

SNF-rapport nr. 39/03

Statlig politikk overfor helsesektoren – regionale virkninger

av

**Frode Kristiansen
Kjell J. Sunnevåg**

SNF- prosjekt nr.: 4574
Statlig politikk overfor helsesektoren

Prosjektet er finansiert av Kommunal og regionaldepartementet.
(Effektutvalget)

SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
BERGEN, JUNI 2003

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

ISBN 82-491-0297-5
ISSN 0803-4036

FORORD

Rapporten er skrevet på oppdrag av Effektutvalget, nedsatt av Kommunal og regionaldepartementet. Frode Kristiansen har vært ansvarlig for kapittel 4 og pasientstrømsanalysen i avsnitt 3.2.1, mens Kjell J. Sunnevåg har vært ansvarlig for de øvrige deler. For øvrig vil vi rette en takk til Egil Kjerstad for verdifulle bidrag i arbeidet med rapporten.

INNHOLD

1 SAMMENDRAG	1
2 INNLEDNING	4
3 REGIONALE EFFEKTER AV HELSEPOLITISKE REFORMER.....	6
3.1 STRUKTUR, FUNKSJONSFORDELING OG EIERSKAP	6
3.2 PASIENTRETTIGHETER	12
3.3 FASTLEGEREFORM	20
3.4 FINANSIERINGSREFORMER I SYKEHUSSEKTOREN.....	23
3.5 NY APOTEKLOV	27
3.6 NYE REFORMER OG FORSLAG – NOU 2003:1	37
4 UTVIKLING I TILGJENGELIGHET OG KOSTNADER FOR HELSETJENESTENE.....	44
4.1 INNLEDING.....	44
4.2 SPESIALISTHELSETJENESTEN	46
4.3 SOMATISKE SYKEHUS	48
4.4 PSYKIATRISKE BEHANDLINGSTILBUD.....	68
4.5 PRIVATE LEGESPESIALISTER	71
4.6 KOMMUNEHELSETJENESTEN	72
4.7 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER	78
4.8 APOTEK OG MEDISINUTSALG	81
4.9 OPPSUMMERING	82
5 REFERANSER	83

SAMMENDRAG

I denne rapporten drøftes regionale virkninger av statlig politikk overfor helsesektoren. Vi har valgt å konsentrere oss om virkninger av følgende helsepolitiske reformer:

- Eierskapsreform
- Endringer i pasientrettigheter
- Fastlegereform
- Finansieringsreform
- Ny apoteklov

Bakgrunnen for disse reformene, innhold samt en drøfting av konsekvenser i et regionalt perspektiv er tema for kapittel 0 i rapporten. Under følger en punktvis oppstilling av rapportens hovedpoeng.

En viktig målsetting med **eierskapsreformen** var å styrke koordinering og ressursutnyttelse regionalt og nasjonalt. Videre var det en viktig målsetting å gi de regionale helseforetakene ansvar for å sørge for et tilfredsstillende helsetilbud i regionen, og den nødvendige frihet og mulighet til å organisere tjenestene på en slik måte at denne målsettingen ble realisert på en pasientorientert og kostnadseffektiv måte. Dette inkluderte muligheten til å inngå kontrakter med private aktører i helsemarkedet. Noen effekter med regionalt tilsnitt er:

- Fra *ex ante* politisk avklaring til styring på bedriftsøkonomisk grunnlag og *ex post ad hoc* politikk.
- Aksentuering av konflikt mellom bedriftsøkonomisk og samfunnsøkonomisk vurderingsgrunnlag.
- Tendens til en regional konsentrasjon av spesialistfunksjoner, ikke bare innenfor det regionale helseforetakets ansvarsområde, men også mellom regionene.
- Regional konsentrasjon av spesialist- eller akuttfunksjoner kan i særlig grad gå ut over kvinnearbeidsplasser og helsetilbud for kvinner i distriktene.
- Et press mot en revurdering av arbeidsdelingen mellom offentlige og private tilbydere av helsetjenester. Økende grad av konkurranseutsetting, og et større innslag av private aktører. Effektene kan være vanskelig å anslå, men vi kan notere oss at avtalene som de regionale helseforetakene har inngått med private sykehus omfatter institusjoner som i all hovedsak ligger i Oslo-området.
- For laboratoriefunksjoner og standardiserte inngrep og operasjoner kan man tenke seg at det eksisterer stordriftsfordeler som gjør at man kan se for seg en utvikling mot noen få større aktører som ligger geografisk og sentralt konsentrert.
- Vi kan etter hvert også forvente et større innslag av utenlandske aktører.

I **pasientrettighetsloven** rettes en sterkere fokus på pasienter for å styrke pasientenes rettsstilling. Loven gir blant annet pasientene rett til helsehjelp, vurdering, fornyet

vurdering (second opinion), valg av sykehus, medvirkning og informasjon, samtykke til helsehjelp, og innsyn i journal. En åpenbar effekt er:

- En effekt av styrkede pasientrettigheter er økt pasientflyt mellom regionene.
- En pasientstrømsanalyse indikerer at fritt sykehusvalg særlig har gitt økning i behandlinger i sentralt lokaliserte, private sykehus, for bosatte i storbyområder. Det er likevel indikasjoner på at lokalsykehus har evnet å øke andelen med pasienter fra andre helseregioner.

En sentral målsetting med **fastlegeformen** var bedret kvalitet i allmennlegetjenesten, samt bedret legetilgjengelighet - spesielt i mindre sentrale strøk. Foreløpige studier tyder på at reformen har ført til:

- Bedre serviceinnstilling hos allmennlegene og bedre tilgjengelighet.
- Antall ledige lister synes å ha vært stabilt det siste året. Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag er fortsatt blant de geografiske områdene som sliter mest.
- Flest ubesatte legestillinger i distriktskommunene.
- På den annen side har antall ubesatte legestillinger falt de siste årene, både for storbyområder, andre urbane områder og distriktskommuner.
- Grunn til å tro at det snart blir konkurranse om ledige legestillinger, også i distriktene.

Fra 1997 ble det innført et **finansieringssystem** for sykehusene basert på stykkprisfinansiering - innsatsstyrt finansiering. Reformen innebar at sykehusene fikk refundert deler av utgiftene til behandling av innlagte pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG).

- Effekter kan sees i sammenheng med vurderinger under pasientrettigheter. Denne delen av rapporten vil imidlertid bearbeides videre

En ny **apoteklov** trådte i kraft fra 2001. Den nye apotekloven markerte slutten på det gamle bevillingssystemet, der myndighetene bestemte hvem som skulle få eie det enkelte apotek, hvor mange apotek det skulle være og hvor nye apotek skulle lokaliseres. Videre innebar lovendringen at det var mulig for andre enn farmasøyter å eie apotek. En rekke virkemidler benyttes for å sikre uheldige distriktmessige konsekvenser av endringene i lovgivningen, Vi har likevel pekt på flere effekter med en regional dimensjon:

- Antall private apotek har økt betydelig. De nye apotekene er ikke bare kommet i Oslo-området, men etablering har likevel i hovedsak skjedd i sentrale strøk.
- Apotekdekning i form av færre innbyggere per apotek har blitt bedre i alle landets fylker.
- Endringer i fraktrefusjonsordningen vil i særlig grad ramme de som er bosatt i grisgrendte strøk.

- Sterkere konkurranse og knappere marginer i sentrale strøk innebærer at vi kan forvente større grad av regionalt differensierte priser på ikke reseptbelagte legemidler.

Sykehusfinansieringsutvalget (NOU 2003:1) kommer med en del forslag som berører dagens finansiering av spesialisthelsetjenester, og som sikter mot å støtte opp under den strukturen som har blitt etablert gjennom de helsepolitiske reformer som har blitt gjennomført. Her vil vi først og fremst peke på følgende mulig effekt, om utvalgets forslag blir fulgt opp:

- Dersom finansieringsansvaret for all syketransport overføres til regionale helseforetak vil dette kunne føre til en større grad av utvikling eller bevaring av et desentralisert behandlingstilbud for enkelte av de tjenestene som hører inn under av spesialisthelsetjenesten.

I kapittel 4 presenterer vi deskriptiv statistikk som er spesielt utarbeidet for rapporten og som indikerer at:

- Det er tydelige forskjeller i ressursinnsats og forbruk av helsetjenester, mellom helseregioner.
- Det er også store forskjeller i forbruk av helsetjenester mellom kommuner, etter sentralitet. Når ulikheter i aldersfordeling tas i betraktning blir forskjellene mindre.
- Forbruk av visse somatiske sykehustjenester fremstår som høyere per innbygger i distriktskommuner. Disse forskjellene finnes også innenfor Helse-regionene.
- Liggetid i somatiske sykehus for innbyggere bosatt i distriktskommuner er kortere. Dette samsvarer ikke med likhet behandlingstyngde på tvers av bosattes kommunetype.
- Kortere liggetid i sykehus for innbyggere bosatt i distriktskommuner, kan kanskje forklares med lokalsykehusenes bedre samarbeid med kommunenes pleie- og omsorgstjenester.
- Privatpraktiserende spesialister med offentlig driftsavtale er konsentrert til sentrale deler av landet, særlig Oslo.
- Det er høyere allmennlegedekning, men også høyere legemangel per innbygger i distriktskommuner. Nasjonalt er legedekningen høy og fortsatt stigende.
- Pleie- og omsorgstilbudet har en ulik sammensetning i byområder vs. Distriktskommuner. I byområder er dekningsgrad ved hjemmesykepleie høyest, i distriktskommuner er dekningsgrad ved sykehjemsplasser høyest.
- Med etablering av nye apotek øker sentraliseringen til storbyområdene.

INNLEDNING

Helsesektoren i de skandinaviske landene har mange felles trekk, men med noe ulik organisering og styring av spesialisthelsetjenestene. Felles for Norge, Sverige og Danmark er at landene har et system med sosialforsikring hvor utgiftene i forbindelse med helsetjenester i hovedsak finansieres gjennom skatter.

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

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

Også i Norge har det i løpet av de siste 10-15 årene blitt gjennomført flere viktige helsepolitiske reformer. Faktorer som økende ventelister for behandling, svak økonomistyring og store underskudd var utløsende, og løsningene var til en viss grad motivert av det nye paradigmet ”new public management”. Den siste og mest omfattende reformen var at myndighetene skilte sykehusene ut fra den offentlige forvaltning, overførte eierskap fra fylkeskommunene til staten, og etablerte såkalte helseforetak. En av målsettingene med dette var å bidra til bedre funksjonsfordeling mellom institusjoner innenfor regionene. En annen viktig reform på 90-tallet var innføringen av *fritt sykehusvalg*. Målsettingen med dette er å styrke pasientrettigheter, samt å bruke fritt sykehusvalg til å skape en viss konkurranse mellom sykehus. En tredje reform som det kan pekes på i denne sammenheng, er innføringen av *innsatsstyrt finansiering*. Innsatsstyrt finansiering bygger på antagelsen om at sykehusene vil reagere på økonomiske insentiver på en slik måte at det blir lønnsomt for sykehuset å øke kvaliteten uten å øke kostnadene. Andre reformer som vi også vil komme inn på er regionale implikasjoner av er pasientrettighetslovgivningen, fastlegeordningen og ny apoteklov.

En sentral målsettingen i utformingen av den *statlige helsepolitikken* er å sikre hele befolkningen, uavhengig av bosted, tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Reformene har det fellestrekk at de eksplisitt søker å påvirke institusjoners insentiver på en måte som kan gi endringer både i kostnader, kvalitet og tilgjengelighet. Fastlegenes insentiver endres også med omsyn til valget mellom tjenesteintensiteten som tilbys den enkelte pasient og antall pasienter på listene. Pasientenes insentiver endres ved at man i større grad kan velge både fastlege og institusjon som skal

behandle en. For spesialisthelsetjenestenes vedkommende, åpner valgfrihet prinsipielt sett opp for at pasienten kan heve seg over den geografiske plasseringen av sykehus: Man kan velge å bli behandlet der man ønsker.

I *distrikts- og regionalpolitikken* arbeider Regjeringen etter *fire hovedlinjer* (se kommunal- og regionalminister Erna Solbergs redegjørelse til Stortinget i april 2003):

- Sikre grunnlaget for gode levekår i all deler av landet
- Etablere rammebetingelser som er så gode at bedrifter, kapital og arbeidskraft blir i Norge, og at Norge fremstår som attraktiv for utenlandske investeringer
- Prioritere virkemidler som kan bidra til å styrke vår evne til innovasjon og nyetablering i alle deler av landet
- Satse sterkere på regioner og sentra som har vekstpotensial; styrke vekstkraften der den allerede finnes

Umiddelbart synes det som om det er godt samsvar mellom den første hovedlinjen i distrikts- og regionalpolitikken og helsepolitikken: Tilgang på helsetjenester av god kvalitet vil for mange fremstå som et viktig grunnlag for å skape gode levevilkår i alle deler av landet, og gode levekår gir grunnlag for å opprettholde samfunn og dermed tiltrekke seg helsepersonell som kan trygge helsetjenester av god kvalitet.

En sentral del i mandatet for dette prosjektet har vært å se nærmere på regionale virkninger av statlig politikk overfor helsesektoren: Er det mulig å finne virkninger av den statlige helsepolitikken på regional utvikling og distriktpolitiske mål? Innenfor rammen av dette utredningsprosjektet, vil dette spørsmålet ikke bli besvart i form av forsøk på å måle effekter. I stedet belyses spørsmålet gjennom rapportens to hoveddeler, som hver har ulik metodisk tilnærming.

I kapittel 0 i rapporten vil utviklingen i den statlige helsepolitikken bli beskrevet nærmere. Vi vil konsentrere oss om følgende helsepolitiske reformer:

- Eierskapsreform
- Endringer i pasientrettigheter
- Fastlegereform
- Finansieringsreform
- Ny apoteklov

Videre vil vi drøfte effekten av denne utviklingen i helsepolitikken for i) regional utvikling og distriktpolitiske mål og ii) næringsutvikling og utvikling i velferds- og samfunnstjenester.

Denne delen av rapporten er organisert slik at vi for hver enkelt reform først gir en kort historisk beskrivelse av bakgrunnen for og innhold i reformen, deretter drøftes ulike regionale implikasjoner av reformen.

I kapittel 4 i rapporten vil vi søke å vise utviklingen i, tilgjengelighet til og kostnadene for helsetjenestene. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten belyses bl.a. ved å anvende mikrodata for sykehusopphold fra Norsk pasientregister (NPR) og data på sykehusnivå fra Norsk Institutt for sykehusforskning for perioden 1995-2001.

Rapporten er oppsummert i kapittel 1.

3 REGIONALE EFFEKTER AV HELSEPOLITISKE REFORMER

3.1 Struktur, funksjonsfordeling og eierskap

3.1.1 Bakgrunn

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

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

Ut over 90-tallet bidro en rekke faktorer til et økende press mot det fylkeskommunale ansvaret for sykehusene, ikke minst økende ventelister for behandling, svak økonomistyring og store underskudd.

3.1.2 Reform

Sykehusreformen ble iverksatt i januar 2002, og staten overtok ansvaret for, og eierskap av alle sykehus og annen spesialisthelsetjeneste i Norge. Rundt 350 spesialisthelseinstitusjoner, inkludert 85 sykehus, ble overført til statlig eierskap.

Det ble opprettet fem regionale helseforetak som har ansvar for spesialisthelsetjenesten innenfor sin helseregion.¹ De regionale helseforetakene består igjen av flere helseforetak. De fem regionale helseforetakene skal for det første ha ansvaret for at de helsepolitiske målene oppnås i regionen, dvs. et planleggings- og samordningsansvar. For det andre skal de ha ansvar for eierstyringen av enkeltsykehusene.

Før reformen hadde man "delt ansvar" mellom fylkeskommunen som eier og ansvarlig for planlegging og drift av sykehusene på den ene siden, og staten som regulator og med hovedansvar for finansieringen på den andre siden. Sykehusreformen innebar et nytt organisatorisk rammeverk. Den nye strukturen med regionale helseforetak (RHF), helseforetak (HF) og enkeltinstitusjoner (sykehus ol.) etterligner selskapsstrukturer i privat sektor. RHF tilsvarende det strategiske konsernnivået, HF tilsvarende det juridiske foretaksnivået og institusjonene tilsvarende nivå for bedrifts- eller produksjonshenhet.

¹ Regionene består av følgende fylkeskommuner: Helseregion Nord-Norge: Finnmark, Troms og Nordland; Helseregion Midt-Norge: Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal; Helseregion Vest: Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland; Helseregion Øst: Oppland, Hedmark, Akershus, Oslo og Østfold; Helseregion Sør: Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder.

Hvert av de regionale helseforetakene skal ha et styre oppnevnt av eier, dvs. staten ved helseministeren som utgjør generalforsamlingen. I motsetning til under fylkeskommunalt eierskap er ikke styremedlemmene politisk valgte representanter. Det er likevel et lovkrav at styret skal ha regional tilknytning: ”Hensikten er både å styrke styrenes lokale og regionale kompetanse og å gi foretakene legitimitet i befolkningen. Styremedlemmer med lokal eller regional politisk erfaring kan bidra til å gi foretakene slik kompetanse og legitimitet. Det vil også være åpent for å peke ut aktive politikere. Deres styredeltakelse vil i så fall ikke være knyttet til deres politiske posisjon. Styret skal imidlertid ikke avspeile sammensetningen i et politisk valgt organ, eller på annen måte fremstå som partssammensatte. Styret skal ha som oppgave å sørge for at det regionale helseforetakets samlede virksomhet er i samsvar med de mål som Stortinget setter for helsetjenesten. Også styret i de enkelte helseforetak kan gis en lokal forankring, men det vil tilligge det regionale helseforetaket å beslutte disse styrenes sammensetning” (Ot.prp 66 2000-2001).

Styrene i RHFene står altså ikke til ansvar overfor lokale eller regionale myndigheter, men bare i forhold til Helsedepartementet sentralt. Eierskapsreformen er dermed også en ledelsesreform, der økt profesjonalisering i ledelse av komplekse organisasjoner tillegges vekt, fremfor lokal og regional representasjon av (sær-) interesser. En slik struktur er et bedre utgangspunkt for raskere beslutningsprosesser. Også transaksjonskostnader er forventet å bli lavere, med færre ansatte i de 5 RHFene sammenlignet med i de tidligere 19 fylkesadministrasjonene. Sentralt i Helsedepartementet er bemanningen styrket i Eieravdelingen.

Vi kan kort oppsummere hovedelementene i eierskapsreformen² i følgende punkter:

- **Sentral politisk styring og kontroll** ved at staten ved helseministeren utgjør generalforsamling for de regionale helseforetakene, noe som gir større mulighet til å intervenere direkte i forhold til realisering av sentrale helsepolitiske mål og helsepolitisk rammeverk
- **Klart definert ansvar** for de regionale helseforetakene. Som bestiller er det enkelte regionale helseforetak ansvarlig for å sørge for et forsvarlig tilbud av spesialisthelsetjenester innenfor regionen. Som utfører har de et direkte ansvar som eier av helseforetakene i regionen.
- **Økt fleksibilitet.** Det enkelte helseforetak vil være den faktiske utfører av helsetjenester, og som sådan ansvarlig i forhold til daglig drift, sine ansatte og sin finansiering.
- **Finansiering.** Reformen innebærer et nytt regnskapssystem på linje med det som finnes i privat sektor, men involverer ingen endringer i selve finansieringssystemet. Dette er imidlertid under vurdering, jf. Sykehusfinansieringsutvalget og NOU 2003:1.
- **Ansatte.** Reformen innebærer en overføring av sykehusansatte fra fylkeskommunen til helseforetakene. Om lag 100.000 ansatte berøres av reformen. I all hovedsak endres ikke deres rettigheter av reformen.

² OECD (2003).

På den ene side var det altså en viktig målsetting med reformen var å *styrke koordinering og ressursutnyttelse regionalt og nasjonalt*. Statlig eierskap ble sett som instrumentelt i forhold til å sikre lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted. På den annen side var det også en viktig målsetting å gi de regionale helseforetakene ansvar for å sørge for *et tilfredsstillende helsetilbud i regionen*, og den nødvendige frihet og mulighet til å organisere tjenestene på en slik måte at denne målsettingen ble realisert på en pasientorientert og kostnadseffektiv måte. Dette inkluderte muligheten til å inngå kontrakter med *private aktører* i helsemarkedet.³

3.1.3 Effekter

Fristillingen fra forvaltningen innebærer bl.a. at helseministeren ikke skal kunne instruere sykehusene om den *daglige driften* - det skal i prinsippet holdes "armlengdes avstand". Helseministeren skal gi overordnede retningslinjer, og i hovedsak skal den politiske styringen skje gjennom et årsmøte der retningslinjene for det regionale helseforetaket avklares ("foretaksmøtet"). Departementet vil her også gi instruksjoner etter pålegg fra Stortinget. De regionale helseforetakene er for øvrig løpende forpliktet til å forelegge viktige saker for departementet. Helseministeren kan i ekstraordinære tilfeller gripe inn og instruere de regionale helseforetakene, også i enkelttilfeller, og om nødvendig kaste styret. Representantene i styret for de regionale helseforetakene er ikke politisk oppnevnt, de representerer kun seg selv. For det fleste regionale helseforetaks del, møtes styret bak lukkede dører.⁴ Fylkeskommunen er redusert til høringsinstans. Helseministeren er personlig generalforsamling for alle de regionale helseforetakene, med myndighet til å velte styret eller overprøve enkeltavgjørelser.

Dette står i motsetning til den "gamle" modellen, med politisk representasjon i styrene, og kortere vei mellom dem som beslutningene berører - både ansatte og pasienter - og det politiske ansvaret.

En implikasjon av et klart definert ansvar for et tilfredsstillende spesialisthelsetilbud innenfor hardere budsjetttrammer⁵ enn før reformen, er videre et press mot bedre ressursutnyttelse og klarere funksjonsfordeling. Funksjonsfordeling mellom sykehus vil skje gjennom helseforetakenes eierstyring. Det som vil være styrende for den type beslutninger er effektiv ressursbruk. En fordeling av funksjoner og oppgaver mellom

³ En svakhet ved den organisatoriske tilnærmingen er imidlertid at en konsernorganisering mellom det regionale helseforetaket og de enkelte helseforetakene i regionen ikke undertøtter en slik målsetting. I offentlig forvaltning har det etter hvert kommet en erkjennelse av at en slik målsetting best understøttes av et organisatorisk skille mellom bestiller og utfører. Dette var også uttrykt i det ønske som uttrykkes i mandatet til Sykehusfinansieringsutvalget (NOU 2003:1), nemlig at utvalget skulle vurdere et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom oppgavene som bestiller og utfører av sykehustjenester. Sykehusfinansieringsutvalget gikk imidlertid ikke så langt i denne retning, annet en å forelå at de regionale helseforetak bør gjennomgå sin virksomhet med tanke om å konkurransesette deler av den. Dette vil vi komme tilbake til.

⁴ I en pressemelding 22.8.03 informerer Helsedepartementet om at styremøtene i helseforetakene skal være åpne. Dette vil gjelde både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene.

⁵ Styreleder i Helse Førde, Per Ytrehus, sier i Aftenposten 3.5.03 at den viktigste forskjellen mellom det gamle og det nye styringssystemet er at: "Når budsjettene sprakk i helsevesenet, og det gjorde de gjerne flere ganger i året her i fylket, var det lett å skaffe ekstrabevilgninger fra fylkeskommunen. Nå har vi en årsbevilgning som ligger fast. En budsjettsprekke har langt mer alvorlige konsekvenser."

sykehusene er nødvendig for å utnytte mulighetene for å effektivisere ressursbruken innenfor de helsepolitiske målsettinger.

Dette leder oss til to poeng med hensyn til regionale implikasjoner som vi vil trekke frem i denne sammenheng. *For det første at vi vil gå fra ex ante politisk avklaring til styring på bedriftsøkonomisk grunnlag og ex post ad hoc politikk.*

En annen relatert implikasjon er at et mer profesjonalisert styre vil føre til en *aksentuering av konflikt mellom bedriftsøkonomisk og samfunnsøkonomisk vurderingsgrunnlag.*

La oss illustrere poengene med et eksempel relatert til beredskapsfunksjoner. Alle typer beredskap – ikke minst akuttberedskap på sykehus - vil lett fortone seg som ulønnsom i bedriftsøkonomisk forstand. Det kan derfor være et insentiv til at spesialsykehus med begrenset fagkrets kombinert med krav til lønnsomhet i konsernmodell vil få svekket eller ingen akuttberedskap. Lokalbefolkningen i distriktene vil på sin side kunne oppleve at de blir fratatt tryggheten i tilfelle akutt sykdom eller skade i slike spesialiserte datterforetak. I hvilken grad en reduksjon i tilbudet lokalt også er forsvarlig i samfunnsøkonomisk forstand er selvsagt vanskeligere å svare på uten nærmere analyse, men lokalbefolkningens *betalingsvillighet* for et gitt tilbud vil i utgangspunktet ikke inngå i en bedriftsøkonomisk vurdering av en tjeneste som i all hovedsak er gratis for tjenestemottaker. Vi skriver i utgangspunktet, fordi det ligger noen overordnede politiske føringer med hensyn til hva som utgjør et forsvarlig tjenestetilbud, og som styret i helseforetaket og helseregionen må forholde seg til. Eksempelet vil konkretiseres med utgangspunkt i en sak som bl.a. stod omtalt i en artikkel i Aftenposten 3.5.2003:

Innenfor Helse Førde sitt ansvarsområde ble det våren 2003 aktuelt å endre status for sykehuset i Florø slik at det ble omgjort til et offentlig nærsykehus, samt å nedgradere fødeavdelingen i Lærdal til en fødestue. Bakgrunnen for dette var todelt. For det første var Helse Førde pålagt å finne innsparinger til 50 millioner kroner neste år, 83 millioner over en toårsperiode. Hele sykehussektoren i Sogn og Fjordane må oppnå driftsbalanse ved utgangen av 2004. For det andre har Stortinget vedtatt at 400-500 fødsler er et minimum for å opprettholde fødeavdelinger med kostbare akuttfunksjoner.

Et alternativ til fødeavdelinger på steder med utilstrekkelig fødselsgrunnlag er å omgjøre fødeavdelinger til jordmorstyrte fødestuer eller til modifiserte fødestuer med gynekolog på plass i tidsrommet 09-16. Fødeavdelingen i Lærdal har vesentlig færre fødsler enn minimumskravet, og styret foreslo at fødeavdelingen ble omgjort til fødestue.

Lokalbefolkningen og deres politiske representanter har ingen formell direkte kanal inn mot Helse Førde og Helseregion Vest. Resultatet blir således lett *ad hoc* aksjoner rettet mot den øverste politiske ansvarlig, nemlig helseministeren. I Aftenposten 3.5.2003 kan vi lese at:

”36 sogninger setter seg på bussen til Oslo. De høster spredt applaus for en punktmarkering utenfor Helsedepartementet og får tyve minutter med statsråden. På veien hjem råder mye optimisme. Dagfinn Høybråten har gitt noen signaler, som det gjerne heter, og det lover godt for Lærdal: 400 fødsler må ikke tolkes absolutt. Nærhet til

sykehus er en viktig ressurs i seg selv. Det må tas geografiske hensyn. - Vi er fornøyd med å ha fått løftet saken til politisk nivå, sier Siv Enerstvedt fra aksjonskomiteen.”

Helseministeren bekreftet i midten av mai 2003 nedskjæringer ved sykehusene i Lærdal og Florø i Sogn og Fjordane. Dette innebar at sykehuset i Florø blir omgjort til et offentlig nærsykehus, mens kirurgiske og indremedisinske tjenester flyttes til Førde, Lærdal og Nordfjord. Fødeavdelingen ved Lærdal sykehus blir omgjort til en jordmorstyrt fødestue med beredskap for akutte keisersnitt. Det kan nevnes at også ved Helgelandssykehuset i Mosjøen og Hålogalandssykehuset i Narvik er det vedtatt at dagens fødeavdelinger blir omgjort til jordmorstyrte fødestuer. Dette er innenfor område Helse Nord sitt ansvarsområde.

Dette eksemplet kan også benyttes som en overgang til et annet poeng. De regionale helseforetakene har både et bestiller- og et utføreransvar innenfor en konsernmodell. Som bestiller har de et overordnet ansvar i forhold til å sørge for et tilfredsstillende tilbud av spesialisthelsetjenester i regionen, enten gjennom egne helseforetak og sykehus, gjennom å kjøpe tjenester av private spesialister i egen eller andre regioner, andre helseforetak i andre regioner eller i utlandet. Som utfører har de et direkte ansvar som eiere av helseforetakene i regionen. Innenfor ”konsernet” er det imidlertid det enkelte helseforetak som er selve utfører av tjenestene. *Dette vil innebære en tendens til i) en regional konsentrasjon av spesialistfunksjoner, ikke bare innenfor det regionale helseforetakets ansvarsområde, men også mellom regionene og ii) et press mot en revurdering av arbeidsdelingen mellom offentlige og private tilbydere av helsetjenester, dog innenfor gitte helsepolitiske rammer.*

Et ytterligere poeng kan trekkes ut av fødeavdelingseksempelet. I dette eksempelet dreier det seg om et tilbud som er rettet mot kvinner. Selv om kvaliteten på tilbudet isolert sett kan bedres ved en sentralisering, rammes lett den tryggheten som er knyttet til å ha en fødeavdeling med akuttberedskap lokalt. Et mer generelt poeng er at helsevesenet er en sektor der den største andelen av arbeidsplassene er besatt av kvinner. *Regional konsentrasjon av spesialist- og akuttfunksjoner vil med andre ord i særlig grad ramme tilbudet av kompetansekrevende arbeidsplasser for kvinner i distriktene.*

Presset mot en regional konsentrasjon av spesialistfunksjoner har vi allerede illustrert gjennom eksemplet med sykehuset i Florø og fødeavdelingen i Lærdal. Her vil vi se nærmere på arbeidsdelingen mellom offentlige og private tilbydere av spesialisthelsetjenester. I styringsdokumentet fra Helsedepartementet til Helse Vest RHF kan vi lese at ivaretagelse av ”sørge for”-ansvaret omfatter kjøp av spesialisthelsetjenester fra private tilbydere. Vi kan skille mellom tre typer private tilbydere av spesialisthelsetjenester:

- Private legespesialister
- Private sykehus
- Private laboratorier og røntgeninstitutter

Den regionale utviklingen over tid i dekning/omfang av private legespesialister er behandlet spesielt i kapittel 4. Tallene viser en regional variasjon i dekningen av

private spesialister, og at konsentrasjonen av legespesialister i Oslo er mer enn proporsjonal med innbyggertallet. Særlig lav er dekingen i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Når det gjelder private sykehus, skiller Iversen (2002), mellom tre typer:

- **Private sykehus som inngikk i de fylkeskommunale helseplanene før den statlige overtakelsen.** I 2002 utgjør behandlinger i denne typen private sykehus om lag 5 prosent av den innsatsstyrtfinansierte (ISF) aktiviteten For Helse Øst RHF omfatter denne kategorien Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmets sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatisme-sykehuset. Med noen unntak har disse sykehusene samme tjenesteleveranse-avtale som helseforetakene som eies av Helse Øst. For Helse Sør RHF gjelder det Betanien, som inngår i Sykehuset Telemark HF. I Helse Vest er det avtaler med Hospitalet Betanien, Haraldsplass diakonale sykehus og Haugesunds Sanitetsforenings Revmatismesykehus.
- **Offentlig godkjente private sykehus som i tillegg er godkjent for fritt sykehusvalg,** jf Feiring og Hjertesenteret. Ved disse sykehusene kjøpte det offentlige behandling tilsvarende 2 prosent av den innsatsstyrtfinansierte aktiviteten, noe tilsvarer om lag 250 mill. kroner i DRG-refusjoner⁶ for 2002;
- **Andre offentlig godkjente private sykehus.** Iversen (2002) viser til at for det offentlige kjøpte behandling for 51,8 mill. kroner i DRG-refusjoner i 2002 fra Volvat Medisinske Senter, Omnia sykehus og Axess-klinikken i 2001. Fra 2002 er også de private sykehusene Spesialistklinikken i Drammen, Medi3 i Ålesund og Ringvoll-klinikken i Østfold inkludert i ISF-ordningen.

Iversen omtaler nærmere de ulike helseforetakenes avtaler i med private sykehus i de to siste kategoriene: Helse Øst RHF overtok avtaler med Omnia, Axess, Volvat og Feiring fra fylkeskommunene. Senere er en avtale mellom Ringvoll-klinikken og Sykehuset Østfold HF kommet i tillegg. Helse Sør RHF har inngått avtaler med Volvat, Axess og Drammen Private Sykehus. Helse Vest RHF har inngått avtaler med Omnia, Axess og Volvat, og innen psykiatri med Jæren Distriktpsikiatriske Senter NKS. Helse Midt-Norge RHF har inngår avtaler med Volvat, Omnia, Axess og Medi3 Ålesund. Helse Nord RHF har i følge Iversen ingen avtaler med private sykehus.

Med hensyn til private laboratorier og røntgeninstitutter, anslår Iversen at statens utgifter på dette område beløper seg til om lag 600 mill. kr. i 2002. Helse Øst overtok 11 avtaler fra fylkeskommunen. Det har ikke kommet til nye avtaler. For 2002 er budsjettet for avtalene 119,7 mill. kr. Bærum sykehus fremforhandler og administrerer avtalene på vegne av Helse Øst. Helse Sør overtok 11 avtaler fra fylkeskommunen. En av disse har blitt sagt opp. Avtalene inngås med det regionale helseforetakene, men forvaltes av helseforetakene. Budsjettet for disse avtalene er for 2002 på vel 26 mill. kr. netto. Helse Vest overtok 5 avtaler med private laboratorier og 2 avtaler med private røntgeninstitutter fra fylkeskommunen. Her var budsjettet for 2002 på vel 19,4 mill. kroner. Helse Midt-Norge overtok ingen avtaler, men har senere inngått avtale med 5 private aktører. I Helse Nord har Nordlandssykehuset avtale med Nordland

⁶ Sykehuset betales en fast pris pr. behandling beregnet ut fra at såkalt diagnoselatert klassifiseringssystem (DRG-prising).

