

Asymmetrisk informasjon og agentproblemer i helsemarkedet

- tredjepartsfinansiering som sovepute?

Hanne Birgitte Dypdahl



Masteroppgave ved Økonomisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2010

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på en toårig mastergrad i samfunnsøkonomi ved Universitetet i Oslo.

Jeg vil rette en stor takk til tante Oddveig og Arve Hjelseth som har bidratt med nyttige tips og korrekturlesninger, til mamma og pappa som alltid har vært der for meg, og til søsteren min, Kristin, for at hun har vært den beste støtten de dagene jeg stanget hodet i veggen.

Jeg vil videre takke Tor Iversen for at han har tatt seg tid til å svare på mine spørsmål og henvendelser, og sist, men ikke minst, min gode veileder Jon Vislie. Han har stilt opp med råd, litteraturtips og innspill underveis i prosessen, og ga meg alltid kjappe og presise tilbakemeldinger.

Jeg vil dessuten takke alle venner og studiekamerater for at de har gjort årene ved Universitetet i Oslo til en opplevelsrik, fantastisk og minneverdig periode.

Eventuelle feil og mangler i oppgaven er helt og holdent mitt ansvar.

Oslo, Mai 2010

Hanne Birgitte Dypdahl

Sammendrag

I Norge, som i de fleste andre land, ser vi en tendens til at utgiftene til helsetjenester øker relativt til BNP. Med den teknologiske utviklingen og de demografiske forholdene vi står overfor, er det ingen tvil om at dette utgjør en betydelig utfordring i årene som kommer. Men da disse endringene er uunngåelige, og den medisinske fremgangen ønskelig, må myndighetene finne nye måter å hindre at utgiftsveksten kommer ut av kontroll.

Formålet med denne oppgaven er å drøfte ulike agentproblemer i helsemarkedet, og analysere hvilken betydning asymmetrisk informasjon har for utformingen av forsikringskontrakter og avlønningssystem i helsesektoren. Interessekonflikter er en viktig forklaring på at det er vanskelig å etablere betalingsordninger som avveier hensynet til effektivitet mot hensynet til likhet på en ønskelig måte. Dette gjør at myndighetene ofte står overfor en avveining mellom risikodeling og insentiver, både på tilbuds- og etterspørselssiden.

Utgangspunktet for analysen er at helsesektoren er utsatt for en rekke markedsimperfeksjoner, hvor spesielt stor grad av skjevfordelt informasjon gir opphav til ulike agentproblemer. Helsesektoren skiller seg videre fra de fleste markeder ved at det som oftest er en tredjepart - i form av myndigheter eller forsikringselskap - som står for finansieringen. Dette forholdet kan forsterke insentivproblemene, da verken legene eller pasientene står ansvarlige for kostnadene ved sine beslutninger. Et sentralt spørsmål i denne forbindelse er hvordan vi bør utforme betalingsordninger mellom de ulike aktørene, gitt de sammensatte målene i helsesektoren.

I den første delen av oppgaven analyseres etterspørselssiden av markedet. Jeg drøfter her hvordan velferdsgevinstene ved forsikring må veies opp mot eventuelle effektivitetstap som skyldes skjevfordelt informasjon mellom partene i forsikringsmarkedet.

I motsetning til de fleste forbruksvarer, er behovet for medisinsk behandling i stor grad uforutsigbart. Den økonomiske usikkerheten knyttet til fremtidige utgifter gir derfor, gitt at man er tilstrekkelig risikoavers, opphav til etterspørsel etter helseforsikring. Universelle ordninger, slik vi har i Norge, sprer den økonomiske risikoen ved sykdom på hele befolkningen. Dette medfører økt velferd for risikoaverse konsumenter, men kan også ha en kostnad i form av endret atferd fra forsikringstakernes side. Generøse forsikringsordninger vil kunne føre til mindre forebyggingsinnsats eller økt risikoatferd ex ante. Dette gir økt sannsynlighet for sykdom, og dermed større utgifter til helsesektoren. Fra et ex post perspektiv kan full forsikringsdekning gi pasienten insentiver til å velge unødvendig dyre behandlingsalternativer, og på grunn av manglende prismekanisme, vil vi kunne få en ineffektiv ressursbruk sett fra et samfunnsøkonomisk synspunkt.

Ved bruk av enkle økonomiske modeller analyserer jeg hvordan kontraktene kan utformes for å redusere disse insentivproblemene. Bruken av delvis forsikringsdekning eller høyere egenandeler gir en bedre avveining mellom kostnad og nytte, men eliminerer samtidig gevinstene ved forsikring; og kan ha uheldige fordelingsmessige konsekvenser. Dette gjør bruken av egenandeler til et kontroversielt tema, og er bakgrunnen for at det norske systemet stort sett baserer seg på at helsetjenester skal være offentlig finansiert.

Hva som, ut fra et effektivitetssynspunkt, er optimal størrelse på egenandelene, avhenger av hvor prisfølsom etterspørselen etter helsetjenester er. I den største og mest omtalte studien - RAND-studien i USA - ble det estimert en priselastisitet på ca. -0,2, noe som er betydelig mindre enn for de fleste

andre forbruksvarer. Pasientene mangler dessuten tilstrekkelig informasjon for å kunne vurdere effekten av ulike behandlingsmetoder, noe som svekker prisenes evne til å sikre en optimal avveining.

Da de fleste er enige om at det er uaktuelt å dempe utgiftsveksten gjennom betydelig høyere egenandeler, retter jeg i den andre delen av oppgaven fokuset mot tilbudssiden. Sett ut fra at legen har stor innvirkning på pasientens forbruk av helsetjenester, er det kanskje også her fokuset bør ligge. Ut fra økonomisk teori diskuterer jeg hvordan skjevfordelt informasjon gir opphav til ulike agentkonflikter mellom lege og tredjepartsbetaler. Jeg ser spesielt på hvordan inntektsmotivet påvirker legens avgjørelser, og hvordan legen forholder seg til sin doble agentrolle som pasientens advokat og fellesskapets portvakt.

Ved hjelp av en økonomisk modell analyserer jeg hvordan legen kan tenkes å respondere til ulike betalingsordninger. Jeg finner at rene stykkprissystem gir insentiver til å tilby mange tjenester, mens per capita betaling motiverer legen til å ha mange pasienter på listen, og heller tilby færre tjenester per pasient. Stykkprisbetaling oppmuntrer med andre ord til høy aktivitet, og gir opphav til det som omtales som tilbudsindusert etterspørsel¹. Per capita betaling gir på den annen side full risikodeling mellom lege og tredjepartsbetaler; og kan derfor være det beste utgangspunktet for å oppnå kostnadseffektivitet i primærhelsetjenesten. Medaljens bakside er at det vil kunne være vanskelig å ivareta de tunge pasientgruppene, da et slikt system gir insentiver til pasientseleksjon. Denne avlønningssystemet forventes også å ha mindre gunstige virkninger med hensyn til antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Fra myndighetenes side blir valget av finansieringsmodell derfor en avveining mellom ulike hensyn og mål. Der et avlønningssystem gir høy grad av måloppnåelse langs én dimensjon, vil det kunne score lavere, eller skape vridninger, langs én annen.

I det norske systemet har det spesielt vært fokus på hvorvidt fastlegeordningen har ført til en endring i portvaktrollen. Økt konkurranse, klarere ansvarsdeling og tettete bånd til pasientene, kan gjøre at legene prioriterer lojaliteten til pasientene sterkere enn før. Dette kan samtidig påvirke legens agentrolle overfor myndighetene som tredjepartsbetaler, og svekke hensynet til samfunnsøkonomisk effektiv ressursbruk.

Med det nye avlønningssystemet² kan dessuten høyere egenandeler eller en generell knapphet på pasienter føre til at legene respondere ved å tilby flere tjenester til dem som først kommer. Det er derfor ikke entydig gitt at rasjoneringsmekanismer på etterspørselssiden vil redusere de totale utgiftene til helsesektoren.

Problemstillingen i oppgaven bygger i hovedsak på tre sentrale spørsmål:

1. Hvilken betydning har asymmetrisk informasjon for utformingen av betalingsordninger i helsesektoren?
2. Hvordan kan valget av helseforsikringskontrakter tenkes å påvirke pasientenes atferd?
3. Hvordan kan avlønningssystemet virke inn på legenes avgjørelser?

For å besvare disse spørsmålene benyttes først og fremst et teoretisk rammeverk, med utgangspunkt i økonomisk teori og prinsippal-agent teorien³. Analysen understøttes videre av en del empiriske resultater, og diskusjonen knyttes opp mot det norske helsetjenestesystemet.

¹ For nærmere om dette, se kapittel 4.4

² Samtidig med overgangen til en fastlegeordning, ble avlønningssystemet endret fra en kombinasjon av driftstilskudd og stykkpris, til en kombinasjon av per capita tilskudd og stykkpris

³ For nærmere om denne teorien, se kapittel 2.4

Oppgaven er delt inn i 5 kapitler. Første kapittel er en innledning, mens kapittel 2 gir en innføring i ulike karakteristikk ved helsemarkedet; og definerer viktige begrep og teorier. Kapittel 3 utgjør den første hoveddelen av oppgaven. Jeg analyserer her informasjonens betydning i forsikringsmarkedet, og ser på hvordan utformingen av forsikringskontrakter kan tenkes å påvirke aktørens atferd. Kapittel 4 retter søkelyset mot tilbudssiden av markedet, og drøfter hvordan de ulike avlønningssystemene i primærhelsetjenesten kan tenkes å påvirke legens tilpasning. Kapittel 5 gir en oppsummering.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|------------|
| Forord | II |
| Sammen drag | III |
| Innholdsfortegnelse | VI |
| | |
| 1. Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn | 1 |
| 1.2. Oppbygging av oppgaven..... | 3 |
| | |
| 2. Rammeverk, teori og definisjon av viktige begreper | 5 |
| 2.1. Hva karakteriserer helsemarkedet?..... | 5 |
| 2.2.1. Asymmetrisk informasjon | 7 |
| 2.3. Aktørene i markedet for helsetjenester..... | 8 |
| 2.4. Prinsipal-agent teori og asymmetrisk informasjon..... | 9 |
| 2.5. Atferdsrisiko..... | 10 |
| | |
| 3. Helseforsikring - valg av forsikringskontrakter og agentproblemer på etterspørselssiden | 12 |
| 3.1. Velferdsgevinster ved forsikring | 12 |
| 3.2. Helseforsikring og ulike former for markedssvikt | 16 |
| 3.3. Atferdsrisiko ex ante | 20 |
| 3.3.1. Mulige løsninger på ex ante problemet | 23 |
| 3.4. Atferdsrisiko ex post | 26 |
| 3.4.1. Forsikringstype og effektivitetsegenskaper | 26 |
| 3.4.2. Effekten av egenandeler | 33 |
| 3.4.3. Bruken av egenandeler i det norske helsetjenestesystemet | 35 |
| 3.4.4. Hva er optimal størrelse på egenandelene? | 40 |
| 3.4.5. Empiriske undersøkelser om sammenhengen mellom pris og etterspørsel etter helsetjenester | 41 |
| 3.5. Optimalt valg av helseforsikringskontrakter | 43 |
| | |
| 4. Valg av avlønningssystem og agentproblemer på tilbudssiden | 47 |
| 4.1. Legens rolle i et prinsipal-agent perspektiv..... | 47 |
| 4.2. Incentivbaserte finansieringssystemer og ulike målkonflikter | 48 |
| 4.3. Avlønningssystem i primærhelsetjenesten | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4. Tilbudsindusert etterspørsel..... | 52 |
| 4.4.1. Empiriske bevis på tilbudsindusert etterspørsel | 53 |
| 4.5. Legens respons på økte egenbetalinger | 55 |
| 4.5.1. Rasjonering som en alternativ strategi for å kontrollere utgiftsveksten | 56 |
| 4.6. Fastlegeordningen og det norske finansieringssystemet | 58 |
| 4.6.1. Pasientknapphet og legens respons på korte pasientlister | 61 |
| 4.6.2. Fastlegeordningen, finansieringssystem og portvaktrollen | 62 |
| 4.7. Optimalt valg av finansieringssystem | 66 |
| 5. Oppsummering og konklusjon..... | 68 |
| 6. Referanseliste | 71 |

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Etterspør befolkningen flere og bedre helsetjenester som følge av at de er forsikret?
Vil egenandeler føre til en kraftig reduksjon i etterspørselen etter helsetjenester?
Tilbyr legene andre og dyrere behandlinger dersom de refunderes de fulle kostnadene?
Og kanskje enda viktigere: Velger de ut de friskeste pasientene dersom dette gir dem høyere inntekt?
Dette er spørsmål som står helt sentralt i den helseøkonomiske debatten og i arbeidet med å utforme optimale finansieringssystemer i en sektor preget av stadig økende ressurs- og kostnadsvekst.

”Helsesektoren kan betraktes som et sort hull. Opp fra hullet høres skrikene om mer penger. Udyret i bunnen av hullet blir aldri sett. Det ene rekordbudsjettet etter det andre dumpes i hullet. Tilsynelatende uten at kvaliteten i helsevesenet økes av den grunn.”

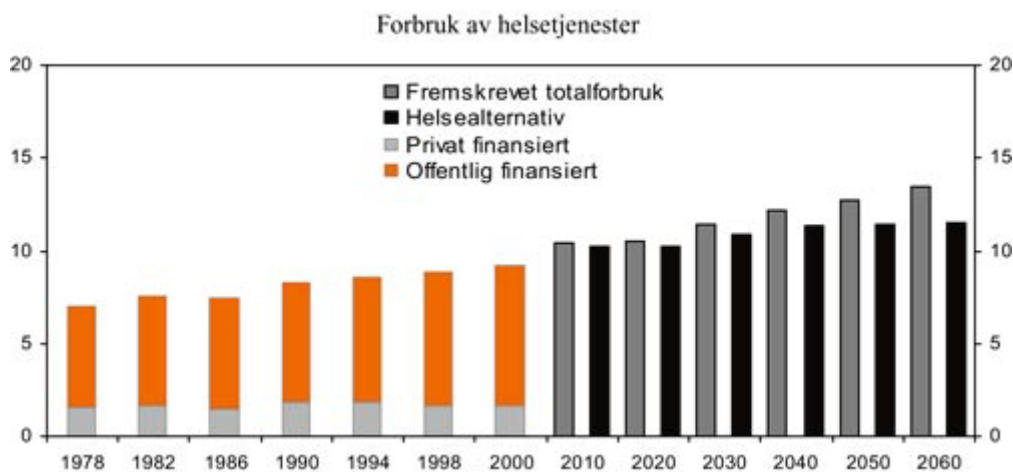
Slik karakteriserer kommunikasjonsbyrået Geelmuyden. Kiese⁴ helsemarkedet. Og ut fra hva vi i de senere årene har hørt i media, vil vel få nekte for at det er slik det ofte oppfattes.

Det eksisterer knapt grenser for hvor mye penger vi kan bruke på helsevesenet, og i få sektorer er vel ressursknapphet et mer dekkende ord enn her. Den medisinske teknologien er i stadig utvikling, og nye og dyre behandlingsmetoder blir tilgjengelige. Samtidig vokser andelen eldre, befolkningen blir mer kravstor, og sykdommer og tilstander som før ble sett på som naturlige, legges nå under kniven. Den nye kunnskapen og teknologien bærer i seg et krav om at den bør tas i bruk når den først er der. Dette skaper nye muligheter og økt livskvalitet for mange mennesker, men det legger også et enormt press på myndighetene som finansjør; og stiller større krav til hvordan vi bruker helsemilliardene.

