



**Laboratorie- og  
røntgenvirksomheten  
i kjølvannet av  
sykehusreformen:**

Mer privatisering  
og lavere kostnader?

*Terje P. Hagen*

*Tor Iversen*

*Institutt for helseledelse og  
helseøkonomi, UiO & HERO  
- Helseøkonomisk forsknings-  
program ved Universitetet i Oslo*

*Sverre A.C. Kittelsen*

*Frischsenteret & HERO*

**UNIVERSITETET  
I OSLO**

HELSEØKONOMISK  
FORSKNINGSPROGRAM

Skriftserie 2007: 2

**HERO**

# Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen:

## Mer privatisering og lavere kostnader?

Terje P. Hagen<sup>a,c</sup>, Tor Iversen<sup>a,c</sup> og Sverre A. C. Kittelsen<sup>b,c</sup>

*Februar*

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
HERO 2007**

<sup>a</sup> Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, Pb. 1089 Blindern, 0317 Oslo

<sup>b</sup> Frischsenteret, Gaustadalléen 21, 0349 Oslo

<sup>c</sup> Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo (HERO)

**Kontaktperson:** Tor Iversen, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo  
E-post: [tor.iversen@medisin.uio.no](mailto:tor.iversen@medisin.uio.no)

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>English summary: Increased privatisation and lower costs? Laboratory and diagnostic radiology activity after the Norwegian hospital reform</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Nærmere om endringene i reguleringsregime</b> .....	<b>8</b>
2.1 Innledning .....	8
2.2 Statens omlegging.....	8
2.3 Generelt om RHF-enes valg av reguleringsregime .....	9
2.4 Antall avtaler .....	12
<b>3. Utvikling i volum og sammensetning av tjenestene</b> .....	<b>14</b>
3.1 Innledning .....	14
3.2 Laboratorietjenestene.....	14
3.3 Røntgentjenestene.....	19
<b>4. Endring i kostnader</b> .....	<b>23</b>
4.1 Innledning .....	23
4.2 Laboratorietjenester .....	23
4.3 Radiologi.....	25
4.4 Effekten av volumtak.....	30
4.5 Aktiviteter utenom avtaler med eget RHF.....	31
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>32</b>
5.1 Valget mellom privat og offentlig virksomhet .....	32
5.2 Konklusjon.....	34
<b>Referanser</b> .....	<b>37</b>
<b>Tabellvedlegg</b> .....	<b>38</b>
Laboratorietjenester .....	38
Radiologi.....	39

## Forord

Norges Forskningsråds evaluering av sykehusreformen av 2002 er dokumentert i rapporten ”Resultatevaluering av sykehusreformen”.

I rapportens kapittel 8 inngår en analyse av laboratorie- og røntgenaktiviteten etter sykehusreformen. Det henvises her til en nærmere dokumentasjon av resultatene. Denne dokumentasjonen finnes i det foreliggende notat.

Berkeley/Oslo, 15. februar 2007

Terje P. Hagen (s)

Tor Iversen (s)

Sverre A. C. Kittelsen (s)

## Sammendrag

Vi beskriver endringer i forholdet mellom de regionale helseforetakene og de private leverandørene av laboratorie- og røntgentjenester i kjølvannet av sykehusreformen. Disse endringene er delvis bestemt av endringer i reguleringsregime og delvis av anbudsprosesser og kontrakter initiert av RHF-ene selv. Anbudene har så langt blitt begrenset til å gjelde private leverandører, som blir garantert en minimumsaktivitet tilsvarende hva de hadde i 2004. Dette er trolig en viktig grunn til at samtlige RHF-er sier de ikke har foretatt kostnadssammenligninger mellom offentlige og private tilbud. Det er så langt ingen tendens til at man ønsker å bruke konkurranse som et hjelpemiddel for å få til en optimal fordeling mellom offentlig og privat produksjon. Anbudskonkurransene har dermed dreid seg om å få til en gitt privat produksjon billigst mulig. I den forbindelse er det interessant at bare ett av RHF-ene har noen oppfatning av om de private tjenestene har blitt billigere etter anbudskonkurransen. Det er foreløpig for tidlig å trekke konklusjoner når det gjelder effektene av omleggingen på det offentliges samlede utgifter til tjenester fra private laboratorier og røntgeninstitutter. Tendensene så langt er sprikende og indikerer fallende utgifter per produsert enhet for laboratorietjenester og økende utgifter per produsert enhet for røntgentjenester.

## English summary: Increased privatisation and lower costs? Laboratory and diagnostic radiology activity after the Norwegian hospital reform

In addition to the state takeover of hospitals and the organisation of specialised care service production, the Norwegian hospital reform implied a wish to stimulate cost efficiency through increased use of the private sector. While there has been considerable focus on the use of private hospitals to provide treatment and care, the provision of inputs such as laboratory and radiology services<sup>1</sup> has been less debated, probably since there already was a considerable private element in these fields. However, the Regional health authorities (RHF) have been given an increased responsibility for financing and regulating these services, along with the possibility to use tendering as the primary contracting method through gradual policy changes starting in 2003.

Diagnostic laboratory and radiology services are provided to i) hospital inpatients, ii) hospital outpatients and iii) patients of general practitioners (GPs) and private specialist practitioners. The first two groups are served by the in-house hospital departments that are necessarily present for emergency care, and which often have teaching and research responsibilities. It is only in the last group that there has been any use of private laboratories and clinics, and where there has been any competition. Before the reform, GPs and private specialists could send blood tests and patients in need of a radiological examination either to a hospital laboratory or clinic, or to any laboratory or clinic that was authorised by the Ministry of Health. The financing of this patient group was primarily through a refund from the National Insurance Organisation (RTV Rikstrygdeverket) at prices set by the ministry, supplemented by copayments for the radiology patients. The counties that previously owned hospitals could contract with private suppliers and pay additional sums as part of these contracts, but the RTV refund was not conditional on such local contracts. After the hospital reform a private supplier must have a contract with at least one RHF to be eligible to receive RTV refunds. As part of the changes in regulatory regime, the refund rates have been decreased and the block grants to the RHF have been increased correspondingly. These changes have made the private laboratories and radiology clinics more dependent on the RHF, and the intention has been to strengthen the incentives and possibilities for the RHF to reduce the total costs of laboratory and radiology services.

The analysis in this chapter is based partly on a detailed questionnaire answered by the RHF, on official policy documents from the ministry, and on data from RTV on each test provided for the laboratory and radiology patients that are eligible for a refund for the years 2002-2005.

Since the RHF have the dual role of purchaser of health care services, and as owner of the public hospital companies that produce the bulk of these services, it has been discussed whether the RHF 1) should organise a separate purchasing organisation separate from the production management, and 2) whether the RHF should be given a separate budget for the purchase of private services. The RHF have been given the possibility to choose their own organisational form, but in practice all but one of the five RHF did set up a separate purchasing organisation. The last RHF (Helse Midt) had these functions directly under the managing director, which still represents a separation from production decisions. Separate budgets for private purchases were used for all RHF from 2003 or 2004. From 2005 there have been directives from the ministry (as owner of the RHF) that the volume of private purchases of laboratory and radiology services should not be lower than the previous level. There is therefore no competition *between* the public and private suppliers of these services.

*Within* the private sector, however, competition has been enhanced through the use of tendering rather than the automatic prolonging of historical contracts from 2004 or 2005. After the initial tendering of unit price, quality and waiting times, the details of the contracts have been negotiated. From 2005 contracts have

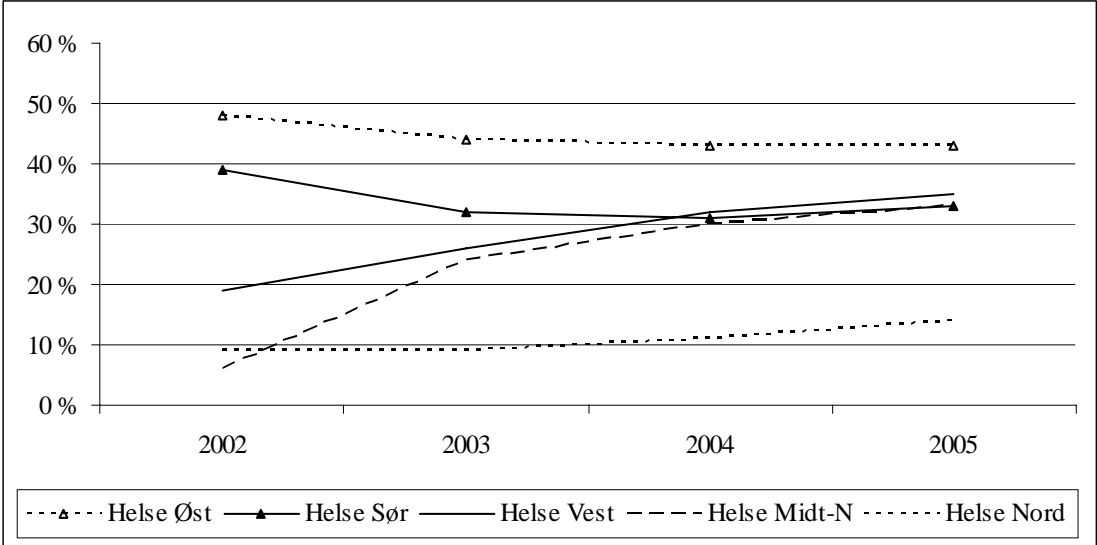
---

<sup>1</sup> We will use the terms radiology services and radiology clinics for what in English language countries are variously termed radiology, radiotherapy, radiography and imaging or diagnostic imaging services and clinics or centres.

included ceilings on the volume or expenses in addition to the unit prices. Activity in excess of the agreed volume is still refunded by the RTV, so there is in practice a two-part tariff for these services.

When looking at private and public provision together, there has been a steady increase in the use of laboratory and radiology services throughout the period since the reform in 2002. For the laboratories, a fixed-weight indicator of activity volume has increased by an annual average of 12.7 per cent, while until 2005 the refunds from RTV have increased even more rapidly due to a shift to more expensive analysis. The growth in the number of radiology patients has been lower, and with a larger variation between RHF's and over the years. Both sectors had the highest growth rates in the first year.

Figure 1: The share of private patients in the number of total radiology patients, by year and RHF.



The share of private patients or activity in the laboratories varies a lot between the RHF's, with more than 35 per cent of Helse Øst activity and around 2% of Helse Midt activity supplied by private suppliers. Over time, however, these shares have been almost unchanged. For radiology, figure 1 shows a different picture, with a clear convergence in the shares of private patients. Still, even in 2005 the variation is great.

An analysis of the cost to the public sector shows much of the same variation. Over the first years after the reform, the total price paid by RTV and the RHF's combined on average declined somewhat for laboratory services, but seem to have increased for radiology services. When the RTV refund rates were drastically reduced from 1.9.2005, the prices paid by the RHF's were to a large extent correspondingly increased. Since the RHF's have no instruments to direct the GPs and private specialists to use a particular laboratory or clinic, not even to use suppliers with contracts with the patient's own RHF, the volume ceiling has no effect on actual demand, only on payments. The main effect from this change is therefore to decrease the marginal price paid for activity in excess of the ceilings in each contract, although the private suppliers still seem to find it profitable to provide their services at these lower prices.

The changes in financing regimes and contracts will have given the RHF's greater predictability on their expenses for the laboratory and radiology services, since the contracts include ceilings. The shares of private suppliers in these services have not been much affected by the reform, and the evidence of the impact on the total costs for the public sector is still inconclusive.

# 1. Innledning

Sykehusreformen av 2002 innebar, i tillegg til at staten overtok eieransvaret for sykehusene og organiserte sykehusene som foretak, også et ønske fra den sittende regjeringen om i høyere grad å slippe til private aktører for dermed å stimulere til kostnadseffektivisering gjennom konkurranse (St. meld. nr. 5 (2003-2004)). Økningen i bruken av private aktører var markant under Bondevik II- regjeringen som satt fra 2002 til 2005, men ser ut til å kulminere og kanskje bli redusert under den rød-grønne regjeringen som kom til makten etter stortingsvalget høsten 2005.

Kjøp av private tjenester kan både omfatte hele behandlinger, f.eks. i form av kirurgiske inngrep, og det kan omfatte "inputs" i undersøkelser i form av laboratorieanalyser og billeddiagnostikk. I den offentlige debatten har det vært betydelig oppmerksomhet om kjøp av behandlinger fra private sykehus og lite oppmerksomhet om kjøp av "inputs" i undersøkelser. En mulig årsak til dette er at en betydelig del av disse "inputs" også tidligere har vært utført av private aktører. Dette gjelder blant annet store deler av laboratorie- og røntgenvirksomheten. En annen mulig årsak er at dette er tjenester som i hovedsak rekvireres av fastlegene på vegne av pasientene i primærhelsetjenesten. Det nye etter sykehusreformen på *dette* feltet er derfor ikke at en begynner å bruke private aktører, men at en introduserer et reguleringsregime der private laboratorier og røntgeninstitutter konkurrerer om å inngå kontrakter med de regionale helseforetakene. Endringen skjedde gradvis fra 2003.

Røntgen- og laboratorietjenester leveres på tre måter: 1) I forbindelse med behandling av inneliggende pasienter, 2) i forbindelse med behandling av polikliniske pasienter og 3) som undersøkelser og analyser rekvirert av fastleger og private spesialister. Det er i den tredje gruppen det er introdusert elementer av konkurranse. Tidligere kunne fastleger og private spesialister rekvirere undersøkelser og prøver hos offentlige sykehus og hos private leverandører som var godkjent av Helsedepartementet. Disse avtalene ble ikke inngått etter forutgående konkurranse, men ble etablert etter initiativ fra lokale entreprenører og basert på etterspørsel fra fastlegene og de private spesialistene. Som en del av endringen av reguleringsregime er refusjonene fra folketrygden redusert og ressursene overført til RHF-ene gjennom deres basisbevilgning. Endringen har gjort at RHF-ene gradvis har blitt viktigere som inntektskilde for de private leverandørene.

I dette notatet gis en beskrivelse av, og analyse av effektene av endringen i reguleringsregime innen laboratorie- og røntgenmedisin. Følgende problemstillinger belyses:



- Hva har skjedd av endringer i institusjonelle forhold innenfor røntgen- og laboratoriemedisin? Her vil det spesielt være interessant å beskrive utvikling i anbudsorganisering og avtaler etter 2002 og fram til 2005.
- Hvordan har volum og sammensetning av tjenester blant de offentlige og private leverandørene endret seg i analyseperioden? Er det er noen forskjeller i volumutvikling mellom offentlige og private avhengig av hvordan RHFene har håndtert avtaler med private?
- Hvordan har enhetskostnadene og de totale kostnadene innen røntgen- og laboratoriemedisin endret seg i perioden, hvordan fordeles kostnadene på ulike finansieringskilder og hva forklarer eventuelle kostnadsvariasjoner?