Medisinske sentre (NMS) røntgeninstitutt. Det er ingen avtaler med private laboratorier.

Vi kan merke oss at avtalene som de regionale helseforetakene har inngått med private sykehus omfatter sykehus som i all hovedsak ligger i Oslo-området. Flere av de regionale helseforetakene vurderer å konkurransetsette avtalene, ikke bare med de private sykehusene, men også med røntgeninstitutter og laboratorier. I nevnte styringsdokument kan vi lese at departementet understreker betydningen av å gi de private tjenesteleverandørene rimelige forutsetninger for langsiktig planlegging, og at de gis rammebetingelser som gir mulighet for rasjonell medvirking i den samlede helsetjenesten. Videre understrekes betydningen av at konkurransetsetting skal skje innenfor gjeldende konkurranseregler, og at det regionale helseforetaket skal "tilstrebe en likeverdig behandling av egne helseforetak og private virksomheter"(side 32).

De regionale effekter av en økende grad av konkurransetsetting, og et større innslag av private aktører i forhold til regional aktivitet og næringsutvikling kan være vanskelig å anslå. Dette avhenger bl.a. av omfanget av stordriftsfordeler og i hvilken grad det er det er ulemper knyttet til å plassere funksjonene med stor geografisk avstand fra bestiller og den som skal benytte seg av tjenesten. *For laboratoriefunksjoner⁷ og standardiserte inngrep og operasjoner kan man tenke seg at det eksisterer stordriftsfordeler som gjør at man kan se for seg en utvikling mot noen få større aktører som ligger geografisk og sentralt konsentrert, tilsvarende den vi har sett for private sykehus og hjerte- og kneoperasjoner, jf. Volvat og Feiring. Avveiningen blir i forhold til relative analysekostnader og logistikkostnader (transport). For røntgeninstitutter kan det virke rimelig å gå ut fra at betydningen av lokal tilstedeværelse er så stor at vi fortsatt vil se noen få, større lokale aktører som konkurrerer om å tilby sine tjenester til de enkelte helseforetakene eller det regionale helseforetaket. En annen effekt som det er naturlig å se for seg når dette markedet i større grad åpnes opp, er et større innslag av utenlandske aktører.*

3.2 Pasientrettigheter⁸

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

Reformene på slutten av 1990-tallet setter grenser for hvor lenge en pasient må vente på sykehusbehandling. *Ventelistegarantien*, som ble innført i 1997, gir pasienter med alvorlig sykdom en behandlingsgaranti innen 3 måneder. Videre ble det i januar 1998

⁷ Dette vil særlig gjelde ikke tidskritiske funksjoner.

⁸ Basert på SNF-rapport 34/02

introdusert en *vurderingsgaranti* som tilsier at pasienten har krav på utredning og svar på behandlingsmuligheter innen 30 dager.

Pasientrettighetsloven ⁹, som trådte i kraft den 1. januar 2001, har styrket pasientenes rettigheter ved å gi pasienter lovfestet rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering og fornyet vurdering, rett til medvirkning og informasjon, rett til journalinnsyn, osv. Før innføringen av pasientrettighetsloven hadde pasientene rett til å velge sykehus *innenfor* helseregionen de tilhørte. Pasientrettighetsloven har nå gitt pasienten rett til å velge sykehus *på tvers av* regioner.

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

I pasientrettighetsloven rettes en sterkere fokus på pasienter for å styrke pasientenes rettsstilling. Loven gir blant annet pasientene rett til helsehjelp¹⁰, vurdering, fornyet vurdering (second opinion), valg av sykehus, medvirkning og informasjon, samtykke til helsehjelp, og innsyn i journal. Loven inneholder også særlige rettigheter for barn blant annet rett til samvær med foreldrene, aktivitet og undervisning ved nødvendig institusjonsopphold, osv. I tillegg inneholder loven forskrifter om klageordning og pasientombudsordningen.

I det følgende vil vi se kort på noen av rettighetene som er nedfelt i pasientrettighetsloven.

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

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

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

Rett til sykehusvalg sikrer pasienters rett til å velge fritt blant offentlige sykehus eller distriktspsykiatriske sentre i og utenfor pasienters bostedsfylke. Retten gjelder også

⁹ Lov av 2. juli 1999 nr. 63: Lov om pasientrettigheter.

¹⁰ Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som er utført av helsepersonell (Ot.prp. nr. 12 (1998-99)).

private sykehus som får dekket driftsutgifter og omfattes av regional helseplan¹¹. Retten gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien. Sykehus kan imidlertid avvise pasienter ved prioritering av ”rettighetspasienter”, dvs. pasienter som har en utkrevbar rett til medisinsk behandling og ”nødvendig helsehjelp”. Det er videre viktig å merke seg at fritt sykehusvalg bare gjelder:

- I forbindelse med planlagt (elektiv) behandling, det vil si når en pasient blir henvist til sykehus av en primærlege eller legespesialist.
- Behandling eller utredning på et sykehus som har samme spesialiseringsnivå som dit man er henvist. Det betyr at dersom sykdomstilstanden tilsier utredning på lokalsykehusnivå, kan man ikke velge å få dette utført på sentral- eller regionsykehusnivå. Behandling på lokalsykehusnivå kan velges på alle sykehus som har lokalsykehusfunksjon i det aktuelle fagområdet, også regionsykehus.

Hovedregelen er at pasienter skal prioriteres likt uavhengig av bosted, men sykehuset har anledning til å avvise pasienter som benytter seg av retten til fritt sykehusvalg når pasientene det har ansvar for å behandle innen egen region må prioriteres. For å kunne avvise en pasient som ønsker å benytte retten til fritt sykehusvalg, er det et krav at sykehuset ved å motta pasienten, ikke vil klare å oppfylle retten til vurdering (jf. pasientrettighetsloven § 2-2) eller retten til nødvendig helsehjelp (jf. § 2-1 annet ledd) overfor de pasientene institusjonen har ansvar for innenfor egen helseregion.

Rett til medvirkning og informasjon innebærer blant annet rett til å medvirke ved valg mellom undersøkelses- og behandlingsmetoder. Videre har pasienten rett til informasjon om helsetilstanden og helsetilbudet, samt mulige risikoer og bivirkninger som følge av behandlingen. Dersom pasienten er mindreårig, skal både pasienten og foreldrene/foresatte informeres om helsetilstanden. Mindreårige mellom 12 og 16 år har imidlertid rett til å nekte formidling av helseopplysninger til foreldrene/foresatte. Helsemyndighetene har også rett til å unnlate informasjon i visse tilfeller¹². Ved skader eller alvorlige komplikasjoner som følge av behandlingen skal pasienten informeres og gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning. Rett til samtykke innebærer at helsehjelpen kan gis med pasientens samtykke. Helsehjelp kan gis uten samtykke ved manglende samtykkekompetanse, for eksempel ved ubevisthet, fysiske eller psykiske forstyrrelser, etc.

3.2.1 Effekter

I og med større frihet for pasienter til fritt å velge sykehus for planlagte (elektive) behandlinger vil det i større grad enn tidligere kunne forekomme konkurranse mellom sykehus, ikke bare om personell men også om pasienter. Selv om langt de fleste sykehusinnleggelse skjer som øyeblikkelig hjelp til nærmeste sykehus (2/3 av alle heldøgnsopphold) vil det for et utvalg av pasienter være flere muligheter. Særlig utgjør

¹¹ Dette gjelder blant annet Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmets sykehus, Diakonissehjemmets sykehus, Haugesund sanitetsforenings revmatisme sykehus, LSR Lillehammer sanitetsforenings revmatismesykehus, Orkdal sanitetsforenings sjukehus og Menighetssøsterhjemmets sykehus.

¹² For eksempel dersom informasjonen setter pasienters liv i fare og av hensynet til pasienters pårørende.

pasienter som har behov for elektive kirurgiske inngrep, målgruppen for fritt sykehusvalg.

Her vil vi først identifisere og drøfte hvilke forhold som kan forklare migrasjon (fra pasientperspektivet) eller eksport og import (fra sykehusperspektivet) mellom regioner.

- Fra pasientperspektivet vil pasientindividuelle faktorer spille sammen med reisekostnader, sykehusenes aktuelle ventetid, renommé med mer.
- Fra sykehusperspektivet vil forskjeller i sykehusenes kapasitet, kompetanse og kostnadseffektivitet være grunnleggende forklaringsfaktorer

I utfallsrommet ligger muligheter for næringsutvikling og sysselsetting på sykehusnivå. Sykehus kan spesialisere seg på å ta i mot utvalgte (attraktive) pasientgrupper fra andre regioner. Men en fare for utarming av lokale sykehus er også reell, da kravene til kompetanse og kostnadseffektivitet vil være høye.

I tillegg til en identifisering av faktorer som kan forklare pasientflyt vil vi her illustrere med en enkel analyse basert på mikrodata for sykehusopphold. Vi tar utgangspunkt i institusjoner for å illustrere pasientflyt inn, og i populasjoner for å illustrere pasientflyt ut.

1. Sykehustyper, etter funksjonsnivå (flyt inn).
 - Hvor kommer de behandlede pasientene fra? I sykehusets lokalisingsfylke, annet fylke i samme helseregion eller annen helseregion.
2. Kommunetyper, etter sentralitet (flyt ut).
 - Hvor blir de bosatte pasientene de behandlet? I eget bostedsfylke, annet fylke i samme helseregion eller i annen helseregion.

Pasientperspektivet: Valg av behandling i andre bostedsområder og helse-regioner

1. Pasientindividuelle faktorer:
 - a. Som pasientindividuelle faktorer kan nevnes tilknytning til annen region. Dette kan være familie/pårørende som er bosatt i annen region slik at sykehusoppholdet har trygge og sosiale rammer, selv om reisen fra hjemstedet kan være lengre enn til nærmeste sykehus.
 - b. Også pasientens historikk i form av tidligere behandlinger ved ulike sykehus, kan medvirke til sykehusvalg i en ny behandlingssituasjon.
 - c. Høy alder, eller rettere lavt funksjonsnivå kan begrense reelle valgmuligheter. Også for barn vil behovet for bistand under reise og opphold være en begrensning.

- d. Pasientens tilknytning til yrkeslivet kan være en motivasjonsfaktor: Om man er sykemeldt fra en fast stilling eller er selvstendig med inntektstap som følge av sykdom eller behandling, kan valgene bli andre enn dersom man er trygdet eller uten arbeid. Generelt vil yrkesaktive verdsette tid høyere.

2. Avstand til alternative sykehus

- a. Reiseulempe kan være en kostnad i seg selv, som gjerne vil samvariere med pasientens aktuelle lidelse.
- b. Reisekostnad i kroner må taes i betraktning. Egenandelene er ikke inntektsavhengig, og vil derfor veie tyngst for pasienter med lave inntekter. Ved flere behandlingsreiser påløper egenandeler hver gang.

3. Sykehusenes aktuelle ventetid

- a. Informasjonen om ventetider innenfor ulike behandlinger og fordelt på ulike sykehus finnes som en internettjeneste (sykehusvalg.net).
- b. Sykehusenes renommé
- c. Pasientens tillit til kvalitet i behandlingen, at alle tjenester blir utført faglig forsvarlig og at oppholdet ellers vellykket, er en avgjørende faktor. Høsten 2003 skal det på sykehusvalg.net også publiseres kvalitetsindikatorer per helseforetak, bla. basert på pasientrapportert tilfredshet med sykehusets tjenester.

Sykehusperspektivet: Import og eksport av pasienter. Man kan tenke seg at et sykehus ser det formålstjenlig å vri ressursinnsatsen mot behandlingstyper og DRGer som sykehuset er kostnadseffektivt på å utføre. Sykehuset stimuleres dermed til å utnytte kapasiteten innenfor de DRGene man er relativt best på. Innenfor en helseregion kan funksjonsfordelingen mellom sykehusene bygge på samme type vurderinger: Man legger ned, eventuelt gradvis bygger ned, kapasitet på visse behandlingstyper eller DRGer og konsentrerer innsatsen om en mindre mengde av behandlingstyper.

Prinsipielt sett er det fire hovedårsaker til at en pasient med en gitt (eller foreløpig) diagnose sendes ut av hjemstedsfylket under et ISF basert system:

1. Manglende kapasitet ved sykehusene i hjemstedsfylket.
2. Manglende spisskompetanse ved sykehusene i hjemstedsfylket.
3. Høyere behandlings-, pleie- og omsorgskostnader ved sykehus i hjemstedsfylket sammenliknet med DRG-refusjon.
4. Pasientspesifikke forhold, som alder, ”tung” eller ”lett”, reiseavstand til alternativ institusjon i annet fylke, at enkelte lidelser er mer utbredt enn andre, pårørende eller ikke m.v.

På samme måte er det prinsipielt sett fire hovedårsaker til at et fylke tar i mot gjestepasienter fra andre fylker:

1. Ledig kapasitet ved sykehus i fylket.
2. Tilgang på spisskompetanse ved sykehus i fylket.
3. Lavere behandlings-, pleie- og omsorgskostnad enn DRG-refusjonen.
4. Pasientspesifikke forhold.

I tabellen nedenfor oppsummeres hvilke kombinasjoner av årsaker som kan ligge bak pasientstrømmer inn og ut av et fylke (eller en helseregion) for en bestemt DRG eller et bestemt behandlingstilbud. Ikke alle kombinasjonene er like realistiske målt mot en norsk virkelighet, men tabellen gir oss likevel en mulighet til å strukturere drøftingen.

Tabell 1. Kategorier av gjestepasientfylker.

	”UT”	”INN”	”EGNE”
Tilfelle A	1	1	1
Tilfelle B	1	1	0
Tilfelle C	1	0	1
Tilfelle D	1	0	0
Tilfelle E	0	1	1
Tilfelle F	0	1	0
Tilfelle G	0	0	1
Tilfelle H	0	0	0

- Tilfelle A representerer en situasjon der hjemstedsfylket har ledig kapasitet til å ta i mot gjestepasienter. Fylket ”eksporterer” imidlertid egne pasienter også som følge av at disse pasientene har forventet behandlingstkostnad høyere enn DRG-refusjonen. En slik ”eksport” fordrer at det finnes sykehus i andre fylker som er mer kostnadseffektiv enn hjemstedsfylket i behandlingen av disse pasientene, ellers ville pasientene havne på venteliste ”på ubestemt tid”. I så måte kan man si at ”eksporten” er effektiv i den forstand at noen pasienter blir behandlet ved mer kostnadseffektive sykehus. I tilfelle A behandler man også egne pasienter med forventet behandlingstkostnader lik eller lavere DRG-refusjonen.
- Tilfelle B innebærer at fylket utelukkende behandler gjestepasienter. Pasienter bosatt i fylket får behandling ved sykehus i andre fylker. Årsaken til en slik tilpasning må være at fylkets egne pasienter gjennomgående har høyere forventet kostnad enn DRG-refusjonen, mens gjestepasientene (som kan komme fra ulike fylker) har en lavere forventet kostnad.
- I tilfelle C er manglende kapasitet hovedårsaken til at egne pasienter ”eksporteres”. Sykehusene i fylket behandler også egne pasienter. En annen mulighet er at fylket ”skummer fløten” av egne pasienter, og sender ut pasienter som har høye forventede kostnader.

- Tilfelle D dekker en situasjon der sykehusene i fylket ikke har den nødvendige kompetansen (og da heller ikke kapasitet) til å utføre behandlingstypen (hjerteroperasjoner kan være eksempler på inngrep som faller inn under denne kategorien).
- Tilfelle E innebærer at fylket må ha ledig kapasitet og at fylket enten driver kostnadseffektiv eller er i stand til å ”skumme fløten” blant pasienter som hører til i andre fylker.
- Tilfelle G betyr at fylket har nok kapasitet til å ta seg av egne pasienter, men finner ikke gjestepasientene ”lønnsomme” nok på grunn av høye forventede kostnader i forhold til refusjonen. Manglende kapasitet kan også være årsaken til en slik tilpasning.
- Tilfelle H representerer en situasjon der fylkets innbyggere ikke har behov overhode for en bestemt behandlingstype eller DRG.

I hvor stor grad kan så de norske sykehusene tilpasse seg i henhold til disse scenariene? Sykehusene kan påvirke kapasitet (ved å stenge sengeposter) og kompetanse (ved å ikke nyansette leger og annet helsepersonale ved oppsigelser eller naturlig avgang. Ordningen med fritt sykehusvalg åpner opp for at ”uønskede” pasienter innenfor en DRG kan oppfordres implisitt eller gjennom primærlege å henvende seg til andre sykehus for behandling. Tidligere, dvs. før 2001, når pasienter klarere soknet til et bestemt sykehus, kunne lengden på ventelisten brukes på samme måte. Man hadde for øvrig fritt sykehusvalg for visse diagnoser innenfor helseregionen frem til innføringen av fritt sykehusvalg på nasjonal basis. Dessuten eksisterte den såkalte gjestepasientordningen, som baserte seg på volumavtaler mellom fylker til statlig fastsatte priser (ikke DRG-priser). Differansen mellom gjestepasientpriser og DRG-priser kan skape insentiver til å drive arbitrasje, dvs. ”importere” fra andre fylker og eventuelt ”eksportere” egne pasienter. Nedenfor vises eksempler på pasientstrømmer inn og ut fra henholdsvis sykehustyper og bostedskommuner etter sentralitet, med sikte på å finne indikasjoner på tilpasninger diskutert over.

Pasientstrømmer før og etter fritt sykehusvalg. Nedenfor er flyt av pasienter illustrert med fire tabeller¹³. Pasientutvalget er elektive pasienter med kirurgiske DRGer i årene 1999 - 2002. Pasienter som er behandlet ved Rikshospitalet er utelatt pga. dette sykehusets spesielle funksjon som regionssykehus for Helseregion Sør, samtidig som det i praksis betjener innbyggere i Helse Øst og har landsdekkende funksjoner. Radiumshospitalet er behandlet som et statlig spesialsykehus uten helseregiontilknytning. Både heldøgns- og dagopphold er inkludert. Dette utvalget utgjør i hvert år mer enn 100 000 sykehusopphold.

Tabellene viser flyt av pasienter, med data (sykehusopphold) gruppert sammen i to perioder:

- 1999 og 2000: Før fritt sykehusvalg på tvers av helseregioner

¹³ Sykehustyper, kommunetyper og kilder til pasientdata (sykehusopphold) er dokumentert i kapittel 3.

- 2001 og 2002: Etter fritt sykehusvalg på tvers av helseregioner

Tabell 2 og 3 viser hvor pasientene som er behandlet ved ulike typer sykehus kommer fra.

Ikke uventet er andelene som kommer fra samme fylke større i sentral- og lokalsykehus enn i regionsykehus. Også andelen pasienter fra andre helseregioner er større i regionsykehus. Innslaget av pasienter fra andre helseregioner er likevel nesten like høyt i lokalsykehus. I 1999-2000 var andelen 3,8%, i 2001-2002 5,0%. Selv om volumet i lokalsykehus likevel er lite, er dette en interessant utvikling. I alle sykehuskategoriene øker over tid andelen pasienter som kommer fra andre fylker og andre helseregioner. I sentralsykehus er likevel fremdeles 95% av pasientene bosatte i samme fylke.

Tabell 2. Pasientflyt inn, 1999 og 2000 etter sykehustype. Sykehusopphold med kirurgiske DRGer. Datakilde: NPR

	Regionsykehus	Sentralsykehus (inkl.FS-sentral)	Lokalsykehus (inkl.FS-lokal)	Annet /spesialsykehus	Totalt
Samme fylke	33357	104202	23310		173599
	70,7%	95,0%	92,6%		83,7%
Samme helseregion	11484	4393	902		17707
	24,4%	4,0%	3,6%		8,5%
Annen helseregion	2318	1138	964		16051
	4,9%	1,0%	3,8%		7,7%
Totalt	47159	109733	25176	25289	207357
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabell 3. Pasientflyt inn, 2001 og 2002 etter sykehustype. Sykehusopphold med kirurgiske DRGer. Datakilde: NPR

	Regionsykehus	Sentralsykehus (inkl.FS-sentral)	Lokalsykehus (inkl.FS-lokal)	Annet /spesialsykehus	Totalt
Samme fylke	34705	109676	23131		178808
	68,3%	93,4%	88,7%		77,0%
Samme helseregion	13189	6045	1632		22357
	26,0%	5,1%	6,3%		9,6%
Annen helseregion	2885	1744	1312		30939
	5,7%	1,5%	5,0%		13,3%
Totalt	50779	117465	26075	37785	232104
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabell 4 og 5 viser hvor pasientene som er bosatt i ulike kommunetyper blir behandlet.

I den første perioden 1999-2000, blir en større andel av pasienter i storbyområder behandlet i samme fylke. Over tid faller denne andelen for alle kommuner, men mest for storbyene, slik at alle kategoriene har en andel sykehusopphold i eget fylke 76-78% i perioden 2001-2002. I denne siste perioden er det en viss vekst i andelen pasienter

som behandles i andre fylker innenfor samme helseregion og i sykehusopphold i andre helseregioner. Det er også en svak nedgang i behandlinger ved statlige spesialiserte sykehus.

Den mest slående endringen fra 1999-2000 til 2001-2002 er likevel veksten i behandlinger ved private sykehus. Særlig er dette et storbyfenomen, med en vekst i andelen fra 4,6% til 13,4% mellom periodene. Både nivået for andelen opphold i private sykehus og veksten mellom de to periodene, faller med kommunesentralitet. I distriktskommuner er andelen fremdeles bare 2,7% per 2001-2002.

Tabell 4. Pasientflyt ut, 1999 og 2000 etter kommunesentralitet. Sykehusopphold med kirurgiske DRGer. Datakilde: NPR

	Storbyområder	Andre urbane områder	Distriktskommuner	Totalt
Samme fylke	79629	65082	28888	173599
	86,0%	82,9%	80,1%	83,8%
Samme helseregion	4326	8106	5275	17707
	4,7%	10,3%	14,6%	8,5%
Annen helseregion	1971	1749	911	4631
	2,1%	2,2%	2,5%	2,2%
Staten/spesial	2445	1673	344	4462
	2,6%	2,1%	1,0%	2,2%
Private	4262	1923	637	6822
	4,6%	2,4%	1,8%	3,3%
Totalt	92633	78533	36055	207221
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabell 5. Pasientflyt ut, 2001 og 2002 etter kommunesentralitet. Sykehusopphold med kirurgiske DRGer. Datakilde: NPR

	Storbyområder	Andre urbane områder	Distriktskommuner	Totalt
Samme fylke	82375	66337	30043	178755
	76,1%	78,2%	77,3%	77,1%
Samme helseregion	6232	10034	6078	22344
	5,8%	11,8%	15,6%	9,6%
Annen helseregion	2709	2427	1282	6418
	2,5%	2,9%	3,3%	2,8%
Staten/spesial	2457	1652	389	4498
	2,3%	1,9%	1,0%	1,9%
Private	14459	4396	1056	19911
	13,4%	5,2%	2,7%	8,6%
Totalt	108232	84846	38848	231926
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.3 Fastlegereform

Fastlegereformen ble innført 1. juni 2001. Ordningen med fastlege representerer en omorganisering av allmennlegetjenesten som ble etablert da lov om kommunehelse-tjeneste ble innført i 1984. Frem til ordningen ble innført var legene tilknyttet kommunehelsetjenesten gjennom fastlønnsstillinger eller privat praksis med driftstilskudd. Det ble snart tydelig at denne ordningen hadde vesentlige svakheter (se Romøren, 1989). Pasientenes tilgang på allmennlegetjenester varierte betydelig på

landsbasis, og allmennlegene hadde problemer med å finne seg til rette i et system med sterk politisk og administrativ styring. Dette førte til misnøye og rekrutteringssvikt.

Regulering, organisering og finansiering av allmennlegetjenester er viktige elementer i fastlegereformen. Hensikten med reformen var bedret kvalitet i allmennlegetjenesten, samt bedret legetilgjengelighet - spesielt i mindre sentrale strøk. Målene skulle blant annet nås gjennom bedre samhandling mellom allmennleger og spesialisthelsetjenesten samt bedre kontinuitet i lege-pasient-forholdet, spesielt for kronisk syke og pasienter med psykiske lidelser.

Fastlegeordningen er vedtatt med endringer i kommunehelsetjenesteloven som en plikt for kommunene å organisere en fastlegeordning, og som en rett for befolkningen om å stå på liste hos fastlege. Det er også vedtatt en generell tilretteleggingsplikt for kommunene i kommunehelsetjenesteloven som også omfatter tilrettelegging av fastlegeordningen, ”herunder inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i ordningen”. Kommunen kan med andre ord ikke inndra legehjemler eller holde disse vakante i innsparingsøyemed. Ledige hjemler skal lyses ut med mindre det er legeoverskudd i kommunen.

Kommunen inngår avtaler med allmennleger som ønsker å være fastleger. Gjennom avtalen får allmennlegen ansvaret for å sørge for allmennlegetjenester til personer på sin liste innen de rammene som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og avtaleverk. Fastlegeavtalen er kommunens styringsredskap, samtidig som den for legene avgrenser og skaper forutsigbarhet om ansvarsområder.

3.3.1 Effekter

I Bakke (2003) refereres det til en studie utført ved Program for helseøkonomi i Bergen (HEB) som ledd i den nasjonale evalueringen av fastlegeordningen. Det vises til at noen positive effekter som følge av reformen bl.a. er bedre *serviceinnstilling* og at *tilgjengeligheten* til allmennlegene er blitt bedre. Da fastlegeordningen ble innført, var det 277 pasientlister som manglet leger, mens det nå er det rundt 120. Videre har rekrutteringen til allmennmedisinen bedret seg allerede før fastlegeordningen ble innført. En grunn til dette er at legene ville få bedre rammebetingelser innenfor ordningen. I perioden 1999 - 2001 ble det dessuten opprettet ca. 350 nye hjemler. Befolkningens bruk av legevakt synes også å gå ned. Bakke (*op.cit*) mener at det kan tyde på at de som blir syke i større grad får hjelp av fast lege på dagtid.

Av spesiell interesse i denne sammenheng er den regionale profilen på allmennlegedekningen. Bakke (2003) peker på at det er bekymringsfullt at antall ledige lister synes å ha vært stabilt det siste året, og at det er de samme geografiske områdene som sliter. Det er særlig Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Finnmark som har hatt problemer med høye andeler lister uten leger. I Helsetilsynet (2003) vises det til at det per 30. juni 2003 er Nordland fylke etter Sogn og Fjordane som har høyest andel av befolkningen knyttet til liste uten lege.

I neste kapittel vil vi se nærmere på den regionale fordelingen av ubesatte legestillinger. Til tross for at legedekningen i distriktene fremstår som høyere enn i sentrale kommuner målt i forhold til innbyggertall, viser tallene at det likevel er *flest ubesatte legestillinger i distriktskommunene*. På den annen side har *antall ubesatte legestillinger falt de siste årene, både for storbyområder, andre urbane områder og distriktskommuner*. Det er også interessant å se at legeårsverkene øker. Både absolutt

og *per capita* har legeårsverkene økt fra 1996 frem til i dag. Dette gjelder for alle de tre regionale inndelinger av kommunesentralitet.

Videre kan det pekes på at antall leger vil øke i årene fremover. Det har vært en økning i antall studieplasser i Norge og i antall norske studenter i utlandet. Bakke peker på at i valget mellom ledige stillinger i sykehus og i allmennlegetjenesten ser vi stadig oftere at leger velger å arbeide i primærhelsetjenesten. Iversen (2002) mener at det er *grunn til å tro at det snart blir konkurranse om ledige legestillinger, også i distriktene*. Fastlegeordningen innebærer at en kommune kan øke allmennlegedekningen uten store kostnader, siden det kommunale tilskuddet til allmennlegetjenesten nå er knyttet til kommunens innbyggertall og ikke til antall leger (slik det var før).¹⁴ Iversen mener derfor at vi kan komme til å oppleve at det er kommunene, og ikke legene, som vil presse på for å øke legedekningen.

En annen side ved fastlegeordningen berører samspillet mellom fastlegene og kommunene. Westin (2003) peker på at fastlegeordningen har et element av privatisering i seg - fastlegeordningen baseres på at legene er selvstendig næringsdrivende - *noe som kan true det tette samarbeid det bør være mellom kommunen og dens primærleger*. Han viser til at dette har kan ha ført til at enkelte kommuner sliter med å få fastlegene til å påta seg kommunale oppgaver innen forebygging og ved sykehjemmene.

Dette er et av hovedpoengene i Helsetilsynet (2003). I rapporten fra Helsetilsynet oppsummeres erfaringene med fastlegeordningen siden innføringen sommeren 2001. I rapporten bekreftes det at ordningen alt i alt har ført til bedre dekning av legetjenester. Imidlertid skriver Helsetilsynet at det er et gjennomgående tema at de offentlige legeopp gavene som tilsynsleger ved sykehjemmene, leger på helsestasjonene og i skolehelsetjenesten ikke har kommet styrket ut av ordningen. I avtaleverket legges det opp til at kommunene kan pålegge legene mer offentlig arbeid. Kommunene kan bruke avtalen til å pålegge legene offentlig helsearbeid slik at det blir bedre tjenester i sykehjemmene, på helsestasjonene og i fengslene. I rapporten beklager Helsetilsynet at kommunene ikke ser ut til å ha prioritert styrking av det offentlige legearbeidet ved innføring av fastlegeordningen.

I evalueringsrapporten pekes det også på at innføringen av fastlegeordningen har avdekket svakheter i kommunenes organisering av legevaktjenesten når det gjelder *tilgang til øyeblikkelig hjelp på dagtid*. Det vises til at det generelle inntrykket er at problemene har blitt færre, men ikke fullt ut løst.

Et relatert problem er *tilgjengelighet til fastlegen*. I rapporten refereres systematiske kartlegginger som helsetilsynet i tre fylker har gjennomført av tilgjengeligheten til fastlegen. For eksempel rapporterer Helsetilsynet i Hordaland at enkeltleger ikke har ivare tatt sitt ansvar for fraværdekning bl.a. i forbindelse med ferieavvikling. Dette innebærer at de dermed heller ikke har fulgt opp sitt ansvar for å sikre innbyggerne på sin liste tilgang til legetjenester. Det fremgår ikke av Helsetilsynets rapport, men det er rimelig å gå ut fra at dette må være et overgangsproblem.

¹⁴ Fastlegens økonomiske vederlag for arbeid med personer på listen består av et tilskudd fra kommunen for hver person og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra trygden for utført arbeid.

3.4 Finansieringsreformer i sykehussektoren

Siden 1970-tallet har sykehussektoren i Norge gjennomgått flere reformer som har endret finansieringen av sykehusene. Sykehusfinansieringen i Norge siden 70-tallet har i grove trekk bestått av tre ulike regimer. Kurpengefinansieringen varte fra 1970 til 1979. I 1980 ble kurpengesystemet avløst av et system basert på rammefinansiering. Rammefinansieringsregimet varte frem til og med 1996. I 1997, basert på noen år med forsøkvirksomhet ved et fåtall sykehus, innførte myndighetene det som ble hetende innsatsstyrt finansiering. I 2002 er en ny epoke innledet i og med den statlige overtakelsen av eierskapet til og driftsansvaret for tidligere fylkeskommunale somatiske og psykiatriske institusjoner. Det er forventet at eierskiftet vil føre til endringer i måten sykehusene finansieres på.

Etter krigen og frem til midt på 70-tallet gjorde oppgangstider, befolkningsvekst og medisinske fremskritt at utbygning av sykehustjenester ble en sentral målsetning. På 80-tallet ble det lagt vekt på sterkere kostnadskontroll, og det ble satt makt bak kravene om desentralisering av spesialisthelsetjenesten. På 90-tallet endret fokus seg igjen, nå mot bedret effektivitet og kvalitet. Hva skiller systemene fra hver andre med hensyn til sykehusenes insentiver til kostnadseffektivitet, kvalitet og tilgjengelighet?

Kurpengesystemet i perioden 1970 til 1979 gav sykehusene inntekter basert på satser per liggedøgn, såkalte kurdøgnsatser. I hovedtrekk fungerte ordningen slik at en stor andel av sykehusets utgifter – mellom 50 til 75 prosent – ble direkte refundert fra Folketrygden. ”Restbeløpet” måtte dekkes inn over fylkeskommunens, dvs. eiers, ordinære budsjetter. Systemet ga sykehusene svake insentiver til kostnadsbesparelser. Det var snarere slik at sykehus med høye kostnader ble premiert i form av høye inntekter. Eier burde i prinsippet ha insentiver til å holde kostnadsveksten under kontroll gitt at ”restbeløpet” gikk på bekostning av andre satsingsområder i fylket.

På den andre siden var det svake eller ingen insentiver til kostnadsbesparelser siden fylkeskommunene ikke dekket de totale utgiftene i forbindelse med sykehusbehandling, samt at høyere behandlingsaktivitet genererte høyere inntekter for sykehusene. Eier stod ikke overfor den fulle marginalkostnaden ved ytterligere en behandlet pasient siden 50 til 70 prosent ble dekket av staten. År med vekst i de fylkeskommunale budsjetter gjorde trolig også sitt til at prioriteringsdiskusjoner mellom ulike formål ikke stod høyt på den politiske agendaen. Det kunne dessuten fortone seg vanskelig for fylkeskommunale politikere å se hvordan man kunne detaljstyre enkeltsykehus med sikte på å bedre kostnadseffektiviteten og kvaliteten. Statlige myndigheter tok etter hvert innover seg at utgiftene til sykehussektoren økte sterkt i perioden. Man innså at kurpengesystemet ikke var virkemidlet som kunne bidra til å styre utgiftene.