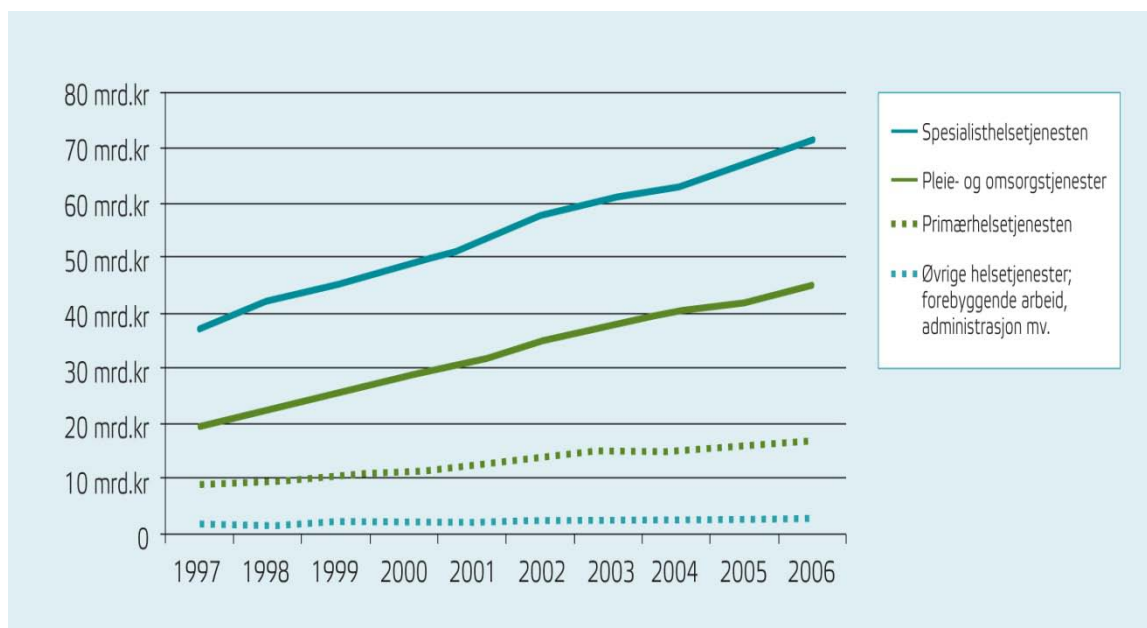
Helsetjenester har aldri utgjort en så stor andel av Bruttonasjonalproduktet som det gjør i dag. For perioden 1979-2003 har vi i Norge hatt en inntektselastisitet på 1,9. Det vil si at helseutgiftene har vokst nesten dobbelt så raskt som BNP. I 1970 ble 4% av BNP brukt til helse i Norge, mens andelen de siste ti årene har ligget på mellom 8,5 og 10% (se figur 1.1 og nøkkeltall fra SSB, 2009).

Både i primær- og sekunderhelsetjenesten har vi sett en enorm vekst i kostnadene de senere årene (se figur 1.2). Med tanke på at det offentlige dekker mer enn tre fjerdedeler av de norske helseutgiftene, er det vanskelig å unngå spørsmålet om hvordan vi skal finansiere denne utgiftsveksten. I tillegg er Norge et av de landene som bruker mest penger på helse som andel av BNP. Tall fra SSB (2009) viser at det per innbygger bare er USA, Sveits og Luxemburg som ligger høyere.

⁴ Se <http://www.geelmuyden-kiese.no/>



Figur 1.1. Forbruk av helsetjenester. Prosent av BNP for Fastlands- Norge
(Kilde: Statistisk Sentralbyrå og Finansdepartementet)



Figur 1.2. Kostnadsvekst i helsetjenesten 1997-2006
(Kilde: Helsedirektoratet og SSB)

Det kan pekes på flere grunner til at utgiftene til helsesektoren stadig stiger. Vi har allerede nevnt demografiske endringer og medisinske fremskritt som en av forklaringene. I tillegg er helse det vi kaller et luksusgode. Jo rikere vi blir, desto mer etterspør vi av både mengde og kvalitet. Sånn sett er det naturlig at Norge ligger på verdenstoppen i forbruk av helsetjenester. Helsesektoren er dessuten en arbeidsintensiv sektor. Mens teknologisk fremgang gir økt produktivitet i andre sektorer, vil kostnadene til helsetjenester stige over tid dersom lønningene følger utviklingen i resten av økonomien.

Men i tillegg til dette er helsemarkedet preget av høye agentkostnader. Flere av relasjonene mellom aktørene er preget av asymmetrisk informasjon, og vi står overfor en rekke interessekonflikter. Et sentralt spørsmål i denne sammenheng er hvordan vi best kan organisere og finansiere helsevesenet for å møte de utfordringene som ligger i denne sektoren. Dersom vi tar utgangspunkt i at beslutningstakerne i helsemarkedet er rasjonelle aktører som responderer på økonomiske insentiver, vil måten de betales på ha betydning for deres tilpasning. Pasienter som er fullforsikret og leger som står overfor et betalingssystem med full kostnadsdekning, har da ingen insentiver til å holde forbruket og tjenesteproduksjonen nede.

I Norge er både forsikring mot sykdom og skader, finansiering av behandlingstilbudet, og forsyning av helsetjenester i all hovedsak det offentliges ansvar. Sammen med lave egenbetalinger bygger dette opp under en viktig grunnverdi i velferdsstaten; nemlig lik tilgang til helsetjenester for alle, uavhengig av inntekt og bosted.

Grunnet betydelige informasjonsproblemer, kan imidlertid kollektive og obligatoriske forsikringsordninger fort bli dyre. Utformingen av finansieringssystem overfor legene og sykehusene vil da være en viktig måte å kontrollere ressursbruken på. Pasientene baserer seg i stor grad på de anbefalinger som gis av legen, og vi kan derfor styre fordelingen av helsetjenester gjennom tilbudssiden, ved å legge økonomisk risiko over på legene fremfor på pasientene. Legene har imidlertid privat informasjon om mange sider ved tjenesteproduksjonen, og vi skal se at de kan tilpasse seg strategisk til ethvert betalingssystem de står overfor. Skjevfordelt informasjon mellom partene gjør at det er vanskelig å fullt ut bli kvitt agentproblemene, og i valget av finansieringsmåte må myndighetene ofte gjøre avveininger mellom ulike hensyn. Der et avlønningssystem gir høy grad av måloppnåelse langs én dimensjon, vil det kunne score lavere eller skape vridninger langs én annen.

1.2. Oppbygging av oppgaven

Jeg vil i denne oppgaven drøfte ulike agentproblemer som kan oppstå i helsemarkedet, og analysere hvilken betydning asymmetrisk informasjon har for utformingen av forsikringskontrakter og avlønningssystem i helsevesenet. Jeg vil se på hvordan valget av finansieringssystem⁵ kan tenkes å påvirke aktørenes atferd, med utgangspunkt i skjevfordelt informasjon mellom tredjepartsbetaler og pasient på den ene siden, og mellom tredjepartsbetaler og lege på den andre. Oppgaven blir dermed todelt, hvor jeg i den første hoveddelen ser på valget av helseforsikringskontrakter og atferdsproblemer på etterspørselssiden, mens jeg i den andre delen drøfter utformingen av avlønningssystem og agentproblemer på tilbudssiden.

I kapittel 2 setter jeg opp et rammeverk for oppgaven og definerer viktige begrep. Jeg ser her på ulike særtrekk ved helsesektoren, definerer hvem de ulike aktørene i dette markedet er; og hvilke atferds- eller agentproblemer som kan oppstå disse imellom. Som et utgangspunkt for å drøfte de ulike insentivproblemene, benytter jeg prinsippal-agent teorien; som derfor forklares nærmere.

⁵ Med "finansieringssystem" vil jeg her mene betalingsstrømmen både mellom tredjepartsbetaler og pasient, og mellom tredjepartsbetaler og lege. "Finansieringssystem" benyttes derfor som en samlebetegnelse som omfatter både helseforsikring og avlønningssystem rettet mot legene

I kapittel 3, som utgjør den første hoveddelen av oppgaven, ser jeg på etterspørselssiden av helsemarkedet; på forholdet mellom tredjepartsbetaler og pasient. Jeg drøfter her hva som utgjør bakgrunnen for etterspørselen etter helseforsikring, og hvorfor forsikring gir velferdsgevinster. Videre viser jeg at full forsikringsdekning kan påvirke insentivene til å drive forebygging, og føre til høyere forbruk av helsetjenester enn det som ville vært tilfelle dersom pasientene måtte betale fra egen lomme. Ved bruk av enkle økonomiske modeller analyserer jeg hvordan skjevfordelt informasjon mellom partene i forsikringsmarkedet gir opphav til markedssvikt, og hvordan forsikringskontraktene kan utformes for å redusere atferdsproblemene.

Jeg drøfter videre konsekvensene av å benytte egenbetaling som rasjoneringsmekanisme, og diskuterer ulike avveininger og hensyn som ligger bak innføringen av egenandeler. Hva som avgjør størrelsen på effektivitetstapene, og betydningen av priselastisitet og ufullkommen informasjon, diskuteres også. Til slutt i kapitlet gir jeg en kort gjennomgang av en del empirisk litteratur på området, og gir en oppsummerende drøfting.

I kapittel 4 går jeg over til tilbudssiden av markedet - til forholdet mellom tredjepartsbetaler og lege - og ser på hvordan insentivene i avlønningssystemet kan gi opphav til ulike former for atferdsrisiko fra legens side. Hvordan legene responderer på finansieringssystemet, er en aktuell diskusjon både i primær- og sekundærhelsetjenesten. Selv om sykehusene står for den største delen av ressursbruken i helsesektoren, vil jeg i denne oppgaven analysere agentproblemene med utgangspunkt i fastlegene⁶. De økonomiske mekanismene og avveiningene gjelder i stor grad også for sykehussektoren.

Jeg vil i denne delen av oppgaven argumentere for at allmennlegene har en "trippelrolle" i helsesektoren. De skal for det første ivareta pasientens interesser, dernest være portvakt for fellesskapet. I tillegg til dette har de også egne interesser å forfølge, enten av karrierehensyn eller inntektsmotiv. Disse agentrollene kan komme i konflikt med hverandre, og vi skal se at det ofte er vanskelig å være perfekt agent både for pasienten og for samfunnet samtidig.

I dette kapitlet drøfter jeg de ulike avlønningssystemene i primærhelsetjenesten; og analyserer hvilken betydning økonomiske insentiver har for legens tilpasning. Jeg ser på hvordan inntektsmotivet kan tenkes å påvirke aktivitetsnivået, henvisnings- og sykemeldingspraksisen, og andre forhold av betydning for måloppnåelsen og ressursbruken i helsevesenet. Spesielt vil jeg diskutere det norske avlønningssystemet, og se på hvordan fastlegeordningen kan tenkes å virke inn på legens beslutninger.

Et sentralt fokus gjennom hele oppgaven er å se på hvordan kombinasjonen av omfattende forsikring og legens informasjonsfordel utgjør en viktig bakgrunn for mange av agentproblemene i helsesektoren. Jeg vil diskutere alternative strategier for å kontrollere utgiftsveksten, gjennom ulike former for kostnads- eller risikodeling⁷. Dette kan være forskjellige typer egenbetaling på konsumentens side, og kostnadskomponenter som stiller legene overfor en del av den økonomiske risikoen ved behandling eller tjenesteyting. Formålet er å gi beslutningstakerne sterkere insentiver til å avveie kostnader mot nytte, slik at vi oppnår en mer effektiv allokering av ressursene. Slike rasjoneringsmekanismer stiller imidlertid aktørene overfor risiko, og det blir dermed en avveining mellom risikospredning og korrekte insentiver; både på tilbuds- og etterspørselssiden.

⁶ General practitioners (GP's)

⁷ I den engelskspråklige litteraturen omtalt som "demand- and supply- side cost sharing" (se for eksempel Ellis & McGuire, 1993)

2. Rammeverk, teori og definisjon av viktige begreper

2.1. Hva karakteriserer helsemarkedet?

I vårt samfunn er fordelingshensynet utvilsomt det sterkeste argumentet for offentlige inngrep i helsesektoren. Det råder en utbredt oppfatning av at helsetjenester er et grunnleggende gode som alle har rett til, uavhengig av betalingsevne og bosted. Dette hensynet tilsier at helsetjenester skal være tilnærmet gratis, og at private tilbydere er dårlig egnet til å drive dette markedet.

Det er dessuten flere forhold ved helsesektoren som gjør at markedet overlatt til seg selv ikke nødvendigvis gir den mest *effektive* løsningen. Kenneth Arrow (1963) var en av de første som rettet søkelyset mot de mange imperfeksjonene i helsesektoren; og pekte spesielt på usikkerhet og asymmetrisk informasjon som viktige trekk.

I en markedsøkonomi brukes prisene som en allokering- eller rasjoneringsmekanisme for de fleste varer og tjenester. Markedsprisen reflekterer marginalkostnadene - eller alternativkostnadene - og de som har en lavere betalingsvillighet enn prisen, velger å "forlate" markedet (Stiglitz, 2000). På den måten bidrar prismekanismen til en effektiv allokering. Men i og med at viljen til å betale kan være en helt annen enn evnen, vil ikke nødvendigvis markedsallokeringen være den mest rettferdige, eller den som er i samsvar med samfunnets preferanser.

Det teoretiske frikonkurransemarkedet er kjennetegnet ved et stort antall profittmaksimerende tilbydere og nyttemaksimerende konsumenter. Alle parter tar prisene som eksogent gitte størrelser, alle har perfekt informasjon om de sidene som er relevante for transaksjonen, varene er homogene og det er fri etablering i markedet (Strøm & Vislie, 2007). Under fravær av skalafordeler, eksternaliteter og kollektive goder - og med full informasjon for alle parter i markedet - vil da frikonkurransemarkedet generere en effektiv allokering av samfunnets ressurser. Dette er velferdsteoriens første hovedteorem (Stiglitz, 2000, Folland et al., 2007 m.fl.). Vi skal se at helsemarkedet bryter med mange av disse forutsetningene, og at utfallet av å overlate helsetjenesteproduksjon til markedet verken er effektivt eller fordelingsmessig rettferdig.

Helsetjenester som et gode

Helsetjenester skiller seg fra de fleste andre varer og tjenester vi konsumerer, ved at vi ikke kan se på dem som "goder" i reell forstand. De gir oss ikke direkte høyere nytte, slik for eksempel sjokolade og bøker gjør, og behandling og medisinerer kan til og med ha en negativ effekt i form av bivirkninger og smerte. Vi kan derfor si at etterspørselen etter helsetjenester er avledet av etterspørselen etter helse; at helsetjenester er innsatsfaktorer som brukes til å produsere god helse⁸.

Fri etablering og avvikling

Helsesektoren er kjennetegnet ved ufullkommen konkurranse, i den forstand at man har et begrenset antall sykehus i markedet, og strenge etableringsbetingelser. Vi får dermed et brudd i forutsetningen om fri etablering og avvikling. Da helsetjenesteprodusenter har en grunnleggende rolle i vårt samfunn,

⁸ Denne måten å betrakte helsetjenester på har sitt utspring i den velkjente "Grossmanmodellen" (se bl.a. Grossman, 1972)

og behandling kan være et spørsmål om liv og død, er det et sterkt behov for kontroll med tilbyderne i helsemarkedet. Myndighetene benytter derfor lisensiering og sertifisering som restriksjonsmekanismer, slik at ikke hvem som helst kan komme inn på dette markedet. I små lokalsamfunn vil det dessuten ikke være praktisk mulig å skape konkurranse ved å ha mange små sykehus side om side. Sykehusene har derfor sterk "markedsrett" i sitt geografiske område.

Skalafordeler og naturlige monopol

Det perfekte frikonkurransemarked forutsetter dessuten fravær av stordriftsfordeler. For eksempel er tele- og elektrisitetsbransjen, som er vanlige eksempler på naturlige monopol, karakterisert ved store faste kostnader og fallende gjennomsnittskostnader. Sykehusdrift innebærer også store faste kostnader i form av bygninger, maskiner og medisinsk utstyr. Men dette er også en arbeidsintensiv sektor, som gjør at de variable kostnadene er betydelig større. Det kan derfor diskuteres hvorvidt et sykehus kan defineres som et naturlig monopol, men det er utvilsomt store skalafordeler å hente i produksjonen av helsetjenester på sykehusnivå.

Eksterne effekter

En ekstern effekt har vi dersom aktiviteten til aktørene har positiv eller negativ virkning på andre, uten at markedet fanger opp dette (Stiglitz, 2000). Markedsprisen vil da ikke gjenspeile korrekte marginalkostnader eller korrekt marginal betalingsvilje, og vi får en kile mellom privatøkonomisk og samfunnsøkonomisk lønnsomhet (Vislie og Strøm, 2007).

Innenfor helsesektoren er det mange eksempler på eksterne effekter. At en person er frisk, er ikke bare til nytte for vedkommende selv, men også for familien og arbeidsplassen. Dersom han selv skal vurdere hva han er villig til å betale for en behandling som gjør han frisk, vil han ikke nødvendigvis ta hensyn til arbeidsplassens nytte (særlig ikke hvis han mottar sykepenges).

Vaksiner er et annet eksempel på en eksternalitet i bruken av et helsegode. At jeg vaksinerer meg mot svineinfluensa, vil åpenbart ha en nytte i form av at jeg unngår å bli smittet. Men forebygging av infeksjonssykdommer vil også ha positive eksterne virkninger ved at det reduserer smittefaren for andre. Disse forholdene gjør at en privat løsning kan gi et for lavt konsum av helsetjenester, og offentlige inngrep kan derfor være ønskelig for å gi et samfunnsøkonomisk optimalt kvantum.

Usikkerhet og ufullkommen informasjon

I helsemarkedet er det knyttet betydelig usikkerhet til om, når og i hvilket omfang vi får behov for helsetjenester. Denne ex ante- usikkerheten reiser et behov for forsikring, for å gi oss økonomisk trygghet dersom vi skulle bli syke.

