

# **Mer penger eller mer for pengene?**

**Organisering og finansiering av norske sykehus**

Dag Morten Dalen  
Handelshøyskolen BI

Jostein Grytten  
Universitet i Oslo

Rune J. Sørensen  
Handelshøyskolen BI

Forskningsrapport 16/2002

**Handelshøyskolen BI**

Institutt for offentlige styringsformer  
Institutt for samfunnsøkonomi

Dag Morten Dalen, Jostein Grytten, Rune J. Sørensen:  
*Mer penger eller mer for pengene? Organisering og finansiering av norske sykehus*

© Dag Morten Dalen, Jostein Grytten, Rune J. Sørensen  
2002

Forskningsrapport 16/2002  
ISSN: 0803-2610

Handelshøyskolen BI  
P.b. 580  
1302 Sandvika  
Tlf: 67 55 70 00  
[www.bi.no](http://www.bi.no)

**Rapporten kan bestilles fra:**

Juul Møller Bøker  
Tlf: 67 55 74 51  
Faks: 67 55 74 50  
Mail: [sandvika@juulmoller.no](mailto:sandvika@juulmoller.no)

## Forord

Bakgrunnen for rapporten er at Helsedepartementet har nedsatt et offentlig utvalg – Hagenutvalget – for å utrede et nytt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten (se <http://odin.dep.no/hd/norsk/dep/utvalg/042071-990020/index-dok000-b-n-a.html>). De regionale helseforetakene og Arbeidsgiverforeningen NAVO ønsket en egen faglig vurdering som grunnlag for sine forslag om finansieringssystem. SNF (Samfunns- og Næringslivsforskning AS) og Handelshøyskolen BI inngikk separate kontrakter med oppdragsgiver om å utrede dette spørsmålet.

Ved Handelshøyskolen BI har prosjektet vært gjennomført i perioden juni-september 2002. Rune J. Sørensen (BI) har vært prosjektleder og hovedbidragsyter til rapporten. Dag Morten Dalen (BI) og Jostein Grytten (Universitet i Oslo) har vært engasjert som medarbeidere på prosjektet, og vi står sammen ansvarlige for sluttproduktet. Rapporten gir oversikt over teoretisk og empirisk forskning på feltet, og drøfter relevansen av denne for finansieringen av de regionale helseforetakene i Norge. Vi diskuterer også alternative organisasjonsformer til systemet med regionale helseforetak.

Gjennom arbeidet har vi hatt god kontakt med flere personer i helseforetakene og i NAVO, og vi har fått verdifull kritikk fra kolleger i det akademiske miljøet. Særlig har vi fått viktige kommentarer fra Fredrik Carlsen (NTNU), Åge Danielsen (Rikshospitalet), Karl-Arne Johannesen (NAVO), Bjarte Reve (Helse Sør), Morten Fjeldstad (BI), Tormod Hermansen, Jørn Rattsø (NTNU), Steinar Stokke (Helse Sør) og Øyvind Sæbø (Legeforeningen). Lars Chr. Monkerud (BI) har bidratt med verdifull innholdsmessig og redaksjonell assistanse. Ingen av disse kan holdes ansvarlige for vår fremstilling av foreliggende forskning eller de øvrige vurderinger som gjøres i rapporten.

Sandvika, september 2002

Rune J. Sørensen  
(professor)



## Innhold

<b>Sammendrag .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Innledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Hvilke problemer skal finansieringssystemet løse? .....</b>	<b>5</b>
2.1 Prioriteringseffektivitet .....	5
2.2 Kostnadseffektivitet .....	6
2.3 Kvalitet .....	7
2.4 Troverdighet .....	8
<b>3 Hvilke typer av finansieringssystemer finnes?.....</b>	<b>11</b>
Tabell 3.1. Ulike typer av finansieringssystemer .....	12
3.1 Per capita-tilskudd (I).....	12
3.2 Produksjonstilskudd (II).....	13
3.3 Refusjonsordninger (III).....	14
<b>4 Hvordan bør norske sykehus finansieres – gitt dagens organisering? 15</b>	
4.1 Produksjonstilskudd .....	15
4.1.1 Åpen ramme .....	15
Figur 4.1. Behov for rasjonering .....	16
4.1.2 Produksjonstilskudd med lukket ramme=Per capita-tilskudd?21	
4.2 Per capita-finansiering.....	22
4.2.1 Svak politisk styring?.....	23
4.2.2 Fritt sykehusvalg – en trussel mot per capita-modellen? .....	23
4.2.3 Troverdighet – den store trusselen mot per capita-modellen? 26	
4.3 En kombinasjon per capita- og produksjonstilskudd?.....	28
4.4 RHF's finansiering av sykehusforetakene .....	29
4.4.1 Produksjonstilskudd med lukket ramme .....	31
4.4.2 Produksjonstilskudd med åpen ramme.....	32
4.4.3 Refusjonskontrakter .....	33
4.4.4 Styringsproblemer.....	34
4.5 Konkurransen om oppdrag fra RHF .....	36
4.5.1 Konkurransen – en løsning på troverdighetsproblemet.....	37
4.5.2 Monopol – er relasjonelle kontrakter løsningen?.....	39
<b>5 Hvordan bør norske sykehus finansieres – gitt en annen organisering enn i dag?.....</b>	<b>41</b>
5.1 Integreerte regionale helseforetak (IHRF) .....	41
5.1.1 Internasjonale erfaringer med integreerte helsesystemer.....	43
5.1.2 Integreerte regionale helseforetak i lys av de internasjonale erfaringene .....	45

5.2	Kommunen som bestiller – foretakene som leverandører .....	46
5.2.1	Internasjonale erfaringer med en bestiller – leverandør organisering.....	47
5.2.2	Kommunene som bestillere i lys av de internasjonale erfaringene .....	53
<b>6</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>57</b>
	Tabell 6.1. Alternative organisasjonsmodeller og finansierings-systemer.....	58
	<b>Referanser .....</b>	<b>65</b>

## Sammendrag

Sykehussektoren har et betydelig potensial for økt kostnadseffektivitet, og vår forståelse er at høyere kvalitet og bedret tilgjengelighet kan oppnås uten en like sterk vekst i helseutgiftene. Gjentatte og store tilleggsbevilgninger fra staten har ført til at kontraktene med sykehusene har fått liten troverdighet. Dette har i sin tur svekket mulighetene for ledelse i sykehusene, og slik redusert kostnadseffektiviteten i sektoren. I lys av denne situasjonsforståelsen diskuterer vi tre finansieringsmodeller for spesialisthelsetjenesten: Per capita-tilskudd, åpne og lukkede produksjonstilskudd samt refusjonsordninger. Tre organisasjonsformer drøftes: Dagens system med regionale helseforetak, en modell der dagens regionale helseforetak har ansvaret også for primærhelsetjenesten, samt en modell der helseforetak kun har eieransvaret for sykehusene mens kommunene har ansvaret for å finansiere alle offentlige helsetjenester.

De regionale helseforetakene kan finansieres ved priser fastsatt av departementet – “pengene følger pasientene”. Når prisene fastsettes som historiske DRG-priser avspeiler de ikke samfunnets betalingsvillighet for tjenestene. Dette fører til overproduksjon (moralsk hasard). Internasjonal forskning tyder ikke på at konkurranse om enkeltpasienter fremmer kvalitet eller kostnadseffektivitet. Erfaringer fra USA og Norge tyder også på at åpne finansieringssystemer for helsetjenester kan ha begrenset levetid fordi de gir for sterk vekst i kostnadene.

Alternativt kan regionale helseforetak finansieres med et tilskudd som er bestemt av omfanget av pasientrettighetene, folketallet i regionen og sykkeligheten i befolkningen. En fare ved slike kontrakter er at de blir lite troverdige – det gis hyppig store tilleggsbevilgninger. Som nevnt foran har dette skapt alvorlige styringsproblemer internt i sykehusene. Vi foreslår derfor en toppfinansiering der regionale helseforetak får kompensert for produksjon ut over et måltall gjennom DRG-priser som svarer til en andel av gjennomsnittlige driftskostnader.

For å sikre samordning mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan en tenke seg at regionale helseforetak overtar ansvaret for primærhelsetjenesten. En slik organisasjon vil få en størrelse og kompleksitet som kan skape flere styringsproblemer enn den løser. Hovedalternativet til dagens organisering er derfor en bestiller-utfører-modell. For å fremme konkurranse og etablere mer troverdige kontrakter foreslås at kommunene overtar bestilleransvaret for helsetjenestene. Dagens regionale helseforetak blir kun eiere av sykehus; kommunene får ansvar for å finansiere og samordne alle offentlige helsetjenester. Hvor virksom og reell en slik konkurranse blir, avhenger av hvor stor markedsrett helseforetakene har.





# 1 Innledning

Helsevesenet i Norge er organisert som et offentlig forsikringsselskap. Medlemskapet er obligatorisk, forsikringspremien betales ved alminnelige skatter og avgifter (herunder avgifter til Folketrygden), og Stortinget er det valgte styret i forsikringsselskapet. Den grunnleggende motivasjonen for denne organiseringen er at tilgangen til helsetjenester ikke skal bestemmes av den enkeltes kjøpekraft, og at private forsikringsmarkeder i mange tilfeller ikke frembringer helsetjenester i tilstrekkelig omfang (adverse selection, public goods). Hvordan bør så Stortinget finansiere produksjonen av helsetjenester? Formålet med rapporten er å diskutere den tyngste delen av helsevesenet, sykehussektoren.

Det eksisterer knapt grenser for hvor store ressurser som *kan* settes inn for å diagnostisere og behandle sykdom og forlenge livet. Den avanserte medisinske teknologien gir håp og forventninger om bedret livskvalitet og lenger liv. Den enkelte pasient og samfunnsborger har ofte god kunnskap om medisinske muligheter, og stiller derfor krav om kortere ventetid, høyere kvalitet og tilgang til de mest avanserte medisinske tilbudene. Helsevesenets oppgave er å redde liv og helbrede sykdom, og vil imøtekomme mange av disse ønskene. Fordi pasienter og pårørende samt de ansatte i helsevesenet også er velgere (generalforsamling for forsikringsselskapet) er Stortinget lydhøre for disse kravene. Ikke minst er folkevalgte lydhøre når enkeltpersoners skjebner spissformuleres i massemedia.

Men som samfunnsborgere ønsker vi heller ikke at hele nasjonalproduktet skal brukes til å diagnostisere og behandle sykdommer. De fleste vil nok mene at det å bruke 20 eller 30 prosent av nasjonalproduktet til helseforsikring er for mye: De siste helsekronene gir for liten gevinst i form av livskvalitet. Stortinget må derfor sette grenser; styret må prioritere behandlingsformer og rasjonere helsetjenester. *Ikke alt som kan gjøres bør gjøres.* Dette er det grunnleggende politiske og økonomiske dilemma i ethvert offentlig finansiert helsevesen.

Vi skal angripe problemstillingen i flere trinn. Vi skisserer i kapittel 2 først hvilke krav som må stilles til et finansieringssystem, og diskuterer effekter av dagens finansieringssystem i lys av disse kravene. Finansieringssystemer evalueres ut fra hensynet til kostnadskontroll, effektivitet, kvalitet og troverdighet. I kapittel 3 gir vi en begrepsmessig og teoretisk oversikt over hovedklasser av finansieringsmodeller, og vi gjennomgår kort hvilke effekter som man vil forvente. Vi bygger her på teorier om ufullstendige kontrakter og teori om transaksjonskostnader.

I det neste trinnet presenterer vi våre forslag. Vi tar utgangspunkt i den nylig innførte konsernmodell for sykehus, basert på fem regionale sykehusforetak som er eid og finansiert av staten. I kapittel 4 diskuteres alternative finansieringsmodeller gitt denne modellen. Effekter av finansieringssystemer avhenger imidlertid av hvordan helsevesenet er organisert – og vice versa. I kapittel 5 drøfter vi finansieringsformer under ulike forutsetninger om såkalt bestiller-utfører-organisering og forskjellige former for organisatorisk integrasjon av primærhelsetjenesten og sykehustjenesten. Vi trekker her veksler på erfaringene med ulike organisasjonsmodeller for sykehusene fra USA, Storbritannia og Sverige. Disse landene er delvis valgt fordi det er lite tilgjengelig litteratur fra andre land. USA er også valgt fordi det har stor variasjon i sin finansiering av sykehusene, noe som gjør det mulig å studere virkninger av ulike systemer. Også de britiske erfaringene er relevante fordi det her har skjedd reformer i et sterkt sentralisert og offentlig finansiert helsevesen.

Kapittel 6 gir en samlet oppsummering av våre forslag. I rapporten drøftes ikke bruk av privat forsikring eller egenandeler, vi avgrensner rapporten til finansieringen av diagnose og behandling av pasienter i sykehus, og behandler i liten grad finansieringen av forsknings- og utdanningsvirksomheten ved sykehusene.

## 2 Hvilke problemer skal finansieringssystemet løse?

Hvilke kriterier bør legges til grunn for anbefalinger om finansieringsordning for sykehusene. Som nevnt innledningsvis er fordelingshensyn en grunnleggende målsetting – den enkeltes inntekt skal ikke ha betydning for tilgangen på helsetjenester. Denne målsettingen ivaretas gjennom offentlig finansiering, slik at likhetshensyn ikke vil skille mellom de skattefinansierte modeller vi vurderer. Vi skal argumentere for at fire andre kriterier bør legges til grunn for valg av finansieringsmodell. Dagens finansieringsordning vurderes da i lys av disse kriteriene.

### 2.1 Prioriteringseffektivitet

#### Begrepsavklaring

Med prioriteringseffektivitet (eller allokeringseffektivitet) mener vi her en optimal dimensjonering av helsevesenet og sykehussektoren. Spørsmålet har to aspekter: Hvor stor samlet tjenesteproduksjon og totale kostnader som samfunnet bør benytte til helseformål, og hvilke pasienter som bør tilbys ulike typer av behandling. Det første aspektet gjelder prioriteringseffektivitet “i stort”, og er en beslutning som vi treffer som velgere gjennom folkevalgte representanter. De seneste årene har helseutgiftene øket meget sterkt, og i noen grad kan dette være fremdrevet av finansieringssystemet. En må vurdere om like sterk utgiftsvekst er en uønsket konsekvens av et åpent, DRG-basert system. Nivået på helsekostnadene må også holdes opp mot hvor omfattende den offentlige forsikringsdekningen skal være, og også mot forventet ventetid for elektiv behandling.

Det andre aspektet ved prioriteringseffektivitet gjelder de “pasientnære” beslutninger. Man kan i prinsippet tenke seg at folkevalgte representanter tar stilling til hvilke diagnoser som gir rett til behandling i det offentlige helsevesenet, og at bevilgningene til helsevesenet fastsettes ut fra dette. Det er nærliggende å tenke på dette som et åpent, DRG-basert prissystem. I enkelte tilfeller har også Stortinget tatt stilling til om visse behandlinger skal inngå som en del av det offentlige helsetilbudet (ref. diskusjonen om behandling for barnløshet). I praksis tas de fleste kliniske beslutninger av de enkelte leger/team i samråd med pasienten (eventuelt pårørende). Hvilken helsegevinst og velferd som en pasient vil ha av en behandling vil variere med pasientens livssituasjon, alder og allmenntilstand. (I tillegg kan en eventuelt ta hensyn til pasientenes tidskostnader, både når det gjelder ventetid for behandling og tidsbruk til restitusjon og rehabilitering.) Et åpent DRG-basert finansieringssystem kan imidlertid bety et omfattende helse-

tilbud med høye helseutgifter, og kanskje et større og mer kostbart helsevesen enn velgerne ønsker. Kort sagt, finansieringssystemet skal balansere hensynet til kostnadskontroll med hensynet til at pasientene får det helsetilbud som er avtalt.

### **Norske erfaringer**

Norge har hatt en kraftig vekst i helseutgiftene de seneste tiårene, og spesielt det siste tiåret har veksttakten i helseutgiftene vært høy (Reinhardt 2002). I 1999 brukte Norge 8,5 % av bruttonasjonalproduktet på helsetjenester. Dette er høyest av de nordiske land. Norge tilhører også den gruppen av europeiske OECD land som bruker en høy andel av bruttonasjonalproduktet på helsetjenester. Til sammenligning brukte Storbritannia bare 6,9 % av bruttonasjonalproduktet til helsetjenester i 1999. Den årlig veksten i helseutgifter for perioden 1990-1999 var 3,3 %. Tilsvarende tall for perioden 1980-1990 var 3,1 %. De relativt høye helseutgiftene skyldes delvis den høye legetettheten i Norge sammenlignet med andre land. I 2001 hadde Norge 280 innbyggere per lege (Den norske lægeforening 2002; *Aftenposten* 2002a). Tilsvarende tall for Sverige var 315, for Finland 345 og for Danmark 330.

## **2.2 Kostnadseffektivitet**

### **Begrepsavklaring**

Helsetjenester bør produseres til lavest mulige kostnader: Gitt et mål om tjenestetilbudets omfang bør ressursinnsatsen være minst mulig, både når det gjelder bruk av arbeidskraft og kapital. Dette betyr at kapitalinnsatsen må dimensjoneres riktig, slik at kapasiteten i utstyr og bygninger kan utnyttes godt. En hensiktsmessig sykehusstruktur er derfor viktig. Kostnadseffektivitet forutsetter også at sykehuset må ha mulighet til å organisere sin virksomhet på en god måte, slik at helsepersonellet i avdelinger, operasjonsteam og profesjoner kan utnyttes på best mulig måte. Innovasjoner i medisinsk teknologi og behandlingsformer gjør det stadig mulig å tilby nye og til dels meget kostnadskrevende behandlinger. Men medisinske innovasjoner åpner også for metoder som forenkler og forbedrer helsetilbudet, eksempelvis ved redusert liggetid eller poliklinisk behandling. Sykehusenes evne til å ta i bruk ny teknologi/behandlingsmetoder, og å tilpasse sykehusets organisasjon til dette kan ha stor betydning for kostnadseffektiviteten i sykehusene. Kostnadseffektivitet er derfor nært knyttet til kapasiteten til omstilling og ledelse.

### **Norske erfaringer**

På 1990-tallet ble det fra flere hold påstått at effektiviteten var for lav ved norske sykehus. Spesielt ble det hevdet at legene brukte for lite tid på

pasienter. For eksempel, ble det i 1997 påstått at kirurgene ved Bærum sykehus bare brukte en og en halv time av arbeidsuken på planlagte operasjoner (Samuelsen 1997a). På Ullevål sykehus ble det hevdet at kirurgene der brukte 2,7 timer på planlagte operasjoner, og i tillegg 1,2 timer av uken til øyeblikkelig hjelp-operasjoner (Samuelsen 1997b). Et noe mer positivt bilde fremkommer imidlertid i en undersøkelse av Røhme og Kjekshus (2001). I en studie av tidsbruken blant sykehuslegene på Medisinsk avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim oppga legene at de brukte 60 % av en arbeidsdag på ca. 10 timer til klinisk virksomhet, hvorpå 25 % ble benyttet direkte til kontakt med pasientene.

Den 1. juli 1997 ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført. Det har vært gjort flere evalueringer av ISF<sup>1</sup>. En gjennomgang av foreliggende tallmateriale tyder på at det blir behandlet noen flere pasienter ved norske sykehus etter at ISF ble innført. Dette synes først og fremst å være et resultat av økt ressurstilgang: Personelltilgangen har økt i annen halvdel av 1990-tallet. Samtidig har antallet liggedager blitt redusert som en følge av ISF, noe som har frigjort ressurser og tid slik at flere kan behandles. Både arbeidsproduktiviteten og kostnadseffektiviteten har imidlertid falt litt, noe som betyr at ISF ikke har bidratt til å redusere kostnadene per behandlet pasient.

## 2.3 Kvalitet

### Begrepsavklaring

Et grunnleggende dilemma i den teoretiske litteraturen er avveiningen mellom kvalitet og kostnadseffektivitet. En ønsker å anspore sykehusene til høy kostnadseffektivitet, men uten at en samtidig svekker kvaliteten på sykehusenes tilbud. Med kvalitet tenkes på den medisinske kvaliteten ved sykehusstilbudet (eksempelvis målt ved dødelighet, reinnleggelser, fravær av sykehusinfeksjoner) og pasientens tilfredshet med tilbudet (eksempelvis målt ved pasientinformasjon, ventetid for behandling, kvalitet på omsorg og pleie, generell brukertilfredshet).

### Norske erfaringer

Stiftelsen for helsetjenesteforskning (Guldvog og Kopjar 1999) har påvist at det eksisterer store – og til dels uforklarte - forskjeller i dødelighet ved ulike behandlinger ved norske sykehus (data er ikke offentliggjort på

---

<sup>1</sup>Et omfattende tallmateriale er hentet fra Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus (2002). Riksrevisjonen har hentet sitt tallmateriale fra forskjellige kilder: Norsk Pasientregister, Samdata, Senter for helseadministrasjon og en egen spørreundersøkelse overfor sykehusene.

sykehusnivå). Stiftelsen har også påvist betydelige variasjoner i pasienttilfredshet mellom sykehus og mellom sykehusavdelinger. Inntrykket av kvalitetsforskjeller underbygges av en rapport fra Riksrevisjonen (2002) basert på data om 55 av landets somatiske sykehus. Ledelsen ved sykehuset mangler informasjon om viktige sider ved kvaliteten på tilbudet, herunder forekomst av sykehusinfeksjoner, dødelighet og pasientenes tilfredshet med behandlingen. Dermed mangler også ledelsen et grunnlag for å treffe tiltak dersom viktige kvaliteter ved tilbudet er utilfredstillende. I en del tilfeller er også statistikkgrunnlaget upresist. Ventelistene for behandling ved sykehus viser seg å ha vesentlige feil, både med den konsekvens at pasienter på venteliste ikke blir fulgt opp med behandlingstilbud, at pasienter står på flere ventelister samtidig og at pasienter som skulle vært tatt ut av listene ikke tas ut (Dahlen m.fl. 2002).

Helseministeren har imidlertid varslet at det skal etableres et system for kvalitetsrangering av norske sykehus fra 2004 (*Aftenposten* 2002b). Systemet planlegges etter mønster av den rangering som skjer av engelske sykehus, og rangeringen skal offentliggjøres for å understøtte pasientens valg av (og allmennlegenes henvisninger til) sykehus.

