



Deres ref.: 200205547- 4/KKI Vår ref.: 2003/26 M5/553.0

Saksbeh.:

Dato: 28. februar 2003

## ■ Høringsuttalelse - Forslag til finansiering av spesialhelsetjenesten

### Bakgrunn

Konkurransetilsynet viser til brev av 7. januar 2003 fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet (AAD), vedlagt en høring med forslag til finansiering av spesialisthelsetjenesten. Frist for å svare på høringen til AAD er 28. februar 2003.

Et offentlig utvalg ble satt ned i februar 2002 med oppgave å foreslå fremtidig finansiering av spesialisthelsetjenesten. Utvalget har laget et høringsnotat – NOU 2003:1. Utvalget foreslår en styrking av de regionale helseforetakene (RHF), ved at mesteparten av statens finansiering av spesialisthelsetjenester går gjennom RHF, inkludert midler for behandling i utlandet.

Hvordan RHF i sin tur finansierer sykehusene og private avtalespesialister, overlater utvalget i hovedsak til RHF å avgjøre.

Utvalget legger også opp til å utvide bruken av Diagnose Relaterte Grupper (DRG) i finansieringen. DRG klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Alle DRG har en kostnadsvekt (DRG-vekt) som uttrykker det relative ressursforbruk denne pasientgruppen har i forhold til gjennomsnittspasienten.

DRG kombineres gjerne med innsatsstyrt finansiering (ISF) til såkalt stykkprisfinansiering. Den innsatsstyrte finansieringen dekker ikke hele kostnaden slik den kommer frem ved DRG-vekting. I forslag til statsbudsjettet 2003 er det foreslått at refusjonsandelen skal være 60 %. Refusjon blir altså avgjort ved:

- 1) Diagnose av pasienten, som plasserer pasienten i riktig diagnosegruppe (DRG)
- 2) Anvende tilhørende DRG kostnadsvekt
- 3) Ta hensyn til gjeldende refusjonsnivå og prisregler.

DRG kan imidlertid også brukes til å fastsette rammetilskudd til RHF. Ved å gjøre studier av demografiske forhold i en befolkningsgruppe, og knytte dette opp mot forventet innslag av forskjellige lidelser, kan DRG brukes for å fastsette størrelsen på denne rammen.

Konkurransetilsynet vil under kommentere en del av forslagene utvalget stiller.

## Utvalgets forslag

### Forslag 1

*"Alle som yter spesialisthelsetjeneste med offentlig finansiering benytter DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper) eller det eller de kode- og klassifiseringssystem som staten til enhver tid har bestemt skal gjelde for sektoren."*

Gjennomført på en god måte vil DRG-basert finansiering legge et godt grunnlag for konkurranse mellom private og offentlige sykehus, ettersom RHF vil oppleve en kostnad både ved behandling på offentlig sykehus og behandling hos privat aktør. Fra et konkurransemessig ståsted vil det være ønskelig at DRG-finansieringen i størst mulig grad gjenspeiler kostnaden ved produksjon av helsetjenesten.

### Forslag 4

*"Det må utarbeides et enhetlig, diagnosebasert klassifiseringssystem for all somatisk spesialisthelsetjeneste som inkluderer medisinske prosedyrer og all aktivitet ved poliklinikker og hos private spesialister."*

Per i dag benyttes det flere forskjellige refusjonssystemer, som gjør refusjonen uoversiktlig. Det fører også til en dårligere oversikt over behandlingsaktivitet hos private spesialister. En enhetlig refusjonsordning vil gi en mer enhetlig statistikk som også sier noe om kapasitet hos private spesialister, og vil som sådan kunne øke kapasitetsutnyttelsen på en effektiv måte.

### Forslag 5

*" Det utvikles en diagnosebasert, aktivitetsavhengig finansiering for rehabilitering."*

Viser til kommentar under forslag 1, hvor Konkurransetilsynet støtter prinsippet med DRG-basert finansiering.

### Forslag 6

*"Det settes i gang arbeid med å utvikle og kostnadsberegne behandlingsprogrammer for habiliteringstjenestene."*

Viser til kommentar under forslag 1, hvor Konkurransetilsynet støtter prinsippet med DRG-basert finansiering.

### Forslag 7

*"Det utvikles snarest mulig et pasientklassifiseringssystem som kan danne grunnlag for aktivitetsbasert finansiering av både poliklinisk virksomhet og dag- og døgnbehandling innen psykisk helsevern og rusomsorg."*

Viser til kommentar under forslag 1, hvor Konkurransetilsynet støtter prinsippet med DRG-basert finansiering.