Når vi først har blitt syke, er det dessuten vanskelig å vite hvilken effekt ulike behandlinger og helsetjenester har. Når vi kjøper brød eller aviser, vet vi hva disse godene gjør for oss og hvilken nytte vi har av dem. Selv om kvaliteten på brødene kan variere, og det er vanskelig å vite på forhånd hvor godt det smaker, kan vi si at vi har nærmest full informasjon om den varen vi kjøper. I økonomisk teori sier vi da at vår betalingsvillighet gjenspeiler den nytten vi har av produktene.

Medisinsk behandling er av en helt annen dimensjon. Konsumentene - eller pasientene - har mangelfull informasjon om hvilken effekt ulike behandlinger har. De gjør som regel ikke gjentatte transaksjoner av helsetjenester, og kan derfor heller ikke basere sine beslutninger på erfaring med produktet eller tjenesteyteren.

Mange av oss er villige til å bruke enorme summer på nye og uprøvde kreftbehandlingsmetoder dersom sykdommen skulle ramme oss. Men det er ikke dermed sikkert at dette er verdt pengene.

Utfallet er lite forutsigbart, og i verste fall kan man dø av behandlingen. Pasientene har dessuten imperfekt informasjon om kvaliteten på de tjenestene som leveres. Når det kommer til helse, er det derfor vanskelig å benytte det vanlige økonomiske målet på hva noe er verdt; nemlig at et gode er verdt det konsumentene er villige til å betale for det.

Vi skal senere se at dette har betydning for hvor effektivt det er å bruke egenandeler i helsemarkedet. Dersom pasientene ikke er i stand til å veie nytten av ulike helsetjenester opp mot hverandre, vil ikke prisen ha den samme effekten som i andre marked. Desperate pasienter kan heller ikke ses på som rasjonelle, prisbevisste aktører som gjør optimale nytte- kostnadsavveininger. Spørsmålet er da om helsetjenester skiller seg så mye fra andre goder at konsumentene ikke responderer på finansielle insentiver, eller om det vil være gode grunner til å innføre ulike former for egenbetaling også i dette markedet.

2.2.1. Asymmetrisk informasjon

En av de kanskje viktigste formene for markedssvikt i helsesektoren skyldes imidlertid ikke ufullstendig, men skjevfordelt informasjon. Mikroøkonomisk teori er vanligvis basert på antakelsen om at alle partene i en beslutningsprosess har fullkommen, eller i det minste symmetrisk, informasjon. Konsumentene vet da like mye om produktet de kjøper som produsentene selv, og pris og kvalitet er kjente størrelser. Når en part i transaksjonen har mer informasjon enn den andre parten, brytes imidlertid disse forutsetningene, og vi sier at vi har asymmetrisk informasjon (Folland et al., 2007 m.fl.).

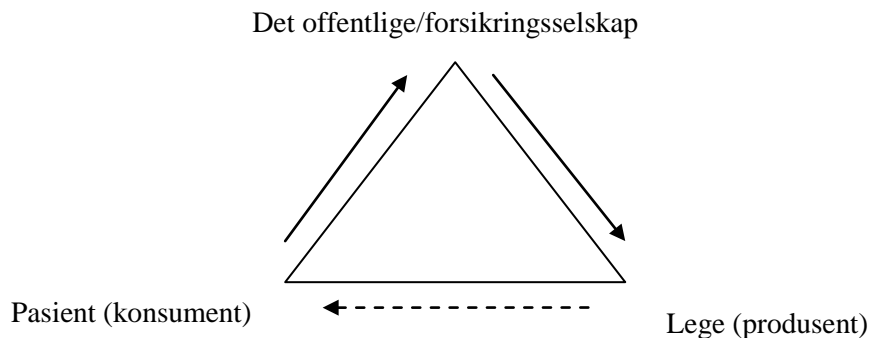
En av de første som analyserte informasjonens betydning for markeders funksjonsmåte var George Akerlof (1970), som i sin velkjente artikkel "The Market for Lemons" viste hvordan asymmetrisk informasjon kan føre til at markedet bryter sammen. Siden har flere økonomer viet dette feltet stor oppmerksomhet, og informasjonsøkonomien har gitt oss innsikt i en rekke fenomener som økonomisk teori tidligere ikke kunne forklare.

Asymmetrisk informasjon fører til at markedet og prissystemet blir mangelfulle som allokeringmekanismer, men også regulering er vanskelig på grunn av de samme informasjonsproblemene. Dette ser vi særlig i helsesektoren, hvor informasjon kan sies å være den viktigste varen på markedet. Aktørene har ulik informasjon om behandlingstyper - og omfang, kvaliteten på helsetjenester, hvilken risikogruppe de tilhører, og ikke minst privat informasjon om egen atferd. Alle disse typene informasjonsskjevheter gir opphav til agent- eller insentivproblemer, både på tilbuds- og etterspørselssiden; og gjør utformingen av betalingsordninger mellom aktørene til et komplekst problem.

I markedet for helsetjenester er det typisk tilbudssiden - leger og sykehus - som er bedre informert enn etterspørselssiden. Pasientene vet i liten grad hvilke behandlingsmetoder og medisiner de trenger, og må i stor grad basere seg på legens råd. Dette gjør at det etableres et tillitsforhold mellom lege og pasient, og setter legen i en overordnet posisjon - ikke bare overfor pasienten selv, men også overfor myndighetene som betaler for helsetjenestene.

I helseforsikringsmarkedet er det etterspørselssiden - konsumenter som ønsker å kjøpe forsikring - som har informasjonsfordeler. For eksempel vet hver enkelt mer om egen helsetilstand og tilbøyeligheten til å bruke helsetjenester enn det forsikringsselskapet gjør.

2.3. Aktørene i markedet for helsetjenester



Figur 2.3 Helsetjenestetriangelet

Markedet for helsetjenester involverer hovedsakelig tre typer aktører: pasienter, tjenesteprodusenter og en tredjepart i form av myndighetene eller forsikringsselskaper. I den helseøkonomiske litteraturen illustreres dette ofte ved hjelp av det såkalte ”helsetjenestetriangelet” (Mossialos et al., 2002).

De heltrukne pilene viser betalingsstrømmene: Fra pasient til forsikringsselskap, og videre til helseprodusentene⁹. Myndighetene eller private forsikringsselskaper blir derfor et mellomledd mellom tilbyder og etterspørter, og det er dette jeg vil omtale som tredjepartsbetaleren.

Den stiplede pilen markerer tjeneste- eller behandlingsstrømmen fra lege til pasient.

I tradisjonelle markeder er det som regel bare to parter involvert i en transaksjon: konsumenter som etterspør og betaler for en vare eller tjeneste, levert av en produsent. I helsemarkedet er det derimot - i de aller fleste land - en tredjepart som står for finansieringen. Dette spesielle forholdet, i kombinasjon med asymmetrisk informasjon, gir opphav til en rekke agentproblemer, da verken pasientene eller legene står overfor de fulle kostnadene ved sine beslutninger.

Pasientene, som vi kan kalle etterspørtere, betaler ikke noe - eller i alle fall svært lite - for bruken av helsetjenester. Hvis prisen er null og tjenesten har en positiv effekt, ønsker vi oss mer av godet. I siste instans er det imidlertid legene som avgjør mesteparten av ressursbruken, da det er de som har ansvaret for å avdekke behovet og foreskrive videre behandling. Men heller ikke legene er individuelt ansvarlige for ressursbruken, selv om de representerer tilbudssiden av markedet. Det er staten som betaler, mens legene står i et komplisert forhold mellom kravstore pasienter, krav fra myndighetene om å avveie ressursbruken, og ikke minst egne økonomiske motiv eller karrierehensyn.

Tredjepartsfinansiering, uten noen former for kostnadsdeling, gjør derfor at verken pasientene eller legene har noen klare insitamenter til å begrense etterspørselen eller ressursbruken.

⁹ Vi har også en betalingsstrøm fra pasient til lege; via egenandeler. I denne oppgaven vil jeg imidlertid fokusere på betydningen av tredjepartsfinansiering, og egenandelene er dessuten svært lave i forhold til de samlede kostnadene i helsevesenet

2.4. Prinsipal-agent teori og asymmetrisk informasjon

Prinsipal-agent teorien beskriver forholdet mellom to rasjonelle parter, en prinsipal og en agent. I Folland et al. (2007) beskrives en prinsipal-agent relasjon som:

En kontrakt hvor en eller flere personer - prinsipaler - engasjerer en agent til å gjøre en jobb for dem, og som innebærer at en viss form for beslutningsmyndighet er delegert til agenten”.

Hovedpoenget i teorien er at det inngås en kontrakt, der oppgaver og beslutningsmyndighet blir delegert fra prinsipalen til agenten. Sistnevnte utfører med andre ord et oppdrag, eller handler, på vegne av prinsipalen. Teorien bygger videre på forutsetningen om at både prinsipal og agent er rasjonelle aktører som opptrer ut fra egeninteresse, at de har ulike målsettinger, og at det foreligger asymmetrisk informasjon mellom partene.

Vi skal se at disse interessemotsetningene skaper problemer for prinsipalen når agenten har informasjonsfordeler. Sistnevnte kan da skjule sine handlinger, eller utnytte privat informasjon til egen fordel; og det vil være nærmest umulig for prinsipalen å avsløre dette. Slike agentproblemer er det mange av i helsemarkedet.

Dersom agenten forfølger sine egne interesser på bekostning av prinsipalens, kalles dette opportunistisk atferd (Opstad, 2003). Utfordringen prinsipalen står overfor i en slik situasjon, er å utforme kontrakter og betalingssystem som gir agenten insentiver til å treffe beslutninger som er i samsvar med prinsipalens mål. I helsevesenet er derfor spørsmålet hvilke finansieringssystemer og forsikringskontrakter som gir det beste resultatet, gitt at forholdet mellom aktørene er preget av asymmetrisk informasjon. Vi skal imidlertid se at bruken av insentivbaserte kontrakter er en stor utfordring i denne sektoren, da det er ulike hensyn og mål som skal nås samtidig. Hva som er ”det beste resultatet” er derfor vanskelig å definere.

Med utgangspunkt i helsetjenestetriangelet, kan vi si at det er tre typer prinsipal-agent forhold som er særlig relevante i helsemarkedet. Det ene er mellom pasient og lege, det andre mellom tredjepartsbetaler og tjenesteyter, og det siste mellom pasient og tredjepartsbetaler.

Det er spesielt de to siste jeg vil se på i denne oppgaven, og da spesielt med fokus på betalingsordningene mellom aktørene.

Mellom pasient og lege

Legene har ofte mer kunnskap om pasientens diagnose og alternative behandlingsmetoder enn pasienten selv. Vi kan derfor se på forholdet mellom pasient og lege som et prinsipal-agent forhold. I tiltro til at legen skal handle i deres beste interesse, delegerer pasientene sin beslutningsmakt til legen. Sistnevnte kan imidlertid utnytte sin medisinske stilling, for eksempel til å påvirke pasientenes etterspørsel i en retning som tjener egne interesser - ofte inntektsmotiverte¹⁰.

Mellom lege og tredjepartsbetaler

I tillegg til å være agent for pasienten, vil legen også handle på vegne av de som betaler for helsetjenestene - forsikringsselskap eller myndighetene. Selv om legens hovedmål er å behandle pasienter, kan han utnytte sine informasjonsfordeler til å oppnå en bedre inntekt, på myndighetenes regning. På samme måte kan et sykehus overrapportere kostnader for å oppnå høyere refusjon eller

¹⁰ Det er dette som omtales som ”tilbudsindusert etterspørsel”, se kapittel 4.4

mer generøse budsjetter for neste år, da de har bedre kjennskap til faktiske kostnader enn det myndighetene har. Informasjonsproblemene kan derfor skape unødvendig høy ressursbruk i helsesektoren.

Et annet problem for myndighetene vil være å kontrollere hvem som får behandling, og om det ytes tilstrekkelig kvalitet. For legen vil det i noen situasjoner lønne seg å ta imot de pasientene som det er lettest å behandle¹¹. Dette kan gi opphav til uheldig prioritering, og vil, på samme måte som kvalitet, være vanskelig for myndighetene å etterprøve.

Mellom pasient og tredjepartsbetaler

Imperfekt informasjon er også svært relevant i forholdet mellom pasient og tredjepartsbetaler. Fordi forsikringstakerne har privat informasjon om egen helseatferd og sykdomsrisiko, kan de oppnå gunstigere kontrakter enn det som hadde vært mulig dersom forsikringsselskapet hadde hatt kjennskap til alle relevante forhold. I Norge er imidlertid alle medlemmer i et offentlig helseforsikringssystem, og vi kan derfor si at prinsipalen i denne sammenheng er skattebetalerne. Dersom noen driver risikosport eller gambler med helsa på en måte som øker sannsynligheten for å trenge legehjelp, vil dette gi høyere trygdeavgiften for alle. På samme måte bærer fellesskapet kostnadene dersom vi, etter at vi har blitt syke, bruker flere og dyrere helsetjenester enn vi hadde gjort dersom vi selv måtte betale.

Hovedfokuset i denne oppgaven er å se på hvordan disse agentproblemene påvirker utformingen av forsikringsordninger og avlønningssystem i helsesektoren.

2.5. Atferdsrisiko

Skjulte, eller ikke- verifiserbare handlinger er et fenomen som knytter seg til atferd og ulike atferdsproblemer som kan oppstå i situasjoner hvor informasjon er skjevfordelt mellom aktørene. Vi sier at vi har et tilfelle av atferdsrisiko¹² hvis en aktør ikke kan observere hva en annen aktør gjør, i situasjoner der dette er av betydning (Opstad, 2003 m.fl.). En aktør foretar med andre ord en handling som har konsekvenser for den andre parten, men som ikke er verifiserbar eller kontrollerbar. Denne handlingen påvirker sannsynligheten for at et uheldig utfall skal inntreffe, og vi kan derfor si at vi har en endogen sannsynlighetsfordeling.

Det som gir opphav til atferdsrisikoproblemene¹³, er at en part i transaksjonen kan skjule sine handlinger for å ivareta egne interesser; da handlinger utført etter at kontrakten er inngått, ikke kan verifiseres. Motivasjonen til slik atferd avhenger imidlertid av fordelingen av risiko og kostnader mellom partene. En aktør som er fritatt for risiko vil trolig handle på en annen måte enn han ville gjort dersom han måtte betale for de negative konsekvensene av disse handlingene. For eksempel vil en som er forsikret mot tyveri kunne være mer uansvarlig enn andre, og brannforsikring vil kunne redusere insentivene til å installere eller vedlikeholde brannsikringsutstyret. Eksistensen av forsikring kan derfor påvirke sannsynligheten for det utfallet man er forsikret mot, og selskapet må dekke større tap enn forventet. Et annet eksempel er banker og finansinstitusjoner som har begrenset ansvar for innskytternes penger. Går det bra for banken, betales gjelden tilbake, og banken blir sittende igjen med

¹¹ I litteraturen omtalt som ”fløteskumming”, se nærmere om dette i kapittel 4.3

¹² På engelsk benyttes begrepet ”moral hazard”, ofte oversatt med ”moralsk hasard”

¹³ Som en forenkling, vil jeg i resten av denne oppgaven benytte begrepet ”atferdsproblemer”, som da refererer til atferdsrisiko.

en positiv nettoavkastning. Går det derimot dårlig, slipper banken å tilbakebetale gjelden. Denne asymmetrien gjør at bankene kan se seg tjent med å ta alt for stor risiko, med det resultat at sannsynligheten for konkurs øker.

Problemet med atferdsrisiko er at en aktørs handlinger, som har konsekvenser for andre, ikke kan verifiseres, og derfor ikke kontraktsfestes. Informasjonsasymmetrien mellom partene gjør at det er umulig for prinsipalen å overvåke alt agenten gjør.

Utfordringen for oppdragsgiveren i slike situasjoner er å utforme belønningssystemer som reduserer muligheten for skjulte handlinger og gir agenten insentiver til å opptre i prinsipalens interesse.

I følge Ouchi (1979) finnes det to hovedstrategier for å hindre opportunistisk atferd. Den ene er å måle agentens ytelse, den andre å redusere målkonflikten mellom prinsipal og agent. Jeg vil i denne oppgaven konsentrere meg om den første.

Dersom det er mulig å knytte resultatet til agentens innsats, kan man opprette belønningsstrukturer som motiverer eller leder agenten til å gjøre de riktige handlingene, sett fra prinsipalens side. I noen tilfeller vil dette lett la seg gjøre ved å benytte insentivbaserte avlønningssystem. For eksempel vil en telefonselger som betales på bonusbasis trolig yte en større innsats på jobben enn en som har fastlønn. Og en tyveriforsikring med høy egenandel vil sannsynligvis gjøre forsikringstakeren mer påpasselig.