## 2.4 Troverdighet

### Begrepsavklaring

Et finansieringssystem er en kontrakt der myndighetene (som det offentlige forsikringsselskapet) forplikter seg til en viss betaling mot at sykehuset leverer avtalte helsetjenester. Kontrakten kan være spesifisert som en fastpriskontrakt eller en refusjonskontrakt. Troverdighet dreier som om kontraktsvilkårene vil bli etterlevd; dvs. om kontrakten etterleveres mht. volum og kostnader. I noen tilfeller er det i partenes interesse å reforhandle en kontrakt. Uforutsette hendelser kan inntreffe i avtaleperioden uten at noen av partene har mulighet for å påvirke dette, og disse kan gjøre det hensiktsmessig å justere avtalevilkårene. Utbrudd av en alvorlig epidemisk sykdom eller en omfattende ulykke kan gjøre det ønskelig å omdefinere kontraktsvilkårene radikalt, slik at sykehusene kan øke sin behandlingsskapitet. Men sykehus kan også pådra seg høyere kostnader enn planlagt som følge av beslutninger tatt av sykehuset selv, selv om oppdragsgiver har vanskelig for å dokumentere dette. Hvis avtalen gir sykehuset større bevilgninger også i slike situasjoner kan det undergrave avtalens effektivitetsfremmende virkninger.

Et offentlig finansiert helsevesen er kjennetegnet ved at det ikke er konkurranse mellom forsikringsselskaper om kunder (obligatorisk forsikring), skatteinntektene er ikke "øremerket" til helseformål, og

skattefinansieringen har en omfordelingseffekt mellom personer med ulik inntekt, men samme behov for helseforsikring. Det er derfor vanskeligere for velgeren å vurdere om skatteprisen (premien) står i forhold til forsikringsdekningen enn for en privat forsikringstaker.

Anta at et sykehus får en kostnadsoverskridelse i forhold til budsjett, og ber om reforhandlinger av kontrakten med sikte på et høyere økonomisk tilskudd. I et privat forsikringsselskap vil det lett medføre at forsikringspremien må økes, og at en del av kundene søker til konkurrerende selskaper. Forsikringsselskapet vil derfor sette mye inn på kostnadskontroll. Med en skattefinansiert helseforsikring må høyere kostnader dekkes inn ved høyere skatter. Det er imidlertid vanskelig for velgerne å vite om høyere skatter skyldes svak kostnadskontroll i helsesektoren eller økte offentlige utgifter til andre formål. Dessuten er det ikke mulig å bytte forsikringsselskap – muligheten består i å endre sammensetningen av forsikringsselskapets styre ved å stemme på et av opposisjonspartiene. Nettopp fordi det offentlige systemet er mindre gjennomiktig (transparent) og preges av svakere konkurranse om forsikringstakere/velgere vil sykehusene lett kunne øke sine budsjetter sammenlignet med et system med individuell forsikring.

### **Norske erfaringer**

Når vi tar som utgangspunkt at det skal være en skattefinansiert helseforsikring bør finansieringssystemet minimalisere mulighetene for sykehusene til hele tiden å kunne øke sine budsjetter. I løpet av det seneste tiåret har norske sykehus fått betydelige tilleggsbevilgninger i løpet av budsjettåret, gjerne som en konsekvens av Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett om våren. Tilleggsbevilgningene var spesielt store i 2000 og 2002, henholdsvis på 1770 og 2125 mill. kroner.<sup>2</sup> Det har også vært betydelige ekstrabevilgninger som del av de ordinære budsjetttrundene. For eksempel ble bevilgningen til innsatsstyrt finansiering og poliklinisk virksomhet forhøyet med 900 mill. kroner i løpet av 1999, dels som følge av etterbetaling for aktivitet i 1998.

”Myke budsjetttrammer” har i mange tilfeller skapt store ledelsesproblemer ved sykehusene. Ledelsens interne autoritet undergraves av at avdelingsledere tar direkte kontakt med media og bevilgende myndigheter, og på den måten oppnår ytterligere økonomiske tilskudd. Når avdelinger og ansatte venner seg til at budsjettforutsetningene endres i løpet av året tas ikke ledelses planer alvorlig, særlig ikke hvis planene forutsetter krevende omstillinger og bedret kostnadseffektivitet.

---

<sup>2</sup> Tilleggsbevilgningene i millioner kroner (i parentes) for utvalgte år: 1997 (300); 2000 (1770); 2001 (251); 2002 (2125). Tallene er hentet fra henholdsvis St.prp. nr. 83 (1996-97), nr. 77 (1999-2000), nr. 22 (2001-2002) og nr. 59 (2001-2002).





### 3 Hvilke typer av finansieringssystemer finnes?

I den offentlige debatt har betegnelsene rammefinansiering og stykkprisfinansiering fått en fremtredende plass. Etter vårt skjønn gir disse et for svakt begrepsmessig fundament for vår analyse. I faglitteraturen går hovedskillet mellom fastpriskontrakter og refusjonskontrakter, og i helseøkonomisk litteratur skilles det dessuten mellom to typer av fastpriskontrakter: Kontrakter der produsentenes inntekter avhenger av produsert volum og der inntektene avhenger av antall brukere. Hver av disse tre ordningene kan ha en åpen ramme som gir tre ulike typer av "stykkeprisfinansiering", eller ordningen kan ha en lukket ramme som gir tre typer av "rammefinansiering". Tabell 3.1 nedenfor gir en skjematisk fremstilling av finansieringssystemene. Nedenfor beskrives kort hvordan de ulike finansieringssystemene har vært brukt i noen land.

#### **Eksempler på finansieringssystemer**

De norske sykehusene har siden 1970-tallet vært finansiert på tre ulike måter (Nerland 2001). I perioden 1970 til 1979 ble sykehusene finansiert etter en kurpengeordning hvor 75 % av sykehusenes driftsutgifter ble refundert etter satser per liggedøgn. I prinsippet tilsvarer dette en refusjonsordning. Fra 1980 til 1996 var det rammefinansiering hvor hver fylkeskommune ble tildelt en budsjetttramme for sin virksomhet. Dette tilsvarer en per capita-finansiering. Sykehusene ble så tildelt et rammebudsjett innenfor det fylkeskommunale budsjettet. Fra 1. juli 1997 har såkalt innsattsstyrt finansiering (ISF) vært benyttet for å finansiere sykehusene (Helsedepartementet 1995). ISF har vært utformet slik at fylkeskommunen fikk refundert ca. halvparten av de antatte behandlingskostnadene per pasient fra staten. Dette tilsvarer et produksjonstilskudd. De øvrige kostnader ved behandlingen ble dekket gjennom fylkeskommunens frie inntekter. Etter opprettelsen av statlige helseforetak blir refusjonene og rammetilskuddet utbetalt direkte til foretakene.

I Storbritannia hadde man rammefinansiering frem til 1991 da de indre markedene ble innført. Frem til 1997 var District Health Authorities og grupper av legepraksiser (General Practice Fund Holders) ansvarlige for kjøp av sykehustjenester. Fra 1997 er det opprettet 100 nye Health Authorities (HA) og grupper av legepraksiser (Primary Care Groups) som er ansvarlige for å etterspørre tjenester på vegne av befolkningen i sitt område. Ca. 430 National Health Services Trusts har ansvaret for å produsere helsetjenester.

Finansieringen av HA er basert på en per capita-bevilgning og tildeles ut fra et anslått behov i befolkningen<sup>3</sup>.

I USA hadde man overveiende refusjonsbaserte kontrakter frem til 1984. Da gikk det store statlige forsikringsselskapet Medicare over til kontrakter basert på et produksjonstilskudd., nærmere bestemt DRG-prising. De private forsikringsselskapene fulgte på slutten av 1980- tallet etter og innførte mye fastpriskontrakter i stedet for refusjonsbaserte kontrakter for sykehusbehandling av sine forsikringstakere. I Sveige ble rammefinansiering gradvis avløst av DRG-finansiering på slutten av 1980 tallet. I noen fylker ble det også innført bestiller-utfører-organisering av helsetjenesten, hvor det ble fremforhandlet fastpriskontrakter.

Tabell 3.1. Ulike typer av finansieringsystemer

	Lukket ramme	Åpen ramme
<b>(I) Per capita-tilskudd</b>	Oppdragsgiver bestemmer tilskuddssats per bruker og (maksimalt) antall brukere.	Oppdragsgiver bestemmer tilskuddssats per bruker. Ikke tak på antall brukere.
<b>(II) Produksjons-tilskudd</b>	Oppdragsgiver bestemmer pris per produserte enhet og (maksimal) produksjon.	Oppdragsgiver bestemmer pris per produserte enhet. Ikke tak på antall enheter.
<b>(III) Refusjonsordning</b>	Oppdragsgiver bestemmer refusjonssats for bruk av innsatsfaktorer og fastsetter en maksimal kostnadsramme og/eller ressursmengde.	Oppdragsgiver bestemmer refusjonssats for bruk av innsatsfaktorer. Ikke tak på innsatsfaktorer.

### 3.1 Per capita-tilskudd (I)

#### Begrepsavklaring

Per capita-tilskudd inngår som en del av en fastpriskontrakt. Her gis helseorganisasjonen ansvaret for tilby et sett av helsetjenester til en avgrenset befolkningsgruppe, og dette finansieres gjennom et fast tilskudd per bruker. Hvis helseorganisasjonen (eksempelvis et regionalt helseforetak)

<sup>3</sup> En nærmere omtale av nyere britiske reformer finnes i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) (Sosial- og helsedepartementet 2001).

administrativt tildeles en befolkningsgruppe er finansieringen lukket – det er en form for rammefinansiering. Hvis helseorganisasjonene konkurrerer om brukere (for eksempel forsikringstakere) er finansieringsordningen åpen. Slike kontrakter har fått stort omfang i helsevesen basert på privat forsikring, blant annet innenfor såkalt “managed care” i USA. I fastlegeordningen er det innført et element av slik “capitation”: Fastlegene får et fast tilskudd per person han har ansvar for.

### **Forventede effekter**

Per capita-kontrakter forventes å gi høyere kostnadseffektivitet og bedre kostnadskontroll enn produksjonstilskudd og refusjonsordninger (se definisjoner nedenfor), men slike kontrakter kan samtidig medføre lavere tjenestekvalitet. Grunnen til dette er at kontraktene er ufullstendige, slik at ikke-verifiserbar kvalitet kan bli nedprioritert av sykehuset. Dersom flere sykehus konkurrerer om kontraktsfornyelse, kan det disiplinere sykehusene og bidra til å opprettholde ikke-kontraktsfestet kvalitet.

Per capita-kontrakter eksponerer imidlertid tjenesteproduzenten for en høy økonomisk risiko. Pasientene kan vise seg å kreve mer kostbar behandling enn man forventet. Dette kan man søke å motvirke ved å gi større tilskudd for personer med høyere sannsynlighet for sykdom – en kan eksempelvis “risikojustere” tilskuddet etter populasjonens alders- og kjønns sammensetning. Tjenesteproduzenten påtar seg også risiko ved at prisene på innsatsfaktorene kan bli høyere enn planlagt. Normalt vil derfor produsentene kreve en økonomisk kompensasjon (risikopremie) for å inngå en per capita-kontrakt. Gevinsten ved kostnadseffektivitet må derfor avveies mot den høyere risikopremien ved slike kontrakter.

## **3.2 Produksjonstilskudd (II)**

### **Begrepsavklaring**

Produksjonstilskudd betyr at sykehusets inntekter bestemmes av omfanget av tjenesteproduksjonen (output). I sykehussektoren måles produksjonen gjennom klassifikasjonssystemet DRG, som er grunnlaget for prisene (omtales også som “Prospective payment system”). Innsatsstyrt finansiering (ISF) er basert på DRG-klassifikasjonen. Også bruk av DRG-priser kan oppfattes som en fastpriskontrakt. Dersom kontrakten ikke setter et tak på antall DRG-poeng har vi en åpen ordning, en stykkpriskontrakt. Dersom oppdragsgiver spesifiserer at et visst antall DRG-poeng skal produseres innenfor en viss periode er ordningen lukket – en rammefinansiering der inntektsrammen er bestemt ved DRG-priser og antall DRG.

DRG-priser gir mindre økonomisk risiko for sykehuset enn per capita-kontrakter. Mye av pasientheterogeniteten fanges opp av DRG-systemet: Økt

pågang av ressurskrevende pasienter og høyere produksjon gir også høyere inntekter.

#### **Forventede effekter**

DRG-priser gir i prinsippet mulighet for å påvirke sykehusenes prioriteringer. Oppdragsgiver kan ved å sette mer lønnsomme priser på høyt prioriterte behandlinger/pasienter vri tilbudet mot disse. Men samtidig er det vanskelig å prissette alle diagnosegrupper/behandlinger like godt, og dette representerer en fare for at systemet gir utilsiktet nedprioritering av behandling og tilbud som ikke fanges opp av klassifikasjonssystemet (“multi-tasking”). Det kan også være betydelig pasientheterogenitet innenfor DRG-klassene, og systemet kan derfor anspore sykehus til å prioritere de minst kostnadskrevende pasientene (pasientseleksjon). DRG-systemet gir også sykehuset selv muligheter til å påvirke pasienttyngden. Det kan være muligheter for å klassifisere pasientene i ulike kategorier, og det eksisterer derfor et motiv til å velge de mest inntektsbringende klassene.

DRG-systemet bygger i adskillig grad på en gitt medisinsk teknologi. Men nettopp fordi teknologien endrer seg er det nødvendig med en kontinuerlig oppdatering av DRG-systemet og de tilhørende prisene. Dette er nødvendig for å sikre at nye og ønskede tilbud får plass i systemet.

### **3.3 Refusjonsordninger (III)**

#### **Begrepsavklaring**

Refusjoner betyr at det offentlige tilskuddet bestemmes av bruken av innsatsfaktorer (arbeidskraft, kapital, annet), slik at tilskuddet gir dekning av kostnadene ved aktiviteten (omtales også som kostnadsdekning og kost-pluss kontrakter). Refusjonsordningen kan være åpen – slik at det ikke er satt noen øvre grense på aktivitetsnivået, slik vi blant annet kjenner det fra allmennlegens og legespesialistenes refusjoner fra folketrygden. Refusjonsordningen kan også være lukket – slik at det er satt en øvre grense for aktivitetsnivået, gjerne definert ved et øvre utgiftsnivå. Dette har vært den vanlige finansieringsformen i offentlig virksomhet.

#### **Forventede effekter**

Refusjoner er egnet for tjenesteproduksjon der det er vanskelig å definere omfang og kvalitet på de tjenester som skal leveres, og der man er opptatt av at fastpriskontrakter vil føre til nedprioritering av ikke-kontraktsfestet kvalitet. Refusjoner er gjerne kombinert med en detaljert spesifisering av vilkårene for refusjon, omfattende kontroll av bruken av innsatsfaktorene og detaljert revisjon av aktiviteter og regnskaper. Refusjonskontrakter gir ingen incentiver til kostnadseffektivisering. Slike ordninger kan heller ikke bidra til priskonkurranse, men kan tvert imot skape en kostnadsdrivende kvalitetskonkurranse.

## 4 Hvordan bør norske sykehus finansieres – gitt dagens organisering?

Vi drøfter i dette kapitlet alternative finansieringssystemer overfor RHF. I tråd med begrepsbruken i kapittel 3 drøftes tre modeller. Produksjonstilskudd med åpen eller lukket ramme, per capita-tilskudd og til slutt en kombinasjon av disse.

### 4.1 Produksjonstilskudd

#### 4.1.1 Åpen ramme

I en slik modell settes prisene for de ulike helsetjenestene lik gjennomsnittlige DRG-priser, og det forutsettes at disse dekker alle kapital- og driftskostnader ved pasientbehandlingen. Bevilgningen vil i dette tilfellet ha følgende struktur:

$$\text{Bevilgning} = \text{Fast beløp} + \text{DRGpris} \cdot \text{DRGvolum}$$

Fastbeløpet skal her dekke tjenesteproduksjonen som ikke lar seg måle i form av DRG-poeng (for eksempel psykiatri, forskning, beredskap, osv.).

I prinsippet har et slikt system flere fordeler. For det første vil finansierings-systemet korrespondere med de individuelle pasientrettighetene.<sup>4</sup> Det er pasientpågangeren – definert ved øyeblikkelig hjelp og henvisninger fra allmennlege – som bestemmer dimensjoneringen av helsetilbudet. Allmenn-legen fungerer som pasientens “informasjonsagent”, med ansvar for å utrede pasienten, og henviser til spesialist eller sykehus. For det andre gir systemet

---

<sup>4</sup> Sammenlignet med private forsikringskontrakter, er rettighetene i den offentlig helseforsikring lite presise. I Lov om pasientrettigheter, § 2-1, het det bl.a. at en pasient har rett til helsehjelp dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. I Forskrift om prioriteringer av helsetjenester er dette presisert nærmere:

*Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:*

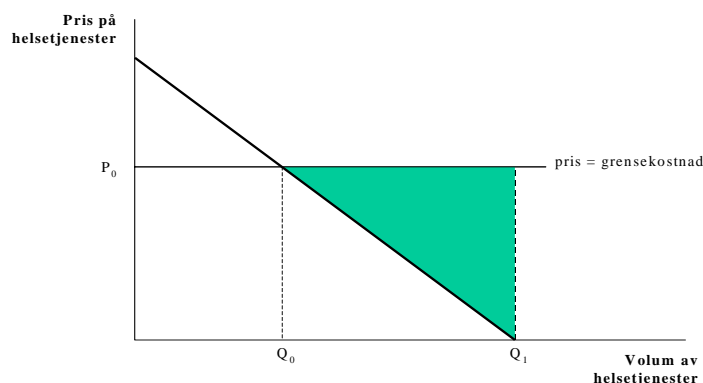
1. *Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og*
2. *pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og*
3. *de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.*

incentiver til høy kostnadseffektivitet i forhold til refusjonskontrakter: RHF får betalt en fast pris per behandling, og lavere kostnader gir RHF en større driftsmargin - som enten kan brukes til økt pasientbehandling, høyere lønn eller andre goder for de ansatte. Systemet skal i prinsippet være nøytralt i den forstand at det ikke er incentiver til å prioritere pasienter med visse diagnoser på bekostning av andre – alle diagnosegrupper er i prinsippet like lønnsomme siden DRG-prisen skal ligge på nivå med kostnadene. Selv om det er heterogenitet mellom pasientene innenfor den enkelte diagnosegruppe, antar vi at dette ikke gir seleksjonseffekter hos RHF. For det tredje er finansieringssystemet fleksibelt – sykehuset kan utvide tilbudet for å møte økt pasientpågang. Dette gir trolig kontrakten troverdighet fordi sykehuset vanskelig kan legge press på Stortinget ved å påberope seg manglende bevilgninger med henvisning til lang ventetid for sykehusbehandling.

#### For høye kostnader?

Et åpent DRG-system kan ha uønskede sidevirkninger. I faglitteraturen vektlegges svak kostnadskontroll og tilbud av behandlinger med liten helsegevinst (for oversikt over argumentasjonen, se Cutler og Zeckhauser 2000: 604-606). Situasjonen er illustrert i figur 4.1.

Figur 4.1. Behov for rasjonering



Den fallende kurven illustrerer alle pasientene innenfor et område – rangert etter hvilken helseverdi de vil ha av behandling. Samfunnsøkonomisk effektivitet oppnås når pasienten i samråd med legen avveier denne helsegevinsten mot den marginale kostnaden ved tilbudet. I figur 4.1 gir

dette et helsetilbud med volum  $Q_0$ . Når pasienten er fullt forsikret står pasienten overfor en situasjon der kostnaden ved behandlingen er nær null. Finansieringssystemet legger derfor opp til at behandling vil bli foretatt så lenge det eksisterer en helsegevinst, altså med et volum  $Q_1$ . Eksistensen av full helseforsikring skaper et overproduksjonsproblem: Legen og pasienten vil øke tjenestetilbudet og kostnadene ut over det som er samfunnsøkonomisk optimalt. En nærliggende løsning på dette problemet er å innføre egenandeler, slik at pris til pasienten svarer til kostnaden ved behandlingen. Dette eliminerer imidlertid selve helseforsikringen, og vil i seg selv skape alvorlige effektivitets- og fordelingsproblemer.

### **Vil DRG-priser lede til en optimal løsning?**

Et åpent produksjonstilskudd kan gi en samfunnsøkonomisk optimal løsning hvis den pris som sykehuset mottar svarer til samfunnets betalingsvillighet for den aktuelle tjeneste. Hvis en setter riktige priser til sykehusene, og disse fastsetter/øker sin produksjon av helsetjenester inntil prisen er lik grensekostnaden vil produksjonen bli optimal ( $Q_0$ ), og ikke for høy ( $Q_1$ ). Prissettingen forutsetter derfor en rasjonering fordi visse behandlinger ikke er bedriftsøkonomisk lønnsomme for sykehuset.

Systemet med DRG-priser tilfredstiller ikke dette kravet. DRG-priser fastsettes som gjennomsnittlige produksjonskostnader på grunnlag av data om faktiske kostnader og produksjonsdata i 17 norske sykehus. DRG-prisene avspeiler derfor *ikke* innbyggernes eller Stortingets betalingsvillighet, men historiske gjennomsnittskostnader. Hvis DRG-prisen inkluderer kapitalkostnader kan vi anta at marginalkostnaden er lik gjennomsnittskostnaden for ulike typer av behandlinger. Dette betyr at *alle* typer av behandling er lønnsomme – DRG-prisene leder til løsningen  $Q_1$  i figur 4.1 ovenfor. Modellen hvor “DRG-pengene følger pasienten” gir ikke samfunnsøkonomisk optimalitet. Hvis DRG-prisen kun dekker driftskostnader vil marginalkostnadene øke når produksjonen nærmer seg kapasitetsgrensen. I så fall er det tilgangen på kapital som rasjonerer tjenesteproduksjonen i sykehusene, og dimensjoneringen av utstyr og bygninger vil bestemme graden av rasjonering.

Men selv om DRG-priser er uegnet som metode for å fastsette riktige priser - kan en tenke seg at departementet og Stortinget vedtar priser i samsvar med prinsippet om pris lik marginal betalingsvillighet? Et folkevalgt organ vil neppe kunne fastsette priser til RHF slik at det blir ulønnsomt for sykehusene å tilby visse behandlinger eller ulønnsomt å tilby enkeltpasienter behandling som de kan ha nytte av. Fordi ulike pasienter har forskjellig nytte av behandlinger – avhengig av blant annet av alder og allmenntilstand - blir dette en svært kompleks prisstruktur. Og prisene blir også politisk kontro-

versielle fordi de berører enkeltgrupper. Folkevalgte myndigheter er sjelden villige til å treffe slike valg fordi de gir høye politiske kostnader og ingen politiske gevinster. Dette samsvarer også med erfaringene med prioriteringsutvalg for helsetjenesten. Det har i praksis vist seg vanskelig å få aksept for nødvendigheten av slike prioriteringer i Stortinget (se NOU 1987: 23; NOU 1997:18). Vi kjenner ikke til noe eksempel på at sykehus blir finansiert ved priser fastsatt på denne måten, verken i offentlige eller private forsikringsordninger.