Teoretisk kan det gis en forståelse av konkurranseutsetting ved hjelp av prinsipal-agent-teori. Et hovedpoeng innenfor denne teoriretningen er at agenter kan utnytte informasjonsfordeler til å senke effektiviteten eller ta ut gevinster på annen måte. Utsetter en agentene for konkurranse vil en under ideelle forhold oppnå at agentene avslører sine sanne kostnader og en vil kunne inngå kontrakter med de som har lavest kostnader. Flere forhold gjør imidlertid at konkurranseutsetting ikke nødvendigvis gir de ønskede resultatene. For det første er det vanskelig å gjennomføre kostnadssammenlikninger mellom offentlige og private aktører. Dette gjelder i særlig grad i sykehussektoren der sykehusene har andre oppgaver, f.eks. knyttet til beredskap, forskning og undervisning, enn private laboratorier og røntgeninstitutter. En kan imidlertid avgrense konkurransen til kun å gjelde de private aktørene. For det andre gjør sykehusenes oppgaver forbundet med inneliggende pasienter at sykehusene har betydelig kapasitet når det gjelder laboratorie- og røntgenutstyr. Det medfører store faste kostnader. Isolert sett kan god utnyttelse av kapitalkrevende utstyr trekke i retning av mindre bruk av private. Svaret på spørsmålet om en skal konkurranseutsette og eventuelt hvor mye, vil kreve nærmere analyser enn det vi gjør i dette notatet.

Endringene som har skjedd på dette feltet kunne i prinsippet ha skjedd også under andre institusjonelle forhold enn de vi har hatt etter sykehusreformen av 2002. Dette gjelder f.eks. endringene i refusjonsnivået fra staten. Om innslaget av konkurranse mellom private aktører om kontrakter i prinsippet kan bli sterkere etter sykehusreformen enn f.eks. under det fylkeskommunale regimet, er vanskelig å vurdere. Det at RHF-ene står som kjøpere av et større volum enn det fylkeskommunene gjorde, skulle isolert sett trekke i retning av at de har større markedsrett og dermed større muligheter for å presse prisen. Det har etter sykehusreformen imidlertid vært økende konsentrasjon også på tilbudssiden innenfor laboratorie- og røntgenvirksomheten, slik at konklusjonene her ikke er åpenbare.

Vi starter med en beskrivelse av institusjonelle forhold i kapittel 2. Kapittel 3 gir en beskrivelse av sammensetningen av tjenesteproduksjonen, mens analysen av kostnader følger i kapittel 4. Avslutningsvis, i kapittel 5, gir vi en normativ vurdering av bruk av anbudskonkurranse innen røntgen- og laboratoriemedisin.

## 2. Nærmere om endringene i reguleringsregime

### 2.1 Innledning

Finansieringen av laboratorier og røntgensinstitutter skjedde i perioden fram til 2005 på grunnlag av refusjoner fra Rikstrygdeverket (RTV)<sup>2</sup>, refusjoner fra fylkeskommunene eller etter hvert fra RHF-ene og i noen grad pasientenes egenbetaling. Private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter kunne på dette tidspunktet kreve takstrefusjon dersom virksomheten var godkjent etter sykehusloven før 1. juni 1987.

Virksomheter som var godkjent etter 1. juni 1987 kunne kreve inn takstene når Helsedepartementet hadde gjort vedtak om det (§ 5-5 Folketrygdloven).

### 2.2 Statens omlegging

I St. meld. nr. 5 (2003-2004) foreslo regjeringen en gradvis omlegging av finansieringssystemet for laboratorier og røntgeninstitutter. Omleggingen ble begrunnet med sterk utgiftsvekst over en lengre periode. Hovedelementene i det nye forslaget var:

- Det innføres et nytt aktivitetstilskudd fra 2005. Aktivitetstilskuddet skal utgjøre om lag halvparten av takstene slik de var i 2003.
- Trygderefusjonen skal fortsatt utbetales direkte til private laboratorier og røntgenvirksomheter, men blir langt lavere enn tidligere.
- RHF sitt finansieringsansvar videreføres for prøver rekvirert av allmennleger.
- Det lovfestes at private institutter må ha avtale med RHF for å få trygderefusjon fra 2005.
- Etableringsgodkjenningen som eksisterte for røntgen- og laboratorievirksomhet avvikles, og i stedet innføres kvalitetskrav for virksomhetene fra 2005.
- Det utvikles et felles klassifiseringssystem for offentlig og privat laboratorievirksomhet.

Endringen i reguleringsregimet ble videre beskrevet i St.prp.nr. 1 (2004-2005) der departementet gikk inn for å halvere takstene både til offentlige og private laboratorier og røntgeninstitutter fra 1. mai 2005 og overføre beløp tilsvarende den forventede reduksjonen i utbetalinger til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Tidspunktet for denne endringen ble av Stortinget endret til 1. september 2005 (B.innst.S. nr. 11 (2004-2005)). Departementet foreslo videre (St.prp.nr. 1 (2004-2005)) at midlene skulle fordeles

---

<sup>2</sup> Fra medio 2006 en del av Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), jfr [www.nav.no](http://www.nav.no).

mellom de regionale helseforetakene ut fra befolkningens faktiske bruk av tjenestene i offentlige poliklinikker og hos private tjenesteytere i 2003<sup>3</sup> og at en i overgangsperiode på to år, skulle opprettholde volumet av tjenester som ble planlagt utført av private aktører minst på samme nivå som i 2003 for hvert enkelt regionalt helseforetak. Dette inkluderte også tjenestene som ble utført utenom avtalene. Det ble presisert at dette ikke innebar noen garanti om at den enkelte private aktør skulle yte samme volum av tjenester som i 2003. Både i St.prp.nr.1 (2004-2005) og i bestillerdokumentene for 2005 ble det påpekt at RHF-ene kan benytte anbudsprosesser som en del av sitt reguleringsregime.

Gjennom en lovendring (Ot.prp.nr. 5 (2004-2005), Innst.O.nr.35 (2004-2005)) ble RHF-ene også gitt muligheten å legge volumbegrensninger inn i avtalene. Dette innebærer at RHF-enes medfinansiering bortfaller for undersøkelser utover volumtaket. De private aktørene vil fortsatt motta egenandel fra pasientene og refusjon fra Folketrygden for undersøkelser utover volumtaket. I bestillerdokumentet for 2005 fra Helse- og omsorgsdepartementet er det forutsatt at de regionale helseforetakene legger de samme prinsippene om valgfrihet til grunn for laboratorie- og røntgenavtaler som innen fritt sykehusvalg, jfr. pasientrettighetsloven § 2-4. Dette innebærer at pasienter og prøver fra et RHF som ikke har avtale med en leverandør kan behandles innenfor avtalen med et RHF som har avtale med leverandøren.

Staten legger altså visse begrensninger på RHF-ene i deres valg av reguleringsregime i overgangsperioden, særlig når det gjelder avtalt volum. Det blir imidlertid påpekt både i St.prp.nr.1 (2004-2005) og i bestillerdokumentene for 2005 at RHF-ene kan benytte anbudsprosesser som en del av reguleringsregimet.

### 2.3 Generelt om RHF-enes valg av reguleringsregime

Det har i perioden etter sykehusreformen vært debatt om hvordan en skal organisere RHF-ene internt for å sikre konkurranselikheter mellom offentlige og private aktører. Spørsmålet har sin bakgrunn i at RHF-ene både er bestiller av tjenester og, gjennom helseforetakene som de står som eier av, tilbyder av tjenester. Mange har derfor fryktet at RHF-ene skal favorisere sine egne foretak foran private aktører. Helse- og omsorgsdepartementet har på bakgrunn av dette stilt krav til RHF-enes organisering. To forhold har her vært diskutert 1) om det bør etableres en egen bestillerfunksjon som er atskilt fra avdelinger som har ansvar for styringen av helseforetakene og 2) om det bør etableres egne budsjetter for private aktører.

Gjennom kartleggingen av RHF-enes kontraktsforhold med private røntgeninstitutter og laboratorier, ble det stilt spørsmål om hvordan bestillerfunksjonen var organisert. Tabell 2.1 viser resultatene.

---

<sup>3</sup> Stortinget ønsket at en også skulle ta hensyn til endringer i volum som hadde skjedd i 2004.

Tabell 2.1 RHFenes organisering av bestillerenheten (september 2006).

RHF	Plassering av hovedansvaret	Nærmere beskrivelse
Helse Øst	Avdeling for eksterne helsetjenester	Før 1.9.2005 lå ansvaret i administrasjonsavdelingen. Fra 1.9.2005 egen avdeling under administrerende direktør
Helse Sør	Egen bestillerenhet i fagavdelingen	Egen bestillerenhet i fagavdelingen etablert fra 15.2.2005
Helse Vest	Egen bestillerfunksjon i fagavdelingen	En egen rådgivende gruppe med medlemmer fra flere av avdelingene er knyttet til bestillerfunksjonen
Helse Midt-N	Ikke egen bestillerenhet	Bestillingsansvaret er lagt til staben til administrerende direktør
Helse Nord	Egen bestillerenhet	Bestillerenheten er lagt til avdeling for forretningsutvikling

Det er etablert egne bestillerenheter i alle RHF-ene unntatt Helse Midt-Norge. I og med at Helse Midt-Norge har lagt dette ansvaret til administrerende direktørs stab, vil det likevel være et skille mellom den enheten som bestiller tjenester fra private aktører og de enhetene som har ansvaret for styringen av helseforetakene. Klarest er det organisatoriske skillet i Helse Øst og Helse Nord der det er etablert en egen avdeling under administrerende direktør.

Det er etablert egne budsjetter for kjøp av tjenester hos private røntgeninstitutter og laboratorier fra 2003 eller 2004 i alle de regionale helseforetakene. Fra 2005 er det lagt føringer på størrelse i budsjettene fra HOD slik det er gjort rede for i beskrivelsen av det nye finansieringsregimet for private røntgeninstitutter og laboratorier. Dette innebærer i praksis at det ikke er direkte konkurranse mellom offentlige og private aktører, men konkurranse mellom private om andeler av det avsatte budsjettet. RHF-ene tar i utgangspunktet hensyn til lokale behov innrapportert fra HF-ene ved fastsettelsen av budsjettene for de private aktørene. RHF-ene påpeker at det i enkelte tilfeller har vært konflikt mellom lokale behov og statens krav om videreføring av nivået fra 2004 inn i 2005 og 2006. I Helse Vest korrigeres overføringene til HF-ene med utgangspunkt i bruken av private aktører. Helse Sør er i ferd med å ”benchmarke” offentlige laboratorier med hensyn til kapasitet, aktivitet, økonomi og kvalitet.

Vi registrerer videre en klar endring i selve budsjettprosessene fra de første årene etter reformen og fram til i dag. I 2003 og 2004 ble avtalene fra perioden før sykehusreformen stort sett videreført uten større endringer. Fra 2004 starter flere av RHF-ene å benytte anbud for å fastsette pris. Tabell 2.2 viser bruken av anbudsprosesser i forkant av avtaleinngåelsen mellom RHF-ene og private røntgeninstitutter og laboratorier i perioden 2002-2006. Vi skiller mellom budsjettprosesser der prisene settes på grunnlag av historiske kostnader (HK) og budsjettprosesser der prisene settes på grunnlag av anbud (A).

Tabell 2.2 Bruk av anbud, private laboratorier og røntgeninstitutter, 2002-2006.

RHF		H-2002	H-2003	H-2004	H-2005	H-2006
Helse Øst	Røntgen	HK	HK	A****	A	A
	Laboratorier	HK	HK	A****	A	A
Helse Sør	Røntgen	HK	HK	HK	A	A
	Laboratorier	HK	HK	HK	A	A
Helse Vest	Røntgen	HK	HK	A	A	A**
	Laboratorier	HK	HK	HK*	A	A**
Helse Midt-N	Røntgen	HK	HK	A	A	A**
	Laboratorier***	-	-	-	-	-
Helse Nord	Røntgen	HK	HK	A	A	A**
	Laboratorier	HK	HK	HK	A	A**

\* Direkte kjøp

\*\* Avtalene fra H-2005 gjelder til H-2007, i Helse Nord til 31.12.2006 med ett års opsjon på forlengelse

\*\*\* Helse Midt-Norge har ikke avtaler med private laboratorier i analyseperioden

\*\*\*\* Avtalene gjelder for perioden 1.1. 2004-31.12.2006

Anbudsprosessene kan videre organiseres med eller uten forhandlinger. I analyseperioden er det stort sett benyttet anbud med forhandlinger, dvs at en etter en innledende konkurranse basert på pris, kvalitet og i enkelte tilfeller ventetider, forhandler detaljer i kontrakten med utvalgte aktører. Alle RHF-ene påpeker at det er betydelige utfordringer knyttet til sammenlikning av pris og kvalitet mellom offentlige og private aktører og benytter ikke denne type sammenlikninger. Når det gjelder kvalitet er det også betydelige utfordringer knyttet til sammenlikninger mellom private aktører.

Siste spørsmålet om institusjonelle forhold gjaldt selve kontraktstypen. Vi skiller her mellom to ulike alternativer:

- Alternativ 1: Aktivitetsbasert komponent uten definert volum- eller kostnadstak.
- Alternativ 2: Aktivitetsbasert komponent med definert volum- eller kostnadstak.

I begge tilfeller vil statens refusjoner til de private aktørene komme i tillegg til betalingen gjennom RHF-enes kontrakter.

Alternativ 1 vil være en kontrakt som gir liten kontroll med aktivitets- og kostnadsveksten. Alternativ 2 vil være en kontrakt som regulerer kostnadene som faller på RHF-ene under forutsetning av at budsjettsskrankene er harde. Ved aktivitet utover "taket" vil de private aktørene her kun få statlige refusjoner. Tabell 2.3 viser kontraktstyper for de regionale helseforetakene i analyseperioden. Fra 2004 kan det være slik at det benyttes ulike kontraktstyper for aktører innen samme type tjenester (se Helse Nord).

Tabell 2.3 Kontraktstyper overfor private laboratorier og røntgeninstitutter, 2002-2006.

RHF		2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	Røntgen	Alt. 1	Alt 1	Alt.1	Alt. 2	Alt. 2
	Laboratorier	Alt. 1	Alt 1	Alt.1	Alt. 2	Alt. 2
Helse Sør	Røntgen	Alt. 1	Alt 1	Alt.1	Alt. 2	Alt. 2
	Laboratorier	Alt. 1	Alt 1	Alt.1	Alt. 2	Alt. 2
Helse Vest	Røntgen	Alt. 1	Alt 1	Alt.1	Alt. 2	Alt. 2
	Laboratorier	Alt. 1	Alt 1	Alt.1	Alt. 2	Alt. 2
Helse Midt-N	Røntgen	Alt. 1	Alt 1	Alt.1	Alt. 2	Alt. 2
	Laboratorier*	-	-	-	-	-
Helse Nord	Røntgen	Alt. 1	Alt 1	Alt.1	Alt. 2	Alt. 2
	Laboratorier	Alt. 1	Alt 1	Alt.1	Alt. 1 for 1 Alt. 2 for 2	Alt. 1 for 1 Alt. 2 for 2

\* Helse Midt-Norge har ikke lab.avtaler

Det skjer en markant endring i typen kontrakter når RHF-ene fra 2005 innfører volum- og/eller utgiftstak på aktiviteten som blir honorert fra RHF-ene både ved røntgeninstitutter og laboratorier. Produksjon utover dette taket honoreres utelukkende med refusjon fra folketrygden og egenbetaling fra pasient. Det er derfor i praksis etablert et to-pris system med en pris innenfor taket og en pris for produksjon utover taket.