I andre tilfeller kan for sterke insentiver imidlertid ha negative bivirkninger. Dette gjelder spesielt i helsesektoren, og vi skal se at valget av både forsikringskontrakter og avlønningssystem ofte blir en avveining mellom risikodeling og insentiver; mellom effektivitet og likhets- eller fordelingshensyn.

3. Helseforsikring - valg av forsikringskontrakter og agentproblemer på etterspørselssiden

De fleste vestlige land har i dag en eller annen form for universell helseforsikring, organisert enten gjennom private forsikringsselskap eller obligatoriske, skattefinansierte ordninger. Dette innebærer at utgiftene til behandling ikke betales direkte av pasientene selv, men av en tredjepart. Slike forsikringsordninger gir klare velferdseffekter i form av økonomisk trygghet, men kan også ha uheldige atferds- og tilpasningsvirkninger fra den forsikredes side.

Det første hovedspørsmålet i denne oppgaven er dermed hva som er det optimale valget av helseforsikringskontrakter, gitt at dette er et marked preget av betydelige informasjonsproblemer.

3.1. Velferdsgevinster ved forsikring

Det er stor uvisshet knyttet til hvorvidt man blir rammet av sykdom, og dersom man først blir rammet, er det stor usikkerhet i forhold til hvor store de økonomiske utgiftene til behandling blir. Disse to forholdene utgjør begrunnelsen for etterspørsel etter helseforsikring¹⁴.

Forsikring vil si å spre risiko for tap¹⁵ (se Rees, 1989 og Cutler & Zeckhauser, 1999).

I stedet for at hver enkelt skal stå overfor kostnadene ved et økonomisk tap, betaler alle inn en premie til fellesskassen. Bare et mindretall av de som deltar i dette forsikringsfellesskapet rammes av sykdom, og forsikringsselskapet kan derfor beregne hvor store utgiftene til tapsdekning blir. Ut fra dette setter de størrelsen på premien.

Forutsetningen for at det skal være mulig å tilby forsikring er at det er et stort antall personer som er utsatt for samme risiko¹⁶. Hvis dette er tilfelle, blir det svært usannsynlig at selskapet vil gå med underskudd. Vi kan derfor si at ideen bak helseforsikring er følgende: Hvis det finnes et stort antall individer med identisk og uavhengig risiko for å bli rammet av sykdom, og alle betaler inn et beløp tilsvarende de forventede helseutgiftene til et fond, så vil fondet få inn et tilstrekkelig beløp til å kunne dekke opp for de personene som får behov for behandling.

Jeg vil i dette kapitlet gi en forklaring på hva som er grunnlaget for at helseforsikring gir positive velferdsgevinster. Risikoaversjon - et uttrykk for folks holdninger til risiko - er et sentralt poeng i denne sammenheng. Jeg vil i det følgende anta at individene er risikoaverse, dvs. at de foretrekker et sikkert beløp fremfor et usikkert lotteri med samme forventningsverdi (Cowell, 2006).

Jeg vil videre benytte teorien for valg under usikkerhet, basert på Von Neumann-Morgenstern forventet nytteteori (se bl.a. McGuire et al., 1988). Vi antar at individene står overfor usikre beslutningsalternativer, omtalt som lotterier. Individene kjenner sannsynlighetene for de ulike utfallene, og rangerer lotteriene i henhold til forventet nytte; basert på antakelsen om en bestemt nyttefunksjon.

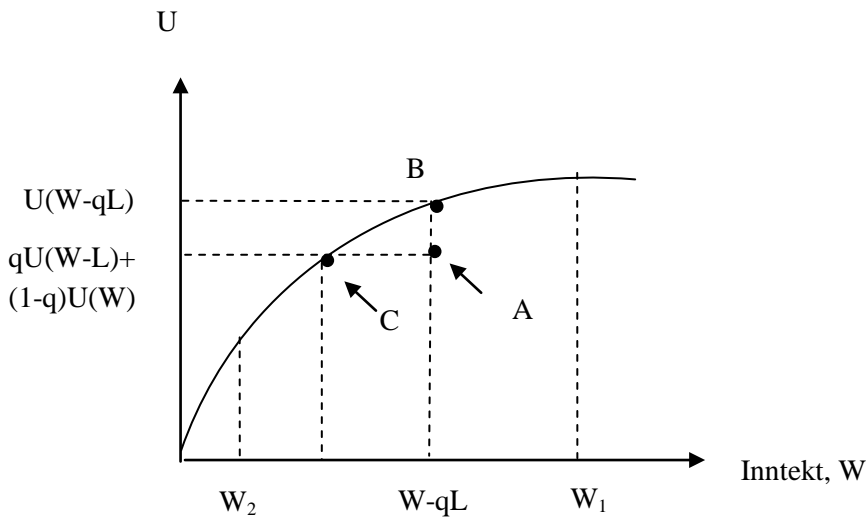
En aktørs holdning til risiko kan illustreres ved hjelp av vedkommendes nyttefunksjon (se figur 3.1.1), hvor nytten er en funksjon av inntekten: $U = U(W)$.

¹⁴ Da det kun er de økonomiske belastningene ved sykdom det er mulig å forsikre seg mot, ville det vært mer korrekt å benytte begrepet helsetjenesteforsikring. For enkelthets skyld vil jeg imidlertid bruke helseforsikring

¹⁵ I den engelskspråklige litteraturen omtalt som "riskpooling"

¹⁶ "the law of large numbers"

En aktør som er risikoavers vil ha en strengt konkav nyttefunksjon, som tilsier at marginalnyttan av inntekt er avtakende: $U'(W) > 0$, $U''(W) < 0$



Figur 3.1.1. Konkav nyttefunksjon

For å illustrere valget om å kjøpe forsikring, kan vi anta at individet står overfor to mulige utfall, W_1 og W_2 . W_1 er inntekten ved fravær av sykdom, mens W_2 er den fremtidige inntekten dersom individet trenger behandling til kr L. L er dermed det økonomiske tapet ved sykdom.

Vi kan si at W_1 er den gode tilstanden, mens W_2 er den dårlige: $W_2 = W_1 - L < W_1$.

Sannsynligheten for å bli syk er lik q.

Forventningsverdien av inntekten er da gitt ved:

$$EW = qW_2 + (1-q)W_1$$

mens forventet nytte kan uttrykkes på denne måten:

$$EU = qU(W_2) + (1-q)U(W_1)$$

Hva er velferdsgevinstene ved forsikring?

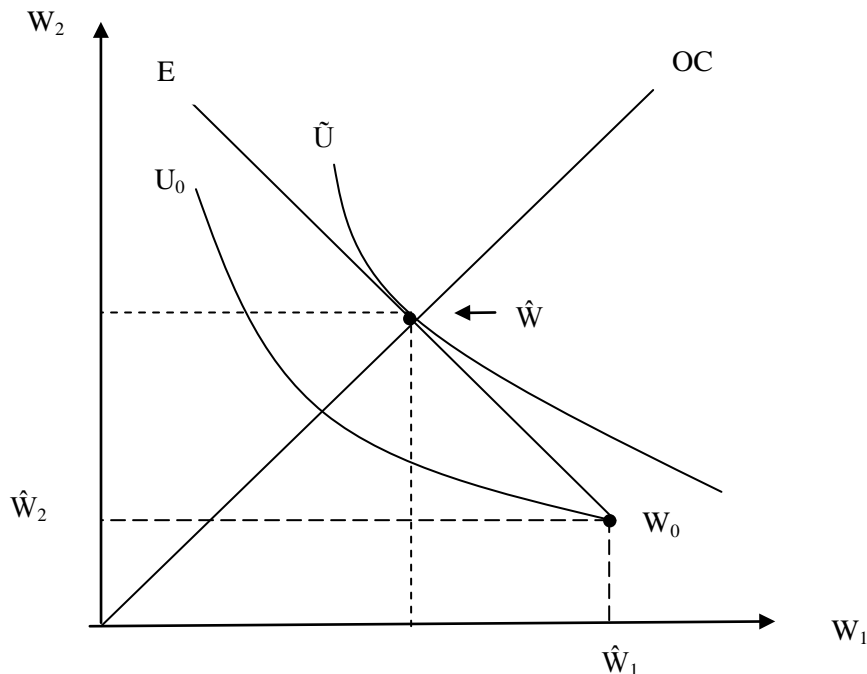
En forsikringskontrakt der premien er lik forventet tap kalles en aktuarisk rettferdig premie (Olsen, 2009). Premien, p, er da gitt ved sannsynligheten for sykdom multiplisert med kompensasjonen, C, som forsikringselskapet må ut med: $p = qC$. Dersom individet har full forsikringsdekning, $C = L$, er den rettferdige premieinnbetalingen $p = qC = qL$, og inntekten blir lik $W - qL$, uavhengig av sykdomsforløp i fremtiden.

Jeg vil i resten av denne oppgaven anta at premien individene må betale er aktuarisk rettferdig, selv om dette er en betydelig forenkling av den virkelige verden.

Hvis vi sammenligner inntekt og nytte med og uten forsikring, ser vi at forventet inntekt er den samme: EW (uten forsikring) = $q(W-L) + (1-q)W = EW$ (med forsikring) = $W - qL$

Regnet i penger, tjener derfor individet ingenting på å ha forsikring.

Nytten av å få inntekten $W - qL$ med sikkerhet, er derimot større enn forventet nytte uten forsikring: $U(W - qL) > qU(W - L) + (1 - q)U(W)$. På figur 3.1.1 er denne velferdsgevinsten gitt ved den vertikale avstanden mellom A og B. Dette kan også illustreres i et W_1 - W_2 - diagram:



Figur 3.1.2. Velferdsgevinstene ved forsikring

Punkt W_0 er initialsituasjonen uten forsikring, med inntekten \hat{W}_1 i frisk tilstand, og \hat{W}_2 i syk tilstand. Linjen OC representerer alle like inntektsfordelinger, dvs. hvor $W_1 = W_2$. U- kurvene angir nyttenivå, gitt ved Von Neumann-Morgenstern forventet nytte. Initialsituasjonen gir nyttenivået U_0 .

Forsikring innebærer at man kan omfordele inntekt fra en god tilstand til en dårlig tilstand (Rees, 1989). Individet betaler da en premie for å sikre seg mot det finansielle tapet ved en eventuell sykdom. Vi antar at individet tilbys en forsikringskontrakt med aktuarisk rettferdig premie, p , og kan velge kompensasjonsbeløp, C . Linjen E er en slags budsjettlinje¹⁷, og viser alle mulige inntektsfordelinger (fordeling av inntekt mellom syk og frisk tilstand) som gir samme forventet inntekt.

Helningen på E er lik forholdet mellom sannsynlighetene: $-(1 - q)/q$

Punktet \hat{W} representerer full forsikring til rettferdig premie, dvs. $W_1 = W_2$.

Vi ser at individet ved å velge full forsikring beveger seg fra punktet W_0 til \hat{W} langs linjen E.

Forventningsverdien er da den samme, og forsikring gir derfor ingen pengemessig gevinst.

Velferdsgevinstene ved forsikring - gitt ved et høyere forventet nyttenivå - kommer av at inntektsusikkerheten fjernes. For individer som er risikoaverse er dette en forbedring, og vi ser at forventet nytte øker fra U_0 til \tilde{U} .

¹⁷ Eller forventet nullprofittlinje for selskapene

Når jeg skal analysere individets tilpasning, vil jeg i resten av denne oppgaven ta utgangspunkt i risikoaverse aktører som maksimerer forventet nytte. Jeg kan gi et eksempel på dette ved å se på individets valg av C (størrelsen på kompensasjonsbeløpet) når vi antar at premien er aktuarisk rettferdig ($p=qC$). De maksimerer da forventet nytte mhp. C .

Jeg definerer inntekten i de to tilstandene, W_1 og W_2 , som:

$$W_1 = W - qC$$

$$W_2 = W - qC - L + C$$

For å forenkle uttrykkene vil jeg i resten av oppgaven bruke G og B for hhv. W_1 og W_2 .

Matematisk kan maksimeringsproblemet da stilles opp på følgende måte:

$$\text{Max } EU_C = qU(B) + (1-q)U(G) = qU(W - qC - L + C) + (1-q)U(W - qC)$$

Løsningen finnes ved førsteordensbetingelsen (FOC):

$$\frac{\partial EU}{\partial C} = qU'(B)(1-q) + (1-q)U'(G)(-q) = 0$$

$$\leftrightarrow qU'(B)(1-q) = q(1-q)U'(G)$$

$$\leftrightarrow \frac{U'(G)}{U'(B)} = 1$$

På grunn av formen på nyttefunksjonen må B være lik G for at denne likheten skal holde (dersom B er forskjellig fra G , vil marginalnyttene være forskjellige). At inntekten i de to tilstandene er like, betyr videre at $L=C$. Gitt at premien er aktuarisk rettferdig, vil derfor risikoaverse aktører velge full forsikring.

Dette ser vi også ut fra figur 3.1.2, vet at \tilde{U} er det høyeste forventede nyttenivået som er mulig å oppnå. Full forsikring maksimerer individenes velferd, og er dermed den effektive løsningen. Men dette forutsetter at det er full, eller i det minste symmetrisk, informasjon for alle parter i markedet. I det neste kapitlet vil jeg se på hvordan brudd i denne forutsetningen fører til ulike former for markedssvikt, og at velferdsgevinstene ved forsikring derfor må veies opp mot eventuelle effisientstap.

3.2. Helseforsikring og ulike former for markedssvikt

Hovedtemaet i denne delen av oppgaven er å se på ulike insentivproblemer på etterspørselssiden av markedet. Tredjepartsfinansiering, i form av full helseforsikring, gir opphav til skjulte handlinger både ex ante og ex post, og disse formene for atferdsrisiko vil jeg analysere nærmere i kapittel 3.3 og 3.4. Først vil jeg imidlertid se på to andre former for markedssvikt som kan oppstå i forbindelse med helseforsikring, og som begge gir effektivitetstap sammenlignet med den optimale løsningen. Det første er profitt og administrasjonskostnader, det andre er ugunstige, eller skjeve, utvalg.

Profitt og administrasjonskostnader i forsikringsbransjen

Normalt sett tar et forsikringsselskap administrasjonsgebyr eller ulike typer påslag som øker premien. En aktuarisk rettferdig premie innebærer at forsikringsselskapet går i null. Profittmaksimerende selskap med en viss grad av markedsmakt vil derfor øke prisen den forsikrede må betale. Dersom premien er høyere enn den aktuarisk rettferdige, vil forventet inntekt bli lavere med forsikring enn uten. Dette kan gjøre at konsumentene etterspør mindre enn full dekning, og vi får dermed et velferdstap - gitt ved lavere forventet nytte. Grunnen til at mange allikevel kjøper forsikring, er deres holdninger til risiko. Folk er villige til å betale mer enn den aktuarisk rettferdige premien for å slippe risikoen for uventede medisinske utgifter. Hvor mye ekstra de er villige til å betale omtales som risikopremien, og er gitt ved avstanden A-C i figur 3.1.1. Risikopremien er større jo mer risikoavers individene er.

Ugunstige utvalg

Som jeg har vært inne på, er risikospredning den grunnleggende ideen bak forsikring. Men for at det skal være mulig å tilby forsikring, må premiene i gjennomsnitt reflektere forsikringstakernes risiko (Stiglitz, 2000 m.fl.). Hvis forsikringsselskapet setter en for lav premie, vil innbetalingene bli lavere enn de forventede fremtidige utbetalingene, og selskapet vil gå i minus. Hvis premien er for høy, mister selskapet kunder med lav risiko. For å kunne sette en riktig premie, må forsikringsselskapet derfor ha korrekt informasjon om kjøpernes sykdomsrisiko. Dette er ikke alltid tilfelle.

Manglende tilgang til informasjon gjør risikovurdering vanskelig for forsikringsselskapene. Informasjonsproblemene kan være knyttet til atferd eller til type. For det første har folk ulik sykdomsrisiko som skyldes genetiske og arvelige forhold. Vi sier da at risikoforskjellene er eksogent gitt; eller utenfor individets kontroll (Rees, 1989).

For det andre kan folk ta ulike valg når det kommer til livsstil og helseatferd. Noen lever sunt og mosjonerer for å ta vare på helsa, mens andre røyker og drikker store mengder alkohol uten å tenke på konsekvensene. Dette påvirker igjen sannsynligheten for sykdom, og dermed den premien de - ut fra effektivitetshensyn - burde ha stått overfor. Videre kan det å være forsikret virke inn på tilbøyeligheten til å ta sjanser, for eksempel å drive med ekstremsport.