Nettopp på grunn av problemene med å bruke prissystemet for å prioritere helsetjenester har faglitteraturen foreslått at helsetjenestene bør rasjoneres fra tilbudssiden. En mulighet er å benytte lukkede rammer, noe vi diskuterer i avsnitt 4.2 (per capita-finansiering). En annen mulighet er å benytte administrative systemer for å sikre at leger og sykehus ivaretar forsikrings-selskapets (myndighetenes) forpliktelser overfor pasientene på en kostnads-effektiv måte.

#### **Rasjonering gjennom regler og kontroll?**

Administrativ kontroll består i administrative retningslinjer for diagnose og behandling (*practice guidelines*). Dette kan følges opp med kontroll med de kliniske prioriteringer som foretas i sykehusene (*utilization review*). Slike revisjoner benyttes eksempelvis av forsikringsselskaper i USA, og er svært upopulære blant helsepersonellet. Merk at RHF ikke har økonomiske incentiver til å foreta disse kontrollene så lenge de har produksjonstilskudd med åpen ramme.

#### **Privat informasjon om pasienttilstrømning?**

Et alternativ er å tilby det enkelte RHF (sykehus eller eventuelt sykehusavdeling) selv å gi et anslag på produksjonsvolumet det kommende året. Hvis sykehuset oppnår produksjonsmålet fastsettes inntektene ut fra en DRG-pris som dekker alle kostnader ved produksjonen. Hvis sykehuset ikke oppnår produksjonsmålet bestemmes inntektene kun av faktisk produksjon. Hvis sykehuset produserer mer enn produksjonsmålet betales det en lav DRG-pris for den delen av produksjonen som går ut over målsettingen. Systemet kan derfor tolkes som en modell der inntektene til den enkelte sykehusavdeling fastsettes ut fra lokale behov, men ikke gir incentiver til å produsere mer enn disse behovene krever.

Modellen gir imidlertid incentiver til å rapportere "et høyt behandlingsbehov": Rapporteres et lavt behov og den faktiske produksjonen blir høy på grunn av pasientpågang vil kostnadene lett bli høyere enn inntektene. Rapporteres et høyt behov og den faktiske produksjonen blir lav bestemmes sykehusets inntekter av kostnadsdekkende DRG-priser, slik at



inntektene vil svare til kostnadene. Følgelig har sykehusavdelinger, HF og RHF et økonomisk incentiv til å rapportere et høyere behov enn forventet, noe som innebærer at vi i realiteten har et åpent produksjonstilskudd basert på DRG-priser med de vanskeligheter dette innebærer.

Anta likevel at det er mulig å designe et system der den enkelte sykehusavdeling og sykehus vil rapportere en forventningsrett produksjon/pasientpågang, og at avdelingsestimaterne legges til grunn for å fastsette RHF's budsjett. Ofte vil anslag om pasientbehov være langt mer usikre når de gjøres på grunnlag av små pasientpopulasjoner enn store. Estimerer på behovet for DRG-poeng per innbygger bør heller gjøres på regionnivået enn på lavere nivå i RHF-organisasjonen.

#### **Uønskede vridninger av produksjonstilskudd?**

All tjenesteyting i sykehusene kan imidlertid ikke måles ved DRG-poeng. For alle de "myke helsetjenester" som forskning, psykiatri, geriatri og (re-)habilitering er det neppe mulig å måle produksjonen med tilstrekkelig presisjon til at fastpriskontrakter er mulig. Anta derfor at et åpent DRG-tilskudd til RHF må suppleres med et refusjonstilskudd til myke helsetjenester, enten i form av en åpen refusjonsordning eller en lukket ordning.

Hvis RHF delfinansieres med en *åpen refusjonsordning* har ikke RHF eller sykehusene noe motiv til å vri produksjonen mot spesielle tjenester – i prinsippet er det like inntektsbringende å motta produksjonstilskuddet som refusjonene. (Dette svarer til et prisvridende tilskudd til kommunene.) Åpne refusjonsordninger er imidlertid svært kostnadsdrivende, som erfaringene med refusjonsordninger fra USA (for utdyping se kapittel 5) og fra det norske "kurpengesystemet" viser.<sup>5</sup> Systemene har derfor vist seg ikke å være levedyktige på lenger sikt. I den grad offentlig tjenesteproduksjon finansieres med åpne refusjonsordninger blir disse underlagt en rekke statlige reguleringer: Når man ikke kan kontraktsfeste produksjonsvolumet (gjennom DRG-priser), må en kontraktsfeste bruken av innsatsfaktorene (eksempelvis årsverk, tidsbruk, prosedyrer, mv.), og det må etableres administrative kontrollrutiner for å kontrollere at avtalen etterleves

---

<sup>5</sup> Nerland (2001) vises at finansieringssystemet har hatt vesentlig betydning for liggetider ved somatiske sykehus: Det såkalte "kurpengesystemet" ga lengst liggetid, "rammefinansiering" noe kortere liggetider, mens innføringen av DRG-finansiering (50% innsatsstyrt finansiering) ga de korteste liggetidene. Dataene dekket perioden 1976 til 1999, og omfattet et panel med 63 sykehus. Den gjennomsnittlige liggetiden falt fra et gjennomsnitt på 11,7 dager i 1976 til 4,7 dager i 1999.

(rapporteringsrutiner).<sup>6</sup> Helsedepartementet kan etablere slike kontrollordninger i kraft av å være eier av RHF, og slik eierstyring er det tradisjonelle styringsinstrumentet i offentlig forvaltning. Men en slik praksis bryter med en grunnleggende forutsetning for etableringen av de regionale helseforetakene, at disse skal ha stor ledelsesmessig autonomi i forhold til oppdragsgiver.

Hvis RHF delfinansieres med en *lukket refusjonsordning* for spesielle tjenester vil dette på en bedre måte ivareta hensynet til kostnadskontroll. Det gis altså et øremerket tilskudd til “myke tjenester”, slik at tilskuddet er fastsatt med utgangspunkt i et ønsket årlig aktivitetsnivå (for eksempel med utgangspunkt i antall årsverk eller antall pasientdøgn i psykiatriske institusjoner). Isolert sett demper dette departementets behov for rapporterings- og kontrollrutiner. Det kan imidlertid oppstå et nytt problem: Nå er det (på marginen) inntektsbringende for RHF å øke tjenesteproduksjonen av DRG-prisede helsetjenester. Hvis helsedepartementet ikke makter å kontrollere ressursbruken til de “myke områdene” kan RHF ha et økonomisk motiv til å benytte deler av refusjonstilskuddet til produksjon av inntektsbringende “harde helsetjenester”. Slike utilsiktede vridningseffekter er velkjente fra studier av kommunesektoren. Tilsvarende kan det oppstå en ubalanse i tjenestetilbudet fra RHF: Produksjonen av “harde tjenester” blir for høy i forhold til de “myke tjenestene”. Uønskede vridningseffekter kan motvirkes ved at helsedepartementet sørger for en tett administrativ kontroll med RHF (gjennom s.k. eierstyring), noe som igjen kan sies å stå i motsetning til ideen om selvstendige foretak.

Her må det imidlertid understrekes at intensjonen med DRG-prisene er at disse skal være på nivå med gjennomsnittskostnadene. Hvis variable gjennomsnittskostnader er tilnærmet konstante, vil ikke økt behandlingsevolum være inntektsbringende. Det vil bare utløse bevilgninger som dekker kostnadene.

Hvorvidt friheten i behandlingsvalg innenfor helseregionene vil kunne lede til vridningseffekter avhenger også av helseforetakenes målfunksjon. Helseforetakene er heleid av staten, og har i henhold til vedtektene som formål å

---

<sup>6</sup> Denne argumentasjonen overvurderer forskjellen mellom DRG-finansiering og refusjonsordninger. I praksis er det mindre forskjell på incentivvirkningene av de to systemene. Produksjonstilskudd basert på DRG vil også ha elementer av refusjon i den forstand at valg av behandlingsform i noen tilfeller påvirker hvilken stykkpris som gjelder. En analyse av DRG-systemet i det amerikanske Medicare, viser f.eks. at 30 prosent av variasjonen i produksjonstilskuddet kan forklares med variasjoner i behandlingsrelaterte “DRG-kategorier” (McClellan 1997).

bidra til at spesialisthelsetjenestens målsetting, slik den er nedfelt i bl.a. helseforetaksloven § 1, spesialisthelsetjenesteloven § 1-1, psykisk helsevernloven § 1 og pasientrettighetsloven § 1-1, blir oppfylt innenfor det geografiske ansvarsområdet. En mulig forutsetning om helseforetakenes målfunksjon er at de har sammenfallende interesser med sine eiere, dvs. å tilby en best mulig helsetjeneste og å foreta prioriteringer etter beste medisinsk og etisk skjønn. Med denne forutsetningen vil ikke helseforetakene utnytte manglende presisjon i innbyggernes forsikringskontrakt gjennom å vri ressursbruken mot lønnsomme aktiviteter. Også rekrutteringen til styrene i RHF sikter mot at ledelsen skal ivareta brede og balanserte helsemessige mål. Er argumentasjonen ovenfor utelukkende teoretisk fundert? Dagens finansieringssystem har i flere år hatt den typen kombinasjonsfinansiering vi har drøftet ovenfor. Uformelle samtaler og tilbakemeldinger fra sykehusene indikerer at så ikke er tilfelle: Ansatte og ledelse i sykehus med stort innslag av “myke tjenester” som forskning og psykiatri rapporterer om at deres virksomhet taper i prioriteringskampen.

#### **4.1.2 Produksjonstilskudd med lukket ramme=Per capita-tilskudd?**

Med en lukket ramme settes det et tak på bevilgningene til RHF, noe som kan gjøres på flere måter. Et alternativ er å pålegge sykehusene å begrense omfanget av tjenestetilbudet – for eksempel ved å fastsette maksimalt antall DRG-poeng som finansieres til fullkost DRG-priser. RHF vil trolig ønske å legge seg på maksimalt antall DRG-poeng så lenge DRG-prisene dekker kostnadene. Ordningen faller derfor sammen med en per capita-modell som omtales nedenfor, bortsett fra at inntektene faller dersom behandlingvolumet faller under taket.

Som antydnet ovenfor kan en begrense produksjonen også ved å benytte DRG-priser som kun inkluderer variable kostnader (dvs. for eksempel kapitalkostnader). Samlet bevilgning vil i dette tilfellet bestå av en fast bevilgning som bl.a. dekker investeringer godkjent av myndighetene, samt en variabel del knyttet til DRG-produksjon som skal dekke de variable kostnader. Grunnen til at dette utgjør en lukket ramme er at produksjonskapasiteten kontrolleres av myndighetene. Det er nå opp til RHF å utnytte denne kapasitetene best mulig. Jo høyere kapasitetsutnyttelse, desto høyere bevilgning. Det overordnede rasjoneringsbehovet håndteres nå av myndighetene gjennom investeringsbeslutningene som påvirker behandlingsskapasiteten til RHF.

Bevilgningen vil i dette tilfellet ha følgende struktur:

$$\text{Bevilgning} = \text{Fast beløp} + \text{DRGpris}(\text{variabel}) \cdot \text{DRGvolum}$$

Forskjellen fra systemet med åpen ramme er at fastbeløpet – i tillegg til å dekke ikke-DRG-målbare tjenester – også skal dekke investeringskostnader godkjent av myndighetene.

## 4.2 Per capita-finansiering

Med full per capita-finansiering bestemmes det årlige tilskuddet til det regionale helseforetaket av følgende formel:

$$\text{Per capita bevilgning} = [\text{Fast beløp per innb} + \text{DRGpris} \cdot \text{DRGvolum per innb}] \cdot \text{Ant}$$

Stortinget bestiller et visst antall DRG-poeng fra hvert av de regionale helseforetakene, noe som kan ta hensyn til geografiske variasjoner i behovet for helsetjenester. Det synes å være forholdsvis stor forutsigbarhet i pågangen av pasienter. I en spørreundersøkelse blant sykehusdirektører i 1999 viste at det var stor forutsigbarhet i listepasienter og akuttinnleggelses fra eget sykehusområde, og forholdsvis stor forutsigbarhet i omfanget av gjestepasienter (se NOU 1999:15, vedlegg 2). Usikkerheten om pasientpågangen vil være betydelig mindre på regionnivået enn på sykehusnivået. Ut fra et estimert produksjonsvolum utformes en kontrakt med det aktuelle RHF, og dette omfatter det statlig per capita-tilskuddet. Dette kan eventuelt ta hensyn til regionale forskjeller i kostnadsnivå som RHF ikke kan påvirke (som i systemet for beregning av rammetilskudd til kommuner og fylkeskommuner). Grunnen til at per capita-systemet er en fastpriskontrakt er at det ikke er noen direkte sammenheng mellom de faktiske behandlingkostnadene i helseregionen og helseregionens inntektsrammer.

Hvis helseorganisasjonene konkurrerte om brukere (forsikringstakere) ville finansierings-ordningen vært åpen. Slike kontrakter har stort omfang i helsevesen basert på privat forsikring, blant annet innenfor såkalt “managed care” i USA. I fastlegeordningen er det innført et element av slik “capitation” ved at fastlegene får et fast tilskudd per person de har ansvar for.

I tråd med diskusjonen foran ivaretar finansieringsmodellen prioriterings-effektivitet ved å sørge for en overordnet kostnadskontroll med sykehus-sektoren. Ideen er at de regionale helseforetakene er regionkontorer i det nasjonale forsikrings-selskapet. Velgerne-forsikringstakerne skal betale en fastsatt premie - “helseskatten” - som skal dekke et gjennomsnittlig per capita-tilskudd til de regionale helseforetakene. Innbyggerne vil til gjengjeld

ha krav på et sett av spesifiserte helsetjenester. Slik sett står ikke per capita-finansiering i motsetning til ideen om helsevesenet som en del av et rettighetssystem. I tråd med de kontrakter som private forsikringselskaper tilbyr (se eksempelvis Storebrands helseforsikring) bør et offentlig finansiert helsevesen kunne gi innbyggerne en mer presis spesifisering av rettigheter (og ventetid) enn det som fremgår av gjeldende Lov om pasientrettigheter.<sup>7</sup>

#### **4.2.1 Svak politisk styring?**

En innvending er at per capita-finansiering ikke gir Stortinget mulighet til å prioritere behandlinger ved å sette priser på dem. En kan hevde at per capita-finansiering gir for lite politisk styring når det er stor bredde i hva per capita-tilskuddet skal dekke, og når prioriteringene foretas av profesjonelle styrer i RHF. Statlig per capita-tilskudd var enklere å forsvare når fylkeskommunene hadde ansvaret, og prioriteringen ble foretatt av folkevalgte i fylkeskommunene. Men som nevnt: Stortinget bør fastsette hvilke typer behandling som per capita-tilskuddet skal dekke (analogt med HMOs forsikringskontrakter). Videre er ideen med DRG-finansiering at disse skal dekke gjennomsnittskostnaden ved behandlinger, slik at det er medisinske og individuelle forhold som skal være avgjørende for de kliniske beslutningene – ikke diagnosegruppens lønnsomhet for sykehuset. (Vår egen forskning om allmennlegens praksis viser at endringer i refusjonssatser har svært liten betydning for legenes atferd.) I realiteten er det derfor ingen forskjeller mellom politisk innflytelse med DRG-finansiering og per capita-finansiering.

#### **4.2.2 Fritt sykehusvalg – en trussel mot per capita-modellen?**

Vi har tolket RHF som geografiske avdelinger av det nasjonale forsikringselskapet, og argumentert for at disse bør finansieres med et per capita-tilskudd. I prinsippet vil fritt valg av sykehus over hele landet representere et problem i denne modellen. Når en pasient velger et sykehus i

---

<sup>7</sup> § 2-1. Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Retten til helsehjelp gjelder i offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning regionale helseforetak eller helseforetak har inngått avtale med disse om tjenesteyting, og innen de grenser som kapasiteten setter.

en annen helseregion enn der han eller hun bor vil hjemregionen få en mindre arbeidsbelastning, men uten tilsvarende tap av inntekter. Regionen som behandler pasienten får økt belastning, men ingen inntektsmessig kompensasjon. Hvis allmennlegene (i samråd med pasientene) henviser til sykehus som holder høy kvalitet kan dette faktisk medføre perverse incentiver: Det lønner seg å holde lav kvalitet for ikke å tiltrekke seg pasienter.

Analogt med systemet for fastlegene kan man tenke seg at pasientene har mulighet til å velge helseregion. Dette kan kanskje være aktuelt for folk som bor i grenseområdet mellom to helseregioner, og foretrekker å benytte et av naboregionens sykehus. I så fall vil naboregionen motta et per capita-tilskudd for disse brukerne. Et åpent produksjonstilskudd (åpen DRG-finansiering) er åpenbart et mer fleksibelt system fordi "pengene følger pasientene": Helseregionens inntekter bestemmes av omfanget av behandling uansett hvor pasientene hører hjemme.

Selv om fritt sykehusvalg representerer et prinsipielt problem er de praktiske konsekvensene trolig små. For øyeblikkelig hjelp (som utgjør drøyt halvparten av tjenesteproduksjonen ved somatiske sykehus) er selvsagt fritt sykehusvalg ikke relevant. Det nærmeste sykehuset vil bli valgt, og i de aller fleste tilfeller er dette lokalsykehuset som ligger nærmest bostedet. For elektiv virksomhet viser undersøkelser at pasienter foretrekker å bruke det nærmeste sykehuset. Særlig for eldre pasienter synes ordningen med fritt sykehusvalg å ha liten interesse. For eksempel: Oslobefolkningen var tidligere knyttet til et "sektorsykehus", men svært få av pasientene viste interesse for å bruke et alternativt sykehus (*Aftenposten* 1999). I mange tilfeller har pasienter fått tilbud om behandling ved et annet sykehus, enten i et annet fylke eller i utlandet, men de har likevel foretrukket å vente på behandlingen ved lokalsykehuset (se eksempelvis *Aftenposten* 06.09 2001; 15.06 2002).

En mulig grunn til at retten til å velge et annet sykehus benyttes så vidt lite kan være at allmennlegene ikke gir pasientene tilstrekkelig informasjon om denne muligheten (selv om det finnes en egen internettside og opplysningstelefon om tjenesten). Det er imidlertid usikkert i hvilken grad pasienten ønsker å delta i valg av sykehus (Hjortdal og Gulbrandsen 2000), og det er også indikasjoner på at allmennlegene ikke ser det som sin jobb å hjelpe pasienten med sykehusvalg, eller de favoriserer lokalsykehuset (Johansen 2001).

Dette er imidlertid et felt der holdningene er i ferd med å endres. En voksende gruppe av pasienter er godt informert om rettigheter og valg-

muligheter, og denne bevisstheten vil trolig føre til bedre informerte og aktivt velgende pasienter. Anta derfor at pasientene/allmennlegene i økende grad velger andre sykehus enn lokalsykehuset. I så fall er det viktig å skille mellom valg av *annet sykehus* og valg av *annen helseregion*. Helseregionene dekker forholdsvis store geografiske områder med mange sykehus, og langt de fleste valg av alternativt sykehus vil skje innenfor helseregionen. Når man benytter en DRG-finansiering fra RHF til sykehus representerer ikke fritt sykehusvalg noe incentivproblem. Hvert enkelt sykehus i regionen vil ha et motiv til å holde høy kvalitet for å trekke til seg pasienter som grunnlag for å finansiere virksomheten.

I følge *Aftenposten* (2002c) vil regjeringen foreslå “et opplegg” for å inkludere private institusjoner i fritt sykehusvalg. Pasienten skal få rett til å velge private sykehus for behandling dersom vedkommende får en henvisning fra fastlegen. En ubegrenset adgang til å velge private helseinstitusjoner, og belaste RHF med kostnadene ville åpenbart representere et problem. Pasientene skal imidlertid bare kunne velge blant private institusjoner som har avtaler med helseforetakene. Når RHF godkjenner og finansierer de private sykehusene som skal inkluderes i sykehusvalget opprettholder også RHF kostnadskontrollen. De statlige sykehusene må i så fall dimensjoneres i forhold til hvor omfattende avtaler som inngås med private institusjoner, og hvor mye som disse faktisk brukes. Tilsvarende kan det inngås avtaler med sykehus i utlandet slik at disse inkluderes i retten til fritt sykehusvalg.

Alt i alt er det liten grunn til å tro at fritt sykehusvalg representerer et vesentlig praktisk problem i per capita-modellen. Anta likevel at det viser seg at enkelte helseregioner har en stabil netto import av pasienter fra andre regioner. Dette kan skyldes at disse regionene har spesialkompetanse på visse områder (for eksempel Rikshospitalet, Ullevål sykehus og Haukeland sykehus). Nettopp fordi det vil være en viss stabilitet i dette mønsteret kan man kompensere de pasientimporterende regionene med en særlig tilskudd for behandling av “utenbygds” pasienter.

#### **Vridningseffekter – et argument for per capita-modellen?**

Et argument for per capita-finansiering av RHF (fremfor produksjonstilskudd) har vært at bevilgningen fremstår som nøytral med hensyn til prioriteringer. Dersom RHF mottar produksjonstilskudd knyttet til DRG-aktivitet, frykter man at oppmerksomheten vris mot de “lønnsomme” aktivitetene. Vi vil argumentere for at dette ikke bør tillegges vekt i valg av finansieringsform overfor RHF.

For det første vil aktiviteter som ikke kan måles på DRG-basis, måtte

skjermes med øremerkede tilskudd. Disse tilskuddene vil ofte være refusjonsbaserte, og på den måten sikre personal- og investeringsressurser til disse områdene. I kraft av å være vanskelig målbare må uansett effekten av disse midlene evalueres regelmessig. Hvis RHF, i tillegg til disse øremerkede ressursene, får produksjonstilskudd, tilføres RHF mer ressurser desto høyere aktiviteten er. Hvis DRG-prisene minst overstiger kostnadene ved å øke behandlingsvolumet, vil ikke denne aktiviteten gå på bekostning av ressurser som brukes på andre formål.

For det andre vil de faktiske prioriteringene ofte finne sted ute i sykehusene. Selv i et per capita-system, vil RHF måtte inngå avtaler med sine sykehus som belønner produksjon. Selv om RHF skulle vektlegge mykere områder (for eksempel som følge av at de har et per capita-system i ryggen), vil de uansett måtte inngå kontrakter med sykehus som skal ivareta både myke og harde behandlingsområder. Hvis det er en fare for vridningseffekter av finansieringssystemet, tror vi først og fremst dette vil gjøre seg gjeldende på dette lokale nivået. Utfordringene ligger derfor på regionalt nivå i å utforme gode kontrakter som tar hensyn til denne "vridningsfaren".