Det er variasjon både i hvilke komponenter som er inkludert i avtalene og hvilke satser som er angitt. Fire av RHF-ene har inkludert utbetalingstak i radiologiavtalene mens det femte har inkludert volumtak for hver av de fire modalitetene computertomografi (CT), konvensjonell røntgen (RG), magnetisk resonanstomografi (MR) og ultralyd (UL). I laboratorieavtalene er det vanlige at det både inkluderes volumtak og utgiftstak. Prosent av RTV-takst som refunderes av RHF for radiologiavtaler som er inngått etter anbud, varierer fra 100 % til 180 %. En høy sats trenger ikke nødvendigvis innebære store utgifter per utført undersøkelse. At både satser og tak inngår, gjør det vanskelig å sammenligne innhold i avtalene. Dette vil vi drøfte nærmere når vi beskriver utgiftene per produsert enhet.

## 2.4 Antall avtaler

Fylkeskommunene hadde avtaler med flere private røntgeninstitutter og laboratorier. Gjennom sykehusreformen ble disse avtalene i første omgang overført til de regionale helseforetakene uten endringer. I perioden etter sykehusreformen har det både skjedd en økning i antall avtaler og en økning i ressurser som går gjennom avtalene. Tabell 2.4 viser antall avtaler mellom RHF-ene og røntgeninstituttene i perioden 2002-2006. Der det er angitt flere tall per RHF per år, f.eks. 0-1 for Helse Midt-Norge i 2002, uttrykker

dette at antall avtaler har variert gjennom året. 0-1 betyr at det ikke eksisterte avtaler ved inngangen til året og at det eksisterte en avtale ved utgangen av året.

Tabell 2.4 Antall avtaler mellom RHF-ene og private røntgeninstitutter i perioden 2002-2006.

RHF	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst*	2	2	2	2	3
Helse Sør	5	3	3	3	3
Helse Vest	3	3	3-5	5-2	2
Helse Midt-N	0-1	5	6	6	7
Helse Nord**	1	1	1-2	2	2
Sum	11-12	14	15-18	15-13	17

\* For Helse Øst ble avtalene i utgangspunktet lagt til Sykehuset Asker og Bærum HF

\*\*For Helse Nord lå ansvaret for avtalene på HF-nivå i årene 2002-2003

Det er en viss økning antall avtaler i perioden. Antall avtaler har også økt mest i Midt-Norge. Det skjer en viss reduksjon i avtaler både i Helse Sør og Helse Vest. Helse Vest nevner at en ved reforhandling av avtalene i løpet av 2002 gjorde avtalene gjeldende for hele regionen.

Tabell 2.5 viser tilsvarende tall for laboratorievirksomheten.

Tabell 2.5 Antall avtaler mellom RHF-ene og private laboratorier i perioden 2002-2006.

RHF	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	2	2	2	2	3
Helse Sør	5	3	3	3	3
Helse Vest	3	3	3-5	5-2	2
Helse Midt-N*	0	0	0	0	0
Helse Nord**	1	1	1	1	3
Sum	11	9	8-11	11-8	11

\* Helse Midt-Norge har ikke avtaler med private laboratorier

\*\* For Helse Nord lå ansvaret for avtalene på HF-nivå i årene 2002-2003

Antall avtaler på laboratoriefeltet er totalt sett rimelig konstant i perioden som helhet etter noe variasjoner i Helse Vest i 2004-2005.

Vi går nå over til en analyse av sammensetningen og volumet av tjenestene.

### 3. Utvikling i volum og sammensetning av tjenestene

#### 3.1 Innledning

Beskrivelsen av utviklingen av tjenestene er basert på data fra Rikstrygdeverket (RTV)<sup>4</sup>, som gir informasjon om antall analyser, antall pasienter, hvilke takster som er brukt og hvilken refusjon som er gitt for perioden 2002-2005. Opplysningene foreligger på detaljert nivå, og er aggregert av oss til å gi tall for hvert laboratorium eller røntgeninstitutt for pasienter fra hver helseregion. Mye av tallmaterialet for de første tre årene er tidligere omtalt i Rikstrygdeverket (2006), men er dekomponert etter andre prinsipper.

Statistikken dekker både offentlige og private utøvere, men dessverre ikke alle pasientgrupper. Det er kun refusjonsberettiget aktivitet som er dekket av denne statistikken, m.a.o. analyser som er rekvirert av fastleger og privatpraktiserende spesialister. For de private laboratoriene og røntgeninstituttene kan det være enkelte private prøver utført for eksempel bedriftshelsetjeneste som faller utenfor, men disse er neppe av stor betydning. Mer alvorlig er det at all bruk av lab- og røntgentjenester for sykehusenes inneliggende pasienter faller utenom statistikken. Kostnadene for de inneliggende skal dekkes av RHFenes ordinære rammebevilgninger og aktivitetsbaserte tilskudd gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) basert på deres plassering i diagnoserelaterte grupper (DRG). For polikliniske pasienter finnes egne takster som også skal dekke lab- og røntgentjenester for disse pasientene.

#### 3.2 Laboratorietjenestene

Dataene for laboratorietjenester fra RTV er organisert slik at de for hver *regning* oppgir antall og hvilke *analyser* som er gjennomført, hvilken takst som er anvendt, og hvilken *refusjon* som er gitt. En *regning* svarer i hovedsak til en enkelt *prøve* (for eksempel en blodprøve) fra en enkelt *pasient*. Prøven tas av legen, som sender denne til laboratoriet. På hver prøve vil det kunne gjøres flere analyser, for eksempel for å undersøke om prøven inneholder et bestemt stoff, eventuelt i hvor høy konsentrasjon. Hver av analysetypene er gitt en takstkode i refusjonssystemet, og for de aller fleste er det fastsatt en refusjonssats/pris. Laboratoriet sender så en samlet regning til RTV for alle analysene på en prøve ved å summere de enkelte refusjonssatsene for analysenes takstkoder.

Siden det er høyst forskjellig hvor mange analyser som er ført på hver regning, vil antall regninger ikke gi tilfredsstillende beskrivelse av volumutviklingen i laboratorievirksomheten. Antall analyser er heller ikke en fullgod indikator, ettersom det er stor forskjell på omfanget av ressursbruken eller verdien av de

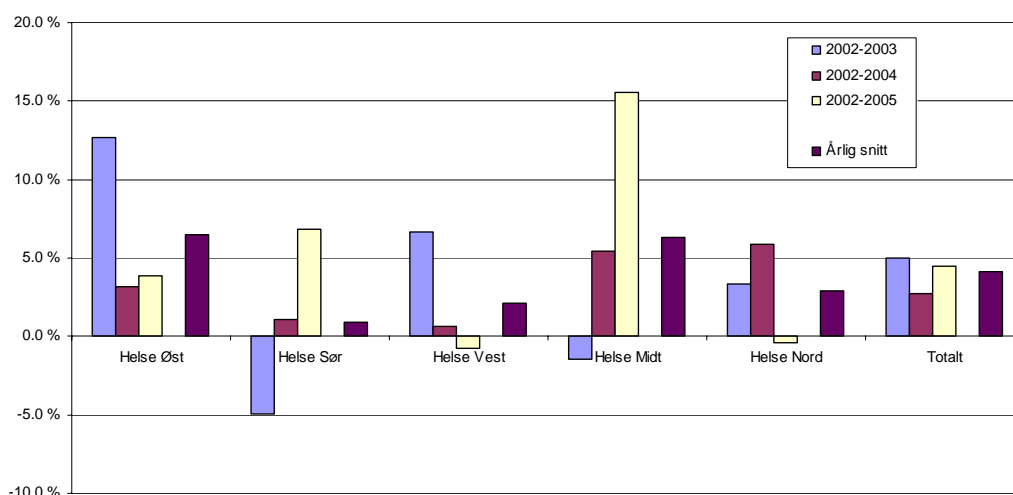
---

<sup>4</sup> Fra medio 2006 en del av Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), jfr [www.nav.no](http://www.nav.no).



ulike analysene. Analysene må derfor veies sammen, og det er da naturlig å bruke refusjonssatsene for de enkelte takstene som vekter. Disse prisene vil imidlertid kunne endres over tid, for eksempel som følge av den alminnelige prisutviklingen, eller som følge av endringer i reguleringsregimet slik som den halveringen av refusjonssatsene som fant sted 1. september 2005. For å gi et riktig bilde av aktivitetsutviklingen må derfor analysene veies sammen med faste vekter, og vi har valgt å bruke refusjonssatsene i 2002 som vekter.

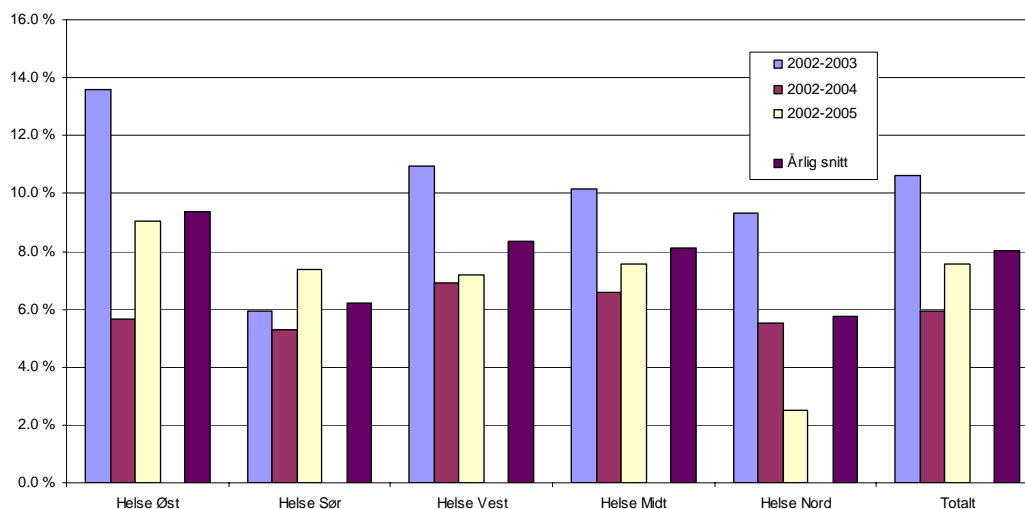
Figur 3.1: Vekst i antall laboratorieregninger etter region og år. Offentlig og privat samlet.



I tabellvedlegget er det oppgitt hovedtall for utviklingen i antall regninger, antall analyser, aktivitet og refusjoner for offentlig og privat samlet og for andelen som utføres privat. Figur 3.1 viser utviklingen for antall regninger, som i snitt har vokst med 4,1% pr år, men der variasjonen mellom regionene er betydelig. Mens veksten for landet som helhet er jevnt mellom 2,8% og 5% har de enkelte regionene svingende tall. Pasienter bosatt i regionen til Helse Øst sto for en årlig snittvekst på 6,5%, mens den tilsvarende veksten for Helse Sør var kun 0,9%. De årlige tallene for Helse Sør varierte imidlertid fra en nedgang på 4,9% i 2002-2003 til en oppgang på 6,9% for 2004-2005.

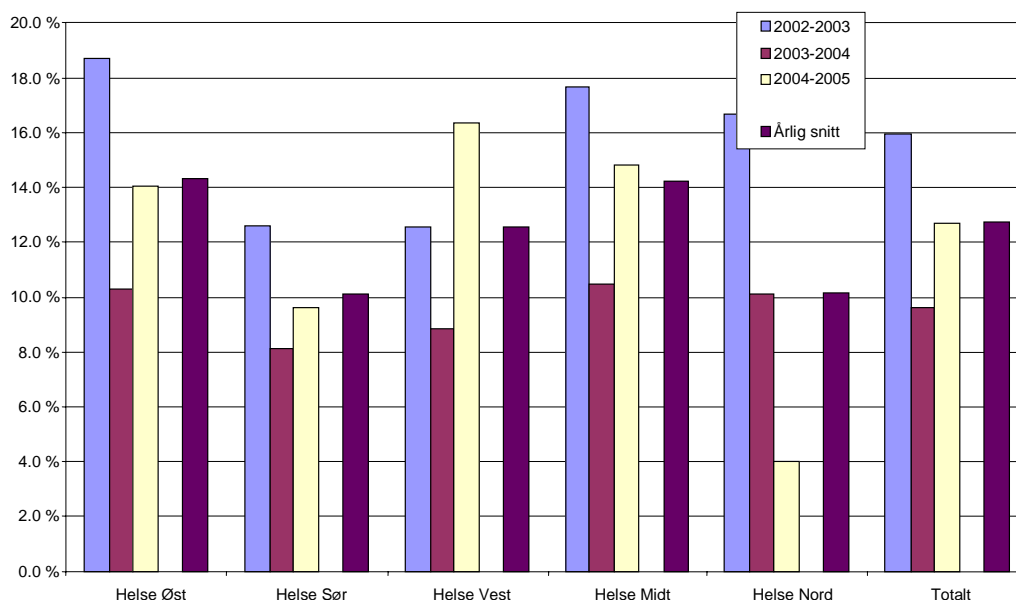
Ser en på utviklingen i antall analyser er det derimot ikke nedgang i noen av tilfellene. Figur 3.2 viser en entydig og forholdsvis sterk vekst for alle regioner og perioder, med et samlet snitt på 8,0% økning. Over regioner varierer veksten fra et årlig snitt på 9,4% for Helse Øst, mens Helse Nord nøyer seg med 5,7% i snitt over perioden, med en særlig lav vekst det siste året.

Figur 3.2: Vekst i antall refunderbare laboratorieanalyser etter region og år. Offentlig og privat samlet



Utviklingen i antall analyser reflekterer først og fremst en økning i antall analyser pr regning. Det er en jevn tendens til å ta flere analyser pr prøve, med en økning fra 7,8 til 8,7 analyser pr prøve i snitt over regionene. Det er kun Helse Midt som opplever en nedgang i den siste perioden, men fra et nivå som i utgangspunktet lå en del over de andre regionene.

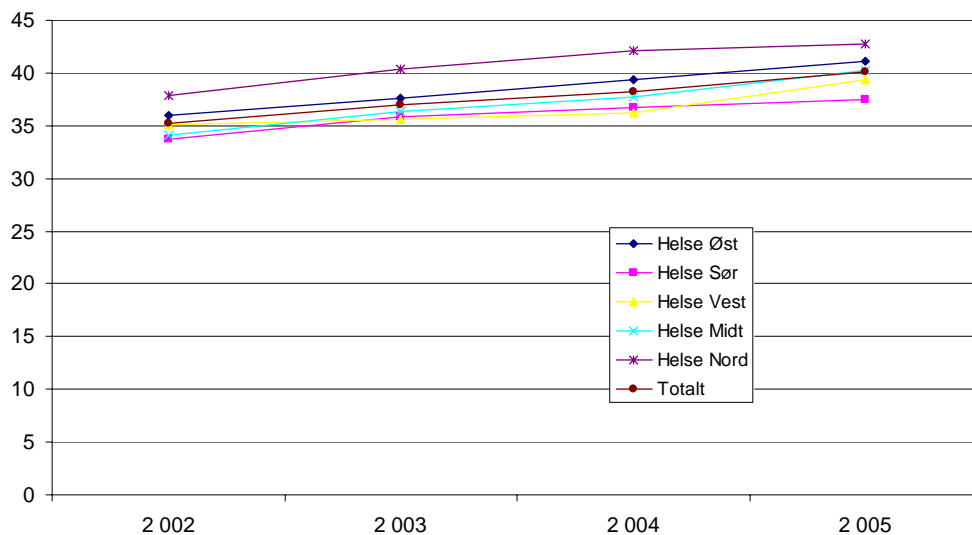
Figur 3.3 Vekst i vektete analyser etter region og år. Offentlig og privat samlet.