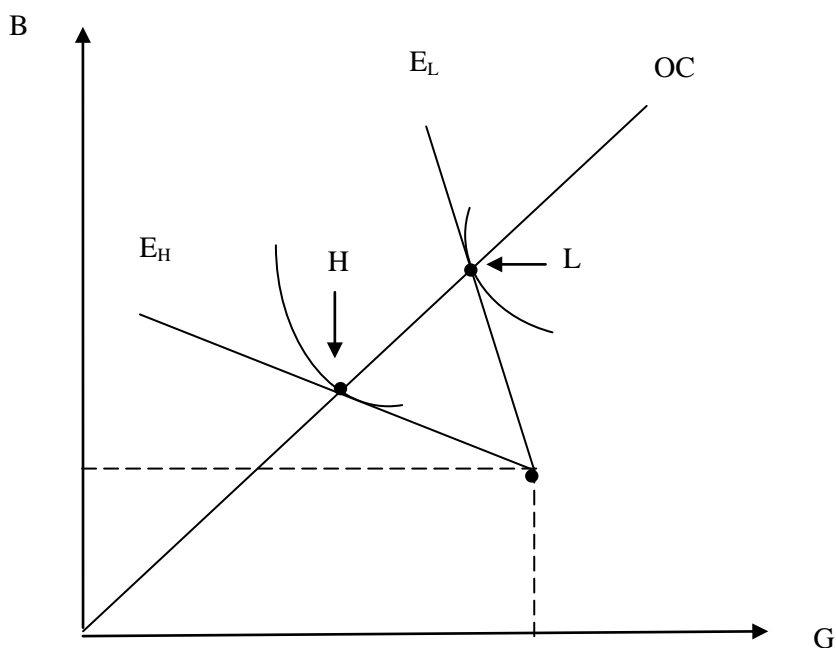
Det første tilfellet fører til markedssvikt i form av ugunstige utvalg. Problemet med asymmetrisk informasjon er her at forsikringsselskapet ikke har kjennskap til hvilke kunder som tilhører hvilken risikogruppe. Det andre tilfellet er knyttet til skjulte handlinger ex ante. Forsikring kan redusere insentivene til forebygging, men på grunn av informasjonsasymmetrien er det vanskelig for

forsikringsselskapene å verifisere hvorvidt dette finner sted. Resultatet er i begge tilfeller at premiene ikke kan risikojusteres, og vi får en ineffektiv løsning.

Ugunstige, eller skjeve, utvalg¹⁸ er knyttet til variasjoner i eksogent gitt sykdomsrisiko (Cutler & Zeckhauser, 1999). Vi har et ugunstig utvalg av forsikringstakere når de med lavest risiko velger å stå utenfor forsikringsordningen, mens kun de med høy risiko velger å benytte seg av den (Arrow, 1963). Denne risikoseleksjonen oppstår som følge av skjevfordelt informasjon mellom forsikringstaker og forsikringstilbyder, og fører til økonomiske tap for sistnevnte dersom de ikke finner måter å avsløre de ulike risikogrupperne¹⁹.

I befolkningen vil det alltid være stor forskjell i folks sannsynlighet for å bli syke. For å forenkle problemet, kan vi anta at vi har to befolkningsgrupper: en lavrisikogruppe (L- gruppen) og en høyrisikogruppe (H- gruppen). H- gruppens sykdomsrisiko er høyere enn L- gruppens: $q_H > q_L$. I figur 3.2.1 er dette illustrert ved to ulike budsjettlinjer basert på ulik sykdomsrisiko - en for L- gruppen, og en for H- gruppen.

Dersom forsikringsselskapene har full informasjon om hvem som er hvem, kan de risikojustere premiene slik at hver av de to gruppene oppnår ulike kontrakter. Lavrisikogruppen tilbys kontrakten $K_L = (q_L C, C)$, mens H-gruppens kontrakt er gitt ved $K_H = (q_H C, C)$. De med høyest risiko betaler en høyere premie, og på den måten kan selskapet tilby full og rettferdig forsikring til alle (dvs. kompensasjonen er lik det økonomiske tapet, $C=L$, og premien er aktuarisk rettferdig).



Figur 3.2.1. Risikojusterte premier

Problemet i forsikringsbransjen er nettopp at dette ikke er mulig, da livsstil – og dermed til en viss grad sykdomsrisiko - er privat informasjon for hvert individ. Selv om forsikringsselskapene vet

¹⁸ Best kjent som "adverse selection"

¹⁹ Problemet med ugunstige utvalg i forsikringsmarkedet ble presentert av Rothschild og Stiglitz (1976). De viste at informasjonsskjevheter kan føre til velferdstap ved at lavrisikoindivider får for lite forsikring, og i verste fall føre til at forsikringsmarkedet bryter sammen

omtrent hvor stor andel av befolkningen som er i hver risikogruppe, kan de ikke identifisere hvem som er H og hvem som er L. Individuer med høy risiko for å bli syk, kan da utgi seg for å ha en lav sykdomsrisiko, og på den måten oppnå en lavere forsikringspremie. H- gruppen vil med andre ord kjøpe L- gruppens kontrakter, og forsikringsselskapet vil gå i minus.

En måte å løse dette problemet på er å tilby en og samme kontrakt til alle, basert på den gjennomsnittlige sykdomsrisikoen. Høyrisikoindividene vil synes dette er et godt tilbud, fordi premien er lavere enn forventede tap. L- gruppen vil imidlertid oppleve avtalen som lite attraktiv, og de vil kunne svare ved å trekke seg ut av markedet. Forsikringsselskapet blir kun sittende igjen med de med høy risiko, og vi får dermed et ugunstig utvalg. For å hindre underskudd, vil selskapet øke premiene, og de beste blant de dårlige forsvinner fra markedet. Til slutt kan det ende med at premien må settes så høyt at alle trekker seg ut. Forsikringsmarkedet bryter sammen.

Et annet alternativ er å tilby L- gruppen mindre enn full forsikringsdekning. Kontrakten blir da lite attraktiv for H- gruppen, og de vil heller velge å kjøpe den forsikringen som er ment for deres type. Resultatet blir i begge tilfeller at L- gruppen må bære kostnadene ved informasjonsasymmetrien; vi kan si at H- gruppen påfører L- gruppen en ekstern virkning.

Det er generelt to betingelser som må være oppfylt for at det skal være mulig å tilby forsikring i situasjoner hvor kundene sitter med privat informasjon om egen risiko:

1. Individene må ha det minst like bra - målt ved forventet nytte - med forsikring som uten.
2. Hver risikogruppe må foretrekke den kontrakten som er ment for dem.

Det viktige er at høyrisikogruppen ikke kjøper den kontrakten som er tilpasset lavrisikogruppen.

Hurley (2000) omtaler dette som hhv. "deltakerbetingelsen" og "insentivbetingelsen".

Rothschild og Stiglitz (1976) argumenterer for at dersom kundene selv kan velge mellom kontrakter med ulike egenandeler og forsikringsdekninger, vil seleksjonsproblemet kunne løses.

Forsikringstakerne vil da sortere seg selv, i den forstand at de med lav sykdomsrisiko velger ordninger med høye egenandeler og lav premie, mens individer med høy risiko heller vil betale mer i premie for å slippe egenandeler når de først blir syke. På den måten vil vi gjennom valget av kontrakt få avslørt en del av den private informasjonen.

I praksis løser forsikringsselskapene informasjonsproblemet ved å innhente så mye informasjon som mulig om individenes sykdomsrisiko, gjerne gjennom genetiske tester. Dette er imidlertid omstridt, og blir til syvende og sist et spørsmål om hvor langt vi skal gå for å sikre effektive løsninger. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 3.5.

Atferdsrisiko

Den kanskje viktigste formen for markedssvikt i forsikringsbransjen går under betegnelsen "skjulte handlinger" eller "atferdsrisiko", og er et resultat av at forsikringstakerens atferd ikke er observerbar for forsikringsselskapet.

Et velkjent fenomen i helseøkonomilitteraturen er at forsikring gir insentiver til å endre atferd eller foreta handlinger man ellers ikke ville ha gjort (se for eksempel Pauly, 1986). Dette kan være aktiviteter både før (ex ante) og etter (ex post) at man har blitt syk. Kort fortalt kan forsikring redusere

insentivene til å drive forebygging, eller øke etterspørselen etter helsetjenester når man først har blitt syk.

Eksempelvis kan det at man er forsikret mot de økonomiske tapene ved beinbrudd føre til at man tar større risiko i alpinbakken enn det man ellers ville gjort. Alternativt kan gratis forbruk av helsetjenester gjøre at man etterspør mer enn dersom man måtte betale den fulle prisen.

I den helseøkonomiske litteraturen omtales dette som atferdsrisiko, skjulte handlinger eller moralsk hasard (Cutler & Zeckhauser, 1999, Hurley, 2000 m.fl.). Uttrykket kommer av at forsikringstakeren får insitament til å endre sin atferd når ulykkeskostnadene kan veltes over på forsikringsselskapet.

I eksemplene over kalles den første typen atferdsrisiko for ex ante moralsk hasard, den andre typen ex post moralsk hasard (Zweifel & Manning, 2000 m.fl.). Slike skjulte handlinger gir opphav til effektivitetstap, og må veies opp mot de velferdsgevinstene forsikring gir.

Det er disse avveiningene jeg først og fremst vil se på i denne delen av oppgaven. I resten av dette kapitlet vil jeg derfor anta at utvalgspørsmålet løses gjennom universelle forsikringsordninger, og fokusere på atferdsproblemer som oppstår uavhengig av om forsikringsordningene er private eller offentlige.

3.3. Atferdsrisiko ex ante

Som nevnt ovenfor kan helseatferden endres som følge av at man er forsikret. Skjulte handlinger ex ante er en samlebetegnelse på situasjoner der forsikringstakeren ved sin egen atferd kan påvirke størrelsen på selskapets forventede tap på måter forsikringsselskapet ikke kan observere eller kontrollere. En måte dette kan skje på er ved at forsikring reduserer insentivene til forebygging.

Med forebyggende tiltak menes tiltak som reduserer sannsynligheten, q , for at skaden skal inntreffe (Erlandsen og Iversen, 1998). Jeg vil i denne delen av oppgaven anta at forsikringstakeren gjennom forebygging til en viss grad kan påvirke hvordan helsetilstanden utvikler seg. For eksempel kan man gjennom genetiske tester og familiære sykdomshistorier kartlegge hvilke sykdommer man har økt risiko for. Et godt eksempel på dette i dagens samfunn er forekomsten av hjerte- og karsykdommer. Dersom man vet at man er arvelig disponert for disse, kan man redusere sykdomsrisikoen betraktelig ved å mosjonere, spise sunt, ta blodtrykkssenkende medisiner og unngå røyking.

Jeg vil nå analysere individets optimale valg av forebyggingsinnsats i tre ulike tilfeller, og gjennom dette diskutere hva som vil være optimal forsikringsdekning:

1. Optimalt valg av forebyggende innsats dersom individet ikke er forsikret
2. Individets valg av forsikring og forebyggingsinnsats gitt symmetrisk informasjon
3. Optimal tilpasning dersom forebygging er privat informasjon for individet

Det er informasjonsasymmetrien i det siste tilfellet som gir opphav til atferdsrisiko ex ante. Dette kan analyseres ut fra et prinsipal-agent forhold mellom pasienten og forsikringsselskapet, hvor sistnevnte ikke kan observere individets forebyggingsinnsats. Forsikringstakeren kan utnytte dette til sin egen fordel, slik at han oppnår lavere premie.

1. Tilpasning uten forsikring

Jeg vil i det følgende anta at forebygging (e) reduserer sykdomsrisikoen:
 $q=q(e)$, $q'(e)<0$, $q''(e)>0$

Men det er også en kostnad (gitt ved e kroner) forbundet med slik innsats, for eksempel utgifter til treningsstudio og et sunt kosthold. Forebyggende aktiviteter reduserer dermed disponibel inntekt. Uten forsikring vil individets valg av forebygging være en avveining mellom disse kostnadene og nytten ved en slik investering.

Inntekten i de to tilstandene kan nå defineres på følgende måte:

$$G = W - e$$

$$B = W - e - L$$

G er som tidligere inntekten individet sitter igjen med i frisk tilstand, mens B er inntekten dersom individet rammes av sykdom. L angir det økonomiske tapet ved sykdom, mens W er den initiale inntekten.

Individet velger optimalt nivå på forebygging ved å maksimere forventet nytte ($mhp.e$):

$$\text{Max } EU_e = q(e)U(B) + (1-q(e))U(G)$$

$$=q(e)U(W- e - L) + (1-q(e))U(W- e)$$

$$\text{FOC: } \frac{\partial EU}{\partial e} = q'(e)U(B) + q(e)U'(B)(-1) + (-q'(e))U(G) + (1-q(e))U'(G)(-1) = 0$$

$$\leftrightarrow -q'(e)[U(G)- U(B)] = q(e)U'(B) + (1-q(e))U'(G)$$

Investering i forebygging har som sagt to virkninger på forventet inntekt og nytte.

Zweifel og Breyer (1997) omtaler venstre side av denne likheten som expected marginal benefit (EMB). Dette gir et uttrykk for den positive effekten av å forebygge, ved at sannsynligheten for et dårlig utfall reduseres. Høyre side (expected marginal utility, EMU) er virkningen av redusert disponibel inntekt. Individet har mindre penger igjen til annet forbruk, og EMU er derfor et uttrykk for kostnadene ved å investere i forebygging. Individet veier altså de positive effektene mot de negative, og optimal forebygging fremkommer ved likhet mellom forventet marginal nytte og forventet marginal kostnad. Vi ser ut fra dette at individet velger å investere mer i forebygging desto større tapet ved sykdom er (desto større forskjellen mellom $U(G)$ og $U(B)$ er), og jo sterkere effekt forebygging har på sannsynligheten for å bli syk, gitt ved $q'(e)$. I realiteten vil også det økonomiske tapet ved sykdom, L , kunne påvirkes av e , og dette vil øke insentivene til forebygging.

2. Forsikringselskapet kan observere individets forebyggingsinnsats (symmetrisk informasjon)

Dersom individet på den annen side får tilbud om å kjøpe forsikring, kan dette virke inn på insentivene til å forebygge. Men dette avhenger av om forsikringselskapet har full informasjon om individets atferd eller ikke. Ved symmetrisk informasjon vil forsikringselskapet kjenne individets forebyggingsinnsats, og kan dermed sette premien i henhold til dette.

Dersom forsikringselskapet kan verifisere individets forebyggingsinnsats, har tilgangen til forsikring to effekter: For det første gjør det forebygging mindre attraktivt fordi individet ikke lenger står overfor de økonomiske tapene ved sykdom. På den annen side kan individet oppmuntres til forebygging fordi nivået på den risikoreduserende innsatsen påvirker forsikringspremien. Ved å investere e kr i forebygging, reduseres sannsynligheten for sykdom fra q_0 til q_e ($q_e < q_0$). Den aktuarisk rettferdige premien, $p=q(e)C$, reduseres da fra $p=q_0C$ til $p=q_eC$.

Inntekten i de to tilstandene er nå:

$$G = W - e - p$$

$$B = W - e - L - p + C,$$

hvor p er den aktuarisk rettferdige premien og C er størrelsen på kompensasjonen.

Individet maksimerer igjen forventet nytte, og har nå to beslutningsvariabler: e og C (dvs. hvor mye han skal investere i forebygging, og hvor høy forsikringsdekning han skal ha).

$$\text{Max } EU_e = q(e)U(W - e - L - q(e)C + C) + (1-q(e))U(W - e - q(e)C)$$

FOC:

$$\frac{\partial EU}{\partial e} = q'(e)U(B) + q(e)U'(B)(-q'(e)C - 1) + (-q'(e))U(G) + (1 - q(e))U'(G)(-q'(e)C - 1) = 0$$

$$\leftrightarrow q'(e)[U(B) - U(G)] = (1 + q'(e)C)[q(e)U'(B) + (1 - q(e))U'(G)]$$

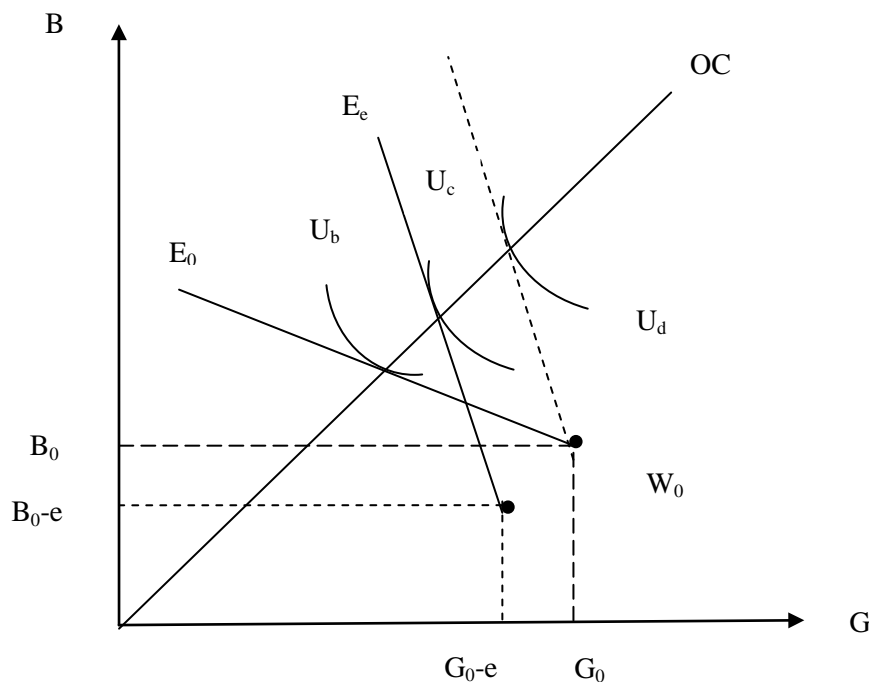
Vi ser at venstre side og siste delen av høyre side er de tilsvarende uttrykkene for EMB og EMU som i tilfellet uten forsikring. Vi kan derfor omskrive dette til:

$$\leftrightarrow \text{EMB} = (1 + q'(e)C)\text{EMU}$$

Det som skiller denne fra optimalitetsbetingelsen i tilfelle 1 er leddet $q'(e)C$, som er et uttrykk for den virkningen investering i forebygging har på premien. Jo høyere forebyggingsinnsats, desto lavere premie.