#### ***4.2.3 Troverdighet – den store trusselen mot per capita-modellen?***

Troverdighetsproblemet er knyttet til flere forhold, og oppstår hovedsakelig som en konsekvens av manglende konkurranse mellom RHFene og informasjonsasymmetrier.

En kostnadsoverskridelse i et regionalt helseforetak kan skyldes uforutsett høyere kostnader per behandling. Det kan både skyldes forhold som sykehuset ikke har kontroll over (eksempelvis et kostbart sentralt lønnsoppgjør, generelt høyere priser på innkjøp av forbruksmateriell, høyere kostnader ved leie av bygninger etc.) eller forhold som skyldes driftsbeslutninger i RHF (høye lokale lønnstillegg, svake innkjøpsledelse, ugunstige leiekontrakter, ineffektiv kapasitetsutnyttelse). Myndighetene vil ha vanskelig for å identifisere årsakene til høyere kostnader per behandling. I et system med konkurranse mellom forsikringsselskaper kan kjøperen velge et annet selskap som tilbyr et bedre forhold mellom premie og ytelser. I den norske modellen svekkes imidlertid troverdigheten fordi RHF har monopol – Helsedepartementet kan vanskelig be pasientene benytte et annet forsikringsselskap. Om kostnadsoverskridelsen er selvforskyldt eller ikke påvirker derfor ikke myndighetenes reaksjon: Av hensyn til pasientene blir det vanskelig å unngå tilleggsbevilgninger. I så fall vil finansieringssystemet fremstå med lav troverdighet, og svekke incentivene til utvikling av en effektiv sykehusorganisering intern hos RHF.



På dette punktet kan imidlertid produksjonstilskuddene omtalt ovenfor (4.1) ha de samme problemene. Dersom faktiske kostnader er større enn DRG-prisene, vil RHF kunne pådra seg et budsjettunderskudd. Uten tilleggsbevilgninger vil pasientene lide også i dette tilfellet. Vi tror derfor ikke per capita-modellen skiller seg nevneverdig fra produksjonstilskudd når det gjelder mulighetene for å etablere et "forsvar" mot tilleggsbevilgninger som skyldes at kostnadene per behandling blir høyere enn selve beregningsgrunnlaget (DRG-vektene).

En kostnadsoverskridelse i RHF kan også skyldes uventet høy pasienttilstrømning.<sup>8</sup> Regionale helseforetak skal sørge for at innbyggerne gis et helsetilbud i henhold til innbyggernes "forsikringskontrakt". Anta at RHF utelukkende er finansiert med et per-capita-tilskudd, og at kostnadene blir høyere som følge av økt behov for ikke-planlagt pasientbehandling. Slike situasjoner utløser lett tilleggsbevilgninger fordi folkevalgte på Stortinget ikke kan ta den politiske (og samfunnsøkonomiske) belastningen ved å holde kostnadsrammene faste (Carlsen 1994). For å ta høyde for dette må en troverdig per capita-kontrakt gi RHF romslige utgiftsrammer, slik at per capita-rammen dekker kostnadene selv ved de mer "optimistiske" anslagene for pasientpågang. Ut fra dette resonnementet er en åpen DRG-finansiering en mer troverdig kontrakt enn per capita-finansiering.

En per capita-bevilgning vil ta utgangspunkt i et forventet behandlingsbehov (målt i DRG) per innbygger. Hvis den faktiske behandlingsaktiviteten ligger under dette vil modellen generere et overskudd i RHF som kan benyttes til økte ressurser per behandling. På den måten kan RHF skape en romslige budsjettsituasjon innad (ovenfor det enkelte helseforetak), uten å komme i konflikt med den samlede per capita-bevilgningen. Problemet er at modellen gir svake sanksjonsmuligheter ved manglende måloppnåelse. Hvis DRG-produksjonen ikke samsvarer med det som ligger til grunn for per capita-beløpet, vil en økonomisk sanksjon lett komme i konflikt med videre pasientbehandling (pasientrettigheter). Det vil også ligge et informasjonsproblem til grunn for manglende sanksjoner. RHF vil kunne hevde at manglende DRG-produksjon ikke skyldes bevisst nedprioritering (for på den måten å skape slakk i budsjettene), men midlertidig fall i behandlingsbehovet.

Produksjonstilskuddene kan her ha den fordel at de etablerer klare

---

<sup>8</sup> Overfor private forsikringselskap stilles det krav til såkalt bufferkapital (omlag 8 % av aktiva). I tillegg til de årlige premieinnbetalingene, som vil ligge på nivå med forventede utbetalinger, vil selskapene ha en buffer som gjør dem i stand til å møte ekstraordinære utbetalinger.

retningslinjer for hvordan fall i DRG-produksjonen (eller svakere vekst) skal utløse fall i bevilgningene. Vi tror allikevel at RHF i et per capita-system vil disiplineres av faren for at manglende DRG-produksjon (i forhold til det som legges til grunn for per capita-beløpet) vil medføre fremtidig nedjustering av per capita-beløpet.

### 4.3 En kombinasjon per capita- og produksjonstilskudd?

Som nevnt vil kostnadsberegninger legge grunnlaget for per capita-bevilgningen til RHF. Og som diskutert ovenfor må modellen håndtere to former for usikkerhet. For det første er det usikkerhet knyttet til *behandlingsbehovet*. Hvis for eksempel behovet viser seg å være større enn forventet, vil det gi et samfunnsøkonomisk tap ved en hard per capita-bevilgning – det behandles for få pasienter.

Den andre kilden til usikkerhet er *behandlingskostnadene*. Hvis de reelle behandlingskostnadene avviker fra beregningene, vil vi enten få for stort eller for lite behandlingsvolum basert på per capita-rammen. DRG-satsene, som er beregnet på grunnlag av det gjennomsnittlige kostnadsbildet i norske sykehus, bør imidlertid kunne gi myndighetene gode anslag på kostnadene. Et problem ved DRG-systemet som har fått oppmerksomhet er heterogenitet innenfor den enkelte diagnosegruppe. Noen pasienter er svært kostnadskrevende og koster langt mer å behandle enn standardkostnaden, mens andre vil være mindre krevende å behandle. Selv om noe av dette kan utbedres med kontroll for pasientkjennetegn og utbedring av diagnoseklassene, vil det alltid være variasjoner. Som en metode for å beregne per capita-beløpet til RHF, er dette et mindre problem. I den grad det skulle være systematiske forskjeller i pasientsammensetning til de ulike RHF, vil trolig dette kunne fanges opp på andre måter gjennom observerbare kontrollvariable for beregning av per capita-beløpet.

Tatt i betraktning usikkerheten ved *pasientpågangen* kan det argumenteres for at den årlige per capita-rammen ikke bør gjøres bindende. Innenfor et per capita-system bør helseregionene ha en tilsvarende buffer til å møte uventede utgiftsøkninger, for eksempel som følge av uforutsett økning i behandlingsbehov. Hvis per capita-rammen ikke strekker til som følge av dette, er det som argumentert for ovenfor ønskelig at dette utløser tilleggsbevilgninger slik at man unngår å ta det samfunnsøkonomiske tapet.

Dette behovet taler for et tilleggselement i per capita-modellen bygget opp rundt DRG-priser. Følgende modell vil være en aktuell kandidat:

$$\text{Per capita bevilgning} = (\text{Per capita beløp per innb}) \cdot \text{Innb} + P [\text{Faktisk DRG-poeng} - \text{Forventet DRG-poeng}]$$

Per capita-beløpet tenkes her bygd opp av forventet DRG-poeng per innbygger, samt kostnader per innbygger for den ikke direkte målbare produksjonen i sykehusene. Hvis helseregionen realiserer et behandlingsnivå, kan dette møtes med DRG-priser som dekker løpende behandlingkostnader. Prisen bør da reflektere best mulig de faktiske driftskostnadene ved å ta unna det uforutsette behandlingsbehovet. Dette bør ikke inkludere kapitalkostnader, selv om dette inngår i beregning av per capita-rammen.

Et spørsmål som reiser seg er om det bør være symmetri rundt måltallene i per capita-beløpet, slik at et fall i DRG-produksjonen utløser en nedjustering av bevilgningen. Det er flere grunner til at måltallene ikke nås. En grunn er at de faktiske kostnadene per pasient er høyere enn det som ligger til grunn for per capita-rammen. Da vil man observere at budsjettene er i balanse eller i minus selv om måltallene ikke nås. Tanken med per capita-rammen er at dette ikke skal utløse tilleggsbevilgninger (bl.a. siden usikkerhet knyttet til behandlingkostnadene for en så stor pasientpopulasjon forventes å være lav). Dette peker imidlertid på det grunnleggende troverdighetsproblemet som et hvert finansieringssystem for RHF (både per capita- og DRG-baserte produksjonstilskudd) vil lide under. Som andre finansieringssystemer vil trolig tilleggsbevilgninger bli gitt selv om intensjonen bør være harde rammer.

Den andre grunnen til at måltallene ikke nås er at behandlingsbehovet viser seg mindre enn forventet. I en slik situasjon vil RHF gå med overskudd med utgangspunkt i per capita-rammen. Hvis rammen nedjusteres vil dette motivere til ineffektiv pasientbehandling på slutten av året. RHF vil for eksempel kunne ha incentiver til å fremskynde behandling selv om kostnadene for sykehusene ville vært lavere om behandling hadde funnet sted på et noe senere tidspunkt. I tillegg vil det forsterke incentivene til feilklassifisering og reinnleggelser ved årets utgang. Vi vil derfor anbefale at eventuelle overskudd som skyldes at behandlingsbehovet er lavere enn forventet beholdes av RHF til overføring til neste års drift. Hvis RHF vedvarende realiserer et overskudd på denne måten, vil imidlertid måltallene og dermed per capita-rammen måtte justeres.

#### **4.4 RHF's finansiering av sykehusforetakene**

Loven om regionale helseforetak slår fast at deres "formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å

legge til rette for forskning og undervisning”. Dette formålet bekrefter foretakenes rolle i den statlige helseforsikringen som alle innbyggerne er medlemmer av.

Denne “sørge for”-rollen ivaretas i dag hovedsakelig gjennom RHFenes heleide HF (sykehus). Gitt en slik organisering må RHF ta stilling til hvilke type kontrakter og styringsvirkemidler som skal benyttes overfor sykehusene, for på en best mulig måte å ivareta de helsepolitiske målene som er nedfelt i helseregionenes vedtekter og strategier. Med kontrakter og styring vil vi her forstå ett bredt spekter av virkemidler knyttet til økonomiske incentiver, bruk av retningslinjer overfor sykehusledelsen og etterfølgende kontroll, samt rutiner for sammenligning for å avdekke forskjeller sykehusene i mellom.

RHF må i stor grad sikre gjennomslag for sine prioriteringer gjennom å sørge for at lokal beslutningsfrihet benyttes til RHF's beste. Det er minst to grunner til at “kommando-linjen” forlades. For det første vil de som utfører aktivitetene i sykehusene ha *bedre informasjon* om hva som er gode beslutninger. Helseregionen kan som eier kan intervensere i alle typer av beslutninger i de underlagte virksomheter, men informasjonsgrunnlaget for slik sentraliserte beslutninger er svakt.

For det andre må de som utfører oppgavene gis incentiver til å *fremskaffe informasjon* om hvordan sykehusene best bør organiseres og drives. Disse incentivene forventes å være sterkere dersom de selv får treffe beslutninger om hvordan denne informasjonen skal benyttes lokalt. De regionale helseforetakene er derfor i stor grad avhengig av å definere rammene for desentraliserte beslutninger – fremfor selv å treffe dem. Spørsmålet blir da hvilken form styringen skal ta, og hvilke kontrakter sykehusene skal ha med RHF. I vurderingen av egenskaper ved de ulike kontraktsregimene er følgende kriterier sentrale (se også kapittel 2):

- ◆ Kostnadseffektivitet – Et gitt aktivitetsnivå (behandling, øyeblikkelig hjelp beredskap, forskning og undervisning) realiseres til lavest mulig kostnader.
- ◆ Prioriteringseffektivitet – Samlede ressurser kanaliseres inn på områder med størst helsemessig effekt/betydning.

Skillet mellom kostnads- og prioriteringseffektivitet er ikke skarpt. Dersom liggetiden ved et sykehus er lang, vil dette ofte være et uttrykk for kostnadsineffektivitet. Hvis derimot pasienten føler seg tryggere på sykehuset, eller legene anser fortsatt sykehusopphold å være av betydning for pasientens utvikling, vil en raskere utskrivning mer være et uttrykk for omprioritering av

ressurser som i prinsippet kan bedre prioriteringseffektiviteten. Vi drøfter to aspekter ved kontraktene mellom RHF og sykehusene:

1. Finansieringssystem gjennom produksjonstilskudd versus refusjonsordninger
2. Organisering gjennom monopol versus konkurranse

Vi drøfter produksjonstilskudd med lukket og åpen ramme, samt refusjonsordninger.

#### **4.4.1 *Produksjonstilskudd med lukket ramme***

En lukket ramme fastsetter en gitt bevilgning som sykehuset kan disponere til å produsere helsetjenester. Så lenge rammen ikke er refusjonsbasert vil den måtte gå sammen med et krav til produksjonsnivå. For en del oppgaver kan det spesifiseres krav i form av DRG-poeng, mens det på andre områder, som for eksempel innen psykiatri og forskning, vil være vanskeligere å gi presise mål hva som skal leveres med innenfor angitte rammer. På sammen måte som per capita-tilskuddene til de regionale helseforetakene må fastsettes på grunnlag av forventede kostnader ved ulike behandlingsområdene, vil rammene til sykehusene måtte baseres på estimerte kostnader per aktivitet.

En lukket ramme er en god kontraktsform dersom RHF har god informasjon om hvor mye de ønsker at det enkelte sykehus skal produsere. Dette kan for eksempel være knyttet til elektiv behandling, der RHF må ta stilling til hva de vil bruke på det enkelte behandlingsområdet. RHF kan i en slik situasjon gi en fast bevilgning med et krav om volum. I utgangspunktet vil denne kontraktsformen være krevende fordi sykehuset har bedre informasjon om hvor stor bevilgningen bør være for å kunne oppfylle produksjonskravet. Dersom kontrakten skal kunne fremstå som troverdig, må bevilgningen settes så høyt at RHF er rimelig sikker på den er tilstrekkelig.

Produksjonstilskudd kan også tenkes benyttet selv produksjonen er vanskeligere å måle presist (forskning og psykiatri). Sykehuset får innvilget en bevilgning som skal gjøre sykehuset i stand til å ivareta oppdraget RHF pålegger dem. Når produksjonen vanskelig lar seg måle kvantitativt, stiller det desto større krav til løpende oppfølging av aktivitetene fra RHF's side. Dette kan være mer kvalitative metoder for å måle nivået på tjenestene som leveres, eller forsøk med systematiske sammenligninger av arbeidsformene innenfor det enkelte sykehus ("benchmarking"). Med slike evalueringsrutiner, vil RHF kunne gi sykehusene større frihet i hvordan ressursene brukes for løse oppgavene.

Et problem med denne typen produksjonstilskudd vil særlig være knyttet til troverdighet. Hva vil RHF gjøre ved budsjettoverskridelser, eller manglende måloppnåelse når det gjelder aktiviteter? Et forsøk på å være "hard" vil lett møte problemer fordi det kommer i konflikt med pasientrettighetene. Pasienter med behov for behandling kan ikke avvises ved sykehuset dersom tilstander vurderes som tilstrekkelig alvorlig. Selv ved fravær av øyeblikkelig hjelp-situasjoner, vil effektene for pasientene ved harde rammer, i form av forlengende køer og utsatte operasjoner, være lett synlige i mediabildet. Det vil derfor være både rettslige og politiske problemer ved å avstå fra ekstrabevilgninger dersom det oppstår budsjettoverskridelser i sykehusene.

#### **4.4.2 Produksjonstilskudd med åpen ramme**

Med åpen ramme blir sykehusenes disponible ressurser bestemt av sykehusets produksjon, målt ved DRG-poeng. For den delen av pasienttilgangen som er utenfor sykehusets kontroll og relativt lett å forutsi volumet på (for eksempel fordi RHF ønsker å styre volum eller at årsvariasjonene i øyeblikkelig hjelp er lav ved større sykehus), vil forskjellen mellom åpen og lukket ramme være liten. Et produksjonstilskudd knyttet til aktivitetsnivå må imidlertid ha et øvre tak, enten absolutt ved at RHF fastsetter et øvre tak på antall DRG-poeng som finansieres, eller indirekte ved at RHF styrer kapasiteten til sykehuset gjennom investeringskontroll.

En vanlig begrunnelse for produksjonstilskudd er at det skal belønne pasientbehandling. Sykehuset ønsker å behandle så mange pasienter som inntektene gir grunnlag for. Forklaringen på økt produksjon er altså ikke sykehusenes streben etter lønnsomhet. Sykehusene er ikke med dagens organisering økonomisk selvstendige selskaper som kan ta ut et økonomisk overskudd. Eierne kan isteden gi tillatelse til at overskuddet tilbakeføres driften for eksempel i form av økte investeringer. Motiver til økt pasientbehandling må dermed ligge mer i ønsket om å kunne øke behandlingsskapasiteten i fremtiden. Dette fordrer at dagens pasientbehandling genererer et overskudd. Intensjonen med DRG-prissystem er imidlertid at satsene skal reflektere behandlingsskostnadene.

For en del pasientgrupper vil prissystemet også kunne oppfordre til strategisk klassifisering av pasientene, som gir en utilsiktet lønnsomhet. Hvis en og samme pasient har en reell diagnose som passer inn i flere sats-klasser, ligger det klare motiver til å klassifisere i grupper med høye satser. Dette kan være et problem i skjæringsfeltet mellom poliklinisk behandling og behandling av dagpasienter. Det er eksempler på slike valg som gjør at sykehuset selv kan velge mellom en sats på 60 kroner (poliklinikk) eller

1100 kroner (dagpasient). Kontroll av slike enkeltbeslutninger vil være vanskelig å gjennomføre for myndighetene.

Også for åpne rammer basert på produksjonstilskudd må det tas reserverasjoner med hensyn til troverdighet. Et sykehus som prioriterer kostnadsineffektivitet (manglende vilje til effektiviseringer og omstilling) fremfor pasientbehandling vil få lavere bevilgninger (fordi antall DRG-poeng går ned), og vil dermed skape en situasjon med budsjettoverskridelse i sykehuset (fordi faktiske behandlingskostnader blir høyere enn DRG-prisene). Hvis budsjettoverskridelsen, av hensyn til pasientene, utløser tilleggbevilgninger, forsvinner en viktig styringseffekt av kontrakter basert på produksjonstilskudd.

En vanlig innvending mot fastpriskontrakter er at de kan gi problemer med kvaliteten på tjenestene. En bedrift som har en fastpriskontrakt vil får én krone i økt fortjeneste for hver krone reduserte kostnader. Virksomheten har med andre ord såkalte sterkere økonomiske incentiver til å redusere kostnader. Problemet er at også svekket kvalitet er en måte å redusere kostnadene på. Sykehus som produserer på oppdrag av RHF kan dermed tjene økonomisk på å fire på kvalitetskravene, så lenge de holder seg innenfor det som er mulig å slå ned på med henvisning til kontraktsbetingelsene.

Selv om dette er et argument som står sentralt i litteraturen, må argumentet kvalifiseres for vårt forhold mellom RHF og sykehusene. Et sykehus eid av en helseregion kan som nevnt ovenfor ikke disponere et finansielt overskudd. I den grad det blir stående igjen med et overskudd ved årets utfall vil enten det tilfalle eierne eller gå inn i den fremtidige driften gjennom for eksempel investeringer. Motivene bak kostnadsutt er derfor ikke av ren økonomiske karakter, men heller at det frigjør midler til andre deler av sykehusets aktiviteter. I beste fall kan dermed fastpriskontraktene sikre riktig kvalitet fordi det tvinger sykehuset til å avveie kvalitet (liggetid, behandlingsform, osv.) opp mot økt helsetjenesteproduksjon på andre områder (og i fremtiden som følge av økte investeringer). Faren med fastpriskontrakter ligger i sykehuset kan ha en vektlegging av behandlingsområder og aktiviteter som er i konflikt med RHF's interesser.

#### **4.4.3 Refusjonskontrakter**

En måte å gardere seg mot svekket kvalitet er å gjøre lønnsomheten til bedriften mindre avhengig av realiserte kostnader. Det er nettopp det som skjer ved bruk av refusjonsbaserte kontrakter. Siden myndighetene da refunderer en andel av kostnadene, vil tilskuddene reduseres dersom kost-

nadene går ned. Dermed er det også mindre å tjene økonomisk på å senke kvaliteten. Myndighetenes vektlegging av kvalitet i en situasjon med erfaringsgoder eller tillitsgoder tilsier derfor kontrakter med et element av kostnadsdekning.

Refusjonsbaserte kontrakter vil ofte bli benyttet dersom kontrollen med hva som produseres anses som vanskelig. Styringen bør i slike tilfeller være mer prosessorientert, og styre ressursbruken innenfor området. Man går dermed over til bevilgninger knyttet til ressursbruk som personell, utstyr, osv, dvs. refusjonskontrakter.

Refusjonskontrakter kan også kombineres med produksjonstilskudd. Hvis faktiske kostnader avviker fra produksjonstilskuddet, kan bevilgningen tenkes etterjustert for å fange opp dette:

$$\text{Faktisk bevilgning} = \text{Fast beløp} + \text{DRGpris} \cdot \text{Volum} + a[\text{Faktisk DRGpris} - \text{DRGpris}] \cdot \text{Volum}$$

eller

$$\text{Faktisk bevilgning} = \text{Fast beløp} + [(1-a)\text{DRGpris} + a\text{Faktisk DRGpris}] \cdot \text{Volum}$$

Hvis  $a=0$ , har vi en ren produksjonstilskuddskontrakt som innebærer at den faktiske bevilgningen er uavhengig av den faktiske DRG-prisen som sykehuset opererer med. Hvis derimot  $a=1$ , har vi en ren refusjonskontrakt som refunderer sykehuset på grunnlag av faktiske kostnader per behandling. Ved mellomformene ( $0 < a < 1$ ), vil sykehusene få refundert deler av kostnadsdifferansen.

#### 4.4.4 Styringsproblemer

Skal kontraktene mellom RHF og sykehusene ha tilsiktede virkninger, må partene ha tiltro til at de ikke lett kan settes til side. En viktig forutsetning for dette er at det etableres troverdige sanksjonsmuligheter. RHF som sykehuseier vil imidlertid støte på problemer som svekker styringseffektiviteten.