## Forslag 8

*”Finansieringen av spesialisthelsetjenesten må stimulere til at tjenesten utøves nær pasienten og til at samfunnet utnytter sine ressurser på en best mulig måte for pasientene.”*

Forslaget innebærer bl.a. at en skal se kostnadene ved behandling og transport av pasient under ett. Dette vil kunne føre til at valget av behandlingssted understøtter en mer effektiv bruk av samfunnets ressurser.

## Forslag 12

*”Private helsetilbydere inngår avtaler med regionale helseforetak, og ikke med de enkelte helseforetak.”*

Regionale Helseforetak (RHF) er både etterspørre og tilbyder (som eier av helseforetak) av helsetjenester. Utvalget som legger frem høringen har vurdert om det burde være et organisatorisk skille mellom bestillerfunksjonen og utførelsesfunksjonen i RHF, men konkluderte med at:

- 1) det er usikkert om dette vil få en god virkning, siden delingen i praksis ikke gir så stor separasjon av oppgavene; administrerende direktør vil uansett ta siste avgjørelse.
- 2) skille kan føre til økt byråkrati

Utvalget vil derfor ikke anbefale et organisatorisk skille.

På prinsipielt grunnlag mener Konkurransetilsynet at et organisatorisk skille vil ivareta konkurransesituasjonen bedre. Selv om toppledelsen tar avgjørelsen i omstridte saker, vil det sannsynligvis være en fordel med en egen organisatorisk enhet som behandler etterspørselen etter helsetjenester.

Rollekonflikten som er skissert over vil i følge utvalget komme enda tydeligere frem i det enkelte helseforetaket. Utvalget vil derfor begrense rollekonflikten mest mulig ved at private helsetilbydere inngår avtale med RHF direkte, fremfor å inngå avtale med de enkelte helseforetak.

Det kan stilles spørsmål ved hvorvidt dette alltid vil være tilfelle. I de tilfeller hvor helseforetaket faktisk har ”konkurrerende” virksomhet (for eksempel røntgenlaboratorium), vil antakeligvis rollekonflikten være sterkere. Men i de tilfeller hvor helseforetaket ikke har slik virksomhet, vil antakeligvis helseforetaket være mer nøytral med hensyn på valg av tilbyder enn RHF. Dette fordi helseforetaket ikke har eierbindinger til andre offentlige helseforetak.

Utvalget argumenterer med at de nye reglene om nødvendig helsehjelp<sup>1</sup>, vil føre til at det uansett ikke vil lønne seg for RHF å la pasienten vente utover den garanterte maksimale ventetiden, da dette vil utløse en sekundær rett for pasienten til å få behandling hvor som helst i Norge eller utlandet, betalt av RHF.

---

<sup>1</sup> Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter.

Her bør det også vurderes om ikke det negative insitamentet nevnt i avsnittet over kan videreføres av RHF til det enkelte helseforetak, slik at det heller ikke vil lønne seg for det enkelte helseforetak å la pasienten vente utover fastsatt ventetid pga. lav intern kapasitet.

Hvis det ikke opprettes et organisatorisk skille mellom bestiller- og utførerrollen i RHF, mener Konkurransetilsynet at virkningene av forslaget må vurderes nøye.

### **Forslag 13**

*”Regionale helseforetak bør legge til rette for direkte henvisning fra primærhelsetjenesten til private sykehus og spesialister som regionale helseforetak har avtale med.”*

Dette vil kunne bidra til en mer nøytral vurdering i valget av spesialister, og Konkurransetilsynet støtter derfor forslaget.

### **Forslag 14**

*”Regionale helseforetak må utvikle avtaler som gir nødvendig langsiktighet i samarbeidet med private helsetilbydere.”*

Mer langsiktighet for de private aktørene vil bedre muligheten for de private til å satse ressurser i kampen om å få kontrakter om utføring av helsetjenester. Konkurransen blir følgelig styrket, og Konkurransetilsynet stiller seg positiv til forslaget.

### **Forslag 15**

*”Private sykehus som har avtale med regionale helseforetak kan, på lik linje med offentlige sykehus, utløse refusjoner for poliklinisk virksomhet.”*

Etter vår vurdering vil dette styrke konkurransen, og Konkurransetilsynet er positive til forslaget.

