsatsstyrt finansiering

Et finansieringssystem bør gi incentiver til effektivitet både i investeringer og produksjon, i sistnevnte fins det to ulike aspekter. For det første gjelder det å minimere produksjonskostnadene, men også sørge for at det foreligger incentiver som er med på å øke kostnadseffektiviteten. Man må altså avveie gevinsten ved kostnadsreducerende tiltak opp mot de faktiske reduserte kostnadene, i dette ligger det at kostnadsreduksjonen må komme produsenten helt eller delvis til gode. På denne måten vil det lønne seg for produsenten å drive effektivt fordi den økte profitten kommer han selv til gode. Det andre aspektet, som i denne sammenheng er mindre relevant, er at det må foreligge incentiver til å ha en optimal sammensetning av innsatsfaktorer, som kapital og arbeidskraft (Bjørvatn et al., 2002).

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en finansieringsmodell for somatiske sykehus i Norge, og ble innført fra 1. august 1997. På dette tidspunktet var det fylkeskommunene som stod som eiere av de forskjellige sykehusene innenfor sine regioner. Senere, i 2002, ble eierskapet av sykehusene overført til staten og de regionale helseforetakene ble opprettet (Andersen et al., 2006). Det er de fire regionale helseforetakene som har det fulle ansvaret med å tilby spesialisthelsetjenester til innbyggerne i sin region. Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av aktivitetsbaserte bevilgninger og en basisbevilgning, samt at det avtales kjøp og salg av tjenester mellom de ulike regionale helseforetakene. Basisbevilgningen bestemmes på grunnlag av blant annet antall innbyggere i regionen og alderssammensetningen av disse, og den er uavhengig av produksjonen av helsetjenester. De aktivitetsbaserte bevilgningene, innsatsstyrt finansiering, er basert på Diagnose-relaterte grupper systemet (DRG-systemet). Denne formen for aktivitetsbasert finansieringsordning har vanligvis ikke høyest mulig aktivitet som målsetning, men heller å stimulere til oppnåelse av de aktivitetsmål myndighetene setter, på en hensiktsmessig måte (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007).

ISF medfører at en gitt prosent, i 2009 er andelen førti prosent, av utgiftene til behandling av inneliggende pasienter refunderes av staten. Refusjonen avhenger av antall, og sammensetning, av de behandlede pasientene. En DRG er i 2009 priset til 35.127 kroner (Helsedirektoratet, 2008). ISF-refusjonen for døgn- og dagbehandling beregnes, for 2009, på følgende måte:

$$\text{Korrigert DRG-poeng} \times 0,40 \times 35.127$$

Det vil si at for eksempel for en pasient som skal operere menisken, som har DRG-kode 232 som gir korrigert DRG-poeng på 0,46, blir ISF-refusjonen på:

$$0,46 \times 0,40 \times 35.125 = 6.463,4$$

Ordningen medfører samtidig at staten tilfører eierne av sykehusene mindre frie inntekter enn før. Eier inngår på sin side aktivitetsbaserte avtaler eller kontrakter med sykehusene som innebærer at sykehusene, i utgangspunktet, skal få tilført ressurser på basis av utførte behandlinger (Hagen et al., 2001). En av svakhetene med ISF er at avtalen er inngått mellom

staten og eierne av sykehusene, dette vil altså si staten og fylkeskommunen frem til 2002 og etter dette mellom staten og de regionale helseforetakene. Så selv om det er sykehusene med sin produksjon som legger grunnlaget for størrelsen på de aktivitetsbaserte overføringene, er det sykehuseier som mottar disse midlene fra staten og fordeler dem. Det betyr at selv om ett enkelt sykehus opptrer på en effektiv måte og genererer mye inntekter til sin eier, er det ikke gitt at det er det samme sykehuset som vil motta alle disse midlene i sin helhet. Dette er derfor en svakhet med ordningen. Siden midlene ikke er garantert å komme den enkelte aktør til gode, svekkes insentivene til å opptre på en måte som maksimerer effektiviteten og inntjeningene (Kjerstad, 1999).

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten foregår i flere steg. Staten overfører midler til de ulike regionale helseforetakene, som alle har et selvstendig ansvar for å benytte disse midlene til å finansiere egne helseforetak og private sykehus som regionen har avtale med. Hvis man har en lavere produksjon av helsetjenester enn først antatt, får dette økonomiske konsekvenser i form av at de regionale helseforetakene mister inntekter. Men samtidig vil økte kostnader ved økt aktivitet bare delvis kompenseres gjennom ISF-ordningen. Hensikten med en blandingsmodell er å tilrettelegge for styring og kontroll med det samlede aktivitetsnivået, samtidig som det gir sykehusene mulighet til å utnytte ledig kapasitet innenfor gitte rammer (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Etter innføringen av ISF har man observert en tendens til økning i antall kirurgiske innleggelser sett i forhold til medisinske innleggelser. Dette har sammenheng med at gjennomsnittsrefusjonen for de kirurgiske innleggelsene er høyest, altså sykehusene forsøker å maksimere den typen innleggelser som gir høyest forventet inntekt. Dette er rasjonell, og forventet atferd, og tyder på at sykehusene prøver å utnytte smutthull i systemet (Kjærstad og Kristiansen, 2002).

Man har også sett en svak endring i sammensetningen av de ulike diagnose-relaterte gruppene, det vil si at man har sett en flytting fra ikke-kompliserte til kompliserte tilfeller. Dette kan ha sammenheng med at refusjonen er høyere for de kompliserte tilfellene, altså man utnytter gråsonene for å oppnå en høyere nettoinntekt (Kjærstad og Kristiansen, 2002).

3.2 Fritt sykehusvalg

For å gi pasienter større likhet og samme tilgang til sykehustjenester, uavhengig bosted, ble fritt sykehusvalg innført i 2001. Dette vil si at alle pasienter som blir henvist til behandling i spesialisthelsetjenesten har rett til selv å velge behandlingssted. Et av hovedargumentene for frihet ved valg av sykehus var at man gjennom dette bedre kunne utnytte ressursene i forhold til etterspørselen, og slik redusere antall pasienter på venteliste. Man kan si at sykehusene ble konkurranseutsatt, og på denne måten gi sykehus med ledig kapasitet insentiver til å tiltrekke seg pasienter. Innføringen av fritt sykehusvalg åpnet altså for konkurranse mellom sykehusene om å tiltrekke seg pasienter. Siden offentlige sykehustjenester er gratis i Norge, må sykehusene konkurrere på andre dimensjoner enn pris, som for eksempel ventetid eller kvalitet. Man kan derfor si at innføringen av fritt sykehusvalg åpnet for et indre marked for sykehustjenester i Norge.

En pasients rett til fritt sykehusvalg oppstår når man blir henvist av en allmennlege til et sykehus. Valgfriheten gjelder altså kun for elektive, det vil si planlagte, behandlinger. I praksis betyr dette at man for eksempel kan velge å bli behandlet ved et spesielt sykehus, fordi ventetiden for behandling av den aktuelle sykdommen er kortere ved dette sykehuset. I situasjoner hvor pasienten trenger øyeblikkelig hjelp har man ikke rett til å velge behandlingssted. Man får imidlertid rett til å velge å bli overført til et annet sykehus når den akutte situasjonen er over.

Sykehusene man kan velge mellom er alle offentlige sykehus og institusjoner, samt private sykehus som har en avtale med det offentlige, uavhengig av helseregion. Retten til å velge gjelder ikke behandlingsnivå, det vil si at man ikke selv kan velge en mer spesialisert behandling enn den man er blitt henvist til. Man må altså velge mellom sykehus på samme behandlingsnivå. Dette betyr at man kan velge mellom ulike lokalsykehus, sentralsykehus, regionsykehus og andre enheter på samme nivå. Hvis sykdommens art tilsier behandling på et lokalsykehus, kan man derfor ikke velge å bli behandlet på Rikshospitalet (Revmatikeren, 2007). Når man har valgt et sykehus som er omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg, er sykehuset som hovedregel forpliktet til å ta imot pasienten, uavhengig av bosted. Unntaket fra denne regelen er at sykehusene kan avvise pasienter fra andre bostedsregioner, som

benytter seg av fritt sykehusvalg, i de tilfellene de må prioritere pasienter fra egen region (Fritt sykehusvalg Norge, c).

Hvor lang ventetid et sykehus har for en spesiell behandling kan man finne ut via internett. Det finnes en egen side, frittsykehusvalg.no, som inneholder informasjon om hvilke sykehus som tilbyr behandlingen man trenger, i tillegg til ventetiden for behandlingen. For de ulike sykehusene er det også oppgitt noen kvalitetsindikatorer, som sykehusinfeksjoner, utsettelse av planlagte operasjoner, korridorpasienter og tilbakemelding til fastlege (Fritt sykehusvalg Norge, a). Selv om man kan finne all den informasjonene man trenger for å velge sykehus gjennom fritt sykehusvalg sin internettside, er det vanligst at pasienten får informasjon om fritt sykehusvalg gjennom fastlegen sin. Det er legen sin oppgave å gi pasienten informasjon om at man har rett til selv å velge behandlingssted. Ved behov skal legen veilede og anbefale behandlingsinstitusjon som han mener er mest hensiktsmessig, vurdert ut fra pasientens situasjon. I denne anbefalingen vil ventetider kunne være en sentral faktor. Det er derfor viktig at fastleger holder seg oppdatert om de ulike tilbudene som finnes.

Selv om pasienten fritt kan velge mellom alle sykehus i hele landet, så forblir de ulike helseregionene separate områder. Det er det regionale helseforetaket som pasienten tilhører som betaler for behandlingen. Reiseutgifter utover en egenandel betales også av helseregionen pasienten tilhører. Egenandelen er per første kvartal 2009 på 120 kr hver vei for reiser innenfor egen helseregion, og 400 kr hver vei utenfor egen helseregion (Fritt sykehusvalg Norge, b). Dette kan gi de ulike helseregionene incentiver til å minimere eksporten av pasienter, og prøve å maksimere importen. Et sykehus kan få til dette ved å redusere ventetiden, og øke kvaliteten på dimensjoner som er lett å observere for fastleger (Kjerstad og Kristiansen, 2005).

3.3 Overføring til statlig eierskap

Fremgang innenfor medisinfaget de senere år har gitt et bredere behandlingstilbud, av mer avansert og effektiv karakter, noe som har vært med på å øke etterspørselen etter helsetjenester. Sammen med elementer som krav til økt kvalitet, likhet i tilbud av

behandlinger og kostnadseffektivitet er dette en av de mest sentrale drivkreftene bak ulike helsereformer den senere tid. Blant annet er innflytelse og større rettigheter til pasientene et generelt kjennetegn på disse reformene, det kan også observeres tendenser til desentralisering (Bjorvatn et al., 2002).

Frem til 2002 hadde vi i Norge en tredeling av sykehussektoren mellom staten som regulator, fylkeskommunene som eier og sykehusene selv. I 2002 ble det gjennomført en sykehusreform der staten overtok eierskapet til sykehusene fra de nitten fylkeskommunene. I stedet ble det etablert fem, i 2007 redusert til fire, regionale helseforetak (Andersen et al., 2006). Den statlige overtagelsen av sykehusene er en av de største reformene i norsk samfunnsliv noensinne. Mer eller mindre 100.000 ansatte fikk nye arbeidsgivere, og milliardverdier ble flyttet mellom fylkeskommuner og stat. Å samle sykehusene i store helseforetak på denne måten skapte en betydelig formell autonomi (IRIS, 2009).

En fordel med denne endringen av struktur er at kritikk mot sykehuspolitikken heretter entydig kan rettes mot regjering og storting. Dette er også gjeldende for kritikk rettet mot ansvarsdelingen mellom politiske myndigheter og helseforetakene, eksempelvis dersom et helseforetak på egen hånd tar beslutninger som krever behandling på politisk nivå. På den andre siden, etter at reformen trådte i kraft ble hvert enkelt sykehus organisert som et datterforetak i sin region, noe som gjort dem mer fristilt. De har ansvar for egen produksjon og økonomi, det vil si de står ansvarlig for egne utgifter, men får samtidig beholde mer av inntektene sine selv.

4. Konkurranseshemmende faktorer

Konkurranseshemmende faktorer, ofte kalt etableringsbarrierer, er de faktorene som lar en etablert bedrift ha positiv profitt, samtidig gjør disse faktorene det ulønnsomt for nykommere å gå inn i det aktuelle markedet (Besanko et al., 2007). Hvis det ikke er etableringsbarrierer i et marked, som er en forutsetning for frikonkurranse, vil det hele tiden strømme til nyetableringer, og profitten til de etablerte vil bli konkurrert bort. Er derimot etableringsbarrierene i et marked store vil de virke konkurransedempende, siden barrierene sier noe om hvor mye som skal til før en inntrenger blir en konkurrent. Inntrengere i et marked må altså komme over etableringsbarrierene i markedet for å kunne konkurrere på samme nivå som de etablerte. Slike barrierer kan enten være strukturelle eller strategiske. Det er strukturelle etableringsbarrierer i et marked når den etablerte har naturlige kostnads- eller markedsføringsfordeler, eller tjener på reguleringer i markedet. Strategiske etableringsbarrierer er et resultat av at den etablerte aggressivt hindrer etablering, ved for eksempel grenseprising, rovprising eller kapasitetsekspanasjon.

Vi vil i dette kapitlet diskutere faktorer som kan virke konkurranseshemmende i spesialisthelsetjenesten, og som er med på å hindre frikonkurranse. Det er kun strukturelle etableringsbarrierer vi vil se på, siden det er disse vi anser som mest relevante for sykehussektoren. Det finnes flere ulike typer strukturelle etableringsbarrierer, men i forhold til markedet for spesialisthelsetjenester har vi antatt at de følgende syv barrierene er de mest sentrale; irreversible investeringer og kapitalbehov, skalafordeler, breddefordeler, produkt differensiering, eksternaliteter, asymmetrisk informasjon og offentlig beskyttelse av de etablerte. Videre i dette kapitlet vil vi diskutere hver enkelt av disse etableringsbarrierene og si noe om hvorfor de faktisk er relevante for spesialhelsetjenesten.

4.1 Irreversible investeringer og kapitalbehov

Skal en trussel om nyetablering være troverdig for en etablert avhenger av kostnadene ved å komme inn i markedet. Dersom kostnadene ved å komme inn i markedet er høyere enn den potensielle profitten for den nyetablerte, vil ikke en nyetablering skje. Er det motsatt, altså at

den potensielle profitten overstiger kostnaden ved å komme inn i markedet, er en trussel om nyetablering troverdig. Når man vurderer om man skal etablere seg i et marked, må man også se på barrierene for å gå ut av markedet. Det er dyrt å trekke seg ut av et marked hvis man har gjort store irreversible investeringer. "Irreversible investeringer er investeringskostnader som gir avkastning over en lengre tidshorisont, men som aldri kan reverseres" (Tirole, 1988, s. 308). Det vil si at man aldri får disse investeringer igjen når man trekker seg ut av markedet. Må man foreta store irreversible investeringer vil det gjøre etablering i et nytt marked mer risikofyllt, siden man ikke har mulighet til å få igjen disse midlene hvis man må trekke seg ut av markedet (Lipczynski et al., 2005). Store irreversible investeringer kan altså, sammen med usikkerheten rundt å etablere seg i et nytt marked, virke avskrekkende for en inntrenger, og er derfor en etableringsbarriere.

For å kunne etablere seg i et nytt marked må man foreta investeringer, og for å foreta investeringer trenger man kapital. Kapitalbehovet er i seg selv ikke en etableringsbarriere, altså det er ikke tilgangen på kapital som er problemet. Utfordringen ligger i at man ikke vet om man er levedyktig i det nye markedet i forkant av etableringen. Det innebærer derfor en større risiko å investere kapitalen sin i en nyetablert bedrift enn i en allerede etablert bedrift. For en nyetablert vil da finansieringskapital ha en risikopremie, noe som vil gjøre kapital dyrere for en nyetablert enn for en etablert (Lipczynski et al., 2005). Etableringsbarrieren er altså kostnaden på kapitalen man har behov for ved etablering, og ikke mengden av tilgjengelig kapital.

Skal man etablere seg i markedet for spesialisthelsetjenester må man investere i eksempelvis bygning, maskiner og utstyr. Disse investeringene trenger ikke nødvendigvis være irreversible, en bygning kan eventuelt selges igjen. Spesialiserte maskiner, som for eksempel CT-skanner og MR-maskiner, som brukes i spesialisthelsetjenesten kan det derimot diskuteres om det er et marked for etter noen års bruk. Markedet for gjensalg av disse maskinene kan være begrenset siden de både er veldig dyre og markedet for bruk av de er ganske snevert. Man kan derfor drøfte hvor store irreversible investeringer man må gjøre for å komme inn på markedet for spesialisthelsetjenester. Noe som kan gjøre etableringen i markedet for spesialisthelsetjenester mindre risikabelt er hvis man er under den offentlige helseplanen. Det vil si at man enten er eid av staten eller at man driver privat, men har en avtale med det offentlige om å levere en tjeneste. En slik avtale kan man som nevnt få ved at

man vinner en anbudsrunde. Grunnen til at dette vil gjøre etablering mindre risikabelt er at man da får tilgang på flere pasienter. Dette skyldes at helsetjenester i Norge er betalt av det offentlige så lenge man behandles ved et sykehus som er under den offentlige helseplanen. Man kan derfor anta at de fleste pasientene velger å behandles ved et slikt sykehus. Har man ikke en avtale med det offentlige må man kanskje investere mer i markedsføring, som er en irreversibel kostnad, for å få kunder. Får man ikke en avtale med det offentlig kan en nyetablering derfor bli avskrekket på grunn av store irreversible kostnader, i form av markedsføring.

Selv om man er under den offentlige helseplanene vil det ikke si at man er garantert å få nok pasienter til å drive en lønnsom bedrift. Dette kommer av fritt sykehusvalgformen fra 2001. For å tiltrekke seg pasienter må sykehusene tilby en viss kvalitet. Gjør man ikke dette er det ikke sikkert at man får nok pasienter til at man klarer å overleve i markedet. Denne usikkerheten kan medføre at kapital blir dyrere for en nyetablert enn for en etablert. De som låner penger til nyetableringen vet ikke om den klarer å tiltrekke seg nok pasienter, altså om nyetableringen er levedyktig. Dette kan medføre at kapital blir veldig dyrt for den nyetablerte, og vil derfor avskrekke etablering.

4.2 Skalafordeler

En bedrift har skalafordeler dersom enhetskostnaden reduseres ved økende produsert volum (Løwendahl og Wenstøp, 2003). Det vil si at man ved økt produksjon vil få høyere totale kostnader, mens kostnadene per produserte enhet vil bli lavere. Hvis en bedrift har faste kostnader, som er uavhengig av produksjonen, kan den ha skalafordeler. Hvor raskt en bedrift kan utvinne de skalafordelene den har, måles ved grensekostnaden i produksjonene. Dersom grensekostnaden er lavere enn gjennomsnittskostnaden over det relevante produksjonsintervallet, er produksjonen karakterisert ved skalafordeler. Dersom det omvendte er tilfelle har vi skalaulemper. For at det skal foreligge økende skalaavkastning over hele intervallet må grensekostnaden være konstant og de faste kostnadene være positive. Derimot, en grensekostnad som er stigende gir skalafordeler ved lavt produksjonsvolum og skalaulemper for de høye produksjonsvolumene. En ekstrem versjon

av skalafordeler er naturlig monopol. Under naturlig monopol, er produksjon ulønnsom ved pris lik grensekostnad som er frikonkurranseløsningen (Andersen et al., 2006).