RHF kan forsøke seg med styringsmessige *pålegg*. Hvis forhandlinger ikke fører frem, kan RHF som eier pålegge ledelsen/styret å akseptere avtalevilkårene. Slike bruk av pålegg gjør det vanskelig for RHF som oppdragsgiver å holde ledelsen ansvarlig hvis tilgjengelige budsjettmidler ikke dekker kostnadene ved tjenesteproduksjonen. Hvis det oppstår uenighet etter at en kontrakt er inngått (for eksempel kostnadsoverskridelser), kan eierstyringen brukes til å pålegge virksomheten bestemte tiltak. Dette betyr i realiteten at filosofien bak kontraktsstyring avvikles. Eieren blir (med-)



ansvarlig for driften av virksomheten, og det blir umulig å holde ledelsen av virksomheten ansvarlig for oppnådde resultater.

En annen løsning på konflikter er at RHF benytter sin eierposisjon til å *skifte ut styre og/eller daglig leder*. Bakgrunnen kan være følgende: Dialogen mellom RHF og sykehusledelse fører ikke frem til en felles forståelse av årsakene til høyere kostnader. Partene ikke blir enige om hva som er årsaken til en kostnadsoverskridelse, om dette skyldes dårlig effektivitet eller forhold institusjonen ikke har kontroll over. Uenigheten mellom RHF og virksomheten fører til at staten som eier mister tilliten til styre/daglig ledelse. Derfor brukes eiermakten til å skifte ut styre og/eller daglig leder.

Sett at RHF tar *feil* i sin påstand – kostnadsoverskridelsen skyldes ikke lav effektivitet. I så fall er det opplagt at en ny ledelse raskt vil støte på de samme problemene som den tidligere ledelsen – og nye ledere kan ikke utrette mer enn forgjengerne. Vi må forvente at slike lederskifter gjør det vanskeligere å finne nye kompetente ledere. Gode ledere vil ikke påta seg ansvar hvis de risikerer å bli skiftet ut når de påpeker at fastsatte resultater ikke kan oppnås med tilgjengelige ressurser. Sett at RHF har *rett* i sin påstand – kostnadsoverskridelsen skyldes dårlig effektivitet. Også i dette tilfellet vil utskiftning av ledelsen ha negative effekter. Utskiftninger av styre og/eller daglig ledelse berører ikke ansatte i organisasjonen – de har sett at lav effektivitet kun har konsekvenser for toppledelsen. Det er kun ledelsen som risikerer å miste jobben. For de ansatte på grunnplanet er det ingen grunn til å legge om veletablerte arbeidsformer. Høy utskiftningstakt av toppledere kan lett føre til at nye ledere får svekket autoritet internt i virksomheten. De ansatte vil forvente at toppledelsen får et kort liv i organisasjonen. En ny ledelse vil sikkert finne på helt nye omstillingstiltak og reformer – men er det noen grunn til å ta disse forslagene alvorlig? Hvis denne situasjonen blir kjent blir det vanskeligere å rekruttere ny kompetent ledelse.

En kontrakt forutsetter at ledelsen har reell myndighet til å styre organisasjonen. Ledelse av store og komplekse organisasjoner forutsetter at etterlevelse av kontrakten er et mål også for mellomledere og grunnplanet i organisasjonen. Eierstyring vil lett undergrave de ansattes respekt for kontrakten, og dermed selve grunnlaget for styring gjennom kontrakter. Toppledelsens interne autoritet blir undergravet, og dette gjør det vanskeligere å rekruttere nye, kvalifiserte ledere. Styring gjennom kontrakter forutsetter at RHF ikke benytter sin eierposisjon til å “løse” konflikter om kontraktene.

#### 4.5 Konkurransen om oppdrag fra RHF

Konkurransen som styringsinstrument kan utnyttes på flere måter og ha flere hensikter. I RHF's styring av sykehusene, er anbuds- eller auksjonsprinsippet i en eller annen variant det mest realistiske alternativet. Styringen vil her måtte reserveres geografiske områder og behandlingsområder der det finnes konkurrerende sykehus. Hvor store de geografiske områdene skal være, vil avhenge av RHF's vurdering av pasientenes reisekostnader (både økonomiske og psykiske).

Konkurransen kan ta flere former:

1. RHF angir hvilket beløp som skal brukes på et behandlingsområde (eller flere). Sykehusene må komme med bud i form av hvor mange pasienter de kan behandle for dette beløpet. Sykehus med høy effektivitet vil her belønnes med oppdrag, mens sykehus som legger inn et lavt antall pasienter risikerer å miste oppdrag, og etterfølgende fare for nedbemanning.
2. RHF definerer behandlingens volum i form av ønsket pasientbehandling. Sykehusene må komme med bud i form av nødvendig bevilgning for å kunne utføre behandlingene. Igjen vil det være slik at høye krav i form av bevilgning øker faren for lavt aktivitetsnivå og nedbemanning ved sykehuset.
3. Oppretting av en regional pasientbørs ved at sykehusene rapporterer inn til hvilke priser de kan behandle pasienter neste uke (eller en nærmere angitt periode). RHF oppretter en pasientstrømmenhet som styrer pasientvolumet mot sykehus med lave priser.

Med disse konkurransemekanismene forlater RHF en sentralisert prismodell, og innfører i stedet et mer fleksibelt prissystem som i prinsippet skal bli mer informativt når det gjelder a) hva behandlingene koster, b) hvilke sykehus som er mest effektive og c) hvilke sykehus som har ledig kapasitet.

Slik denne konkurransen legges opp forutsettes det at RHF til en viss grad kan styre pasientstrømmen innenfor regionen. Sykehus med ledig kapasitet og lave behandlingens kostnader må belønnes med pasienter og økte bevilgninger, noe som krever at pasientenes frie sykehusvalg ikke lenger kan opprettholdes. Siden pasientene ikke vektlegger pris og behandlingens kostnader, men i stedet ventetid og kvalitet, kan det godt tenkes at pasientene foretrekker sykehus som kommer dårlig i ut i konkurransen skissert ovenfor. Fritt sykehusvalg kan på denne måte betraktes som et hinder mot et effektivt fungerende konkurranseregime.

#### **4.5.1 Konkurransen – en løsning på troverdighetsproblemet**

Konkurransen forbedrer forutsetningene for bruk av kontrakter. Disse bygger i større grad på et legalt regime og bindende, skriftlig avtaler. Partene kan benytte tradisjonelle avtalerettslige midler for å ivareta sine interesser: Avtalen kan sies opp, det økonomiske tilskuddet reduseres, og det kan eventuelt kreves erstatning. En oppdragsgiver kan for eksempel nøye seg med å betale for de tjenester som faktisk leveres - lavere tjenesteproduksjon betyr altså lavere bevilgninger. Hvis virksomheten er uenig i oppdragsgivers krav kan tvisten prøves i rettsapparatet.

Hvis man lykkes i å etablere konkurranse mellom sykehus, vil hensynet til pasientene som tredjepart være mindre avgjørende ved håndtering av kontraktsbrudd i form av kostnadsprekk eller manglende produksjonsoppnåelse. Et sykehus som ikke leverer i henhold til kontrakten kan nå miste pasienter, med de konsekvenser det får for fremtidig ressurstilgang. Pasientene (som defineres som "mobile") kan overføres til andre konkurrerende sykehus med ledig kapasitet. Konkurransen kan dermed sies å etablere mer effektive sanksjonsmuligheter mot sykehus som "gjør en dårlig jobb." En annen, og mer indirekte, sanksjonsmåte som innføres med den formen for konkurranse som er antydning ovenfor er trussel om manglende gjenkjøp. Et sykehus som ikke klarer å leve opp til kontraktsvilkårene i inneværende år, vil lett stille med et handikap når det skal konkurreres om kontraktene i fremtiden. Denne faren for å etablere et dårlig rykte vil i seg selv virke disiplinerende på sykehusene.

Konkurransen kan ikke benyttes på alle områder som RHF har ansvar for. Konkurransen forutsetter reelle alternativer (som er innenfor pasientenes rekkevidde). Spesialiserte behandlingsområder er kjennetegnet ved stor driftsfordeler som innebærer at kostnadene per pasient er lavest dersom store deler av behandlingene skjer innenfor ett og samme sykehus. Et beslektet problem er at sykehusenes behandlingsskapasitet i stor grad avhenger av bygnings- og utstyrsinvesteringer. Spesifikke investeringer etablerer et langsiktig avhengighetsforhold mellom RHF og sykehusene. Hvis det utformes kortvarige kontrakter vil det lett føre til underinvestering i utstyr og kompetanse. Motsatt vil langvarige kontrakter gi produsenten en monopolposisjon som kan utnyttes ved reforhandlinger av kontrakten.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Konkurransen om gjenkjøp er en form for anbudskonkurransen der kvaliteten på leveransen i en periode bestemmer om man får fornyet kontrakten. Også slik konkurranse gir usikkerhet om kontraktsperiodens reelle lengde. Dermed eksisterer fortsatt problemet med relasjonsspesifikke investeringer – noe som lett fører til at virksomheten underinvesterer i kapital og personale. Problemet kan imidlertid

Konkurransen om investeringsprosjekter betyr at de mest effektive institusjoner gis adgang til å investere og ekspandere, mens de mindre effektive ikke får tilgang på investeringsmidler. På samme måte som divisjoner innenfor et konsern konkurrerer om nye prosjekter vil de best drevne offentlige virksomhetene få midler til større investeringer. Gjennom investeringsmidler kan hele organisasjonen belønnes på en synlig måte. Slik konkurranse kan være begrenset av hensynet til brukernes tilgjengelighet. På slike områder kan institusjoner som leverer mer eller bedre enn forventet vinne frem i konkurranse om investeringsprosjekter.<sup>10</sup>

Ovenfor har vi presentert ulike former for kontraktsstyring av sykehusene. Hvilke typer kontrakter RHF vil benytte seg av vil kunne avhenge av hvordan RHF mottar penger fra myndighetene. To ytterpunkter illustrerer denne gjensidige avhengigheten. Hvis RHF har stort innslag av refusjonsbaserte ordninger, vil hensynet til kostnadseffektiv behandling være lavt prioritert. Manglende kostnadseffektivitet vil i et slikt regime i liten grad komme i konflikt med ønsket om å tilby best mulig helsetjenester. Dette vil opplagt kunne gi en kostbar sykehusstruktur, og manglende vilje til å benytte konkurranse. RHF vil benytte kontrakter som sikrer at pasientvolumet holdes høyt, men vil være mindre opptatt av kostnadskontroll. Åpne produksjonstilskudd med "romslige" DRG-priser ovenfor sykehusene vil opplagt ha en slik egenskap.

Dersom RHF finansieres med åpne produksjonstilskudd (til fullkostpriser), vil hensynet til kostnadseffektivitet fremstå som viktig for RHF. Bedret kostnadseffektivitet innebærer at et større volum kan behandles til enhetskostnader som ligger under myndighetens DRG-priser. Dette gir et klart incentiv til å utvikle et effektivt konkurranseregime – både for å holde kostnadene nede i det enkelte sykehus og for å sikre at pasienten så langt som mulig styres mot de mest effektive sykehusene. Så lenge avtaleprisene mellom RHF og sykehuset ligger innenfor myndighetenes DRG-priser, har imidlertid RHF ingen grunn til å legge inn lukket ramme på sykehusnivå.

Per capita-modellen vil sannsynligvis gå sammen med utstrakt bruk av lukkede rammer. Hvis RHF's intensjon er å holde seg innenfor per capita-tilskuddet, vil hensynet til kostnadskontroll lukke rammene på sykehusnivå.

---

dempes hvis oppdragsgiver på forhånd klargjør at virksomheten vil få fornyet kontrakt dersom visse minstebetingelser (kvalitet, kostnadskontroll) er oppfylt.

<sup>10</sup> I tillegg kan institusjonene belønnes med økt autonomi eller opprykk i den hierarkiske plassering. En virksomhet som viser seg å levere gode resultater kan få større autonomi, og eventuelt kan andre institusjoner (sykehus, høyskoler) legges inn under ledelsen av den velfungerende virksomheten.

Men som skissert ovenfor er lukkede rammer fullt forenlig med utvikling av konkurranse sykehusene i mellom.

#### **4.5.2 Monopol – er relasjonelle kontrakter løsningen?**

“Relasjonelle kontrakter” er et mulig svar på problemer ved å bruke “klassiske kontrakter” i en monopolsituasjon. Disse kjennetegnes av mindre vektlegging av kontraktens formelle sider, og av at partene har en felles interesse av å opprettholde et langsiktig forhold. Gjensidig tillit spiller en viktig rolle for relasjonens effektivitet og overlevelse: Begge parter har tillit til at de vil etterleve kontraktens “bokstav” så vel som “ånd”, de har gjensidig respekt for hverandres kompetanse, og de søker å gå utover minimumsforpliktelsene i kontrakten for å ivareta hverandres interesser. Relasjonelle kontrakter kan bygge på et formelt grunnlag. Men det sentrale med kontrakten er ikke de rettslige spillereglene, men at kontrakten gir en ramme som fremmer en disiplinert dialog mellom partene.

Konflikten mellom RHF og sykehus har utgangspunkt i asymmetrisk informasjon: Oppdragsgiver antar at ineffektivitet er grunnen til kostnadsoverskridelser, mens institusjonen hevder at forklaringen er forhold utenfor egen kontroll. Relasjonelle kontrakter bygger på at partene erkjenner en felles interesse i tillegg til de motstridende interessene. Denne består i et felles ønske om å unngå at konflikter “løses” ved hierarkiske pålegg (dvs. eierstyring). Staten (eller kommunen) har en interesse i å gi ledere en mulighet til å lede, og virksomhetene vil normalt ønske slik autonomi. Relasjonelle kontrakter bygger derfor på tillit og tilbakeholdenhet<sup>11</sup> (se Williamson 1993). Tillit kan sees som sosial kapital som reduserer transaksjonskostnadene, og dermed minsker behovet for formell rapportering, kontroll og sanksjoner.<sup>12</sup> Eksempelvis: RHF vil være tilbakeholden med å bruke sin eierposisjon til å gripe kortsiktig inn i virksomhetens ledelse, mens sykehusene ikke vil benytte eksponering i massemedia til å presse frem økte bevilgninger.

---

<sup>11</sup> Williamson argumenterer for at kontrakter innenfor et hierarki krever respekt for “The Law of Forbearance”. Partene må enten forhandle eller diskutere seg frem til en løsning på konflikten, eller appellere til et høyere hierarkisk beslutningsnivå. For å unngå den siste løsningen og opprettholde kontraktsmodellen må partene vise tålmodighet og tilbakeholdenhet.

<sup>12</sup> For en empirisk studie av relasjonelle kontrakter om omsorgstjenester, se Romzek og Johnston (2001).



## 5 Hvordan bør norske sykehus finansieres – gitt en annen organisering enn i dag?

Den norske modellen for sykehusorganisering er en konsernmodell med hierarkisk struktur. Den er dessuten en to-nivå modell, men et administrativt og finansielt skille mellom primærhelsetjenesten og sykehustjenesten. Det er (minst) to problemer med denne modellen:

- 1) Organisasjonsmodellen gir en svak samordning av primærhelsetjenesten og sykehussektoren. Statens helsetilsyn (2000) viser at det er mangelfull koordinering mellom sykehus og hjemmebaserte tjenester i kommunene, noe som fører til at sykehusene har for dårlig informasjon om pasientene. Dessuten får en betydelig andel av inneliggende pasienter ved sykehus oppholdet forlenget fordi de venter på tilbud etter utskrivning. Dette er noe av forklaringen på at pasienter blir liggende på korridorene. Andre undersøkelser tyder på at pasienter ved akutt-avdelingene ved psykiatriske sykehus burde fått et tilbud utenfor sykehuset, og at disse legger beslag på unødig kostbare sykehusplasser (Dahlen m.fl. 2002). Dette utdypes i avsnitt 5.1 nedenfor.
- 2) Sykehusene er organisert i en hierarkisk modell som gir et svakt institusjonelt grunnlag for konkurranse mellom sykehus. De regionale helseforetakene har både rollen som eier av sykehusene, og rollen som bestiller av sykehustjenester (horisontal integrasjon). RHF kan i prinsippet tildele større oppdrag og mer investeringsmidler til de mest effektive sykehusene. Men fordi RHF også skal ivareta eierskapet vil disse lett favorisere egne sykehus. En kan spørre om ansvaret for å finansiere sykehustjenestene bør legges til uavhengige bestillerorganer (som eksempelvis i Storbritannia og Sverige), slik at disse står fritt til å bestille tjenester hos sykehus i flere regioner, i private sykehus og fra sykehus i utlandet. Dette utdypes i avsnitt 5.2 nedenfor.

### 5.1 Integrerte regionale helseforetak (IRHF)

Problemet med manglende samordning mellom sykehusene og primærhelsetjenesten kan i prinsippet løses med integrerte regionale helseforetak (IRHF). En effektiv helsetjeneste krever samordning mellom primærhelsetjenesten og sykehusene, i hovedsak for å sikre at pasientene i størst mulig grad blir behandlet på "laveste effektive omsorgsnivå". Den demografiske utvikling med en økende andel eldre vil stille større krav til primærhelsetjenesten og eldreomsorgen. Behovet for en god samordning av eldreomsorgen og helsetjenesten blir høyere fordi det blir flere enslige eldre,

høy kvinnelig yrkesdeltakelse og holdningsundersøkelser viser at pårørende har mindre interesse for å pleie familiemedlemmer selv. I tillegg fører økt (sub-)spesialisering i sykehus til at disse i mindre grad kan ivareta eldre pasienter med sammensatte behov, noe som vil stille ytterligere krav til samordning.

Slik samordning kan i prinsippet skje gjennom lover og tilhørende regler og gjennom økonomiske incitament. Gjennom lovgivningen fastsettes hvilke plikter som kommunen har til å tilby primærhelsetjenester, eksempelvis i forskrift som stiller krav til "forsvarlig pleie og omsorg" i eldreomsorgen. Tilsvarende har fastlegene forpliktelse overfor listepasientene. Gjennom finansieringssystemet kan en også oppmuntre til at mest mulig diagnose, behandling, rehabilitering og omsorg skjer i primærhelsetjenesten. For eksempel har allmennlegene og legespesialistene en refusjonsordning fra Folketrygden som stimulerer disse til pasientbehandling. Et annet eksempel er en ny ordning der staten gir privatpraktiserende legespesialister et DRG-basert finansieringssystem på lik linje med offentlige poliklinikker. Rapporter fra Sintef Unimed viser at private legespesialister driver mer kostnadseffektivt enn offentlige poliklinikker (Hagen og Hatling 1996). Erfaringen fra Akershus fylkeskommune viser at denne typen avtaler etter anbudskonkurranse har bidratt til å utvikle og til dels fjerne ventetider for flere polikliniske inngrep, som for eksempel grå stær-operasjoner og øre-nese-hals. Et tredje element er forskriften om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter. Det regionale helseforetaket kan kreve betaling av kommunen for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Tilsvarende gjelder for ferdigbehandlede pasienter som oppholder seg i private sykehus som det regionale helseforetaket har inngått avtale med.

Til tross for administrative og finansielle samordningstiltak viser erfaringene at to-nivå modellen ofte gir en utilfredstillende samordning mellom primærhelsetjenesten, private

legespesialister og sykehussektoren. Statens helsetilsyn v/Nasjonalt geriatriprogram gjennomførte i oktober 1998 en kartlegging av alle pasienter på 75 år og over som var innlagt i indremedisinsk avdeling i landets somatiske sykehus på en bestemt dag. Kartleggingen viste at 42 % av alle pasienter innlagt i landets indremedisinske avdelinger var 75 år og høyere. I alt 41 % hadde vært innlagt i sykehuset tidligere samme år. 17 % av disse pasientene var meldt utskrivningsklare eller ferdigbehandlet. 22 % ventet på sykehjemsplass og 29 % ventet på sykehjemsplass eller hjemmetjenester i kommunen. 21% hadde fått sykehusoppholdet forlenget pga. manglende tilbud i kommunen. Hele 37% ventet enten på utskriving, på rehabilitering



eller var i livets slutfase. Det finnes altså en betydelig kø av pasienter i sykehus med behov for en sykehjemsplass eller tilsvarende tjenester. Bare hvert tredje sykehus hadde fast rutine om å melde fra skriftlig til kommunen når en pasient med hjemmetjenester blir innlagt, og bare 53 % av sykehusene hadde skriftlig melderutine i forbindelse med utskriving av pasient tilbake til kommunens hjemmetjenester (Statens helsetilsyn 2000). Andre undersøkelser tyder på at pasienter ved akuttavdelingene ved psykiatriske sykehus burde fått et tilbud utenfor sykehuset, og at disse unødige legger beslag på kostbare sykehusplasser (Dahlen m. fl. 2002).

For å sikre en bedre samordning er det nærliggende å gi de regionale helseforetak finansierings- og eieransvaret for alle helsetjenester, både primær og spesialisthelsetjenesten. I tråd med argumentasjonen i kapittel 4 kan disse finansieres ved et per capita-tilskudd som skal dekke alle helsetjenester. Dette betyr at vi får en geografisk klynge av helsetjenester organisert under ett konsern. IRHF blir et regionkontor for den nasjonale helseforsikringen, og bør slik gi grunnlag for en mer forpliktende pasientgaranti for alle typer av helsetjenester, herunder somatiske og psykiatriske helsetjenester. Når IRHF får en generell bestilleroppgave kan det brukes til å utvikle og dimensjonere de ulike typene av tilbud slik at behandlingen blir mest mulig kostnadseffektiv.

Ordningen med at fastlegene har ansvar for en avgrenset gruppe med pasienter kan beholdes. Fastlegene kan sees som pasientenes generelle representant og kontaktperson, og kan gis et utvidet rådgivnings- og samordningsansvar for pasienten. Fastlegen kan derfor inngå kontrakt med eller ta ansettelse hos et IRHF, og ikke med kommunen. IRHF får dermed direkte et ansvar (og et økonomisk incentiv) til å følge opp fastlegens praksis (herunder henvisninger til spesialist og sykehus), slik at denne samsvarer med den inngåtte avtalen.

Modellen gjør det mulig å designe systemer med informasjonsutveksling og pasientflyt i hele behandlingsskjeden, og pålegge produsentene å bruke disse. Modellen gjør det mulig å planlegge tilbud om rehabilitering og omsorg slik at pasientene får et riktig tilbud, slik at en unngår at ferdigbehandlede pasienter opptar plasser på sykehus. IRHF må blant annet sørge for kostnadskontroll ved at mest mulig av diagnose og behandling skjer i primærlegetjenesten.