### **Forslag 17**

- 1. Ordningen med bidrag for behandling i utlandet avvikles i sin nåværende form. Ressursene overføres regionale helseforetak*
- 2. Ordningen med prosjekt Kjøp av helsetjenester i utlandet avvikles i sin nåværende form. Ressursene overføres regionale helseforetak*
- 3. Finansieringsansvaret for ordningen med behandlingsreiser til utlandet overføres til regionale helseforetak.*

Bakgrunnen for forslaget er at flertallet i utvalget mener det ikke er riktig å legge vekt på *hvor* behandlingen skjer. En mer helhetlig vurdering kan foretas hvis RHF får det totale ansvaret for kjøp av helsetjenester. Det er også pekt på at behandling i utlandet jevnt over har vært dyrere enn tilsvarende behandling i Norge. Det har også vært ledig kapasitet i Norge.

Mindretallet av utvalget mener at ordningene med kjøp av helsetjenester i utlandet har vært en vellykket ordning, som bl.a. bidrar til å utdanne spesialister i Norge. Ordningene gir også fleksibilitet ift. usikkerhet om antallet pasienter, særlig innen veldig spesialisert behandling.

Mindretallet fremmer derfor følgende forslag:

### **Alternativ til forslag 17**

*"Etablerte ordninger for kjøp av behandling i utlandet opprettholdes i sin nåværende form."*

Konkurranselovens formål er "å sørge for effektiv bruk av samfunnets ressurser ved å legge til rette for virksom konkurranse."

Det alternative forslag 17, innebærer at en rekke tilbydere stenges ute av konkurransen om å tilby helsetjenester. Erfaringene så langt tyder også på at ordningen gir et dyrere behandlingstilbud. På bakgrunn av dette støtter Konkurransetilsynet flertallets forslag.

### **Forslag 25**

*" Ansvar for all syke transport overføres til regionale helseforetak. "*

Dette forslaget fra flertallet i utvalget innebærer at all syke transport, også den syke transport som utløses av primærhelsetjenesten, vil sortere under spesialisthelsetjenesten. Det vil også sikre likhet for brukerne at ansvaret for syke transport ligger hos RHF, og ikke hos kommunene. Videre legges det vekt på at det er en relativt liten andel av kostnadene for syke transport som kan knyttes til syke transport innenfor kommunene, og at det derfor vil være lite hensiktsmessig at det bygges opp et eget apparat i kommunene for å håndtere disse utgiftene.

### **Alternativ til forslag 25**

*" Ansvar for syke transport utløst av spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak. "*

Mindretallet i utvalget har fremmet et alternativt forslag på bakgrunn av kriteriet om kostnadseffektivitet. Mindretallet peker på at det ikke er forenelig med kostnadseffektivitet at primærhelsetjenesten utløser et transportbehov de ikke har finansielt ansvar for.

I prinsippet støtter Konkurransetilsynet forslaget fra mindretallet, men hvis det er slik at det er store administrative kostnader ved å bygge opp et eget apparat i kommunene for å håndtere disse utgiftene, vil det likevel være hensiktsmessig at forslaget til flertallet gjennomføres. Konkurransetilsynet har ikke utfra høringsnotatet eller på annen måte klare tall på dette, og kan derfor heller ikke komme med en klar tilråding.

### **Forslag 26**

*" Midler til investeringer overføres som en del av den behovsjusterte rammen til regionale helseforetak. "*

### **Alternativ til forslag 26**

*" Finansiering av kapitalkostnader til regionale helseforetak knyttes delvis til etablerte, volumbaserte refusjonsordninger. "*

Utvalgets mindretall har fremmet et alternativt forslag og viser til at en av hovedbegrunnelsene for å organisere sykehus som selvstendige foretak med regnskapsføring etter regnskapslovens prinsipper har vært å stimulere til optimal utnyttelse av kostbart utstyr og fornuftig arealbruk. Dette taler for at finansiering av kapitalkostnader delvis bør knyttes direkte til volum på pasientbehandlingen ved det enkelte sykehus. Om lag 50 prosent av kapitalkostnadene i spesialisthelsetjenesten bør knyttes direkte til DRG-refusjonen i ISF-systemet, i følge mindretallet. En slik løsning vil gjøre det enkelte foretak mest mulig selvstendig med hensyn til planlegging av egne investeringsbeslutninger. Videre vil utvalgets mindretall legge vekt på at hensynet til mest mulig like vilkår for offentlige og private sykehus understøttes av at ISF-refusjonen reflekterer kapitalkostnader.

I kapittel 18 i utredningen, som omhandler finansiering av kapital fremkommer en del momenter angående verdifastsetting av helseforetakenes åpningsbalanse som Konkurransetilsynet ønsker å kommentere i denne sammenhengen.