Som nevnt er det beste aktivitetsmålet ikke antall prøver eller analyser, men et vektet antall analyser med et fast sett av takster som vekter. Aktivitetsmålet i figur 3.3 bruker takstene i 2002 som vekter, og viser en klar økning i alle perioder og for alle regioner. Målt på denne måten er den samlede volumveksten på hele 12,7% per år, og for Helse Øst og Helse Midt er den over 14%. Ved sammenligning mellom figur 3.2 og

figur 3.3 ser en at aktivitetsnivået øker raskere enn antall analyser, noe som skyldes en overgang fra analyser med lav takst til analyser med høyere takst.

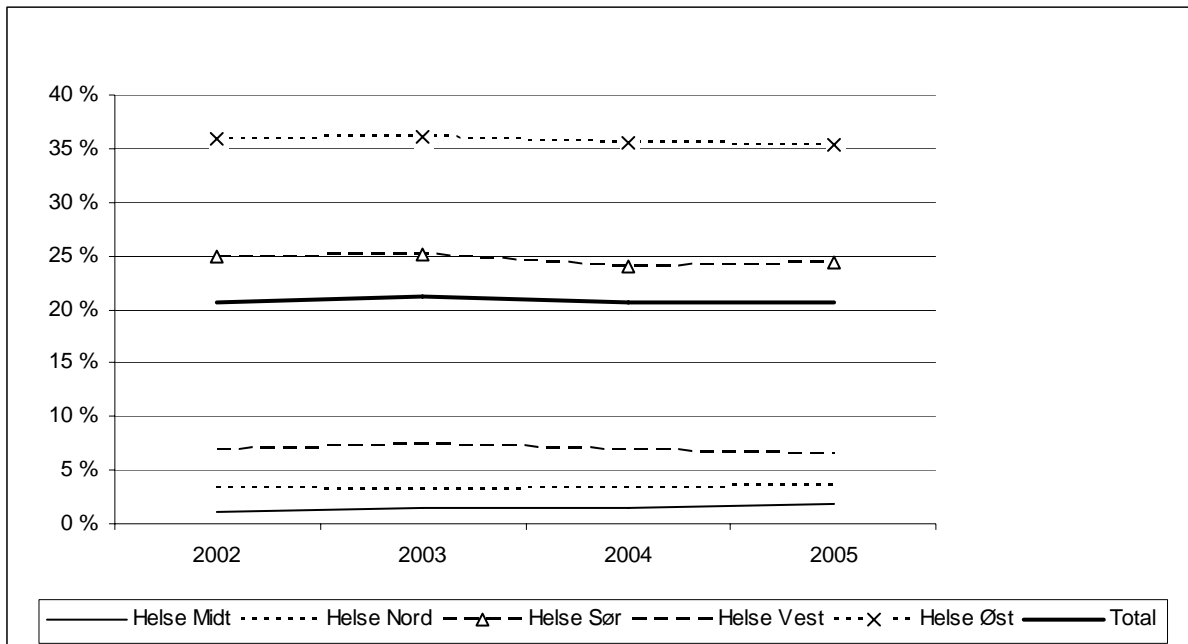
Figur 3.4: Antall vektete analyser (aktivitet) pr analyse etter region og år. Offentlig og privat samlet.



Figur 3.5 viser utviklingen i vektete analyser pr analyse, og kan gis tolkning som en tjenesteintensitet eller ”case-mix” indeks. Mens gjennomsnittsanalysen i 2002 hadde en pris på 35 kr, hadde gjennomsnittsanalysen i 2005 en pris på 40 kr målt i 2002-takster, en økning på 13,6% gjennom perioden, eller ca 4,4% per år. Tendensen til økning er den samme i alle regioner, men Helse Nord har en høyere gjennomsnittspris i hele perioden.

Som andre ”case-mix” indekser er også denne avhengig av at kodingspraksis er stabil over tid og mellom regioner. Det kan ikke utelukkes at den samme analysen blir henført til en høyere takst mot slutten av perioden, dersom for eksempel de som koder i tvilstilfeller har en tendens til å bruke den høyeste taksten av flere mulige. I Hagen, Iversen & Kittelsen (2005) ble det påvist at det er langt fra entydig hvilken takst som skulle brukes for hver enkelt analysetype. Det var derimot ikke mulig å påvise noen klar tendens til at analysene ble lagt til en takst med høyere pris enn den riktige; det motsatte forekom omtrent like ofte. Det er heller ikke unaturlig at det etter som den medisinsk-tekniske utviklingen frembringer nye analysetyper vil finne sted en overgang til analyser som i utgangspunktet er mer ressurskrevende.

Figur 3.5 Vektete analyser utført ved private laboratorier som andel av det samlede antall vektete analyser etter region og år



Figur 3.5 viser andelen vektete analyser som blir utført ved private laboratorier. Vektingen er foretatt med takstene fra 2002, og vil derfor være den samme over tid, men det er en svakhet ved aktivitetsmålet at en ikke er sikret at en analyse gis samme vekt i private og i offentlige laboratorier<sup>5</sup>.

Pasienter i Helse Øst får over en tredel av sine analyser utført ved private laboratorier. For Helse Sør er det rundt en fjerdedel. Begge disse andelenene viser en svakt nedadgående tendens gjennom perioden. Helse Midt er helt nede i 1,3 % i 2002, men øker noe til 2,4 % i 2005. Helse Nord ligger svakt høyere, mens Helse Vest har rundt 7-8 % privat andel. Forskjellene skyldes for det meste hvilke RHF-er som har avtaler med private laboratorier. Helse Midt har for eksempel ingen laboratorieavtaler, og de private analysene utført for pasienter i denne regionen er derfor utført i medhold av andre RHF'ers avtaler.

Datakilden inneholder ikke opplysninger om den geografiske plasseringen av hvert private laboratorium, men for de offentlige utførte analysene er det mulig å angi både bostedsregion og hvilken region analysen utføres i. Når en analyse utføres utenfor bostedsregionen vil det stort sett skyldes at det er en spesialisert analyse som ikke kan utføres lokalt. Andelen analyser som utføres utenfor bostedsregionen for landet som helhet er stigende fra 9,5 % til 11,9 % fra 2002 til 2005. Her er det imidlertid betydelige variasjoner mellom RHF-ene. Den relativt høye andelen fremmedanalyser i Helse Øst og Helse Sør vil nok

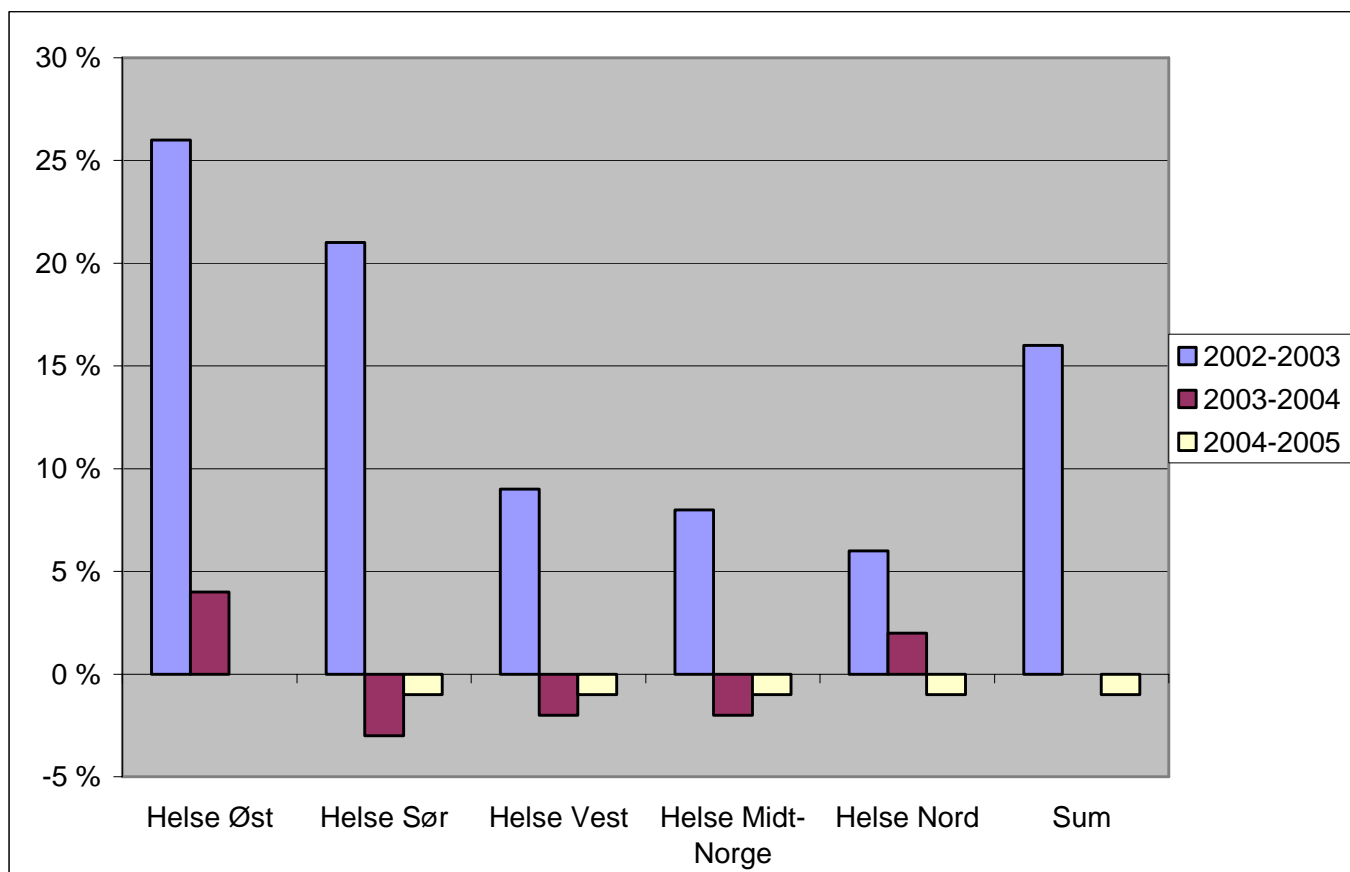
<sup>5</sup> I Hagen, Iversen & Kittelsen (2005) ble det utviklet og anvendt et slikt felles system for å få et bilde av aktivitetsnivået, og en fant at de private laboratoriene i 2002 analyserte ca 12 % av prøvene og utførte ca 17 % av analyseaktiviteten vektet med de offentlige takstene. Denne studien omfattet også sykehusenes inneliggende pasienter, som ikke er med i RTVs datamateriale. Den tidligere studien kan derfor ikke brukes til å korrigere andelen og/eller de relative private og offentlige vektene direkte.

ha sammenheng med den korte avstanden mellom viktige sykehus og bostedstygndepunkt i de to regionene, mens det i andre regioner i større grad er de mest spesialiserte analysene som utføres utenfor regionen.

### 3.3 Røntgentjenestene

Figur 3.6 viser utviklingen i antall regninger<sup>6</sup> til folketrygden fra offentlige sykehus. Antall regninger vil stort sett samsvare med antall konsultasjoner, og begrepene blir her brukt om hverandre.

Figur 3.6 Radiologi i offentlige poliklinikker : Prosentvis vekst i antall regninger per år.

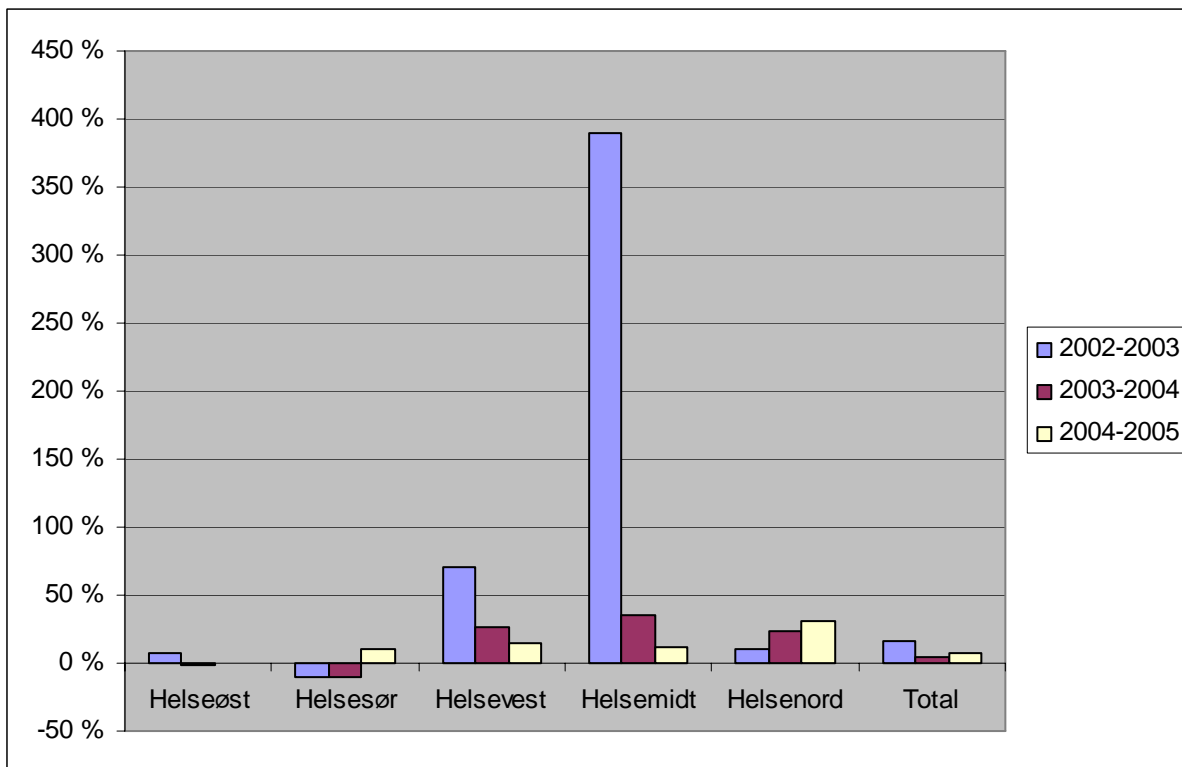


Tabellen viser betydelig vekst fra 2002 til 2003, deretter utflating og svak reduksjon.

Figur 3.7 viser tilsvarende tall for private røntgeninstitutter. Vi ser at det særlig i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord har vært en kraftig økning i antallet regninger i perioden.