Jeg har tidligere vist at individet vil velge full forsikringsdekning dersom premien er aktuarisk rettferdig. Dette innebærer at $B=G$, og dermed at $U(B) = U(G)$. Venstre side av uttrykket blir da lik 0. For at likheten skal holde, må $q'(e)C = -1$. Tolkningen av dette er at reduksjonen i premien ved å investere 1 kr ekstra i forebygging (gevinsten) må være nøyaktig lik kostnaden ved å forebygge: nemlig den ekstra kronen brukt på forebygging, som reduserer annet forbruk.

Dersom vi antar at det bare finnes ett nivå på forebygging (e), kan vi illustreres tilpasningen på følgende måte i et B-G diagram:



Figur 3.3.1. Atferdsrisiko ex ante

Individet kan investere e kr i forebygging, og $G_0 - e$ og $B_0 - e$ er derfor den disponible inntekten man sitter igjen med dersom man velger å forebygge. E_0 og E_e er de tilsvarende budsjettlinjene. Helningen på E_0

er som før gitt ved $-(1-q_0)/q_0$. E_e er brattere enn E_0 fordi forebygging reduserer sannsynligheten for å bli syk. Helningen på denne kurven er dermed gitt ved $-(1-q_e)/q_e$.

Ved symmetrisk informasjon kan forsikringsselskapet tilby ulike kontrakter avhengig av forebyggingsinnsatsen: Kontrakten $b=(q_0L, L)$, mens kontrakten $c=(q_eL, L)$.

Kontrakten b (som svarer til forventet nytte U_b) gis til dem som ikke forebygger, mens kontrakt c er for dem som velger å gjøre en slik innsats. Begge grupper tilbys dermed full forsikring til en premie som tilsvarer deres sykdomsrisiko.

De som velger å forebygge blir dermed premiert med en lavere forsikringspremie, og totalt sett øker dette den forventede nytten fra U_b til U_c . Fordi $U_c > U_b$ vil alle rasjonelle individer velge å forebygge. Så ved symmetrisk informasjon i markedet, vil vi få det optimale resultatet sett fra samfunnets side: Vi får eliminert den økonomiske risikoen gjennom full forsikringsdekning, samtidig som individene investerer i forebygging.

3. Forsikringsselskapet kan ikke observere forebyggingsinnsatsen (asymmetrisk informasjon)

Dersom forebyggingsinnsatsen derimot kan holdes skjult for forsikringsselskapene, kan de ikke lenger risikojustere premiene. Grunnet fordelaktig informasjon kan forsikringstakeren hevde at han driver med forebyggende aktivitet uten at han i realiteten gjør det. Selskapet på sin side, kan ikke verifisere om vedkommende snakker sant eller ikke. Det er dette som er grunnlaget for skjulte handlinger *ex ante*.

Når det ikke er mulig for forsikringsselskapet å skille de to handlingene fra hverandre, vil alle velge kontrakten $c=(q_eL, L)$, selv om de ikke investerer i forebygging. Informasjonsskjevheten gjør derfor at det er mulig for individene å oppnå nyttenivået U_d i figuren, som er høyere enn både U_c og U_b . Rasjonelle aktører vil da ikke velge å forebygge, men likevel oppnå den beste kontrakten. Resultatet er at selskapet vil lide økonomiske tap som følge av at premien settes for lavt i forhold til den virkelige risikoen hver enkelt har. Forventet profitt for selskapet er nå gitt ved $\pi = q_eL - q_0L < 0$, hvor q_eL er innbetalt premie, mens q_0L er forventet utbetaling. U_d er dermed ingen likevekt, og resultatet er til syvende og sist at man ikke kan tilby full og rettferdig forsikring til alle.

Jeg vil nedenfor diskutere hva forsikringsselskapet kan gjøre for å overkomme de uheldige effektene av atferdsrisiko i dette tilfelle.

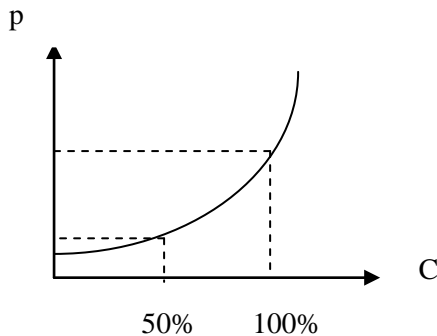
3.3.1. Mulige løsninger på *ex ante* problemet

For å unngå å gå med tap, kan forsikringsselskapet sette premien ut fra et gjennomsnitt for hele befolkningen. Alle betaler da det samme, og premien reflekterer ikke lenger individuell risiko, men en gjennomsnittlig sannsynlighet for alle som deltar i forsikringsfelleskapet.

For de som forebygger - og dermed har en lavere risiko enn gjennomsnittet - vil premien da oppfattes som for høy. Vi kan si at det er denne gruppen som må betale for atferdsproblemer i markedet, på samme måte som individene med eksogen lav sykdomsrisiko må bære kostnadene ved utvalgsproblemet. Det er mer eller mindre slik den obligatoriske helseforsikringen fungerer. Det er utvilsomt en sammenheng mellom helse og livsstil, noe som ikke reflekteres i det beløpet vi betaler inn til folketrygden. Implikasjonene av dette kommer jeg tilbake til i kapittel 3.5.

En annen løsning på atferdsproblemer er å lage kontrakter som gjør at individene selv - ut fra lønnsomhetsbetraktninger - tilpasser seg på en ønskelig måte. Utfordringen for forsikringsselskapet er da å gi individene riktige insentiver, slik at de faktisk velger å forebygge. Jeg vil se på to ulike måter dette kan gjøres på:

1. Premier som øker progressivt med forsikringsdekningen



Dette er en type kontrakt som er utformet slik at premiene, p , øker mer enn proporsjonalt med nivået på kompensasjonen, C . 100% dekning gir i dette tilfellet over dobbelt så høy premie som ved 50% dekning, og mange vil da ikke finne det lønnsomt å velge full forsikring. Når de tar den høye premien i betraktning, vil de heller substituere med høyere egenbetaling, eller alternativt en bedre forebyggingsinnsats. Resultatet kan bli at vi får skilt de to gruppene fra hverandre gjennom valget av forsikringsdekning. De som investerer i forebygging vet at de har en god helse, og dermed en lavere sannsynlighet for å bli syk. Denne gruppen vil derfor bære en del av risikoen selv i form av mindre enn full kompensasjon. Individuer som røyker mye, og driver med fallskjermhopping og fjellklatring i helgene, vil kanskje derimot være villige til å betale den høye premien for full forsikringsdekning.

Utfordringen ved dette i praksis er å hindre at forsikringstakerne kombinerer mange forsikringskontrakter, som alle gir små dekningsnivåer. Individene kan da kjøpe flere små forsikringer som dekker ulike sykdomstilfeller, og insentivproblemet blir følgelig bare spredd på flere selskaper.

2. Tilby mindre enn full kompensasjon

Mens kontraktene med progressive premier spiller på individenes egne lønnsomhetsbetraktninger, kan forsikringsselskapene selv også sette en maksimumsgrense for hvor mye av tapet de dekker. Dette kan de gjøre ved å tilby mindre enn full dekning, slik at individene må bære en del av tapet selv. På denne måten deles den finansielle risikoen mellom selskapet og forsikringstakerne. Fordi forebygging reduserer sannsynligheten for et uheldig utfall, vil den delen av tapet ($L - C$) man ikke er forsikret mot, gi individet insentiver til å investere i forebygging. Jo lavere kompensasjon, desto sterkere motivasjon for å ta vare på helsen.

Spørsmålet forsikringsselskapet må ta stilling til er dermed hvor høyt kompensasjonsbeløpet kan settes uten at individene gis insentiver til å oppføre seg på en uønsket måte eller å oppgi et usant

forebyggingsnivå. Som i situasjonen med ugunstige utvalg, er det to betingelser som må være oppfylt for at det skal være mulig å tilby forsikring:

1. **Deltakerbetingelsen:** Individene må ha det minst like bra, målt ved forventet nytte, med forsikring som uten.
2. **Insentivbetingelsen:** Nivået på kompensasjonen må være slik at det er mulig å oppnå et høyere nyttenivå ved å forebygge enn uten. Det må med andre ord være lønnsomt for forsikringstakerne å investere i forebygging.

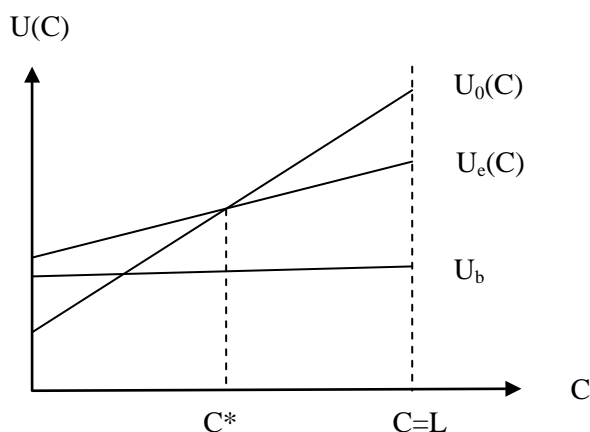
Dersom vi antar at det kun er ett nivå på forebygging (lik e kroner) og at premien er aktuarisk rettferdig ($p = q_e C$), kan vi uttrykke forventet nytte ved å investere i forebygging på denne måten:

$$U_e(C) = q_e U(W - e - q_e C - L + C) + (1 - q_e) U(W - e - q_e C)$$

Tilsvarende er forventet nytte ved å "jukse", dvs. å kjøpe den beste forsikringskontrakten uten å investere i forebygging ($e=0$), gitt ved:

$$U_0(C) = q_0 U(W - q_e C - L + C) + (1 - q_0) U(W - q_e C)$$

Den variabelen forsikringsselskapet kan påvirke er C . I teorien er derfor utfordringen å finne den høyeste verdien på C , C^* , som er slik at $U_e(C)$ er større eller lik $U_0(C)$. Vi antar som sagt at jo mer av tapet man må bære selv, desto sterkere insentiver til å investere i forebygging. Dersom $C > C^*$, vil det imidlertid være mest lønnsomt å jukse, da $U_e(C) < U_0(C)$ for alle verdier av $C > C^*$. Dette kan illustreres på følgende måte:



Figur 3.3.2. Insentiver og grad av forsikringsdekning

For at individene i det hele tatt skal kjøpe forsikring, må forventet nytte U_b (se figur 3.3.1) overstige forventet nytte uten forsikring. Dette tilsvarer deltakerbetingelsen (1) ovenfor. Fordi kontrakten b gjør at forsikringsselskapet går i null, vil alle kunne oppnå nyttenivået U_b . En kontrakt med delvis kompensasjon må derfor gjøre det bedre enn dette. Vi kan kalle det en utvidet deltakerbetingelse, ved at $U_e(C) > U_b$. Den andre betingelsen, insentivbetingelsen, innebærer som sagt at $U_e(C) > U_0(C)$. C^* er det høyeste nivået på C som tilfredsstill disse to kravene, og en kontrakt ($q_e C^*$, C^*) - med $C^* < L$ - er derfor en likevektskontrakt.

3.4. Atferdsrisiko ex post

Vi har til nå sett på insentiver og informasjonsproblemer som oppstår i en ex ante situasjon. Men helseforsikring kan også påvirke aktørenes atferd etter at sykdom har oppstått. Dersom konsumentene selv betaler for et gode, vil det være en sammenheng mellom betalingsvillighet og nytte. Full forsikring innebærer imidlertid at pasientene ikke stilles overfor den sanne prisen ved behandling og forbruk av helsetjenester. Egenbetalingen er med andre ord null, og konsumentene blir dermed oppmuntret til å etterspørre flere og bedre helsetjenester enn det de ellers ville gjort. Det er dette som omtales som atferdsrisiko, eller skjulte handlinger, ex post²⁰, og betyr i økonomisk sammenheng at nytteverdien av forbruket er mindre enn marginalkostnadene ved å frembringe dem (Pauly, 1986). Konsekvensene av forsikring kan derfor bli at utgiftene til helsetjenester blir større enn det som er optimalt sett fra samfunnets side. Dette kan være særlig aktuelt dersom pasientene har valget mellom billige og dyre behandlingsmetoder, uten at sistnevnte har noen klare medisinske helseeffekter.

To sentrale problemstillinger i den helseøkonomiske debatten er hvorvidt det er optimalt eller ønskelig å ha full forsikringsdekning, og eventuelt hvor høye egenandelene bør være. Jeg skal i resten av dette kapitlet analysere og drøfte disse to spørsmålene.

3.4.1. Forsikringstype og effektivitetsegenskaper

Det er spesielt to spørsmål jeg vil se nærmere på i dette kapitlet:

- Hva er effektivitetstapet ved gratis forbruk?
- Hvilke forsikringstyper gir det beste resultatet?

Dette vil jeg analysere ved å sette opp en modell for optimal helseforsikring og etterspørsel etter helsetjenester. Det er spesielt to ulike typer helseforsikringer som benyttes: De som gir et kontantbeløp ved sykdom, og de som betaler for den behandlingen du mottar. Vi skal se at disse to forsikringstypene har svært ulike egenskaper med hensyn til effektivitet.

Indemnity-forsikring er en forsikringstype hvor kompensasjonen er uavhengig av hva behandlingen faktisk koster (Pauly, 2000 m.fl.). Forsikringstakeren får da utbetalt en lump-sum erstatning - et bestemt pengebeløp - dersom et uheldig utfall skulle inntreffe. Han får med andre ord pengene rett i hånda, og kan i utgangspunktet bruke dem på hva han vil. Størrelsen på dekningen er videre differensiert etter sykdomstilstand og diagnose (Cutler & Zeckhauser, 1999). Pasientene vil dermed bli utsatt for økonomisk risiko dersom de påløpte kostnadene ved behandling blir større enn den forhåndsbestemte satsen. Vi kan kalle denne forsikringstypen "kontantutbetalingsforsikring".

De fleste former for helseforsikring er imidlertid ikke av denne typen. Når vi går til lege eller havner på sykehus, betales som regel regningen direkte av folketrygden. Pasienten får dermed ingen penger utbetalt, men er heller ikke utsatt for økonomisk risiko dersom behandlingens kostnader skulle overstige det forventede beløpet. I den helseøkonomiske litteraturen kalles denne forsikringstypen "medical service insurance" eller "service benefit insurance" (Cutler & Zeckhauser, 1999, Zweifel & Breyer,

²⁰ Ex post moral hazard (se for eksempel Zweifel & Manning, 2000, Zeckhauser, 1969 m.fl.).

1997). Jeg vil i det videre omtale det som ”vanlig helseforsikring” eller ”behandlingsforsikring”, da dette er den vanligste betegnelsen i norsk sammenheng²¹.

I det private markedet i Norge tilbys to typer forsikringer: behandlingsforsikring og kritisk- eller alvorlig- sykdomsforsikring (Askildsen et al., 2006). En behandlingsforsikring garanterer rask behandling, slik at man slipper å stå i kø. Den dekker utgifter til operasjon og medisinsk behandling på private sykehus og hos spesialister. Det er med andre ord forsikringsselskapet som kjøper pasientene ut av helsekøen, og som organiserer den videre behandlingen.

Kritisk sykdomsforsikring er på den annen side en kontantutbetalingsforsikring. Den forsikrede får da utbetalt et forhåndsbestemt beløp dersom det blir stilt en diagnose som er dekket av avtalen. Dette dreier seg oftest om alvorlige sykdommer som kreft, hjerte- karsykdommer og lignende, og utbetaling vil skje uavhengig av om det oppstår uførhet eller død som følge av sykdommen (NOU 1999:20). Pasienten står helt fritt til å disponere den utbetalte summen, for eksempel til å dekke privat behandling, reise eller faste utgifter i sykdomsperioden, men har ingen behandlinggaranti.