Svaret på styringsutfordringen var at man i 1980 gikk over til et system med *rammefinansiering* basert på indikatorer som folketall og alderssammensetning. Rammebudsjetteringen innebar at folketrygdens utgifter til driftsformål ved sykehusene ble lagt inn i fylkeskommunenes rammetilskudd fra staten. I tillegg fikk sykehusene inntekter fra refusjoner fra folketrygden for polikliniske konsultasjoner, gjestepasientordninger og pasientenes egenandeler. Fylkeskommunene satte rammer for sykehusbudsjettene. I systemet lå det et klarere insentiv til eier om å sørge for kostnadseffektivisering sammenliknet med kurpengesystemet: Utgiftene ved en ekstra

liggedag kunne ikke lenger veltes over på staten, men medførte færre ressurser til andre fylkeskommunale formål. Mekanismen som skulle sørge for dette var at staten fastla de fylkeskommunale "makrobudsjettene" basert på objektive kriterier som alderssammensetning og befolkningstetthet. De lokale politikerne bestemte i neste omgang hvilke budsjetterammer sykehusene skulle tildeles, i en prosess der også fordelingen av ressurser til infrastruktur, videregående utdanning og kultur inngikk. Besparelser i sykehussektoren ville på denne måten komme fylkeskommunen til gode ved at det ble mer penger til andre formål (og vice versa).

Hovedproblemet med rammefinansieringen var at økt produksjon ikke ledet til økte bevilgninger. Rammefinansieringen var uavhengig av aktivitetsnivå og sykehusene hadde ingen insentiver til å øke produksjonen. Insentivet til å behandle pasienter fort og effektivt var ikke tilstede. Tvert i mot var det slik at jo flere pasienter sykehusene tok inn, desto mindre ressurser ble det på den enkelte pasient. Det var i denne perioden 'ventelistepasient' ble et begrep. Etterspørselen var tilsynelatende større enn kapasiteten, og systemet motiverte sykehusene til å ha mange på venteliste slik at de i neste omgang fikk tildelt større bevilgninger. En typisk situasjon fra denne perioden var at sykehus som slet med å holde budsjettene kunne true med å stenge sengeposter. Resultatet ble at staten ofte kom til unnsetning med ekstrabevilgninger. De myke budsjetterammene, og kostnadene av det politiske spillet knyttet til størrelsen på rammene, var en av grunnene til at det i 1987 ble utredet et nytt finansieringssystem.

For å knytte sykehusenes inntekter direkte til deres aktivitetsnivå og for å skape incentiver til mer effektiv drift, innførte man i juli 1997 et system basert på stykkprisfinansiering, kalt *innsatsstyrt finansiering*. Reformen innebar at sykehusene fikk refundert deler av utgiftene til behandling av innlagte pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG). Hver DRG har sin pris, som er basert på gjennomsnittsberegninger av hva det normalt koster å behandle pasienter. Sykehusenes inntekter er dermed basert på en kombinasjon av stykkprisfinansiering fra staten gjennom Rikstrygdeverket og rammefinansiering fra fylkeskommunene. Siden innføringen av finansieringsordningen har refusjonssatsen økt flere ganger. I 2002 utgjør satsen 55%. Fra og med 1999 ble det gjort viktige endringer i systemet blant annet ved at dagkirurgi og deler av den polikliniske aktiviteten også skal finansieres gjennom ISF.

3.4.1 Effekter

Vi vil her komme inn på noen effekter av innføringen av ny ISF-basert finansieringsmodell fra 1997.¹⁵ Til en viss grad vil dette være mer generelle effekter, dvs. ikke med noen spesiell regional profil. Imidlertid, når det gjelder drøftingen av effekter på dette reformområdet, vil vi for øvrig også henvise til drøftingen under pasientrettigheter i kapittel 3.2, fordi drøftingen av finansieringsreform også bør sees i sammenheng med retten til fritt sykehusvalg.

Målsettingen med innføringen av ISF var primært å få til en økning i *behandlingsaktiviteten*. Ulike studier synes å bekrefte at denne målsettingen har blitt realisert. Både sykehusenes produksjon målt i antall sykehusopphold, antall pasienter behandlet

¹⁵ Basert bl.a. på NOU 2003: 1.

og DRG-poeng har økt (Kjerstad, 2000, Biørn, et al., 2002). Veksten i sykehusenes aktivitet har også vært større enn planlagt. I Hagen og Askim (2000) er det gitt en oversikt over fylkeskommunenes planlagte vekst i antall inneliggende pasienter inklusive dagopphold, og som vi gjengir under.

Tabell 6. *Planlagt og realisert prosentvis vekst i antall inneliggende pasienter for fylkeskommunene i 1999 (Kilde: Hagen og Askim, 2000).*

	Planlagt	Realisert
Østfold	3,9	1,54
Akershus	1,6	4,38
Oslo	2,0	0,23
Hedmark	0,7	0,32
Oppland	0,0	1,08
Buskerud	2,6	3,97
Vestfold	2,3	6,05
Telemark	0,1	6,32
Aust-Agder	1,4	4,05
Vest-Agder	0,0	4,48
Rogaland	4,2	1,12
Hordaland	0,0	4,81
Sogn og Fjordane	0,8	-1,28
Møre og Romsdal	0,5	4,66
Sør-Trøndelag	0,4	2,38
Nord-Trøndelag	0,0	1,20
Nordland	0,0	0,93
Troms	1,0	3,66
Finnmark	1,8	3,28
Radiumhospitalet	0,7	7,79
Rikshospitalet	-10,0	-1,17
Totalt	0,6	2,64

Vi ser av tabellen at den samlede økningen i realisert aktivitet for 1999 var på 2,6% for inneliggende pasienter, noe som var vel fire ganger høyere enn statens målsetting, og som ble lagt til grunn for fylkeskommunenes budsjetter. For øvrig henviser vi til vår gjennomgang av utvikling i pasientbehandling mv. i kapittel 4, og som bekrefter aktivitetsøkningen i siste halvdel av 90-tallet for alle helseregioner og sykehuskategorier.

I forbindelse med innføringen av ISF ble det også uttrykt bekymring for at fylkeskommunene som hadde høyest inntekter, også var de som ville få den største aktivitetsveksten som følge av ISF. I Riksrevisjonen (2001-2002) vises det at det motsatte skjedde, aktivitetsveksten ble størst i fylker med lavest inntektsnivå og dårligst tilgjenglighet i utgangspunktet. I NOU 2003:1 pekes det på at en mulig årsak til dette kan ligge i at disse fylkeskommunene også hadde de mest effektive sykehusene, og dermed de beste mulighetene til å utnytte inntekspotensialet i ISF.

Et mulig problem ved stykkprisfinansiering er manglende eller svak *kostnads-kontroll*.¹⁶ I NOU 2003:1 pekes det på at en sterkere økning i aktivitetsveksten enn budsjettmessig forutsatt var en viktig forutsetning for en klart svekket økonomisk situasjon i de fleste fylkeskommuner frem til 2000. Dette var også bakgrunnen for en tilleggsbevilgning fra Stortinget på om lag 1,8 mrd. kroner i 2000 og 2,1 mrd. kroner i 2002.

Biørn, et al. (2002) er en av flere analyser som fokuserer på utviklingen i sykehusenes *effektivitet* som en følge av innføringen av ISF. Før vi kommer inn på noen effekter, kan det være hensiktsmessig med en kort begrepsavklaring siden effektivitetsutviklingen kan måles på flere ulike måter. For det første er det vanlig å skille mellom ”indre” og ”ytre” effektivitet (se for eksempel Askildsen, et al., 1999). Indre effektivitet er knyttet til om oppgavene gjøres på en riktig måte, mens ytre effektivitet er et spørsmål om å gjøre de rette oppgavene. Indre effektivitet fokuserer på utnyttelsen av innsatsfaktorer og ressurser i produksjonen. Et begrep som benyttes synonymt med indre effektivitet er *kostnadseffektivitet*. Ytre effektivitet gjør seg gjeldene på sektornivå, og kan gjerne oversettes med *allokerings effektivitet* som kriterium for å vurdere om tjenesteproduksjonen er samfunnsøkonomisk effektiv.

Kostnadseffektivitet er altså det som vanligvis forbindes med effektiv produksjon. Det innebærer at det offentlige innretter produksjonen slik at den skjer til lavest mulig kostnader og at det ikke sløses med ressursene. I så fall har vi oppnådd *teknisk effektivitet*. En forutsetning for kostnadseffektivitet er videre at ressursene som brukes i produksjonen reflekterer den verdi de har for samfunnet. Det trenger ikke alltid være tilfellet, spesielt i forbindelse med monopoler, ledig kapasitet og eksterne virkninger. Merk at kriteriet betyr at det generelt skal produseres på billigst mulig måte. Hvis eksempelvis en privat produsent kan levere en tjeneste billigere enn en offentlig enhet, så innebærer det at den private aktøren skal velges. Dette er imidlertid under forutsetning av at de står overfor de samme produksjonsbetingelser og at markedsprisen reflekterer de samfunnsøkonomiske alternativkostnadene. *Skala-effektivitet* er nok et begrep som gjerne introduseres i denne sammenheng. Dette benyttes på områder der det er stordriftsfordeler i produksjonen, og innebærer at en enhet produserer på det nivå der forholdet mellom produksjon og innsatsfaktorer er størst mulig. Det kan være flere områder av offentlig tjenesteproduksjon der spørsmålet om skalaeffektivitet dukker opp, ikke minst i helsesektoren i tilknytning til spørsmålet om sammenslåing av funksjoner innenfor en helseregion, eller samarbeid på tvers av helseregioner, for eksempel om å produsere ulike typer elektive operasjoner.

Allokerings effektivitet betyr at den totale produksjonen av hvert enkelt gode er på det riktige (optimale) nivå. Kun aktiviteter der den totale nytten for samfunnet er større enn kostnadene, skal gjennomføres. Dette innebærer at en må ta hensyn til at ressursene som går med til å produsere et gitt gode, alternativt kunne vært brukt til å produsere andre goder. Det riktige produksjonsnivået av et gode er slik at den ekstra nytten konsumentene får av økt produksjon (grensenytten) akkurat tilsvarer kostnadene ved økt produksjon (grensekostnaden). For sykehusene vil dette kravet gi seg uttrykk i det som ofte kalles *prioriterings effektivitet*, som uttrykker at tjeneste-

¹⁶ Dette er kanskje først og fremst et styringsproblem heller enn et problem ved stykkprisfinansiering i seg selv.

tilbudet skal tilpasses lokale ønsker og behov, gitt de rammer som settes av overordnede statlige målsettinger innenfor helsepolitikken.

I Hagen, et al. (2001), Hagen, et al. (2001) og Biørn, et al. (2002) studeres utviklingen i teknisk effektivitet samt kostnadseffektivitet. Studiene viser en positiv utvikling i teknisk effektivitet på 90-tallet, derav knyttes en relativ sterk forbedring mellom 1996 og 1997 til innføringen av ISF. Bortsett fra en økning de siste årene, var utviklingen etter 1997 relativ stabil. Med hensyn til kostnadseffektivitet har utviklingen vært negativ. I Hagen, et al. (2001) settes dette i sammenheng med utviklingen i lønnskostnader. Det vises i NOU 2003:1 videre til at analyser viser omfattende forskjeller i effektivitet mellom sykehus og sykehustyper. Regionsykehusene hadde tidlig på 1990-tallet en lavere effektivitet enn de andre sykehustypene, men deretter var det en tilnærming til effektivitetsnivået for de andre sykehustypene.

Kritikken mot den ISF gikk blant annet på at man fryktet at insentivene til å levere kvalitetstjenester svekkes, og at økonomisk tenkning og bevissthet omkring hva slags pasientbehandling som gir størst økonomisk uttelling er blitt forsterket. For sterkt fokus på å behandle flest mulig pasienter på kortest mulig tid, og at man trekker inn en vurdering av relativ lønnsomhet innenfor en pasientkategori eller mellom pasientkategorier, kan resultere i at den enkelte pasients behov ikke blir godt nok ivarettatt. Andre innvendinger er at pleie- og omsorg av pasientene blir redusert, at man skriver pasienter ut for tidlig og får såkalte svingdørpasienter, og at psykiatriske pasienter ikke fanges opp på en tilfredsstillende måte. Erfaringer fra andre land kan tyde på at slike sammenhenger finnes, bl.a. viser Rogers, et al. (1990), basert på erfaringer fra USA, at dødeligheten ikke har blitt påvirket av innføringen av innsatsstyrt finansiering, men at sannsynligheten for at en pasient blir utskrevet i en ustabil situasjon kan ha blitt påvirket negativt. Nerland (2001) finner at den gjennomsnittlige liggetiden for pasienter i norske somatiske sykehus har blitt redusert fra 11,7 til 4,7 liggedager.¹⁷ Han konkluderer med at innsatsstyrt finansiering gir kortere liggetider.

På den ene siden er dette et uttrykk for mer effektiv behandling. Høyere pasientgjennomstrømming gir også reduserte ventetider. På den annen side kan utskriving også skje for raskt. Likevel, med utgangspunkt i indikatorer som unødvendige innleggelser, stabilitet ved utskriving, utrednings- og behandlingsintensitet, reinnleggelser, dødelighet og pasienttilfredshet, vises det i NOU 2003:1 til at det ikke finnes dokumentasjon som tilsier at ISF har gitt vesentlige negative effekter for *kvaliteten* på sykehusenes pasientbehandling.

3.5 Ny apoteklov

En ny apoteklov trådte i kraft 1. mars 2001. Lovendringen gjorde det norske legemiddelmarkedet til et av de mest liberale i Europa, men som vi senere vil se, fremdeles underlagt en rekke ulike former for regulering. Den nye apotekloven markerte slutten på det gamle bevillingssystemet, der myndighetene bestemte hvem som skulle få eie det enkelte apotek, hvor mange apotek det skulle være og hvor nye apotek skulle lokaliseres. Videre innebar lovendringen at det var mulig for andre enn farmasøyter å eie apotek. Mens det før var slik at man måtte ha graden cand.pharm. for

¹⁷ Basert på data fra 63 sykehus i perioden 1976 til 1999.

å få konsesjon til å eie apotek, kan i dag i prinsippet hvem som helst få konsesjon, bortsett fra legemiddelprodusenter og leger. Fremdeles er det imidlertid slik at daglig leder av apotek må ha graden cand.pharm. Konsesjon for eierskap og drift ble adskilt, og det ble mulig å velge andre organisasjonsformer for apotek enn personlig selskap. Før den nye apotekloven trådte i kraft, ble apotekene drevet som enkeltmannsforetak, med eier som heltidsarbeidende. Med den nye loven åpnet myndighetene altså opp for at selskaper kan eie apotek, og tillot dermed kjededannelse i bransjen. Andre profesjonsgrupper kan overta ansvaret for den forretningsmessige driften mens farmasøytene har ansvar for den faglige driften. Det stilles videre krav til at farmasøyt skal være til stede i hele åpningstiden for å sikre at alle apotek har et faglig kompetent personale.

3.5.1 Bakgrunn

Det er flere grunner til at loven ble endret. For det første var apotekloven 400 år gammel. Bare dette var grunn nok til å se på den med nye øyne. Videre ble etablering og plassering av apotek bestemt av myndighetene. Det var imidlertid flere eksempler på at apotek ikke ble opprettet der befolkningen åpenbart ville ha apotek. Utgangspunktet for den nye lovgivningen var at lokaliseringsbeslutningen kunne gjøres like bra av private. Det ble altså åpnet opp for en friere etablering av apotek - men ikke en helt fri etablering. Det må søkes om konsesjon for etablering, men konsesjonen skal gis etter objektive kriterier, ikke lenger etter skjønn. Man må dokumentere økonomisk evne til å drive apoteket faglig forsvarlig. Videre var flertallet i sosialkomiteen opptatt av at distriktene ikke skulle bli tappet for farmasøyter – som det i utgangspunktet er mangel på. Ønsket var et konsesjonstak for apotek i sentrale strøk inntil en hadde utdannet nok farmasøyter. Som vi senere vil komme inn på er distriktshensynene i stedet ivaretatt gjennom en avtale mellom myndighetene og NMD om drift av apotek i kommuner der det i dag ikke er flere enn ett apotek. Dersom dette ene apoteket innstiller sin drift, plikter avtalepartene å opprette et apotektilbud på stedet.

En annen grunn til at lovgivningen ble revurdert, var at fritt eierskap var forbudt. Det var en lukket bransje forbeholdt legemiddelprofesjonen i nesten 400 år. Nå er det åpent for nye grupper på eiersiden. Noen aktører utelukkes riktignok på eiersiden. For det første forbys leger og andre som har rett til å foreskrive legemidler å eie apotek. Videre avskjæres legemiddelindustrien (produsentene) å eie apotek. I dag kan farmasøytisk industri bli legemiddelgrossister. Skulle de i tillegg eie apotek, ville man åpne for at en aktør kunne dominere alle ledd i legemiddelforsyningskjeden. Derimot tillates legemiddelgrossister å eie apotek.

Men ikke minst konkurransemessige sider var en viktig grunn til at lovgivningen ble endret. Flere tiltak for å bidra til dette ble gjennomført. Friere etablering og eierskapsregler var også tiltak i denne sammenheng. Videre var generisk substitusjon ”forbudt” etter den gamle lovgivningen. Dette betyr bytting av ikke-patenterte, likeverdige kopipreparater i apotek, såfremt legen ikke aktivt har motsatt seg dette på resepten. Den nye apotekloven åpner for generisk substitusjon, noe som var ment å bringe mer priskonkurranse inn i legemiddelmarkedet. Apotekene skulle slippe å måtte selge de dyreste preparatene. Denne mulighet burde være et godt utgangspunkt for å få bedre innkjøpsbetingelser hos leverandør. For å få til en generisk substitusjon er en

avhengig av parallellimport. Europeisk legemiddelmarked fungerer slik at firmaene produserer og selger samme legemiddel med forskjellig pris i ulike land. Norge har tradisjon for å importere legemidler direkte fra produsenten. EØS-avtalen gjør det mulig å importere samme medisin til lavere pris fra for eksempel et lavkostland i Sør-Europa.

Fra 1. januar 2002 ble også avgiftssystemet lagt om. Apotekavgiften, som var en progressiv avgift innkrevd på detaljistnivå, ble erstattet av en *legemiddelavgift*. Dette er en fast avgift innkrevd på grossistnivå. Samtidig ble avgiftsgrunnlaget utvidet til å omfatte at salg av legemidler. Legemiddelavgiften skal dekke utgifter til følgende formål:¹⁸

- Tilskudd til fraktrefusjon av legemidler
- Driftsstøtte til apotek i distriktene mv.
- Stipendier til farmasøytiske kandidater og reseptarers etterutdanning
- Tilskudd til Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo
- Tilskudd til regionale legemiddelinformasjonsentra (RELIS)
- Tilskudd til veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonsentra (VETLIS)
- Tilskudd til å finansiere studieplasser ved farmasistudiet ved Universitetet i Tromsø.¹⁹

De private apotekene betalte i 2002 om lag 131 mill. kroner i legemiddelavgift. Dette tilsvarer 1,4% av legemiddelomsetningen målt i forhold til apotekenes innkjøpspris.

3.5.2 Effekter

Det har vært en i antall apotek på hele 32% siden innføringen av apotekloven medførte at apoteketableringen ble liberalisert. Per 4. august 2003 var det totalt 516 apotek i Norge, hvorav 485 var private (Norges Apotekerforening). Tabell 7 under viser utviklingen i antall private (ikke sykehus-) apotek siden 1998.

¹⁸ Tekst og tall 2003, Norges Apotekerforening.

¹⁹ Farmasistudiet består av en kombinasjon av helsefag og realfag med legemiddelkunnskap i fokus. 2003-kullet ved farmasistudiet ved Uiniversitetet i Tromsø består av 39 studenter.

Tabell 7. Utviklingen i antall private apotek (kilde: Norges Apotekerforening).

År	Antall private apotek	Prosentvis endring
1998	356	-
1999	364	2,2
2000	369	1,4
2001 ²⁰	433	17,3
2002	472	9,0
2003 ²¹	485	3,0

Ser vi litt på situasjonen i dag, ser vi at apotekene har ulike tilknytningsformer til kjedene, fra innkjøpsavtaler via franchiseavtaler og delvis eierskap til å være heleid av kjedene.

Man kan tenke seg flere regionale effekter av den nye apotekloven og deregulering av markedet; både i forhold til regionalt differensiert *prissetting* og i forhold til *markedsstruktur*. Det er imidlertid innført flere mekanismer som vil dempe de helt store og dramatiske utslagene.

For det første er verken *prisdannelsen* eller *varesortiment* i det deregulerte markedet helt fri. For reseptpliktige legemidler, som utgjør ca. 71% av apotekenes omsetning, har myndighetene bestemt maksimalpriser. Videre er apotekene underlagt avanseregulering. Nylig er det også innført et indeksprissystem for utvalgte generiske legemidler.²² Det er derfor kun for reseptfrie legemidler, som utgjør ca. 12,5% av omsetningen, og handelsvarer, 18,5% av omsetningen, at apotekene fritt kan sette pris.²³ Videre ligger det føringer på det enkelte apoteks *varesortiment*, bl.a. har det enkelte apotek plikt til å forhandle alle legemidler som er godkjent for salg i Norge og legemidler som må produseres for den enkelte etter resept. Omsetningen av slike forhandlingspliktige varer skal utgjøre minst 85 prosent av apotekets totale vareomsetning. Den resterende vareomsetning skal utgjøres av varer som ”naturlig og hensiktsmessig lar seg forene med de forhandlingspliktige varer, herunder varer som tradisjonelt har vært solgt gjennom apotek”.

For det andre finnes det ulike virkemidler for å sikre et apotektilbud i alle deler av landet. Ett av disse virkemidlene er at myndighetene har inngått avtale med Norsk Medisinaldepot (NMD) om *opprettholdelse av apotektilbud i distriktene*. Denne avtalen har som formål å sikre kommunene en apotekdekning og legemiddelforsyning

²⁰ 01.03.2001

²¹ 04.08.2003

²² Dette er legemidler med samme virkestoff, men forskjellig produsent.

²³ Basert på tall for 2001 fra Norges Apotekerforening.

på minimum samme nivå som ved ikrafttredelsen av den nye apotekloven av 1. mars 2001. Avtalen omfatter alle kommuner hvor det i slutten av februar 2001 ikke fantes flere enn ett privat apotek. Avtalen innebærer at dersom en apotekkonsejjonær i en slik kommune gir avkall på sin konsejjon, skal NMD anses som søker på konsejjonen i samme kommune, og på samme vilkår som for eksisterende konsejjonær.²⁴ Hvis NMD overtar det eksisterende apoteket innebærer dette en overtagelse både av varelager (til faktisk innkjøpspris) og av eksisterende arbeidstakerne. Arbeidstakernes stilling skal ikke være dårligere enn det som følger av arbeidsmiljølovens regler om arbeidstakeres stilling ved overtagelse. Dersom NMD derimot åpner et nytt apotek, plikter NMD å tilby de ansatte ved det eksisterende apoteket ansettelse på vilkår som ikke er dårligere enn det som følger av arbeidsmiljølovens regler ved overtagelse.

For det tredje har det fra 1994 blitt gitt statlig *driftsstøtte til apotek* ut fra bestemte kriterier. Ordningen er altså ikke ny, men ble revidert som følge av den nye apotekloven, dog under en forutsetning at revisjonen ikke svekket tilgangen til apotek tjenester i distriktet. Driftsstøtteordningen har som formål å opprettholde et forsvarlig apotektilbud i distriktene, og er således i hovedsak rettet mot apotek i utkant-Norge med liten omsetning.²⁵ Kriteriet for støtte er at apoteket ikke ligger i en av de større byene eller tettstedene, og har en omsetning som ikke oversiger 80% av foregående års gjennomsnittlig omsetning i den private del av apoteksektoren. Det geografiske kriteriet er presisert som følger:

- Apoteket må ikke ligge i kommune med to eller flere apotek. Driftsstøtte kan likevel gis dersom det finnes flere apotek i kommunen, men hvor mangel på transporttjenester grunnet geografiske forhold gjør at deler av kommunens innbyggere i realiteten ikke vil ha tilgang til apotek tjeneste hvis det støttetrengende apotek ble nedlagt.
- Apoteket må ligge i en kommune med befolkning mindre enn 10.000 innbyggere.²⁶
- Avstanden til nærmeste apotek må være 20 km eller lenger, eller utgjøre en reisetid på 30 minutter eller mer med offentlige transportmidler på sommertid.

I tillegg til de geografiske kriteriene, må også noen økonomiske kriterier tilfredsstilles. For det første kan ikke apotekets årsomsetning overstige 20 mill. kroner (indeksregulert). Videre må apoteket ha vært drevet økonomisk forsvarlig. Det siste innebærer for eksempel at kostnader til varekjøp og lønnsnivå ikke kan være høyere enn det som er vanlig i bransjen. Regelverket inneholder også formuleringer som tar sikte på strategisk prising mellom eier/grossistledd og forhandler med sikte på å oppnå

²⁴ Fra det øyeblikk Statens legemiddelverk påberoper seg avtalen.

²⁵ Det kan imidlertid også foreligge spesielle samfunnsmessige og sosialpolitiske vurderinger som tilsier at det også gis støtte til apotek som ligger i sentrale strøk eller som har syklusbestemte utgifter. Dette kan for eksempel dreie seg om apotek med en høy andel eldre og behov for døgnåpen drift eller apotekvakt, eller apotek som har utgifter som oppstår etter overtagelse av apotek.

²⁶ For apotek med filial(er) er det hovedapotekets beliggende som skal sammenholdes med de to ovenstående kriteriene.

støtte: ”Apotek som søker om driftsstøtte må ikke være belastet urimelige kostnader fra moderapotek eller konsern”. Støtten gis i form av ettergivelse av apotekavgift, tilskudd eller en kombinasjon av dette, og maksimalt støttebeløp er for regnskapsåret 2002 fastsatt til 810.000 kroner for selvstendige apotek og 700.000 for filialer.

For det fjerde eksisterer det en *fraktrefusjonsordning*. Apotek kan sende legemidler til kunder som er bosatt i apotekets naturlige geografiske kundeområde. Fraktrefusjonsordningen innebærer at apoteket kan få refundert en andel av utgifter til forsendelse av legemidler (porto og utgifter frakt) foreskrevet av lege eller tannlege når forsendelsen tilsies av *geografiske forhold*, forbrukerens fysiske eller psykiske helse-tilstand eller andre omstendigheter som gjør utlevering i apotek til en særlig belastning for forbrukeren.

For det femte eksisterer det en ordning med *medisinutsalg* som sikrer tilgang til et begrenset utvalg apotekvarer i særlig grisorienterte strøk. Medisinutsalget er underlagt et bestemt apotek. Et apotek kan få lov til å etablere et medisinutsalg når Statens legemiddelverk anser det nødvendig for å sikre en forsvarlig legemiddelforsyning. I denne vurderingen skal det særlig legges vekt på avstand til apotek og andre medisinutsalg samt lokale kommunikasjonsforhold. Medisinutsalgene er altså apotekenes forlengede arm i deler av landet med lang vei til apotek. Gjennom medisinutsalg kan det utleveres legemidler, og for øvrig selges reseptfrie legemidler, legemidler unntatt fra reseptplikt og andre varer som kan selges fra apotek uten særskilt rekvisisjon på vegne av apoteket. Legemiddelutvalget fastsettes i samråd med kommunelegen. Ved utgangen av 2002 var det ca. 1150 medisinutsalg i drift i Norge.²⁷

Disse virkemidlene sikrer at vi ikke vil se dramatiske negative regionale effekter, verken i forhold til markedsstruktur og tilgjengelighet, eller i forhold til prising.

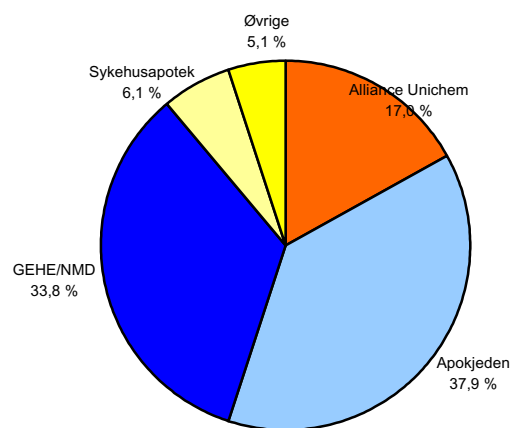
Noen forventede eller tilsiktede effekter av den nye lovgivningen var at man regnet med at nye aktørene i næringen skulle ha med seg nye ideer og nye opplegg for organisering av apotek. På dette området har man allerede sett skritt i retning av mindre farmasøyt-intensive apotek. I tillegg pekes det på realiserte effekter i retning av mer rasjonell drift, noe som skulle muliggjøre konkurranse om arbeidskraft – ikke bare mellom apotek, men også i forhold til legemiddelindustri og offentlig sektor. En forventet effekt av dette var en bremsing av farmasøytmangelen. Nye eiere med mer effektive apotek vil kunne gi seg utslag i kortere ventetid på apoteket, lavere priser og ikke minst utvidet åpningstid. Vi har p.t. ikke tall som kan dokumentere alle disse effektene. Noen dokumentere forhold ønsker vi likevel å henlede oppmerksomheten mot.

Virkinger på markedsstruktur og tilgjengelighet. Ved inngangen til 2003 var det 6.301 ansatte i apotek i Norge. Disse utførte 5.093 årsverk, noe som representerer en økning på henholdsvis 2,2 og 2,3 prosent sammenlignet med antall ansatte og antall årsverk pr. 1. januar 2001. Den totale legemiddelomsetningen i Norge fra legemiddel-

²⁷ Kilde: www.apotek.no

grossister til apotek og sykehus var på totalt 9,3 milliarder kroner (ekskl. mva) i 2002.²⁸

Før dereguleringen var alle apotek, unntatt sykehusapotekene, eiet av enkeltpersoner. Med den nye loven åpnet myndighetene opp for at selskaper kan eie apotek, og tillot dermed kjededannelse i bransjen. Etter liberaliseringen av det norske apotekmarkedet har utenlandske apotekkjeder etablert seg i Norge. I dag er det tre kjeder som dominerer det norske markedet for omsetning av legemidler. Så selv om det er fri etablering i bransjen, så er markedskonsentrasjonen høy. Det er derfor ikke opplagt at dereguleringen har ført til økt konkurranse.



Figur 1. Kjeditilhørighet per august 2002 (kilde: IMS Health, 2002).

Apokjeden AS ble etablert i 1995 og var til å begynne med en ren innkjøpskjede. I 1999 åpnet Apokjeden sitt første Apotek 1, og organiserer i dag 190 apotek i et felles kjedesamarbeid. Apokjeden inngikk i februar 2000 en strategisk allianse med den finske Tamro, den ledende grossisten i de øvrige nordiske land, Baltikum og Nordvest-Russland. I dag eier Apokjeden alle aksjene i Tamro Distribusjon AS, som er Tamros grossistselskap i Norge. Samtidig økte Tamro sin eierinteresse i Apokjeden til 49%.

Norsk Medisinaldepot (NMD) var inntil 1995 Norges eneste grossist. I mai 2001 ble 98% av aksjene i NMD kjøpt av det tyske selskapet GEHE. Vitusapotek er detaljistkjeden til GEHE/NMD. Det første Vitusapoteket ble åpnet i januar 2002. I dag er tallet over 100. NMD Grossisthandel har ansvar for selskapets grossistvirksomhet. I tillegg til å levere til Vitusapotekene, fungerer også NMD Grossisthandel som leverandør til sykehusene og en rekke apotek ved navn "Ditt Apotek". NMD Grossisthandel hadde inntil år 2000 en markedsandel på 70%. Som følge av samarbeidsavtalen mellom Apokjeden og Tamro har nå denne markedsandelen sunket til 59%.

²⁸ Kilde: www.apotek.no.

Alliance UniChem (AU) er et europeisk grossist og apotekselskap, og har i dag nær 100 heleide apotek i Norge ved navn "ditt Alliance apotek". Til å begynne med hadde AU ikke egen grossist i det norske markedet, og gjorde bruk av både NMD Grossisthandel og Holtung for grossisttjenester. I april 2002 kjøpte imidlertid AU grossisten Holtung fra Kronans Droghandel. På denne måten har altså alle de tre apotek-kjedene integrert eiermessig med grossistleddet.

I Dalen (2003) beskrives utviklingen i legemiddelmarkedet etter apotekreformen i 2001. Det pekes på at reformene ikke har endret på de fundamentale trekkene ved legemiddelmarkedet. Legene treffer valgene om bruk av legemidler, og myndighetene forsikrer befolkningen mot store legemiddelutgifter ved sykdom ved å betale legemiddelutgiftene som følger av legenes legemiddelforeskrivning. I rapporten legges hovedvekten på å beskrive utviklingen i apotekstruktur og økonomi, priser og reguleringsutfordringer etter apotekreformen. En av de viktigste virkningene av reformen er at de private apotekene er blitt flere som følge av en lokaliserings- og kvalitetskonkurransen mellom apotekkjedene. Utfallet av denne konkurransen har videre vært svekket inntjening for hvert apotek, men målt samlet har apotekene opplevd en økning i bruttoavance, spesielt når den sees i forhold til antall årsverk i apotekene (Dalen, 2003).

De nye apotekene er ikke bare kommet i Oslo-området, men har likevel i hovedsak skjedd i sentrale strøk. I neste kapittel presenteres en tabell som viser at av nye apotek mellom 2001 og 2003, har nærmere 60% av disse blitt etablert i storbyområder, 37% har kommet i andre urbane områder, mens bare litt over 3% har kommet i distriktskommuner. Etableringen av nye apotek utenfor det sentrale østlandsområdet har i hovedsak kommet i byer der det var ett eller flere apotek fra før. Den mest synlige virkningen av ny lov er derfor flere apotek i byene, og apotek med ulik profilering.²⁹

Pr. 6. mars 2003 er det ca. 8.800 innbyggere pr. apotek. Ved utgangen av år 2000 var gjennomsnittlig befolkningsgrunnlag pr. apotek 11.280. Den fylkesvise fordelingen av apotek (inkl. sykehusapotek) og antall innbyggere per apotek for 1989, 1999 og 2003 er vist i tabellen under.