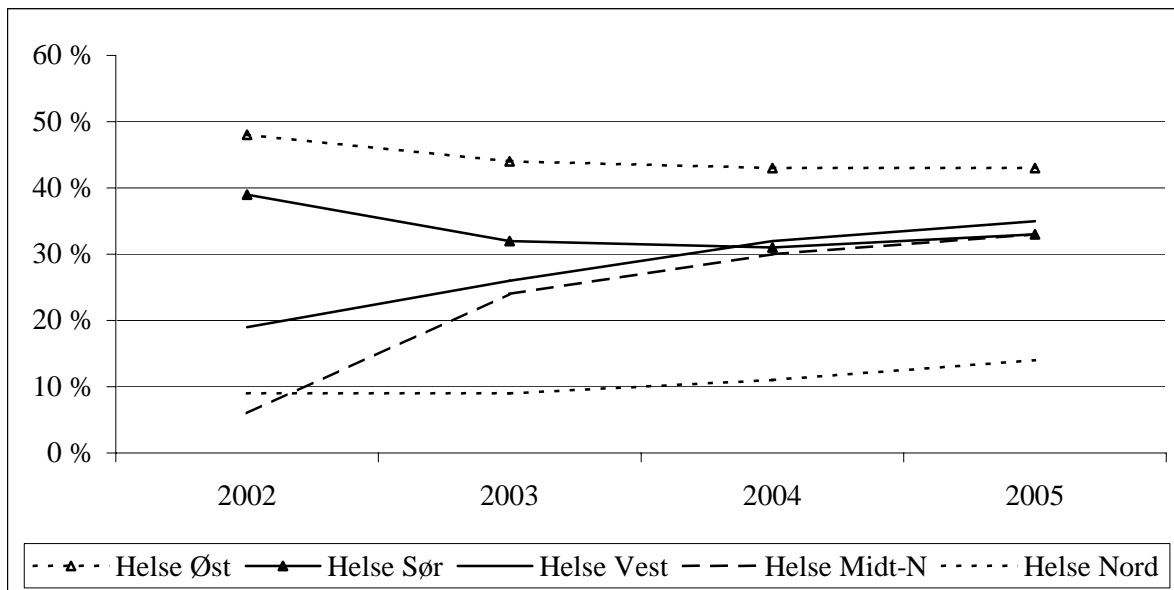
<sup>6</sup> På grunn av endringer i kodeverket i perioden bruker vi antall regninger som mål på volum. Rikstrygdeverket (2006) bruker også antallet modaliteter som mål på volum i perioden 2002-2004. Dette påvirker ikke veksten for det offentlige, men gir noe større vekst for de private.

Figur 3.7 Radiologi i private røntgeninstitutter : Prosentvis vekst i antall regninger per år.



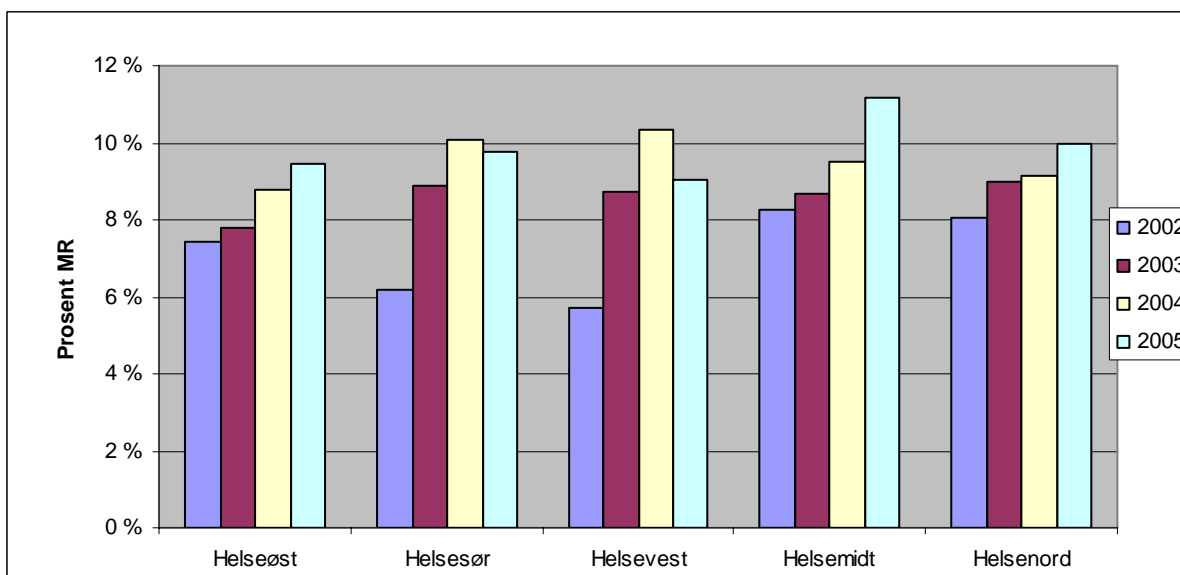
Utflatingen av antall regninger i offentlig radiologi og veksten i antall regninger i privat radiologi medfører en økning i andelen regninger fra private både i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. I begge de to regionene som hadde den største andelen private regninger i utgangspunktet, Helse Øst og Helse Sør, har det vært en reduksjon i andelen private regninger. Dette innebærer at det har vært en konvergens når det gjelder andelen undersøkelser private institutter tar hånd om i perioden. Dette framstilles i figur 3.8.

Figur 3.8 Antall regninger fra privat radiologi til folketrygden 2002-2005 som andel av det samlede antall regninger

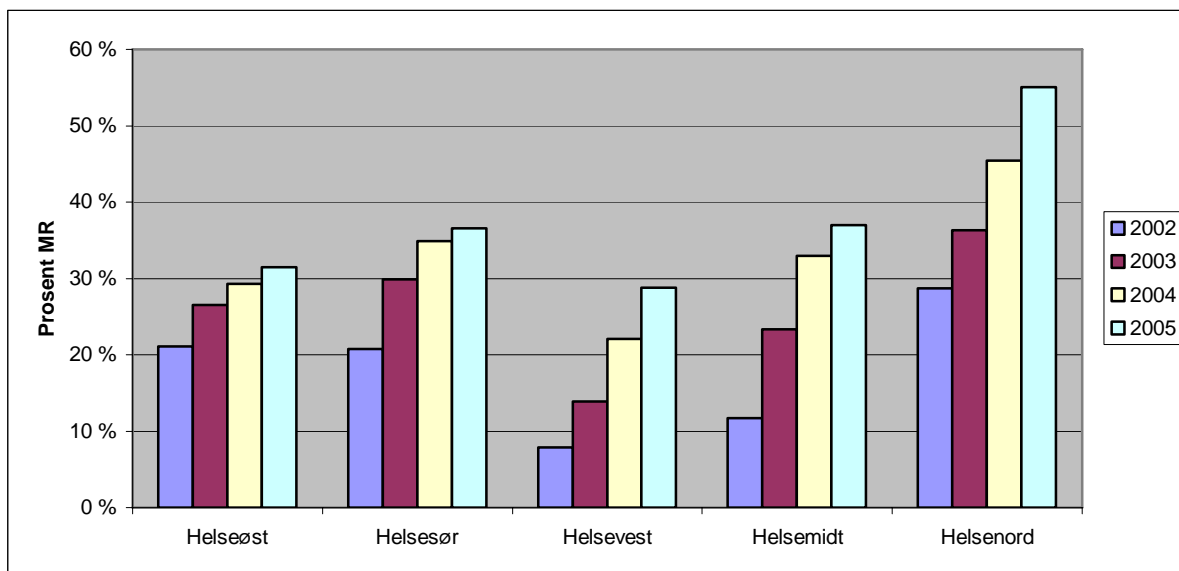


Radiologiregningene er fordelt på modalitetene computertomografi (CT), konvensjonell røntgen (RG), magnetisk resonanstomografi (MR) og Ultralyd (UL). Vi gir nå en beskrivelse av hvordan sammensetningen mellom disse modalitetene har utviklet seg i perioden for offentlige og privat radiologi i RHF-ene.

Figur 3.9 Offentlig radiologi: Andel regninger til Folketrygden 2002-2005 med MR som modalitet



Figur 3.10 Privat radiologi: Andel regninger til Folketrygden 2002-2005 med MR som modalitet



Figurene 3.9 og 3.10 viser den store forskjellen mellom andelen MR i offentlig og privat radiologi. Andelen i offentlig radiologi er stort sett under 10 % og har økt lite i perioden. Andelen MR i privat radiologi er fra 8 % (Helse Vest) til 29 % (Helse Nord) i 2002. I 2005 er andelen fra 29 % (Helse Vest) til 55 % (Helse Nord). Siden vektene for MR gjennomgående er høyere enn vektene for de andre modalitetene, vil forskjellene mellom offentlig og privat være enda større dersom vi undersøker andelen som MR utgjør av refusjonene fra folketrygden.



## 4. Endring i kostnader

### 4.1 Innledning

Ved å kreve at private laboratorier og røntgeninstitutter må ha avtale med et RHF for å få RTV-refusjon, gir staten incentiver og muligheter for RHF-ene til å inngå avtaler som reduserer statens samlede kostnader til private aktører. Samtidig med halveringen av takstene fra 1.9.2005 ble et beløp tilsvarende reduksjonen i takstene overført til RHF-ene, slik at de skulle ha dekning for å betale høyere takster. Siden dette kommer som en rammebevilgning, vil RHF-ene få forsterket incentivene til å inngå gunstige avtaler.

Nedenfor gir vi først en gjennomgang av offentlige utgifter til private aktører innen laboratorie- og røntgenbransjen. Vi summerer først refusjonsutgiftene til private fra RTV og utgiftene som RHF-ene har betalt til de private aktørene. For å se om enhetsprisen har gått opp eller ned relateres deretter de samlede utgiftene til et mål for aktivitet eller volum.

### 4.2 Laboratorietjenester

Refusjonssatsene ble justert noe opp for private laboratorier 1.1.2003. Prisendringen hadde en effekt på om lag 0,8 % på samlede refusjoner fra RTV. Større virkning hadde det at både offentlige og private refusjonssatser ble satt ned med om lag 7 % fra 1.7.2004. På årsbasis ga dette et utslag på ca 3,1 %. Endelig ble refusjonssatsene halvert både for offentlige og private laboratorier fra 1.9.2005. På årsbasis ga dette en prisnedgang på 17,3 % for RTV-refusjonene under ett fra 2004 til 2005. Tabell 4.1 viser utgiftene til private laboratorier fordelt på finansiering fra RTV og RHF-ene og samlet.

Tabell 4.1 Utgiftene til private laboratorier i millioner kroner (løpende priser)

RHF	Finansieringskilde	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	RTV	153,7	188,7	196,4	176,1
	RHF	100,0	59,9	56,3	87,0
	<i>Sum</i>	253,7	248,6	252,7	263,1
Helse Sør	RTV	63,3	74,1	73,4	67,1
	RHF	19,0	16,0	13,0	48,0
	<i>Sum</i>	82,3	90,1	86,4	115,1
Helse Vest	RTV	16,9	22,4	22,9	20,7
	RHF	5,4	5,9	5,4	4,4
	<i>Sum</i>	22,3	28,3	28,3	25,1
Helse Midt	RTV	2,0	3,0	3,6	4,3
	RHF	0,0	0,0	0,0	0,0
	<i>Sum</i>	2,0	3,0	3,6	4,3
Helse Nord	RTV	4,0	4,2	4,6	4,6
	RHF*	0,2	0,2	0,3	0,8
	<i>Sum</i>	4,2	4,4	4,9	5,4
Totalt	RTV	239,9	292,4	300,9	272,8
	RHF	124,6	82,0	75,0	140,2
	<i>Sum</i>	364,5	374,4	375,9	413,0

\* I Helse Nord lå ansvaret for avtalene på HF-nivå i 2002 og 2003. Utgiftene disse årene er anslag.

Totaltallene viser økning i RTV-refusjonene fra 2002 til 2003, lavere vekst til 2004, og en nedgang til 2005 pga halveringen av takstene. Utgiftene fra RHF-ene viser nedgang fram til 2004, i hovedsak som følge av en betydelig reduksjon i Helse Øst, deretter en økning i 2005 som en følge av omlegging av takstene.

Et bilde av prisen pr analyse får en ved å dele tallene i tabell 4.1 med aktivitetstallene i faste 2002-priser. Igjen er tallene vanskelig å tolke for de to nordligste RHF-ene, både pga problemer med manglende data og pga det svært lave volumet som til dels går på andre RHF'ers avtaler. For Helse Vest er det oppgitt at utgiftene under avtaler med private laboratorier øker vesentlig i 2006, slik at enhetsprisen i 2005 kan være kunstig lav.

Tabell 4.2 Samlet pris (RHF og folketrygden) i kroner per enhet vektete laboratorieanalyser (løpende priser)

RHF	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	165,20	137,66	130,12	123,59
Helse Sør	130,31	127,22	118,59	142,30
Helse Vest	131,81	132,51	124,74	101,34
Helse Midt	103,13	106,83	103,16	80,48
Helse Nord	105,90	108,65	106,10	98,82
Sum	151,97	133,90	125,87	125,38

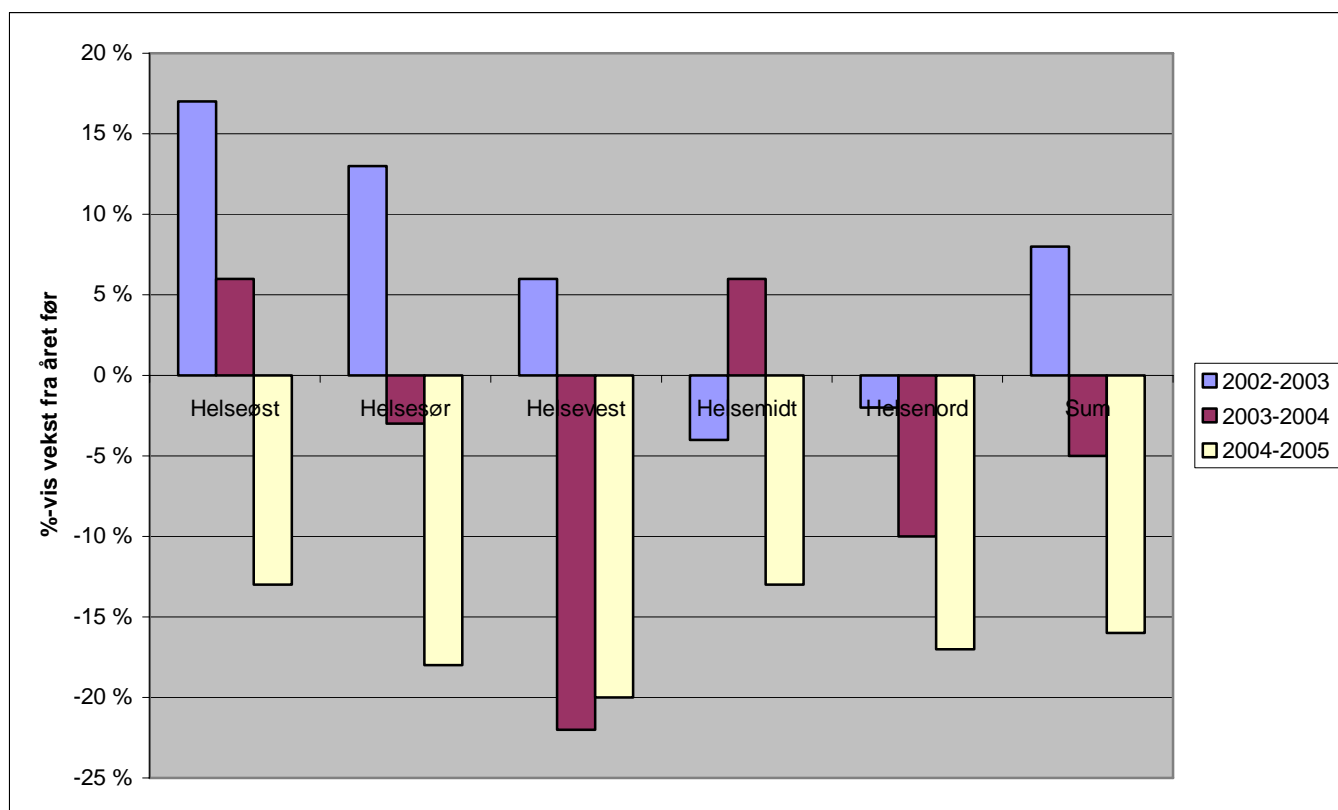
Tendensen i prisene er på ingen måte entydig, men det kan virke som Helse Øst i det minste i de første årene etter helsereformen har lyktes å bringe enhetskostnadene ned en del.