Modell

For å analysere effektivitetstapene ved full helseforsikring; og de ulike forsikringstypenes effektivitetsegenskaper, vil jeg benytte en modell som kombinerer elementer fra Zweifel og Breyer (1997) og Léger (2008).

Symbolforklaringer:

W= initial inntekt

B= inntekten hvis syk

(G= inntekten hvis frisk)

x= mengde helsetjenester

P= pris per helsetjeneste

h= Px= totale medisinske behandlingstkostander/utgifter til behandling

(p= premien (hvor jeg som tidligere antar at $p=qC$, dvs. aktuarisk rettfærdig premie))

H= helsestatus/helsetilstand

θ = sykdommens alvorlighetsgrad

C= engangsbeløp utbetalt av forsikringsselskapet/kontantbeløp ved sykdom

Zweifel og Breyer (1997) benytter en modell med to ulike nyttefunksjoner (én i frisk tilstand, og én i syk tilstand), hvor formålet er å vise hva som er det optimale valget av forsikringskontrakter i en ex ante situasjon. De antar da at marginalnyttens av forbruk - eller inntekt - i frisk tilstand, er større enn marginalnyttens av inntekt i syk tilstand. De to nyttefunksjonene er med andre ord tilstandsavhengige. Et resultat av dette er at utbetalingen fra forsikringsselskapet må overstige den summen behandlingen faktisk koster, da individet trenger et større beløp for å være på samme nyttenivå som i frisk tilstand²². I den videre analysen vil jeg derimot konsentrere meg om kjernen i ex post problemet, nemlig hvilken

²¹ Se f.eks <http://www.dinside.no/1349/trenger-du-sykeforsikring> eller <http://www.dinside.no/1725/hvilken-helseforsikring>

²² Omtalt som ”utility risk”. For eksempel vil en som brykker armen kunne trenge en høyere inntekt for å være på samme nyttenivå som før

betydning forsikringsutbetalingen har for pasientens valg av omfang og nivå på helsetjenestene²³. Jeg vil med andre ord ta utgangspunkt i en ex post- tilstand; at sykdom allerede har inntruffet. Sannsynligheten for et dårlig utfall er derfor ikke lenger relevant; heller ikke sammenhengen mellom forebygging, sykdomsrisiko og størrelsen på premien.

Jeg vil anta at individets nytte avhenger av - og øker med - helsestatusen (H) og disponibel inntekt - eller forbruksmulighetene - (B):

$$U = U(H, B), \quad \frac{\partial U}{\partial H} > 0, \quad \frac{\partial U}{\partial B} > 0$$

Helsetilstanden avhenger videre av sykdommens alvorlighetsgrad og av hvor mye helsetjenester, eller behandling, som gis:

$$H = f(\theta, x)$$

Helsen - og dermed nytten - antas å være en avtakende funksjon av alvorlighetsgrad, og en stigende funksjon av medisinsk behandling:

$$\frac{\partial f}{\partial \theta} < 0, \quad \frac{\partial f}{\partial x} > 0$$

Individets beslutningsproblem består i å finne den kombinasjonen av utgifter til helsetjenester og annet forbruk som maksimerer nytten. Ut fra dette vil jeg se på individets tilpasning - valg av helsetjenester - i tre ulike tilfeller:

1. Uten forsikring
2. Med kontantutbetalingsforsikring
3. Med behandlingsforsikring

1. Uten forsikring

Uten forsikring benytter individet en andel Px på helsetjenester, og den gjenstående disponible inntekt er gitt ved $B = W - Px$. Maksimeringsproblemet består nå i å velge det antall medisinske tjenester (x) som maksimerer nytten:

$$\text{Max}_x \quad U(H, B) = U(f(\theta, x), W - Px)$$

$$\text{FOC:} \quad \frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x} + \frac{\partial U}{\partial B} (-P) = 0$$

²³ Jeg kan derfor se bort fra nyttefunksjonen i frisk tilstand, og vi får et standard maksimeringsproblemet uten sannsynlighetsfordelinger

$$\leftrightarrow \frac{\frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x}}{\frac{\partial U}{\partial B}} = P \quad 1.1$$

$$\leftrightarrow \frac{\frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x}}{P} = \frac{\partial U}{\partial B} \quad 1.2$$

1.1 gir oss den kjente likheten mellom subjektivt bytteforhold og pris²⁴.

Optimal avveining er kjennetegnet ved at marginal betalingsvilje for helsetjenester, gitt ved hvor mye inntekt en ex post er villig til å gi opp per enhets økning i x , akkurat er lik hva en marginal helsetjeneste koster. En annen måte å si det på er at nytteøkningen per krone skal være den samme i begge retninger (ligning 1.2). Den siste kronen skal med andre ord kaste like mye av seg uansett hvor den blir brukt, dvs. til annet forbruk (gitt ved B) eller til helsetjenester (x).

Den avveiningen individet står overfor er derfor av typen marginal gevinst (MB) mot marginal kostnad (MC). Kjøp av helsetjenester har en positiv effekt i form av bedre helse, som igjen øker nytten. Den negative effekten er at den disponible inntekten reduseres, og individet har dermed mindre penger igjen til annet forbruk.

2. Med kontantutbetalingsforsikring

Individet betaler nå en premie²⁵ til forsikringsselskapet, og får utbetalt et gitt beløp, C , avhengig av hvilken diagnose som stilles. Disponibel inntekt, gitt at diagnosen slår til, er da gitt ved:

$$B = W - p + C - Px$$

Og beslutningsproblemet består i å:

$$\text{Max}_x \quad U(H, B) = U(f(\theta, x), W - p + C - Px)$$

$$\text{FOC:} \quad \frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x} + \frac{\partial U}{\partial B} \frac{\partial B}{\partial x} = 0$$

$$\leftrightarrow \quad \frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x} + \frac{\partial U}{\partial B} (-P) = 0$$

Vi ser at dette er den samme optimumsbetingelsen som i tilfellet uten forsikring, og individet står derfor overfor den samme avveiningen: MB - økt nytte som en følge av bedret helsetilstand - mot MC - mindre penger igjen til annet forbruk.

²⁴ Vi ser da på relativ pris, hvor prisen på forbruk er satt til 1

²⁵ Antar at denne premien er uavhengig av eksogen sykdomsrisiko og forebyggingsinnsats

Intuitivt skulle man tro at det å være forsikret ville øke etterspørselen etter helsetjenester. Hele atferdsproblemet i ex post sammenheng er jo knyttet opp mot dette mulige overkonsumet. Grunnen til at vi i dette tilfelle får et optimalt resultat sett fra samfunnets side - nemlig at pasientene veier nytten mot kostnadene - er at indeminity-kontrakter har gunstige effektivitetsegenskaper. Lump-sum overføringer påvirker med andre ord ikke de marginale avveiningene. Dette vil jeg forklare nærmere etter at jeg har presentert den andre forsikringstypen.

3. Med behandlingforsikring

I dette tilfellet vil forsikringsselskapet betale den fulle regningen. Pasienten mottar dermed ingen kompensasjon, og har heller ingen utgifter knyttet til behandling. Disponibel inntekt er da gitt ved:

$$B = W - p$$

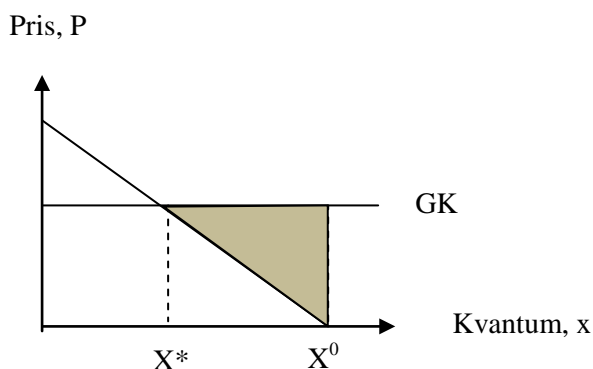
Og individets beslutningsproblem består i å:

$$\text{Max}_x \quad U(H, B) = U(f(\theta, x), W - p)$$

$$\text{FOC:} \quad \frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x} + \frac{\partial U}{\partial B} \frac{\partial B}{\partial x} = 0, \quad (\text{hvor } \frac{\partial B}{\partial x} = 0)$$

$$\leftrightarrow \quad \frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x} = 0$$

Individet konsumerer derfor helsetjenester inntil marginalnyttens er lik null, dvs. så lenge behandlingen har en positiv effekt. Fordi regningen i sin helhet blir dekt av forsikringsselskapet, bryr ikke pasienten seg om kostnadene ved forbruket. Det er dette som gir opphav til overkonsum, og dermed effektivitetstap ved full forsikring. Dette kan illustreres i et vanlig x-P diagram på følgende måte:



Figur 3.4.1.1. Effektivitetstap ved gratis forbruk

Vi antar her at det er individets egen vurdering av nytte som legges til grunn, og at nytten er et uttrykk for individenes betalingsvillighet (venstresiden i 1.1). Figuren viser da en pasients etterspørsel etter helsetjenester avhengig av prisen han må betale.

Gitt at enhver kombinasjon av alvorlighetsgrad og pris resulterer i et unikt nyttemaksimerende kvantum, kan optimumsbetingelsen (1.2) brukes til å definere etterspørselsfunksjonen $X = X(\theta, P)$.

Dersom vi antar at θ er gitt, er etterspørselen en enkel funksjon av prisen: $X = X(P)$.

I det punktet hvor marginal betalingsvilje, uttrykt ved etterspørselskurven, er lik grensekostnaden, har vi optimal kvantum. Pasienten vil derimot ikke betale noe for behandlingen, og vil etterspørre tjenesten så lenge det gir en positiv marginalnytte, altså inntil X^0 (kvantum ved pris lik 0).

Arealet mellom grensekostnadskurven og etterspørselskurven fra kvantum X^* til X^0 gir derfor effektivitetstapet i økonomien (gitt ved det skraverete arealet i figur 3.4.1.1). Fordi pasienten selv ikke står overfor de sanne kostnadene, vil han tilpasse seg som om kostnadene var null.

Vi har sett at en en lump-sum utbetaling på den annen side vil gi oss den samfunnsøkonomisk optimale løsningen. Individet tilpasser seg da som om han ikke har noe forsikring i det hele tatt. Fordi pengene kan benyttes på hva som helst, vil pasienten ta alternativkostnaden i betraktning ved kjøp av medisinske tjenester.

Tilsvarende insentiveffekter kjenner vi også fra mange dagligdagse situasjoner.

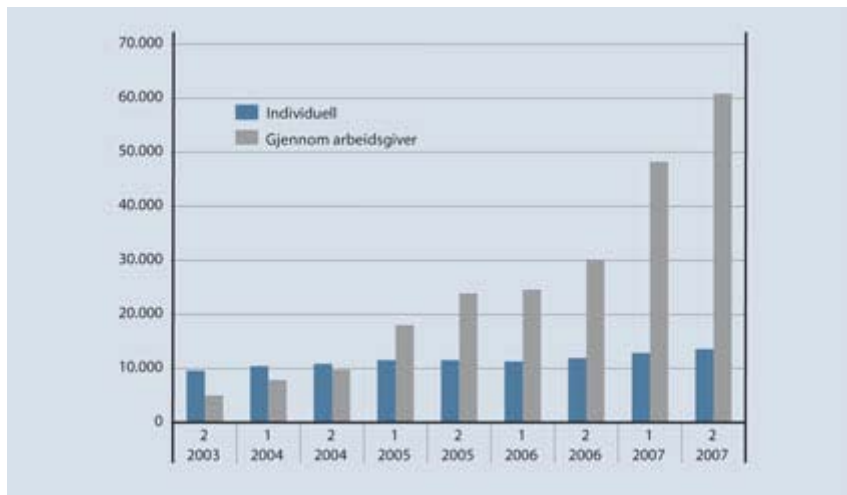
Et eksempel kan være kjøp av flybilletter i jobbsammenheng, hvor billetten dekkes av arbeidsgiver. Måten dette gjøres på kan ha betydning for arbeidstakerens valg av billetttype. Dersom han blir tildelt et visst beløp penger - ut fra hva billetten forventes å koste - vil han sannsynligvis anstrenge seg mer for å lete etter de billigste billettene enn dersom arbeidsgiveren betaler direkte. Dette viser forskjellen mellom fast rammetildeling og ren kostnadsdekning, et forhold jeg vil komme tilbake til i kapittel 4.

Rasjonalet bak bruken av indemnities er derfor at dette gir optimale insentiver, samtidig som pasientene er beskyttet mot den finansielle risikoen ved sykdom. I tråd med analysen over, vil kontantutbetalingsforsikringer gi en første-best løsning (se for eksempel Pauly, 1986), og vi får nøytralisert problemet med atferdsrisiko ex post.

Men slike kontrakter stiller store krav til informasjon. De forutsetter at det er mulig å verifisere sykdomstilstand og alvorlighetsgrad (θ) på en klar og presis måte (Pauly, 2000). Hver pasient må med andre ord gis en presis diagnose, og behandlingskostnadene ved en gitt diagnose må være noenlunde de samme for alle. Dette er sjelden tilfelle. Mange pasienter har sammensatte og kompliserte lidelser som krever differensiert behandling. En forhåndbestemt sum vil derfor ikke nødvendigvis dekke de totale utgiftene, og enkelte pasienter vil bli stilt overfor en betydelig finansiell risiko. Noen blir dessuten friske med en gang, mens andre trenger lang eller varig oppfølging for den samme type diagnose. Disse variasjonene gjør bruken av kontantutbetalingsforsikringer vanskelig i praksis, og forklarer hvorfor man i større og større grad har gått bort fra dette i helsesektoren (Léger, 2008).

Som jeg var inne på, ser vi imidlertid at de private forsikringsselskapene i Norge ofte benytter engangsutbetalinger. Dette er mulig fordi befolkningen i tillegg er beskyttet gjennom folketrygden, og pasientene blir dermed ikke utsatt for risiko på samme måte som ved ordinære indemnity-kontrakter. De private ordningene blir på denne måten et supplement til de offentlige, og forsikringsselskapene er avhengig av å tilby noe ekstra for å tiltrekke seg kundene. Behandlingsgarantier er en måte å gjøre det på. Å få utbetalt et pengebeløp når behovet er størst, gir dessuten en større valgfrihet og trygghet. De private forsikringene kan i tillegg gi kompensasjon eller refusjon for utgifter som det offentlige helsesystemet ikke dekker.

Private helseforsikringer har tradisjonelt sett vært lite utbredt i Norge. De siste årene har vi imidlertid sett en enorm økning, med mer enn en seksdobling siden 2003²⁶. Figur 3.4.1.2 viser utviklingen i antall private behandlingsforsikringer²⁷. Venstre søyle viser forsikring kjøpt av enkeltindivider, mens høyre søyle viser arbeidsgiverbetalt forsikring.



Figur 3.4.1.2. Utvikling i antall private behandlingsforsikringer

Veksten har fortsatt de siste årene, og det er nå ca. 180.000 som har en eller annen form for privat helseforsikring i Norge²⁸.

Noen hevder at den viktigste grunnen til at stadig flere velger å kjøpe slike tilleggspolisforsikringer, er en manglende tiltro til at de får rask nok behandling i det offentlige helsevesenet. Samtidig har forsikringsselskapene blitt mer offensive i sin markedsføring; og spiller på folks frykt for å måtte stå i kø dersom de skulle bli utsatt for en alvorlig sykdom. Konkurransen blant selskapene har økt, og prisene er kuttet. Kombinert med skattefritak for helseforsikring, gjør dette at spesielt bedrifter har funnet det lønnsomt å kjøpe slike forsikringer til sine ansatte.

²⁶ Dagbladet 24.august 2009 (papirutgave)

²⁷ Tall fra Finansnæringsens Hovedorganisasjon. I tillegg kommer kritiske sykdomsforsikringer, som ikke er medregnet her

²⁸ Tall per 1.juli 2009

3.4.2. Effekten av egenandeler

Indemnity-kontrakter vil som sagt gi en optimal løsning, men krever en presis grad av informasjon, som ofte ikke er mulig å oppnå. Det er derfor vanskelig å spesifisere kontrakter hvor betalingen avhenger av sykdommens alvorlighetsgrad.

En annen måte å overkomme atferdsproblemet på er å innføre egenandeler, slik at pasientene må betale en andel av de medisinske utgiftene selv. Høyere egenbetaling antas å stimulere til en bedre, og ikke minst mer bevisst, avveining mellom nytte og kostnad fra pasientens side, samtidig som det reduserer behovet for finansiering ved effektivitetsvridende skatter. Økt kostnadsbevissthet vil kunne føre til at de friskeste pasientene blir mer tilbakeholdne med å etterspørre helsetjenester, og flere vil i større grad vil velge de mest kostnadseffektive behandlingsformene hvis de selv må betale. I den engelskspråklige litteraturen omtales dette som "demand-side cost sharing", og gir uttrykk for økonomisk risikodeling mellom forsikringsselskapet og pasientene²⁹.