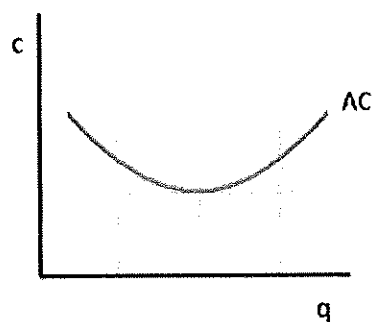
Skalafordeler er altså når en dobling av produsert kvantum krever mindre enn en dobling av kostnadene, og skalafordeler måles ofte ved hjelp av kostnad-produksjonselastisiteten, E_C . E_C er prosentvis endring i produksjonskostnadene (C) som følge av en én-prosents økning i produsert kvantum (q), formelt vil dette se slik ut:

$$E_C = \frac{(\Delta C/C)}{(\Delta q/q)}$$

For å se hvordan E_C er i forhold til de tradisjonelle kostnadsmålene, kan ligningen omskrives som følger:

$$E_C = \frac{\Delta C/\Delta q}{C/q} = \frac{MC}{AC}$$

Når marginalkostnad er lik gjennomsnittskostnad ser vi fra denne ligningen at E_C vil være lik en, og det er konstant skalautbytte. Skalafordeler foreligger når marginalkostnaden er lavere enn gjennomsnittskostnaden, og E_C er mindre enn en (Pindyck og Rubinfeld, 2009).



Figur 1: Skalafordeler

Figuren over kan også forklare skalafordeler. Vi ser at gjennomsnittskostnaden først synker, dette er fordi de faste kostnadene fordeles over et økende antall enheter. Men på sikt vil gjennomsnittskostnaden øke når man nærmer seg kapasitetsbegrensningene. Vi ser altså

enkelt hvordan kostnaden reduseres med produsert kvantum (inntil et visst punkt) og at det da foreligger skalafordeler (Besanko et al., 2007).

Skalafordeler kan virke som en etableringsbarriere på to måter. For det første kan de virke som en etableringsbarriere hvis optimalt kvantum å produsere utgjøre en relativt stor prosentandel av markedet. Dette vil lett kunne drive tilbudt kvantum av varen over etterspurt kvantum, noe som vil medføre lavere pris og potensielt tap. Dette kan være med å hindre etablering. Den andre måten som skalafordeler kan virke som en etableringsbarriere er hvis gjennomsnittskostnaden ved å produsere optimalt kvantum er mye lavere enn hvis man ikke produsere optimalt (Lipczynski et al., 2005). Dette medfører at hvis den nyetablerte ikke har mulighet til å gå inn med like stor kapasitet som den etablerte så vil den få en kostnadsulempe, noe som kan avskrekke en nyetablering.

Hvorvidt det finnes skalafordeler i produksjon av sykehustjenester er diskuterbart. På den ene siden kan man hevde at det foreligger skalafordeler i denne bransjen. I sykehusproduksjon er det noen faste kostnader, som er uavhengig av produksjonen. Dette er faste kostnader som for eksempel er knyttet til bygning, maskiner og utstyr. I tillegg har man variable kostnader som er produksjonsavhengige, for eksempel lønn til personell samt medisiner og medisinsk utstyr som benyttes i forbindelse med behandling av pasienter. Dette kan tyde på at det finnes skalafordeler i produksjon av sykehustjenester (Andersen et al., 2006).

På den andre siden kan man hevde at det ikke finnes skalafordeler i produksjon av sykehustjenester, og at sykehustjenester generelt ikke er et naturlig monopol. Dette kan man hevde siden produksjon av disse tjenestene ikke er en spesielt kapitalintensiv prosess, men heller mer arbeidsintensiv. Noe som innebærer at de variable kostnadene ved produksjon er relativt store i forhold til de faste kostnadene. De fleste sykehus opererer i tillegg på kapasitetsgrensen. Dette kan man se i og med at etterspørselen må rasjoneres både eksplisitt via fastlegehenvisninger og implisitt via ventetid. Alt dette taler for at man ikke har skalafordeler i sykehusproduksjon. Nyere studier av kostnadsstrukturen i sykehus støtter opp om dette. De finner lite eller ingen bevis på skalafordeler i sykehusproduksjon. Det er tvert imot 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 lokalesykehusene (Hagen, Iversen og Magnussen, 2001).

4.3 Breddedefordeler

Breddedefordeler (economies of scope) er en kostnadsfordel som oppstår når flere produkter kan produseres ved hjelp av samme ressurs. Gjennomsnittskostnaden for hvert produkt vil falle hvis total kostnaden ved å produsere flere produkter sammen er mindre enn summen av å produsere dem hver for seg (Lipczynski et al., 2005). Formelt kan dette skrives slik:

$$TC(Q_X, Q_Y) < TC(Q_X, 0) + TC(0, Q_Y)$$

Hvor $TC(Q_X, Q_Y)$ står for totale kostnader for en bedrift som produserer Q_X enheter av gode X og Q_Y enheter av gode Y (Besanko et al., 2007).

Dette kan virke som en etableringsbarriere, fordi hvis en nyetablert skal oppnå samme kostnad som den etablerte, blir den nødt til å etablere seg i større skala. For en potensiell nyetablerer kan dette virke avskrekkende siden det vil innebære mer risiko å etablere seg i stor skala, enn i en mindre.

For et sykehus kan man tenke seg det oppstår breddedefordeler når flere sengeavdelinger eller ulike behandlinger deler på bruken av for eksempel operasjonsstuer, utstyr eller bemanning. Ved å dele på en ressurs på denne måten vil man få en kostnadsfordel knyttet til skalafordeler. Disse skalafordelene er igjen drevet av andre faktorer, som for eksempel kapasitetsutnyttelse. Man kan få en bedre kapasitetsutnyttelse ved at flere enheter deler på en ressurs og benytter den til ulike tider, noe som fører til lavere enhetskostnader. Breddedefordelen får man i form av at man kan øke det totale volumet til sykehuset uten å øke kostnadene. I tillegg får man en fordel ved at man kan redusere ledig kapasitet i en rekke aktiviteter (Bjørnenak og Nyland, 2000). Dette kan tale for at det finnes breddedefordeler i sykehusproduksjon som kan virke som en etableringsbarriere.

Noe som taler imot dette er at økt bredde i sykehusets tilbud kan virke kostnadsdrivende på grunn av samdriftsulemper. Hvis man øker tilbudet til et sykehus må ressurser deles på flere. Dette kan gi økte kostnader siden man får et økt koordineringsbehov mellom de som bruker ressursen, noe som igjen kan føre til at man må inngå kompromiss. Man mister også fleksibilitet i forhold til å foreta endringer. I en regnskapsstudie gjennomført av Bjørnenak og Nyland (2000) pekes det på at sykehusproduksjon kan innebære samdriftsulemper når sykehus blir av en viss størrelse. Alt dette taler for at det ikke er store breddefordeler i sykehusproduksjon.

4.4 Eksternaliteter

Vi har med en eksternalitet å gjøre når et individs atferd direkte påvirker et annet individs velferd, uten at det betales eller mottas kompensasjon for dette (Mankiw og Taylor, 2008). En eksternalitet er en gevinst eller omkostning, altså eksisterer det både positive og negative eksternaliteter, som påføres (eksterne) personer utenfor den økonomiske transaksjonen i markedet, og de er på denne måten ikke tatt høyde for i markedsprisen (Pindyck og Rubinfeld, 2009). Eksternaliteter er med på å påvirke konsum av ulike goder slik at man ikke oppnår en samfunnsøkonomisk optimal løsning.

Eksternaliteter er relevant i sykehussektoren fordi en privat løsning kan gi for lavt konsum av helsetjenester, for eksempel vaksiner. Når folk selv må betale for å vaksinere seg kan man anta at mange, av ulike årsaker, velger å ikke ta vaksine. Disse individene kan da bli smittet av ulike sykdommer, og potensielt overføre denne smitten til andre individer. Dette reduserer de andres velferd, og de blir ikke på noen måte kompensert for de andre sitt valg om å ikke vaksinere seg. At det finnes slike eksternaliteter i spesialisthelsetjenesten er med på å hindre frikonkurranse i denne sektoren.

4.5 Produktdifferensiering

Homogene goder er en frikonkurranseantakelse, og tjenester generelt tilfredsstillende sjelden

dette kravet. Tjenester må normalt konsumeres på stedet og de kan ikke omsettes mellom konsumenter, og disse har typisk heterogene preferanser i tillegg (Andersen et al., 2006). Produktdifferensiering er produsentenes individualisering av sine produkter for å skille dem fra konkurrentenes. I markeder der det i utgangspunktet er lite som skiller produktene fra hverandre vil produsentene forsøke å utvikle og kommunisere individuelle særegenheter slik at produktene fremstår med egenskaper som skiller dem fra andre (Store norske leksikon, c). Ved horisontal differensiering har konsumentene ulike preferanser, og det er da disse preferansene som får konsumentene til å bli uenige om rangeringen av godene. Man har ulike goder man foretrekker selv om de har identisk pris (Sørgard, 2003). Vertikal differensiering er når konsumentene er enige om rangeringen, det er altså objektivt sett ulikt kvalitetsnivå på godene og de etterspørres avhengig av inntekt.

Horisontal differensiering kommer til uttrykk i sykehustjenester gjennom geografisk lokalisering og behandlingstilbud i form av metode og type. Den vertikale differensieringen vises ved at det kan være ulik kvalitet mellom sykehusene, typisk varierende grad av ventetid. Dette er et vertikalt kvalitetsaspekt fordi det er naturlig å anta at alle konsumenter vil foretrekke kortere ventetid fremfor lengre.

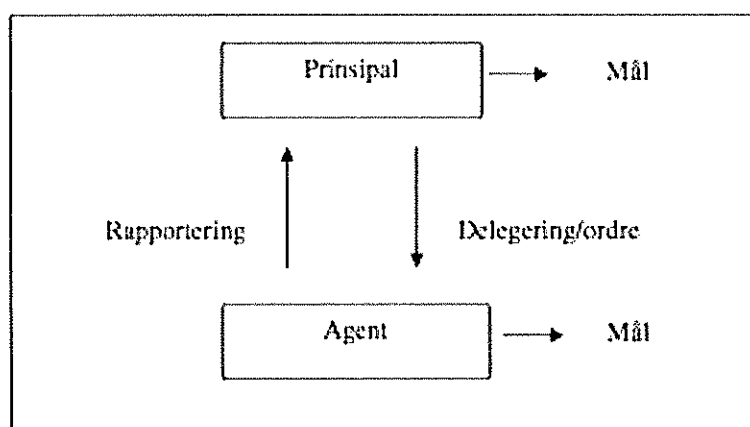
Produktdifferensiering er endogent bestemt (Andersen et al., 2006). Beliggenhet og hvilke behandlinger et sykehus skal tilby er bestemt av helsemyndigheter eller de regionale helseforetakene (sykehuseierne). Ventetid kan påvirkes gjennom valg av kapasitet og effektivitetsgrad i behandlingsprosessen. Kvaliteten er gjerne et resultat av personellens kompetanse, tilgjengelig medisinsk utstyr og sykehusets rutiner. Altså kan man hevde at det er høy grad av produktdifferensiering i spesialisthelsetjenesten, noe som hindrer perfekt konkurranse i dette markedet.

4.6 Asymmetrisk informasjon

En forutsetning for frikonkurranse er at aktørene i markedet har samme informasjon om priser på, og egenskaper ved, de ulike varene. Dersom det foreligger asymmetrisk informasjon, det vil si at enkelte av markedsaktørene vet mer enn andre, kan dette lede til at

prisen som observeres i markedet ikke gjenspeiler alternativverdien av ressursinnsatsen (NOU 1997: 27). Man kan altså si at i økonomisk sammenheng defineres asymmetrisk informasjon som en situasjon der kjøper og selger ikke har den samme informasjonen om (kvaliteten til) et produkt. Den ene av partene vet noe mer som er interessant for avtaleutfallet enn det den andre parten gjør, det foreligger altså ikke frikonkurranse og vi kan si at asymmetrisk informasjon er en konkurransebegrensende faktor. Vanligvis er det selger som befinner seg i den stillingen at han vet mer enn kjøper, dette er for eksempel typisk i situasjoner ved distribusjon/salg av helsetjenester, og selger kan bruke den informasjonen han er i besittelse av til å skaffe seg selv et bedre resultat av samhandlingen enn han ville fått dersom de to hadde hatt samme informasjon (Dixit og Skeath, 2004).

For å forstå asymmetrisk informasjon er det ofte greit å se det i sammenheng med prinsipal-agent teori. En agent er en person som utfører oppdrag for andre. Prinsipalen er den som gir oppdraget. Altså handler, eller opptrer, agenten på vegne av prinsipalen. Prinsipalens utfordring er å sørge for å komme til en ordning der han får oppdraget tilfredsstillende utført. Agentens utfordring er å finne ut hvordan han kan oppnå høyeste betaling, eventuelt bra renommé for senere oppdrag, uten for stor innsats. Her foreligger det asymmetrisk informasjon fordi prinsipalen ikke kan observere agentens innsats, eller har full informasjon om egenskaper til prinsipalen, og problemet blir til når agenten prøver å oppnå egne mål fremfor målene til prinsipalen (Pindyck og Rubinfeld, 2009).



Figur 2: Prinsipal-Agent modell

Asymmetrisk informasjon kan lede til en type markedssvik som kalles *ugunstig utvalg*. Dette er tilfeller når produkter av ulik kvalitet selges til samme pris fordi kjøper eller selger ikke har tilstrekkelig informasjon til å anslå den virkelige kvaliteten på transaksjonstidspunktet. På denne måten blir for mange av lavkvalitetsproduktene og for få av høykvalitetsproduktene solgt (Pindyck og Rubinfeld, 2009).

Et annet problem som er forbundet med asymmetrisk informasjon er *skjult handling (moralsk hasard)*. Dette er alle situasjoner der én parts handlinger er ikke-observerbare for den andre parten, og på denne måten blir sannsynligheten for, og omfanget av, en betaling påvirket. Når en part er unntatt fra risikoen ved sine handlinger, altså at man ikke blir observert, vil han sannsynligvis opptre ulikt enn hva han ville gjort dersom han alene bar hele risikoen. Fordi man ikke har det fulle ansvar for sine handlinger opptrer man mer uforsiktig og overlater deler av ansvaret/risikoen til den andre parten.

Det er altså to typer problemer som skyldes asymmetrisk informasjon, *ugunstig utvalg* og *skjult handling*. Ved å manipulere det de andre spillerne vet om ens evner og preferanser kan man endre likevekten av samhandlingen. Denne informasjonsmanipuleringen, i form av skjulte faktorer som har betydning for avtaleutfallet, blir da en strategi i seg selv. Den som har minst informasjon, oftest kjøper, kan i stedet for å høre på hva selger sier observer selgers egne handlinger og på denne måte skaffe seg mer troverdig informasjon.

Markedet for spesialisthelsetjenester i Norge er ikke kjennetegnet av frikonkurranse. I tillegg til at det er sterkt regulert fra statens side finnes det innslag av flere ulike konkurransehemmende faktorer, og blant disse finner vi asymmetrisk informasjon. For eksempel vet legene mer om pasientens helsetilstand og behandlingstilbudet som foreligger enn det pasienten selv vet. Dette kan være med på å påvirke utfallet av samhandlingen mellom pasient og helsevesen fordi pasienten kunne ha valgt andre løsninger på sine problemer dersom han hadde hatt full informasjon. Pasienten kan sees på som en prinsipal som har gitt et oppdrag til legen sin som da skal opptre som agent på vegne av pasienten. Pasienten ønsker å få den beste mulige behandlingen og bli frisk. Legen på sin side ønsker også dette, men med minst mulig innsats. Dette kan medføre at legen unngår å for eksempel opplyse pasienten om alle alternative behandlinger, henviser han til det sykehuset med kortest

ventetid, opplyse om fritt sykehusvalg og fortelle om kostnader og gevinster ved ulike behandlinger. Pasienten på sin side mangler ofte kunnskap og erfaring til å kunne stille spørsmål ved det legen anbefaler, og må bare stole på at den behandlingen han får anbefalt er den riktige og beste.

Ved å ha et offentlig finansiert helsevesen slik som vi har i Norge, og ikke forsikringsbasert, har problemet med ugunstig utvalg blitt eliminert i stor grad. Med forsikringsbaserte ordninger er det som oftest kjøper (pasienten) som har privat informasjon om egen helsetilstand. Det vil si at pasienten har bedre kjennskap til egen helse enn det forsikringsselskapet har. Dette kan gi problemer med ugunstig utvalg, i og med at forsikringsselskapet ikke kan se forskjell på en person med god helse og en med dårlig helse, og tilbyr derfor lik premie til alle. For en med dårlig helse vil dette være en attraktiv avtale, siden premien er lavere enn forventet tap. De med god helse vil på den andre siden ikke kjøpe forsikring siden premien er høyere enn forventet tap. Forsikringsselskapet vil da sitte igjen med et "ugunstig" utvalg. Med det offentlig finansierte systemet er denne svakheten altså eliminert, fordi pasienten ikke bærer kostnaden ved behandling selv.

Siden man i Norge ikke trenger å betale noe for de helsetjenestene man behøver, sett bort fra egenandelen som er marginal i forhold til den faktiske prisen på mange behandlinger, bærer man ikke den fulle kostnaden med egen atferd. Dette vil si at siden man selv ikke må ta kostnaden med de medisinske tjenestene man får utført, har man insentiv til å be om dyrere og mer "høykvalitetsbehandling" som i utgangspunktet ikke ville vært nødvendig. Individene har altså insentiv til å overkonsumere tjenester, og på denne måten kommer skjult handling til uttrykk.

Det foreligger også asymmetrisk informasjon mellom sykehuset og dets eiere. For eksempel kjenner ikke eier fullstendig til kostnadsprofilen til de enkelte sykehus, og man kan da, uten å bli observert, overrapportere kostnader for slik å få bevilget mer midler til neste års budsjett. Eventuelt kan de kreve høyere refusjon siden informasjonen om kostnader på ulike behandlinger er privat. Som nevnt tidligere har man observert en økning i antall kirurgiske innleggelser sett i forhold til medisinske innleggelser, siden de gir høyere refusjon. Dette er en form for asymmetrisk informasjon som oppstår siden eierne av sykehuset ikke kan

observere legene, og ofte mangler de kunnskap til å stille spørsmål ved diagnosene legene stiller.

4.7 Statlig regulering

Det er to hovedårsaker til at det kan være fordelaktig for et land å ha et offentlig helsevesen. For det første gjør den offentlige sektoren det mulig å utnytte ressursene i samfunnet på en bedre måte, slik at den totale velferden øker. For det andre, offentlig sektor er med på å gjøre fordelingen av de goder som skapes av økonomisk virksomhet mer jevn og rettferdig (Ringstad, 2004). Det kan altså sies at offentlig sektor har en innvirkning på både *nivået på og fordelingen av velferden* i et samfunn.

Offentlig sektor har tre hovedoppgaver. De skal drive med stabiliseringspolitikk, fordelingspolitikk og allokeringpolitikk. Sistnevnte skal bøte på markedssvikt, altså at staten skal gå inn og regulere når det er feil bruk av ressursene i forhold til de behov som gjør seg gjeldende i et samfunn. I en ren markedsøkonomi er det noen goder som ikke vil bli fremstilt i det hele tatt, selv om det finnes åpenbare behov for disse i samfunnet. Av andre goder kan det bli fremstilt et for lavt volum, eksempelvis grunnet monopoler. Til slutt kan det bli fremstilt for mye av goder som medfører ulemper (negative eksternaliteter) for andre (Ringstad, 2004). Det er når den rene markedsøkonomien svikter på disse måtene at offentlig sektor, staten, har oppgaven med å gå inn og regulere det aktuelle markedet på en slik måte at velferden økes og at man kommer nærmere en likevekt som er samfunnsøkonomisk optimal.

I marked som er kjennetegnet ved produktdifferensiering, både vertikal og horisontal, er det ikke gitt at markedet sikrer optimalt volum eller lokalisering. Dersom vi i tillegg har å gjøre med et marked som er kjennetegnet ved imperfekt og asymmetrisk informasjon, tredjepartsfinansiering og fravær av prismekanisme som regulerer etterspørselen ser man ofte at det er behov for offentlig innblanding (Andersen et al., 2006). Statlig regulering, her relatert til etableringer, kan altså være et instrument til å komme nærmere samfunnsøkonomisk optimum.