### ***5.1.1 Internasjonale erfaringer med integrerte helsesystemer***

I USA har det i det siste tiåret vært en kraftig vekst i integrerte helsesystemer. For eksempel, i 1998 var 66 % av alle sykehus integrert med

legepraksiser (allmenn- og spesialistpraksis), en fordobling fra 1993. Det er spesielt for sykehus i områder med høy Managed Care penetrasjon hvor integrasjonen med allmenn- og spesialistpraksis er høy (Gaynor og Haas-Wilson 1999; Robinson og Casalino 1996). Det er først og fremst sykehusene som presser på for å bli integrert med allmenn- og spesialistpraksisene. Dette forklares på to måter:

For det første lar sykehusene seg integrere med legepraksiser for å bli mer konkurransedyktige om kontrakter med Managed Care organisasjoner. Resonnementet her er at sammenslutninger av legepraksiser og sykehusene leder til reduserte kostnader. Informasjonssystemer som dekker hele produksjonslinjen, fra første gangs legekontakt til eventuell utskrivning fra sykehusene, letter mulighetene til å kontrollere kostnader og kvalitet. Forsikringsselskapene tilbyr medlemmene en pakke som dekker behandling hos både allmennlege, spesialist og sykehus. Behandlingen går raskere og blir billigere når det bare er en organisasjon på tilbudssiden som er ansvarlig for produksjonen. Lave kostnader styrker sykehusenes forhandlingsposisjon med hensyn til å få kontrakter med forsikringsselskapene. Det er imidlertid ikke opplagt at kostnadene faller ved slike integrerte systemer. Disse organisasjonene må ha omfattende administrative rutiner og har et stort behov for ledelse og styring for å sikre effektiv drift. Dette vil i seg selv være kostnadsdrivende, noe som svekker organisasjonens effektivitet. Slike store organisasjoner vil også ha svak omstillingsevne i forhold til endrede rammebetingelser/markedsforhold.

For det andre kan det tenkes at sykehusene lar seg integrere med allmenn- og spesialistpraksis for å oppnå markedsrett. Sammenslutninger av allmennpraksis og sykehus svekker konkurransen ved at antallet tilbydere reduseres, noe som lett gir sykehusene en monopolsituasjon i forhold til forsikringsselskapene. Ved sammenslutninger av sykehus og allmennpraksis dannes det store og sterke organisasjoner som kan utestenge konkurrerende leger-sykehus som ønsker å etablere seg. Dette svekker konkurransen. Resultatet av økt integrering blir da høyere priser og lavere tilbud. Det fins flere teoretiske arbeider som har beskrevet hvordan integrasjon leder til markedsrett, og svekket konkurranse i de amerikanske helsemarkedene (Gal-Or 1999; Gaynor & Haas-Wilson 1999; Banks m.fl. 2001). Forøvrig fins det en god del beskrivende litteratur om utviklingen i de integrerte systemer. Det fins imidlertid lite empirisk litteratur på effekter av slike systemer; vi vet derfor ikke om disse integrerte systemene (IRHF) leder til økte eller lavere kostnader.

### *5.1.2 Integrerte regionale helseforetak i lys av de internasjonale erfaringene*

“Integrerte regionale helseforetak” (IRHF) svarer til “integrated medical groups” i USA som omfatter primærleger, spesialister og sykehus (se Robinson og Casalino 1996). Ved vurdering av denne modellen må vi legge til grunn at konkurranse synes å være en viktig drivkraft for dens eksistens. De regionale helseforetakene som eier av sykehusene og primærhelsetjenesten blir svært store organisasjoner. De vil ikke bli utsatt for noe konkurransepress; i USA må slike “integrated medical groups” hele tiden konkurrere seg imellom om oppdrag fra forsikringsselskapene. I Norge har vi bare ett forsikringsselskap (staten); og det er lite sannsynlig at man innenfor samme geografiske områder kan ha flere såkalte “integrerte foretak”.

En annen innvending mot denne modellen er at de integrerte regionale helseforetakene gis stor prioriteringsfrihet, og at de samtidig ikke er underlagt direkte demokratisk kontroll. I denne modellen må man tenke på Stortingets rolle som en overordnet organisator og kontraktspartner. Det skal bevilge midler som dekker kostnadene ved å finansiere et sett av definerte pasientrettigheter. Slik sett blir helsevesenet en del av velferdsstatens rettighetssystem. En annen betenkelighet er at helsevesenet blir hierarkiske mammutorganisasjoner med store administrative kostnader og liten fleksibilitet. For å unngå dette er det nødvendig at IRHF organiseres med en liten konsernstab, og med selvstendige datterselskaper som er koblet sammen i et løst organisatorisk nettverk.

Et grunnleggende spørsmål er likevel hvor egnet eierstyringen er til å koordinere ulike typer av helsetilbud, herunder å integrere primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Oslo kommune har gjennom en årrekke hatt eierskapet både til sykehus og til primærhelsetjenesten. Dette synes ikke å ha lettet koordineringsproblemene slik at Oslo eksempelvis har hatt et mer effektivt samspill mellom nivåene i helsevesenet. I tillegg kommer spørsmålet om troverdighet. Vil kontraktene mellom staten/Stortinget og de integrerte helseforetakene være troverdige, eller vil budsjettammene forbli “myke”?

En mulighet er å etablere integrerte foretak i de deler av landet hvor rene bestiller-utfører modeller ikke er egnet. Dette vil da bli i landsdeler hvor konkurransen er svak. Svak konkurranse utgjør imidlertid også trusselen mot de integrerte foretak. Som ene-leverandør av helsetjenester i et distrikt/landsdel vil de få en form for monopolmakt over all helsetjeneste i distriktet/landsdelen. Det er mulig at integrerte foretak kan lette noe på

koordineringen/ samordningen av det lokale helsetjenestetilbudet. Men med sin monopolmakt vil foretakene lett kunne øve press på myndighetene for å øke sine budsjetttrammer. I mangel av konkurranse kan disse organisasjonene også lett utvikle seg til rigide leverandører som ikke i tilstrekkelig grad tilpasser seg endrede rammebetingelser på produksjonssiden (for eksempel teknologisk utvikling) eller på etterspørselssiden (for eksempel demografiske endringer).

## **5.2 Kommunen som bestiller – foretakene som leverandører**

Det andre problemet vi skisserte i innledningen av dette kapittelet tilsier et skille mellom bestiller og utfører, det vil si at organisatorisk uavhengige institusjoner står for selve tjenesteproduksjonen og leverer helsetjenester på bestilling. Modellen med regionale helseforetak er uheldig fordi den legger ansvaret for å eie sykehusene og bestille helsetjenester til samme myndighet. Dermed kan man frykte at RHF tar mest hensyn til eierskapsoppgaven når det tildeler oppdrag til de ulike helseprodusentene (for eksempel ut fra resonnementer om et langsiktig utviklingspotensiale ved en statlig helseinstitusjon). Dette kan føre til at enkelte statlige sykehus blir favorisert også i situasjoner hvor andre statlige eller private virksomheter kunne produsert tjenestene til høyere kvalitet og/eller lavere kostnader. Bestillerfunksjonen blir derfor forstyrret av ansvaret som RHF har som eier. Samtidig viser trolig erfaringene med fylkeskommunene som eiere at det er behov for en regional samordning av eierskapet for å unngå overinvesteringer i sykehus, og sikre en sykehusstruktur med hensiktsmessig arbeidsdeling mellom ulike typer av sykehus. Ut fra dette hensynet kan det argumenteres for at RHF bør opprettholde eieransvaret til sykehusene, men ikke ha ansvaret for å finansiere driften av virksomhetene.

Et alternativ kan være å legge finansierings- og bestillerfunksjonen til kommunene. For det første er disse funksjonene trolig mer politisk relevante enn eierfunksjonen (med et mulig unntak for at sykehusenes lokalisering har betydning for lokal sysselsetting). Kommunene blir da lokalbefolkningens representant overfor produsentene av helsetjenester. Helsevesenet vil også være en del av et nasjonalt rettighetsystem. Dette kan ivaretas ved at Stortinget fastsetter nasjonale minimumsrettigheter for alle helsetjenester, og eventuelt finansierer dette ved et øremerket per capita-tilskudd til helsetjenester. Fordi det er større befolkningsmessig heterogenitet mellom kommuner enn mellom helseregioner bør per capita-tilskudd justeres for noen observerbare kjennetegn som påvirker sykigheten i befolkningen (for eksempel alders- og kjønns sammensetningen). Kommunene har mulighet til å gå ut over minimumsstandarden, og dette kan finansieres ved lokale skatter. For det andre vil et kommunalt finansieringsansvar gi kommunene

ansvaret for å samordne primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestene. Kommunen finansierer alle offentlige helsetjenester, den benytter kommunalt ansatte og kommunale institusjoner for å produsere en del av disse tjenestene mens den inngår kontrakter med statlige og/eller andre eksterne institusjoner om andre. I et slikt system vil kommunene være motivert til bygge ut en primærhelsetjeneste slik at ferdigbehandlede pasienter ikke opptar kostbare plasser på sykehus. En kan si at samlingen av finansieringsansvaret gir en virtuell integrasjon, herav forkortelsen virtuelt integrert helseforetak VIHF.

En kommunestruktur med 434 kommuner gir i mange tilfeller et svakt grunnlag for å utøve bestillerfunksjonen overfor sykehusene. De fleste av disse kommunene er for lite økonomisk robuste (kostbar behandling for noen av innbyggerne vil sprengte budsjettet) og de har for svak faglig kompetanse til å utføre bestillerorganisasjonen. En slik bestiller-utfører organisering forutsetter derfor at små kommuner slås sammen, eller at de må etablere interkommunale selskaper som en felles innkjøpsorganisasjon for sykehustjenester. Som pasientenes rådgivere og “portvakter” kan fastlegene ha en nøkkelrolle i denne organisasjonen. Kommunene må sørge for at kontraktene med fastlegene (enten som privatpraktiserende fastleger eller ansatte i det interkommunale selskapet) sikrer at fastlegene er pasientenes agent overfor sykehusene, poliklinikker og legespesialister (herunder holder seg informert om sykehusenes kompetanser, kvaliteter og ventetider).

### ***5.2.1 Internasjonale erfaringer med en bestiller – leverandør organisering***

Internasjonal forskning kan langt på vei understøtte en bestiller-utfører organisering gitt at det inngås fastpriskontrakter mellom bestillere og leverandører av tjenesten. Det er imidlertid tvilsomt om konkurransen om oppdrag, som følger av en bestiller-utfører modell, fremmer effektivitet under refusjonsbaserte kontrakter.

Erfaringene fra USA er interessante. I USA bygget Medicare på refusjonsbaserte kontrakter frem til oktober 1984. Flere forskere hevdet at under slike kontrakter medførte økt konkurranse høyere, og ikke lavere kostnader per sykehusopphold/liggedøgn (Enthoven 1978; Robinson og Luft 1985; Zwanziger og Melnick 1988; Luft m.fl. 1986). Begrunnelsen finner man i den såkalte “Medical Arms Race” hypotesen. Sykehusene mottok vanligvis bare pasienter etter henvisninger fra primærlege eller spesialist, dvs. at sykehusets inntekter var avhengig av antall henvisninger. Sykehusene har ikke lov til å “bestikke” primærlegen/spesialisten for å trekke til seg mange henvisninger. I stedet konkurrerer sykehusene om å være attraktive

ved å tilby tjenester som også primærlegen/spesialisten har direkte nytte av. Dette omfattet alt fra “for mye” hjelpepersonell til avansert, men lite kostnadseffektivt medisinsk utstyr. En økning i sykehuskapasiteten bidro også til å øke primærlegen/spesialistens forhandlingsstyrke vis a vis sykehusene. Resultatet ble at sykehusene overbød hverandre med hensyn til de tjenester som ble tilbudt henvisende lege og pasientene. Sykehusene investerte i samme type dyrt utstyr (duplisering) med det resultat at mye kostbar teknologi ble lite brukt (Luft m.fl. 1986). Og fordi sykehusene fikk refusjon for utgiftene (kost-plusskontrakter) kunne kostnadene belastes forsikringsselskapene.

Flere forskere har hevdet å finne empirisk støtte for et “Medical Arms Race” (Robinson og Luft 1985; Zwanziger og Melnick 1988; Luft m.fl. 1986; Robinson 1988; Robinson m.fl. 1987). Oppfatningen var at finansieringssystemet medførte for høye kostnader vurdert i forhold til den marginalt høyere kvaliteten (Enthoven 1978; Robinson og Luft 1985; Zwanziger og Melnick 1988; Luft m.fl. 1986). Dranove m.fl. (1992) publiserte imidlertid et omfattende arbeid hvor de kritiserte metodene som frem til da hadde blitt brukt for å teste hypotesen. Tidligere studier hadde ikke gode nok definisjoner for det relevante markedsområdet, og hadde heller ikke tatt hensyn til stordriftsfordeler i produksjonen. Disse svakhetene ble tatt hensyn til i Dranove m.fl. (1992). De fant marginal støtte til “Medical Arms Race”-hypotesen for bare to av tretten sykehustjenester. Konkurransen synes ikke å ha noen vesentlig betydning for tilbudet av sykehustjenester, noe som modifierer inntrykket som ble skapt om de uheldige sider ved finansieringssystemet i den amerikanske sykehussektoren. Det er liten tvil om at kost-pluss kontrakter kombinert med omfattende helseforsikringer virket kostnadsdrivende. I lys av Dranove m.fl. (1992) sin studie virker det imidlertid ikke som om økt konkurranse i kombinasjon med slike kontrakter nødvendigvis forsterket kostnadsveksten.

Fastpriskontrakter ble innført for å dempe kostnadsveksten, og Medicare innførte et slikt system fra oktober 1984 (DRG-prising) (NIS Helsetjenesteforskning 1999)<sup>13</sup>. Empiriske studier viste at *Medicare*

---

<sup>13</sup>Det ble publisert flere teoretiske arbeider i perioden rundt og etter at Medicare innførte DRG-prising. De konkluderte alle med at et blandet finansieringssystem (fastpris + kost-plusskontrakter) er mest optimalt (se for eksempel Ellis og McGuire 1996; Ma 1994). Innenfor hver DRG-klasse er det noen lette og noen tunge pasienter. En ren fastpriskontrakt kan medføre at sykehusene kutter kvalitet på de tunge pasientgrupper. Derfor ble det anbefalt et kost-plusselement. Disse anbefalingene ble imidlertid ikke tatt hensyn til i den endelige utformingen av finansieringssystemet i Medicare.

reduserte sine kostnader per pasient, først og fremst ved at liggetiden ble redusert (Hodgkin og McGuire 1994; Guterman og Dobson 1986; Guterman m.fl. 1988; Feder m.fl. 1987; Ashby m.fl. 2000). Det endrede finansieringssystemet medførte imidlertid at kryssprissubsidiering ble et voksende problem (for oversikt se Morrisey 1994). Sykehusene mottar sine inntekter fra flere kilder, og selv en enkelt pasient kan ha forsikringsdekning i flere selskaper (Dranove og Satterthwaite 2000). Når Medicare reduserte sine utbetalinger per pasient som en følge av DRG-prising, kompenserte sykehusene ved å ta høyere betaling fra private forsikringsselskaper. For eksempel fant Dranove (1988) at for hver dollar sykehusene tapte i inntekter fra et budsjettkutt i Medicaid, kompenserte de ved å øke prisene fra de andre forsikringsselskapene med en halv dollar. Flere andre studier fant støtte for kryssprissubsidiering.

Delvis som et resultat av Medicare sin “suksess” med fastpriskontrakter, og delvis på grunn av den etter hvert omfattende kryssprissubsidieringen fikk vi en kraftig vekst i “Managed Care”-organisasjoner, spesielt i form av “Health Maintenance Organization”. I 1980 var ni millioner amerikanere medlemmer i “Health Maintenance Organizations”. Det tilsvarende tallet i 1992 var 38 millioner (Robinson og Steiner 1998).

“Managed Care” er et forsøk fra de private forsikringsselskapene på å dempe veksten i sine utgifter til helsetjenester. “Managed Care” bygger på to sentrale elementer: omfattende forhåndsgodkjenning og etterprøving av selve behandlingen<sup>14</sup> og forhåndsdefinerte kontrakter mellom forsikringsselskap og sykehus om pris, dvs. fastpriskontrakter (Robinson og Steiner 1998). Før “Managed Care” var forsikringsselskapene passive betalere av sykehusenes behandlingsutgifter, etter at behandlingen var avsluttet. Under “Managed Care” spiller forsikringsselskapene en mye mer aktiv rolle i forhold til sykehusene. Primærlegene manglet incentiver til et kostnads-effektivt valg av sykehus for sine pasienter<sup>15</sup> “Managed Care” organisasjoner har slike incentiver. De opptrer som kjøpere på vegne av et stort antall forsikringskunder og har utviklet avanserte databaser hvor de kan sammenligne pris og kvalitet mellom ulike sykehus. Under “Managed Care” er sykehusenes situasjon totalt endret. De er blitt satt under prispress, og i redsel for å miste kontrakter blir de tvunget både til å inngå fastpriskontrakter og til å gi omfattende rabatter på behandlingen (for oversikt se Hyman 1998). For eksempel fant Cutler m.fl. (2000) at kostnadene for behandling av hjerteinfarkt var 30-40 % lavere for pasienter

---

<sup>14</sup>Herunder også at primærlegen har begrensede henvisningsmuligheter til sykehus.

<sup>15</sup>Under “Medical Arms Race Hypotesen” antok man at primærlegen faktisk hadde incentiver for å velge kostbare sykehus.

som ble behandlet i en "Health Maintenance Organization" sammenlignet med de pasientene som ble behandlet i et forsikringsselskap som dekket kostnadene etter refusjonskontrakter. Nesten all forskjell i kostnader skyldes lavere priser, og ikke forskjell i kvalitet og type behandling. Veksten i "Managed Care" medførte også mindre kryssprissubsidiering av sykehusenes inntekter (Dranove og White 1998).

Under "Managed Care" har konkurransen fått en annen form enn under kostplusskontrakter ("Medical Arms Race"-hypotesen). For å få et tilstrekkelig pasientgrunnlag er det viktig for sykehusene å skaffe seg kontrakter med "Managed Care"-organisasjoner. Dette er spesielt merkbart i områder hvor konkurransen allerede er høy, dvs. der det er høy sykehuskapasitet per innbygger. Derfor ser vi også at i slike markeder er penetrasjonen av "Managed Care" høy (Dranove m.fl. 1998). Siden sykehusene her sterkt ønsker å la seg rekruttere til en "Managed Care" kontrakt er det lett for "Managed Care" å etablere seg. Det er foreløpig ikke mye empiri på effekter av konkurranse på kostnader/priser per sykehusopphold/ liggedøgn etter at "Managed Care" startet å vokse, men den empirien som finnes, viser at der konkurransen er høy, der er også prisene lavest (Melnick m.fl. 1992; Keeler m.fl. 1999; Kessler og McClellan 2000). I en paneldatastudie fra perioden 1984 til 1988 fant også Gruber at prisveksten var lavest der konkurransen og "Managed Care"-penetrasjonen var høyest (Gruber 1992).

Fra 1980 til 1995 ble antall liggedager ved sykehusene i USA redusert med 35 %. Over samme tidsrom falt antall sykehus fra 6 102 til 5 258, en reduksjon på 14 % (Cutler 2000). Veksten i de nasjonale aggregerte sykehuskostnader falt også betydelig på 1990-tallet. Frem til 1993 var utgiftsveksten i størrelsesorden 8 - 10 %. Fra ca. 1993 var den årlige veksten på bare 3 - 4 % (Levit m.fl. 2000). Oppfatningen er at innføringen av DRG-prising (Medicare) og veksten i "Managed Care" kan forklare noe, men langt fra alt av reduksjonen i kostnadsveksten (Dranove og Satterthwaite 2000). Minst to andre forklaringer er også relevante (Newhouse og Byrne 1988; Chan m.fl. 1997). For det første gjorde forbedret medisinsk teknologi at mye behandling kunne utføres som dagkirurgi/poliklinikk. For det andre skyldes noe av reduksjonen i kostnader at pasientene raskere ble utskrevet fra sykehusene og overført i pleie/tilsyn i andre institusjoner. Dette gir reduserte kostnader i budsjettposten for utgifter til sykehusbehandling, men vesentlig økte utgifter i budsjettposten for langtidspleie.

Spørsmålet er imidlertid om mindre kostnadsvekst for sykehusbehandling har medført dårligere kvalitet. Så vidt vi kjenner til finnes det ikke studier som direkte har belyst hvordan økt konkurranse om kontrakter på grunn av veksten i "Managed Care" har påvirket kvaliteten. Det finnes imidlertid flere



studier som har sammenlignet kvaliteten på sykehusbehandlingen mellom pasienter behandlet etter kost-plusskontrakter og fastpriskontrakter. Disse studiene er relevante, siden en viktig effekt av den økte konkurransen er veksten i fastpriskontrakter. I en oversiktsartikkel oppsummerer Miller og Luft (1997) 15 slike studier. Disse viser til dels motstridende funn, men ingen klare holdepunkter for at kontraktstype har effekter på kvalitet. Kessler og McClellan (2000) har undersøkt hvorvidt økt konkurranse i kombinasjon med fastpriskontrakter påvirker behandlingsresultatet for pasienter som har fått sykehusbehandling for hjerteangrep. De finner en tydelig effekt av konkurransen. Dess høyere konkurranse, i form av høyere "Managed Care" penetrasjon, dess lavere sannsynlighet for å dø etter sykehusbehandling.

Erfaringene fra innføringen av de indre markeder i National Health Services i Storbritannia sammenfaller ikke helt med erfaringene med "Managed Care" og konkurranse i USA (Propper og Søderlund 1998; Stoltzfus Jost m.fl. 1995). Fra 1. april 1991 innførte regjeringen i Storbritannia et skille mellom bestillere og leverandører av sykehus tjenester. Det var to bestillere: District Health Authorities (DHA) og grupper av legepraksiser (General Practice Fundholders = GPFH). Legepraksiser må ha et minimumsantall på 5000 pasienter (1995 tall) for å få et bestilleransvar. Bestilleransvaret for akutt sykehusbehandling, sykehus tjenester knyttet til graviditet og fødsel, mentale lidelser, kreftbehandling og nyre- og urinveissykdommer var hos DHA. I tillegg dekket DHA kostbare behandlinger (over £6000 per år). I 1995 hadde ca. 40% av alle legepraksiser et bestilleransvar. Disse dekket ca. halvparten av befolkningen (Fattore 1999). Ideen bak de indre markeder i Storbritannia har mange fellestrekk med fremveksten av "Managed Care" organisasjoner i USA. Det var ingen begrensninger på hvor DHA og GPFH kunne kjøpe sykehus tjenester, og de inngikk detaljerte fastpriskontrakter om behandlingen. Begrunnelsen for reformen var at når sykehusene måtte begynne å konkurrere om oppdrag, så ville ventetiden bli redusert, effektiviteten øke og kostnadene falle. Langt på vei uteble imidlertid disse effektene (LeGrand m.fl. 1998; Propper og Søderlund 1998; Propper m.fl. 1998; Propper 1996; Søderlund m.fl. 1997; Enthoven 2000). For eksempel medførte økt konkurranse bare reduserte priser/kostnader for noen tjenester, og størrelsen på disse prisreduksjonene var også relativt små (maksimalt 10%)<sup>16</sup>.