²⁹ Kilde: Norges Apotekerforening

Tabell 8. Antall apotek og antall innbyggere per apotek (kilde: Norges Apotekerforening, LMI).

Antall apotek - antall innbyggere per apotek						
Fylke	2003		1999		1989	
Østfold	36	7 021	24	10 251	19	12 526
Akershus	51	9 359	31	14 857	20	20 724
Oslo	62	8 268	46	10 932	44	10 405
Hedmark	26	7 229	21	8 872	17	10 995
Oppland	27	6 786	24	7 593	16	11 409
Buskerud	31	7 735	23	10 218	17	13 218
Vestfold	22	9 839	17	12 395	13	15 172
Telemark	19	8 722	15	10 968	14	11 648
Aust-Agder	11	9 359	9	11 276	8	12 119
Vest-Agder	18	8 770	13	11 846	10	14 405
Rogaland	33	11 456	27	13 669	23	14 597
Hordaland	37	11 935	30	14 396	26	15 737
Sogn og Fjordane	13	8 252	13	8 281	12	8 885
Møre og Romsdal	30	8 129	25	9 702	21	11 354
Sør-Trøndelag	31	8 591	22	11 857	17	14 729
Nord-Trøndelag	17	7 497	12	10 566	7	18 131
Nordland	28	8 482	22	10 843	20	11 979
Troms	13	11 667	11	13 655	8	18 326
Finnmark	9	8 192	7	10 580	7	10 611
Totalt	514		392		319	

Vi ser av tabellen at utviklingen har vært i retning av flere apotek, og bedre apotekdekning i form av lavere antall innbyggere per apotek. Dette gjelder for alle fylkene.

Utviklingen i priser på legemidler. Vi tidligere har vært inne på er en vesentlig del av apotekenes varesortiment er underlagt ulike former for prisregulering. For det første er reseptpliktige legemidler underlagt et *maksimalprissystem*. Systemet innebærer at maksimal pris til apotek fra grossist for et reseptpliktig farmasøytisk spesialpreparat fastsettes av Statens legemiddelverk. Ved fastsetting av prisen tas skal det bl.a. tas hensyn til prisen på legemidlet i andre EØS-land, og prisen for legemiddel på det norske markedet med tilsvarende effekt eller lignende virkestoff. I utgangspunktet har apotektilvirkede legemidler fri prisdannelse. Imidlertid kan Legemiddelverket fastsette maksimalpris også på slike legemidler dersom legemidlet av særlige hensyn bør prisreguleres. Videre reguleres maksimal *apotekavanse* per pakning ved at det ut fra faktisk innkjøpspris først beregnes et prosenttillegg som er avhengig av innkjøpspris, deretter kommer et kronetillegg og gebyr. Fra 3. mars 2003 ble det også innført et system med *indekspris* for utvalgte byttbare legemidler (generiske legemidler). Formålet med innføring indekspris var å stimulere til økt konkurranse mellom generiske legemidler.

På denne bakgrunn er det vanskelig å se for seg at innføringen av apotekloven har særlig dramatiske konsekvenser i en regional sammenheng. I en mer generell evaluering i Dalen (2003) vises det til tall fra LMI som tyder på at det har vært en betydelig vekst i prisene (og apotekavansene) på reseptfrie legemidler. Ordningen med generisk bytte for et utvalg legemidler der det finnes generiske alternativer eller parallellimporterte legemidler, gir apotekene adgang til å utlevere et annet (men likeverdig) preparat enn det legen har rekvirert. Dette har utløst en sterkere pris-konkurranse i det markedssegmentet som omfattes av ordningen. Både generika- og originalprodusentene har senket prisene etter 1. mars 2001, men generikaprodusentene ser ut til å ha senket prisene mest.

Det er likevel noen poeng som vi vil peke på. Det første er relatert til *fraktrefusjonsordningen*. Intensjonen bak ordningen er at pasienter som enten er for syke eller som har uforholdsmessig lang vei til nærmeste apotek, skal få sine legemidler tilsendt vederlagsfritt. Fraktrefusjonsordningen innebærer at apoteket kan få refundert utgifter til forsendelse av legemidler (porto og utgifter frakt) forskrevet av lege eller tannlege når forsendelsen tilsies av bl.a. geografiske forhold, forbrukerens fysiske eller psykiske helsetilstand eller andre omstendigheter som gjør utlevering i apotek til en særlig belastning for forbrukeren. Utgiftene i forbindelse med fraktrefusjoner var i 2001 på 43 mill. kroner. I utgangspunktet var utgiftene refunderbare 100%, men dette ble imidlertid endret fra 2003. Stortinget vedtok at ytelsene over fraktrefusjonsordningen skulle reduseres med 25 mill. kroner. Begrunnelsen for reduksjonen var økt apotektilgjengelighet: ”Ny apoteklov har ledet til flere apotek. Det finnes i tillegg et betydelig antall medisinsalg. Videre vil det bli åpnet for salg av visse reseptfrie legemidler utenom apotek. Det er således grunn til å anta at apotektilgjengeligheten og tilgang til legemidler i Norge er bedre enn noen gang tidligere.”³⁰ Begrunnelsen er paradoksalt, all den tid det først og fremst er byene og regionsentra som har fått økt apotektetthet. Fraktrefusjonsordningen er et virkemiddel rettet mot gamle og syke i distriktene som i utgangspunktet har lang vei til nærmeste apotek eller apotekutsalg. Det er derfor rimelig å gå ut fra at kutt i fraktrefusjonsordningen vil ramme nettopp disse gruppene.

Det andre poenget er relatert til *priser for ikke reseptbelagte legemidler* og lignende i medisinsalg. Vi har tidligere vært inne på ordningen med at et apotek kan søke Statens legemiddelverk om å få opprette et medisinsalg i områder det ikke er økonomisk grunnlag for å opprette et fullverdig apotek med det krav til varesortiment og betjening som dette innebærer. Medisinsalgene er anlagt i lokale forretninger, har en kommisjonærfunksjon for apotekets utsendelse av medisinpakker og har et begrenset utvalg reseptfrie legemidler. Legemidler har alltid kostet det samme i landets mange medisinsalg som det apotekene har tatt i sin egen butikk. Våren 2003 økte imidlertid Vitus-kjeden prisene med 15% på den ikke reseptbelagte delen av varesortimentet. Begrunnelsen for dette sies kostnadene med forsendelse og at marginene på reseptbelagte produkter er blitt mer presset som følge av myndighetenes maksimalprispolitikk.³¹ Det er ikke urimelig å tro at de andre kjedene vil følge opp

³⁰ St.prp.nr.1 (2002-03).

³¹ Salgs- og markedsdirektør i Vitus, til Handelsbladet fk, 4.6.03.

denne prispolitikken. *Med andre ord kan vi forvente større grad av regionalt differensierte priser på ikke reseptbelagte legemidler.*

3.6 Nye reformer og forslag – NOU 2003:1

Sykehusfinansieringsutvalget (NOU 2003:1) kommer med en del forslag som berører dagens finansiering av spesialisthelsetjenester. Utvalget leverer ikke noen forslag som representerer noe nytt reformtilskudd som sådan, snarere en rekke ulike tiltak som sikter mot å støtte opp under den strukturen som har blitt etablert gjennom de helsepolitiske reformer som har blitt gjennomført.

Et av utvalgets forslag er at de regionale helseforetakene bør gjennomgå sin virksomhet med tanke om å konkurransenutsette deler av den. Utvalget peker på at anbudskonkurranse mellom private virksomheter og mellom private og offentlige virksomheter, vil være et sentralt virkemiddel i denne sammenhengen. Private helsetilbydere skal kunne inngå avtaler på regionalt nivå, avtalerelasjonene skal være langsiktige, primærhelsetjenesten skal kunne henvise direkte til de private sykehus og spesialister som det er inngått avtale med, og private sykehus med avtale med RHF kan, på lik linje med offentlige sykehus, utløse refusjon for poliklinisk virksomhet.

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

Et annet problem som utvalget peker på er relatert til psykisk helsevern. Dette er i dag rammefinansiert, og har et effektivitetsproblem. Ved de psykiatriske poliklinikkene behandler legen i gjennomsnitt 1,4 pasienter per dag. 10.000 venter på behandling. Utvalget peker på at i en situasjon med omfattende stykkprisfinansiering for somatiske helsetjenester, samtidig som psykiatriske helsetjenester rammefinansieres, stilles det store krav til målstyring, oppfølging og kontroll for å sikre at helseforetak ikke vrir ressursbruken fra psykiatri til somatikk. Den medisinen som utvalget foreslår er at det snarest mulig utvikles et pasientklassifiseringssystem som kan danne grunnlag for aktivitetsbasert finansiering av poliklinisk virksomhet, dag- og døgnbehandling innen psykisk helsevern og rusomsorg.

Forslaget er konsistent med utvalgets målsetting om å bygge på et system som i størst mulig grad baserer seg på *finansiering etter diagnose*. Psykiske sykdommer er fraværende i DRG-systemet, og utvalget peker på at det heller ikke kjenner noen land som benytter tilnærmingen systematisk på dette området.³² Dette har selvsagt sammenheng med at det er alt annet enn uproblematisk å utvikle et tilsvarende system

³² Det har imidlertid vært forsøkt ut i enkelte sammenhenger, jf. f.eks. Rosenheck, et al. (1990).

for psykiatri som forklarer en tilstrekkelig stor grad av de kostnadene som påløper ved en gitt diagnose og hvor man unngår svingdør-effekter.

I sin diskusjon av finansieringsmodell skiller utvalget mellom relasjonen stat-RHF og relasjonen RHF-helseforetak.

Utvalget er delt i sin anbefaling av **finansieringsmodell mellom stat og regionale helseforetak**. Flertallet anbefaler en modell der Stortinget vedtar den samlede rammen for spesialisthelsetjenesten. Denne ressursrammen fordeles så mellom regionale helseforetak etter behovsbaserte kriterier. Så ser utvalgets flertall for seg at "Staten (Helsedepartementet) og regionale helseforetak, med bakgrunn i de overordnede helsepolitiske prioriteringene, [har] en dialog om hvilket aktivitetsomfang som kan fullfinansieres innenfor tildelte ramme. Gjennom denne dialogen etablerer stat (eier) og regionale helseforetak (sørge for-ledd) en omforenet forståelse av hva aktivitetsnivået skal være innenfor hvert av spesialisthelsetjenestens hovedområder"(s. 29). Modellen innebærer videre at for å sikre at regionale helseforetak ikke må bære all økonomisk risiko dersom behovet for spesialisthelsetjenestene skulle bli uforutsatt høyt, så skal staten gi 50-60 prosent stykkprisrefusjon for aktivitet ut over det avtalte nivået, dog ikke over en nærmere fastsatt maksimumsgrense (for eksempel 2 prosent).

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

Ansvar for ambulansetjeneste med bil og båt ble fra 1. januar 2002 overført fra fylkeskommunene til de regionale helseforetakene, og luftambulansetjenesten ble overført fra folketrygden fra samme tidspunkt. Et relatert element ved sykehusfinansieringsutvalget forslag som vi særlig vil trekke frem i denne sammenheng vedrører **finansiering av syketransport**.³³

Refusjonsordningen for sykehustransport fungerer som en forsikringsordning som dekker store deler av enkeltindividenes kostnader til syketransport. Utgifter til syketransport dekkes etter dagens ordning over folketrygden, med unntak av

³³ Denne problemstillingen ble også vurdert av Christophersengruppen, en arbeidsgruppe ledet av avdelingsdirektør Knut Bjørn Christophersen i Sosialdepartementet.

egenandeler. *Formålet med stønadsordningen er å sikre befolkningen lik adgang til medisinsk behandling uansett bosted.*

Stønadsordningen omfatter transport av pasient og nødvendig ledsager til og fra medisinsk behandling når transporten ikke må foregå med ambulanse. Pasienten må som hovedregel betale en egenandel for hver reise. Det er en minstegrense og et utgiftstak. Ved bruk av retten til fritt sykehusvalg må alle betale en høyere egenandel for reiseutgiftene (220 kr. hver vei), og denne egenandelen omfattes ikke av ordningen med utgiftstak for betaling av egenandeler. Folketrygdens utgifter til syketransport var om lag 1.396 mill. kroner i 2001 og 1.543 mill. kroner i 2002.³⁴ I perioden fra 1990 til 2001 steg de totale utgiftene med over 100% målt i løpende kroner. I NOU 2003:1 (side 194) refereres det Christophersengruppens arbeid med problemstillingen, der det oppgis flere årsaker til dette:

- Økt sentralisering av helsetjenester, noe som innebærer lengre reiser
- Økning i antall behandlede pasienter, og at det er flere eldre pasienter
- Rett til fritt sykehusvalg
- Takstøkninger for transport

Sykehusfinansieringsutvalget peker på at en styrke med dagens ordning bl.a. er at ansvars plassering i trygdeetaten gir nærhet til brukeren siden trygdeetaten er organisert med trygdekontor i alle kommuner. Videre sikrer ordningen relativt stor grad av likebehandling og gode klagemuligheter. Hovedinnvendingen mot ansvars plassering hos trygdeetaten er at sykehusene ikke har noe kostnadsansvar for pasientenes økte tidsbruk og de økte reisekostnadene som oppstår for pasientene og for det offentlige. Sagt på en annen: Dette er kostnader som er eksterne for sykehuset, og som ikke tas hensyn til når sykehuset planlegger omfang og plassering av sykehustjenester, men som like fullt er relevante i en samfunnsøkonomisk vurdering. Folketrygden blir belastet med de økonomiske konsekvensene av sykehusets, legens og pasientens valg.

Sykehusfinansieringsutvalget deler Christophersengruppens vurdering med hensyn til at det er fordelaktig å beholde ansvaret for syketransport på ett forvaltningsnivå. Utvalget anbefaler således at *ansvaret for all syketransport overføres til regionale helseforetak*, noen som etter utvalgets oppfatning også vil være i tråd med prinsippet om at finansieringsansvaret bør ligge hos den part som har mulighet til å påvirke utgiftene. Dersom de regionale helseforetakene får et samlet ansvar for ambulansetjeneste og syketransport, gjør dette det mulig å se disse transporttjenestene mer i sammenheng. På den annen side overtar de regionale helseforetakene ansvaret for å finansiere områder som de siste årene har hatt en stekt utgiftsvekst. Utvalget mener likevel at samordningsgevinster på sikt kan gi en lavere utgiftsvekst enn det som ellers ville ha vært tilfelle.

³⁴ Kilde: www.trygdeetaten.no

3.6.1 Effekter

Vi vil her komme inn på mulige regionale effekter, positive så vel som negative, av ulike deler av Sykehusfinansieringsutvalgets forslag. Vi har tidligere vært inne på ulike effekter av innføringen av innsatsstyrt finansiering, sett isolert og sett i sammenheng med fritt pasientvalg. Selv om systemet har sine svakheter, foreslår Sykehusfinansieringsutvalget at det bygges videre på DRG-basert finansiering for somatisk behandling, og at det også innføres for annen type behandling.³⁵ Det vi særlig vil peke på i denne forbindelse er at utvalget mener at de regionale helseforetakene fortsatt må stå fritt i sin bruk av DRG-relaterte priser, og at de må kunne variere prisene i forhold til ulike pasientgrupper og institusjoner avhengig av lokale etterspørselsforhold og ønskede prioriteringer. I NOU 2003:1 (side 97) pekes det videre på at *fleksibilitet i utformingen av ISF-refusjonene er viktig, ikke minst på grunn av forskjeller mellom regioner og mellom helseforetak innenfor en region, for eksempel mellom sykehus med og uten akuttberedskap.*

Utvalget peker videre på at dagens finansieringsordninger og oppdeling av finansieringsansvar i noen tilfeller hindrer rasjonelle behandlingstilvalg, for eksempel ved at pasienter skyves frem og tilbake mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det understrekes at finansieringssystemet bør understøtte god samhandling mellom de ulike delene av den offentlige helsetjenesten. Særlig interessant er det at de er opptatt av at finansieringssystemet ikke straffer forsøk på å desentralisere spesialisthelsetjenester: ”Alle tjenester som med god kvalitet og god kostnadseffektivitet kan desentraliseres, bør flyttes nær pasienten” (side 256). Ett konkret og relevant forslag i så måte er å:

Samle ansvaret for syketransport og ambulansetjenester hos de regionale helseforetakene. En åpenbar effekt av å samle ansvaret for syketransport og ambulansetjenester hos de regionale helseforetakene, og som det pekes på i NOU 2003:1, er at det gjør det mulig å se disse tjenestene i sammenheng, for eksempel vurdere om ledig transportkapasitet med ambulanse kan utnyttes til annen syketransport. I denne sammenheng vil vi imidlertid spesielt peke på at effekten av å overføre finansieringsansvaret for syketransport til de regionale helseforetakene vil innebære en internalisering av kostnader som før var eksterne for helseforetakene.

Tidligere har vi pekt på et sentral målsetting med å overføre det samlede ansvaret for spesialisthelsetjenestene i regionen til de regionale helseforetakene nettopp var mulighet til å se det samlede helsetilbudet i regionen i sammenheng. På den annen side har Helsedepartementet i sin eierstyring pålagt de regionale helseforetakene resultatkrav, og legger til grunn at de fortløpende arbeider med effektivisering innenfor rammen av ivaretagelse av helsepolitiske mål og aktivitet. Dette innebærer også et ansvar for å utnytte tilgjengelige ressurser på en effektiv måte, noe som nødvendigvis vil innebære et press mot å sentralisere en del spesialiserte og kostnadskrevede funksjoner, jf. eksempelet med akuttfunksjoner ved fødeavdelingen i Lærdal. Presset mot å sentralisere funksjoner vil være særlig stort når pasientenes økte reisekostnader ikke inngår i en foretaksøkonomisk vurdering av tiltaket.

³⁵ Blant annet anbefales det å innføre et tilsvarende finansieringssystem for psykiatrisk behandling.

Sykehusfinansieringsutvalget foreslår at midler til å dekke reisekostnader, som nå dekkes over folketrygden, i stedet tilføres de regionale helseforetakene. Dette innebærer at RHF vil ta inn over seg kostnadene knyttet til at pasienten må reise for å få behandling - innenfor regionen men også nasjonalt i den grad retten til fritt sykehusvalg benyttes. La oss konsentrere oss om effekten på det regionale tilbudet først.

Når kostnadene til syketransport blir internalisert vil dette kunne føre til en større grad av *utvikling eller bevaring av et desentralisert behandlingstilbud for enkelte av de tjenestene som hører inn under av spesialisthelsetjenesten.*

Dette kan illustreres med et eksempel basert på Hatlebakk (2002). St. Olavs hospital har desentralisert sin polikliniske behandling av pasienter bosatt i Sør-Trøndelag. Spesialistpoliklinikken ved Ørlandet medisinske senter behandler pasienter som ellers måtte ha reist til regionsykehuset i Trondheim. I tillegg behandles pasienter, som på grunn av reiseavstanden trolig ikke ville ha oppsøkt regionsykehuset. Slik ekstraordinær behandling har en alternativkostnad for samfunnet, ved at en alternativt kunne behandle tyngre belastede pasienter ved regionsykehuset. Selv om poliklinikken ved Ørlandet pådrar seg en alternativkostnad, så er likevel antallet ordinære pasienter ved klinikken på Ørlandet så stort, at gevinsten i form av sparte reise- og tidskostnader for disse pasientene langt overstiger de totale kostnadene ved klinikken. Hatlebakk (2002) konkluderer med at den desentraliserte poliklinikken på Ørlandet er samfunnsøkonomisk lønnsom. Denne gevinsten tilfaller i hovedsak pasientene i form av reduserte reise- og tidskostnader. Det offentlige sparer sin andel av reisekostnadene, en gevinst som ser ut til å være i samme størrelsesorden som kostnadene ved å drive klinikken. Et tilsvarende eksempel er analysert i Abelsen og Gaski (2003), der det foretas en samfunnsøkonomisk analyse av spesialistpoliklinikken i Alta. Det pekes på at ”Slik systemet er i dag, hvor trygdeetaten finansierer reisekostnader, er det verdt å merke seg at for Helse Finnmark representerer spesialistpoliklinikken en merutgift, Nyttvirkningene ai form av sparte reise- og tidskostnader nyter i hovedsak trygdeetaten og den enkelte pasient og deres eventuelle ledsager godt av – ikke helseforetaket” (side 2).

Når det gjelder kostnadene knyttet til at pasienten behandles ved et annet sykehus kan vi først ta et litt prinsipielt perspektiv. Det første tilfellet er når sykehuset i samråd med pasienten velger behandling ved et sykehus utenfor regionen, kanskje fordi det er kø lokalt, fordi det rett og slett ikke er et tilfredsstillende behandlingstilbud lokalt, eller kanskje fordi dette er billigere. I dette tilfelle er det naturlig at det regionale helseforetaket dekker reisekostnadene, i tråd med prinsippet om at finansieringsansvaret ligger hos den part som har mulighet til å påvirke utgiftene.

Hvis det derimot er pasienten selv som velger å bli behandlet ved et sykehus utenfor regionen som en del av ordningen med fritt sykehusvalg, ser vi at prinsippet ikke impliserer et fullt finansieringsansvar for det regionale helseforetaket. Spørsmålet er om pasienten da selv skal dekke de fulle reisekostnader. Så enkelt er det heller ikke. En pasient vil, alt annet like, foretrekke å bli behandlet lokalt. Når et annet sykehus enn det lokale velges, er dette sannsynligvis først og fremst å grunn av ventetid, men kan også være på grunn av oppfattede forskjeller i kvalitet. En sentral målsetting med fritt sykehusvalg er at dette skal bidra til å presse leverandørene av spesialisthelsetjenester på kvalitet. Når en pasient står overfor høye kostnader knyttet til å velge

et annet sykehus enn det lokale, kan dette føre til at det lokale blir valgt, til tross for at det har lavere oppfattet kvalitet på sine tjenester. Dette vil altså bidra til å undergrave en sentral målsetting med fritt sykehusvalg. For å gi ønsket press mot å produsere med bedre kvalitet enn uten fritt pasientvalg, kan det være i samfunnets interesse å redusere kostnadene knyttet til å ”stemme med føttene”, dvs. at pasienter velger et annet alternativ ut fra en oppfatning av relative kvalitetsforskjeller. Det vil også bidra til redusert pasientflyt mellom regionene, og redusert mulighet til optimal ressursutnytting på tvers av regionene.

En egenandel, som vi har i dag, er en fornuftig tilnærming til problemet, siden dette fører til at de personlige kostnadene knyttet til å velge en annen produsent blir lavere. Likevel vil man fortsatt måtte bære en viss andel av kostnadene knyttet til å realisere egne preferanser, dvs. at ikke samfunnet må bære de fulle kostnadene ved at ulike mennesker har ulike preferanser.

Et tilknyttet poeng har sitt utspring i *teknologisk utvikling*. På den ene side vil økt teknologisering og stadig mer avansert medisin innebære et press mot sentralisering av tjenestene. På den annen side kan visse sider ved den medisinsk-teknologiske utviklingen kombinert med utviklingen i informasjons- og kommunikasjonsteknologi også føre til at en større grad av et desentralisert behandlingstilbud. Her tenker vi blant annet på de muligheter som telemedisin³⁶ gir med hensyn til bedre tilgang til spesialisert ved for eksempel lokalsykehus eller syke- og aldershjem. Også for utbygging av et slikt tilbud er det viktig at de regionale helseforetakene i størst mulig grad står overfor de rette finansielle insentiver, det vil si at kostnadene knyttet til transport mv. er internalisert.

Gråsoner i ansvarsdeling og svekket samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten. Sykehusfinansieringsutvalget peker at det er *et økende problem at pasienter som krever pleie etter sykehusbehandling blir liggende i sykehus etter at de er utskrivingsklare fordi kommunen ikke har ledig pleieplasser*. Utvalget viser til at store pasientgrupper har behov for tett og godt samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (s. 162). Et eksempel som særlig kan trekkes frem i denne sammenheng er relatert til palliativ behandling.³⁷ For å få en optimal palliativ behandling kreves det at pasienten kan ”flyttes fritt” mellom avdelinger og nivåer i helsevesenet og at man sikrer en bedre kompetanseoverføring mellom helsepersonellet.

Sykehusfinansieringsutvalget anbefaler at kommuner som ikke kan ta i mot utskrivingsklare pasienter skal straffes finansielt for å betale for unødig sykehusopphold. Siktemålet er at kommunen skal presses til å ta i mot pasienter ved at det ikke lenger blir lønnsomt å ha tungt pleietrengende pasienter i sykehus i stedet for å etablere et tilbud i regi av kommunen. Derigjennom skal hardt tiltrengte sykehussenger brukes til dem som trenger sykehusbehandling. Det vil i neste runde gi

³⁶ Begrepet telemedisin brukes om helsetjenester der man i stor grad benytter informasjons- og kommunikasjonsteknologi som hjelpemiddel. Dette gir pasienter tilgang til helsevesenet og relevant informasjon, uavhengig av hvor pasienten, legen eller informasjonen befinner seg. Nasjonalt Senter for Telemedisin er etablert i Tromsø.

³⁷ Kilde: ”Lindrende (palliativ) kreftbehandling”, Helse Sør.

økt effektivisering og flere behandlede pasienter. Utvalget foreslår at betaling må kunne utløses på et tidlig tidspunkt, og at prisen må være så høy at kommunene ikke har økonomisk interesse av at pasienter blir liggende på sykehus.³⁸

Et relatert poeng er at det hevdes det at det tette og gode samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten blitt svekket. Et eksempel i denne sammenheng går på opplæring av kommunale pleie- og omsorgsmedarbeidere i sykehusets regi. Innsatsstyrt finansiering fører til at sykehusets aktiviteter rettes mot inntektsgivende aktiviteter. I den grad slike opplæringsfunksjoner ikke er inntektsgivende, vil insentivene til å utføre dem bli svekket. Problemet bunner selvfølgelig i at en sterk bedriftsøkonomisk fokusering i virksomheten fører til at helseforetakene har et insentiv til å konsentrere virksomheten om inntektsgivende aktiviteter, mens aktiviteter uten full inntektsinndekning vil bli forsøkt skjøvet over på andre behandlingsledd. Systemet gir mangelfulle insentiver til samarbeid og å se offentlige budsjetter i sammenheng.

³⁸ Det kan i denne sammenheng pekes på at det grunnleggende problemet er gråsoner i ansvarsdeling, og deling av ansvar på ulike forvaltningsnivå. Utvalgets anbefalte tiltak er med andre ord ikke målrettet. Et prinsipielt utgangspunkt for å drøfte problemet er at man tar utgangspunkt i at de tjenester som en pasient mottar ved behandlingsbehov inngår i en kjede av sammenhengende tjenester (behandlingsskjede): Fra diagnose og henvisning utført av primærlege/spesialist til behandling utført av sykehuset i et HF finansiert via RHF som bestiller, mens det for den etterfølgende pleie og rehabilitering er den enkelte kommune som leverer pleie- og tjenester.

Men når flere parter finansierer helsetjenester sammen, så kan ressursbruken bli ineffektiv fordi en part vil kunne skyve kostnader over på andre parter. Tradisjonelle tilnærminger til å løse problemer som oppstår i gråsoner i ansvarsdeling er imidlertid a) internalisering eller b) klare avtaler. Utvalget peker selv, i andre sammenhenger, på at effektiv ressursbruk kan sikres ved at bare én part er ansvarlig for styring og finansiering. Alternativet er altså avtaleforhold som regulerer partenes forpliktelser, rettigheter, priser for transaksjoner og hva som skal dersom en av partene ikke overholder sine forpliktelser. Den første tilnærmingen vil være særlig aktuell dersom transaksjonskostnadene ved en avtalebasert tilnærming er høye

4 UTVIKLING I TILGJENGELIGHET OG KOSTNADER FOR HELSETJENESTENE

4.1 Innledning

I dette kapitlet presenterer vi et sett med beskrivende statistikk i form av tidsserier samt fordelinger knyttet til dagens situasjon. Kildene for fremstillingen er utelukkende sekundærdata (registerdata) bearbeidet fra pasientnivå, sykehusnivå, og kommunenivå. Bearbeidningen er imidlertid omfattende og gjennomført spesielt for *Effektutvalget*. Tilnærmingen bygger på en grov inndeling av dataenhetene i et fåtall alternative kategorier som er tilpasset problemstillingen. Betrakningene er partielle, vi står således i fare for å underslå mer komplekse sammenhenger. Hensikten i denne omgang er imidlertid å peke på noen hovedtrekk i utvikling etter regionale dimensjoner, uten å kontrollere for mulige alternative eller supplerende forklaringer. Fremstillingen er knyttet til følgende hovedpunkter:

- Spesialisthelsetjenesten
 - Somatiske sykehus
 - Psykiatrisk behandlingstilbud
 - Private spesialister
- Kommunehelsetjenesten
 - Allmennlegedekning
 - Pleie- og omsorg
- Apotek og medisinsalg

I fremstillingen er det ikke kontrollert for variasjon i befolkningens sykkelighet. Dette burde ideelt sett vært innarbeidet, men lar seg vanskelig gjennomføre i praksis (Tønseth 2003). Det er videre slik at tilbudet av helsetjenester kan være ulikt sammensatt i ulike deler av landet, men likevel ha et tilfredsstillende nivå på tvers av f.eks. sentralitet eller helseregioner. Et interessant arbeid ved HERO (Kopperud 2002) beregner en "tilgjengelighetsindeks" basert på kommunebefolknings avstand til ulike lokale og regionale helsetjenestetilbud. Mange av enkeltfigurene i følgende beskrivelse kan også med fordel sammenholdes med hverandre, for et mer helhetlig bilde.

Helsetjenester i et regionalt perspektiv. Som påpekt i innledningskapitlet, er en sentral oppgave for helsemyndighetene er å sikre et (så) likeverdig helsetilbud (som mulig) i hele landet. Kravet om likeverdig tjenestetilbud i hele landet tilsier at det vil være hensiktsmessig å måle om det er: 1) avgjørende forskjeller i helsetjenestenivå (spesialisthelsetjenester, allmennleger og pleie- og omsorg) mellom urbane områder og distriktene, og 2) avgjørende forskjeller i helsetjenestenivå i ulike deler av landet.

Den geografiske inndelingen som anvendes for å sammenligne landsdekning og likeverdighet tilbud, tar utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering (Statistisk sentralbyrå 1994). Statistisk sentralbyrå legger til grunn en kommunegruppering basert på tettstedskriterier og funksjon. Et **sentralitet- og**

strukturmål baseres på gruppering av kommuner i henholdsvis storbyområder, andre byområder og distriktskommuner. I den andre inndelingen kombineres **fylker til helseregioner**. Nedenfor har vi oppsummert de to inndelingsmåtene:

A) Sentralitets- og strukturmål (Sentrum – periferi)

Utgangspunktet for denne inndelingen er Statistisk Sentralbyrås kommunegruppering etter sentralitet som baseres på et:

- 1) tettstedskriterium som tar hensyn til bosettingstetthet og innbyggertall
- 2) funksjonelt arbeidsmarkedsomland - basert på reisetid til nærmeste tettsted
- 3) funksjonalitet - tilbud av sentrale funksjoner

I alt sju sentralitetsnivåer kan grupperes sammen i tre hovedkategorier som består av:

- 1) **Storbyområder** (Oslo, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Trondheim og Tromsø med tilsvarende forstadskommuner basert på reisetid til nærmeste storby).
- 2) **Andre urbane områder** (Andre byer i 1994 - med tilhørende forstadskommuner).
- 3) **Distriktskommuner** (Restkategorien kommuner når de to andre kategoriene er tatt ut).

B) Helseregioner (Administrative, funksjonelle territorier)

Basert på kombinasjoner av fylker i tråd med gjeldende helseregionsinndeling:

- 1) **Helseregion Øst**: Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland
- 2) **Helseregion Sør**: Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder
- 3) **Helseregion Vest**: Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane
- 4) **Helseregion Midt-Norge**: Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag
- 5) **Helseregion Nord**: Nordland, Troms og Finnmark

Ettersom Helseregionene som funksjonelle enheter er en forholdsvis ny konstruksjon, vil det ikke i alle sammenhenger være aktuelt å bruke denne inndelingen. Med hensyn til for eksempel befolkningenes forbruk av helsetjenester, kan likevel inndelingen ha mening også for historiske fordelinger.

Sentralitets- og helseregionsinndelingene vil utfylle hverandre ved å fange opp ulike dimensjoner. Innen en helseregion (eller det institusjonelle motstykket, et regionalt

helseforetak (RHF) er konflikten mellom sentrum og periferi i noen grad internalisert. Skal man ta tak i prioriteringer og ressursfordelinger som følger distriktspolitiske skillelinjer, må man gjerne se på relasjoner på lavere nivå, mellom helseforetak (HF) eller institusjoner. En mulig supplerende tilnærming kan derfor være å benytte en inndeling etter sykehustyper:

C) Sykehustyper

En vanlig inndeling av norske sykehus (se for eksempel Samdata) er 6-delt:

1. Regionsykehus; 2. Sentralsykehus; 3. Fylkessykehus med Sentralsykehusavd.; 4. Lokalsykehus; 5. Fylkessykehus med redusert Lokalsykehustilbud; 6. Spesialsykehus. I denne sammenhengen har vi for de fleste formål valgt å bruke bare tre sykehustyper³⁹ (Kjekhus et.al, 2002):

- 1) Regionsykehus**
- 2) Sentralsykehus** (inkludert fylkessykehus med sentralsykehusfunksjoner)
- 3) Lokalsykehus** (inkl. fylkessykehus med reduserte lokalsykehusfunksjoner).

Disse tre kategoriene er avledet fra den mer findelte inndelingen. Selv om det kan argumenteres for både færre og flere sykehuskategorier, er denne tredelingen etter vår oppfatning egnet til å reflektere hovedforskjellene mellom de ulike sykehustypene både når det gjelder størrelse, funksjoner, beredskap og dekningsområde. Tre sykehustyper gir dessuten en mer oversiktlig framstilling i figurer.