Regulering gjennom konsesjoner er et annet virkemiddel staten kan ta i bruk for å drive frem mer hensiktsmessige markedslukevekter. En konsesjon er en bevilgning eller tillatelse som blir gitt fra offentlige myndigheter til personer eller bedrifter som ønsker å sett i gang en økonomisk virksomhet. Å få en slik bevilling er etter norsk lovgivning helt nødvendig for å kunne starte opp med aktiviteter som er konsesjonsregulert (Store Norske Leksikon, b).

Sykehussektoren i Norge er regulert av staten og det er derfor ikke fri etablering eller fri utgang. Som nevnt før er produkt differensiering høyst tilstedet i markedet for sykehus tjenester. Asymmetrisk informasjon er også en sentral del av markedet, for eksempel at leger vet bedre enn pasientene hvilke behandlinger de behøver, samt at den lokale ledelsen på et sykehus vet mer om faktiske kostnader enn det eieren, staten, gjør. Dette er relatert til prinsipal-agent problematikken, men er også knyttet opp til tredjepartsfinansiering. Det eksisterer altså markedssvikt i sykehussektoren og statlige inngrep må til for å oppnå et optimalt antall sykehus, den mest hensiktsmessige geografiske fordelingen av sykehus samt det beste tilbudet av behandlinger. Disse reguleringene i sykehussektoren er et av de allokeringspolitiske tiltakene den norske staten har som hovedoppgave å utføre.

Når det gjelder produksjon av ulike goder i en ren markedsøkonomi, kan dette by på problemer i forhold til spesialisthelsetjenester. For eksempel er det ikke sikkert at det ville vært tilbud om fødestuer i grisgrendte strøk dersom markedet skulle regulere seg selv, på tross av at det er behov for denne typen tjenester i hele landet. Innbyggerne i disse regionene ville da fått et mye dårlige tilbud, og deres velferd ville blitt redusert.

Spesialisthelsetjenesten har, som nevnt, noen stordriftsfordeler. Dette gjør som kjent inngang i markedet vanskeligere, og resultatet kan bli monopoler. Noe som igjen kan lede til for lav produksjon av enkelte goder eller tjenester, altså det oppstår ventelister og køer av pasienter. Og det å måtte vente på behandling når man er syk vil uten tvil redusere et individs velferd.

Etablering i den norske sykehussektoren er underlagt konsesjonsregulering, og denne har typisk to hensyn (Andersen et al., 2006). Det første hensynet er å sørge for at de tjenesten som leveres er på et tilfredsstillende kvalitetsnivå. De nye aktørene som ønsker å komme inn

i markedet må gjennom en prosess der de må fremlegge dokumentasjon på at de vil klare å levere tjenester som tilfredsstiller kvalitetskravene, og de blir også underlagt sanksjoner som trer inn dersom de bryter kvalitetsavtalen. Det andre hensynet konsesjonsreguleringen må ta høyde for er at det er samsvar mellom behovet for sykehustjenester og tilbudet av disse. Kapasitet som er for stor kan lede til ulønnsom duplisering, og uutnyttet kapasitet er en kostnad i seg selv. Når kapasiteten er for liten oppstår det lange ventelister, og det blir for mange ubehandlede pasienter. Dette er med på å redusere gjennomsnittlig velferdsnivå. Vi ser altså her at den offentlige sektoren påvirker både *nivået på* og *fordelingen av* velferden i sykehussektoren.

I følge Andersen et al. (2006) finnes det allikevel muligheter for å skille mellom reguleringen av kvalitet og kapasitet. Med konsesjonsregulering kan et gitt kvalitetsnivå sikres, men i praksis kan alle som tilfredsstiller kvalitetskravene få konsesjon. Det er da profittpotensialet i sektoren, som er gitt av tredjepartsfinansieringen, som bestemmer etableringsfrekvensen. Indirekte bruker da altså myndighetene finansieringssystemet til å bestemme antall etableringer i sykehussektoren. Allikevel kan det lønne seg å beholde den direkte etableringsreguleringen. For det første kan det være nyttig å ha tilgang på flere ulike instrumenter når optimalt tilbud av sykehustjenester skal reguleres. Og for det andre kan ikke geografisk lokalisering av sykehus reguleres gjennom finansieringssystemet, pluss at man også kan ha et ønske om å styre behandlingstilbudet.

Etableringsregulering leder til at et marked får et begrenset antall aktører, som vil føre til lavere muligheter for virksom konkurranse. Dette er en negativ konsekvens av etableringsregulering, og den leder til at det ikke finnes mange kjøpere og selgere som er pristakere hvilket defineres som markedssvikt. Siden det er tredjepart, offentlige myndigheter, som finansierer helsetilbudet kan man til en viss grad si at sykehusene er pristakere, men siden de er få aktører kan de opptre strategisk og på denne måten påvirke markedet slik at de oppnår høyere profitt enn normalavkastning. Siden det også foreligger asymmetrisk informasjon, i den forstand at sykehusene har privat informasjon om egne kostnader og pasientgruppene de behandler, kan de bruke dette til å øke overføringene fra regulator. Den strategiske interaksjonen kan også påvirke variabler som kvalitet og ventetid (Andersen et al., 2006).

Med få aktører kan det oppstå markedsrett, og en naturlig følge av dette er faren for misbruk av denne makten. I følge Andersen et al. (2006) vil hvorvidt sykehus gjør dette avhenge av målfunksjonen, det vil si om de opptrer altruistisk eller ikke. Altruisme er det motsatte av egoisme, og er da altså en uselvisk og offervillig holdning og handling overfor andre (Store norske leksikon, a). Med perfekt altruistiske sykehus, ville det ikke vært behov for offentlig regulering fordi sykehusene ville da handlet som en sosial planlegger og tatt hensyn til samfunnet sine preferanser under ett. Men dette er en hypotetisk tenkt situasjon, og neppe sannsynlig i praksis. Selv om sykehusene innenfor den offentlige helseplanen er nettopp offentlige, med noen få private sykehus, og det ikke finnes noen eiere som kan hente ut profitt fra virksomheten, kan det ikke avvises at det realiseres profitt som tas ut i form av for eksempel lønn og reiser. Det er et begrenset antall private kommersielle sykehus tilgjengelig, særlig når pasienten må innlegges for behandling. Andersen et al. (2006) referer til en undersøkelse der det konkluderes med, etter å ha sett på amerikanske empiriske studier, at det er lite som tyder på at private ideelle og offentlige sykehus opptrer signifikant forskjellig fra de private kommersielle sykehusene. Med forbehold om at dette kan generaliseres til andre land, kan det hevdes at misbruk av markedsrett kan være et problem i den norske sykehussektoren.

Det er relativt stor forskjell på hvordan helsesystemene i ulike land er organisert. I for eksempel USA har markedsrettene stor betydning, mens i Norge har vi det offentlige helsesystemet der helseforsikring og helsetjenester generelt, spesialisthelsetjenesten spesielt, er nasjonalisert. Det er begrensede innslag av konkurranse, men det er allikevel litt å finne. Ser man på regulators muligheter for promotering av konkurranse basert på Andersen et al. (2006) sin inndeling er *konkurransopolitikk* én mulighet. Den har til hensikt å begrense markedsrett og stimulere til konkurranse, og fusjons- og oppkjøpskontroll er et stikkord her. Videre har vi *styrt konkurranse* der tilbyderne blir utsatt for elementer av konkurranse. Til slutt kommer *regulering av monopoler*. Her ønsker man å redusere monopolmakt, og de typiske virkemidlene er kontroll med investeringer og kapitalutgifter, kontroll med bruken av helsetjenester og kvaliteten på disse, i tillegg til utforming av finansieringssystemer. I det norske helsesystemet er det den sistnevnte muligheten for å promotere konkurranse man har satset på. Den senere tid har det vært en generell internasjonal tendens til å bruke mer markedsrettmekanismer, selv om man finner store forskjeller mellom land. Det er særlig fire konkurransemessige elementer som man har økt frekvensen av: kostnadsdeling i forhold til

både tilbud og etterspørsel, introduksjon av prospektive betalingssystemer, økte valgmuligheter for pasienter og mer bruk av private aktører i produksjonen av helsetjenester. I Norge kommer dette til uttrykk gjennom for eksempel fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering. Fritt sykehusvalg åpner for direkte konkurranse om pasienter mellom sykehusene, mens innsatsstyrt finansiering skaper en slags indirekte konkurranse mellom de ulike sykehusene

5. Metode

I dette kapitlet vil vi presentere det datamaterialet som ligger til grunn for analysen vår, og de begrensningene som foreligger i materialet, samt introdusere de forutsetningene vi har tatt for å avgrense analysen. Først ser vi på ulike metoder for å avgrense produktmarkedet og det geografiske markedet, før vi kommer inn på hvordan man kan måle styrken på konkurransen i et marked.

5.1 Markedsavgrensning

5.1.1 Metode for avgrensning av produktmarkedet

For å analysere konkurransen i spesialisthelsetjenesten må man først foreta en markedsavgrensning av både produktmarkedet og det geografiske markedet. Den vanligste metoden for å avgrense produktmarkedet er å velge ut noen behandlinger (diagnoser) som man vil se nærmere på. Behandlingene kan deles inn i to hovedgrupper; (1) behandlinger som krever innleggelse og (2) behandlinger som kan utføres uten innleggelse (poliklinisk behandling eller dagbehandling).

I empiriske studier av sykehuskonkurranse er det den førstnevnte gruppen, behandlinger med innleggelse, som er mest brukt (Andersen et al., 2006). Dette skyldes at her er konkurransen utelukkende mellom sykehus. Hvis man ikke trenger å legges inn for en behandling, trenger man nødvendigvis ikke å behandles på et sykehus. Man kan velge og heller bli behandlet på en mindre klinikk, som kan være privat. Dette gir en annen og bredere konkurranseflate.

Vi har i hovedsak valgt å studere behandlinger som ligger innenfor elektiv dagkirurgi. Dette er blant annet fordi disse behandlingstypene utgjør en stor del av det totale kirurgimarkedet i Norge. Det ble i 2007 utført nesten 202.000 dagkirurgiske inngrep i Norge, dette er rett over femti prosent av totalt utførte kirurgiske inngrep, som ligger på omtrent 402.000 (SAMDATA, 2008b). I tillegg er det flere ulike tilbydere innenfor denne typen inngrep. Som

nevnt må behandlinger med innleggelse utføres på sykehus, mens de dagkirurgiske behandlingen kan tilbys fra mindre lege- og helsesentre.

Vi har valgt å se på fire ulike behandlinger. Tre av disse er behandlinger innenfor elektiv dagkirurgi, den fjerde behandlingen vi vil undersøke er en behandling som krever innleggelse. Vi har begrenset oss til dette antallet på grunn av tids- og plassmessige hensyn. Når det gjelder hvorfor vi valgte akkurat de fire aktuelle behandlingene er dette som følge av et ønske om å få representert noen ulike behandlingstyper, samt å holde oss til relativt vanlige behandlinger der det faktisk foreligger et visst volum av inngrep hvert år.

Siden det ikke bare er en type behandling som kan kurere for eksempel grå stær, og det derfor ikke eksisterer en prosedyre som heter "behandling av grå stær" har vi måttet gjøre et utvalg av prosedyrekoder som til sammen utgjør behandlingstilbudet av henholdsvis de fire diagnosene vi har valgt ut. De behandlingene vi vil studere er operasjon av kneets menisk, fjerning av mandler, operasjon av grå stær og kirurgisk behandling av brystkreft. Så når vi ser på pasientstrømninger for en behandling er dette summen av alle observasjonene for de gitte prosedyrekodene vi har valgt ut for hver diagnose (se Appendiks 1).

I de følgende avsnittene kommer en kort presentasjon av hver av de fire behandlingene med en tilhørende motivasjon om hvorfor vi har valgt ut nettopp disse fire:

Artroskopiske inngrep i ankel, skulder, albue og kne er den vanligste prosedyretypen ved norske sykehus, og prosedyren egner seg godt for dagkirurgi, altså det kreves ikke innleggelse (Dagkirurgi.no, 2009). Den vanligste plage som behandles artroskopisk er skade av menisk (Dagkirurgi.no, 2007). På bakgrunn av dette bestemte vi oss for å studere operasjon på kneets menisk.

Behandling av grå stær er den vanligst operasjonen i hele verden, og bare i Norge ble det gjennomført omkring 40.000 operasjoner i 2006 (DagensMedisin, 2006a). Inngrepet er altså svært vanlig å få gjennomført, og det er heller ikke spesielt risikofylt. På dette grunnlaget bestemte vi oss for å se nærmere på behandlingen. I tillegg hadde vi en forventning om at her

ville vi finne lite pasientstrømninger mellom regionale helseforetak fordi det er et vanlig og enkelt inngrep som ikke krever innleggelse, og det er da gjerne naturlig å anta at folk velger å få behandlingen nært bostedet sitt.

Fjerning av mandler utføres ikke lengre like ofte som før, men er fremdeles en av de vanligste operasjonene som gjennomføres, særlig på barn (Pasienthåndboka, 2007b). Dette så vi på som en interessant motvekt til grå stær som fortrinnsvis rammer eldre mennesker. Så i kombinasjon med hyppigheten gjorde det at vi bestemte oss for å inkludere fjerning av mandler i analysen. Dette inngrepet ligger også innenfor den elektive dagkirurgien.

Den fjerde behandlingen vi har valgt å se på er kirurgisk behandling av brystkreft. Dette er den hyppigste forekommende kreftformen i den vestlige verden, og ca 3.000 kvinner i Norge får diagnosen hvert år (Pasienthåndboka, 2007a). Selv om det er relativt høy overlevelsesprosent på denne kreftformen skiller diagnosen seg fra de andre tre behandlingene våre, fordi den er av en mer livstruende karakter. Dette syntes vi var interessant fordi det kan være naturlig å anta at pasienter er mer villig til å reise lengre for å få den beste behandling, samt å få behandling på et så tidlig tidspunkt som mulig. Vi antar derfor for at det vil være en høyere andel pasientstrømninger her. Det finnes fire ulike prosedyrekoder for å behandle brystkreft kirurgisk. De to prosedyrekodene av brystbevarende art kan utføres dagkirurgisk uten innleggelse, men disse er ikke så vanlige. Hovedvekten av operasjoner ligger på total mastektomi (hele brystet fjernes). Men i følge overlege G. Skjønsberg ved Radiumhospitalet (personlig kommunikasjon, 7. mai 2009) utføres total og radikal mastektomi svært sjelden dagkirurgisk. Så selv om disse behandlingstypene krever innleggelse bestemte vi oss for å se på dem. Dette er av hensyn til den mye høyere frekvensen av disse inngrepene sammenlignet med de dagkirurgiske variantene av behandling av brystkreft. I tillegg ville det være interessant å se om det faktisk foreligger noen forskjeller mellom dagbehandling og innleggelse, eller om strømningene ser like ut uavhengig av dette for de gitte behandlingstypene.

5.1.2 Metode for avgrensning av det geografiske markedet

Det har vært mye diskusjon om hvilke metoder som bør brukes for å avgrense det geografiske markedet i spesialisthelsetjenesten. Man kan skille mellom tre ulike fremgangsmåter, og disse er avgrensning av det geografiske området basert på: politisk-administrative grenser (for eksempel fylker, byområder, etc.), avstanden mellom sykehus, og pasientstrømmer. Det er de to første av metodene, eventuelt de to metodene i kombinasjon, som er mest brukt i empiriske studier. Disse to legger til grunn at geografisk avstand alene bestemmer om sykehus konkurrerer, altså graden av substituerbarhet mellom sykehus. Avgrensning av det geografiske markedet basert på politisk-administrative grenser eller avstanden mellom sykehus, er blitt kritisert for at de ikke tar hensyn til forskjeller i kvalitet mellom sykehusene. Det legges altså ikke noe vekt på at et høykvalitetssykehus kan tiltrekke seg pasienter bosatt langt fra det aktuelle sykehuset. Noe annet som heller ikke vektlegges er at en pasient er villig til å reise på grunn av kortere ventetid ved et sykehus lengre borte. At man tar hensyn til ventetid er viktig, og da spesielt i Norge hvor pasienter får dekket monetære reiseutgifter knyttet til behandling. Dette fordi man da kan anta at pasienter er villige til å reise relativt langt for å bli behandlet raskere. En markedsavgrensning basert på en politisk-administrativ region eller en liten geografisk avstand har derfor den svakheten at den kan medføre en ukorrekt avgrensning av det relevante markedet.

Benytter man pasientstrømninger for å definere det geografiske markedet kan man ta hensyn til ulik kvalitet og ventetid. Man kan både bruke predikerte og faktiske pasientstrømninger for å avgrense markedet. Vi vil i denne oppgaven bruke faktiske pasientstrømninger mellom ulike helseregioner i spesialisthelsetjenesten som et mål på konkurransen. Videre vil vi se på om pasientstrømningene er avhengig av behandlingstype (operasjon på kneets menisk, fjerning av mandler, behandling av grå stær og kirurgisk behandling av brystkreft). Til slutt vil vi studere pasientstrømninger mellom de ulike helseforetakene for de aktuelle behandlingene. Vi vil altså kombinere de to fremgangsmåtene: politisk-administrative grenser og pasientstrømninger, for å si noe om konkurransen i spesialisthelsetjenesten. Bruker man faktiske pasientstrømninger i avgrensingen må man imidlertid være litt forsiktig når man skal konkludere. Dette kommer av at det er en fare for å få en skjev avgrensning av markedet når man benytter faktiske strømninger, siden de typisk er påvirket av endogene variabler som for eksempel kvalitet og ventetid.

Dataene vi har brukt i analysen har vi fått levert fra Norsk pasientregister som er et av Norges sentrale helseregistre og blir drevet av Helsedirektoratet. Norsk pasientregisters hovedformål er å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester (Helsedirektoratet, 2009). De dataene vi har brukt er statistikk og anonyme data. Dette innebærer at når det er en, to eller tre pasienter som har fått utført en gitt behandling markeres dette med kolon i den aktuelle rubrikken, for på denne måten å ta hensyn til personvernet. Siden det i følge E. Kjerstad (personlig kommunikasjon, 4. mai 2009) ikke eksisterer en allmenn akseptert norm for hvordan man håndterer denne typen observasjoner har vi i disse tilfellene besluttet å bruke gjennomsnittet, altså to, som antall utførte behandlinger. Uavhengig om vi finner pasientstrømninger eller ikke, vil vi diskutere de potensielle årsakene til strømningene opp mot blant annet institusjonelle forhold, personlige preferanser og ventetider.

Vi har satt en grense på fem prosent i forhold til om en pasientstrømning er betydelig. Det vil si; i de tilfellene der fem prosent, eller mer, enn det totale antallet behandlede pasienter fra ett regionalt helseforetak får utført en gitt prosedyre i et annet regionalt helseforetak enn det de er hjemmehørende i, antar vi at det foreligger systematiske strømninger som kan tyde på at det finnes noe konkurranse i markedet for spesialisthelsetjenester. Vi har satt dette nivået blant annet for å luke ut noe av de utenforliggende faktorene som påvirker pasientflyten som ikke er konkurransepreget, altså tilfeldige og spesielle pasientforflytninger. Med en grense på fem prosent antar vi at det vi observerer er et resultat av systematiske pasientstrømninger.

5.2 Mål på konkurranse

Når man har definert det relevante markedet, er neste steg å måle graden av konkurranse i markedet. Den enkleste måten å gjøre dette på er å telle opp antall konkurrerende sykehus som tilbyr de aktuelle behandlingene i området. Denne metoden å måle graden av konkurransen i et marked på er lite brukt. En mer vanlig metode i empiriske studier er å benytte en konsentrasjonsindeks, og da spesielt Herfindahl-Hirschman-indeksen (HHI). Innenfor sykehussektoren har man vært 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 forskjellige resultat. Vi vil senere i denne oppgaven benytte HHI til å beregne graden av markedskonsentrasjon med utgangspunkt i antall behandlinger.