I utredningens kapittel 18.2 heter det at virkelig verdi i regnskapet er definert som nåverdien av forventede fremtidige kontantstrømmer, neddiskontert til vurderingstidspunktet med en relevant risikojustert rente. Slik Konkurransetilsynet oppfatter det, er dette en beskrivelse av metoden som brukes ved en *investeringsanalyse* for å finne nåverdi. Hvis nåverdi benyttes for å verdsette balanseverdier, vil den forventede avkastningen for samtlige anleggsmidler være null. Vi mener det vil være uheldig å bruke en slik metode for å verdsette balanseverdien for anleggsmidler.

Det blir uheldig når utvalget sier at ”uansett metodevalg [for å estimere virkelig verdi] bør det vurderes om estimert verdi er i samsvar med verdsetting basert på fremtidige kontantstrømmer.” En slik tilnærming vil etter vårt syn ”belønne” tidligere feilinvesteringer, ved at anlegg som var dyre i innkjøp men som kaster lite av seg, vil få en lav verdi, og dermed tilsynelatende vil kaste godt av seg. På tilsvarende måte vil tidligere gode investeringer ”straffes”. Det vil dermed bli vanskelig å vurdere om sysselsatt kapital blir effektivt utnyttet. Samtidig vil det skape vridninger mellom offentlige og private tilbydere, i og med at private tilbydere nødvendigvis står ovenfor en riktig kapitalkostnad.

Med bakgrunn i diskusjonen over, mener Konkurransetilsynet at helseforetakenes åpningsbalanse i størst mulig grad bør gjenspeile en regnskapsmessig verdi, enten i form av bokført verdi, og der hvor dette ikke finnes, en regnskapsmessig nedskrevet historisk kost, eller eventuelt gjenanskaffelseskost. En åpningsbalanse som blir verdsatt på bakgrunn av fremtidige forventede innbetalinger, vil føre til skjevheter i forhold til private tilbydere av helsetjenester, og vil sannsynligvis ikke gi insentiver til optimal bruk av eksisterende investeringer.

Erfaringer i forhold til verdifastsetting basert på historisk kost kan blant annet hentes fra de kommunale elektrisitetsverk som måtte få fastsatt ny åpningsbalanse i samband med overgang til føring av regnskap etter kravene i regnskapsloven. Norges vassdrags- og energidirektorat tok da i hovedsak utgangspunkt i historisk kost. Dette bør vurderes også ved fastsettelsen av helseforetakenes åpningsbalanse.

## Forslag 27

*”Staten finansierer regionale helseforetak ved en finansieringsmodell basert på aktivitetskrav og toppfinansiering.”*

Modellen med aktivitetskrav og toppfinansiering har som utgangspunkt at Stortinget vedtar den samlede rammen for spesialisthelsetjenesten. Denne ressursrammen fordeles så mellom regionale helseforetak etter behov (antatt behov i befolkningen). Staten og regionale helseforetak har så, med bakgrunn i de overordnede helsepolitiske prioriteringene, en dialog om hvilket aktivitetsomfang som kan fullfinansieres innenfor den tildelte økonomiske rammen. Gjennom denne dialogen etablerer stat (eier) og regionale helseforetak (sørge for-ledd) en omforent forståelse av hva aktivitetsnivået skal være innenfor hvert av spesialisthelsetjenestens hovedområder. For å sikre at dialogen ikke ender i en lite konstruktiv diskusjon om hva aktivitetskravene skal være, setter staten disse hvis aktørene ikke kommer til enighet.

Skulle behovet for helsetjenester vise seg å bli større enn antatt, og dermed også behov for økt aktivitet, vil staten gi 50 –60 % stykkprisfinansiering for aktivitet utover avtalt nivå. Utvalget foreslår at en slik finansiering av aktivitet utover den avtalte skal begrenses oppad til en øvre grense (for eksempel 2 %).

Ekstra stykkprisfinansiering foreslås likevel ikke å tre i kraft før samtlige av RHF's aktivitetsmål er nådd. Dette skal hindre uønsket omprioritering av ressurser.

Dersom RHF ikke oppfyller sine aktivitetskrav, vil rammetilskuddet bli redusert med 50-60 % stykkpris for den manglende aktiviteten.

Modellen innebærer altså statlig fullfinansiering opp til et visst nivå, og delfinansiering deretter opp til en øvre grense, hvoretter RHF finansierer all aktivitet. Delfinansieringen over det bestemte aktivitetsnivået er i følge utvalget ikke ment som et insentiv til økt innsats, men som en risikodeling i tilfelle behovet for helsetjenester viser seg å bli større enn antatt.