Det er likevel kun sykehustjenester innenfor somatisk behandling som lar seg fordele etter alternative inndelinger og kategorier. For psykiatrisk behandling og psykiatri-pasienter har vi ikke tilgang på mikrodata, og kan utelukkende referere til publiserte tall fordelt etter helseregioner.

4.2 Spesialisthelsetjenesten

4.2.1 Innledning

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder:

- 1) sykehustjenester,**
- 2) medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,**
- 3) akuttmedisinsk beredskap og**
- 4) medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulanse og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.**

³⁹ Spesialsykehus / Annet blir i denne sammenheng en fjerde kategori, utenfor den regionale "lagdelingen".

Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen, jfr § 2-1a i spesialisthelsetjenesteloven. RHFene skal særlig legge til rette for, planlegge, organisere og fremme innen regionen:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende
- utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

I det følgende gis det en beskrivelse med utgangspunkt i det ansvar og de oppgaver som RHFene skal ivareta. Beskrivelsen er søkt inndelt i tre hovedområder/hovedindikatorer:

- Det første er resultat i forhold til hovedoppgaver, her er fokus på behandlede pasienter.
- Det andre er beskrivelse av viktige innsatsfaktorer som nyttes.
- Det tredje hovedområdet gjelder forholdet mellom resultat og ressursinnsats i forhold til de mål og oppgaver som skal ivaretas, dvs indikatorer på ressursutnyttelse og effektivitet.

Den sentrale kilde til beskrivelse av norsk sykehussektor er Samdata Sykehus, ved SINTEF Unimed. Vi vil henvise til de årlige Samdata-rapportene, som gir mer detaljerte oversikter og inngående analyser, særlig på fylkes- og institusjonsnivå. For tidsserier, eller fordelinger etter andre dimensjoner (som sentralitet) er ikke Samdata direkte anvendbar. Derfor har vi for mange formål i denne fremstillingen selv bearbeidet pasientindividuelle data (egentlig sykehusopphold) levert fra NPR (Norsk Pasientregister). Også data på sykehusnivå er reorganisert og analysert. I noen tilfeller kan vår bearbeiding resultere i fremstillinger som er mindre nyansert enn Samdatas egne.

En beskrivelse av spesialisthelsetjenester er gjerne fokusert på enten:

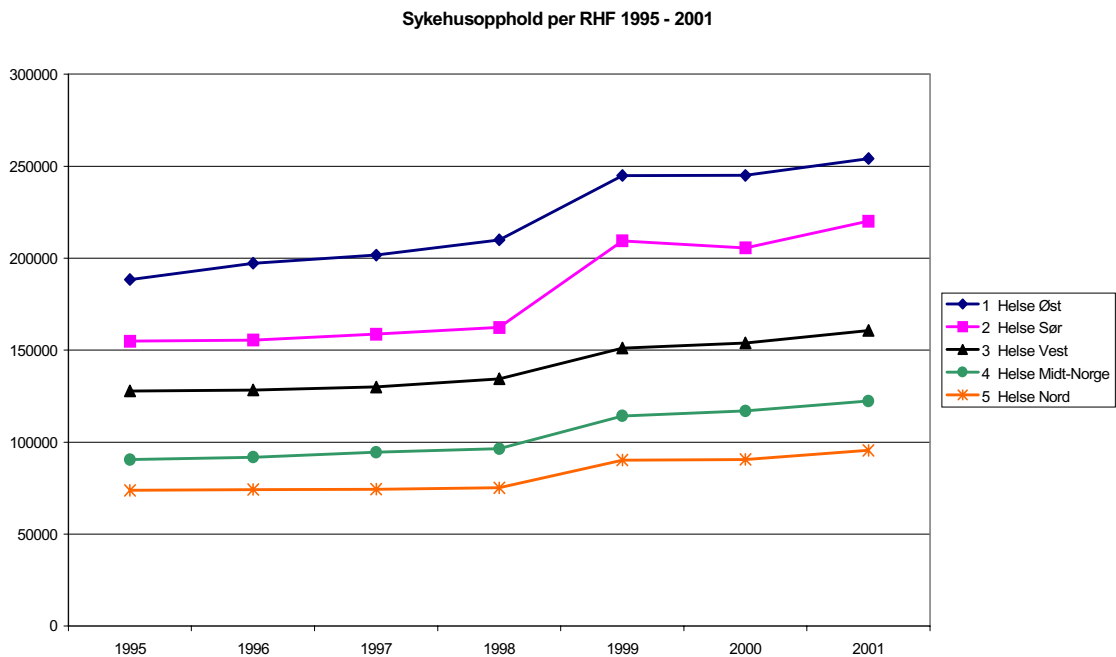
- Institusjoner: Behandlingsvolum, innsatsfaktorer og effektivitet
- Populasjoner: Forbruksvolum- og mønster, samt dekningsgrader

I den følgende fremstillingen vil vi veksle mellom disse alternative perspektivene. I hovedsak er det slik at institusjonsperspektivet gjelder for inndeling etter sykehustype, men populasjonsbetraktninger kan illustreres ved inndeling etter kommunetype. Inndelingen etter helseregioner kan brukes til begge tilnærminger, dvs. man kan enten ta utgangspunkt i dem som blir behandlet i helseregionen eller de som er bosatt i helseregionen. For psykiatri er kun denne fordelingsmåten aktuell, med det foreliggende datagrunnlag.

4.3 Somatiske sykehus

4.3.1 Pasientbehandling

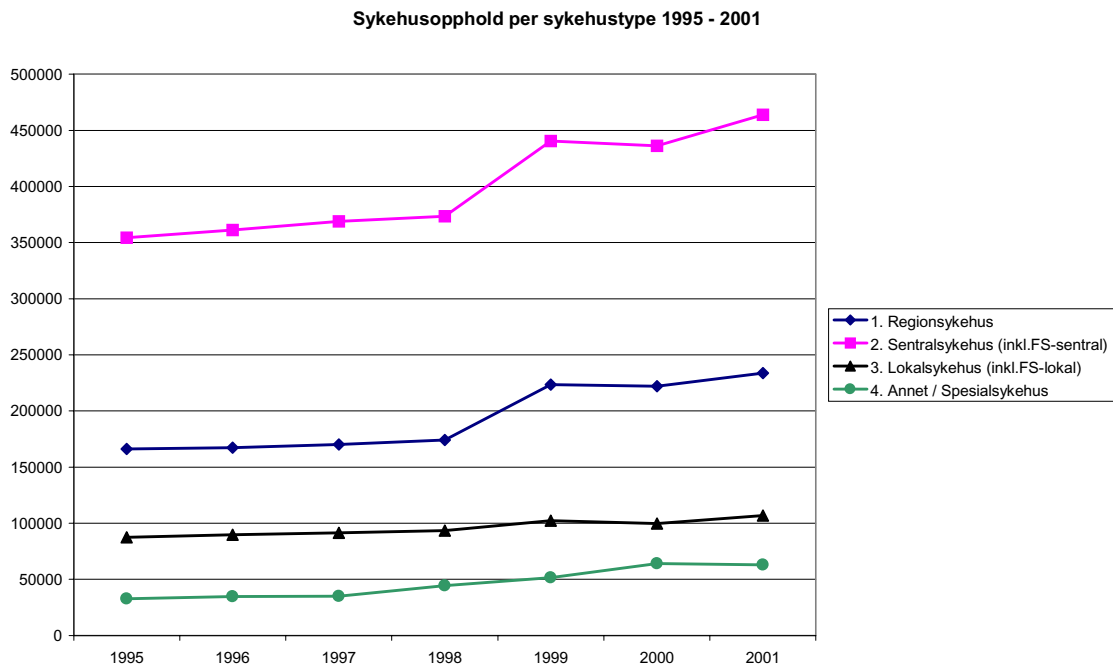
Utvikling i antall sykehusopphold. (behandlede pasienter). Det samlede antall sykehusopphold (heldøgns- og dagopphold, akutte og planlagte) i alle de 5 helseregionene har økt markert fra 1995 til 2001. Største delen av denne veksten skyldes vekst i registrerte dagopphold f.o.m. 1999. Dette omfatter både faktisk vekst og ny registreringspraksis⁴⁰. Sammenliknes de ulike regionale helseforetakene, viser figur 2 at Helse Vest har en vekst i antall sykehusopphold på linje med Helse Midt-Norge og Helse Nord. Nivåmessig ligger Helse Vest over disse to helseregionene, men under Helse Øst og Helse Sør. Fremstilling av størrelser for Helse Sør vil være preget av at både Rikshospitalet og Radiumhospitalet er inkludert i denne regionen. Ved siden av å være regionssykehus for Helse Sør har Rikshospitalet i likhet med Radiumhospitalet riksdekkende funksjoner. Høy andel dagbehandlinger i disse sykehusene er medvirkende til at veksten i Helse Sør fremstår som større enn i de øvrige regionene i perioden 1995 – 2001.



Figur 2. Antall sykehusopphold, behandlede per regionalt helseforetak 1995 2001.
Datakilde: NPR

⁴⁰ Kilde for figurene og tabellene er i hovedsak pasientindividuelle data (egentlig sykehusopphold) levert fra NPR (Norsk Pasientregister). Dette er de samme data som utgjør en viktig del av grunnlaget for de årlige publikasjonene "Samdata Sykehus Rapport" og "Samdata Sykehus Tabeller" som utgis av SINTEF Unimed NIS Samdata. I noen tilfeller har vi supplert fremstillingen med datagrunnlag hentet fra Samdata-publikasjonene.

I Figur 3 er utvikling i antall sykehusopphold vist etter sykehustyper. Også her er dagopphold med og gir et skift f.o.m. 1999. Denne effekten er markert større for Region- og Sentralsykehus⁴¹. Relativt til disse sykehustypene utgjør det jevnere volumet i Lokalsykehus en mindre andel mot slutten av perioden 1995 – 2001. Samtidig er det en tendens til at restkategorien Annet/Spesialsykehus vokser sterkest, relativt sett. Denne kategorien omfatter ved siden av statlige og regionale spesialsykehus også private sykehus med lokalisering i Oslo. Kategorien er ikke inkludert i øvrige figurer.

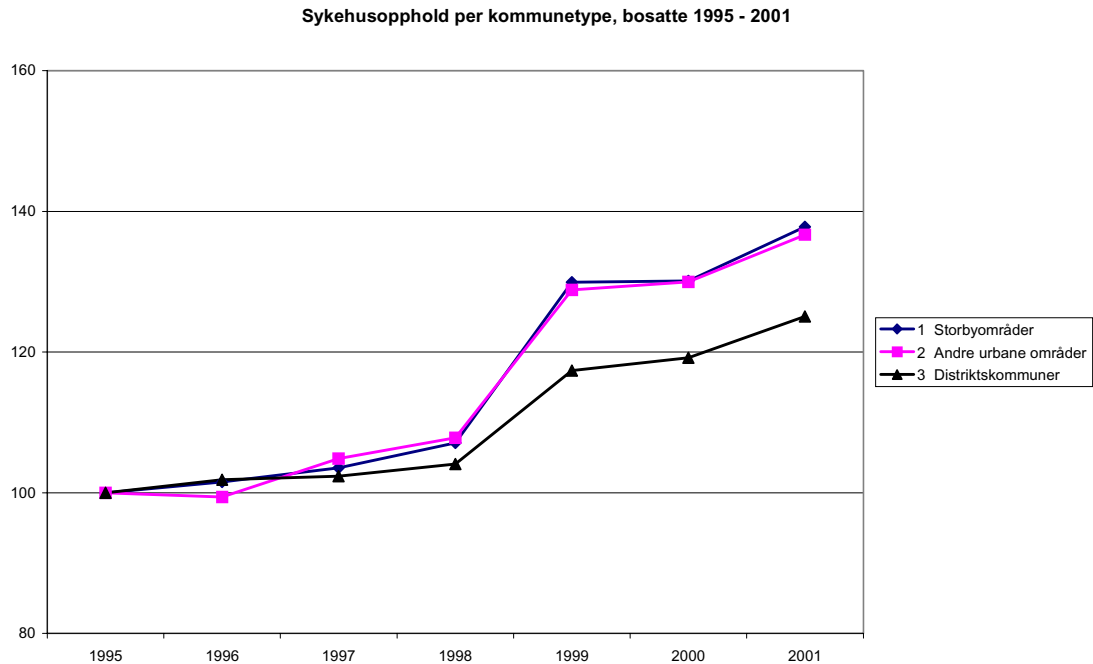


Figur 3. Antall sykehusopphold 1995 2001, antall behandlede per sykehustype.
Datakilde: NPR

Figur 4 viser utvikling i antall sykehusopphold for bosatte etter kommunetype. Etter figuren å dømme gjelder økende behandling ved dagopphold f.o.m. 1999 ikke befolkningen i distriktskommuner i samme grad som i resten av landet⁴². Innebærer det jevnere volumet for distriktskommuner en dreining mot relativt sett lavere forbruk av sykehustjenester, for kommuner i denne gruppen, mot slutten av perioden 1995 – 2001? For sykehustjenester relativt til befolkningsgrunnlaget etter sentralitet, viser vi til figurene 7 og 9.

⁴¹ Andelen dagopphold i 2001 var: Regionsykehus (22,5%), Sentralsykehus (14,2%), Lokalsykehus (7,8%), Spesialsykehus (25,5%).

⁴² Andelen dagopphold i 2001 var: Storbyområder (17,6%), Andre urbane områder (16,8%), Distriktskommuner (12,4%).



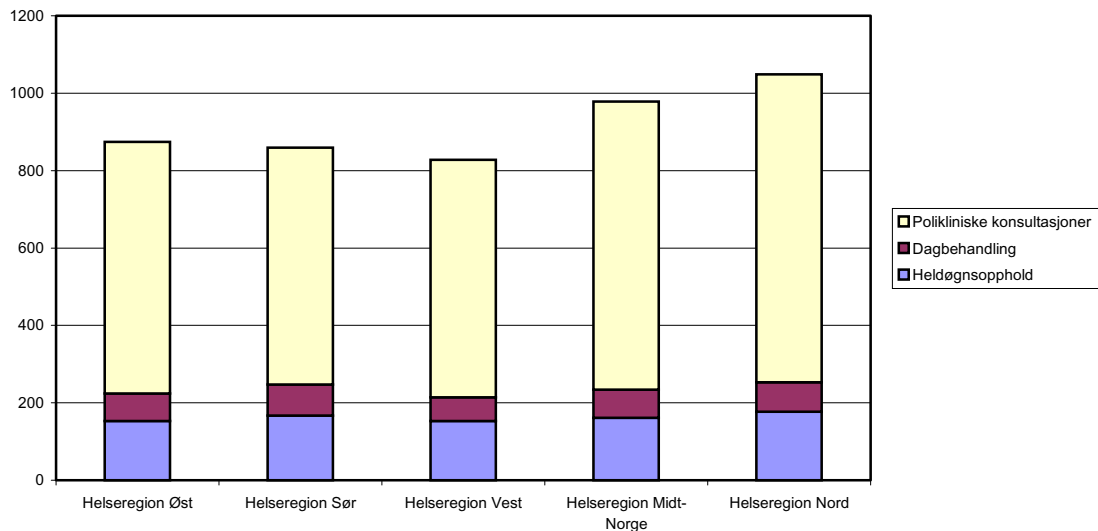
Figur 4. Antall sykehusopphold 1995 - 2001, bosatte etter kommunesentralitet. 1995 =100. Datakilde: NPR

Samlede pasientbehandlingsrater per helseregion (bosatte pasienter). Betraketes heldøgnsopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner under ett, viser figur 5 at Helseregion Nord har de høyeste behandlingsratene per innbygger (med unntak for dagopphold). Helseregion Vest har den laveste pasientbehandlingsraten per 1000 innbyggere av de fem helseregionene i landet. Helse Sør skiller seg ut med høyeste andel dagopphold.

Figur 5 kan gjerne sammenholdes med figur 27 senere i dette kapittelet. Av figur 27 fremgår det at Helse Nord og Helse Midt-Norge har det laveste innslag av privatpraktiserende legespesialister med driftsavtaler. I følge Samdata Sykehus Rapport 1999 vil substitusjonsmulighetene, mellom de private spesialistene og de offentlige sykehusene, i all hovedsak være knyttet til deler av den polikliniske virksomheten.

Pga. av mangler i datatilfang kan vi dessverre ikke fordele samlede rater (som inkluderer poliklinisk behandling) over tid eller etter andre dimensjoner (som kommunesentralitet).

Rater for heldøgnsopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innb. RHF 2001



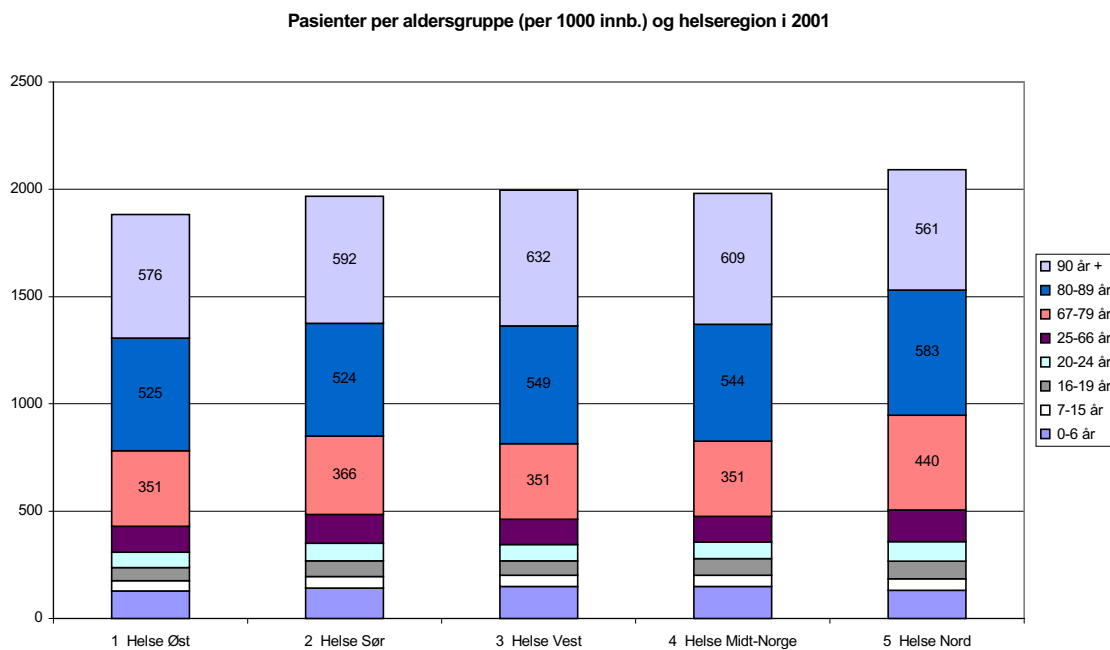
Figur 5. Rater for heldøgnsopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger per RHF 2001 Kilde: Samdata Tabeller 2001.

Forbruk av sykehustjenester etter aldersgrupper. Antall sykehusopphold⁴³ (heldøgns- og dagopphold, planlagte og akutte innleggelses) i forhold til befolkningen samlet i de ulike helseregionene, gir et uttrykk for forbruk av sykehustjenester i befolkningen. Figur 6 nedenfor indikerer at Helse Øst i 2001 totalt har det laveste forbruket per innbygger. Helse Nord behandler høye andeler av befolkningsgruppen 67-79 år. Helse Vest skiller seg ut sammenliknet med de øvrige regionene ved å behandle flest av de "eldste eldre" (90 år +).

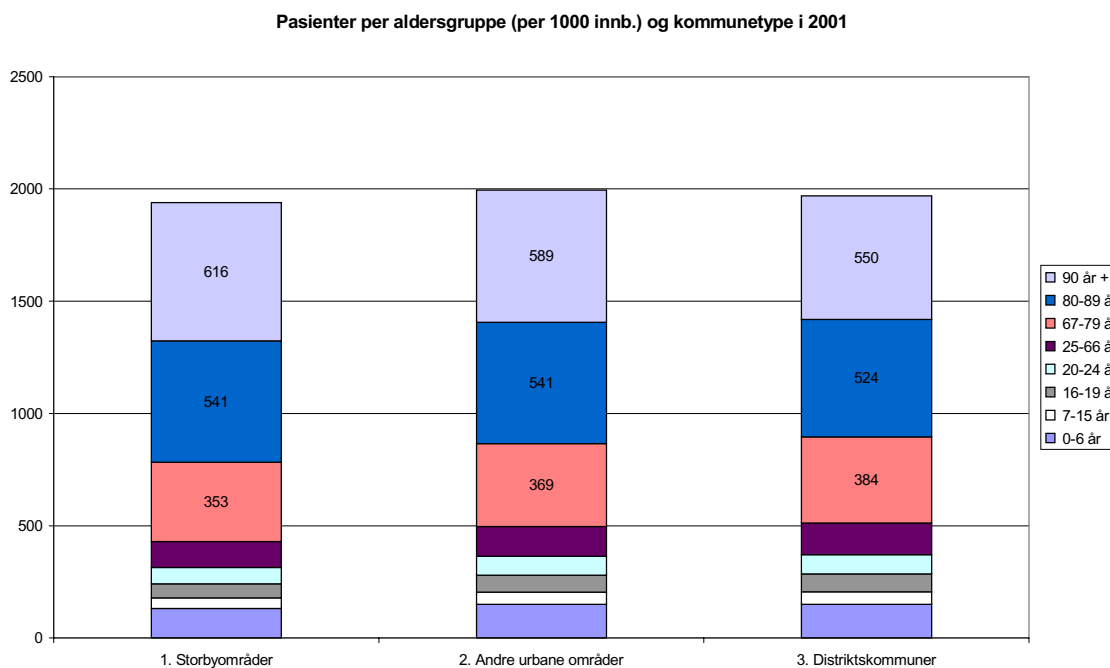
Også Figur 7 viser antall sykehusopphold i 2001 (heldøgns- og dagopphold, planlagte og akutte innleggelses) i forhold til befolkningen samlet, men etter kommunetype. For aldersgrupper under 80 år indikerer figur 7 en stigende andel behandlinger, med fallende sentralitet. For beboere 80 år og over forholder det seg motsatt.

Tar man ikke hensyn til ulik aldersfordeling etter ulik sentralitet, vil distriktskommuner fremstå med klart høyere andeler, pga. befolkningens høyere gjennomsnittsalder. Det er mulig at alderskategoriene vi har til rådighet også er for grove til å nøytralisere en slik effekt. F.eks. vil gjennomsnittsalder i kategorien 25 – 66 år mest sannsynlig være høyere i distriktskommuner, enn i mer sentrale strøk.

⁴³ Inkluderer ikke polikliniske behandlinger. I likhet med lignende rater produsert av Samdata er følgende pasientgrupper også utelatt: Friske nyfødte; Fødende; Dialyse og Kjemoterapi samt Primær rehabilitering.

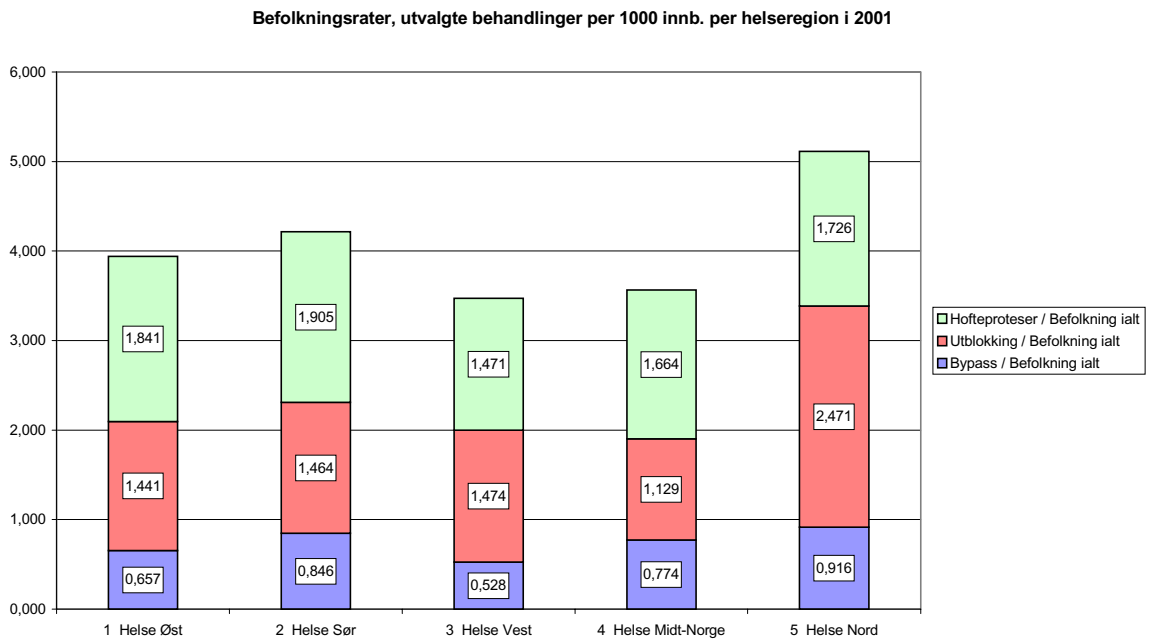


Figur 6. Sykehusopphold (bosatte) per 1000 innbygger i aldersgrupper per helseregion 2001. Datakilde: NPR



Figur 7. Sykehusopphold (bosatte) per 1000 innb. i aldersgrupper, etter kommunesentralitet 2001. Datakilde: NPR

Forbruk av utvalgte behandlinger. Figur 8 viser hyppighet av noen utvalgte elektive behandlinger som gjerne brukes som indikatorer i sammenligning av forskjeller mellom regioner: Bypassoperasjoner, utblokking og innsetting av hofteprotese⁴⁴.



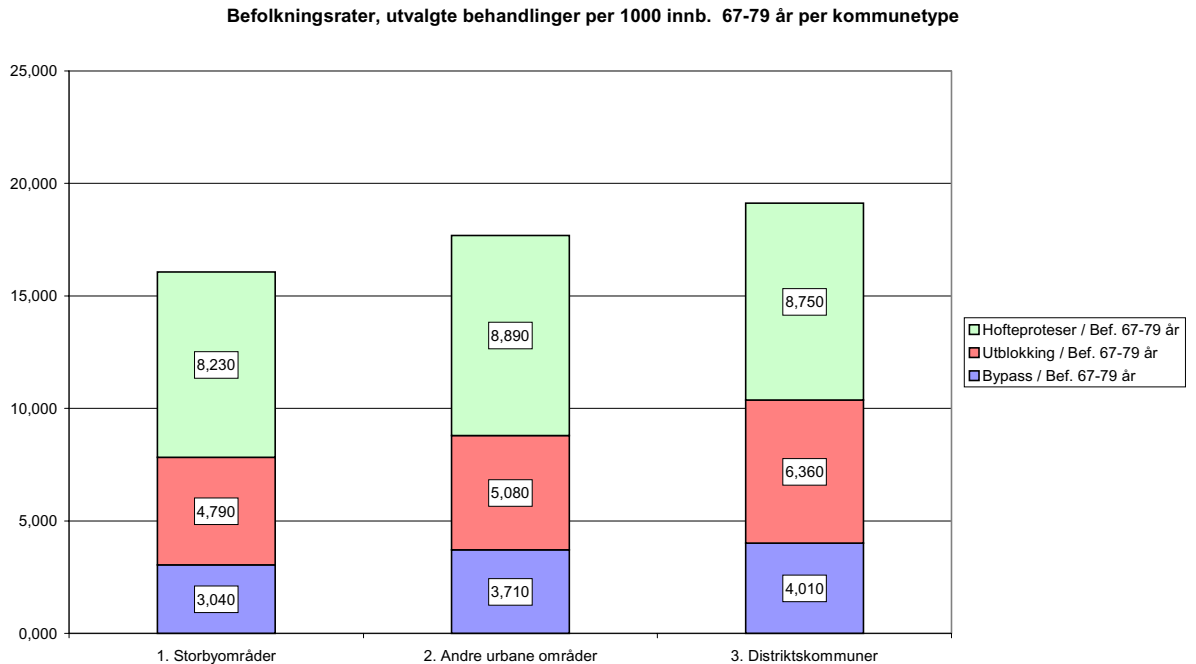
Figur 8. Befolkningsrater, utvalgte behandlinger per 1000 innbygger, bosatte etter helseregion 2001. Datakilde: NPR

I 2001 ligger Helse Nord markert høyere for bypass og utblokking og Helse Vest lavest når det gjelder antall hofteprotesepasienter og bypassoperasjoner per 1000 innbyggere sammenliknet med de øvrige regionene.

Figur 9 viser utvalgte behandlinger for bosatte i aldergruppen 67 –79 år (per 1000 innbyggere) etter kommunesentralitet. Aldergruppen 67 –79 år er valgt fordi det er innenfor denne aldersgruppen at forekomsten av disse tre inngrepene høyest. Ved å avgrense på denne måten søker vi også å nøytralisere forskjeller i gjennomsnittsalder, som nevnt i det foregående.

Som i Figur 7 ser vi antydning til stigende andel innleggelser, med fallende sentralitet. I distriktskommuner blir større andeler av befolkningen i denne aldersgruppen behandlet med bypass og utblokking. Med hensyn til innsetting av hofteproteser er andelen i distriktskommuner bare middels høy.

⁴⁴ By-pass = DRG 106 og 197, Utblokking = Operasjonskode FNG, Hofteprotese = Operasjonskode NFB.

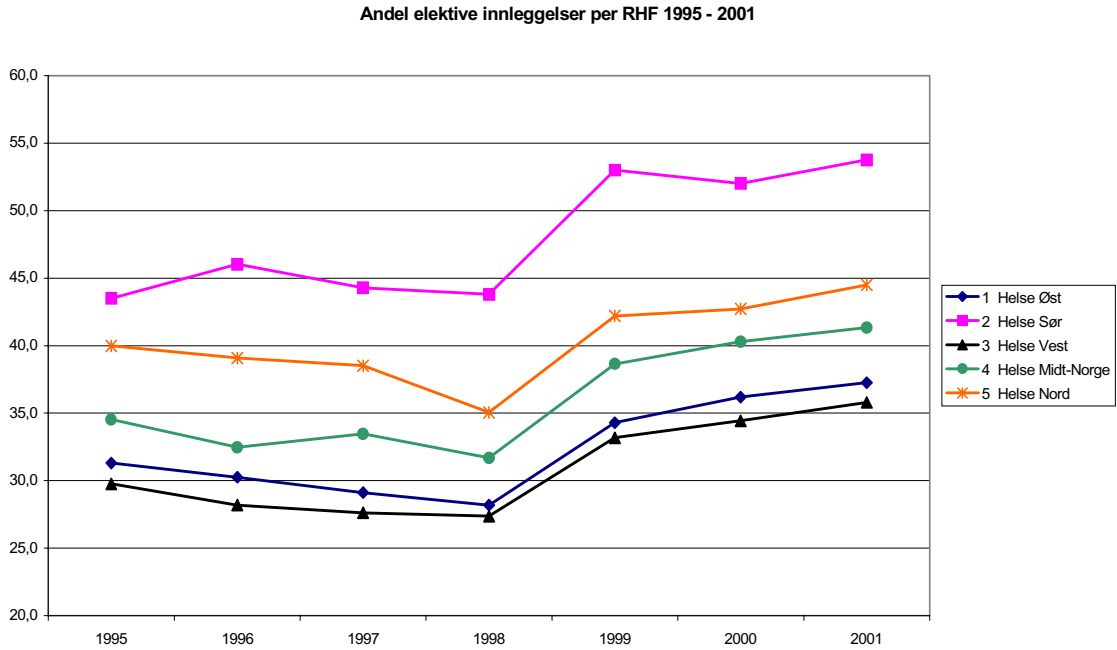


Figur 9. Befolkningsrater, utvalgte behandlinger per 1000 innbygger i aldersgruppen 67-79 år, bosatte etter kommunesentralitet 2001. Datakilde: NPR

Med tanke på en mulig utjevning av behandlingsforbruket mellom ulike regioner, indikerer beregninger utført ved SNF at det kan bli svært kostbart å gi alle innbyggere høyeste dekningsgrad for disse tre utvalgte behandlingene. Med utgangspunkt i beregninger per "helseforetaksområder" med innbyggere som sokner til helseforetak (nivået under RHF), vil det koste:

- 1,5 mrd kr å bringe alle helseforetakområder opp på høyeste behandlingsfrekvens som finnes nasjonalt.
- 250 mill. kr å bringe alle helseforetakområder opp på høyeste behandlingsfrekvens som finnes innenfor den aktuelle helseregionen.

Øyeblikkelig hjelp vs. planlagte innleggelseser. Figur 10 illustrerer at Helse Vest og Helse Øst har hatt den laveste andelen elektive (planlagte, ikke akutte) innleggelseser av samtlige helseregioner. Igjen skyldes bruddet i tidsseriene inkludering av dagopphold f.o.m. 1999. Dagopphold omfatter kun elektive behandlinger. Helse Nord, uten Helse Sørs riksdekkende institusjoner, har en markert høyere andel elektive behandlinger enn de sammenlignbare helseregionene.