6. Analyse

Fritt sykehusvalg innebærer en form for konkurranse der tjenesteyterne må konkurrere seg imellom for å tiltrekke seg pasienter. Dette foregår i utgangspunktet på kvalitet, og i spesialisthelsetjenesten vil dette arte seg gjennom pasientstrømninger. Om en pasient benytter seg av fritt sykehusvalg, og hvilket sykehus pasienten velger, avhenger av ulike faktorer. Ventetid er helt klart en viktig faktor. Kortere ventetid betyr raskere behandling og bedre helse for pasienten, men å velge et annet sykehus enn det nærmeste betyr også lengre reiseavstand. Selv om man i Norge får dekket reisekostnadene, kan det for en pasient allikevel være en byrde eller kostnad ved å reise. Dette kan være i form av tapt inntekt, reiseubehag eller avstand til familien. Derfor vil altså avstand eller reisetid være en annen viktig faktor ved valg av sykehus. Tilslutt vil pasientens individuelle karakteristika spille en rolle. For eksempel kan man anta at en pasient som er veldig syk ønsker å bli behandlet ved et sykehus med kortere ventetid enn en mindre syk pasient som kan vente.

For å kunne si noe om konkurransen i markedet for spesialisthelsetjenester må man derfor først finne ut om pasienter flytter på seg, før man kan diskutere hvorfor de gjør det. Vi vil i dette kapittelet derfor se på pasientstrømninger, før vi diskutere årsaken til de funnene vi gjør.

6.1 Pasientstrømninger mellom regionale helseforetak

Fra tabellen under kan man se prosentandelen elektive døgnopphold etter bosted og behandlingssted. Vi ser at det er relativt lite pasientstrømninger mellom de ulike regionale helseforetakene (RHF), men noen strømninger er det. Fra 2006 til 2007 er det en liten endring i strømningene til andre regionale helseforetak for Helse Vest (økning på 0,6 prosent), Helse Midt-Norge (reduksjon på 0,7 prosent) og Helse Nord (reduksjon på 0,6 prosent). De ligger alle i intervallet seks til tolv prosent, noe som i absolutte tall er opp og ned med 3.000 pasienter for alle tre (se Appendiks 2). Helse Øst derimot fikk i 2006 behandlet 20,2 prosent av sine pasienter i andre regionale helseforetak, mens Helse Sør sendte 6,9 prosent ut av egen helseregion i samme år. Derimot i 2007, da de to sistnevnte

helseforetakene ble slått sammen til det nye Helse Sør-Øst, var det kun beskjedne en prosent av pasientene hjemmehørende i det nye regionale helseforetaket som forlot regionen for å få behandling. Dette kan tyde på at pasientstrømningen som vi observerte i 2006 fortrinnsvis var strømninger mellom de to opprinnelige regionale helseforetakene.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private Institusjoner	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Helse Øst	54,7		9,7		20,2		15,5	
Helse Sør	49,6		39,5		6,9		4,0	
Helse Sør-Øst	52,7	55,4	35,3	37,6	1,1	1,0	10,9	6,0
Helse Vest	68,0	67,5	21,7	22,4	6,7	7,3	3,7	2,8
Helse Midt-Norge	65,5	67,9	18,0	19,6	10,2	9,5	6,3	3,1
Helse Nord	62,4	63,0	24,1	24,5	11,6	11,0	1,9	1,5
Totalt 1	58,4	60,0	29,3	31,0	4,4	4,4	7,9	4,5
Totalt 2	58,4		21,5		12,3		7,9	

Tabell 1: Antall elektive døgnopphold i prosent av antall elektive døgnopphold i alt etter bosted og behandlingssted. 2006 og 2007 (SAMDATA, 2008a)

Når det gjelder behandling ved private institusjoner ble denne redusert for alle de regionale helseforetakene fra 2006 til 2007. Spesielt kan Helse Nord legges merke til med en reduksjon på 3,2 prosent som i absolutte tall er nesten 1.100 pasienter, samt den nye regionen Helse Sør-Øst som gikk fra et samlet antall pasienter behandlet hos private i 2006 på ca 16.400 til omtrent 8.800 i 2007 (se Appendiks 2).

Fra tabell 1 ser man at flyten mellom ulike helseforetak (HF) i egen region varierer fra andeler på i underkant av tjue prosent for Helse Midt-Norge til opp mot førti prosent for Helse Sør-Øst som gir absolutte tall på godt over 50.000 (se Appendiks 2), altså snakker vi om relativt høye tall for disse pasientstrømningene. Strømningene er også relativt stabile for alle helseforetakene fra 2006 til 2007.

6.2 Pasientstrømninger mellom regionale helseforetak etter behandlingstype

Som vi så fra tabell 1 foreligger det noe pasientstrømninger mellom de regionale helseforetakene, og vi skal videre undersøke om disse strømmingene er avhengig av behandlingstype. Det er da tale om de fire helsetilstandene med tilhørende behandling; menisk, mandler, grå stær og brystkreft.

6.2.1 Sammenligning av de fire behandlingene uavhengig av tid

For å sammenligne pasientstrømningene mellom de regionale helseforetakene for de ulike behandlingene, har vi sett bort fra tidsperspektivet. Dette har vi gjort for å bedre kunne se forskjellene mellom pasientstrømningene for de ulike behandlingene. I tabellen under ser man relative tall for pasienteksport ut fra de ulike helseregionene¹.

Behandling	Bostedsregion				
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Menisk	1,3	3,5	2,2	1,3	5,3
Mandler	8,8	4,4	1,3	1,4	2,9
Grå stær	2,6	4,5	0,8	0,9	12,6
Brystkreft	18,8	3,6	1,5	1,7	4,0

Tabell 2: Pasientstrømninger ut fra de ulike RHF etter behandlingstype

Fra tabellen fremkommer det at kun Helse Øst og Helse Nord hadde en eksport av pasienter på over fem prosent for de ulike prosedyrene. De tre andre helseregionene, Helse Sør, Helse Vest og Helse Midt-Norge, hadde altså ingen pasientstrømninger som under gitte forutsetninger kan anses som betydelige for noen av behandlingene. Den eksporten man ser fra Helse Øst og Helse Nord på over fem prosent er for ulike behandlinger i de to regionene. Helse Nord hadde for behandling av skade på menisk en pasienteksport på 5,3 prosent og for behandling av grå stær sendte de 12,6 prosent av pasientene ut av egen helseregion. For fjerning av mandler hadde Helse Øst en pasienteksport på 8,8 prosent, og for kirurgisk

¹ Tallene i tabellen er beregnet ved å ta snittet av pasientstrømningene for de ulike behandlingene fra 2003 til 2006. År 2007 er utelatt fordi Helse Øst og Helse Sør ble slått sammen til ett regionalt helseforetak i denne perioden.

behandling av brystkreft reiste 18,8 prosent av pasientene til en annen region. Det er altså pasienteksport av betydning for alle de fire behandlingene, men dette avhenger av helseregion.

6.2.2 Pasientstrømninger mellom regionale helseforetak etter behandlingstype over tid

Vi vil i dette kapitlet se om pasientstrømningene mellom de regionale helseforetakene endrer seg over tid for de ulike behandlingstypene². Her kommer vi også inn på hvor pasienter som reiser ut av egen helseregion blir behandlet.

Menisk

For behandling av skade på menisk observeres det få strømninger over fem prosent. Alle helseregionene sendte altså ut relativt få pasienter fra egen region. Pasientstrømningene ut fra de ulike regionene er ganske stabile, og ligger for det meste av perioden på under tre prosent. Unntaket er Helse Nord som i 2003 og 2006 hadde en total eksport av pasienter på over fem prosent, hvor de fleste av pasientene reiste til Helse Midt-Norge. Og i 2005 hadde Helse Sør en eksport av pasienter på seks prosent, hvor fem prosent reiste til Helse Øst (se Appendiks 3, tabell 19-21).

Mandler

For fjerning av mandler observeres det i perioden 2003 til 2007 systematiske pasientstrømninger mellom Helse Øst og Helse Sør. Hvert år sendte Helse Øst mellom seks og ni prosent av sine pasienter til behandling i Helse Sør (se Appendiks 4, tabell 22-26). Utover dette kan det se ut som pasienter som har behov for å fjerne mandlene fortrinnsvis ble behandlet i den regionen de er hjemmehørende i. Strømningene for de tre andre helseregionene til andre regionale helseforetak er altså relativt lave, under to prosent, for hele perioden. Dette kan ha sammenheng med at en stor andel av de som gjennomgår

² År 2007 er inkludert her fordi omorganiseringene dette året ikke har påvirkning på dataene.

mandeloperasjoner er barn, og det foreligger muligens en høyere terskel for å foreta lengre reiser med et sykt barn.

Grå stær

Det er ikke mye pasientstrømninger for grå stær ut av de enkelte regionale helseforetak, og de små strømningene som observeres er relativt stabile og under to prosent. Unntaket er som vi ser av tabell 3 at Helse Nord sendte et relativt høyt antall pasienter ut av egen region, for hele perioden 2003 til 2007, og nesten alle av disse dro til Helse Midt-Norge. I 2007, etter opprettelsen av Helse Sør-Øst, var pasientstrømningen fra Helse Nord jevnt fordelt mellom Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst.

Bostedsregion	Behandlingssted					
	Helse Midt-Norge					Helse Sør-Øst
	2003	2004	2005	2006	2007	2007
Helse Nord	8,8	10,0	11,9	8,7	6,4	7,3

Tabell 3: Pasientstrømninger fra Helse Nord, grå stær

En forklaring på at Helse Nord sender en del pasienter til Helse Midt-Norge, kan være at ventetidene i Helse Nord er lengre enn i Helse Midt-Norge, eller at man foretrekker et sykehus i Helse Midt-Norge av andre grunner som bedre kvalitet. At de fleste som gjennomgår behandling for grå stær er eldre, kan være en forklaring på at man observerer lite pasientstrømninger for denne typen behandling. Man kan anta at eldre er mindre villig til å flytte på seg, og dette vil da være med på å redusere pasientstrømningene. Dette er også i tråd med funnene til Bjorvatn og Ma (2009) som viser at økende alder reduserer mobiliteten.

Brystkreft

Det er nesten ikke pasientstrømninger mellom de ulike regionale helseforetakene for behandling av brystkreft, for hele perioden 2003 til 2007. Det eneste unntaket er Helse Øst som hvert år sendte ut relativt mange pasienter. Nesten alle av de pasientene som reiste ut fra Helse Øst dro til Helse Sør, det vil si at Helse Øst skiller seg fra de andre regionale helseforetakene med at de har et mønster i å sende ut pasienter til Helse Sør. Dette gjelder

kun for perioden 2003 til 2006, noe som skyldes at Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen til ett regionalt helseforetak i 2007.

Bostedsregion	Behandlingssted			
	Helse Sør			
	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	18,5	18,1	16,7	16,9

Tabell 4: Pasientstrømninger fra Helse Øst, brystkreft

Årsaken til pasientstrømningene fra Helse Øst til Helse Sør kan muligens ha sammenheng med at Rikshospitalet som ligger i Oslo, altså geografisk i Helse Øst, er sentralsykehuset i Helse Sør. Det blir altså lavere reisekostnader å betale for Helse Øst, samt at reisen som en ulempekostnad for pasienten blir mindre. I tillegg er Radiumhospitalet, som er Nord Europas største kreftsentre, en del av Rikshospitalet (Rikshospitalet, 2007). Og det er da naturlig å anta at etter fritt sykehusvalgreformene vil pasienter velge seg til Radiumhospitalet i håp om å få beste tilgjengelige behandling.

6.2.3 Årsaker til pasientstrømninger mellom regionale helseforetak

For de fire behandlingene vi har sett på er det altså noen grad av pasientstrømninger mellom de regionale helseforetakene, men strømningene er ikke store. En årsak til dette kan være at det er det regionale helseforetaket som den enkelte pasient er hjemmehørende i som må betale for behandlingen til pasienten. Det vil si at dersom en pasient fra for eksempel Helse Vest blir behandlet i en annen region, må Helse Vest betale denne regionen åtti prosent av ISF-refusjonen. Siden helseregionene benytter en betaling per DRG-poeng som tilsvarer seksti prosent av ISF-refusjonen overfor sine helseforetak, betyr dette at eksport av pasienter vil tappe Helse Vest for ressurser som tilsvarer tjue prosent av ISF-refusjonen. I tillegg må helseregionen som pasienten tilhører betale for reisekostnadene (minus egenandelen til pasienten), noe som fort kan bli en stor utgiftspost og kanskje vil være med på å redusere pasientstrømningene. Å eksportere pasienter er i utgangspunktet altså ikke lønnsomt, men om dette gjelder alle pasienter kan diskuteres. Det kan for eksempel tenkes at det kan være lønnsomt å eksportere tunge pasienter. En annen grunn til at man observerer få strømninger

kan være at pasienten selv ikke vet om muligheten for fritt sykehusvalg, og er blitt for dårlig informert av fastlegen sin. Fritt sykehusvalg har vist seg å øke pasientmobiliteten (Bjorvatn og Ma, 2009), så det kan da muligens være naturlig å anta at lite pasientstrømninger har sammenheng med at få pasienter faktisk er informert om valgmulighetene sine. Asymmetrisk informasjon kan altså være en grunn til at det ikke er mer pasientflyt mellom de ulike regionale helseforetakene.

Med den lille pasientflyten man observerer, er det ikke direkte grunnlag for å si at det foreligger konkurranse mellom de regionale helseforetakene. Men de få strømmingene kan tyde på at det er en mulighet for konkurranse i dette markedet. En forklaring til at man ser så få strømninger i dette markedet kan muligens skyldes at konkurransen i markedet allerede er så hard at man ikke tjener noe på å reise til en annen helseregion. Det vil si at for eksempel ventetiden er på det laveste mulige nivået for sykehusene, eller at kvaliteten er på det høyeste nivået som er lønnsomt for sykehusene. Mulighetene for konkurransen ligger altså i det at hvis en av regionene øker ventetiden sin, eller senker kvaliteten, så vil alle pasientene velge seg over til en annen helseregion.

En grunn til at man observerer noen få strømninger kan være at de er drevet av eksogent gitte forhold, for eksempel hvor pasienten bor i forhold til grensene mellom de regionale helseforetakene. Dette vil si at det kan være kortere å reise til et sykehus i en annen helseregion enn det er å reise til nærmeste sykehus i den regionen man er hjemmehørende i. Med fritt sykehusvalg kan da pasienten redusere sin egen ulempe ved å velge nærmeste sykehus, og det er dette som driver strømmingene ut av regionen og ikke konkurranse mellom de to regionene. Vi kan derfor si at å definere markedet for spesialisthelsetjenester i Norge som alle tilbydere av spesialisthelsetjenester i landet ville være en for bred markedsdefinisjon, og de regionale helseforetakene er ikke i direkte konkurranse med hverandre om pasientene. Vi vil derfor nå gå videre med å analysere pasientstrømninger innad i helseregionene for å se om dette kan være en mer fornuftig markedsavgrensning, og om man kan finne konkurranse her.

6.3 Pasientstrømninger mellom helseforetak etter behandlingstype

For å kunne analysere pasientstrømninger mellom helseforetak i en region fikk vi fra Norsk pasientregister data som inneholdt pasientenes hjemstedskommune og hvilket helseforetak de hadde blitt behandlet ved. Vi knyttet så hver enkelt kommune opp mot det helseforetaket den tilhører. På grunn av tidsbegrensning valgte vi å kun se på strømmingene fra Helse Nord og Helse Vest til hele landet, altså pasienteksporten fra disse to regionene. Samt strømmingene mellom helseforetakene innad i de to helseregionene. Helse Vest består av de fire helseforetakene Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF og Helse Stavanger HF. Helse Nord består av Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. Grunnen til at vi valgt disse to helseregionene er at vi på denne måten får sett på både tettbygde områder, fortrinnsvis i Helse Vest, og mer usentrale strøk, typisk i Helse Nord. Vi valgte å ikke se på Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst på grunn av mye omorganisering i disse helseregionene de senere årene. Disse omorganiseringene gjorde at det var vanskelig å avgjøre hvilke helseforetak de ulike kommunene tilhører fordi det har vært store endringer i dette fra år til år, og det ville derfor vært relativt komplisert å analysere pasientstrømninger for disse helseregionene. Også i dette avsnittet vil vi se om pasientstrømmingene avhenger av behandlingstype.

6.3.1 Sammenligning av de fire behandlingene uavhengig av tid

Datasettet som vi har beregnet pasientstrømninger på helseforetaknivå fra dekker perioden 2003 til 2008, altså seks år. For å få en oversikt over hvordan disse strømmingene har artet seg generelt gjennom perioden satte vi først opp tabeller uavhengig av år, altså gjennomsnittsstrømninger for de seks årene, med hensyn på de fire behandlingene. I tabellen under ser vi pasientstrømninger innad i Helse Nord.

	Helse Finnmark HF		Universitetssykehuset i Nord-Norge HF		Nordlandssykehuset HF		Helgelandssykehuset HF	
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Eget HF	Andre HF i eget RHF
Menisk	48.3	4.0	35.9	22.1	66.9	1.6	40.3	17.9
Mandler	50.2	39.4	56.0	42.3	95.2	2.8	4.0	66.8
Grå stær	8.3	85.5	93.1	2.0	66.7	9.3	0.0	37.4
Brystkreft	19.4	79.4	74.5	23.6	86.3	11.0	17.0	61.8

Tabell 5: Pasientstrømninger i Helse Nord etter behandlingstype

For menisk ser vi at mellom ca femti og sytti prosent av pasientene i alle helseforetakene i Helse Nord ble behandlet innenfor egen region. Det er Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og Helgelandssykehuset HF som eksporterte mest pasienter til andre helseforetak i egen region med henholdsvis 22,1 og 17,9 prosent. Helse Finnmark HF og Nordlandssykehuset HF hadde relativt lave pasientstrømninger til andre helseforetak i egen region, men til gjengjeld behandlet de ganske mange pasienter i eget helseforetak.

For mandler er det generelt høye strømninger mellom helseforetakene i Helse Nord. Bare Nordlandssykehuset HF hadde lav pasienteksport til de andre helseforetakene i regionen på beskjedne 2,8 prosent, til gjengjeld behandlet de 95,2 prosent av pasientene sine i eget helseforetak. Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF behandlet fra ca nitti og opp mot hundre prosent av sine pasienter som trengte å fjerne mandlene, enten i eget helseforetak eller i et annet helseforetak innad i regionen. For Helgelandssykehuset HF ligger dette tallet noe lavere, på omkring sytti prosent, som betyr at de sendte ca tretti prosent av sine pasienter til andre regionale helseforetak eller private tilbydere. Vi kan da påstå at behovet for fjerning av mandler ble godt nok dekket innad i Helse Nord.

Når det gjelder grå stær ser vi fra tabellen at det er stor forskjell mellom de fire helseforetakene i Helse Nord i hvor stor andel av pasientene som ble behandlet i regionen. Helse Finnmark HF hadde den høyeste eksporten til andre helseforetak i regionen med 85,5 prosent, mens Universitetssykehuset i Nord-Norge HF med sine 93,1 prosent er det foretaket som behandlet flest pasienter i eget helseforetak. Det kan legges merke til at Helgelandssykehuset HF bare beholdt omkring førti prosent av pasientene innad i regionen,

det var da mer eller mindre seksti prosent av pasientene som dro til andre regioner eller til private sykehus.

Fra tabellen ser vi at så å si alle pasientene i Helse Nord som trengte kirurgisk behandling av brystkreft ble operert enten i eget helseforetak, eller ved et annet helseforetak i egen region. Helgelandssykehuset HF er unntaket, der omkring tjue prosent forlot regionen. Dette kan ha sammenheng med at geografisk er Helgelandssykehuset HF det eneste helseforetaket i Helse Nord som faktisk grenser til en annen region og har derfor ikke så store avstander til resten av landet.