## 4.3 Radiologi

### *Samlede refusjoner*

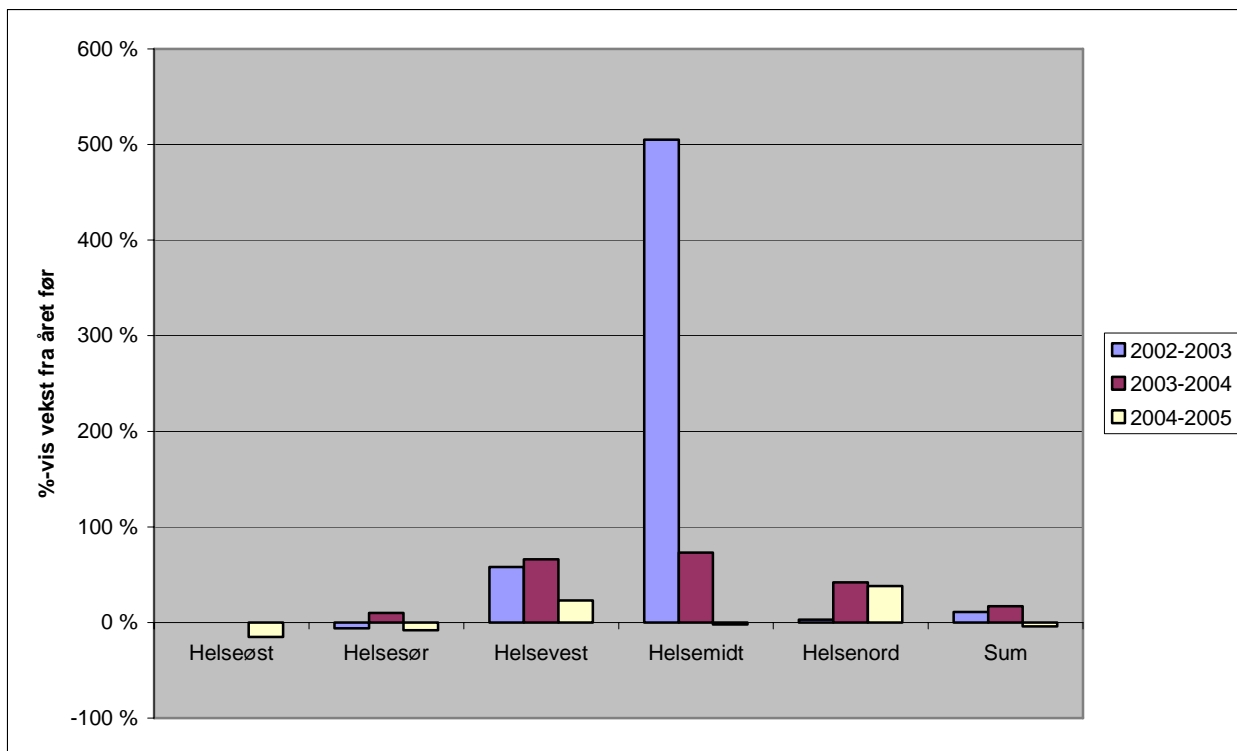
Figurene 4.1 og 4.2 viser utviklingen i refusjoner fra folketrygden til offentlig og privat radiologi i perioden. Vi ser at det er variasjon mellom RHF-ene når det gjelder utvikling i refusjonene til offentlig radiologi i perioden. I Helse Øst er veksten større enn i de andre RHF-ene. Flere av RHF-ene viser en reduksjon i refusjonene. Dette har både sammenheng med reduksjon i volum og reduksjon i takster. Den gjennomgående store reduksjonen fra 2004 til 2005 skyldes spesielt reduksjon i enhetsprisen knyttet til den økte inntektsoverføring til RHF-nivået.

Figur 4.1 Prosentvis vekst i refusjoner fra folketrygden til offentlig radiologi 2002 - 2005



Refusjoner til privat radiologi er nokså uforandret i Helse Øst fram til 2005, mens både Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord opplever en kraftig vekst i refusjonene til private.

Figur 4.2 Prosentvis vekst i refusjoner fra folketrygden til privat radiologi 2002 - 2005



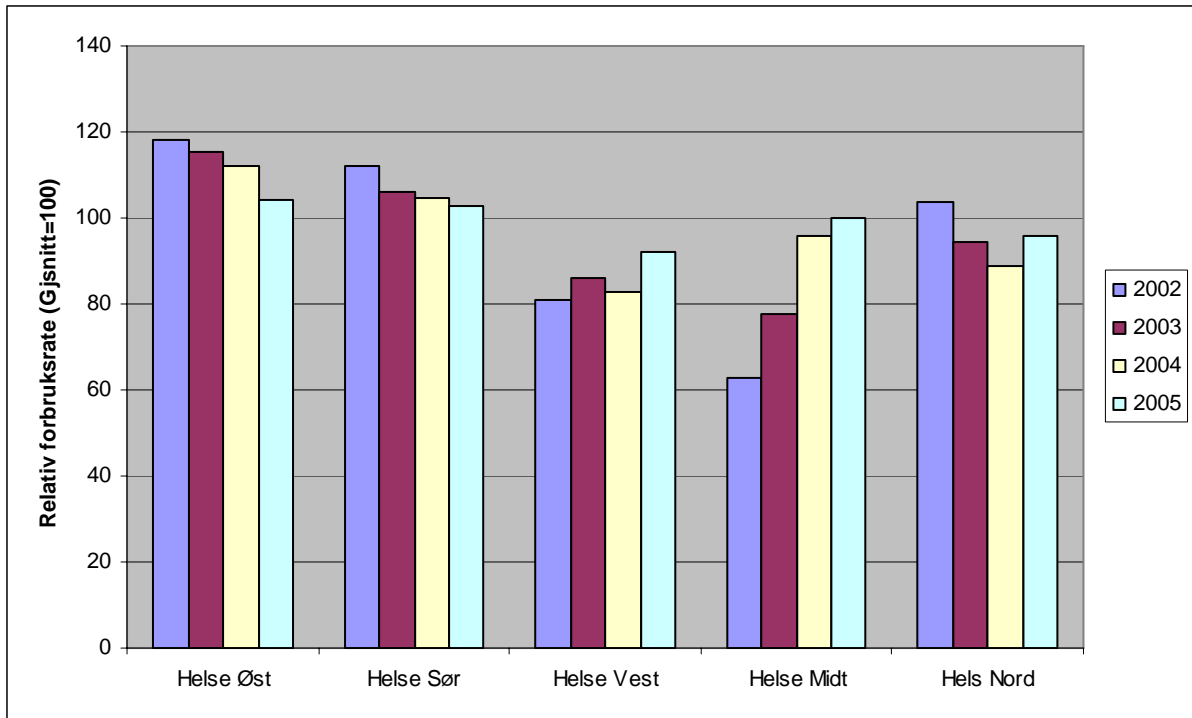
Som ventet medfører veksten i privat radiologi kombinert med stabilitet eller svak nedgang i offentlig radiologi at andel av refusjonene til private vokser i perioden. Tabell 4.3 viser sterk vekst i de tre RHF-ene som hadde relativt lite privat radiologi i utgangspunktet (Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord), mens de to andre RHF-ene har fra stabil til synkende andel. Det har dermed skjedd en konvergens mellom RHF-ene når det gjelder andelen av de samlede refusjonene som går til privat radiologi.

Tabell 4.3 Refusjoner til private som andel av samlede refusjoner fra Folketrygden til radiologi

RHF	2002	2003	2004	2005
Helseøst	61 %	57 %	55 %	55 %
Helsesør	53 %	48 %	51 %	54 %
Helsevest	20 %	27 %	43 %	54 %
Helsemidt	8 %	34 %	46 %	49 %
Helsenord	16 %	16 %	24 %	34 %
Sum	43 %	43 %	48 %	52 %

Figur 4.3 viser utviklingen i forbruksrater for privat og offentlig radiologi samlet i de fem regionale helseforetak. Forbruksratene er målt i refusjoner per innbygger i forhold til gjennomsnittet for hele landet (=100) i det enkelte år.

Figur 4.3 Forbruksrater (prosentandel av landsgjennomsnittet)



Vi ser en klar tendens til at de RHF-ene som hadde den minste forbruksraten i 2002 (Helse Vest og Helse Midt Norge) har økt relativt til de andre. Dette gjenspeiles i at variasjonskoeffisienten (gjennomsnitt/standardavvik) har blitt redusert fra 0,24 i 2002 til 0,05 i 2005.

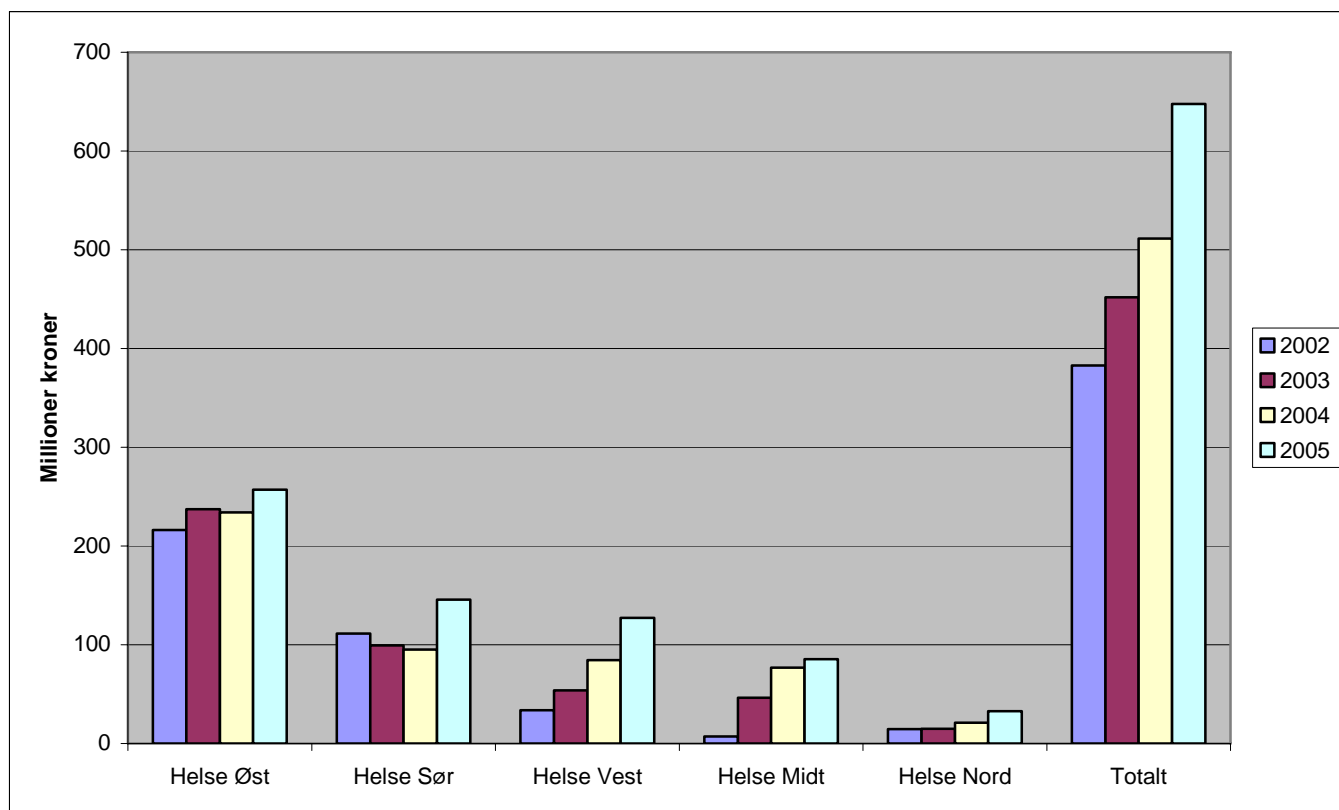
Den følgende tabellen og figuren viser utgifter til private aktører i perioden.

Tabell 4.4 Utvikling i RHF-utgifter til private

RHF	2002	2003	2004	2005	2006*
Helse Øst**	28 800	49 900	47 400	98 000	137 200
Helse Sør	27 000	20 000	7 500	65 000	65 000
Helse Vest	9 900	16 200	22 500	50 900	69 000
Helse Midt-N	2 100	16 500	25 000	34 600	38 900
Helse Nord***	2 400	2 400	3 200	8 000	15 200
Sum	71 200	125 000	105 600	256 500	325 300

Det er en betydelig økning i RHFenes utgifter til private i perioden. Figur 4.4 viser summen av folketrygdens og RHF-enes utgifter til privat radiologi. Vi ser at det særlig i Helse Vest og i Helse Midt-Norge har vært en betydelig vekst i de samlede utgiftene.

Figur 4.4 Samlede utgifter fra folketrygden og RHF-ene til privat radiologi i millioner kroner. Ikke inflasjonsjustert.



Samlet offentlig utgift pr røntgenregning får en ved å dele tallene i Figur 4.4 med antall konsultasjoner hos private aktører. Dette er gjort i tabell 4.5 som viser gjennomsnittskostnader per røntgenregning totalt og fordelt på RTV og RHF-ene.

Tabell 4.5 Utgift per regning til privat radiologi for RHF og folketrygden. Ikke vektet eller inflasjonsjustert.

RHF	Finansierings- kilde	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	RTV	693,6	646,8	647,4	553,7
	RHF	106,5	172,3	164,5	341,7
	<i>Sum</i>	<i>800,1</i>	<i>819,1</i>	<i>812,0</i>	<i>895,4</i>
Helse Sør	RTV	630,8	666,1	826,7	684,2
	RHF	202,0	167,8	70,8	552,5
	<i>Sum</i>	<i>832,8</i>	<i>833,9</i>	<i>897,5</i>	<i>1236,7</i>
Helse Vest	RTV	533,2	496,5	645,8	695,4
	RHF	222,7	214,5	234,0	464,5
	<i>Sum</i>	<i>755,9</i>	<i>711,0</i>	<i>879,8</i>	<i>1160,0</i>
Helse Midt	RTV	487,8	607,2	775,8	678,6
	RHF	209,0	335,1	375,9	463,1
	<i>Sum</i>	<i>696,8</i>	<i>942,3</i>	<i>1151,7</i>	<i>1141,7</i>
Helse Nord	RTV	858,0	800,3	915,1	970,7
	RHF	168,8	152,4	163,6	313,1
	<i>Sum</i>	<i>1026,8</i>	<i>952,7</i>	<i>1078,7</i>	<i>1283,8</i>
Totalt	RTV	658,5	628,9	701,6	634,4
	RHF	147,9	190,5	182,6	416,2
	<i>Sum</i>	<i>806,4</i>	<i>819,3</i>	<i>884,2</i>	<i>1050,6</i>

RHF-enes utgifter per regning samsvarer ikke nødvendigvis med de beløpene som er oppgitt i avtalene mellom røntgeninstituttene og RHF-ene for refusjon per regning. Grunnen er at tabell 4.5 også inneholder de regningene som går utover de takene som måtte være avtalt mellom instituttene og RHF-ene. Lite beløp for RHF-tilskudd per regning kan derfor både skyldes at et RHF har gjort en god avtale og at det er mange regninger utover det avtalte taket. Disse regningene vil inngå i gjennomsnittet i tabellen, selv om de bare blir honorert fra folketrygden. Kostnadene for folketrygden per regning bestemmes av innholdet i regningen.