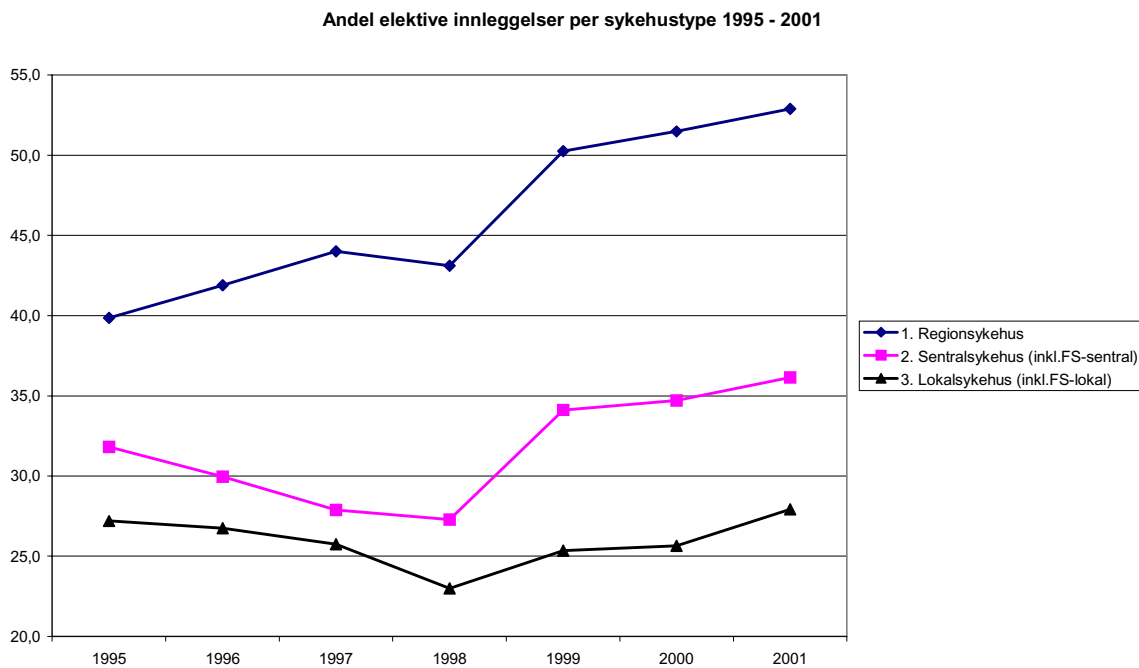


Figur 10. Andel elektive (planlagte) innleggelser, etter regionale helseforetak.

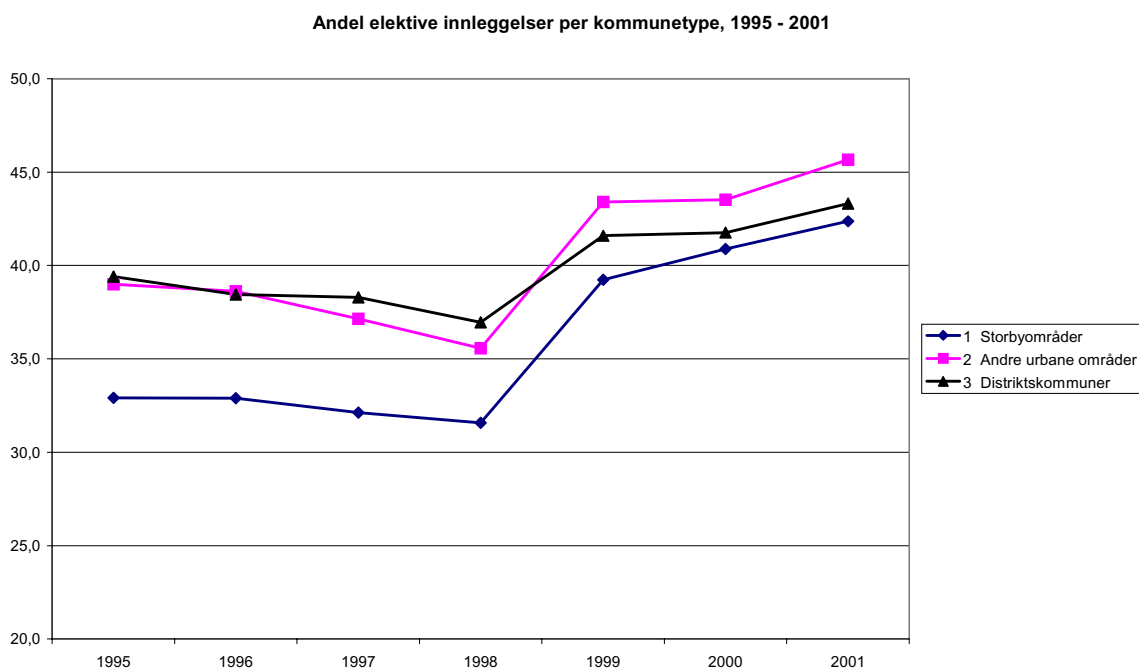
Datakilde: NPR

Mens forskjellene mellom helseregionene (unntatt Helse-Sør) savner en innlysende forklaring, er forskjeller i andel elektive behandlinger naturlig mellom sykehustyper. Figur 11 på neste side reflekterer funksjonell arbeidsdeling mellom ulike behandlingsnivåer.

Hvorfor andel elektive sykehusopphold har vært ulikt mellom storbyområdene og øvrige kommuner, ligger heller ikke i dagen. Figur 12 viser at pasienter i storbyområdet i 1990-årene oftere ble innlagt som øyeblikkelig hjelp. Dette kan muligens forklares med avstandsfaktorer, at kommunehelsetjeneste/legevakt i større grad tar hånd om akutte tilfeller i distriktene. Uansett indikerer figur 12 at det per 2001 bare er mindre forskjeller mellom kommunetypene

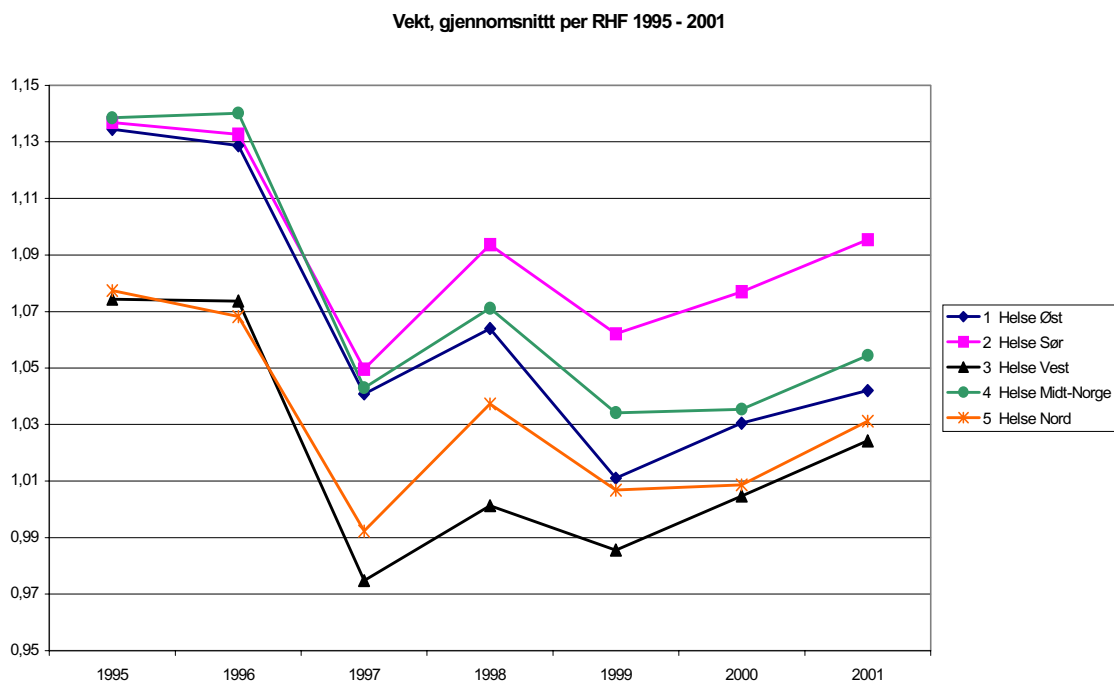


Figur 11. Andel elektive (planlagte) innleggelser, etter sykehustype. Datakilde: NPR



Figur 12. Andel elektive (planlagte) innleggelser, bosatte etter kommunesentralitet. Datakilde: NPR

Pasient-/behandlingstygde (DRG-indeks). DRG-indeks er et mål på det enkelte sykehus eller en regions gjennomsnittlige, samlede tyngde av behandlede pasienter. Den er definert som: Totalt antall DRG-poeng dividert med antall sykehusopphold⁴⁵. Av figur 13 fremgår det at Helse Vest og Helse Nord i perioden 1995-2001 tilsynelatende har lav gjennomsnittlig pasienttyngde, målt ved DRG-indeksen, sammenliknet med de øvrige regionene.

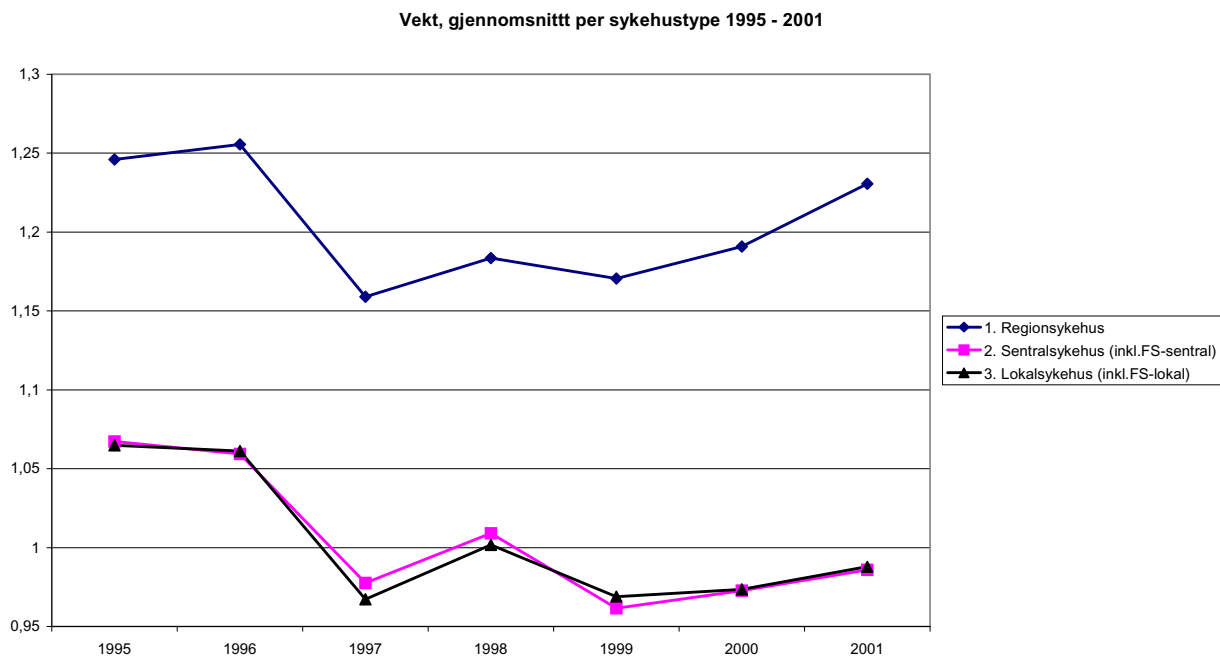


Figur 13. Gjennomsnittlig pasienttyngde, etter regionale helseforetak. Datakilde: NPR

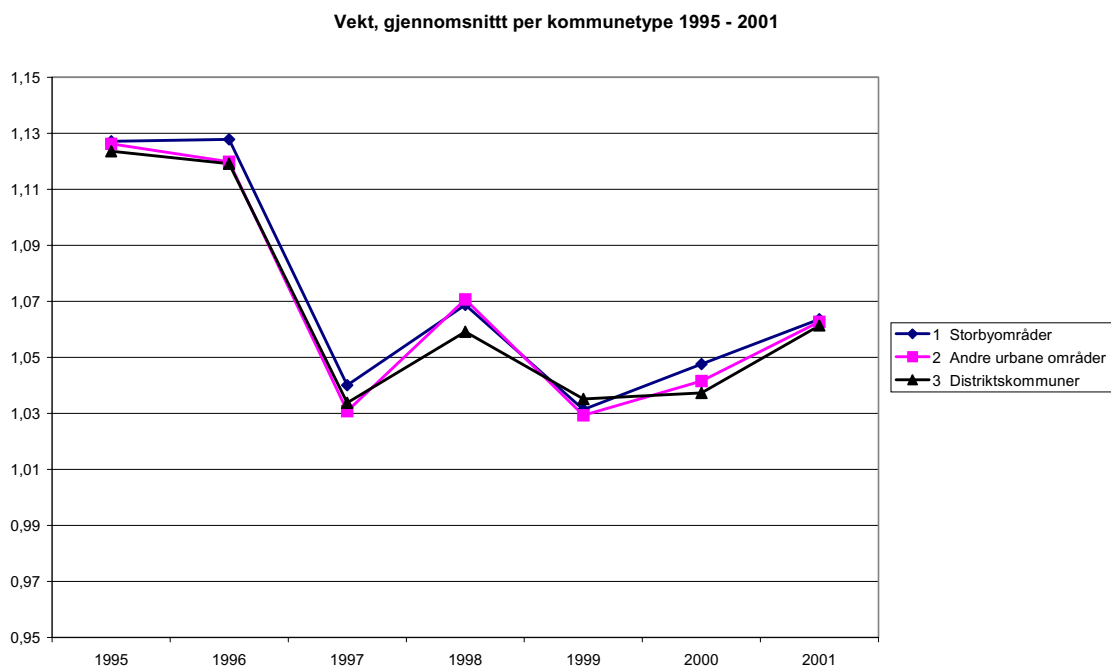
Mens figur 13's forskjeller i gjennomsnittlig behandlingstygde mellom helse-regionene (unntatt Helse-Sør) mest av alt tyder på ulik praksis i en innføringsfase av ISF, er det større grunn til å anta at Figur 14 reflekterer en funksjonell arbeidsdeling mellom ulike behandlingsnivåer, her etter tredelt sykehustype.

At pasienters behandlingstygde ikke er avhengig av om de er bosatt i sentrale eller perifere kommuner er likevel rimelig. Det måtte i så fall være grunnet i en alderseffekt, som tilsier større tyngde for bosatte i distriktene. Figur 15 på neste side viser imidlertid stor likhet i behandlingstygde på tvers av kommunetyper i hele perioden 1995 - 2001.

⁴⁵ Vekten (dvs. DRG-poengene) er ikke direkte sammenlignbare mellom år. Gjennomsnittsverdiene for alle opphold samlet er ikke på samme nivå som i 1997, verken i årene før eller i årene etter. Dette skyldes endringer i normeringen av vektene.



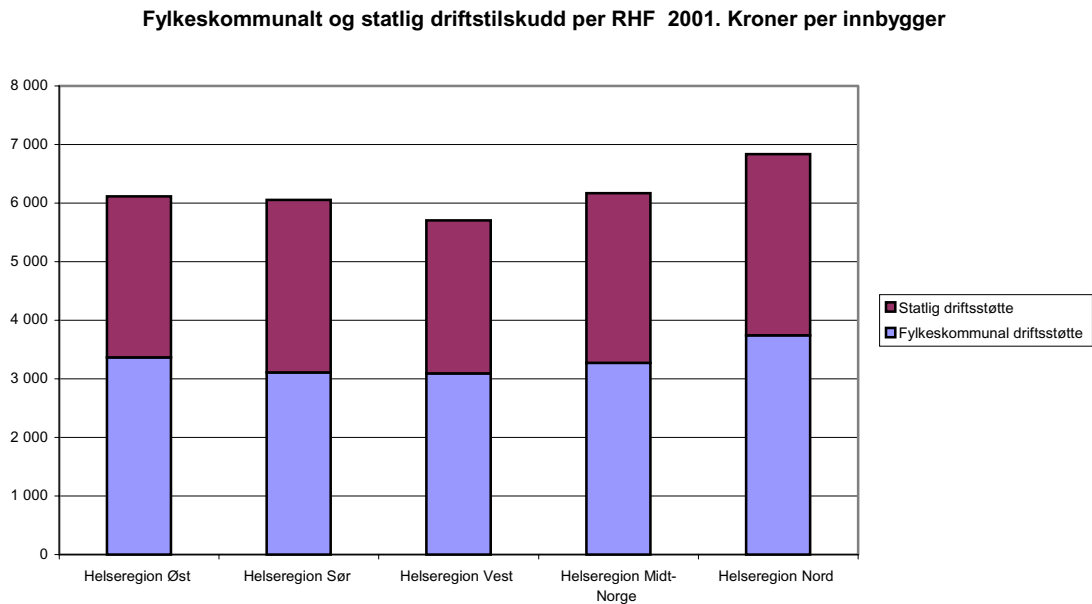
Figur 14. Gjennomsnittlig pasienttyngde, behandlede pasienter etter sykehustype. Datakilde: NPR



Figur 15. Gjennomsnittlig pasienttyngde, bosatte etter kommunesentralitet. Datakilde: NPR

4.3.2 Innsatsfaktorer

Økonomiske ressurser. I 2001 mottok befolkningen i Helseregion Nord det høyeste og Helse Vest det laveste statlige driftstilskuddet av landets 5 helseregioner. Den fylkeskommunale støtten for Helse Vest var på linje med Helseregion Sør, som også ligger lavt. Samlet driftstilskudd per innbygger i Helseregion Vest var i 2001 dermed lavest i landet, som figur 16 illustrerer.



Figur 16. Fylkeskommunalt og statlig driftstilskudd per RHF 2001. Kroner per innbygger. Kilde: Samdata

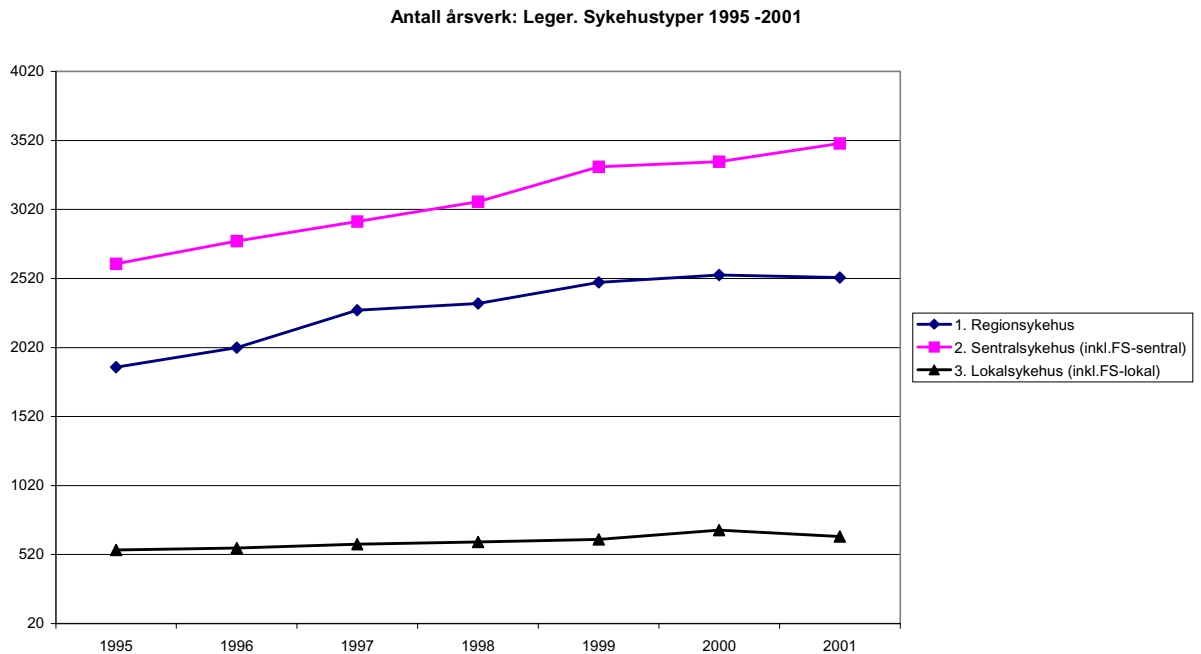
Personellressurser. Korrigert for gjestepasienter og kjønns- og alderssammensetning var fordeling etter personellkategori og helseregion i 2001 som vist i Tabell 9 under.

Tabell 9. Personelldekning i somatiske sykehus per 1000 innbyggere i 2001. Kilde Samdata Tabeller 2001.

	Leger	Sykepleiere	Hjelpepl barnepl	Annet beh.pers	Adm. pers	Annet pers	Årsverk totalt
Helseregion Øst	1,7	4,8	1,2	1,4	1,9	2,1	13,1
Helseregion Sør	1,4	4,6	1,2	1,2	1,6	1,7	11,8
Helseregion Vest	1,5	4,7	1,1	1,2	1,8	2,0	12,4
Helseregion Midt	1,5	5,3	1,0	1,2	1,8	2,0	12,8
Helseregion Nord	1,7	5,6	1,5	1,6	2,2	2,5	14,9
Totalt	1,6	4,9	1,2	1,3	1,9	2,0	12,9

I de somatiske sykehusene har veksten på 1990-tallet vært større i antall leger enn i antall sykepleiere, og langt større enn den generelle personellveksten. Figur 17 viser

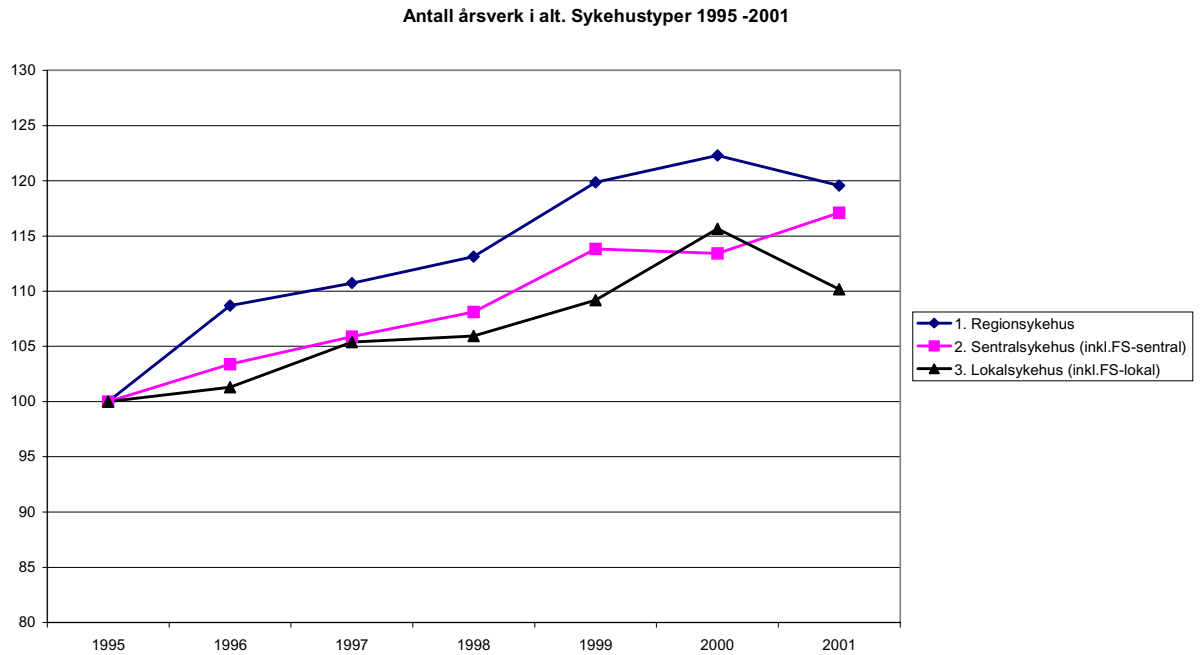
utvikling over tid i absolutt antall legeårsverk etter sykehustyper. Figur 17 indikerer at legeveksten 1995 - 2001 i mindre grad kom lokalsykehusene til gode. Sammenlignet med region- og sentralsykehus er veksten i lokalsykehus mer moderat.



Figur 17. Antall årsverk 1995 – 2001 leger etter sykehustyper. Datakilde: Samdata.

Betrakter vi antall årsverk i alt (for alle kategorier ansatte) i sykehus, er bildet det samme. Figur 18 viser vekst i samlet sysselsetting relativt til nivået i 1995 (satt=100).

Figur 18 indikerer at en utviklingen der regionsykehusene får mer enn proporsjonalt av personellveksten ikke er begrenset til legepersonell.



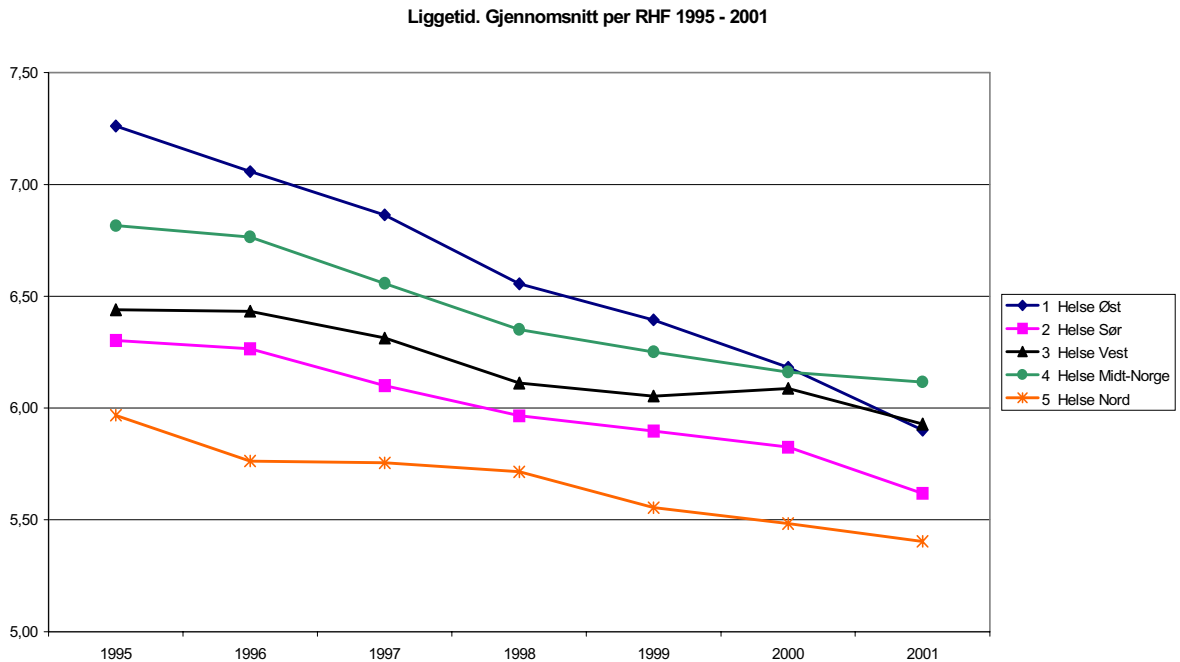
Figur 18. Antall årsverk i alt 1995 – 2001 etter sykehustyper. 1995=100. Datakilde: Samdata.

Effektive senger – somatikk. Effektive senger er gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året. Effektive senger beregnes ved å dele totalt antall sengedøgn med antall dager i året. Helseregion Nord har det høyeste antall effektive senger pr 1 000 innbyggere i 2001. Antall effektive senger pr 1 000 innbyggere i 2001 er i følge Samdata Tabeller 2001:

- Helseregion Øst: 2,7
- Helseregion Sør: 2,9
- Helseregion Vest: 3,0
- Helseregion Midt: 2,9
- Helseregion Nord: 3,5
- Totalt: 2,9

Liggetid – somatikk. I perioden 1995-2001 faller den gjennomsnittlige liggetiden for samtlige helseregioner, som figur 19 viser. Helse Nord har den laveste gjennomsnittlige liggetiden. Helse Sør har lav liggetid sett i forhold til registrert behandlingstydde for pasienter i samme periode⁴⁶.

⁴⁶ Vi tar ikke her opp hvorvidt press mot stadig kortere liggetid har gitt ”medisinsk uforsvarlig” kort liggetid. Fokus er heller på forskjeller i effektivitet, relativt til behandlingstydde blant behandlede pasienter. Se også avsnitt 3.4.1 for en mer utfyllende drøfting av denne problemstillingen.



Figur 19. Liggetid i gjennomsnitt antall dager, heldøgnsopphold behandlede per regionalt helseforetak. Datakilde: NPR

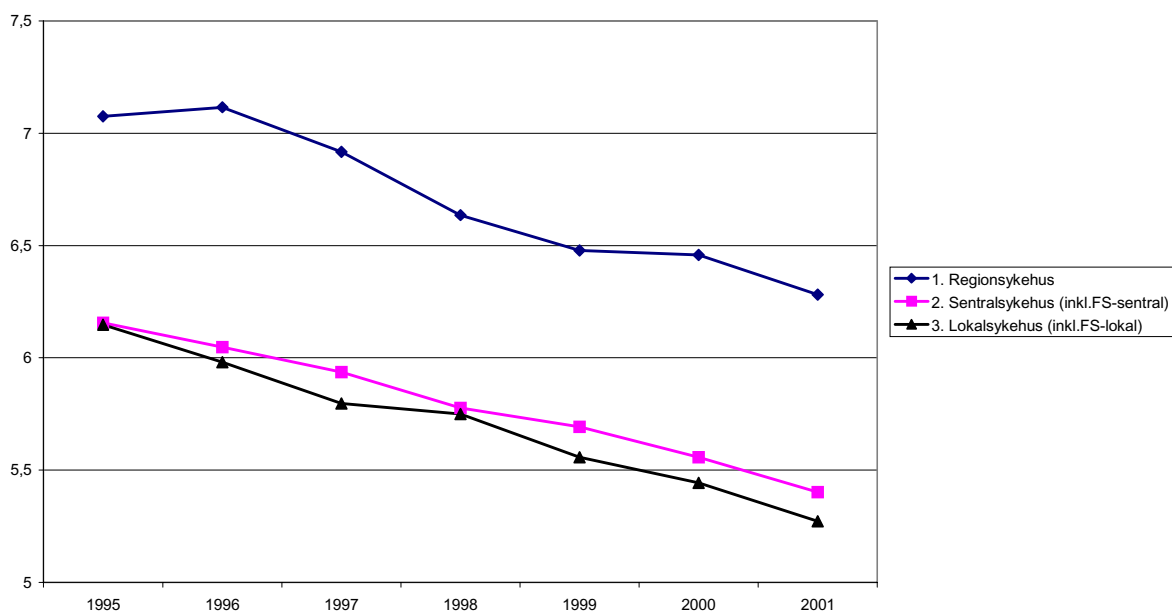
Figur 20 på neste side viser utvikling i gjennomsnittlig liggetid etter sykehustyper. Linjene i figur 20 kan sees i sammenheng med figur 14 som gjengir den ulike behandlingstygden pasienter har i Regionsykehus, sammenlignet med lokal- og sentralsykehus.

Figur 21 derimot, viser en variasjon i liggetid etter pasientenes bostedskommune, som ikke har et motstykke i ulike behandlingstygde.

Hva kan årsakene være til at pasienter fra distriktskommuner i gjennomsnitt blir liggende nær én dag kortere enn bosatte i storbyområder? Den stiplede linjen i figur 21 indikerer at lang liggetid for bosatte i storbyområder er et fenomen som særlig gjelder Oslos befolkning. Når Oslo utelates er avstanden mellom kommunekategoriene meget mindre.

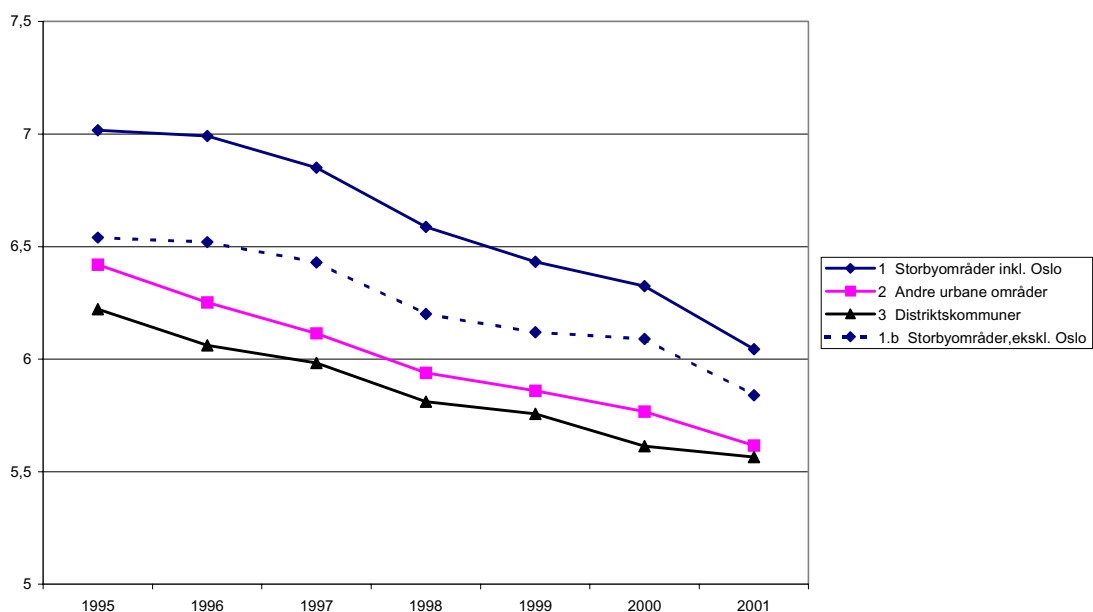
En nærliggende, mulig forklaring på kommuneforskjellene har sammenheng med det store og økende innslag av eldre pasienter i sykehus. Gruppen 75 år og over utgjør ca. 7,6% av befolkningen og står for ca. 20% av alle innleggelser og ca. 28% av alle liggedager i somatiske sykehus. Ser vi framover, er situasjonen ikke bare preget av økning i antall eldre i befolkningen, men flere syke som en følge av økt sykdomsforekomst med økende alder (Statens helsetilsyn, 1999). I en rapport fra Samdata, om eldres sykehusbruk på 90-tallet, peker Paulsen m.fl. (1999) på at 16 prosent av befolkningen står for halvparten av sykehusforbruket.