Det ser altså generelt ut til at i løpet av perioden 2003 til 2008 har det for de fire behandlingene vi har sett på vært generelt mye strømminger mellom helseforetakene innad i Helse Nord. Det ser også ut til at store andeler av pasientene hjemmehørende i et helseforetak i Helse Nord, har valgt å motta behandling innenfor regionen.

For Helse Vest ser tabellen for pasientstrømminger uavhengig av tid slik ut:

	Helse Førde HF		Helse Bergen HF		Helse Fonna HF		Helse Stavanger HF	
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Eget HF	Andre HF i eget RHF
Menisk	64.6	2.7	12.1	2.9	49.2	9.8	25.4	2.1
Mandler	90.0	7.1	98.3	0.6	54.6	44.6	82.0	9.6
Grå stær	94.5	3.3	22.8	0.4	50.0	41.9	87.2	6.4
Brystkreft	86.1	13.3	97.0	0.8	54.1	44.7	97.3	1.6

Tabell 6: Pasientstrømminger i Helse Vest etter behandlingstype

For behandling av menisk var det i Helse Vest generelt lite strømminger til andre helseforetak i regionen, Helse Fonna HF var det eneste helseforetaket som hadde strømminger over fem prosent. Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF fikk henholdsvis bare mellom femten og tretti prosent av sine pasienter behandlet innenfor helseregionen, altså betyr dette at for behandling av menisk forlot mange pasienter Helse Vest og ble sendt enten til andre helseregioner eller til private tilbydere.

For behandling av mandler ser vi at nesten alle pasientene i helseforetakene i Helse Vest ble behandlet innenfor regionen. I Helse Førde HF, Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF ble mesteparten behandlet i hjemmehørende helseforetak, mens Helse Fonna HF sendte hele 44,6 prosent til de andre tre helseforetakene i regionen.

Når det gjelder behandling av grå stær ser vi at Helse Fonna HF sendte hele 41,9 prosent til andre helseforetak innenfor Helse Vest, i tillegg behandlet de femti prosent av pasientene i eget helseforetak. Dette betyr altså at nesten alle pasienter som hadde behov for behandling av grå stær i Helse Fonna HF fikk denne innenfor regionen de er hjemmehørende i. Helse Stavanger HF hadde også pasientstrømning over fem prosent til andre helseforetak i egen region, og de behandlet nesten nitti prosent i eget helseforetak. Nesten alle pasienter ble altså behandlet også her innenfor Helse Vest, det samme gjelder for Helse Førde HF. Helse Bergen HF derimot behandlet bare i overkant av tjue prosent av sine pasienter innenfor eget helseforetak, og bare 0,4 prosent i andre helseforetak i egen region. Dette betyr at i underkant av åtti prosent enten ble behandlet i andre helseregioner eller hos private tilbydere.

For brystkreft ser vi at for alle de fire helseforetakene forble så å si hundre prosent av pasientene innenfor helseregionen. I Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF var strømningene til andre helseforetak i regionen lave, og nesten alle ble behandlet i eget helseforetak. Ser man på Helse Førde HF var det i noe større grad strømninger til andre helseforetak i Helse Vest, mens Helse Fonna HF nesten hadde en femti-femti fordeling mellom behandlinger i eget helseforetak og i andre helseforetak i egen region.

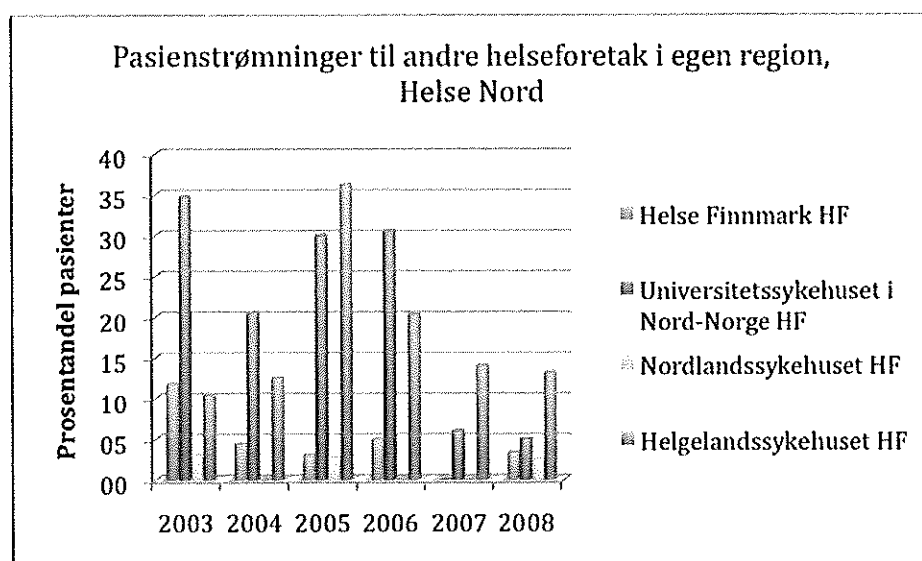
Dette tyder altså på at generelt er det en del strømninger mellom helseforetakene i Helse Vest, fortrinnsvis er det Helse Fonna HF og Helse Førde HF som eksporterer pasienter til de andre to. Stort sett ser det ut som om vi kan avgrense markedet til denne regionen. Unntakene er behandling av menisk for Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF samt behandling av grå stær for Helse Bergen HF, der det ser ut som en signifikant andel av pasientene ble behandlet enten i andre regioner eller ved privat sykehus. Her må det altså være en noe bredere markedsavgrensning.

6.3.2 Pasientstrømninger mellom helseforetak etter behandlingstype over tid

I følgende kapittel vil vi sammenligne de fire behandlingene og se hvordan de variere over tid i årene 2003 til 2008, og kommentere de strømningene som ser interessante ut.

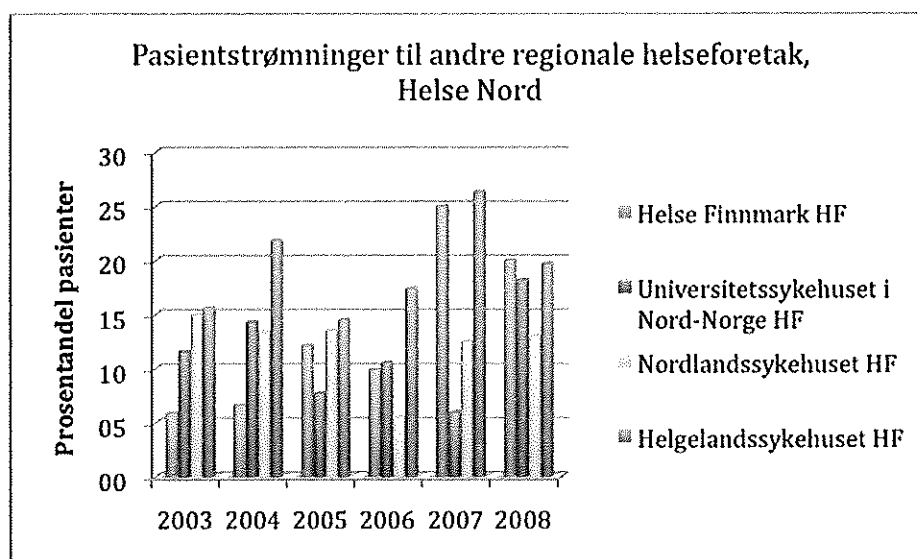
Menisk

For behandling av skade på menisk foreligger det på årsbasis ingen systematiske strømninger mellom de fire ulike helseforetakene i Helse Vest, og heller ikke ut til andre helseregioner (se Appendiks 5, tabell 27-32). Men for både helseforetakene i Helse Vest og i Helse Nord velger en stor andel av pasientene å bli operert ved private institusjoner. Dette kommer vi nærmere tilbake til i kapitlet *Pasientstrømninger til private sykehus*. Når det gjelder helseforetakene i Helse Nord, kan man se av figuren under at både Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og Helgelandssykehuset HF sendte en relativt stor andel av pasientene sine til andre helseforetak i egen region, for perioden 2003 til 2006.



Figur 3: Pasientstrømninger mellom HF i Helse Nord, menisk

I tillegg, som vi ser i figuren under, sendte alle helseforetakene i Helse Nord, i løpet av perioden 2003 til 2008, over fem prosent av pasienter som trengte operasjon av menisk til andre regionale helseforetak i Norge.



Figur 4: Pasientstrømninger fra HF i Helse Nord til andre RHF, menisk

Mandler

For fjerning av mandler ble de fleste pasienter i Helse Vest operert i hjemmehørende helseforetak i perioden 2003 til 2008. Unntaket fra dette er Helse Fonna HF som i 2004 sendte 37,6 prosent til andre helseforetak i egen region. Fra 2005 ble over femti prosent av pasientene i Helse Fonna HF som trengte å fjerne mandlene sendt til andre helseforetak innenfor egen helseregion.

Bostedshelseforetak	Andre HF i eget RHF					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Fonna HF	25,6	37,6	77,1	57,3	56,1	58,0

Tabell 7: Pasientstrømninger fra Helse Fonna HF til andre HF i eget RHF, mandler

For helseforetakene i Helse Nord kan man se av tabellen under at alle, utenom Nordlandssykehuset HF, sendte en relativt stor andel pasienter til andre helseforetak i egen helseregion.

Bostedshelseforetak	Andre HF i eget RHF					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Finnmark HF	34,0	45,2	42,2	38,9	44,8	29,4
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	61,5	54,1	61,2	56,8	1,2	2,8
Nordlandssykehuset HF	0,5	0,5	2,0	1,5	9,7	3,6
Helgelandssykehuset HF	67,2	74,1	67,7	69,6	61,0	60,0

Tabell 8: Pasientstrømninger mellom HF i Helse Nord, mandler

Vi ser at i alle periodene ble over seksti prosent av pasientene fra helseforetaket Helgelandssykehuset HF behandlet i andre helseforetak i egen helseregion. I tillegg observerer vi pasientstrømninger på over tjue prosent ut fra Helgelanssykehuset HF til andre regionale helseforetak, for fjerning av mandler i alle periodene.

Grå stær

For behandling av grå stær ble de fleste i Helse Vest behandlet i det helseforetaket de tilhører, unntatt pasienter som tilhører Helse Fonna HF. Som vi ser fra tabellen under ble over tjudefire prosent av pasienter som tilhører Helse Fonna HF operert i andre helseforetak i egen helseregion i hele perioden 2003 til 2008.

Bostedshelseforetak	Andre HF i eget RHF					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Fonna HF	24,4	46,2	66,7	48,5	34,1	41,7

Tabell 9: Pasientstrømninger fra Helse Fonna HF til andre HF i eget RHF, grå stær

I motsetning til helseforetakene i Helse Vest observerer man en relativt stor andel pasientstrømninger ut av helseforetakene i Helse Nord til andre helseforetak i egen region, og da spesielt fra Helse Finnmark HF og Helgelandssykehuset HF, i løpet av hele perioden 2003 til 2008. Som vi ser av tabellen under ligger andelen pasientstrømninger for Helse Finnmark HF på mellom syttiseks til nittifire prosent. Mens for Helgelandssykehuset HF variere prosentandelen mye mer, og ligger fra ti prosent opptil sekstiseks prosent.

Bostedshelseforetak	Andre HF i eget RHF					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Finnmark HF	94,7	76,5	76,5	92,6	88,9	83,3
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2,1	2,3	0,0	0,0	3,0	4,2
Nordlandssykehuset HF	0,0	0,0	0,0	16,7	20,0	15,4
Helgelandssykehuset HF	37,0	10,5	45,5	40,0	44,4	66,7

Tabell 10: Pasientstrømninger mellom HF i Helse Nord, grå stær

Studerer man pasientstrømninger fra helseforetakene i Helse Nord til andre helseregioner i perioden 2003 til 2008, ser man i tabellen under at Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF sendte ut en relativt stor andel pasienter.

Bostedshelseforetak	Andre RHF					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Finnmark HF	0,0	0,0	5,9	7,4	11,1	8,3
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	0,0	0,0	12,5	3,4	6,1	8,3
Nordlandssykehuset HF	12,5	30,0	14,3	33,3	20,0	23,1
Helgelandssykehuset HF	63,0	89,5	54,5	60,0	55,6	33,3

Tabell 11: Pasientstrømninger fra HF i Helse Nord til andre RHF, grå stær

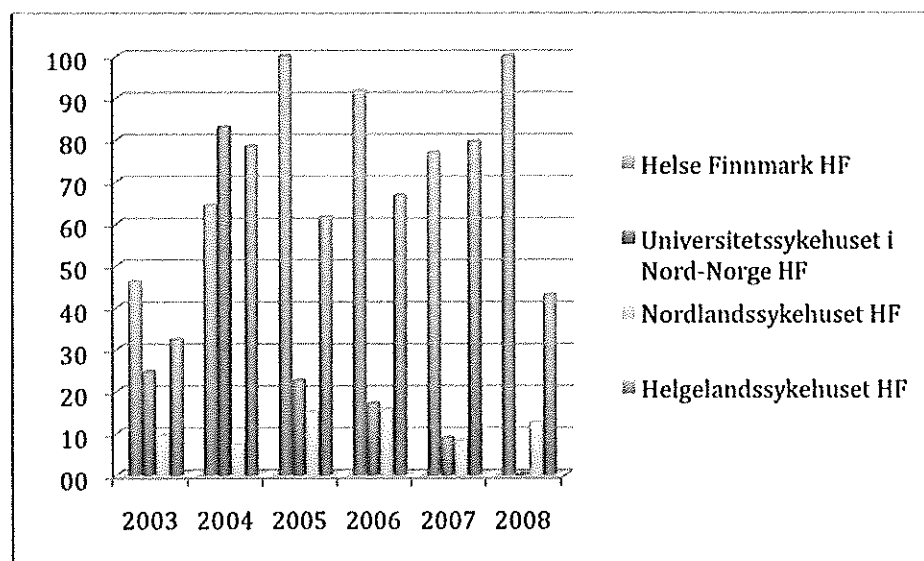
Brystkreft

For behandling av brystkreft ble de fleste pasienter i Helse Vest behandlet i det helseforetaket de tilhører. Unntakene er, som vi ser av tabellen under, Helse Førde HF og Helse Fonna HF. Fra 2004 til 2008 sendte Helse Førde HF mellom elleve og satten prosent av sine pasienter ut av eget helseforetak til andre helseforetak i egen region. Mens Helse Fonna HF hadde en strømning på mellom trettini og femtitre prosent for perioden 2003 til 2008.

Bostedshelseforetak	Andre HF i eget RHF					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Førde HF	1,5	16,7	12	15	14,3	11,1
Helse Fonna HF	45,3	42,9	52,5	40,8	39,3	46,3

Tabell 12: Pasientstrømninger fra Helse Fonna HF og Helse Førde HF til andre HF i eget RHF, brystkreft

Når det gjelder Helse Nord ser vi av figuren under at alle helseforetakene, utenom Nordlandssykehuset HF, sendte en stor andel av sine hjemmehørende pasienter ut av eget helseforetak til andre helseforetak i egen helseregion. Nordlandssykehuset HF på den andre siden behandlet en stor del av sine hjemmehørende pasienter selv, altså innenfor eget helseforetak.



Figur 5: Pasientstrømninger mellom HF i Helse Nord, brystkreft

Helgelandssykehuset HF sendte i tillegg i løpet av perioden 2003 til 2008 mellom ti og sekstiseks prosent av pasientene som trengte kirurgisk behandling av brystkreft ut av egen helseregion. Grunnen til at det kun er Helgelandssykehuset HF som sender pasienter ut av egen helseregion til andre helseregioner, kan som nevnt skyldes at det er det eneste helseforetaket i Helse Nord som grenser til en annen helseregion.

6.3.3 Årsaker til pasientstrømninger mellom helseforetak

Som vi har sett er det en del strømninger mellom de ulike helseforetakene i Helse Nord, mens i Helse Vest er det ikke så mange strømninger av betydning. Helse Fonna HF er det helseforetaket i Helse Vest som har mest pasientstrømninger til andre helseforetak i egen region for alle behandlingstypene. En årsak til at man ser få strømninger ut av Helse Bergen HF kan være at det er mange, og spesialiserte, sykehus i dette helseforetaket. Man kan derfor

anta at pasienter ikke strømmer ut siden de har et variert tilbud med god kvalitet i nærheten. Ulempen ved å reise kan man derfor anta veier mer enn ulempen ved å måtte stå i behandlingsskø. For behandling av brystkreft så man at også noen pasienter fra Helse Førde HF strømmet ut av eget helseforetak, til andre helseforetak i egen region, og da spesielt til Helse Bergen HF. Man kan anta at de pasientene som strømmer ut av Helse Førde HF er pasienter som bor i kommunene som grenser til Helse Bergen HF. Det vil for disse pasientene kanskje ikke være så mye lenger reisetid å reise til Helse Bergen HF, enn sitt eget sykehus. Og de velger kanskje å reise til Helse Bergen HF, istedenfor det helseforetaket de tilhører, siden de muligens anser sykehusene i Helse Bergen HF for å ha bedre kvalitet.

Grunnen til at man ser så mye strømminger mellom helseforetakene i Helse Nord i forhold til i Helse Vest, kan skyldes reiseavstander. I Helse Nord må pasienter reise relativt langt for å komme seg til et sykehus. Når man først er ute å reiser har man kanskje ikke så mye i mot å reise litt lenger for å få raskere behandling. Dette kan også være en av grunnene til at man ser en del strømminger ut av egen helseregion. Disse strømmingene strider i en viss grad mot Bjorvatn og Ma (2009) sine observasjoner der de finner at pasienter i Nord-Norge foretrekker lokal behandling og legene fortrinnsvis henviser folk til lokalsykehusene. For behandling av brystkreft ser man at de som reiser ut av egen helseregion, ofte drar til Rikshospitalet HF for å bli behandlet. Dette kan skyldes at dette helseforetaket er et av Nord Europas største kreftsenter.

Siden det er en del strømminger mellom de ulike helseforetakene kan man hevde at det er konkurranse mellom dem. Om konkurransen skyldes ventetider, reiseavstand eller andre faktorer må det forskes videre på. Men man kan hevde at markedsavgrensningen for markedet for spesialisthelsetjenesten burde setts ved alle tilbydere av spesialisthelsetjenester innenfor en helseregion.

6.4 Pasientstrømninger fra sentrale og usentrale kommuner

Etter å ha sett på pasientstrømninger fra henholdsvis regionale helseforetak og helseforetak tenkte vi at det kunne være interessant å se om disse strømmingene er avhengig av hvor sentralt man bor. Vi bestemte oss derfor for å sammenligne *sentrale* og *usentrale* kommuner i de to helseforetakene, Helse Nord og Helse Vest, for å se om bostedslokalisering har noe å si for om man som sykehuspasient velger å reise eller ikke.

Vi har valgt i analysen av pasientstrømninger fra sentrale og usentrale kommuner å ikke skille mellom de ulike behandlingstypene. Vi har altså sett på alle de utvalgte behandlingene våre under ett, men vi har utelatt prosedyrekodene for kirurgisk behandling av brystkreft. Dette skyldes som nevnt at den brystkreftkirurgien vi har sett på krever innleggelse og kan derfor ikke direkte sammenlignes med de tre elektive dagkirurgiske inngrepene på menisk, mandler og grå stær. Når man må legges inn ved et sykehus er det andre forhold, som for eksempel nærhet til familie, som også tas med i betraktningen når man skal velge hvor man vil bli behandlet. Så det er nå altså pasientstrømninger for de tre elektive dagkirurgiske inngrepene vi skal analysere.