Gjennomsnittet av utgifter for RHF-ene per regning øker fra 147,90 kroner i 2002 til 416 kroner i 2005. For staten er det en mindre nedgang. I løpende priser er det likevel en økning i kostnader per regning/undersøkelse. En vesentlig grunn til denne økningen er en økning i andelen konsultasjoner med

MR-undersøkelser. Variasjonskoeffisienten (standardavviket over gjennomsnittet) er et mål på variasjonen mellom de regionale helseforetakene. Vi finner at variasjonskoeffisienten faktisk er mindre i 2005 enn den var i 2003. Målt i kroner per regning finner vi dermed ikke at takstendringene i 2005 har medført større variasjon blant RHF-ene når det gjelder utgiftene for RHF-ene per regning.

#### 4.4 Effekten av volumtak

I vår undersøkelse av avtalene fant vi at det er etablert et to-pris system med en pris innenfor taket og en pris for produksjon utover taket. Den gjennomsnittsprisen som et RHF betaler for den private produksjon, vil derfor være lik eller mindre enn den satsen som er beskrevet i avtalene. Tabell 4.6 gir noen eksempler med utgangspunkt i avtalene med de røntgeninstituttene.

Tabell 4.6 Avtaler og priser for RHF'ene for private røntgentjenester 1.09 -31.12.2005

Avtale 1			Avtale 2	
	Avtalt takst i % av RTV-takst	Gjennomsnittstakst for hele volumet i % av RTV-takst	Avtalt takst i % av RTV-takst	Gjennomsnittstakst for hele volumet i % av RTV-takst
RHF1	153 %	110 %	153 %	108 %
RHF2	180 %	63 %	140 %	116 %
RHF3	190 %	173 %	130 %	130 %
RHF4	148 %	137 %	125 %	95 %

Vi har valgt å ikke identifisere avtalepartene. Fra tabell 4.6 ser vi at avtalte prosentsatser varierer fra 125 % til 190 % av RTV-takst. I tillegg til avtalte refusjonssatser inneholder de fleste avtalene et tak for utbetalt beløp fra RHF. På grunnlag av data fra NAV kan vi regne ut hvor mange poeng som ble produsert, og dermed den faktiske gjennomsnittsrefusjonen fra RHF per poeng i prosent av RTV takst. Vi finner at det gjennomgående er en betydelig produksjon utover taket. Det innebærer samtidig at den gjennomsnittlige satsen som RHF betaler for undersøkelsene i de fleste tilfeller er betydelig mindre enn den satsen man kan lese ut av avtalene. I det mest ekstreme tilfellet er det avtalt 180 % av RTV-takst innenfor avtalen, mens RHF i gjennomsnitt betaler 63 % av RTV-takst for hele produksjonen.

Tilsvarende gjelder for mange av laboratorieavtalene. En stor avtale har for eksempel avtalt et kronebeløp pr analyse innenfor rammen som tilsvarer 143 % av gjennomsnittlig RTV-takst. En mindre tilleggssavtale har en takst som svarer til 19 % av gjennomsnittlig RTV-takst, mens alt utover tilleggssammen er uten betaling fra RHF. Taksten etter 1.9.2005 er fastsatt slik at totalbetalingen for analysene innenfor rammen er den samme som før denne datoen, kun med en forskyvning av finansieringen fra RTV til RHF. Pasienter fra egen region har et forbruk av analyser som er 23 % utover rammen, og i



tillegg kommer de pasientene som er hjemmehørende i andre regioner uten avtale med dette laboratoriet. For pasienter utover rammen er det kun RTV-taksten som betales for ekstra analyser. De utførte analysene er derfor i snitt blitt billigere etter 1.9.2005, siden betalingen pr analyse er halvert for analysene utover rammen og uendret for analysene innenfor rammen.

#### 4.5 Aktiviteter utenom avtaler med eget RHF

Omfanget av røntgenundersøkelser som foregår med institutter som ikke har avtale med egen RHF begrenses av at pasienten fysisk må være til stede ved undersøkelsen. Derimot har laboratorieanalyser som utføres av private laboratorier uten avtale med RHF i pasientens hjemmeregion et betydelig omfang. Det legges samme valgfrihet til grunn for laboratorieprøver og røntgen som innen fritt sykehusvalg. Det innebærer for eksempel at en fastlege i Bergen kan velge å sende laboratorieprøven til Fürst i Oslo, selv om Helse Bergen ikke har avtale med Fürst. Fürst vil da fakturere et av RHF-ene som har avtale med Fürst, for eksempel Helse Sør, som igjen vil fakturere Helse Vest. Prøven vil også bli inkludert i det volum- og beløpstak som Helse Sør har avtalt med Fürst. Denne ordningen skaper trolig planleggingsproblemer for RHF-ene i den forstand at det blir ytterligere usikkerhet om hvilket volum- og beløpstak de skal gå inn for i avtalene.

Samlet utgjør slike analyser 13,7 % av refusjonene fra RTV i 2005, eller om lag 37,4 millioner kroner. Som en ser av tabell 6 er det stor variasjon mellom regionene både i beløp og andeler. Ettersom Helse Midt ikke har avtaler med noen private laboratorier i 2005, er andelen slike gjestepasientanalyser bortimot 100 %, mens Helse Øst har avtaler som dekker 99,5 % av aktiviteten. Beløpsmessig har derimot gjestepasienter fra Helse Vest det største omfanget, og som andel er bortimot  $\frac{3}{4}$  av laboratorieanalysene som utføres på pasientprøver fra regionen gjort ved laboratorier som ikke har avtale med Helse Vest.

Tabell 4.7 Private laboratorietjenester i 2005 utenfor avtale med egen RHF.

	Antall avtaler med laboratorier	RTV-refusjon i millioner kr	Som andel av total privat		
			Refusjon fra RTV	Aktivitet	Analyser
Helse Øst	8	0,8	0,5 %	0,5 %	0,2 %
Helse Sør	2	13,2	19,7 %	19,9 %	14,6 %
Helse Vest	3	15,2	73,5 %	72,3 %	86,8 %
Helse Midt <sup>a</sup>	0	4,3	99,8 %	99,7 %	99,9 %
Helse Nord	2	3,8	83,6 %	82,7 %	95,9 %
<b>Totalt</b>	<b>15</b>	<b>37,4</b>	<b>13,7 %</b>	<b>13,6 %</b>	<b>11,4 %</b>

<sup>a</sup> Røntgeninstitutter med avtale sender også noen få regninger for laboratorieanalyser, slik at også enkelte av pasientene i Helse Midt er dekket av avtaler.

## 5. Drøfting

### 5.1 Valget mellom privat og offentlig virksomhet

Det samfunnsøkonomisk riktige omfanget av laboratorie- og røntgentjenester avhenger av verdien for pasientene og folkehelsen av at analysene utføres, og av kostnadene ved å få dem utført. De regionale helseforetakene er gitt ansvaret for å sørge for omfanget av analysene, men har få styringsmuligheter ettersom det er fastleger og legespesialister som i stor grad bestiller de enkelte analysene. I praksis er RHF'ene begrenset i sine handlingsmuligheter til kun forsøke å få utført de bestilte analysene med tilstrekkelig kvalitet til en lavest mulig kostnad, i det minste for den delen av analysevirksomheten som omfattes av RTV-refusjoner. Et viktig virkemiddel i så måte er valget mellom offentlig eller privat utførelse av analysevirksomheten. Også her er imidlertid RHFenes handlingsrom begrenset ved at det i stor grad er lagt politiske føringer på omfanget av private avtaler.

Offentlig utføring av analysevirksomheten i regi av HFene kan tenkes å ha viktige fortrinn knyttet til kvalitet. Ved direkte kontroll med virksomheten gis det en mulighet for å sørge for tilstrekkelig kvalitet gjennom valg av utstyr og rutiner, kompetansen til de ansatte og sterkere vekt på faglige fremfor økonomiske incentiver. Fortjenestemotiverte virksomheter vil alt annet likt kunne ønske å spare kostnader ved å redusere kravene til kvalitet. Imidlertid har de legene som bestiller analyser også en interesse i høy kvalitet, og private leverandører vil måtte ta hensyn til dette i den grad kvaliteten er observerbar for bestillerne. Dette gjelder både den rent faglige kvaliteten, men også tjenestekvaliteten overfor pasienter og bestillende leger, for eksempel hente- og rapporteringsrutiner. Siden private tjenesteleverandører ikke tar betaling av de som bestiller er de avskåret fra priskonkurranse overfor disse, og kvalitet blir da ofte en desto viktigere konkurransefaktor. Dessuten har RHF'ene mulighet til å stille krav til kvaliteten i sine avtaler med de private leverandørene, og sentrale myndigheter har mulighet for å stille minstekrav til godkjenning og kontrollere at kravene innfris. Det er derfor ikke noen klare teoretiske grunner til at kvaliteten skulle nødvendigvis være høyere eller lavere i privat eller offentlig virksomhet, og vi er heller ikke kjent med empiriske undersøkelser som gir slike konklusjoner.

Med tanke på lavest mulig kostnader er det enkelte faktorer som skulle gi offentlig utførelse viktige fortrinn. Når det er store faste kostnader i forhold til de kostnadene som varierer med analysevolumet, vil en ha stordriftsfordeler. For produksjon av laboratorie- og røntgentjenester vil bl.a. kostnader ved forskning, utdanning og vaktberedskap representere store utgifter som ikke varierer med aktivitetsnivå. Universitetssykehusene vil dessuten ha kompetanse på de mest spesialisert analysene som har lite volum og høye kostnader. Behovet for øyeblikkelig hjelp gjør at det er nødvendig med laboratorier på alle sykehus

med akutfunksjoner, eller i det minste i svært kort geografisk avstand fra disse<sup>7</sup>. Det vil derfor også kunne være ledig kapasitet knyttet til både maskiner og personell, slik at en utvidelse av analyseaktiviteten kan ha svært lave grensekostnader. Også i privat virksomhet kan det selvsagt være stordriftsfordeler som gir lave grensekostnader, men her vil investeringer i maskiner og personellressurser stort sett utelukkende være bestemt av analysevolumet, og vil i det minste på lang sikt representere variable kostnader. Ledig kapasitet og faste kostnader er derfor forhold som tilsier at offentlige laboratorier og røntgeninstitutter vil kunne utføre analysene rimeligere enn private.

Det er vanlig å anta at fortjenestemotivet i privat sektor gir sterkere incentiver til effektivitet enn de offentlige styringssystemene kan gi. Fordi høye kostnader merkes direkte på bunnlinjen i private selskaper, og at avstanden til eierne er ofte kort, vil det være et sterkt fokus på kostnadsreducerende tiltak. Av samme grunn som offentlig virksomhet vil ha lettere for å prioritere høy kvalitet, vil privat virksomhet forventes å ha lavere kostnader også for gitt kvalitet. På den annen side er det ikke noe prinsipielt i veien for at offentlige virksomheter vil kunne designe mekanismer som gir dem et like sterkt kostnadsreducerende fokus.

Selv om det er kostnader og ikke pris som direkte er med i det samfunnsøkonomiske regnskapet, spiller prisen en viktig rolle som informasjonsbærer og incentivmekanisme. For det første er det prisen som må betales av RHF'ene som bestemmer utgiftene i regnskapet deres, ikke leverandørenes kostnader. Viktigere er det at prisen også direkte bestemmer overskuddet hos de private leverandørene, og således også styrken i de kostnadsreducerende incentivene. Et privat monopol gir vanligvis ikke sterke incentiver, fordi kostnadene lett kan veltes over på kjøperen. En sterk konkurranse som presser prisene ned vil også gi de private leverandørene sterke grunner til å redusere kostnader, i siste instans for å unngå konkurs eller å bli presset ut av markedet. I en slik situasjon gir også prisen informasjon om hvor langt ned det er mulig å presse kostnadene. Dermed vil en anbudskonkurranse for laboratorie- og røntgentjenester, selv om denne bare omfatter en del av det totale tjenestevolumet, også gi de offentlige virksomhetene et prisnivå å bli målt mot, og således kunne gi incentiver til å redusere kostnaden også i offentlig tjenesteproduksjon.

For gitt andel privat utførelse vil derfor pris- og anbudskonkurranse høyst sannsynlig gi reduserte samfunnsøkonomiske kostnader. Derimot er det et empirisk spørsmål om hvor stort innslaget av privat virksomhet skal være, basert på ulike anslag på kvalitetsnivå, faste kostnader og grensekostnader i de to sektorene. Slike anslag kan foretas enten som statistiske analyser basert på informasjon om kostnader og aktivitetsvolum for et stort antall private og offentlige virksomheter (top-down), eller som regnskapsanalyser for de enkelte virksomhetene med en detaljert henføring av kostnadskomponenter til de enkelte analysetypene (bottom-up).

I Hagen, Iversen & Kittelsen (2005) ble det forsøkt å gjennomføre en enkel statistisk analyse av kostnadsstrukturen, gjennom å innhente kostnads- og aktivitetsdata fra de enkelte virksomhetene både i

---

<sup>7</sup> Selv om nettverksbaserte løsninger gjør at for eksempel tolkning av røntgenbilder kan gjøres et annet sted i landet er det fortsatt behov for lokalt utstyr og en bemanning med visse ferdigheter.

offentlig og privat sektor. Som ventet var vaktberedskap, forskning og undervisning av et betydelig større omfang i offentlig enn i privat virksomhet. Manglende tall for kapitalkostnader i offentlig sektor, et mangelfullt system for klassifisering av laboratorieanalyser, og et lavt antall observasjoner, særlig for private laboratorier, gjorde resultatene for kostnadsstruktur svært usikre. Basert på driftskostnader alene ga anslagene klart lavere gjennomsnittskostnader i offentlig røntgenvirksomhet enn i privat røntgenvirksomhet. For laboratorievirksomheten fant en ikke forskjeller av betydning. Fordi en ikke har resultater for faste kostnader og grensekostnader separat er det ikke grunnlag i denne undersøkelsen for å si om omfanget av privat virksomhet er passe, for stort eller for lite.