Liggetid. Gjennomsnitt per sykehustype 1995 - 2001



Figur 20. Liggetid i gjennomsnitt antall dager, heldøgnsopphold per sykehustype. Datakilde: NPR

Liggetid. Gjennomsnitt per kommunetype 1995 - 2001



Figur 21. Liggetid i gjennomsnitt antall dager, heldøgnsopphold etter kommunesentralitet. Datakilde: NPR

Statens helsetilsyns gjennomførte i 1998 en undersøkelse i landets indremedisinske avdelinger i 54 av landets somatiske sykehus. På registreringsdagen var 1781 (42%) av totalt 4234 innlagte pasienter, 75 år og over. Gjennomsnittsalderen var 82 år. Det var 58% kvinner og 42% menn. Andelen som bodde alene var 52%. I alt 87% av de gamle pasientene hadde tidligere vært innlagt i sykehuset. Den gjennomsnittlige liggetiden fram til registreringsdagen var 17 dager. De vanligste diagnosene som var hovedårsaken til sykehusoppholdet, var apoplexi, hjertesvikt/lungeødem, luftveisinfeksjon og hjerteinfarkt, men undersøkelsen viste også at hovedårsaken til sykehusoppholdet bare utgjør en liten del, kanskje bare en tredel, av sykdomsforekomsten innen denne sykdomsgruppen (Rø, 1999).

En studie utført ved SNF og FAFO (Gautun m.fl, 2001) identifiserte tydelige nivåforskjeller i det kommunale pleie- og omsorgstilbudet etter sentralitet og mellom store og små, fattige og rike kommuner. Med hensyn til å forklare variasjon i liggetid for individuelle eldre pasienter (alt annet likt), blir disse kommunale egenskapene likevel av relativt marginal betydning. Egenskaper ved pasienten og pasientens status i behandlingsapparatet betyr mer. F.eks. at liggetiden er lengre for pasienter som på sykehuset befinner seg i en transittilstand mellom vanlig bosted og et annet institusjonstilbud. Det er likevel slik at mange kommuner har problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, dvs. at pasienter som burde vært skrevet ut fra sykehus blir liggende lengre enn nødvendig sett fra sykehusenes side. Gode samarbeidsformer mellom 1. og 2. linjetjenestene gjennom formelle og uformelle samarbeidskanaler er helt avgjørende for vellykket utskrivning av eldre pasienter⁴⁷.

I en kartlegging av de somatiske sykehusenes interne organisering finner Kjekshus m.fl. (2002) at samarbeidsrelasjoner mellom sykehus og kommunehelsetjeneste varierer mellom sykehustyper. I Tabell 10 nedenfor er noen utvalgte spørsmål fra undersøkelsen vist for tredelt sykehustype. Selv om nær alle sykehus uansett type oppgir at de for pasienter med behov for pleie, tar rutinemessig kontakt med hjemkommunens helse- og sosialavdeling før hjemsendelse, skiller sykehusene seg likevel på lignende spørsmål. Forskjellene er ikke helt entydig slik at lokalsykehus har tettere relasjoner og mer oppfølging, men tabell 9 indikerer en tendens i den retningen.

Forøvrig har Helsedepartementet i 2003 varslet en ny helsereform som skal gjøre slutt på at pasienten blir skadelidende for dårlig samarbeid og koordinering mellom sykehusene og de øvrige helsetjenestene⁴⁸. Ett av problemene er at ferdigbehandlede pasienter ligger unødig lenge på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, videre heter det: *”Det er mye som ikke fungerer godt nok. Dagens kommunale helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste har ulike rammebetingelser. Dårlig samhandling kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus, for tidlig utskrivelse fra sykehus og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Det er behov for en grundig gjennomgang av hvordan dette fungerer, og vi trenger nye løsninger”* (Helseminister Dagfinn Høybråten i Aftenposten 18.09.03).

⁴⁷ Se også figurene 36 og 37 og omtalen av ulik profil i kommunenes pleie- og omsorgstjenester.

⁴⁸ Denne problemstillingen er drøftet mer utfyllende i avsnitt 3.61.

Tabell 10. Sykehusenes relasjoner til kommunehelsetjenestene og rutiner for utskrivning 2001. Prosentandel som svarer 'Ja'. Kilde: Hero.

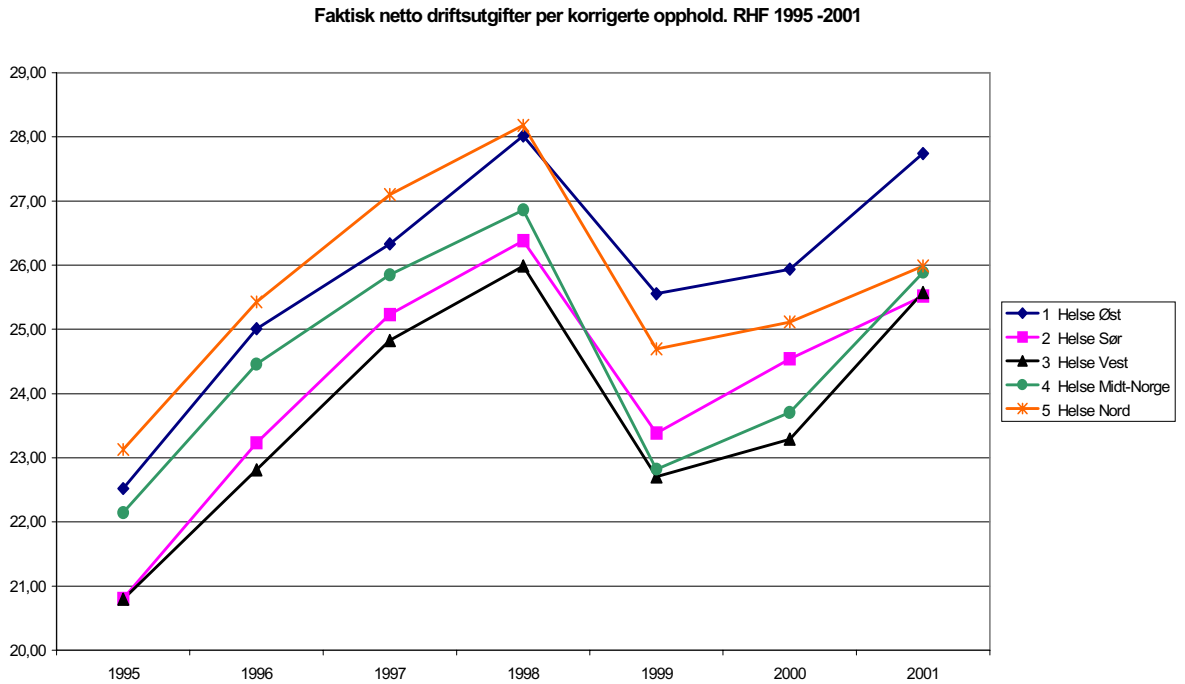
	Region- sykehus	Sentral- sykehus (inkl. FS- sentral)	Lokal- sykehus (inkl. FS- lokal)	Total t
Har sykehuset inngått en avtale med kommunene om vilkår/kriterier for overføring av ferdigbehandlede pasienter til kommunehelsetjenesten?	60%	86%	78%	80%
Har sykehuset en egen person som tar kontakt med hjemkommunene til pasientene for å forberede utskrivning av ferdigbehandlede pasienter som trenger pleie?	60%	23%	44%	36%
Blir pasienten rutinemessig kontaktet etter utskrivning?	20%	22%	36%	28%
For pasienter med behov for spesialistoppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med spesialister før hjemsendelse?	20%	39%	73%	48%
Registrerer sykehuset liggetiden til utskrivningsklare pasienter (i den kirurgiske virksomheten)?	60%	64%	70%	66%
Registrerer sykehuset liggetiden til utskrivningsklare pasienter (i den indremedisinske virksomheten)?	40%	64%	70%	64%

4.3.3 Ressursutnyttelse og produktivitet

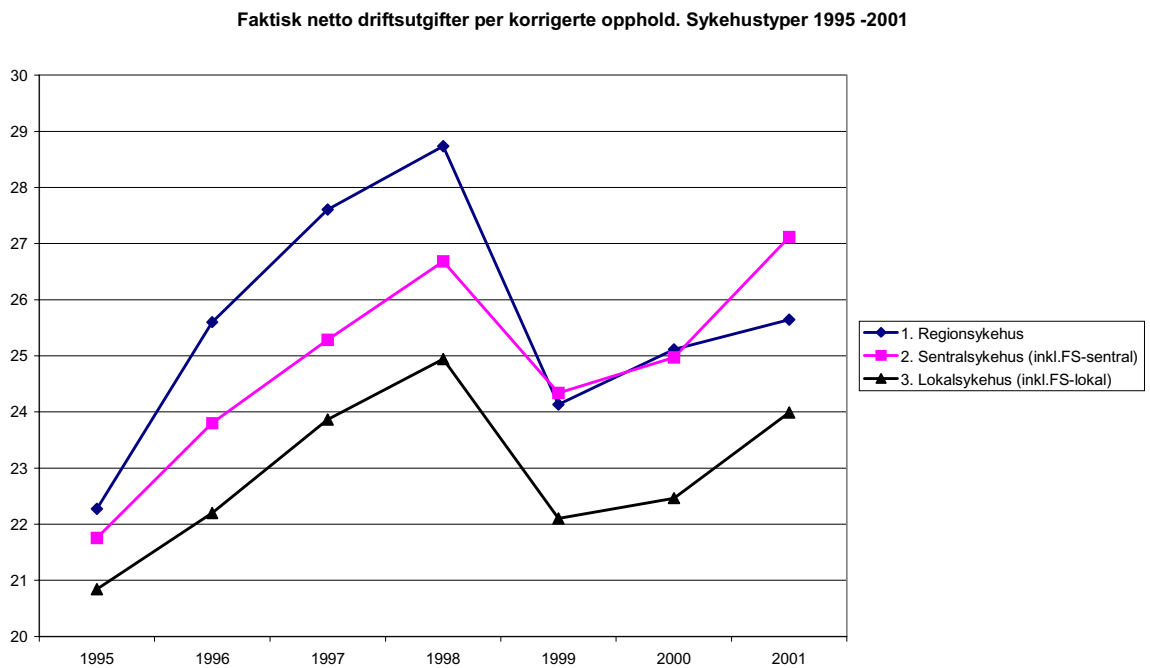
Netto driftsutgifter pr opphold⁴⁹ - somatikk. Korrigerte opphold er en teoretisk størrelse som benyttes for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehus. Dersom et sykehus bare har pasienter med kostnadsvekt (DRG vekt) 1,00, blir DRG indeksen lik 1,00. Antallet korrigerte opphold blir dermed lik antall faktiske opphold. Sykehus med relativt sett flere tyngre enn lette DRG-er, vil få et høyere antall korrigerte opphold enn faktiske sykehusopphold, og vice versa for sykehus med relativt sett færre tyngre enn lette DRG-er. Sammenliknet med de øvrige regionene, har Helse Nord og Helse Øst i perioden 1995-2001 de høyeste faktiske netto driftsutgiftene per korrigert opphold⁵⁰, hvilket fremgår av figur 22. Per 2001 ligger Helse Øst stadig høyest. Helse Vest fremstår i hele perioden som den mest effektive helseregionen.

Det felles fallet i driftsutgifter per opphold i 1999, skyldes i hovedsak at dagopphold inkluderes i "nevneren" korrigerte opphold, f.o.m. 1999. Dette fenomenet gjelder også for figur 23. For figurene 24 og 25 inntreffer dette som et skift oppover, da korrigerte dagopphold inngår i "telleren" i forholdstallet i disse figurene.

⁴⁹ Netto driftsutgifter er i nominelle 1000 kroner.



Figur 22. Faktisk netto driftsutgifter per korrigerede opphold. RHF 1995 –2001. Datakilde: Samdata Sykehus

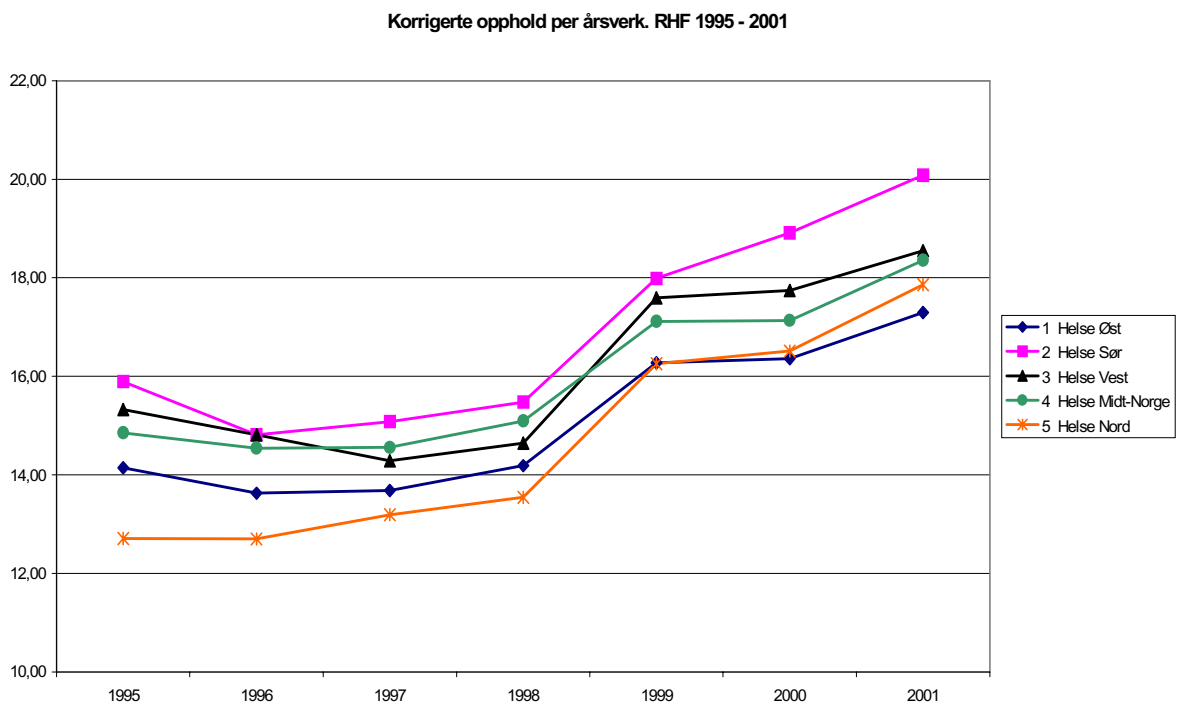


Figur 23. Faktisk netto driftsutgifter per korrigerede opphold. Sykehustyper 1995 – 2001. Datakilde: Samdata Sykehus.

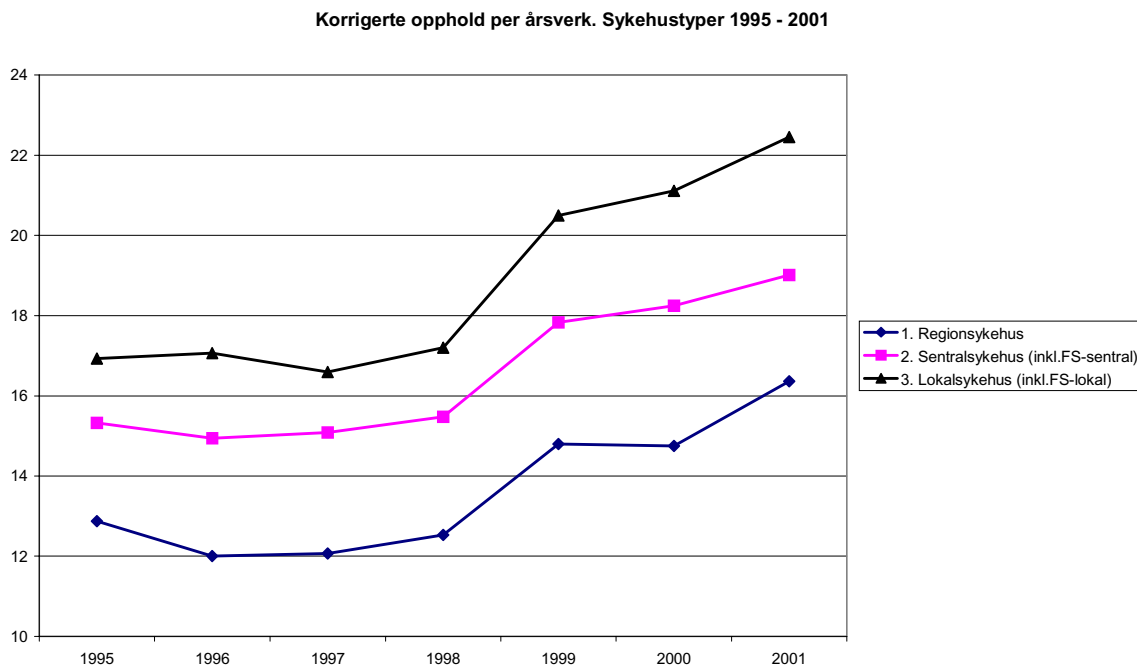
I figur 23 har lokalsykehus tilsynelatende de laveste utgiftene per opphold i hele perioden. Også etter inkludering av dagopphold i forholdstallet (f.o.m. 1999) er forskjellene mellom lokalsykehus og de øvrige sykehustypene der. Per 2001 fremstår sentralsykehus som minst effektive, og lokalsykehus er tilsvarende mer effektive etter denne beregningsmåten.

Opphold pr årsverk – somatisk sykehus. Når produktivitet måles som korrigerte opphold per årsverk, fremgår det av figur 24 at Helse Sør i hele perioden 1995-2001 har en forholdsvis høy arbeidsproduktivitet. De øvrige helseregionene ligger også på et lavere nivå per 2001. Den viktige inkluderingen av dagopphold i forholdstallet f.o.m. 1999 får Helse Vest til å fremstå som relativt mer produktiv, på bekostning av Helse Midt-Norge.

Figur 24 for helseregioner speiler nærmest bildet i figur 22. Dette ser vi også i forholdet mellom figurene 24 og 25, for sykehustyper. Sykehustypene viser i figur 25 en felles vekst i produktivitet, med lokalsykehus på topp og med sentralsykehus og regionsykehus på noe lavere nivå.



Figur 24. Korrigerte opphold per sykehusårsverk. RHF 1995 –2001. Datakilde: Samdata Sykehus.



Figur 25. Korrigerte opphold per sykehusårsverk. Sykehustyper 1995 –2001.
Datakilde: Samdata Sykehus.

4.4 Psykiatriske behandlingstilbud

Den følgende beskrivelsen er begrenset av manglende tidsseriedata og manglende muligheter til å fordele størrelser etter alternative inndelinger og kategorier. For psykiatrisk behandling og psykiatripasienter har vi ikke tilgang på mikrodata, og kan utelukkende referere til publiserte tall fordelt etter helseregioner per 2001. Kilde er utelukkende publikasjonen Samdata Psykiatri Tabeller 2001.

Oppholdsdøgn voksenpsykiatrien. Helseregion Vest har flest og Helseregion Nord færrest oppholdsdøgn i voksenpsykiatrien pr 10.000 innbyggere i 2001. I Tabell 11 nedenfor vises fordelingen på sykehus, andre døgninstitusjoner og samlet:

Tabell 11. Antall oppholdsdøgn i voksenpsykiatrien per 10 000 i 2001

	Sykehus	Andre døgninst	Samlet
Helseregion Øst	3.016	2.223	5.239
Helseregion Sør	2.452	2.070	4.522
Helseregion Vest	3.088	2.904	5.992
Helseregion Midt	2.476	2.145	4.651
Helseregion Nord	2.123	1.614	3.737
Totalt	2.866	2.256	5.122

Polikliniske konsultasjoner voksenpsykiatrien. Helseregion Midt-Norge har flest og Helseregion Vest lavest antall polikliniske konsultasjoner per 10.000 innbyggere 18 år eller eldre i 2001. Totalt var det 1.588 konsultasjoner per 10.000 innbyggere 18 år eller eldre, i landet som helhet.

Utskrivninger voksenpsykiatrien. Antall utskrivninger i voksenpsykiatrien per 10.000 innbyggere er høyest i Helseregion Nord og lavest i Helseregion Øst. Sammenholdt med Tabell 11, indikerer Tabell 12 at Helseregion Nord har relativt få oppholdsdøgn bak hver utskriving og tilsvarende at Helseregion Øst har mange oppholdsdøgn per utskriving.

Tabell 12. Utskrivninger voksenpsykiatrien per 10 000 i 2001

	Sykehus	Andre døgninst.	Samlet
Helseregion Øst	65	20	85
Helseregion Sør	63	34	97
Helseregion Vest	67	35	102
Helseregion Midt	73	30	103
Helseregion Nord	62	57	119
Totalt	68	31	99

Dekningsgrad i barne- og ungdomspsykiatrien. Helseregion Nord har en svært høy dekningsgrad innen barne- og ungdomspsykiatrien, dvs andel av befolkningen under 18 år som ble behandlet i 2001. Tabell 13 viser at prosentandelen i Helseregion Nord er hele 4,05 mot et gjennomsnitt for landet på 2,74. I opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 er det et mål at ca 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen skal få et tilbud innen 2006.

Tabell 13. Dekningsgrad i barne- og ungdomspsykiatrien

	Prosent poliklinikk	Prosent dag/døgn	Prosent totalt
Helseregion Øst	2,67	0,18	2,85
Helseregion Sør	2,44	0,37	2,82
Helseregion Vest	2,01	0,10	2,11
Helseregion Midt	2,20	0,17	2,36
Helseregion Nord	3,89	0,16	4,05
Totalt	2,54	0,20	2,74

Kostnader. Med hensyn til kostnader skiller Helseregion Øst seg ut med hele kr 2.321 per innbygger samlet i 2001. Helseregion Sør er bruker minst, med kr 1.735 per innbygger. Av Tabell 14 nedenfor ser vi at Helseregion Vest har laveste driftsutgifter pr innbygger innen barne- og ungdomspsykiatrien, men er omtrent på landsgjennomsnittet innen voksenpsykiatrien.

Tabell 14. Driftsutgifter kr per innbygger.

	Barn og unge 0-17 år	Voksne 18 år eller eldre	Samlet
Helseregion Øst	1.464	2.563	2.321
Helseregion Sør	972	1.969	1.735
Helseregion Vest	871	2.286	1.924
Helseregion Midt	915	2.029	1.760
Helseregion Nord	1.208	2.190	1.952
Landet	1.131	2.279	2.008

Personelldekning i psykisk helsevern. Også med hensyn til samlet personelldekning innen psykisk helsevern (årsverk pr 10.000 innbyggere for 2001) er det store forskjeller mellom regionene. Helseregion Øst ligger i Tabell 15 totalt sett på et markert høyere nivå enn de øvrige regionene.

Tabell 15. Personelldekning psykisk helsevern per 10.000 innbyggere. 2001.

	Leger	Psyko- loger	Høyskole- utd.pers.	Hj.pl og ufagl. pleiepers	Annet Personell	Totalt
Helseregion Øst	3,3	2,6	18,1	10,9	7,1	42,0
Helseregion Sør	2,2	2,4	15,2	7,4	5,8	33,0
Helseregion Vest	2,3	2,9	15,4	9,5	6,4	36,5
Helseregion Midt	2,4	2,4	15,1	7,5	5,9	33,3
Helseregion Nord	2,7	3,4	17,8	8,1	6,2	38,1
Totalt	2,7	2,7	16,7	9,2	6,6	37,9

Døgnplassdekning i psykisk helsevern. I følge Tabell 16 nedenfor har Helseregion Vest det høyeste og Helseregion Nord det laveste antall døgnplasser innen voksenpsykiatrien (dekning pr 10.000 innbyggere 18 år eller eldre).

Tabell 16. Døgnplassdekning voksenpsykiatri. 2001.

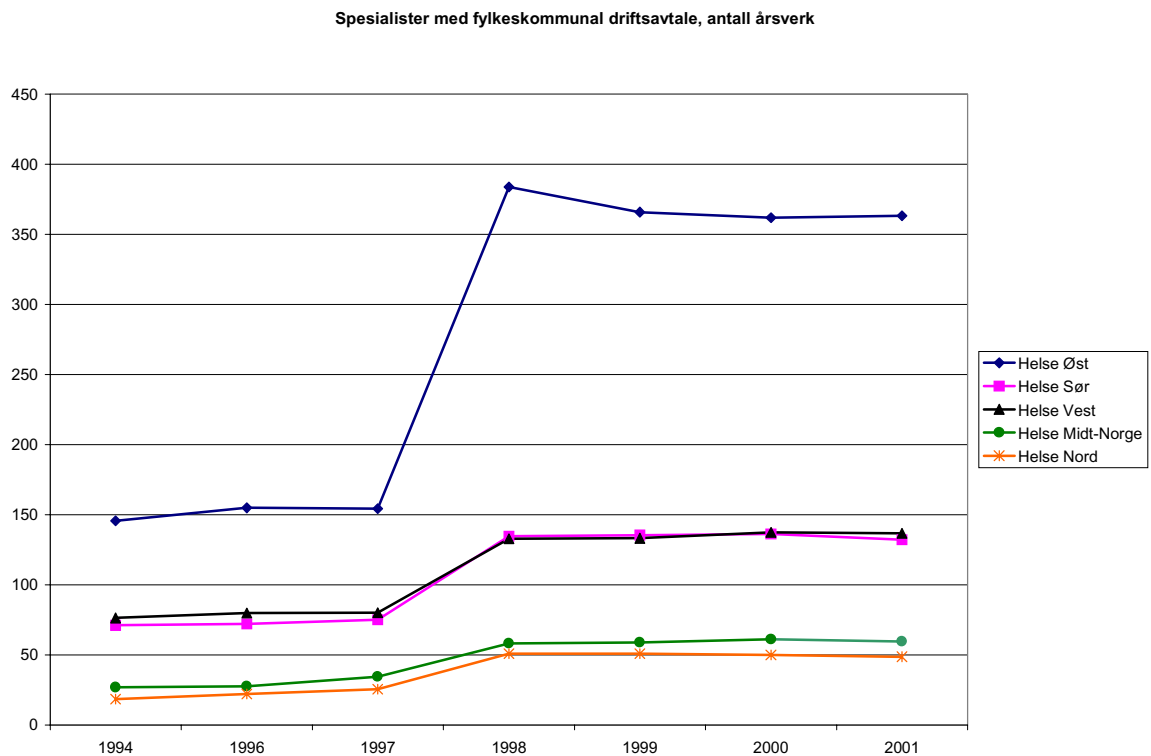
	Sykehus	Distriktspsyk. Tilbud	Sykehjem o a	Totalt
Helseregion Øst	9,5	4,5	2,6	16,6
Helseregion Sør	6,8	6,4	0,5	13,7
Helseregion Vest	7,8	4,5	5,6	17,9
Helseregion Midt	7,8	5,5	1,1	14,3
Helseregion Nord	6,3	6,0	0,4	12,7
Totalt	8,4	5,1	2,3	15,9

Oppsummert er det tydelige forskjeller mellom helseregionene med hensyn til ressursbruk og behandlingstilbud. Uten et DRG-lignende system som tilordner kostnader per psykiatridiagnose eller behandling, og uten tidsserier som viser stabilitet av forskjeller over tid, er det vanskeligere enn for somatiske lidelser, å få frem mønstre i forskjellene mellom helseregionene.

4.5 Private legespesialister

I tillegg til leger med og uten spesialistkompetanse i sykehusene, inkluderer spesialisthelsetjenesten privatpraktiserende legespesialister som har driftsavtaler med fylkeskommunene (med helseregionene etter 1. januar 2002). Over tid har det private tilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten vokst, og et flertall av de privatpraktiserende spesialistene mottar offentlig finansiering gjennom driftstilskudd og refusjoner fra trygdesystemet. Disse spesialitetene inkluderer også psykiatri. Antall spesialistårsverk per innbygger er svært ulikt fordelt mellom fylker og helseregioner. Ifølge Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) hadde Oslo ved utgangen av 2001 hele 236 avtalespesialister, Finnmark bare 4.

Figur 26 viser fordeling av antall spesialistårsverk mellom helseregionene over tid. En reform i 1998 innlemmet et betydelig antall private spesialister, som til da ikke hadde hatt driftsavtale (bare refusjon), i de fylkeskommunale ordningene. I denne prosessen økte antall årsverk nasjonalt med nesten 90% (Samdata Sykehus Rapport 1999). Som figur 26 illustrerer økte antall årsverk i Helseregion Øst med vel 150%.



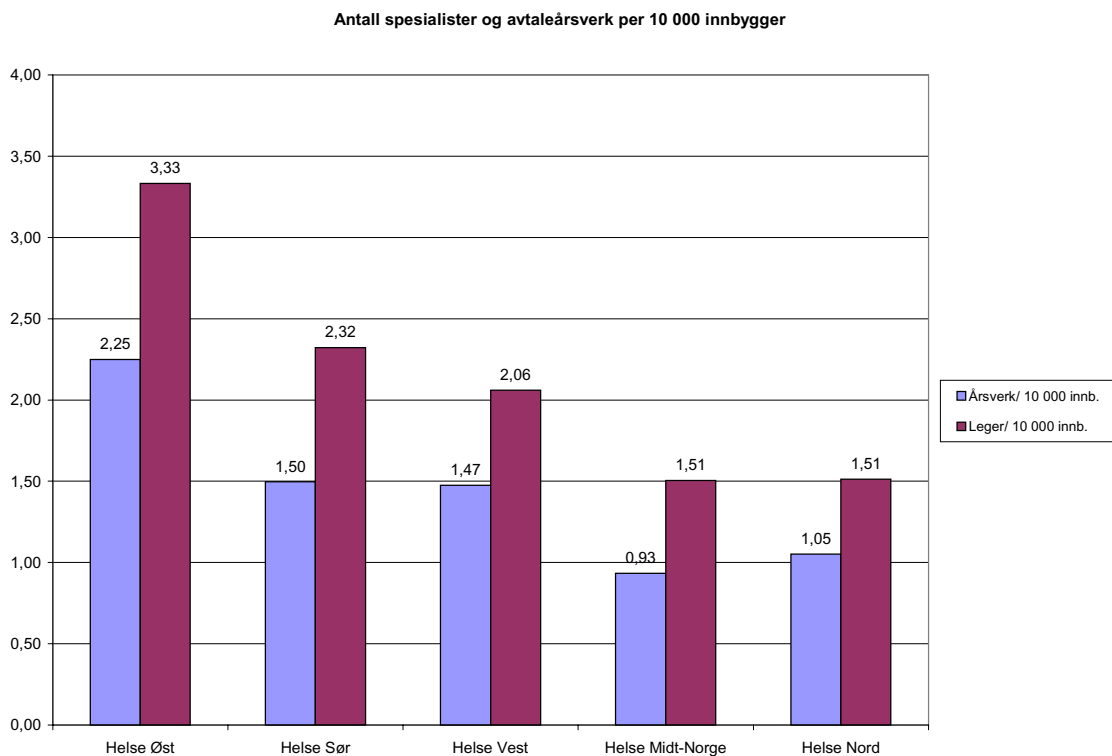
Figur 26. Antall årsverk, spesialister med fylkeskommunal driftsavtale i helseregionene 1994 - 2001. Datakilde: NR

Den lave forekomsten av legespesialister utenfor storbyene, kan gjerne også sees i sammenheng med fordelingen av allmennleger. Med hensyn til allmennleger er det en høyere befolkningsdekning i distriktene⁵¹. Et relevant spørsmål er også om fravær av

⁵¹ Oversikter følger i avsnitt om kommunehelsetjenester.

spesialister i distriktene er en medvirkende forklaring til et noe høyere forbruk av sykehustjenester? Hovedtyngden av spesialhelsetjenesten foregår uansett region ved de offentlige sykehusene. Substitusjonsmulighetene mellom de private spesialistene og de offentlige sykehusene vil i all hovedsak være knyttet til deler av den polikliniske virksomheten⁵² (Samdata Sykehus Rapport 1999).

I figur 27 er årsverk og antall spesialister som utfører årsverkene fordelt etter helseregion, per 10 000 innbygger. Figur 27 illustrerer at konsentrasjonen av legerespecialister i Oslo, er mer enn proporsjonalt med innbyggertallet. Særlig lav er dekningen i Helse Midt-Norge og Helse Nord.



Figur 27. Antall årsverk og antall spesialister med fylkeskommunal driftsavtale, i helseregionene per 10 000 innbyggere i 2001. Datakilde: NR

4.6 Kommunehelsetjenesten

4.6.1 Innledning

Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen. Helsedepartementet

⁵² Se også figur 5 som indikerer forskjeller i andel polikliniske konsultasjoner per helseregion i 2001.

fastsetter hvert år en samlet ramme for antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten og antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet.

Kommunehelsetjenestene omfatter i dag følgende oppgaver, slik de er listet i Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 (Lovdata.no):

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som:
 - a. miljørettet helsevern
 - b. helsestasjonsvirksomhet
 - c. helsetjenester i skoler
 - d. opplysningsvirksomhet
 - e. helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under fengselsvesenet.
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Pleie og omsorg.
5. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen sørge for disse del-tjenestene:

1. allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
2. legevaktordning
3. fysioterapitjeneste
4. sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
5. jordmortjeneste
6. sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie
7. medisinsk nødmeldetjeneste.

Kommunen kan organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet. Kommunen kan inngå avtale med andre kommuner, fylkeskommunen eller private om drift av sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie

4.6.1 Allmennleger i kommunehelsetjenesten

Vi har her valgt å fokusere på leger som en av personellkategoriene i kommunehelsetjenestene. Det har vært en betydelig økning i antall legestillinger i de senere årene. På 1990-tallet økte antall leger i spesialist- og kommunehelsetjenesten med 27 % (NR 2001). Det er få yrkesgrupper som har hatt en tilsvarende vekst i løpet av de 10 siste årene. Norge har nå den høyeste legedekningen i Norden med 280 innbyggere pr yrkesaktiv lege. I de nordiske landene er det i gjennomsnitt 320 innbyggere pr yrkesaktiv lege. Med dagens høye studenttall vil legedekningen i Norge øke ytterligere, mens legedekningen i de andre nordiske landene vil holde seg på et forholdsvis stabilt nivå.