For å kunne analysere strømmingene fra sentrale og usentrale kommuner måtte vi bestemme hva som kan karakteriseres som en sentral kommune. Vi målte avstanden mellom kommunesenter og nærmeste by (med bystatus) med over 12.000 innbyggere. Andersen et al. (2006) kom i sin rapport frem til at en hensiktsmessig avstand å bruke, gitt norske geografiske og demografiske forhold, er 120 minutters reisetid. Vi brukte dette som utgangspunkt og bestemte at en kommune er sentral hvis det er mindre enn tolv mil (gjennomsnittsfart på 60 km/t) fra kommunesentrum til nærmeste by. For Helse Vest fant vi da at størsteparten av det regionale helseforetaket kan defineres som sentralt, unntakene er store deler av Helse Førde med kommunene i Sogn, samt noen kommuner innerst i Hardanger. De øvrige kommunene i Helse Vest er sentrale i forhold til enten Bergen, Haugesund, Stavanger eller Ålesund (se Appendiks 6). For Helse Nord ble fordelingen mellom sentrale og usentrale kommuner relativt jevn. Kommuner i nærhet til Alta, Tromsø, Harstad, Narvik eller Bodø kunne sies å være sentrale mens resten er usentrale (se Appendiks 6).

6.4.1 Helse Nord og Helse Vest under ett

Vi bestemte oss altså for å ha de samme kriteriene for definisjonen av sentral og usentral kommune i begge helseregionene. Det kan diskuteres om vi burde hatt forskjellige kriterier for Helse Vest og Helse Nord siden avstandene i nord er generelt lengre enn i vest, men vi valgte å ha like kriterier for å kunne sammenligne de to helseregionene på like vilkår. I følgende tabell ser vi strømninger fra sentrale kommuner uavhengig av om kommunen ligger i Helse Nord eller i Helse Vest.

Helse Nord og Helse Vest				
Sentrale kommuner	Behandlingssted			
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat
2003	61.9	12.5	1.8	23.8
2004	62.8	15.6	3.0	18.7
2005	55.9	11.7	2.0	30.4
2006	63.1	12.1	2.2	22.6
2007	59.8	9.2	2.8	28.2
2008	66.9	12.2	9.1	11.8

Tabell 13: Pasientstrømninger fra sentrale kommuner

Vi kan se at pasientstrømningene er relativt stabile for hele perioden 2003 til 2008. Omkring seksti prosent ble behandlet i eget helseforetak og mellom ca ti og femten prosent ble sendt til et annet helseforetak innenfor samme region. Det er få pasienter som ble sendt til andre regionale helseforetak og bruken av privat lå stort sett på litt over tjue prosent, unntaket er i 2008 da det kan se ut til at man reduserte bruken av private tilbydere til fordel for nettopp andre regionale helseforetak.

For usentrale kommuner ser vi fra tabellen under at mønsteret i pasientstrømningene er noe annerledes.

Helse Nord og Helse Vest				
Usentrale kommuner	Behandlingssted			
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat
2003	72.8	13.0	8.6	5.6
2004	76.8	8.8	6.7	7.6
2005	76.4	9.2	7.1	7.3
2006	74.8	12.3	6.7	6.2
2007	74.1	10.3	10.2	5.4
2008	66.9	12.2	9.1	11.8

Tabell 14: Pasientstrømninger fra usentrale kommuner

I usentrale kommuner ligger andelen pasienter som ble behandlet i eget helseforetak opp mot syttifem prosent fra 2003 til 2007, i 2008 ser vi en reduksjon ned mot sekstiseks prosent. For alle periodene lå bruken av andre helseforetak i samme region stabilt omkring ni til tolv prosent og pasientstrømninger til andre regionale helseforetak lå i underkant av ti prosent. Pasientstrømninger til private institusjoner var opp og ned med seks prosent fra 2003 til 2007, mens det i 2008 var nesten en dobling i bruken av private opp til 11,8 prosent. Denne økningen hadde sannsynligvis sammenheng med den nevnte reduksjonen i behandlinger i eget helseforetak i 2008.

Det er altså et ganske stabilt mønster i hvordan pasientstrømningene fra sentrale og usentrale kommuner er, og det er relativt tydelige forskjeller å se i hvordan pasientene flytter på seg. I kommuner definert som sentrale er det en betydelig høyere andel som behandles hos private, dette kompenseres for i de usentrale kommunene med mer aktiv bruk av eget helseforetak samt å sende pasienter til andre regionale helseforetak.

6.4.2 Sammenligning av Helse Nord og Helse Vest

Dersom vi ser på sentrale og usentrale kommuner i Helse Nord og Helse Vest hver for seg observerer vi en del forskjeller. Sentrale kommuner i begge regioner behandlet andeler på førtifem til sytti prosent i eget helseforetak hvert år, forskjellen ligger i hva som skjedde med den resterende pasientgruppen. Fra 2003 til 2006 ble nesten alle av de resterende pasientene i Helse Nord behandlet ved et annet helseforetak innenfor egen region, og bare et fåtall strømte til andre regionale helseforetak og private sykehus. Mens i 2007 og 2008 ble

strømningene til andre helseforetak i egen region redusert til fordel for behandling i det helseforetaket man er hjemmehørende i. I Helse Vest ble nesten alle som ikke ble behandlet i det helseforetak de er hjemmehørende i behandlet ved private institusjoner. Mens det er marginalt hvor mange som strømmte til andre helseforetak innenfor samme region eller til andre regionale helseforetak (se Appendiks 7, tabell 33 og 34).

I de usentrale kommunene i Helse Nord ble omkring seksti prosent av pasientene behandlet i eget helseforetak. Den andre halvparten ble fordelt mellom andre helseforetak i egen region og andre regionale helseforetak, mens det var relativt få som strømmte til private tilbydere. Dette endret seg noe i 2008 da man kan se en økning av bruken av private opp til 10,6 prosent. I de kommunene som regnes som usentrale i Helse Vest ble nesten nitti prosent av alle pasientene behandlet i eget helseforetak i perioden 2003 til 2007. De resterende pasientene ble fordelt ganske jevnt mellom andre helseforetak i egen region og private sykehus. Unntaket er i 2008 da vi observerer en reduksjon av behandlede pasienter i eget helseforetak og en tilsvarende økning i bruken av private tilbydere. Strømninger til andre regionale helseforetak var nesten ikke-eksisterende (se Appendiks 7, tabell 35 og 36).

6.4.3 Årsaker til pasientstrømninger fra sentrale og usentrale kommuner

Fra de sentrale kommunene observerer vi altså en betydelig strømning av pasienter til private aktører, og det er Helse Vest som står for det meste av disse strømningene til private. Årsaken til dette kan muligens være at tilbudet av privat behandling normalt er større i sentrale strøk, enn i de usentrale. De private foretakene er fortrinnsvis kommersielle (med unntak av noen få ideelle) og har som hovedmål å tjene penger, og det er derfor logisk å lokalisere seg i tettbygdestrøk, gjerne i de større byene. Det kan virke som at det offentlige helsetilbudet opplever mer konkurranse fra private tilbydere om pasienter hjemmehørende i sentrale kommuner, enn pasienter som bor i usentrale kommuner, og det er muligens dette som gjenspeiles i pasientstrømningene. Altså at strømningene fra sentrale kommuner (i Helse Vest) til private aktører er høyere enn fra usentrale kommuner (i begge de regionale helseforetakene) og til private.

I de usentrale kommunene så vi at en mye høyere andel blir behandlet i eget helseforetak, det er altså mye mindre pasienteksport og dette gjelder spesielt for Helse Vest. I Helse Nord observerte vi en noe høyere pasienteksport fra de usentrale kommunene. Som nevnt er avstandene generelt lengre i Nord-Norge, og det er relativt sett en høyere andel kommuner som defineres som usentrale i Helse Nord enn i Helse Vest, som stort sett består av sentrale kommuner. Man må altså gjennomsnittlig uansett reise en lengre distanse for å få behandling i Helse Nord. Fritt sykehusvalg kan da muligens være med på å forme pasientstrømningene i denne regionen, fordi man allikevel må ut på en lengre reise har det kanskje ikke noen betydning om denne reisen må forlenges noe, og man velger dette for å bli behandlet raskere.

Det er altså generelt mer pasientstrømninger til andre behandlingssteder enn eget helseforetak i de sentrale kommunene enn det vi ser i de usentrale, altså påvirker hvor man bor i noen grad om man velger å reise eller ikke. Dette kan tyde på at det i sentrale strøk foreligger et større behandlingstilbud, og det er mer konkurranse om pasientene. Allikevel er ikke strømningene ut av de usentrale kommunene ubetydelige, og det kan derfor tenkes at i både sentrale og usentrale kommuner må markedsavgrensningen inkludere private tilbydere i markedet for spesialisthelsetjenester.

6.5 Pasientstrømninger til private sykehus

I september 2004 ble pasientrettighetsloven endret. En av endringene var at pasienter nå også kunne velge å bli behandlet ved private institusjoner som har en avtale med et regionalt helseforetak i Norge om å levere spesialisthelsetjenester. Før denne lovendringen hadde man kun mulighet til å velge mellom offentlige sykehus. Vi vil i dette kapitlet se om endringen av pasientrettighetsloven har ført til mer bruk av private sykehus for ulike behandlinger, og diskutere om private tilbydere som er under den offentlige helseplanene er i samme marked som offentlige tilbydere.

6.5.1 Pasientstrømninger fra regionale helseforetak til private sykehus

For de fire behandlingene vi har valgt å se på er det store forskjeller i hvor mange pasienter som blir behandlet på private institusjoner. Behandling av brystkreft er ikke interessant i denne sammenhengen fordi kreftbehandling ikke tilbys ved private sykehus i Norge (Vertikal Helseassistanse, 2008). Årsaken til dette er blant annet å holde kompetansen samlet. I datasettet er det en observasjon som indikerer at det i 2003 er tre eller færre pasienter i Helse Sør som har blitt behandlet ved et privat sykehus. Dette antar vi av overnevnte årsak at er en feilrapportering.

Behandling av skade på menisk er den behandlingene hvor flest pasienter blir operert ved et privat sykehus. Fra tabellen under ser man at alle helseregionene, med unntak av Helse Nord, sendte store andeler av sine pasienter til private tilbydere. Dette gjelder for hele perioden 2003 til 2007. For de fire helseregionene Øst, Sør, Vest og Midt-Norge ble det til tider i løpet av denne perioden behandlet flere pasienter hos private tilbydere enn hos de offentlige helseforetakene.

Bostedsregion	Private institusjoner				
	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Øst	73,6	78,4	82,9	74,4	
Helse Sør	66,8	54,2	32,6	50,1	
Helse Vest	29,2	58,1	74,7	67,6	50,0
Helse Midt-Norge	54,6	32,4	46,6	49,0	56,6
Helse Nord	7,1	0,6	1,9	1,4	1,0
Helse Sør-Øst					64,5

Tabell 15: Pasientstrømninger fra RHF til private institusjoner, menisk

I forhold til endringen av pasientrettighetsloven, ser man at det i 2005 var en økning i bruken av private tilbydere for alle de regionale helseforetakene, utenom Helse Sør som hadde en nedgang. I 2006 og 2007 observeres det ikke noe spesielt mønster i pasientstrømningene mellom privat og offentlig sektor, noen regionale helseforetak hadde en økning i sin bruk av private sykehus, mens andre hadde en nedgang.

Når det gjelder fjerning av mandler kan man se av tabellen under, at alle de regionale helseforetakene hadde en nedgang i bruk av private institusjoner fra 2006 til 2007. Denne

nedgangen kan muligens skyldes regjeringsskifte i 2005, hvor vi fikk en rødgrønn regjering (koalisjon mellom Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti) som ønsket mindre bruk av private sykehus (DagensMedisin, 2006b). At nedgangen kom noen år etter regjeringsskifte kan komme av at kontrakter med private sykehus ikke kan si opp med øyeblikkelig virkning. Det kan i tillegg legges merke til at Helse Nord også for fjerning av mandler brukte en betydelig mindre andel private institusjoner enn hva de andre regionale helseforetakene gjorde.

Bostedsregion	Private institusjoner				
	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Øst	10,0	14,6	15,6	11,6	
Helse Sør	9,2	3,9	7,4	7,7	
Helse Vest	1,8	0,6	2,1	0,5	0,1
Helse Midt-Norge	3,3	31,3	20,3	1,0	0,5
Helse Nord	0,0	0,2	1,3	0,9	0,2
Helse Sør-Øst					6,0

Tabell 16: Pasientstrømninger fra RHF til private institusjoner, mandler

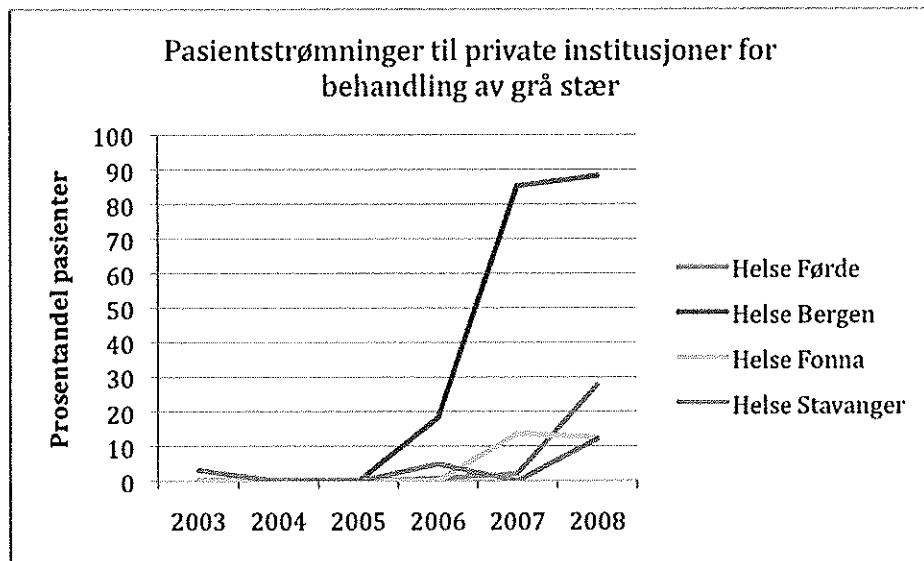
For behandling av grå stær ser vi av tabellen at det, for hele perioden 2003 til 2007, var stor spredning i observasjonene for pasientstrømninger til private institusjoner. Helse Øst sendte i 2003 og 2004 en betydelig andel av sine pasienter til behandling ved private klinikker, mens de i 2005 og 2006 reduserte denne bruken kraftig. Man ser et lignende mønster for Helse Midt-Norge som sendte svært mange til private i 2004 og 2005, mens i de andre årene var bruken ubetydelig. Helse Nord sin bruk av private institusjoner var ikke-eksisterende i hele perioden 2003 til 2007, sett bort fra en liten ubetydelig andel i 2007. Endringen av pasientrettighetsloven har altså ikke medført at flere pasienter, som behøver operasjon av grå stær, velger å bli behandlet hos private sykehus. Det kan se ut som at den nye regjeringen i 2005, som ønsket redusert bruke av private aktører, har nådd målet sitt, og vi observerer nedgang i behandling hos private. Det som skiller seg ut er pasientstrømningene fra Helse Vest til private, de hadde nesten ingen bruk i begynnelsen av perioden før de i 2006 sendte hele 60,5 prosent til private institusjoner.

Bostedsregion	Private institusjoner				
	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Øst	65,4	34,8	6,4	4,5	
Helse Sør	4,3	0,5	0,5	0,0	
Helse Vest	0,4	0,0	0,0	4,1	60,5
Helse Midt-Norge	2,8	78,0	48,5	0,0	0,0
Helse Nord	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
Helse Sør-Øst					0,5

Tabell 17: Pasientstrømninger fra RHF til private institusjoner, grå stær

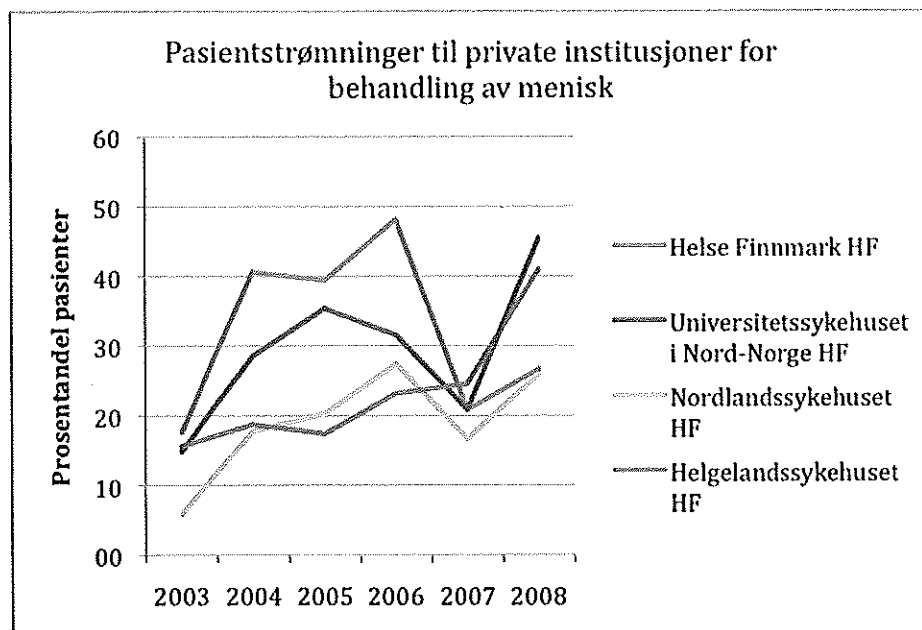
6.5.2 Pasientstrømninger fra Helse Nord og Helse Vest til private sykehus

Både for Helse Nord og Helse Vest er pasientstrømningene til private for behandling av mandler ikke-eksisterende. For nesten alle helseforetak i alle årstall observerer vi pasientstrømninger på null prosent til private sykehus. For Helse Nord gjelder det samme for behandling av grå stær, altså ingen pasientstrømninger til private. I Helse Vest er det litt annerledes. Det er ingen observasjoner av relevans før i 2006 da 18,3 prosent av pasientene i Helse Bergen HF mottok behandling for lidelsen ved private sykehus. I 2007 og 2008 økte dette enda mer til andeler på over åttifem prosent i Helse Bergen HF. Også de andre helseforetakene i regionen økte sin bruk frem mot 2008 da laveste observasjon er på 12,1 prosent i Helse Stavanger HF som er relativt høyt (se Appendiks 8, tabell 37-39). Det kan altså hevdes at den nye loven som kom i 2004 som gav pasientene større valgfrihet har fungert som planlagt siden det er økning i antallet som behandles ved private institusjoner.

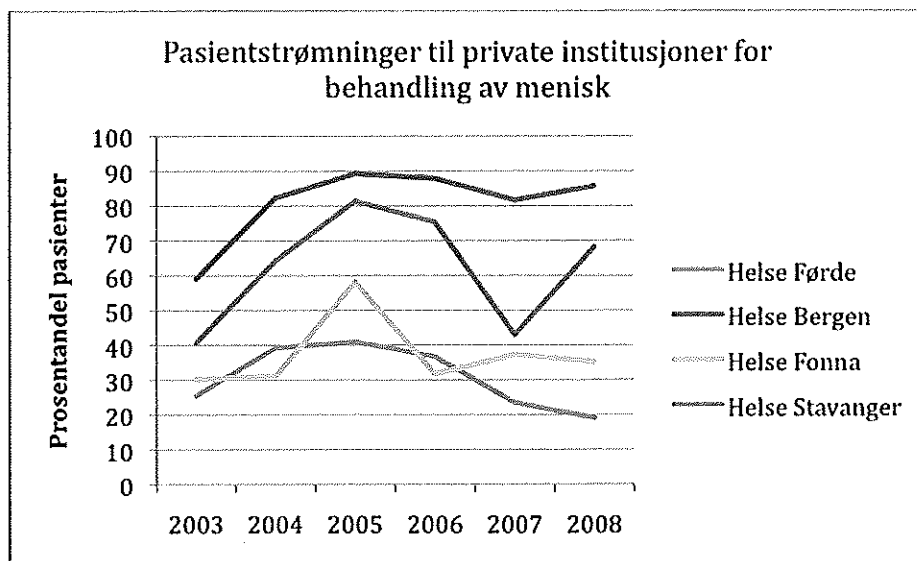


Figur 6: Pasientstrømninger fra HF i Helse Vest til private institusjoner, grå stær

For alle de åtte helseforetakene er det for hele perioden 2003 til 2008 relativt betydelige strømninger til private institusjoner for behandling av menisk. Men som vi ser av figurene under øker andelen i 2005, dette kan antas å ha sammenheng med den nye loven. Spesielt i Helse Bergen HF økte det kraftig til observasjoner på over åttifem prosent fra 2004 og utover.