I tillegg til sentrale myndigheter har de enkelte RHF'ene klare incentiver til å kartlegge kostnadsstrukturen i egne virksomheter gjennom regnskapsanalyser for å kunne avgjøre hvor mye de ønsker å bestille fra private leverandører. Intet i svarene på våre spørreskjemaer tyder på at slike kartlegginger er foretatt, eller i det minste ikke brukt til å sammenligne grensekostnadene med prisene som oppnås fra private leverandører. Et RHF anfører eksplisitt at slike sammenlikninger er vurdert som poenngløse "da vi ble instruert til minste detalj om hva som skulle ut på anbud."

## 5.2 Konklusjon

Vi har beskrevet endringer i forholdet mellom de regionale helseforetakene og de private leverandørene av laboratorie- og røntgentjenester i kjølvannet av sykehusreformen. Etter sykehusreformen har de private laboratoriene samlet sett opprettholdt en stabil andel av de samlede analyser, mens privat radiologi har blitt mer vanlig i de regionene der tilbudet av slike tjenester var mindre vanlig tidligere. I forholdet mellom offentlige og private tjenester har det dermed vært en konvergens mellom RHF-ene når det gjelder radiologi, mens forskjellen mellom RHF-ene har vært nokså stabil for laboratorietjenester. Disse endringene er delvis bestemt av endringer i reguleringsregime og delvis av anbudsprosesser og kontrakter initiert av RHF-ene selv. Anbudene har så langt blitt begrenset til å gjelde private leverandører, som blir garantert en minimumsaktivitet tilsvarende hva de hadde i 2004. Dette er trolig en viktig grunn til at samtlige RHF-er sier de ikke har foretatt kostnadssammenligninger mellom offentlige og private tilbud. Det er så langt ingen tendens til at man ønsker å bruke konkurranse som et hjelpemiddel for å få til en optimal fordeling mellom offentlig og privat produksjon. Anbudskonkurransene har dermed dreid seg om å få til den private produksjonen billigst mulig. I den forbindelse er det interessant at bare ett av RHF-ene har noen oppfatning av om de private tjenestene har blitt billigere etter anbudskonkurransen. Det er foreløpig for tidlig å trekke konklusjoner når det gjelder effektene av omleggingen på det offentliges samlede utgifter til tjenester fra private laboratorier og røntgeninstitutter. Tendensene så langt er sprikende og indikerer fallende utgifter per produsert enhet i forhold til laboratorier og økende utgifter per produsert enhet i forhold til røntgeninstitutter.

Omleggingen av finansieringsordningen var ment å gi større forutsigbarhet for folketrygden og RHF-ene ved hjelp av volum/utgiftstak og reduksjon av refusjonstakstene fra folketrygden. Dette er fortsatt problematisk siden det er fastlegene og de private spesialistene som styrer strømmen av rekvisisjoner. Vi har redegjort for hvordan fritt sykehusvalg overført til dette området gir fastlegene mulighet til å rekvirere analyser fra laboratorier som gjerne kan være dyrere enn det laboratoriet pasientens RHF har avtale med. Det er eksempel på tilsvarende forhold innenfor røntgenvirksomhet.

RHF-ene har oppnådd mer forutsigbarhet gjennom volum/utgiftstak. Disse takene har samtidig ikke regulert de private leverandørenes faktiske aktivitetsnivå. Selv om deres marginale inntekt har blitt redusert, har de fleste likevel produsert utover taket i alle fall i 2005. Selv om analyser og undersøkelser for staten har blitt billigere enn før på marginen, er spørsmålet om hva som er det samfunnsøkonomisk riktige omfanget av laboratorie- og røntgentjenester like aktuelt og uavklart som før. Prinsipielt avhenger det samfunnsøkonomiske riktige omfanget av verdien for pasientene og folkehelsen av at analysene utføres i forhold til kostnadene ved å få de utført. Men hvilket nivå av laboratorie- og radiologibruk som er en riktig avveining mellom disse hensynene, er knapt på dagsorden. Konsensus om riktig bruk blant viktige beslutningstakere er trolig en forutsetning for bedre forutsigbarhet og trygghet for at man bruker ressursene på en god måte innenfor denne sektoren.

I praksis er RHF-ene begrenset i sine handlingsmuligheter til kun å forsøke å få utført de bestilte analysene med tilstrekkelig kvalitet til en lavest mulig kostnad, i det minste for den delen av analysevirksomheten som omfattes av RTV-refusjoner. Et viktig virkemiddel i så måte er valget mellom offentlig eller privat utførelse av analysevirksomheten. Også her er imidlertid RHF-enes handlingsrom begrenset ved at det i stor grad er lagt politiske føringer på omfanget av private avtaler.

For gitt andel privat utførelse vil pris- og anbudskonkurranse høyst sannsynlig gi reduserte samfunnsøkonomiske kostnader. Derimot er det et empirisk spørsmål om hvor stort innslaget av privat virksomhet skal være, basert på ulike anslag på kvalitetsnivå, faste kostnader og grensekostnader i de to sektorene. Med grunnlag i økonomisk teori kan det gis argumenter *både* for at offentlig produksjon kan være billigst pga av faste kostnader knyttet til forskning, undervisning og akuttberedskap, og at privat produksjon vil være billigst pga sterkere incentiver til å redusere kostnader. RHF'ene ser ikke ut til å ha gjennomført de nødvendige empiriske undersøkelser, antakelig fordi de statlige styringssignalene uansett gir for lite handlingsrom.

Endringene som har skjedd på dette feltet siste årene kan neppe utelukkende knyttes til sykehusreformen. For det første er økningen i volum også en funksjon av økt etterspørsel fra primærhelsetjenesten. For det andre kunne omleggingene av reguleringsregime med endringer i refusjonsnivået fra staten i prinsippet også skjedd under andre institusjonelle forhold enn dagens. Om innslaget av konkurranse mellom private aktører om kontrakter i prinsippet kan bli sterkere etter sykehusreformen enn f.eks. under det fylkeskommunale regimet, er vanskelig å vurdere. Det at RHF-ene står som kjøpere av et større volum enn det fylkeskommunene gjorde, skulle isolert sett trekke i retning av at de har større markedsmakt og dermed større muligheter for å presse prisen. Det har etter sykehusreformen

imidlertid vært økende konsentrasjon også på tilbudssiden innenfor laboratorie- og røntgenvirksomheten slik at konklusjonene her ikke er åpenbare.

## Referanser

- Hagen, T.P., T. Iversen og S. A. C. Kittelsen. 2005. "Kartlegging av produksjon og kostnader til offentlige og private leverandører av laboratorie- og røntgentjenester." HERO Skriftserie 2005: 14. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo.
- B. innst. S. nr. 11 (2004-2005) Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2005, kapitler under Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområdene 15 og 16).
- Innst.O.nr.35 (2004-2005) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.
- Ot. prp. nr. 5 (2004-2005) Lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.
- Rikstrygdeverket. 2006. "Polikliniske laboratorie- og radiologitjenester - En analyse av veksten i statens utgifter." Rapport 02/2006, Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket.
- St.meld. nr. 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.
- St. prp. nr. 1 (2004-2005) Statsbudsjettet for Helse- og omsorgsdepartementet.

## Tabellvedlegg

### Laboratorietjenester

Tabell v1: Laboratorietjenester: Antall regninger i 1000

	Samlet				Herav privat			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	1710	1926	1987	2063	44.9 %	42.7 %	42.1 %	41.4 %
Helse Sør	1037	986	996	1064	29.0 %	32.4 %	31.3 %	30.1 %
Helse Vest	814	869	875	868	12.1 %	12.4 %	12.2 %	11.8 %
Helse Midt	512	505	532	615	1.6 %	2.1 %	2.3 %	2.2 %
Helse Nord	448	463	490	488	5.4 %	4.7 %	4.7 %	4.8 %
Andre <sup>a</sup>	0	0	0	1	50.0 %	33.3 %	1.1 %	0.3 %
Sum	4521	4748	4880	5100	26.5 %	27.0 %	26.4 %	25.8 %

<sup>a</sup> Andre er regninger for pasienter kodet som andre eller manglende bosted.

Tabell v2: Laboratorietjenester: Antall analyser i 1000

	Samlet				Herav privat			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	13320	15131	15988	17433	35.9 %	36.1 %	35.6 %	35.3 %
Helse Sør	7561	8008	8433	9056	24.9 %	25.2 %	24.0 %	24.3 %
Helse Vest	6513	7226	7725	8281	6.9 %	7.4 %	6.8 %	6.5 %
Helse Midt	4379	4825	5142	5532	1.2 %	1.4 %	1.5 %	1.9 %
Helse Nord	3276	3582	3779	3873	3.3 %	3.1 %	3.3 %	3.6 %
Andre	0	0	0	7	66.7 %	8.7 %	2.9 %	0.2 %
Sum	35049	38772	41069	44182	20.7 %	21.1 %	20.6 %	20.7 %

Tabell v3: Laboratorietjenester: Aktivitet (vektede analyser)<sup>a</sup>

	Samlet				Herav privat			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	479907	569701	628508	716793	32.0 %	31.7 %	30.9 %	29.7 %
Helse Sør	254663	286720	310020	339848	24.8 %	24.7 %	23.5 %	23.8 %
Helse Vest	228628	257321	280082	325885	7.4 %	8.3 %	8.1 %	7.6 %
Helse Midt	149184	175518	193877	222614	1.3 %	1.6 %	1.8 %	2.4 %
Helse Nord	123941	144637	159254	165582	3.2 %	2.8 %	2.9 %	3.3 %
Andre	2	1	30	278	57.0 %	14.1 %	2.2 %	0.4 %
Sum	1236327	1433898	1571771	1771000	19.4 %	19.5 %	19.0 %	18.6 %

<sup>a</sup> Aktivitet er antall analyser vektet med 2002-takster. Ettersom det for enkelte takter er refundert etter regning er gjennomsnittet brukt som vekter.



Tabell v4: Laboratorietjenester: Refusjon fra RTV i 1000 kr

	Samlet				Herav privat			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	486240	584173	622092	580265	31.6 %	32.3 %	31.6 %	30.3 %
Helse Sør	252246	284260	297676	272865	25.1 %	26.1 %	24.7 %	24.6 %
Helse Vest	220768	252386	267626	256275	7.6 %	8.9 %	8.6 %	8.1 %
Helse Midt	151414	178055	190170	179869	1.3 %	1.7 %	1.9 %	2.4 %
Helse Nord	125658	146101	157568	134429	3.2 %	2.9 %	2.9 %	3.4 %
Andre	2	1	28	228	57.0 %	14.6 %	2.3 %	0.4 %
Sum	1236327	1444977	1535159	1423931	19.4 %	20.2 %	19.6 %	19.2 %

## Radiologi

Tabell v5 Offentlig radiologi: Antall regninger til Folketrygden 2002-2005

	2002		2003		2004		2005	
	Antall	% vis endring	Antall	% vis endring	Antall	% vis endring	Antall	% vis endring
Helse Øst	292336		369707	26 %	384088	4 %	384055	0 %
Helse Sør	205011		247787	21 %	239637	-3 %	236892	-1 %
Helse Vest	194841		212366	9 %	208294	-2 %	206235	-1 %
Helse Midt-Norge	147483		158725	8 %	154878	-2 %	152754	-1 %
Helse Nord	149388		158902	6 %	162046	2 %	160682	-1 %
Sum	989059		1147487	16 %	1148943	0 %	1140618	-1 %

Tabell v6 Privat radiologi: Antall regninger til Folketrygden 2002-2005

	2002		2003		2004		2005	
	Antall	% vis endring	Antall	% vis endring	Antall	% vis endring	Antall	% vis endring
Helseøst	270341		289574	7 %	288070	-1 %	286802	0 %
Helsesør	133650		119205	-11 %	105963	-11 %	117654	11 %
Helsevest	44449		75528	70 %	96154	27 %	109570	14 %
Helsemidt	10046		49243	390 %	66511	35 %	74716	12 %
Helsenord	14219		15744	11 %	19560	24 %	25549	31 %
Sum	474707		551297	16 %	578262	5 %	616296	7 %

Tabell v7 Privat radiologi: Antall regninger til Folketrygden 2002-2005 som andel av det samlede antall regninger

	2002	2003	2004	2005
Helseøst	48 %	44 %	43 %	43 %
Helsesør	39 %	32 %	31 %	33 %
Helsevest	19 %	26 %	32 %	35 %
Helsemidt	6 %	24 %	30 %	33 %
Helsenord	9 %	9 %	11 %	14 %

Tabell v8 Refusjoner fra Folketrygden til offentlig radiologi

RHF	2002		2003		2004		2005	
	Mill kr	%-vis endring	Mill kr	%-vis endring	Mill kr	%-vis endring	Mill kr	%-vis endring
Helseøst	121.2		142	17 %	150.4	6 %	131.4	-13 %
Helsesør	75.7		85.8	13 %	83	-3 %	68.5	-18 %
Helsevest	97.7		103.9	6 %	80.7	-22 %	64.8	-20 %
Helsemidt	59.9		57.3	-4 %	60.9	6 %	53.1	-13 %
Helsenord	65.5		64.1	-2 %	57.4	-10 %	47.4	-17 %
Sum	420		453	8 %	432.4	-5 %	365.1	-16 %

Tabell v9 Refusjoner fra Folketrygden til privat radiologi

RHF	2002		2003		2004		2005	
	Mill kr	%-vis endring	Mill kr	%-vis endring	Mill kr	%-vis endring	Mill kr	%-vis endring
Helseøst	187.5		187.3	0 %	186.5	0 %	158.8	-15 %
Helsesør	84.3		79.4	-6 %	87.6	10 %	80.5	-8 %
Helsevest	23.7		37.5	58 %	62.1	66 %	76.2	23 %
Helsemidt	4.9		29.9	505 %	51.6	73 %	50.7	-2 %
Helsenord	12.2		12.6	3 %	17.9	42 %	24.8	38 %
Sum	312.6		346.8	11 %	405.8	17 %	391.1	-4 %

Tabell v10 Refusjoner til privat radiologi i millioner kroner. Ikke inflasjonsjustert.

RHF	Finansierings- kilde	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	RTV	187,5	187,3	186,5	158,8
	RHF	28,8	49,9	47,4	98,0
	<i>Sum</i>	<i>216,3</i>	<i>237,2</i>	<i>233,9</i>	<i>256,8</i>
Helse Sør	RTV	84,3	79,4	87,6	80,5
	RHF	27,0	20,0	7,5	65,0
	<i>Sum</i>	<i>111,3</i>	<i>99,4</i>	<i>95,1</i>	<i>145,5</i>
Helse Vest	RTV	23,7	37,5	62,1	76,2
	RHF	9,9	16,2	22,5	50,9
	<i>Sum</i>	<i>33,6</i>	<i>53,7</i>	<i>84,6</i>	<i>127,1</i>
Helse Midt	RTV	4,9	29,9	51,6	50,7
	RHF	2,1	16,5	25,0	34,6
	<i>Sum</i>	<i>7,0</i>	<i>46,4</i>	<i>76,6</i>	<i>85,3</i>
Helse Nord	RTV	12,2	12,6	17,9	24,8
	RHF*	2,4	2,4	3,2	8,0
	<i>Sum</i>	<i>14,6</i>	<i>15,0</i>	<i>21,1</i>	<i>32,8</i>
Totalt	RTV	312,6	346,7	405,7	391,0
	RHF	70,2	105,0	105,6	256,5
	<i>Sum</i>	<i>382,8</i>	<i>451,7</i>	<i>511,3</i>	<i>647,5</i>