SSBs statistikk over kommunehelsetjenesten baserer seg på årlige utsendelser av spørreskjema til alle kommuner. Datagrunnlaget som brukes her er hentet fra NSDs Kommunedatabase. I grunnmaterialet fra kommunene blir ressursinnsatsen oppgitt i timer per uke ved slutten av året. Omregningen til årsverk blir gjort ved NSD. Går

man i detaljer kan det for 2001 være brudd i tidsseriene som skyldes at 2001-verdiene må samordnes med kategorier som gjelder for foregående år. Statistikken er ment å skulle fange opp alle praktiserende allmennleger per kommune. Sum årsverk bør derfor være sammenlignbar i hele perioden 1995 – 2001.

- Spesialister som hører inn under fylkeskommunal (statlig etter 1. januar 2002) virksomhet skal ikke registres.

- Ubesatte stillinger er hjemler eller fastlønnede stillinger som er ledige per 31. desember på grunn av permisjon, sykdom eller andre årsaker blir regnet som ledig dersom fraværet har vart mer enn 4 måneder.

Kategorier leger i kommunehelsetjenesten 1995 - 2000

1. Leger med driftsavtale: Lege som har avtale om driftstilskudd med en kommune.

2. Fastlønnlege: Allmennlege som er ansatt med avtale om fast lønn i en kommunelegestilling i hovedstilling, heltid eller deltid og som plikter å delta i organisert legevakt.

3. Turnuskandidat (leger): Medisinsk kandidat med midlertidig lisens som avtjener obligatorisk turnustjeneste i allmennpraksis eller ved sykehus for å oppnå rett til autorisasjon.

4. Lege uten avtale: Lege som driver privat praksis uten avtale med kommune eller fylkeskommune. Spesialister som hører inn under fylkeskommunal virksomhet skal ikke registres her. Leger uten avtale som etablerte praksis etter november 1992 kan ikke kreve refusjon fra folketrygden.

Kategorier leger i kommunehelsetjenesten fra og med 2001

1. Næringsdrivende leger med fastlegeavtale: Selvstendig lege som har avtalt med en kommune å delta i fastlegeordningen.

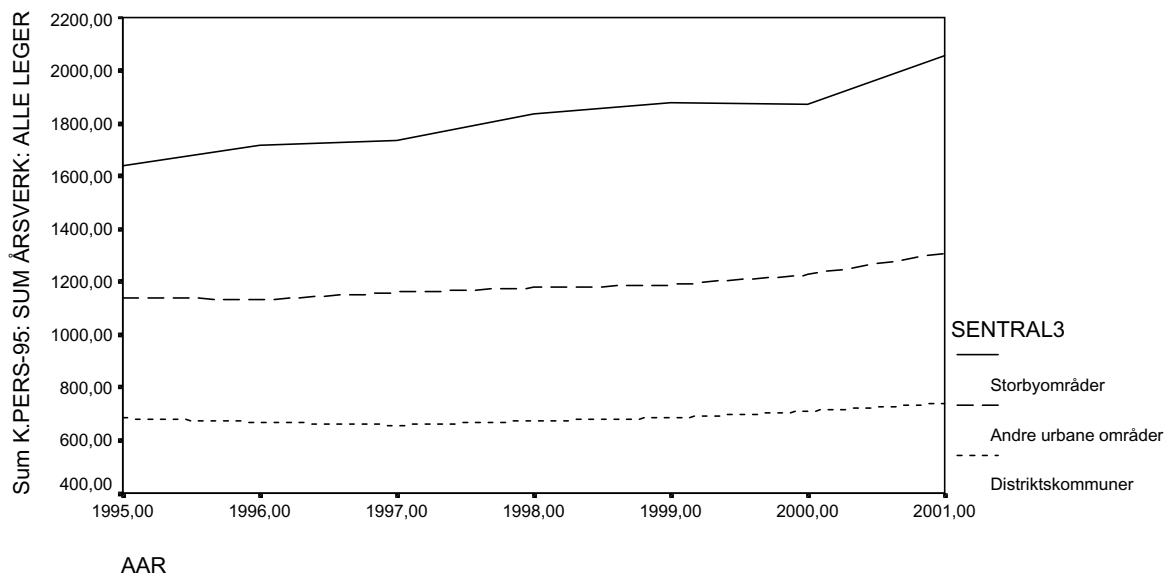
2. Kommunalt ansatt fastlege: Lege som er ansatt med avtale om fast lønn i en kommunelegestilling i hovedstilling, og som deltar i fastlegeordningen.

3. Turnuslege: Medisinsk kandidat med midlertidig lisens som avtjener obligatorisk turnustjeneste i allmennpraksis eller ved sykehus for å oppnå rett til autorisasjon.

4. Lege uten avtale: Lege som driver privat praksis uten avtale med kommune eller fylkeskommune (staten etter 1. januar 2002). I kommunehelsetjenesten er dette leger med privat praksis som ikke er med i fastlegeordningen.

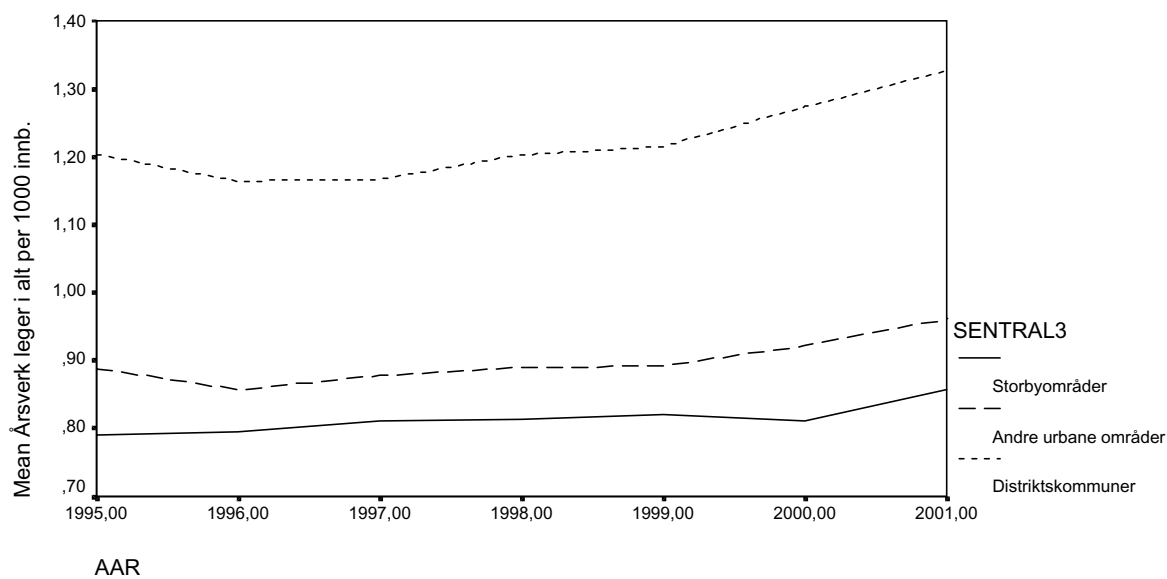
5. Kommunalt ansatt lege med samfunnsmedisinske oppgaver: Leger som er ansatt i kommunen og mottar fast lønn. Stillingen er primært rettet mot oppgaver innen samfunnsmedisin.

Fordeling av leger etter kommunesentralitet. Av figur 28 fremgår at hovedtyngden av legeårsverk utføres i sentrale deler av landet. Når antall årsverk som i figur 29 forholdes til innbyggertallet i kommunene, fremgår det at det i perioden 1995 – 2001 er en vedvarende høyere legedekning i distriktskommuner.

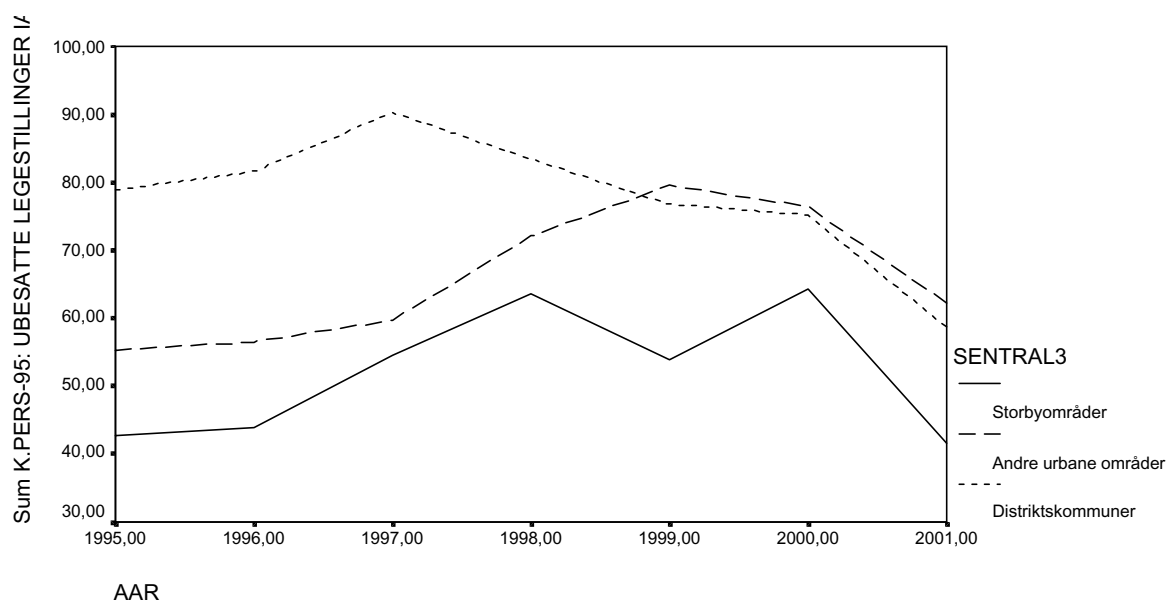


Figur 28. Sum årsverk alle leger. Datakilde: NSDs Kommunedatabase

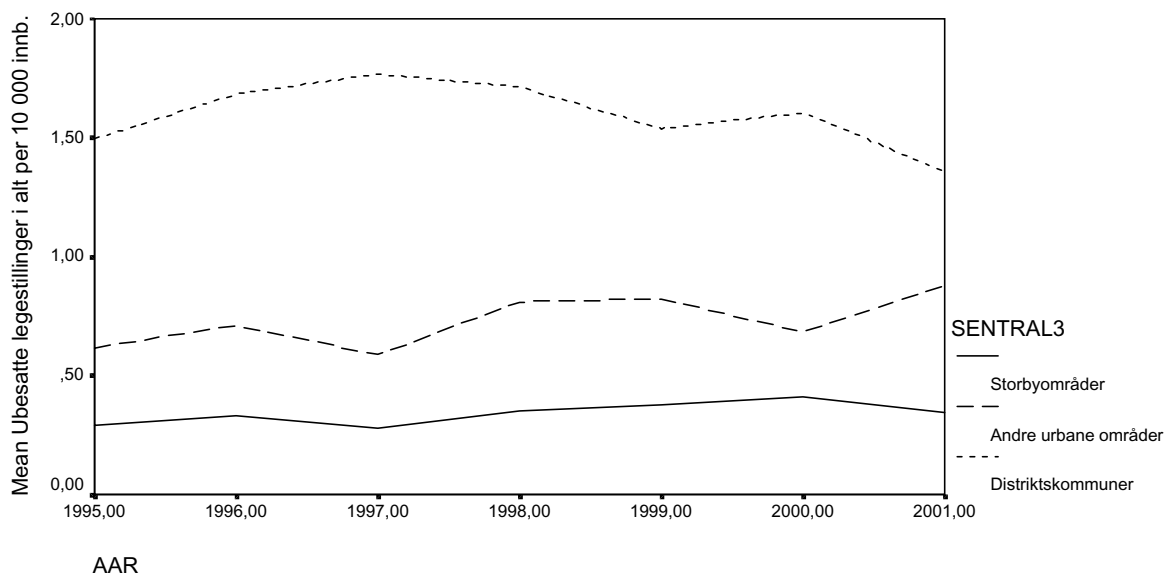
Ubesatte legestillinger. Til tross for at legedekningen i distriktene fremstår som høyere enn i sentrale kommuner, viser figur 30 at det likevel er flest ubesatte legestillinger i distriktskommuner. Selv om antall ledige legestillinger faller over tid, viser figur 31 at regnet per innbygger er ”legemangelen” fremdeles på et høyere nivå i distriktskommuner. Oppdaterte oversikter per 2003, viser også at andelen innbyggere uten fastlege (relativt antall på lister uten lege) er størst i distriktskommuner. Dette er illustrert i figur 32.



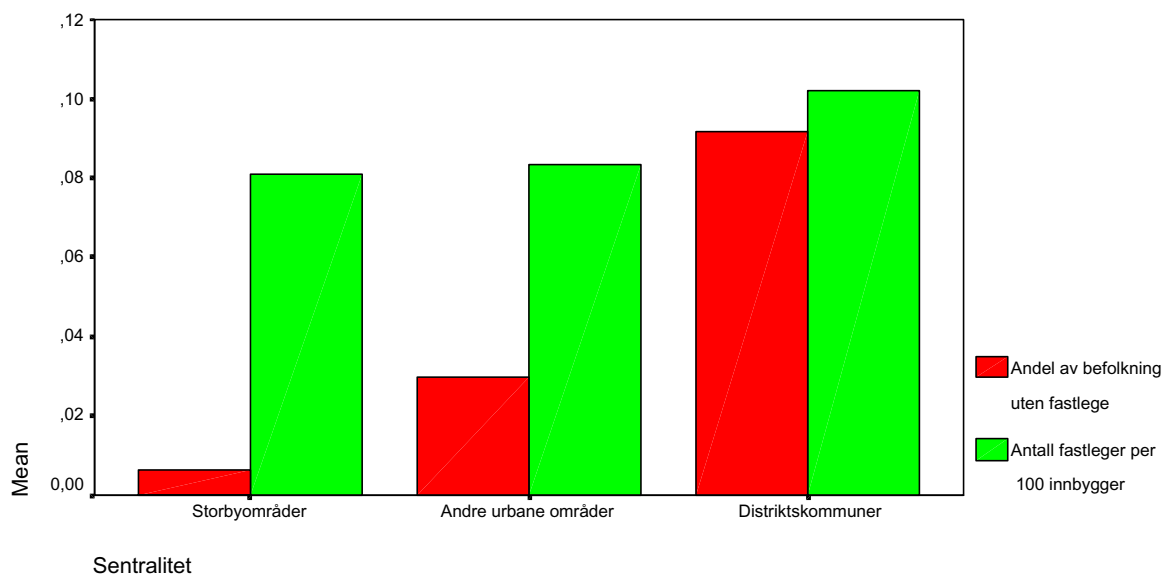
Figur 29. Gjennomsnitt årsverk alle leger, per 1000 innbygger. Datakilde: NSDs Kommunedatabase



Figur 30. Sum ubesatte legestillinger. Datakilde: NSDs Kommunedatabase



Figur 31. Gjennomsnitt ubesatte legestillinger per 10 000 innbygger. Datakilde: NSDs Kommunedatabase



Figur 32. Fastlegedekning per 1.kvartal 2003 etter kommunesentralitet. Datakilde: Trygdeetaten

4.7 Pleie- og omsorgstjenester

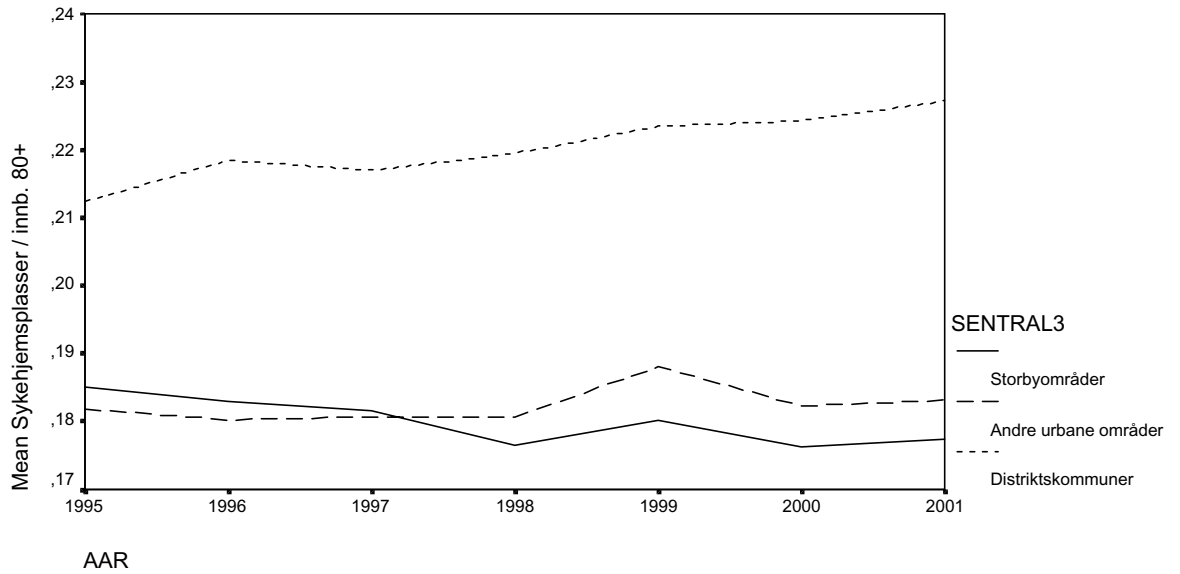
Som nevnt er kommunene forpliktet etter kommunehelsesloven å tilby befolkningen sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Som ledd i statlig innsats er bygningsmassen betydelig oppgradert senere år, med sanering og nybygging finansiert av Husbanken. Denne satsingen har omfattet både sykehjemsplasser og omsorgsboliger. I omsorgsboliger varierer tjenestetilbudet til beboerne mye mer enn i sykehjem. I prinsippet skilles det ikke mellom praktisk bistand/hjemmehjelp samt hjemmesykepleie, avhengig av om beboeren bor i kommunal omsorgsbolig eller i eget hjem.

Kommuner kan velge ulik sammensetning av pleie- og omsorgstilbudet: Sykehjemsomsorg vs. Yting av "hjemmetjenester" i den enkeltes bolig. Det er vanskelig å sammenligne kommuner mht. dekningsgrader i hjemmetjenester da innholdet i slike tjenester varierer svært mellom brukere og mellom kommuner. I figur 33 nedenfor har vi valgt "antall årsverk i hjemmesykepleien/ innbygger 80 år og mer", som en indikator på dekningsgrad i hjemmeomsorg. Figuren indikerer at distriktskommuner, særlig i forhold til andre urbane områder, har en lavere dekning.



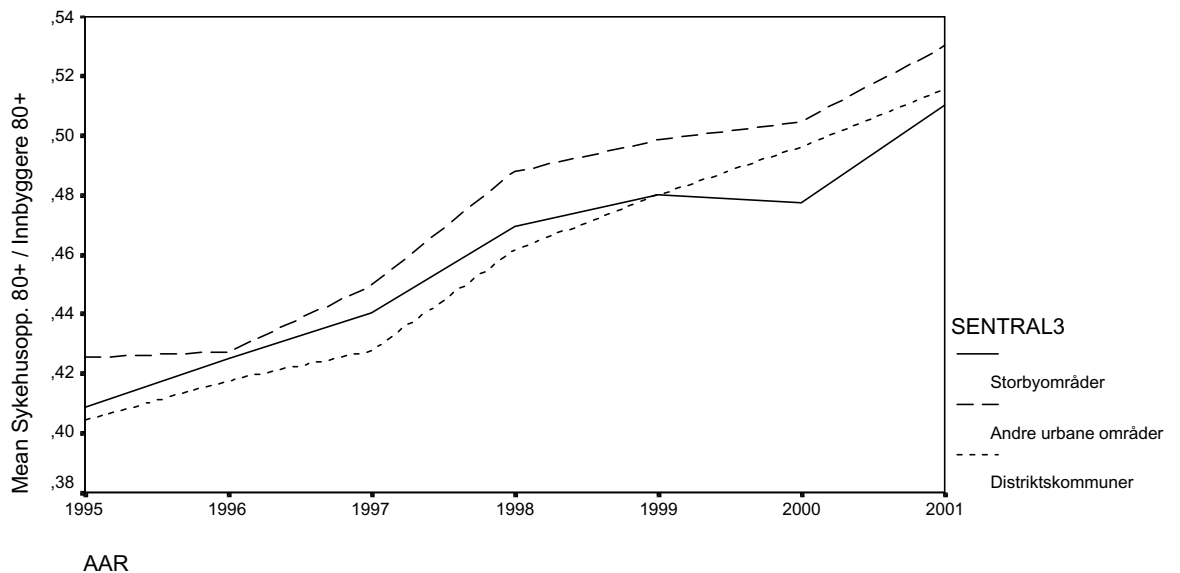
Figur 33. Gjennomsnitt antall årsverk i hjemmesykepleie per innbygger 80 år og mer, etter kommunesentralitet. Datakilde: SSB Hjulet.

Når antall sykehjemsplasser per innbygger 80 år og mer brukes som indikator på dekningsgrad i institusjonsomsorg, indikerer figur 34 at distriktskommuner skiller seg ut med høyere dekning. Om dette mer enn kompenseres for lavere innsats i hjemmesykepleien, kan ikke slås fast uten videre. Det kan likevel være interessant å knytte det før nevnte voksende antall eldre sykehuspasienter til profilen i det kommunale pleie- og omsorgstilbudet.



Figur 34. Gjennomsnitt antall sykehjemsplasser per innbygger 80 år og mer, etter kommunesentralitet. Datakilde: SSB Hjulet.

Figur 35 viser at andelen sykehusopphold for pasienter 80 år og over per innbygger 80 år og over, i løpet av perioden 1995 – 2001 stiger med samme styrke i alle tre kommunetyper.

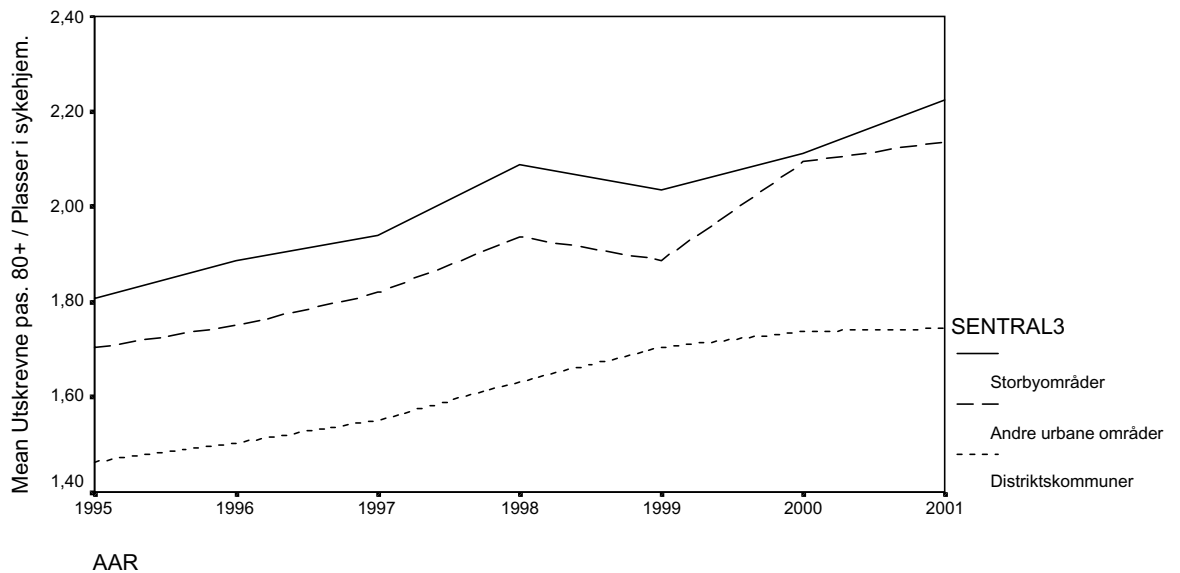


Figur 35. Gjennomsnitt antall sykehusopphold per innbygger 80 år og mer, etter kommunesentralitet. Datakilde: SSB Hjulet.

I figur 36 er utskrevne sykehuspasienter 80 år og over, relatert til årsverk i hjemmesykepleie. I distriktskommuner må flere pasienter pleies av hvert årsverk, dersom hjemmesykepleie er alternativet. I figur 37 er utskrevne sykehuspasienter 80 år og over, relatert til sykehjemsplasser i kommunen. I distriktskommuner fremstår sannsynligheten for å få en sykehjemsplass, når man har behov for dette etter sykehusopphold, som høyere.



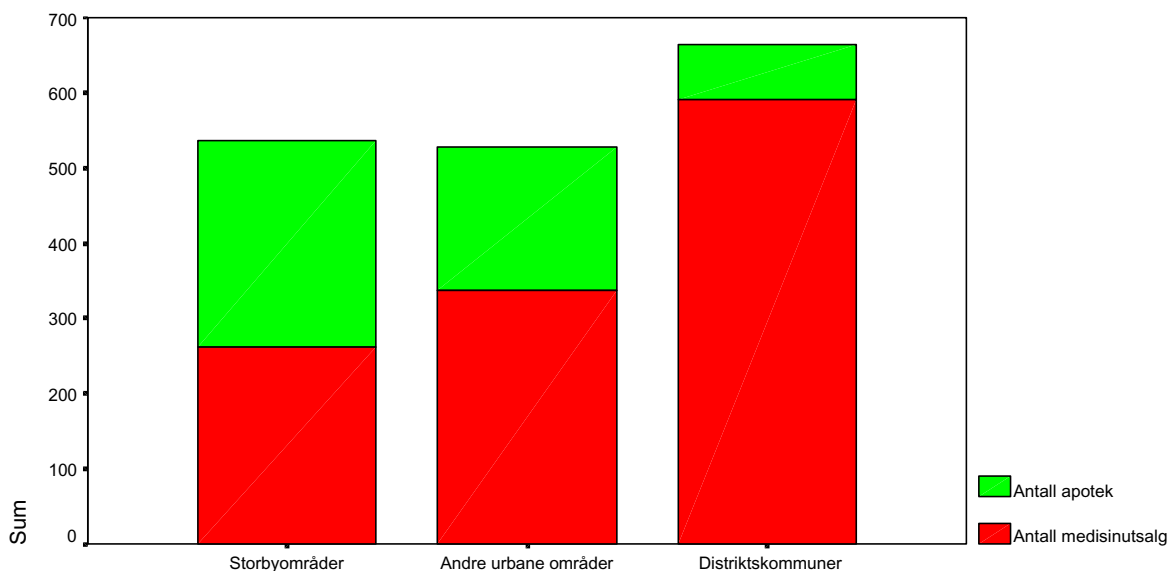
Figur 36. Gjennomsnitt antall utskrevne pasienter 80 år og mer per årsverk i hjemmesykepleie, etter kommunesentralitet. Datakilde: SSB Hjulet.



Figur 37. Gjennomsnitt antall utskrevne pasienter 80 år og mer per plass i sykehjem, etter kommunesentralitet. Datakilde: SSB Hjulet.

4.8 Apotek og medisinsalg

Medisinsalg fungerer som distribusjonsapparat for apotek, som regel i forbindelse med dagligvarehandel. I hovedsak er medisinsalg lokalisert i distriktskommuner, men hovedtyngden av apotek er lokalisert i sentrale kommuner. Figur 38 viser fordeling av antall apotek og medisinsalg per 2003.



Figur 38. Fordeling av apotek og medisinsalg etter sentralitet per 2003.

Datakilde: Statens Legemiddelverk

I forbindelse med ny apoteklov (innført mars 2001) har svært mange nye apotek blitt etablert (eller relokalisert). Vi har dessverre ikke data som dekker hele den aktuelle perioden. Tabell 17 oppsummerer imidlertid hvor de nye apotekene som er etablert mellom desember 2001 og mai 2003 er lokalisert. Nettotilveksten er ikke proporsjonal med tidligere geografisk spredning. Sentrale kommuner får relativt flere, og distriktskommuner relativt færre nye apotek.

Tabell 17. Lokalisering av nye apotek mellom desember 2001 og mai 2003.

Datakilde: Statens Legemiddelverk

	Totalt antall apotek per desember 2001	Nedlagte apotek	Nye apotek	Totalt antall apotek per mai 2003
1. Storbyområder	235 (49,9%)	8 (47,0%)	36 (60,0%)	263 (51,2%)
2. Andre urbane områder	167 (35,5%)	8 (47,0%)	22 (36,7%)	181 (35,2%)
3. Distriktskommuner	69 (14,6%)	1 (6,0%)	2 (3,3%)	70 (13,6%)
Sum	471 (100%)	17 (100%)	60 (100%)	514 (100%)

4.9 Oppsummering

Beskrivelsen i dette kapittelet indikerer at:

- Det er tydelige forskjeller i ressursinnsats og forbruk av helsetjenester, mellom helseregioner.
- Det er også forskjeller i forbruk av helsetjenester mellom kommuner, etter sentralitet. Når ulikheter i aldersfordeling tas i betraktning blir forskjellene mindre.
- Forbruk av visse somatiske sykehustjenester fremstår som høyere per innbygger i distriktskommuner. Disse forskjellene finnes også innenfor Helseregionene.
- Liggetid i somatiske sykehus for innbyggere bosatt i distriktskommuner er kortere enn for befolkningen i mer urbane strøk. Dette samsvarer ikke med likhet behandlingstygde på tvers av bosattes kommunetype.
- Kortere liggetid i sykehus for innbyggere bosatt i distriktskommuner, kan kanskje forklares med lokalsykehusenes bedre samarbeid med kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Bakgrunnen er at eldre pasienter utgjør en stor og stigende andel av pasienter innlagt i sykehus og at studier viser at gode samarbeidsrutiner mellom sykehus og kommuner er avgjørende for vellykket utskriving av eldre pasienter.
- Privatpraktiserende spesialister med offentlig driftsavtale er konsentrert til sentrale deler av landet, særlig Oslo.
- Det er i gjennomsnitt høyere allmennlegedekning per innbygger i distriktskommuner, men også flere tilfeller av legemangel. Nasjonalt er legedekningen høy og fortsatt stigende.
- Pleie- og omsorgstilbudet har en ulik sammensetning i byområder vs. distriktskommuner. I byområder er dekningsgrad ved hjemmesykepleie høyest, i distriktskommuner er dekningsgrad ved sykehjemsplasser høyest.
- Med etablering av nye apotek øker sentraliseringen til storbyområdene.

5 Referanser

- Abelsen, B., og M. Gaski (2003): *Samfunnsøkonomisk analyse av spesialistpoliklinikken i Alta*. Norut NIBR Finnmark, rapport 2003:3.
- Askildsen, J. E., K. R. Brekke, F. R. Førsum, og K. O. Kalhagen (1999): *Effektivitet, ressursbruk og konkurranseutsetting i kommunesektoren - En gjennomgang av empiriske studier*. SNF, rapport 4/99.
- Bakke, H. K. (2003): "Fastlegeordningen to år etter," *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 2003(12): side 1745.
- Biørn, E., T. P. Hagen, T. Iversen, og J. Magnussen (2002): *The effect of activity-based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000*. Helseøkonomisk Forskningsprogram ved Universitetet i Oslo - HERO, Hero-rapport 2002:8.
- Dalen, D. M. (2003): *Legemiddelmarkedet etter apotekreformen: Regulering, markedsstruktur og konkurranse*. HERO, rapport 2003: 11.
- Hagen, T. P., og E. Askim (2000): *Fylkeskommunenes budsjettoppfølging 1999: Observasjoner basert på intervjuer med fylkeshelsesjefer*. Senter for helseadministrasjon og Universitetet i Oslo, Vedlegg 8 til "En bred kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon, Hero-rapport 2000:2
- Hagen, T. P., T. Iversen, og J. Magnussen (2001): *ISF og sykehusenes effektivitet: Erfaringer fra 1997 og 1998*. Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo Skriftserie 2000: 1.
- (2001): *Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering?* Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo, skriftserie 2001: 5.
- Hatlebakk, M. (2002): *Evaluering av spesialisthelsetjenesten på Ørlandet*. SNF, rapport 53/2002.
- Helsetilsynet (2003): *Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen*. Helsetilsynet
- Iversen, T. (2002): *Finansiering av private aktører i spesialisthelsetjenesten - med vekt på legespesialister*. Senter for helseadministrasjon - Universitetet i Oslo, arbeidsnotat 2002: 5
- (2002): "Fra ventelister til pasientknapphet?," *Tidsskrift for den norske lægeforening*, (4): 122.
- Kjerstad, E. (2000): *Prospective funding of somatic hospitals in Norway - Incentives for higher production?* HEB - Program for helseøkonomi i Bergen, arbeidsnotat 2000: 10.

- Nerland, S. M. (2001): *Er liggetid betinget av finansieringsordninger? En analyse av paneldata fra 63 norske somatiske sykehus i årene 1976-1999*. Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo, skriftserie 2001: 13.
- OECD (2003): *Norway: Preparing for the future now*. OECD, OECD Reviews of Regulatory Reform
- Riksrevisjonen (2001-2002): *Innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus*, dokument 3:6.
- Rogers, W. H., D. Draper, K. L. Kahn, E. B. Keeler, L. V. Rubenstein, J. Kosekoff, og R. H. Brokk (1990): "Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system - a summary of effects," *JAMA-Journal of the American Medical Association*, **264**(15).
- Romøren, T. I. (1989): *Kommunehelsetjenestens fem første år*. Sosialdepartementet, Sosialdepartementets utredningsserie, rapport nr. 12/1989.
- Rosenheck, R., L. Massari, og B. M. Astrchan (1990): "The impact of DRG-based budgeting on inpatient psychiatric care in Veterans Administration Medical Centers," *Medical Care*, **28**(2): 124-132.
- Westin, S. (2003): "Virker fastlegeordningen?," *Tidsskrift for den norske lægeforening*, (10): 123.