Figur 7: Pasientstrømninger fra HF i Helse Nord til private institusjoner, menisk



Figur 8: Pasientstrømninger fra HF i Helse Vest til private institusjoner, menisk

6.5.3 Årsaker til pasientstrømninger til private sykehus

Pasientstrømningene til private tilbydere varierer mye etter hvilken helseregion man bor i, og det varierer også mellom de ulike behandlingene vi har sett på. Helse Nord er det regionale helseforetaket som har aller minst strømninger til private institusjoner. Vi antok først at årsaken til dette hadde sammenheng med at det er få private tilbydere i Helse Nord, men det viser seg at det er like få private tilbydere i Helse Vest, så da kan ikke dette være forklaringen. Årsaken kan muligens være størrelsen på helseforetaket sett i sammenheng med lokaliseringen på de private institusjonene. Som vi vet fra foregående kapittel er Helse Vest i gjennomsnitt mye mer sentralt enn Helse Nord, og dette kan være med på å påvirke frekvensen man kjøper behandling fra private. At pasienter i de andre regionale helseforetakene velger å bli behandlet av private tilbydere, kan muligens ha sammenheng med antagelsen at private sykehus i gjennomsnitt har kortere ventetider enn offentlige institusjoner.

Når vi ser på helseforetaknivå får vi et mer detaljert bilde av pasientstrømningene, og det er potensial for å finne andre mulige forklaringer. For eksempel kan de svært høye andelene bruk av private i Helse Bergen HF forklares med at dette er det av de åtte helseforetakene som har den største byen. Her ligger det flere private tilbydere, og konkurransen om

pasientene er potensielt høyere. Generelt er det naturlig å anta at i alle helseforetakene er tilbudet av private aktører som gjennomfører operasjoner på menisk høyere enn eksempelvis mandler. Årsaken til mer bruk av private skyldes da rett og slett høyere tilbud. En annen grunn til at man ser at flere med skade på menisk blir behandlet ved private, enn for noen av de andre behandlingene, kan skyldes at pasienter med meniskskade ofte er i en alder mellom tjue og seksti år. Bjorvatn og Ma (2009) fant i sin studie at dette er den mest mobile pasientgruppen.

Som vi har sett fra pasientstrømningene har lovendringen i 2004 ikke hatt en betydelig påvirkning på om pasienter har valgt seg til private tilbydere. Dette kan som nevnt ha sammenheng med regjeringsskiftet i 2005. Men for noen behandlinger er det helt klart konkurranse mellom offentlige og private tilbydere, og det kan diskuteres om denne i hovedsak er drevet av ventetid og kvalitet. For en markedsavgrensning innefor spesialisthelsetjenesten mellom private og offentlige tilbydere må man sette flere avgrensinger etter hvilken behandling og etter hvilken helseregion man ser på. For eksempel kan man ikke hevde at privat behandling av grå stær i Helse Nord er i samme marked som offentlig behandling av grå stær i Helse Nord.

7. Avslutning

7.1 Diskusjon

Å skulle avgrense markedet for spesialisthelsetjenesten er vanskelig, siden bruk av tradisjonelle metoder for markedsavgrensning ikke fungerer optimalt for denne typen marked. Dette er blant annet fordi man ikke konkurrerer på pris og fordi markedet er strengt regulert. Men ved å se på pasientstrømmingene kan man komme frem til en tilnærming. Vi observerte at det er lite strømminger mellom helseregionene i Norge, så man kan anta at disse ikke er i samme marked i alle fall for de fire behandlingene vi har undersøkt. Men som nevnt tidligere finnes det potensial for konkurranse. Man kan anta at konkurransen i dette markedet er enten på et så tidlig stadium at den ikke har kommet skikkelig i gang, og det er derfor man ser så få strømminger. Her ligger potensialet for konkurranse i at helseregionene begynner å konkurrere hardere på for eksempel ventetid og kvalitet. Eller så kan konkurransen i spesialisthelsetjenesten ha vært så hard at man har konkurrert seg ned på et minimumsnivå, det vil si at man ikke tjener noe på å konkurrere mer. Pasientstrømmingene vil da fordele seg jevnt mellom de ulike helseforetakene, og kan derfor være en forklaring på at man ikke ser store strømminger mellom helseregionene. Potensialet for konkurranse ligger da i at hvis en helseregion for eksempel øker ventetiden sin vil pasientene i denne regionen velge seg over til en annen helseregion.

Innad i de to helseregionene, Helse Nord og Helse Vest, er det derimot en del pasientstrømminger, men det er ikke alle helseforetakene det er like mye strømminger mellom. Noen helseforetak har mer import enn det de har eksport av pasienter, dette kan tenkes at skyldes for eksempel større behandlingstilbud i disse helseforetakene. På grunnlag av de observerte pasientstrømmingene mellom helseforetakene kan man hevde at de fire helseforetakene i Helse Nord er i samme marked, og det samme gjelder for de fire i Helse Vest. Om dette inkluderer alle private tilbydere som er under den offentlige helseplanen innenfor den aktuelle regionen kan diskuteres. Man må drøfte dette i forhold til behandlingstype. For eksempel finnes det ingen private tilbydere av behandling av brystkreft i Norge, derfor er ikke private tilbydere i samme marked som offentlige for denne behandlingen. Mens for menisk så er det såpass store strømminger til private tilbydere at man

kan konkludere at private offentlig finansierte og offentlige tilbydere av denne behandlingen er i samme marked.

Styrken på konkurransen, eller konkurranseintensiteten, i et marked kan man måle ved å bruke HHI, og på denne måten får man også en indikasjon på konsentrasjonen av tilbydere i markedet. For å få en pekepinn på hvor konsentrert de markedene vi har avgrenset er, valgte vi å se på brystkreft i forhold til HHI. Det gjorde vi siden det for denne behandlingen er, som sagt, kun offentlige tilbydere i Norge. Markedsavgrensningen er da alle offentlige tilbydere innenfor en helseregion. Grunnen til at vi ikke har regnet ut konsentrasjonsindeksen for de tre andre behandlingene er fordi det er private offentlig finansierte tilbydere med i markedsavgrensningen, og siden datamaterialet vårt ikke angir hvor de ulike private klinikkene er lokalisert så ville markedsandelen til private blitt altfor høy fordi hele landet er inkludert.

Når vi så nærmere på brystkreft fant vi ut at det kanskje kunne vært fornuftig med en enda snevrere markedsavgrensning enn den vi har satt, i og med at det er ofte bare er mellom to eller tre helseforetak at strømmingene går. I Helse Nord er det strømminger mellom Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF, mens Helse Finnmark HF kun har strømminger til Universitetssykehuset i Nord-Norge HF for denne behandlingen. Man kunne derfor kanskje hevdet at Helse Finnmark HF ikke er i samme marked som Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. Tilsvarende for Helse Vest er det pasientstrømminger fra Helse Fonna HF til Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF, mens Helse Førde HF sender nesten bare pasienter til Helse Bergen HF. Det er altså ikke like tett relasjon mellom alle de fire helseforetakene. Denne mer snevre måten å avgrense markedene på ville vært med på å komplisere utregningene av HHI, og vi valgte derfor å beholde den noe bredere markedsavgrensningen.

For å finne HHI for de to regionale helseforetakene tok vi gjennomsnittet av antall utførte operasjoner for perioden 2003 til 2008 for hvert av de fire helseforetakene i de to regionene, og så beregnet vi markedsandelene ut fra disse tallene. Konsentrasjonen i Helse Nord ble kalkulert til:

$$3,2^2 + 49,1^2 + 44,2^2 + 3,5^2 = 4387$$

og for Helse Vest

$$16,3^2 + 37,1^2 + 11,4^2 + 35,2^2 = 3011$$

Dette indikerer at begge to har en moderat konsentrasjon, men som vi ser er den noe høyere i Helse Nord. Årsaken til dette er at to av helseforetakene i denne regionen har mye høyere frekvens av den gitte behandlingen enn i Helse Vest, der det er mer jevnt fordelt, og som vi vet legger HHI større vekt på store markedsandeler.

To svakheter ved dataene våre som bør nevnes er at vi kun får beregnet markedsandelene til de ulike helseforetakene, og ikke helt ned på sykehusnivå. Videre er det også en svakhet at kommuner som grenser til et annen helseregion kanskje heller burde inkluderes i markedet til den tilgrensende regionene.

7.2 Konklusjon

Formålet med denne oppgaven har vært å sette en markedsavgrensningen i markedet for spesialisthelsetjenester, og på denne måten kunne si noe om konkurransen i dette markedet, og da spesielt mellom offentlig og privat tilbydere.

Vi fant ingen pasientstrømninger av betydning mellom de fire regionale helseforetakene i Norge, og dette er i tråd med Bjorvatn og Ma (2009) sine funn. Vi hevder derfor at det er snakk om i alle fall fire ulike markeder for spesialisthelsetjenester i Norge. Sagt med andre ord foreligger det ikke direkte konkurranse mellom helseregionene.

Etter å ha studert pasientstrømninger innad i helseregionene Helse Vest og Helse Nord kunne vi konkludere med at det finnes strømninger av betydning for alle de fire behandlingene vi har undersøkt. Det er derfor grunnlag for å si at det foreligger noe konkurranse internt i de to helseregionene. Det kan allikevel nevnes at i motsetning til hva vi

antok innledningsvis er pasientstrømmingene for brystkreftbehandling lavere enn for de tre elektive dagkirurgiske inngrepene, så det kan tyde på at om man må legges inn eller ikke er en faktor som påvirker markedsavgrensningen og slik konkurransen om pasientene.

Når det gjelder pasientstrømninger mellom offentlige og private tilbydere i de to regionene, og på denne måten konkurransen, avhenger dette av behandling. Som nevnt tilbys ikke brystkreft privat, og det er da naturlig nok ingen konkurranse mellom offentlig og privat for denne behandlingen. Pasientstrømninger til private sykehus for behandling av mandler er for begge helseregioner ikke-eksisterende, så heller ikke for denne behandlingen er det konkurranse fra private. For meniskbehandling er det store strømninger til private i begge regioner, og det kan derfor antas at det er konkurranse fra private sykehus for denne behandlingen både i Helse Nord og Helse Vest. Den siste behandlingen, grå stær, har forskjellig karakter i de to helseregionene. I Helse Nord er det ingen strømninger av betydning, og de private institusjonene er ingen reell konkurrent til det offentlige tilbudet. I Helse Vest derimot foreligger det relativt store pasientstrømninger til private, og det kan da hevdes at det er konkurranse mellom private og offentlige tilbydere for denne behandlingen innad i denne regionen.

Hva som er med på å drive pasientstrømmingene og slik konkurransen har vi ikke hatt tilgang til datamateriale for å direkte si noe om, men etter å ha sammenlignet strømningene fra sentrale og usentrale kommuner fant vi her forskjeller. Det er en mye høyere frekvens i bruken av private tilbydere i de kommunene som defineres som sentrale i Helse Vest, mens sentrale kommuner i Helse Nord eksporterer mest pasienter til andre helseforetak i egen region. Det er også forskjeller i strømninger fra usentrale kommuner. Det vi altså kan konkludere med her er at hvor man bor, altså bostedslokalisering, påvirker hvordan men velger å flytte på seg og dette er da en faktor som er med på å forme hvordan konkurransen arter seg. Bjorvatn og Ma (2009) fant i sin utredning at faktorer som blant annet alder, kompleksitet ved inngrepet, utdanningsnivå, ventetid og bosted også er faktorer som påvirker pasientstrømmingene og slik konkurransen.

7.3 Kritikk og videre forskning

I utgangspunktet er det ikke frikonkurranse om pasientene i markedet for spesialisthelsetjenester. Dette er på grunn av mye reguleringer som for eksempel i forbindelse med å få tillatelse til å etablere seg. Det er også naturlig å anta at graden av konkurranse vil variere alt etter hvilken regjering som sitter. En høyrerettet regjering vil være mer positiv til private aktører og generelt mer åpen for konkurranse, mens en venstrerettet regjering vil være strengere mot private aktører og er gjerne med på å dempe konkurransen. Det er i tillegg et marked som er sterkt preget av markedssvikt, noe som er med på å hemme konkurransen. Men på tross av alt dette har reformer som fritt sykehusvalg hatt en intensjon om å være med på å åpne for konkurranse og har også til en viss grad lykket i dette.

For å kunne ha sagt noe mer eksakt om konkurransen burde vi gjerne sett på alle helseregionene, og også studert flere ulike behandlinger. Det er også en svakhet at vi har tatt utgangspunkt i de politisk-administrative grensene for ulike helseforetak, fordi det kan ofte gi et mer korrekt bilde av strømninger hvis man bruker de naturlige grensene som tar hensyn til geografi og demografi. I utgangspunktet hadde vi tenkt å relatere pasientstrømmingene til ventetider, for å se hvordan disse hang sammen. Fordi ventelistemål og aktivitetsdata ikke er helt sammenlignbare valgte vi å ikke gjøre dette. Det kunne også vært interessant å sette pasientstrømninger i forhold til andre kvalitetsmål, men fordi disse målene foreløpig ikke er spesielt velutviklede for norske sykehus valgte vi å utelukke disse.

Videre forskning som kan være interessant for dette markedet er å se på helt private sykehus, og ikke bare de refusjonsberettigede tjenestene fra private aktører, for på denne måten å kunne undersøke om markedet for spesialisthelsetjenester er enda bredere enn det vi har antatt i denne utredningen. Det kunne også være interessant å inkludere behandling i utlandet for å se om det også her foreligger reell konkurranse.

8. Litteraturliste

Andersen, C., Brekke, K. R., Kjerstad E., Kristiansen, F., Straume, O. R., og Sunnevåg, K. J. (2006) *Konkurransen i spesialisthelsetjenesten*. SNF-rapport nr. 25/06.

Besanko, D., Dranove, D., Shanley, M. og Schaefer, S. (2007) *Economics of Strategy*. 4. utg. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.

Bjorvatn A. og Ma C. T. A. (2009) Patients' Choice of Public Hospitals and Waiting Times. Akademisk avhandling.

Bjorvatn, A., Kjerstad, E., Sannarnes, J. G. og Sunnevåg, K. J. (2002) *Insentivbaserte finansieringsystem for helseforetak*. SNF-rapport nr. 34/02.

Bjørnenak, T. og Nyland, K. (2000) *Kompleksitetens økonomi; dimensjoner, effekter og finansiering*. Vedlegg nr 10 til sammendragsrapporten: "En bred kartlegging av sykehusenes økonomi". Skriftserie nr. 2, HERO, Universitetet i Oslo. Tilgjengelig fra: http://www.hero.uio.no/publicat/2000/Bakgrunnsnotat/Vedlegg10_Kompleksitetens_ekonomi.pdf [Nedlastet 25. mars 2009].

DagensMedisin. (24.februar 2006a) *MR-jakt på grå stær* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2006/02/24/mr-jakt-pa-gra-st-r/index.xml> [Nedlastet 24. april 2009].

DagensMedisin. (14.september 2006b) *Rødgrønn skvis av private sykehus* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2006/09/14/r-dgr-nn-skvis-av-private-s/index.xml> [Nedlastet 22. mai 2009].

Dagkirurgi.no. (9. mars 2009) *Dagkirurgi* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.dagkirurgi.no/> [Nedlastet 24. april 2009].

Dagkirurgi.no. (29. juli 2007) *Kne artroskopi* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.dagkirurgi.no/artikler/kne/kne-artroskopi.html> [Nedlastet 24. april 2009].

Dixit, A. og Skeath, S. (2004) *Games of strategy*. 2. utg. New York, W. W. Norton & Company.

EFTAs Overvåkningsorgan (16. juli 1998) *EØS-tillegget: til De Europeiske Fellesskaps Tidende* [Internett]. 5. årgang. Tilgjengelig fra:
<http://www.efta.int/content/publications/EEASupplements/supplement-1998-NO/98SU28NO.PDF> [Nedlastet 2. mars 2009].

Finansdepartementet. (1999) *Prinsipper for lønnsomhetsvurderinger i offentlig sektor*. NOU 1997: 27. Oslo, Finans- og tolldepartementet.

Finansdepartementet. (2008) *Statsbudsjettet 2009*. St.prp. nr 1 (2008-2009). Oslo, Finansdepartementet.

Fritt sykehusvalg Norge. (a) *Kvalitet* [Internett]. Tilgjengelig fra:
<http://www.frittsykehusvalg.no/Kvalitet/> [Nedlastet 3. mars 2009].

Fritt sykehusvalg Norge. (b) *Reiseutgifter* [Internett]. Tilgjengelig fra:
<http://www.frittsykehusvalg.no/Rettigheter/Reiseutgifter/> [Nedlastet 3. Mars 2009].

Fritt sykehusvalg Norge. (c) *Rettigheter* [Internett]. Tilgjengelig fra:
<http://www.frittsykehusvalg.no/Rettigheter/> [Nedlastet 3. mars 2009].

Geroski, P. og Griffith, R., (2004) *Identifying anti-trust markets*. International Handbook of Competition, M. Neumann, og J. Weigand (eds) Edward Elgar.

Hagen, T. P., Iversen, T., Magnussen, J., (2001) *Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992- 98: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering?* Skriftserie nr.5, HERO, Universitetet i Oslo. Tilgjengelig fra: http://www.hero.uio.no/publicat/2001/HERO2001_5.pdf [Nedlastet 25. mars 2009].

Helsedirektoratet. (2008) *Innsatsstyrt finansiering 2009*. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2009) *Om Norsk pasientregister* [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/norsk_pasientregister/om_norsk_pasientregister/ [Nedlastet 4.mai 2009].

Helseforetaksloven. (2001) *Lov om helseforetak m.m.* av 15. juni 2001 nr. 93. 1999 nr. 61.

Helse Vest. *Helseforetaka i Helse Vest* [Internett], Stavanger. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-vest.no/sw1155.asp> [Nedlastet 15.mai 2009].

Helse Nord. (7.januar 2009) *Kommuner og befolkning pr. helseforetak* [Internett], Bodø. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-nord.no/befolkning-pr-helseforetak/category22368.html> [Nedlastet 15.mai 2009].

Helse- og omsorgsdepartementet (a) *Ofte stilte spørsmål* [Internett]. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/ofte-stilte-sporsmal.html?id=534086#> [Nedlastet 2. mars 2009].

Helse- og omsorgsdepartementet (b) *Organisering av den sentrale helseforvaltningen – i relasjon til spesialisthelsetjenesten* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/Organisering-av-den-sentrale-helseforval.html?id=227605> [Nedlastet 12. mars 2009].

International Research Institute of Stavanger (2005) *Evaluering av den norske sykehusreformen*[Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.iris.no/Internet/sn.nsf/wvDocID/8D47B3F4838B72B7C125734D0032552B> [Nedlastet 5. mars 2007].

Kjerstad, E. (1999) *Prospective funding of somatic hospitals in Norway – Incentives for higher production?* Working paper No 70/99. SNF-project No. 2703: "Innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus", Bergen.

Kjerstad, E. og Kristiansen, F. (2002) *Innsatsstyrt finansiering og pasientsammensetningen ved norske sykehus*. SNF-rapport 25/02.

Kjerstad, E. og Kristiansen, F. (2005) *Free choice, waiting time and length of stay in Norwegian hospitals* [Internett]. Working paper No 21/05. SNF-project No. 2701. Bergen. Tilgjengelig fra: http://bora.nhh.no/bitstream/2330/181/1/A21_05.pdf [Nedlastet 4. mars 2009].

Konkurransetilsynet (9. oktober 2008) *Konkurranseloven* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.konkurransetilsynet.no/no/Konkurranseregler/Konkurranseloven/> [Nedlastet 12. mars 2009].