Den relativt svake effekten av konkurranse er overraskende, ikke minst siden reformene i Storbritannia delvis var inspirert av de positive erfaringene med konkurranse i USA. Sammenligningen med USA blir imidlertid ikke helt treffende siden de to landene hadde så ulik før-situasjon for sine reformer.

---

<sup>16</sup>Vi kjenner ikke til studier som har studert effekten av konkurranse etter omorganiseringen av National Health Services i 1997.

Hovedproblemet i USA var for sterk kostnadsvekst, delvis på grunn av kostplussfinansiering av sykehusene. En Medicare reform hvis siktemål var å innføre fastpriskontrakter for å bremse på kostnadsveksten kunne langt på vei forutsees å bli effektiv. Storbritannia hadde lave kostnader til sin helse-tjeneste, sykehusene inkludert, før de innførte sine interne markeder (OECD 1994). For eksempel utgjorde helseutgiftene i USA i 1982 10,3 % av bruttonasjonalproduktet, mens utgiftene i Storbritannia bare utgjorde 5,9 %. I 1992 var tallene for USA og Storbritannia henholdsvis 14,0 % og 7,1 %. Problemet i Storbritannia før reformen var nok like mye underfinansiering som for høye kostnader, noe blant annet lange ventelister for behandling gav en indikasjon på. I en slik situasjon, med underkapasitet i sykehusene, er det nok mer begrenset hvor mye prisene kan presses.

En medvirkende årsak til den svake effekten av konkurranse var også manglende incentiver for bestillerne til å opptre aggressivt nok i forhandlingene med sykehusene (Hoffmeyer og McCarthy 1994; Fattore 1999). For eksempel var det klare begrensninger på hvordan DHA og GPFH kunne bruke et eventuelt overskudd fra forhandlinger med sykehusene. DHA kunne ikke beholde overskuddet og hadde ikke muligheter til å bygge opp en finansiell reserve. GPFH kunne heller ikke ta et overskudd ut i økt lønn til de ansatte, men måtte foreta reinvesteringer i praksisen<sup>17</sup>. Dette medførte en sterk vekst i hjelpetjenester knyttet til praksisen (for eksempel fysioterapi) som etter manges mening har lav effektivitet og som virker kostnadsdrivende. Videre medførte reformene i seg selv svære administrasjonskostnader (Ellwood 1996). Dette skyldes mellom annet at sykehusene måtte utvikle informasjonssystemer for sine reelle kostnader for produksjonen av sykehustjenester. Samtidig påløp det kostnader forbundet med sterk grad av detaljert sentralstyring i form av lover, forskrifter etc. som et resultat av reformen. I USA, til sammenligning, hadde både sykehus og forsikrings-selskap i mye større grad enn i Storbritannia kunnskap om priser og kostnader før "Managed Care" begynte å etablere seg.

En viktig problemstilling ved innføringen av de indre markeder var hvorvidt man ville få pasientseleksjon; dvs. at GPFH og sykehusene fortrinnsvis ønsket å knytte til seg flest mulig "friske pasienter". Dette ville gi høy inntjening med lav innsats. Både Goodwin (1998) og LeGrand (1999) har gått gjennom den britiske litteraturen. De finner ikke støtte for at pasientseleksjon har forekommet. De mener at en viktig grunn til dette er at GPFH ikke er budsjettmessig ansvarlig for pasienter som trenger kostbare behandlinger (se ovenfor).

---

<sup>17</sup> Dette er vesentlig forskjellig fra i USA hvor gevinsten i mye større grad kommer forsikringstakerne (pasientene) til gode i form av lavere premier, eller bedre tilbud.

Den svenske sykehussektoren har fra midten av 1980 tallet gjennomgått en gradvis deregulering. Et generelt utviklingstrekk er at rammefinansiering gradvis ble avløst av DRG finansiering. Ved DRG finansieringen fikk sykehusene tildelt ansvaret for både sine kostnader og sine inntekter. En konsekvens av DRG finansieringen var at kostnadene steg kraftig som følge av økt aktivitet. Det ble derfor innført kostnadskontroll i form av et tak, hvor produksjonen utover dette taket ikke gav inntekter til sykehusene, noe som også medførte et lavere aktivitetsnivå. I flere landsting (fylker) ble etter hvert DRG finansieringen erstattet av rene bestiller-utfører modeller, hvor målsettingen var å øke kostnadseffektiviteten ved å utsette sykehusene for konkurranse. Kaarbø og Østergren (2001) oppsummerer erfaringene med de svenske sykehusreformene. Et generelt funn er at det er store variasjoner i produktiviteten mellom sykehus, uavhengig av finansieringssystem. Innføringen av interne markeder gav en effektivitetsgevinst like etter at disse markedene ble innført; dvs i perioden 1991-94 (Gerdtham m.fl. 1999a; Gerdtham m.fl. 1999b). Effekten forsvant imidlertid etter hvert, og på slutten av 1990 tallet ble det rapportert om et fall i produktiviteten. Dette skyldes delvis en dårlig koordinering av den statlige styringen og landstingenes bestillerfunksjon noe som medførte svekkede incentiver for effektivitet. Kaarbø og Østergren (2001) oppsummerer også studier som har evaluert den medisinske kvaliteten på behandlingen i lys av reformene. De finner ikke holdepunkter for at den medisinske kvaliteten har blitt svekket.

### ***5.2.2 Kommunene som bestillere i lys av de internasjonale erfaringene***

Forskningen viser at konkurranse har betydning for effektivitet, under forutsetning av at offentlige myndigheter/forsikringsselskaper står som oppdragsgivere og at tjenesteytingen finansieres gjennom fastpriskontrakter. Å bruke kommunene som bestillere har paralleller til de 100 Health Authorities i Storbritannia, som bestiller helsetjenester på vegne av befolkningen. De regionale helseforetakene får tilsvarende rolle som Health Services Trusts ved at de bare har eier- og produsentansvar for tjenesten. Som beskrevet foran hadde Health Authorities svake incentiver til å opptre som pågående bestillere, og dessuten var det knapphet på kapasitet i det britiske systemet. Trolig har kommunene et sterkere motiv til å fremforhandle gunstige kontrakter med sykehus og andre produsenter fordi frigjorte midler både kan brukes til helseformål, andre formål og til skatte- og avgiftslettelser. Dessuten er kapasiteten i det norske helsevesenet bygget sterkt opp det seneste tiåret (se diskusjon i innledningen). Dagens kapasitet er høyere enn i England, men lavere enn i USA. Basert på de internasjonale erfaringene bør det derfor være mulig å oppnå en viss effektivitetsgevinst ved en bestiller-utfører-organisering Akershus fylkeskommune kjøpte en betydelig andel av sykehustjenestene fra eksterne

sykehus, og erfaringen er at dette ga fylkeskommunen en viss kostnadsgevinst sammenlignet med produksjonen i egen regi. Også fordi de ulike helseregionene har forskjellig kapasitet kan det gi gevinster for kommunene å kunne kjøpe tjenester fra to eller flere regioner særlig når befolkningen er bosatt i grenseområdene til flere av helseregionene.

Et hovedproblem ved finansieringen av norske sykehus har vært de myke budsjetttrammene; kontraktene har ikke vært troverdige. En bestiller-utfører organisering kan "hardne" budsjetttrammene på to måter. Oppmerksomheten vil bli forskjøvet fra sykehusenes økonomi til kommunenes økonomi og kommunenes evne til å sørge for befolkningens helsetilbud. Forventninger om underskudd og påfølgende reduksjoner i aktivitet ved et statlig sykehus vil gi et svakt grunnlag for politisk press på nasjonale myndigheter så lenge kommunene kan tilby sin befolkning tilfredstillende sykehustjenester. Dessuten har kommunene trolig et svakere grunnlag for å øve politisk press. Kommunen skal prioritere mellom ulike offentlige oppgaver, og har en viss mulighet til å øke inntektene gjennom økte gebyrer og høyere skatter. Særlig vil dette gjelde hvis kommunene får utvidet beskatningsfrihet.

Bestiller-utfører-organisering "løser" ikke troverdighetsproblemet fullstendig. Staten har en dobbeltrolle ved å fordele tilskudd til kommunene og ved å være eier for sykehusene. Sett at det oppstår et budsjettunderskudd ved et sykehus som følge av at det har inngått ugunstige kontrakter med kommunene. Anta at staten er "hard" overfor sykehuset, og sier at det vil bli nedlagt hvis lønnsomheten forblir like dårlig. Kommunen kan da se seg tjent med å tildele sykehuset en mer gunstig kontrakt av hensyn til tilgjengelighet og lokale arbeidsplasser, selv om dette medfører høyere lokale skatter. For sykehuset kan budsjetttrammen bli ytterligere myk hvis kommunen kan bruke sykehusøkonomi som argument for å få økte overføringer. Anta at kommunen er "hard" overfor sykehuset, og sier at den ikke vil reforhandle inngåtte kontrakter. Budsjetttrammene kan likevel bli myke hvis staten som eier sørger for at sykehuset opprettholdes gjennom gjentatt refinansiering og tilførsel av likviditet. Det følger av dette at både staten og kommunen må innta en "hard" strategi for at organisasjonsmodellen skal føre til mer troverdige kontrakter.

En innvending mot å bruke kommunene som bestillere er som sagt at flere kommuner blir for små til å investere i den ekspertise og infrastruktur som kreves for å kunne fremforhandle kontrakter. Og en mulighet er å etablere interkommunale selskaper som blir store nok. Alternativt kan vi tenke oss rene helsekommuner. Dette er sammenslutninger av kommuner som rendyrker sin rolle som helsebestillere. Kommunene vil selvsagt arbeide tett opp mot fastlegene, som vil spille en viktig rolle ved vurderingen av kvalitet

og tjenestetilbud. Dersom man velger en løsning med helsekommuner kan et eventuelt overskudd fra et godt forhandlingsresultat tilbakeføres som en gevinst til de enkelte kommuner. Alternativt kan det brukes til å kjøpe ekstra sykehus tjenester.

Modellen med uavhengige tilbydere og etterspørere vil delvis være uforenlig med fritt sykehusvalg. Her er det imidlertid slik at gevinsten fra å etablere store innkjøpsorganisasjoner kan være vesentlig større enn gevinsten fra at pasientene selv kan velge sykehus. Erfaringer fra USA tilsier at fritt sykehusvalg ikke har effekt på kostnadseffektiviteten ved sykehusene (Dranove og Satterthwaite 2000). Pasientene har forsikring, sykehusoppholdet er gratis eller tilnærmet gratis, noe som gjør at de ikke har incentiver til å velge sykehus på grunnlag av pris. For mye av behandlingen vil pasientene heller ikke ha grunnlag for å velge sykehus på grunnlag av kvalitet. I dag er det ikke utviklet gode nok kvalitetsindikatorer for at pasientene kan ta et velbegrunnet valg av sykehus og lege. For akuttbehandling er det også usannsynlig at valgfrihet har noen reell betydning. De enkelte kommuner må også ta hensyn til innbyggernes ønsker. Kommunene kan inngå avtaler med flere ulike sykehus. Pasientene vil neppe kunne velge mellom alle landets sykehus, men noe valgfrihet bør kunne sikres ved at pasientene fritt kan velge behandling innenfor de sykehus kommunene inngår avtaler med.

En bestiller-utfører modell krever at kommunene bygger opp en administrasjon rundt forhandlingene om kontrakter med sykehusene. Fastlegene vil her få en viktig rolle som faglige rådgivere. Dette reiser selvsagt spørsmålet om hvilke avtaleforhold fastlegene bør ha med kommunene. I dag kan en fastlege etablere seg i en kommune dersom han får tilstrekkelig med listepasienter; dvs. kommunene regulerer antallet leger gjennom antallet listepasienter de kan tilby. Kommunene yter et tilskudd på nesten kr 300 per listepasient, den øvrige inntekten mottas fra egenandeler fra pasientene og fra trygderefusjoner. For kommunen bør det være mulig å ha flere avtale typer; kontrakter der fastlegene fortsetter som i dag eller som kommunalt ansatte leger som deltar mindre i klinisk arbeide, men som arbeider nært opp til kommunens administrasjon rundt forhandlinger og oppfølging av sykehusene. I en overgangsfase vil det selvsagt være kostnader med å bygge opp kunnskap og ekspertise for å kunne utøve bestillerfunksjonen. Det må blant annet innhentes informasjon om innbyggernes behov for helsetjenester innefor den enkelte bestillers område. Men noen av denne kunnskapen vil tvinge seg frem uansett. For eksempel arbeider myndighetene nå med utforming av kvalitetsindikatorer for sykehusene. Likeens krever DRG systemet at sykehusene har oversikt over kostnader ved de ulike tilbud.

En kan spørre om produsentene i de regionale sykehusforetakene får en type monopolmakt i forhold til kommunene og de interkommunale bestillerorganisasjonene. Det er bare fem regionale helseforetak, og det vil være et langt høyere antall bestillerorganisasjoner. Selv om kommunene kan kjøpe tjenester fra flere regionale helseforetak, fra private og utlandet er det statlige sykehuset i mange områder av landet det eneste realistiske alternativet. Mye av aktiviteten vil være øyeblikkelig hjelp, og erfaringsmessig er folk lite interessert i å reise langt for elektiv behandling. Ved fri priskonkurranse kan sykehuset presse opp prisene til bestillerorganisasjonen. Det regionale helseforetaket kan også kreve høyere priser i områder hvor det har sterk markedsrett, og ta lavere priser der det er mer konkurranse fra private sykehus og/eller utlandet. Dette vil fort anspore statlige myndigheter til ulike typer av prisregulering (eksempelvis maksimal DRG-pris, forbud mot prisdiskriminering), noe som både svekker konkurransen og fører til "mykere" budsjetttrammer. Sykehuset kan hevde at maksimalpriser er forklaringen på en kostnadsoverskridelse.

Et mulig svar på disse problemene er å avskaffe de regionale foretakene, og la sykehusene bli fristilte selvstendige enheter. Alternativt kan man tenke seg grupper/clustere av sykehus; men hvor poenget er at man har flere tilbydere som innbyrdes konkurrerer med hverandre. En mulig innvending mot fristilte sykehus er at man da mister muligheter til sentral styring med funksjonsfordelingen, herunder investeringer i kapital, mellom sykehus. På den annen side, det kan tenkes at en bestiller-utfører organisering også kan gi en fornuftig arbeidsdeling mellom sykehusene. Erfaringene fra USA er at overinvestering i kapital var et resultat av refusjonsbaserte kontrakter i kombinasjon med fritt sykehusvalg. Bruk av fastpriskontrakter i kombinasjon med sterke etterspørere (Managed Care organisasjoner) har derimot frigjort overflødig kapital og gitt en mer hensiktsmessig arbeidsdeling mellom sykehusene (Cutler 2000). En lignende utvikling kan tenkes ved en bestiller-utfører organisering av de norske sykehusene.

## 6 Oppsummering

Finansieringssystemer reflekterer avveininger av mål: Kvalitet versus kostnadseffektivitet, eller kostnadskontroll versus tilgjengelighet. Valg av finansieringssystemer bør reflektere en avveining av disse hensynene. Men problemet kompliseres ytterligere av offentlig helseforsikring. Helsetjenester finansieres over alminnelige skatter, det er obligatorisk medlemskap i forsikringsselskapet og nasjonalforsamlingen er forsikringsselskapets styre. Erfaringen er at offentlige finansieringssystemer lett perverteres gjennom løpende politikktutforming. Når bevilgningene fastsettes ut fra iøynefallende problemer og kortsiktige hensyn blir lett prinsippene for et finansieringssystem utvasket. Offentlige bevilgninger lar seg vanskelig disiplinere bare ved at Stortinget vedtar et finansieringssystem.

Vi tok utgangspunkt i tre ulike finansieringssystemer i kapittel 3: Per capita-tilskudd, produksjonstilskudd og refusjonsordninger. Hver av disse ordningene kan ha en åpen eller lukket ramme. Videre har vi drøftet tre alternative organisasjonsformer med tilhørende finansiering:

- A. Dagens organisering basert på regionale helseforetak (RHF)
- B. Integrerte regionale helseforetak (omtalt som vertikal integrasjon, IRHF)
- C. Bestiller-utfører organisering (omtalt som virtuell integrasjon, VIHF)

Tabellen nedenfor oppsummerer våre forslag:

Tabell 6.1. Alternative organisasjonsmodeller og finansieringssystemer

Organisasjonsmodell	Finansieringssystem
(A) Regionale helseforetak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per capita-finansiering dimensjonert for å ivareta en forventet pasienttilstrømning</li> <li>• Et produksjonstilskudd som toppfinansiering (DRG-priser som dekker driftskostnader eller en viss andel av driftskostnadene) for at RHF skal kunne møte uventet høye pasientbehov</li> </ul>
(B) Integrerte regionale helseforetak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per capita-finansiering som i A, men også dimensjonert for å finansiere primærhelsetjenesten</li> <li>• Toppfinansiering av sykehusene (DRG-priser som dekker driftskostnader eller en viss andel av driftskostnadene)</li> <li>• Finansiering av fastlegeordningen etter dagens hovedmodell (per capita-tilskudd kombinert med åpent refusjonstilskudd for behandling)</li> </ul>
(C) Virtuelt integrerte helseforetak (bestiller-utfører modellen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per capita-finansiering av kommunene (interkommunale selskaper) for å ivareta nasjonal forsikringsdekning av helsetjenesten</li> <li>• Kommunene kan toppfinansiere det lokale helsetilbudet ved lokale skatter, enten for å dekke kortsiktige svingninger i pasientbehov eller for å tilby utvidet helseforsikring</li> <li>• Finansiering av fastlegeordningen etter dagens hovedmodell (per capita-tilskudd kombinert med åpent refusjonstilskudd for behandling)</li> </ul>

#### Regionale helseforetak: Hvordan få troverdige kontrakter?

I tråd med forvaltningsreformer eksempelvis i skole- og barnehagesektoren er det nærliggende å tenke seg at de regionale helseforetakene bør finansieres med et åpent produksjonstilskudd (DRG-priser). Stortinget tar stilling til hvilke behandlingstilbud som skal inngå i den statlige forsikringsdekningen, og “pengene vil deretter følge pasienten”. Gjennom fritt sykehusvalg over hele landet kan en dessuten håpe at systemet ansporer sykehusene til å konkurrere om pasienter.

Grunnproblemet med denne modellen er at DRG-prisene *ikke* avspeiler befolkningens betalingsvillighet for helsetjenestene – DRG-prisene måler gjennomsnittlige produksjonskostnader for ulike typer av diagnoser. I praksis er det trolig umulig å etablere priser som avspeiler betalingsvilligheten fordi denne også varierer med egenskaper ved pasientene. Internasjonal forskning tyder *ikke* på at en slik modell vil ha gode egenskaper: Konkurransen om enkeltpasienter virker ikke effektivt, og et



helt åpent produksjonstilskudd gir for svak kostnadskontroll. Vi kjenner heller ikke til noen private eller offentlige forsikringsordninger som tilbyr sykehusene et helt åpent produksjonstilskudd, eksempelvis bestemt ved DRG-priser. Åpne systemer er gjerne underlagt ulike typer av administrative kontroller for å ivareta hensynet til kostnadskontroll (og kvalitet). Slike systemer (retningslinjer for prioritering, praksisrevisjon) er ikke i samsvar med systemet med uavhengige foretak. Et åpent produksjonstilskudd fremstår derfor som en uaktuell finansieringsordning.

Et alternativ er at RHF blir finansiert med et per capita-tilskudd, nettopp for å ivareta hensynet til kostnadskontroll. RHF dekker forholdsvis store befolkningsgrupper, slik at det er lite behov for å "risikojustere" tilskuddet. Sammenlignet med produksjonstilskudd vil det være mindre behov for å supplere per capita-tilskuddet med "øremærkinger" og refusjonsordninger fordi faren for uønsket vridningseffekter er mindre.

Per capita-finansieringen forutsetter rasjonering av helsetjenester og pasientgrupper. Selve foretaksorganiseringen er derfor et argument mot per capita-modellen. Styrene i RHF er såkalte profesjonelle styrever. Disse styrene har ikke et demokratisk mandat til å foreta krevende prioriterings- og rasjoneringsbeslutninger - selve organiseringen legger opp til at RHF opptrer som profesjonell eier. Per capita-modellen bør derfor kombineres med mer spesifiserte og lovfestede rettigheter etter mønster av privat helseforsikring. For eksempel kan pasientene gis rett til behandling innen en viss tidsfrist, og oversittes denne fristen har pasienten mulighet til å få behandling utenfor RHF. RHF blir da en forvalter av nasjonale rettigheter, og vil slik sett være nærmere organisatorisk beslektet med et trygdekontor enn en fylkeskommune i den tidligere sykehusorganiseringen. Helsetjenester lar seg ikke rettighetsfeste med samme presisjon som rettigheter til trygde- og pensjonsytelser, noe som kan medføre et stort omfang av kostbare rettstvister og legitimitetsproblemer fordi befolkningens forventninger ikke lar seg innfri. Dermed kan prioriteringsbeslutningene i per capita-modellen føre til legitimitetsproblemer i befolkningen, noe som lett utløser politisk intervensjon i beslutningene til RHF. Dette vil i så fall være i strid med ideen om forholdsvis uavhengige foretak.

Hovedproblemet med per capita-modellen er troverdighet: Det er usikkerhet om pasienttilstrømmningen og dermed om kostnadsanslaget for det regionale helseforetaket. Hvis behovet for pasientbehandling blir høyere enn per capita-bevilgningen vil departementet og/eller Stortinget sørge for at RHF får høyere inntekter, slik at pasientene holdes skadesløse. Det enkelte sykehus og RHF vet dette, og det er derfor en fare for at per capita-rammen ikke tas alvorlig. Dette svekker incentivet til kostnadseffektiv drift og til å

prioritere de sykeste pasientene. Som nevnt foran kan troverdighetsproblemet med per capita-rammer være større med dagens foretaksorganisering sammenlignet med det tidligere fylkeskommunale ansvaret for sykehusene.

Vårt forslag er å bøte på dette ved å supplere per capita-rammen med en toppfinansiering som skal fange opp uventede svingninger i behovet for pasientbehandling. Vi har foreslått å dimensjonere denne som en DRG-pris fastsatt slik at den dekker en viss andel av driftskostnadene ved behandlingen. Toppfinansieringen gir RHF muligheter til å øke produksjonen som svar på økt etterspørsel, og departementet kan med større tyngde og troverdighet kreve at RHF holder budsjettmålene. Systemet bør derfor ha noe bedre "politisk bærekraft" enn et system med rene per capita-tilskudd. En annen fordel er at toppfinansieringen håndterer at pasientene har rett til å velge sykehus også utenfor egen helseregion (på samme nivå).