## Alternativ til forslag 27

*”Staten benytter en blandingsmodell for finansiering av regionale helseforetak der en som en videreutvikling av dagens ordning lar stykkprisgrunnlaget gradvis utvides til å omfatte alle hovedaktiviteter.”*

Utvalgets mindretall foreslår en blandingsmodell som er en videreutvikling av dagens finansieringsmodell. Modellen tar utgangspunkt i at framtidens finansieringssystem på den ene siden må understøtte det politiske ønske om mer vekt på rettighetstenkning, samtidig som det skal understøtte viktige styringsbehov.

I denne modellen fastsetter fortsatt Stortinget rammetilskudd til regionale helseforetak som i dag. ISF-bevilgningen opprettholdes slik at økt aktivitet utløser refusjon uten noe form for tak på utbetalingene. I blandingsmodellen vil krav til aktivitet og resultater (med forutgående dialog), først og fremst knyttes til størrelsen på rammebevilgningen fra staten til regionale helseforetak. Videreutviklingen av dagens modell består i at alle de viktigste

aktivitetene etter hvert skal inngå i stykkprisgrunnlaget. Dette gjelder først og fremst forskning, utdanning og psykisk helsevern. Et viktig element i denne modellen blir derfor å opprettholde dagens delvise stykkprisfinansiering slik at «pengene følger pasient», samtidig som behovet for styring kan ivaretas blant annet gjennom tildelingen av rammetilskuddet.

Vi vil i denne sammenheng minne om at det i utredningens kapittel 19.4.6 (s. 227) står at:

*”Systemet[ISF] kan være vanskelig å forstå. Mange har oppfattet refusjonssatsen som et forsøk på prising av marginalkostnader. Enkelte sykehus har trodd at 50–60 prosent ISF-pris har vært tilstrekkelig til å dekke marginalkostnadene ved økt aktivitet. Det har som regel ikke vært tilfelle. Det er antatt at det har vært en årsak til de store underskuddene i sykehussektoren de siste årene.”*

Hvis ikke ISF-satsen økes, vil med andre ord ikke ISF-bevilgningen gi insentiv til ekstra innsats.

Disse to alternative forslagene er sentrale i forhold til en fremtidig finansiering av spesialhelsetjenesten. Det er likevel Konkurransetilsynets vurdering at ingen av de to forslagene peker seg ut som foretrukket i samband med ønske om effektiv ressursutnyttelse gjennom virksom konkurranse. Konkurransetilsynet har derfor ingen merknader eller anbefalinger til de anbefalte forslagene.

### **Angående privatpraktiserende spesialister**

Videre vil Konkurransetilsynet knytte noen kommentarer rundt ordningen med driftstilskudd til privatpraktiserende spesialister.

Privatpraktiserende spesialisters inntekter kommer generelt i tre former: driftstilskudd fra helseforetak eller regionale helseforetak, refusjoner fra Folketrygden og egenbetaling fra pasienter. Private spesialister som har driftsavtale med et helseforetak eller regionalt helseforetak har inntekter i alle tre former, mens de som ikke har slik avtale, normalt må hente hele inntekten fra pasientenes egenbetaling. Ordningen med at refusjon er betinget av driftstilskudd kan virke som en ”rasjoneringsmekanisme” på antall privatpraktiserende i helsevesenet. Ordningen representerer et etableringshinder, da det er vanskelig for nyetablert helsepersonell uten driftstilskudd å skaffe seg en kundemasse i konkurranse med helsepersonell som er omfattet av tilskuddsordningen.

Konkurransen mellom refusjonsberettiget og ikke refusjonsberettiget helsepersonell kan styrkes ved å gjøre etablering lettere. Forsterket konkurranse forutsetter at fordelingen av tilskudd og refusjon gjøres så generell som mulig, gitt at faglige kriterier er oppfylt. En reguleringsendring i retning av forsterket konkurranse bør bidra til at helsepersonell får refusjon der hvor de faktisk avhjelper kapasitetsproblemer. Dette kan gjennomføres ved at pengene i større grad følger pasientene. De offentlige subsidiene vil ved en slik reguleringsendring bli fordelt på flere aktører og på denne måten redusere etableringshindringene i dette markedet. En direkte konsekvens vil være forsterket konkurranse og således mer effektiv ressursutnyttelse.

Utover dette har Konkurransetilsynet ingen merknader til høringen.