Konkurransetilsynet (10. oktober 2008) *Konkurranseloven: Det relevante marked* [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.konkurransetilsynet.no/iKnowBase/Content/428084/RELEVANT_MARKED.PDF [Nedlastet 2. mars 2009].

Lipczynski, J., Wilson, J. og Goddard, J. (2005) *Industrial Organization: Competition, Strategy, Policy*. 2. utg. Essex, Pearson Education Limited.

Løwendahl, B. R. og Wenstøp, F. E. (2003) *Grunnbok i strategi*. 2. utg. Oslo, N. W. Damm & Søn.

Mankiw, N. G. og Taylor, M. P. (2008) Kapittel 10. *Macroeconomics*. 6 utg. New York, Worth Publishers.

Motta, M. (2004) *Competition Policy: Theory and Practice*. 1. utg. Cambridge, Cambridge University Press.

Nærings- og handelsdepartementet. (2001) *Best i test? Referansetesting av rammevilkår for verdiskaping i næringslivet* [Internett]. NOU 2001:29. Oslo, Statens forvaltningstjeneste informasjonsforvaltning. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/NOU-er/2001/NOU-2001-29/11.html?id=365639> [Nedlastet 12. mars 2009].

Pasienthåndboka. (4. oktober 2007a) *Brystkreft, oversikt* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&parentid=1979&menuid=1982&documentid=1349> [Nedlastet 24. april 2009].

Pasienthåndboka. (28. april 2007b) *Fjerning av mandler (tonsillektomi)* [Internett].

Tilgjengelig fra:

<http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=9000> [Nedlastet 24. april 2009].

Pindyck, R. S. og Rubinfeld, D. L. (2009) *Microeconomics*. 7. utg. New Jersey, Pearson Education.

Revmatikeren. (2007) *Fritt sykehusvalg* [Internett]. Norsk Revmatikerforbund. Tilgjengelig fra: www.revmatiker.no/binary/449/file?download=true [Nedlastet 9. mars 2009].

Rikshospitalet (22. april 2009) *Radiumhospitalet* [Internett]. Tilgjengelig fra:

http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/klinikkene/lokasjon?p_doc_id=24822 [Nedlastet 11. mai 2009].

Ringstad, V. (2004) *Samfunnsøkonomi og økonomisk politikk*. 4. utg. Oslo, Cappelens forlag.

SAMDATA (8. juli 2008a) *Antall elektive døgnopphold etter bosted og behandlingssted* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-panett/Nokkeltall-2007/Pasientstrommer/Tabeller-pasientstrommer-2006-2007/Antall-elektive-dognopphold-etter-bosted-og-behandlingssted/> [Nedlastet 6. mai 2009].

SAMDATA (9. Juli 2008b) *Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<http://www.sintef.org/upload/Helse/Samdata/rapporter/Definisjoner%20og%20datagrunnlag%20til%20Nokkeltallsrapport.pdf> [Nedlastet 15. Juni 2009].

Sosial- og helsedirektoratet. (2007) *Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak*. Divisjon helseøkonomi og finansiering. Rapport IS-1497.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2.juli 1999 nr. 61.

Statistisk sentralbyrå (2009). Spesialisthelsetjenesten [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/sykehus/> [Nedlastet 2.juni 2009].

Store norske leksikon a. *Altruisme* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://snl.no/altruisme> [Nedlastet 24. mars 2009].

Store norske leksikon b. *Konsesjon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://snl.no/konsesjon> [Nedlastet 24. mars 2009].

Store norske leksikon c. *Produktdifferensiering* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://snl.no/produktdifferensiering> [Nedlastet 23. mars 2009].

Sørgard, L. (2003) *Konkurransestrategi – eksempler på anvendt mikroøkonomi*. 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget.

Tirole, J. (1988) *The theory of Industrial Organization*. Cambridge, Massachusetts, The MIT Press.

Vertikal Helseassistanse (14.august 2008) *Bruker helseforsikringen til kreftbehandling* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.vha.no/publisher/publisher.asp?id=57&tekstid=492> [Nedlastet 25.mai 2009].

9. Appendiks

Appendiks 1: Prosedyrekoder for de fire utvalgte behandlingene

For grå stær er det pasientstrømninger for de følgende tre prosedyrene utgjør de samlede tallene våre:

- CJB 00 Kirurgisk discisjon av sekundær katarakt
- CJE 20 Fakoemulsifikasjon med implantasjon av kunstig linse i bakre kammer
- CJF 00 Sekundær implantasjon av kunstig linse i fremre kammer

For behandling av brystkreft gjennom fjerning av bryst (HAC Mastektomi) har vi lagt strømninger fra prosedyrekodene for fjerning, helt, til grunn:

- HAC 20 Total mastektomi
- HAC 25 Radikal mastektomi

Kodene NGD beskriver ulike operasjoner på kneets menisk. Vi har derfor benyttet tall fra de fire følgende behandlingene for å beskrive pasientstrømninger i forhold til behandlingen som vi refererer til som meniskoperasjon:

- NGD 0y Meniskektomi
- NGD 1y Meniskreseksjon
- NGD 2y Reinsisering av menisk
- NGD 9y Annen operasjon på menisk

For den behandlingen som vi omtaler som fjerning av mandler har vi valgt å summere strømninger fra følgende to behandlinger:

- EMB 10, Tonsillektomi
- EMB 20, Adenotonsillektomi

Appendiks 2: Pasientstrømninger mellom RHF for alle elektive døgnopphold

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Helse Øst	49 500		8 745		18 252		14 044	
Helse Sør	29 757		23 710		4 148		2 372	
Helse Sør-Øst	79 257	80 307	53 210	54 435	1 645	1 470	16 416	8 751
Helse Vest	35 711	32 073	11 383	10 649	3 498	3 453	1 937	1 333
Helse Midt-Norge	20 886	20 468	5 733	5 907	3 252	2 858	2 008	921
Helse Nord	19 663	18 313	7 603	7 109	3 649	3 208	603	443
Totalt 1	155 517	151 161	77 929	78 100	12 044	10 989	20 964	11 448
Totalt 2	155 517		57 174		32 799		20 964	

Tabell 18: Antall elektive døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006 og 2007 (SAMDATA, 2008a)

Appendiks 3: Pasientstrømninger mellom RHF for behandling av skade på menisk

Tabellene angir prosentandelen pasienter etter bosted og behandlingssted for 2003, 2005 og 2006.

Bostedsregion	Helseregion						SUM	SUM Eksport
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Annet		
Helse Øst	25,2	0,8	0,1	0,4	0,0	73,6	100,0	1,2
Helse Sør	1,5	31,0	0,2	0,2	0,3	66,8	100,0	2,2
Helse Vest	1,9	1,6	66,7	0,3	0,3	29,2	100,0	4,1
Helse Midt-Norge	1,3	0,0	0,5	43,5	0,2	54,6	100,0	1,9
Helse Nord	2,9	0,8	1,7	5,5	81,9	7,1	100,0	10,9

Tabell 19: Pasientstrømninger mellom RHF, menisk, 2003

Bostedsregion	Helseregion						SUM	SUM Eksport
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Annet		
Helse Øst	16,2	0,5	0,1	0,4	0,0	82,9	100,0	0,9
Helse Sør	5,0	61,4	0,5	0,3	0,3	32,6	100,0	6,0
Helse Vest	0,3	0,1	24,8	0,1	0,0	74,7	100,0	0,5
Helse Midt-Norge	0,4	0,0	0,0	53,0	0,0	46,6	100,0	0,4
Helse Nord	1,1	0,3	0,6	2,0	94,0	1,9	100,0	4,1

Tabell 20: Pasientstrømninger mellom RHF, menisk, 2005

Bostedsregion	Helseregion						SUM	SUM Eksport
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Annet		
Helse Øst	23,6	1,3	0,2	0,4	0,1	74,4	100,0	2,0
Helse Sør	3,1	46,0	0,7	0,0	0,0	50,1	100,0	3,8
Helse Vest	1,4	0,7	29,8	0,3	0,2	67,6	100,0	2,7
Helse Midt-Norge	0,5	0,2	0,5	49,5	0,2	49,0	100,0	1,5
Helse Nord	0,9	0,6	0,8	2,6	93,6	1,4	100,0	5,0

Tabell 21: Pasientstrømninger mellom RHF, menisk, 2006

Appendiks 4: Pasientstrømninger mellom RHF for fjerning av mandler

Tabellene angir prosentandelen pasienter etter bosted og behandlingssted for perioden 2003 til 2007.

Bostedsregion	Helseregion						SUM	SUM Eksport
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Annet		
Helse Øst	80,3	8,8	0,4	0,5	0,0	10,0	100,0	9,7
Helse Sør	0,8	89,2	0,7	0,1	0,0	9,2	100,0	1,6
Helse Vest	0,6	2,0	95,3	0,2	0,1	1,8	100,0	2,9
Helse Midt-Norge	0,2	0,5	0,4	95,5	0,2	3,3	100,0	1,3
Helse Nord	0,3	0,2	0,5	2,6	96,4	0,0	100,0	3,6

Tabell 22: Pasientstrømninger mellom RHF, mandler, 2003

Bostedsregion	Helseregion						SUM	SUM Eksport
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Annet		
Helse Øst	76,4	7,0	0,6	0,9	0,5	14,6	100,0	8,9
Helse Sør	7,4	87,1	1,5	0,0	0,1	3,9	100,0	9,0
Helse Vest	0,2	0,8	98,2	0,2	0,1	0,6	100,0	1,2
Helse Midt-Norge	0,0	0,1	0,8	67,6	0,1	31,3	100,0	1,1
Helse Nord	0,9	0,3	0,3	1,0	97,2	0,2	100,0	2,6

Tabell 23: Pasientstrømninger mellom RHF, mandler, 2004

Bostedsregion	Helseregion						SUM	SUM Eksport
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Annet		
Helse Øst	75,4	7,7	0,3	1,0	0,1	15,6	100,0	9,1
Helse Sør	2,9	88,1	1,5	0,1	0,0	7,4	100,0	4,5
Helse Vest	0,0	0,4	97,2	0,2	0,1	2,1	100,0	0,7
Helse Midt-Norge	0,2	0,4	0,2	78,8	0,2	20,3	100,0	0,9
Helse Nord	0,4	0,2	0,6	1,5	96,1	1,3	100,0	2,6

Tabell 24: Pasientstrømninger mellom RHF, mandler, 2005

Bostedsregion	Helseregion						SUM	SUM Eksport
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Annet		
Helse Øst	80,8	6,5	0,3	0,1	0,6	11,6	100,0	7,5
Helse Sør	1,0	90,0	1,3	0,0	0,0	7,7	100,0	2,3
Helse Vest	0,1	0,1	99,2	0,2	0,0	0,5	100,0	0,3
Helse Midt-Norge	0,7	0,2	1,6	96,3	0,2	1,0	100,0	2,7
Helse Nord	0,6	0,4	0,5	1,4	96,3	0,9	100,0	2,9

Tabell 25: Pasientstrømninger mellom RHF, mandler, 2006

Bostedsregion	Helseregion					SUM	SUM Eksport
	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Annet		
Helse Sør-Øst	91,8	1,0	0,9	0,3	6,0	100,0	2,2
Helse Vest	0,5	99,0	0,2	0,1	0,1	100,0	0,8
Helse Midt-Norge	0,6	0,9	97,7	0,2	0,5	100,0	1,8
Helse Nord	1,5	0,4	1,0	96,9	0,2	100,0	2,9

Tabell 26: Pasientstrømninger mellom RHF, mandler, 2007

Appendiks 5: Pasientstrømninger mellom HF i Helse Vest for behandling av skade på menisk

Tabellene angir prosentandelen pasienter etter bosted og behandlingssted for perioden 2003 til 2008.

Bostedshelseforetak	Behandlingssted				
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat	Sum
Helse Førde	68.1	4.3	2.1	25.5	100.0
Helse Bergen	31.5	5.1	4.3	59.1	100.0
Helse Fonna	55.8	14.0	0.0	30.2	100.0
Helse Stavanger	48.0	2.3	9.0	40.7	100.0

Tabell 27: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2003

Bostedshelseforetak	Behandlingssted				
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat	Sum
Helse Førde	56.9	0.0	3.9	39.2	100.0
Helse Bergen	13.9	2.5	1.2	82.3	100.0
Helse Fonna	49.3	5.6	14.1	31.0	100.0
Helse Stavanger	28.3	0.6	6.9	64.2	100.0

Tabell 28: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2004

Bostedshelseforetak	Behandlingssted				
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat	Sum
Helse Førde	59.0	0.0	0.0	41.0	100.0
Helse Bergen	9.2	0.8	0.6	89.3	100.0
Helse Fonna	32.3	6.5	3.2	58.1	100.0
Helse Stavanger	16.2	0.8	1.6	81.4	100.0

Tabell 29: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2005

Bostedshelseforetak	Behandlingssted				
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat	Sum
Helse Førde	56.7	2.2	4.4	36.7	100.0
Helse Bergen	8.0	1.8	2.3	87.9	100.0
Helse Fonna	52.4	6.3	9.5	31.7	100.0
Helse Stavanger	19.3	1.6	3.7	75.4	100.0

Tabell 30: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2006

Bostedshelseforetak	Behandlingssted				
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat	Sum
Helse Førde	72.5	3.9	0.0	23.5	100.0
Helse Bergen	11.5	4.3	2.5	81.7	100.0
Helse Fonna	50.0	10.3	2.6	37.2	100.0
Helse Stavanger	45.0	5.3	6.6	43.0	100.0

Tabell 31: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2007

Bostedshelseforetak	Behandlingssted				
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat	Sum
Helse Førde	74.5	6.4	0.0	19.1	100.0
Helse Bergen	8.3	5.3	0.7	85.7	100.0
Helse Fonna	51.6	13.2	0.0	35.2	100.0
Helse Stavanger	21.8	5.4	4.6	68.2	100.0

Tabell 32: Pasientstrømninger mellom HF, menisk, 2008

Appendiks 6: Kommuneoversikt

Sentrale kommuner

Helse Vest (Helse Vest):

Helse Stavanger:

Sokndal, Lund, Egersund, Hå, Bjerkreim, Gjesdal, Time, Klepp, Sola, Sandnes, Forsand, Hjelmeland, Strand, Stavanger, Randaberg, Kvitsøy, Rennesøy, Finnøy

Helse Fonna:

Tysvær, Bokn, Karmøy, Utsira, Haugesund, Sveio, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes, Kvinnherad, Ølen, Vindafjord, Suldal, Sauda, Etne, Odda, Jondal, Ullensvang

Helse Bergen:

Voss, Kvam, Fusa, Samnanger, Vaksdal, Osterøy, Modalen, Masfjorden, Fedje, Austrheim, Radøy, Lindås, Meland, Askøy, Bergen, Os, Austevoll, Sund, Fjell, Øygarden

Helse Førde: Eid, Hornindal, Gulen, Selje

Helse Nord-Norge (Helse Nord, 2009):

Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

Tromsø, Bardu, , Sørreisa, Dyrøy, Berg, Lenvik, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Nordreisa, Kvænangen, Narvik, Tysfjord - øst for Tysfjorden, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Harstad, Kvæfjord, Skånland, Bjarkøy, Ibestad, Gratangen, Lavangen, Salangen

Nordlandssykehuset HF:

Bodø, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske, Sørfold, Hamarøy, Tysfjord - vest for Tysfjorden, Hadsel, Sortland

Helgelandssykehuset HF:

Alstahaug, Leirfjord, Vefsn, Dønna, Nesna, Hemnes, Rana, Lurøy

Helse Finnmark: Alta, Kvalsund

Usentrale kommuner**Helse Vest (Helse Vest):**Helse Førde:

Vågsøy, Bremanger, Stryn, Gloppen, Naustdal, Jølster, Førde, Gaular, Balestrand, Leikanger, Sogndal, Luster, Årdal, Lærdal, Aurland, Vik, Høyanger, , Hyllestad, Fjaler, Solund, Askvoll, Flora

Helse Fonna: EidfjordHelse Bergen: Granvin, Ulvik**Helse Nord (Helse Nord, 2009):**Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

Målselv, Tranøy, Torsken, Skjervøy

Nordlandssykehuset HF:

Meløy, Steigen, Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Moskenes, Bø, Øksnes, Andøy,

Helgelandssykehuset HF:

Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy, Grane, Hattfjelldal, Træna, Rødøy

Helse Finnmark:

Berlevåg, Båtsfjord, Gamvik, Hammerfest, Hasvik, Karasjok, Kautokeino, Lebesby, Loppa, Måsøy, Nesseby, Nordkapp, Porsanger, Sør-Varanger, Tana, Vadsø, Vardø

Appendiks 7: Pasientstrømninger fra sentrale og usentrale kommuner

Tabellene angir prosentandelen pasienter etter type kommune og behandlingssted for perioden 2003 til 2008.

Helse Nord				
Sentrale kommuner	Behandlingssted			
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat
2003	56.1	39.2	2.9	1.7
2004	51.5	39.2	4.3	4.9
2005	45.8	42.4	4.5	7.3
2006	50.4	37.5	5.3	6.8
2007	72.3	18.7	4.8	4.2
2008	67.6	15.8	7.8	8.9

Tabell 33: Pasientstrømninger fra sentrale kommuner, Helse Nord

Helse Vest				
Sentrale kommuner	Behandlingssted			
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat
2003	64.0	2.8	1.4	31.8
2004	66.6	7.5	2.5	23.3
2005	58.8	2.7	1.3	37.2
2006	66.8	4.5	1.3	27.4
2007	55.7	6.1	2.1	36.0
2008	47.2	4.4	0.9	47.4

Tabell 34: Pasientstrømninger fra sentrale kommuner, Helse Vest

Helse Nord				
Usentrale kommuner	Behandlingssted			
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat
2003	54.7	22.1	18.5	4.6
2004	62.6	14.6	14.8	7.9
2005	61.1	14.5	16.3	8.1
2006	59.0	19.3	13.5	8.3
2007	54.3	17.5	22.5	5.7
2008	59.2	14.6	15.5	10.6

Tabell 35: Pasientstrømninger fra usentrale kommuner, Helse Nord

Helse Vest				
Usentrale kommuner	Behandlingssted			
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat
2003	87.2	5.7	0.6	6.4
2004	86.6	4.8	0.6	6.7
2005	87.2	5.4	0.6	6.7
2006	87.5	6.7	1.3	5.3
2007	88.8	4.9	1.1	5.3
2008	75.8	9.4	1.6	13.2

Tabell 36: Pasientstrømninger fra usentrale kommuner, Helse Vest

Appendiks 8: Pasientstrømninger mellom HF i Helse Vest for behandling av grå stær

Tabellene angir prosentandelen pasienter etter bosted og behandlingssted for perioden 2006 til 2008.

Bostedshelseforetak	Behandlingssted				Sum
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat	
Helse Førde	94.1	5.2	0.0	0.7	100.0
Helse Bergen	76.8	4.9	0.0	18.3	100.0
Helse Fonna	51.5	48.5	0.0	0.0	100.0
Helse Stavanger	85.7	4.8	4.8	4.8	100.0

Tabell 37: Pasientstrømninger mellom HF, grå stær, 2006

Bostedshelseforetak	Behandlingssted				Sum
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat	
Helse Førde	90.7	6.2	1.0	2.1	100.0
Helse Bergen	14.7	0.0	0.0	85.3	100.0
Helse Fonna	52.3	34.1	0.0	13.6	100.0
Helse Stavanger	82.6	8.7	8.7	0.0	100.0

Tabell 38: Pasientstrømninger mellom HF, grå stær, 2007

Bostedshelseforetak	Behandlingssted				Sum
	Eget HF	Andre HF i eget RHF	Andre RHF	Privat	
Helse Førde	55.4	14.5	2.4	27.7	100.0
Helse Bergen	11.8	0.0	0.0	88.2	100.0
Helse Fonna	41.7	41.7	4.2	12.5	100.0
Helse Stavanger	69.7	12.1	6.1	12.1	100.0

Tabell 39: Pasientstrømninger mellom HF, grå stær, 2008