Men systemet kan føre til at toppfinansieringen også benyttes i situasjoner som oppdragsgiver definerer som en forventet pasienttilstrømning. Desto sterkere dette vektlegges, jo lavere andel bør DRG-prisen i toppfinansieringen være. Topp-finansieringen kan tenkes å skape uheldige vridningseffekter fordi RHF og sykehus oppnår en større marginal inntekt ved å øke DRG-produksjon på bekostning av annen produksjon. Dette er neppe en avgjørende innvending – myke tjenester kan behandles som et separat oppdrag med "øremerkede tilskudd".

### **Integrerte regionale helseforetak: Et norsk svar på en internasjonal utvikling?**

Integrerte regionale helseforetak (der RHF overtar eier- og finansieringsansvaret for primærhelsetjenesten) er et svar på problemene med dårlig samordning mellom kommunehelsetjenesten og sykehussektoren, problemer som både svekker kvaliteten i helsetilbudet og virker kostnadsdrivende. Statlige reguleringer og økonomiske incentiver har så langt ikke løst disse vanskelighetene. Vertikalt integrerte helseorganisasjoner vinner markedsandeler i USA, noe som kan tolkes som et økende behov for vertikal samordning i helsetjenesten. Og i prinsippet kan IHRF gjennom hierarkisk organisering sørge for god pasientflyt mellom forskjellige helseinstitusjoner, og modellen gir IRHF incentiver pasientbehandling på "laveste effektive omsorgsnivå".

At en modell med vertikal integrasjon vinner frem i USA med konkurranse mellom forsikringsselskaper betyr ikke at et analogt system vil gi gode resultater i et system med offentlig helseforsikring. Noe av fremveksten av heldekkende "medical groups" kan være motivert med et ønske om

markedsrett gjennom kontroll over alle deler av verdikjeden. Integrerte organisasjoner kan bli effektive produsenter av helsetjenester når disse disiplineres av markedskonkurransen, mens det trolig er en fare for at disse store organisatoriske klyngene blir lite styrbare og rigide. I tillegg har de integrerte regionale helseforetak det samme grunnproblemet som de eksisterende organisasjonsmodellen med RHF: Lite troverdige kontrakter.

### **Virtuell integrasjon: Et koordinert helsetilbud som også skaper konkurransen?**

Fortsatt er troverdighet et kritisk problem med toppfinansieringsmodellen for RHF og IRHF: Økte kostnader som følge av svak kostnadseffektivitet vil utløse statlige tilleggsbevilgninger. Dermed gjenstår hovedproblemet i det som er og blir grunnproblemet i norsk sykehusfinansiering: *Myke budsjetttrammer gir svake incentiver til kostnadseffektiv drift og til overordnet kostnadskontroll.*

Virtuell integrasjon innebærer at finansieringsansvaret for sykehusene overføres fra RHF til kommunene, slik at kommunene får et samlet bestilleransvar for helsetjenester. Denne organiseringen skal dempe helsesektoren som en produsentstyrt tjeneste, og dessuten svare på de to kritiske problemene vi har identifisert. Koordineringshensynet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten blir integrert fordi man samler bestilleransvaret for alle helsetjenester på en hånd, i kommunene eller i interkommunale helseforetak. Dette gir incentiver til en effektiv dimensjonering av forebyggende helse-tjeneste, til å organisere fastlegetjenesten som pasientens rådgiver overfor øvrige tilbydere, til å inngå kontrakter med de kvalitets- og kostnadmessig gunstigste sykehusene (uavhengig av eierskap) og til bygge ut et apparat som tar imot ferdigbehandlede pasienter fra sykehusene. Det andre problemet er troverdighet, og dette søkes løst ved konkurranse og lokal beskatningsfrihet. Erfaringene fra USA og Storbritannia viser at en grunnleggende forutsetning for virksom konkurranse er god kapasitet. Inntil for få år siden var lange ventetider og knapphet på helsepersonell så vidt presserende at gevinstene ved konkurranse ville vært små. De seneste års investeringsprogram for sykehus, den sterke veksten i driftskostnader og bemanning (spesielt legeårsverk) har redusert ventelistene sterkt, og på flere områder er det god kapasitet. I en slik situasjon bør ytterligere vekst i tjenesteproduksjonen i alle fall delvis oppnås ved høyere arbeidsproduktivitet og bedret kostnads-effektivitet.

Konkurransen svekker tendensen til "myke budsjetttrammer" fordi kommunen velger hvilke sykehus den vil inngå kontrakt med. Sykehusets eventuelle budsjettkrise er derfor *ikke* et problem for kommunen og pasientene. Sykehuset har dermed mistet sitt trumfkort i budsjettspillet mot

staten: Pasienter som ikke får nødvendig behandling. Lokal beskatningsfrihet kan benyttes som en buffer mot uventet stor pasienttilstrømming, eventuelt til å utvide de nasjonale minsterettighetene til helsetjenester.

Dessverre er heller ikke bestiller-utfører modellen fri for lyter. Organiseringen forutsetter at kommunene kan bygge opp en kompetent bestillerorganisasjon som er koblet til fastlegeordningen. Dette er ikke gjort i en håndvending, men reiser i seg selv ikke prinsipielle vanskeligheter. Fritt sykehusvalg over hele landet er et mer krevende spørsmål fordi modellen forutsetter at kommunene inngår kontrakter med bestemte sykehus. Bestiller-utfører modellen forutsetter trolig en avgrensning i det frie sykehusvalget, eksempelvis til situasjoner der kontraktssykehusene ikke har tilstrekkelig kapasitet til å behandle pasientene.

Det største problemet ved “virtuell integrasjon” er likevel sykehusenes monopolmakt. Særlig sterk er sykehusenes markedsrettighet hvis disse er eid av RHF etter dagens system. Dette taler for at RHF deles opp i flere enkeltsykehus eller sykehusgrupper. Men selv i en slik situasjon vil sykehusene ha monopolmakt, både i kraft av geografisk nærhet og når de besitter spesialkompetanser. Kanskje vil det derfor være behov for å regulere sykehusenes markedsatferd, slik at de ikke krever urimelige priser, driver prisdiskriminering eller oppnår høy økonomisk avkastning. Men merk at hvis man går langt i denne retningen oppstår det troverdighetsproblemer, blant annet fordi statlige eide sykehus kan hevde at deres økonomiske problemer nettopp skyldes statlige reguleringer.

### **Sjokkterapi eller forsiktige eksperimenter?**

Vår analyse leder til en avveining mellom modellene A og C, det vil si mellom dagens regionale helseforetak finansiert med per capita-tilskudd kombinert med en DRG-priset toppfinansiering og en modell der kommunene er bestillere av helsetjenester, og finansieres ved per capita-tilskudd med lokal skatt som toppfinansiering. Er troverdighetsproblemene størst tilsier det overgang til C-modellen, men hvis monopolproblemene er størst trekker det i retning av å beholde systemet med regionale helseforetak, A.

Hovedstrategiene er skrittvis eksperimentering eller en sjokkterapi. Den første reformstrategi er begrunnet i at RHF nettopp er etablert. Med en *forsiktig eksperimentering* lar man en reform lykkes eller mislykkes før noe nytt prøves. Derfor bør regionale helseforetakene gis mulighet til å virke etter sitt formål. Styrene og ledelsen bør gis mulighet til å omstrukturere helsetilbudet innenfor sine regioner; RHF bør få tid til å utvikle et velfungerende samarbeid med primærhelsetjenesten, og RHF, departementet og Stortinget bør få mulighet til å bevise at vår beskrivelse av troverdighets-

problemene er urimelig pessimistisk. Kanskje får systemet virkelig får karakter av en disiplinert dialog ( “relasjonelle kontrakter”) mellom departement og RHF, og mellom RHF og HF; kanskje vil det lede til en mer effektiv og spesialisert sykehusstruktur og god samordning med primærhelsetjenesten. I så fall er løsningen å etablere et finansieringssystem som underbygger denne modellen – og vårt prinsippforslag med per capita-finansiering med toppfinansiering avviker ikke radikalt fra det etablerte systemet.

Alternativt kan det argumenteres for en *sjokkterapi*. Grunnleggende sett har den ferske modellen med RHF identiske systemegenskaper som styringsmodell som den avløste. Riktignok råder regionale helseforetak over større geografiske områder enn fylkeskommunen, og fylkeskommunale politikere er avløst av profesjonelle styrerepresentanter. Men begge systemer forutsetter at samkjøring av rollene som eier og bestiller, og de bygger begge på statlig fullfinansiering uten lokal beskatning som toppfinansiering. Tjue års erfaring med dette systemet er oppsummert i kapittel 3, og erfaringene er ikke gode. Det er derfor liten grunn til å forvente store forbedringer med RHF- systemet, og liten grunn til å vente på resultatene.

Sjokkterapien består i å innføre den virtuelle modellen: Ved en kombinert institusjonell og finansiell reform forplikter staten seg til en nasjonal minsteforsikring ved en grunnfinansiering av helsetjenester. Kommunene blir lokale forsikringsselskaper med mandat til å skrive ut lokal skatt til å bære kostnadene ved mer ambisiøs helseforsikring. Kommunens motiv til kostnadskontroll blir sterkere fordi velgerne i Fredrikstad ikke bidrar til å dekke budsjettunderskuddet i Lørenskog – eller vice versa. Velgernes vilje til å betale lokal helsekatt kan tenkes å øke fordi kommuneskatt kun finansierer lokale helsetjenester. Sjokkterapien kan bety at pasientens tilstand først forverres – men den langsiktige prognosen er likevel bedre enn ved alternativene.

Det finnes intet kompromiss eller høyere syntese mellom de to strategiene – her er det enten eller. Myndighetene må velge mellom de forsiktige eksperimenter og den sjokkerte terapi. Vår oppgave er å påpeke hvilke risiki man løper ved å velge det ene fremfor det andre. Spør leseren likevel etter vår skjønsmessige vurdering er svaret dette: Vi er pessimistiske når det gjelder dagens regionale helseforetak – og ser vårt forslag til finansieringsmodell som det beste av flere ondt. Sjokkalternativet fremstår som en aktuell fremtidsløsning – men krever mye av institusjonsbygging og styringsmessig disiplin.



## Referanser

- Aftenposten* (2002a): "Altfor mange leger i Norge allerede i 2003", på <http://tux1.aftenposten.no/nyheter/iriks/d169334.htm>, 20.08.02.
- Aftenposten* (2002b): "Velg og vrak sykehus", 02.08.02.
- Aftenposten* (2002c): "Reform for bedre sykehusvesen", 12.08.02
- Aftenposten* (1999): "Fritt sykehusvalg, men få vil flytte", 24.02.99.
- Ashby, J., Guterman, S. og Greene, T. (2000): "An analysis of hospital productivity and product change", *Health Affairs* 19: 197-205.
- Banks, D., Parker, E. og Wendel, J. (2001): "Strategic interaction among hospitals and nursing facilities: the efficiency effects of payment systems and vertical integration", *Health Economics* 10: 119.
- Carlsen, F. (1994): "Hospital financing in Norway", *Health Policy* 28: 79-88.
- Chan, L., Koepsell, T. D., Deyo, R. A., Esselman, P. C., Hasselkorn, J. D., Lowery, J. K. og Stolov, W. C. (1997): "The effect of Medicare's payment system for rehabilitation hospitals on length of stay, charges, and total payments", *New England Journal of Medicine* 337: 978-985.
- Cutler, D. M. (2000): *The changing hospital industry. Comparing not-for-profit and for-profit institutions*. London: The University of Chicago Press.
- Cutler, D. M., McClellan, M. og Newhouse, J. P. (2000): "How does managed care do it?", *Rand Journal of Economics* 31: 526-548.
- Cutler, D. M. og Zeckhauser, R. J. (2000): "The Anatomy of Health Insurance", kap. 11 i Culyer, A. J. og Newhouse, J. P. (red): *Handbook of Health Economics, Volume 1A*. Amsterdam: Elsevier.
- Dahlen, K., Kindseth, O., Lie, T., Mogseth, E. Og Østerlund Petersen, S. (2002): "Ventelister ved helseforetakene i Midt-Norge våren 2002", *Sintef UNIMED Rapport* nr. STF78 A025501.
- Den norske lægeforening (2002): Tabell 17, på <http://www.legeforeningen.no/utskrift.db2?jid=9940>, 03.06.02
- Dranove, D. (1988): "Pricing by nonprofit institutions: the case of hospital cost-shifting", *Journal of Health Economics* 7: 47-57.

- Dranove, D. og Satterthwaite, M. A. (2000): "The industrial organization of Health Care Markets", i Culyer, A. J. og Newhuse, J. (red.): *Handbook of Health Economics*. Oxford: Elsevier.
- Dranove, D., Shanley, M. og Simon, C (1992): "Is hospital competition wasteful?", *Rand Journal of Economics* 23: 247-262.
- Dranove, D., Simon, C. og White, W. (1998): "The determinants of managed care penetration", *Journal of Health Economics* 17: 729-745.
- Dranove, D. og White, W. (1998): "Medicaid-dependent hospitals and their patients: how have they fared?" *Health Services Research* 3: 163-185.
- Ellis, R. og McGuire, T. (1996): "Hospital responses to prospective payment: moral hazard, selection and practice style effects", *Journal of Health Economics* 15: 257-278.
- Ellwood, S. (1996): "Pricing services in the UK National Health Service", *Financial Accountability and Management* 12: 281-301.
- Enthoven, A. (1978): "Consumer choice health plan", *New England Journal of Medicine* 298: 650-658.
- Enthoven, A. (2000): "In pursuit of an improving National Health Service", *Health Affairs* 19: 102-119.
- Fattore, G. (1999): "Cost containment and health care reform in the British NHS", i Mossialos, E. og LeGrand, J. (red.): *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Feder, J., Hadley, J. og Zuckerman, S. (1987): "How did Medicare's prospective payment system affect hospitals?", *New England Journal of Medicine* 317: 867-873.
- Gal-Or, E. (1999): "The profitability of vertical mergers between hospitals and physician practices", *Journal of Health Economics* 18: 623-54.
- Gaynor, M., Haas-Wilson (1999): "Change, consolidation and competition in health care markets", *Journal of Economic Perspectives* 13: 141-64.
- Gerdtham U. G., Løthgren, M., Tambour, M. og Rehnberg, C (1999a): "Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis", *Health Economics* 8: 151-64.
- Gerdtham, U. G., Rehnberg, C. og Tambour, M. (1999b): "The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden", *Applied Economics* 31: 935-945.



- Goodwin, N. (1998): "GP fund holding", i LeGrand, J., Mays, N. og Mulligan, J-A. (red.): *Learning from the NHS Internal Market. Review of the evidence*. London: Kings Fund.
- Gruber, J. (1992): *The effect of price shopping in medical markets: Hospitals response to PPOs in California*. Cambridge MA: National Bureau of Economic Research 1992. Working Paper 4190.
- Guldvog, B. og Kopjar, B. (1999): "In-Hospital Mortality Rates in Norway 1994-97". HELTEF rapport 2/99. Nordbyhagen: Stiftelse for helsetjensteforskning.
- Guterman, S. og Dobson, A. (1986): "Impact of the Medicare prospective payment system on hospitals", *Health Care Financing Review* 7: 97-114.
- Guterman, S., Eggers, P., Riley, G., Greene, T. og Terrell, S. (1988): "The first three years of Medicare prospective payment: an overview", *Health Care Financing Review* 9: 67-77.
- Hagen, H. og Hatling, T. (1996): "Psykiatrisk poliklinisk virksomhet – en sammenligning av offentlig og privat praksis", *Sintef UNIMED Rapport* nr. STF78 A96515.
- Helsedepartementet (1995): Ventelistegarantien - kriterier og finansiering. St. Meld. Nr 44 (1995-96). Oslo 1995.
- Hjordtal, P. og Gulbrandsen, P. (2000): "Pasienten og det informerte valg", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 120:893.
- Hodgkin, D. og McGuire, T. G. (1994): "Payment levels and hospital response to prospective payment", *Journal of Health Economics* 13: 1-29.
- Hoffmeyer, U. K og McCarthy T. R. (1994): *Financing health care*. London: Kluwer Academic Publishers.
- Hyman, D. A. (1998): "Hospital conversions: fact, fantasy, and regulatory follies", *The Journal of Corporation Law* 23: 741-778.
- Johansen, K. (2001): "Nyttig informasjon? Hva mener allmennleger og pasienter om fritt sykehusvalg", *Sintef UNIMED Rapport* nr. STF78 A015010.
- Keeler, E. B., Melnick, G. og Zwanziger, J. (1999): "The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior", *Journal of Health Economics* 18: 69-86.
- Kessler, D. P. og McClellan, M. B. (2000): "Is hospital competition socially wasteful?", *The Quarterly Journal of Economics* 115: 577-615.

- Kaarbøe, O. og Østergren, K (2001): "Erfaringer fra ledelses- og organisasjonsreformer i den svenske helsesektoren på 1990-tallet". I Askildsen, J. E. og Haug, K: *Helse, økonomi og politikk*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- LeGrand, J. (1999): "Competition, cooperation, or control? Tales from The British National Health Service", *Health Affairs* 18: 27-39.
- LeGrand, J., Mays, N. og Dixon, J. (1998): "The reforms: success or failure or neither?", i LeGrand, J., Mays, N. og Mulligan, J-A. (red.): *Learning from the NHS Internal Market. Review of the evidence*. London: Kings Fund.
- Levit, K., Cowan, C., Lazenby, H., Sensenig, A., McDonnell, P., Stiller, J. og Martin, A. (2000): "Health spending in 1998: signals of change", *Health Affairs* 19: 124-132.
- Luft, H. S., Robinson, J. C., Garnick, D. W., Maerki, S. C. og McPhee, S. J. (1986): "The role of specialized clinical services in competition among hospitals", *Inquiry* 23: 83-94.
- Ma, A. (1994): "Health care payment systems: cost and quality incentives", *Journal of Economics and Management Strategy* 3: 93-112.
- McClellan, M. (1997): "Hospital reimbursement incentives: An empirical analysis", *Journal of Economics and Management Strategy* 6: 91-128.
- Melnick, G. A., Zwanziger, J., Bamezai, A. og Pattison, R. (1992): "The effects of market structure and bargaining position on hospital prices", *Journal of Health Economics* 11: 217-233.
- Miller, R. og Luft, H. (1997): "Does Managed Care lead to better or worse quality of care? A survey of recent studies show mixed results on Managed Care plan performance", *Health Affairs* 16: 7-25.
- Morrisey, M. A. (1994): *Cost shifting in health care. Separating evidence from rhetoric*. Washington DC.: The AEI Press.
- Nerland, S. M. (2001): *Er liggetid betinget av finansieringsordning? – en paneldataanalyse av 63 norske somatiske sykehus i årene 1976-1999*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap. Hovedoppgave.
- Newhouse, J. og Byrne, D. J. (1988): "Did Medicare's prospectiv payment system cause length of stay to fall?", *Journal of Health Economics* 7: 413-416.
- NIS Helsetjenesteforskning (1999): *Samdata sykehusrapport. Sykehussektoren 1998 - fra rammefinansiering til ISF*. Trondheim: Sintef Unimed. NIS rapport 3/99.

- NOU (1999:15): Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus.
- NOU (1997:18): Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste.
- NOU (1987:23): Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste.
- OECD.(2000): *OECD Health Data 2000. A comparative analysis of 29 countries*. Paris.
- OECD (1994): *The reform of health care systems. A review of seventeen OECD countries*. Paris. Health Policy Studies No. 5.
- Ot. prp. nr. 66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak m.m* (helseforetaksloven).
- Propper, C. (1996): "Market structure and prices: The responses of hospitals in the UK National Health Service to competition", *Journal of Public Economics* 61: 307-335.
- Propper, C. og Søderlund, N. (1998): "Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs", *Health Economics* 7: 187-197.
- Propper, C., Wilson, D. og Søderlund, N. (1998): "The effects of regulation and competition in the NHS internal market: the case of general practice fundholder prices", *Journal of Health Economics* 17: 645-673.
- Reinhardt, U. E. (2002): "Cross-National Comparisons Of Health Systems Using OECD Data, 1999", *Health Affairs* 21: 169-181.
- Riksrevisjonen (2002): Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus. Dokument nr 3:6. Oslo, 2002.
- Robinson, J. C. (1988): "Market structure, employment, and skill mix in the hospital industry", *Southern Economic Journal* 55: 315-325.
- Robinson, R. og Casalino, L. P. (1996): "Vertical integration and organizational networks in health care", *Health Affairs* 15: 7-22.
- Robinson, J. C., Garnick, D. og McPhee, S. (1987): "Market and regulatory influences on the availability of coronary angioplasty and bypass surgery in U.S. hospitals", *New England Journal of Medicine* 317: 85-90.
- Robinson, J. C. og Luft, H. S. (1985): "The impact of hospital market structure on patient volume, average length of stay, and the cost of care", *Journal of Health Economics* 4: 333-356.

- Robinson, R. og Steiner, A. (1998): *Managed health care*. Buckingham: Open University Press.
- Romzek, B. S. og Johnston, J.M. (2001): "State Contracting, Social Service Networks, and Effective Accountability: An Explanatory Model", Paper presented at the Annual Conference of the American Political Science Association, San Francisco, August 2001
- Røhme, K. og Kjekshus, L. E. (2001): "Når tiden telles - sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver", *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 121: 1458-61.
- Samuelsen, R. J. (1997a): "Møter og kontorarbeide stjeler fra planlagte operasjoner", *Aftenposten* 17. jan.
- Samuelsen, R. J. (1997b) "Sjeflege ved Ullevål: Vi opererer for lite", *Aftenposten* 18. jan.
- Statens helsetilsyn (2000): "Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998". IK-2697, Utredningsserien 1999 nr. 7.
- Stoltzfus Jost, T., Hughes, D., McHale, J. og Griffiths, L. (1995): "The British Health Care reforms, the American Health Care Revolution, and the purchaser/provider contracts", *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20: 885-908.
- Søderlund, N., Csaba, I., Gray, A., Milne, R. og Raftery, J. (1997): "Impact of the NHS reforms on English Hospital productivity: an analysis of the first three years", *British Medical Journal* 315: 1126-1129.
- Williamson, O. (1993): "The Economic Analysis of Institutions and Organizations – in general and with respect to country studies", OECD Economics Department Working Papers, No. 133.
- Zwanziger, J. og Melnick, G. A. (1988): "The effects of hospital competition and the medicare PPS program on hospital cost behavior in California", *Journal of Health Economics* 7: 301-320.