Vi har ovenfor sett på to typer atferdsrisiko knyttet til helseforsikring, som begge medfører effektivitetstap. Egenbetaling på legebesøk og forbruk av helsetjenester vil trolig virke disiplinerende på etterspørselssiden og redusere overkonsumet. Egenandeler vil dessuten føre til en reduksjon i den relative prisen på forebygging, og dermed oppmuntre til mer forebyggende aktiviteter, og mindre sykdom og behandlingkostnader.

For å vise effekten av egenandeler, kan vi benytte den samme modellen som ovenfor.

Med full helseforsikring vil rasjonelle individer tilpasse seg som om prisen var null, og konsumere så lenge marginalnyten er positiv. Vi kan se på hvordan dette endrer seg dersom pasienten må betale en andel av utgiftene selv.

Hvis δ = andelen egenbetaling, er disponibel inntekt gitt ved:

$B = W - p - \delta Px$, hvor p er premien.

Konsumentenes beslutningsproblem er nå:

$$\text{Max}_x U(H, B) = U(f(\theta, x), W - p - \delta Px)$$

$$\text{FOC: } \frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x} + \frac{\partial U}{\partial B} \frac{\partial B}{\partial x} = 0$$

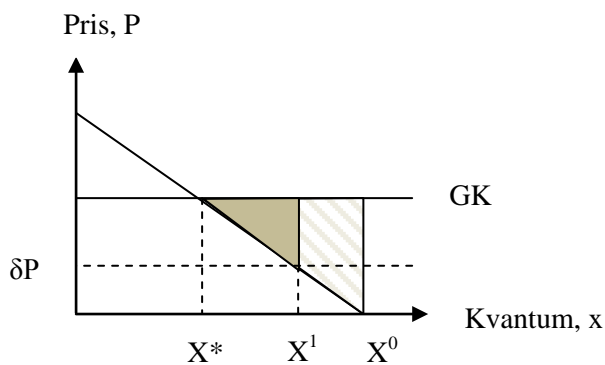
$$\leftrightarrow \frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x} + \frac{\partial U}{\partial B} (-\delta P) = 0$$

$$\leftrightarrow \frac{\frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x}}{\frac{\partial U}{\partial B}} = \delta P$$

²⁹ Se for eksempel Ellis & McGuire, 1993

$$\leftrightarrow \frac{\frac{\partial U}{\partial H} \frac{\partial f}{\partial x}}{\delta P} = \frac{\partial U}{\partial B}$$

På samme måte som uten forsikring, vil konsumentene nå etterspørre helsetjenester inntil den marginale substitusjonsrate mellom medisinske tjenester og forbruk er lik prisen *de* må betale. Dersom δ er lik 1, tilsvarer dette full egenbetaling. Desto høyere δ , jo lavere etterspørsel etter helsetjenester. I pris- kvantumsdiagrammet kan effekten av egenandeler derfor illustreres på denne måten:



Figur 3.4.2. Effekten av egenandeler

Ved egenbetaling lik δP er overkonsumet redusert fra $(X^0 - X^*)$ til $(X^1 - X^*)$, og effektivitetstapet er nå gitt ved arealet mellom GK- kurven og etterspørselskurven fra X^* til X^1 .

Egenandelen har altså redusert effektivitetstapet med en størrelse lik det skraverte arealet.

Så lenge $\delta < 1$ vil pasientene etterspørre mer enn det effektive nivået, men mindre enn ved full forsikringsdekning.

En kort oppsummering av resultatene er at lav egenbetaling gir svake insentiver til å avveie nytte mot kostnader på marginen, men at en ved høyere egenandeler går glipp av velferdsgevinstene ved forsikring. Det er også godt dokumentert at egenandeler har uheldige fordelingseffekter (NOU 1997:6 m.fl.). De som har størst behov, er ofte de som har lavest evne til å bære egenandelene, mens egenbetaling på den annen side ikke påvirker forbruket like mye for dem med høy betalingsevne. Det blir dermed en avveining mellom bruken av egenandeler, et effektiv nivå på forbruket av helsetjenester og fordelings- og velferdseffekter ved full forsikringsdekning.

3.4.3. Bruken av egenandeler i det norske helsetjenestesystemet

Et sentralt mål for norsk helsepolitikk er å sikre at alle, uavhengig av sosial bakgrunn og bosted, har samme tilgang til helsetjenester. Systemet er derfor bygd opp rundt lave egenandeler, og de samlede private utgiftene til helsetjenester utgjør kun om lag 16 prosent (Iversen, 2008). Dette er betydelig mindre enn for gjennomsnittet av OECD-landene.

I Norge brukes egenandeler først og fremst for legemidler og konsultasjon hos allmennlege eller spesialist. Når det gjelder undersøkelse og behandling hos lege, gjelder disse egenandelene³⁰:

| Type | Dag | Kveld |
|--|--------------|-----------|
| Konsultasjon hos allmennlege/legevakt | kr. 132,- | kr. 225,- |
| Konsultasjon hos allmennlege/legevakt der legen er spesialist i allmennmedisin | kr. 172,- | kr. 265,- |
| Sykebesøk fra allmennlege/legevakt | kr. 180,- | kr. 295,- |
| Sykebesøk av allmennlege som er spesialist i allmennmedisin | kr. 210,- | kr. 325,- |
| Konsultasjon hos/sykebesøk fra spesialist. Konsultasjon ved poliklinikk når ansvarlig lege er spesialist | kr. 295,- | |
| Forespørsel, rådgivning ved frammøte eller bud | kr. 40,- | |
| Laboratorieprøver | kr. 47,- | |
| Røntgen | kr. 210,- | |

Det finnes imidlertid ulike ordninger som sørger for at ingen må betale over et visst beløp i året, verken for legemidler eller konsultasjon hos lege. Disse egenandelsbegrensningene er først og fremst opprettet for å ivareta likhetshensynet, men kan samtidig ha uheldige effektivitetsvirkninger.

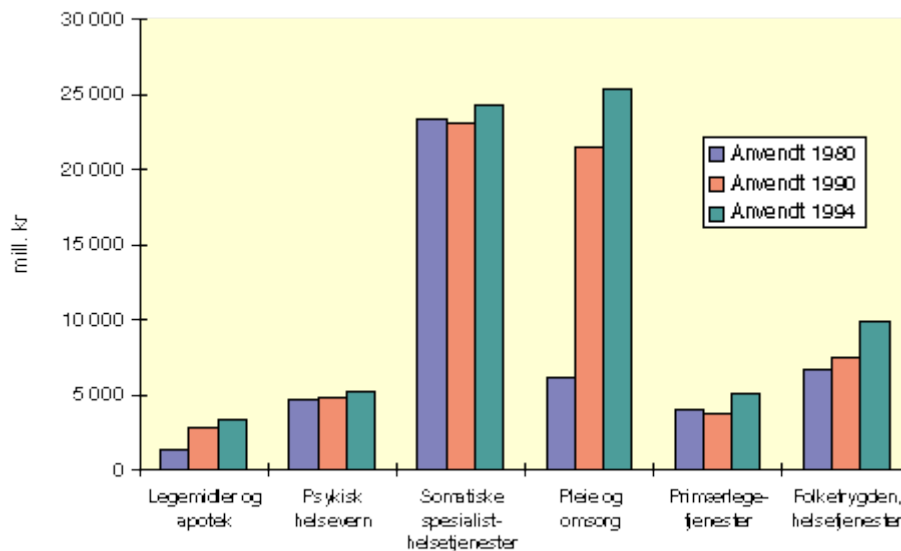
Et av spørsmålene i den helsepolitiske debatten i Norge har vært hvorvidt blå-resept ordningen gir opphav til at folk kjøper dyrere medikamenter enn nødvendig (Erlandsen og Iversen, 1998). Blå resept skrives ut for pasienter med kronisk sykdom hvor det er behov for langvarig behandling. Ordningen innebærer at pasienten får dekket det meste av det medisinske koste³¹. Selv om legemidler utgjør en liten andel av de totale helseutgiftene³², har veksten i disse utgiftene vært betydelig sterkere enn for en del andre helsetjenester³³. Tall fra Helse- og Omsorgsdepartementet viser for eksempel at mens utgiftene til psykisk helsevern og somatiske spesialisthelsetjenester økte lite i perioden fra 1980 til 1994, ble utgiftene til legemidler mer enn fordoblet (se figur 3.4.3.1).

³⁰ Per 1.juli 2009, se <http://www.helfo.no/privatperson/dekning-av-helseutgifter/Sider/leger.aspx>

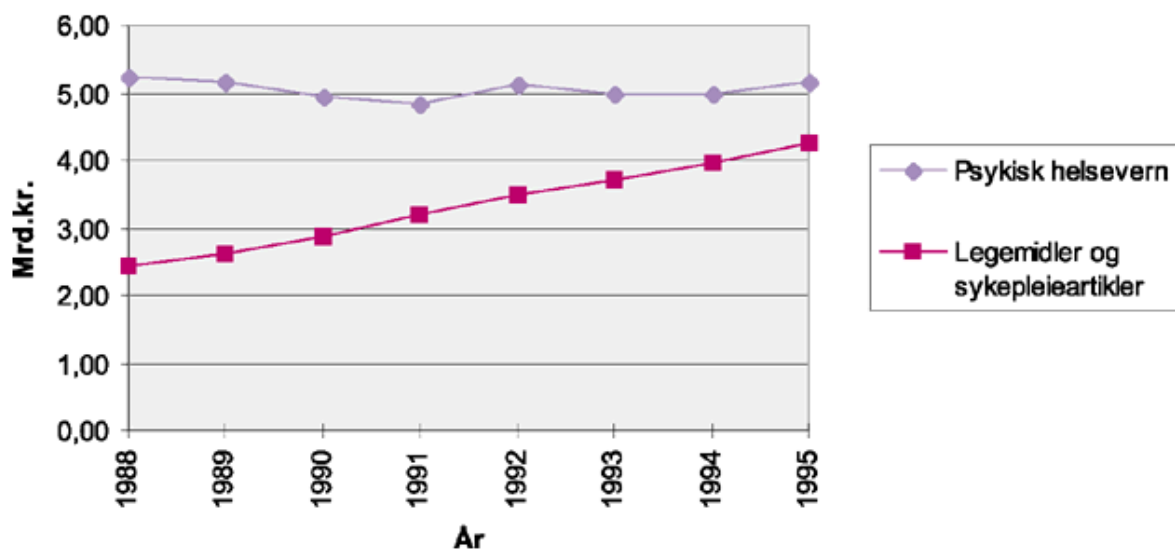
³¹ Størstedelen av utgiftene til legemidler finansieres av staten ved at folketrygden dekker utgifter til legemidler forskrevet på blå resept (se for eksempel Aakvik, 2001). Pasientenes egenbetaling er begrenset til 36 prosent av reseptbeløpet, og maksimalt 510 kroner per resept.

³² Legemidler utgjorde i 2005 7,7 prosent av de offentlige helseutgiftene i Norge (Legemiddelindustriforeningen, 2007).

³³ Spesielt var dette tilfelle på 90-tallet (se NOU 1997:20, kap.5.4 og Aakvik, 2001)



Figur 3.4.3.1. Fordeling av midler til ulike sektorer i helsetjenesten



Kilde: Statistisk Sentralbyrå og Sosial- og Helsedepartementet

Et sentralt spørsmål for helsepolitikkerne er hvorvidt denne utviklingen kan ses i sammenheng med finansieringsmåten. Legemidler refunderes direkte fra folketrygden, og er ikke underlagt de samme budsjettrestriksjoner som andre helsetjenester. Mens legene delvis står ansvarlig for kostnadene knyttet til behandling, har de ikke de samme økonomiske forpliktelser i forhold til legemidler³⁴. Aakvik (2001) viser dessuten at folketrygdens utgifter til refusjon har økt betydelig mer enn sykehusenes utgifter til legemidler og utgifter betalt av pasientene selv.

Det er imidlertid vanskelig å gi noen bastant forklaring på denne utviklingen. Som økonomer vil mange hevde at det skyldes at pasientene ikke står overfor de korrekte relative prisene på legemidler.

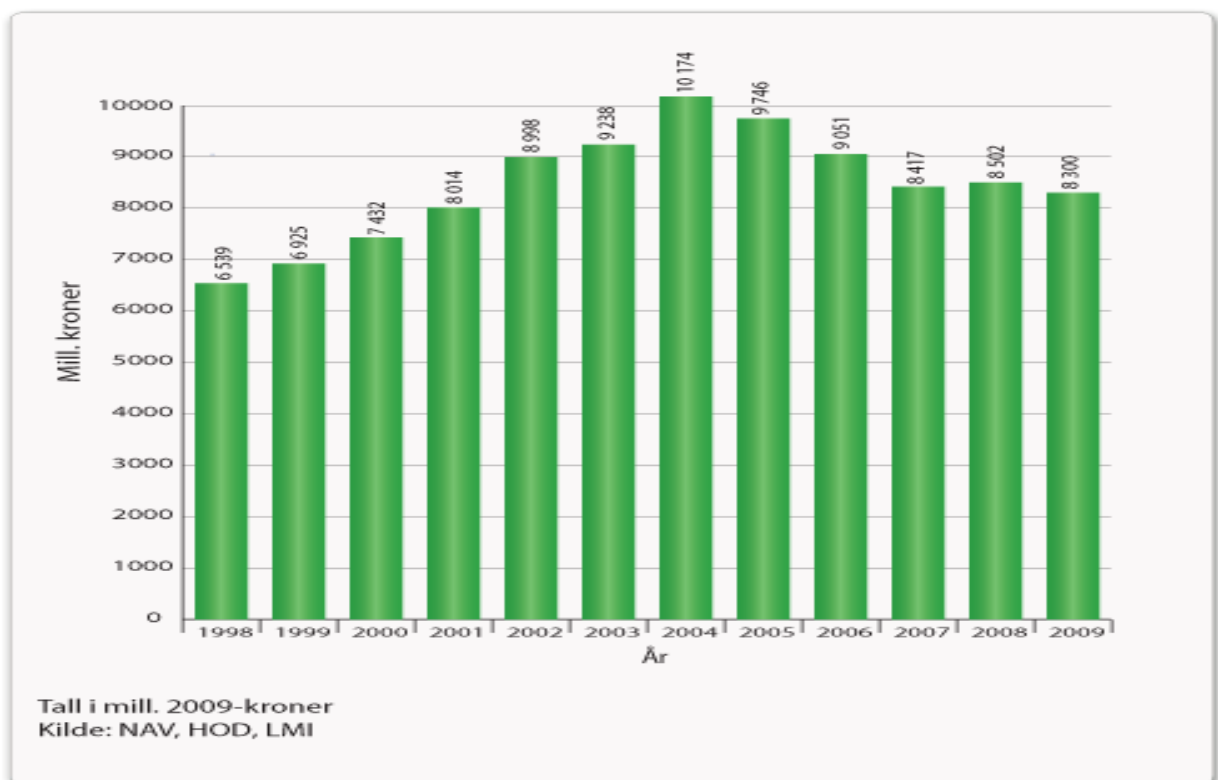
³⁴ Finansieringsmåte og risikodeling på tilbudssiden kommer jeg tilbake til i kapittel 4

Men vi kan heller ikke se bort fra det faktum at vi generelt har blitt rikere, at andelen eldre i befolkningen har økt og den medisinske utviklingen har sørget for mange nye medikamenter på markedet. Refusjonsandelen er derfor bare en av faktorene som kan ha innvirket på veksten i legemiddelbruken.

Folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept fortsatte å vokse frem til 2005.

Tall fra NAV og Helsedirektoratet viser at utgiftene steg med ca. 60% fra 1998 til 2004.

Etter det flatet imidlertid veksten ut, og i de senere årene har vi til og med sett en svak nedgang (se figur 3.4.3.2).



Figur 3.4.3.2. Offentlige utgifter til legemidler på blå resept

Da det var bred enighet om at man ikke ville øke egenandelene i et forsøk på å dempe utgiftsveksten, ble trinnprismodellen³⁵ innført i 2005. Formålet med dette var å innføre konkurranse i legemiddelmarkedet ved å åpne for kopipreparater når originallegemidlet går ut på patent.

Utviklingen de senere årene tyder på at dette har hatt en klar effekt, da folketrygden har fått redusert sine utgifter til blå resept etter at trinnprismodellen ble innført (se figur 3.4.3.2).

I 2007 utgjorde pasientenes egenbetaling til refunderbare legemidler³⁶ 11% i Norge.

³⁵ Trinnprismodellen (eller trinnprissystemet) er et instrument for å kutte prisene på legemidler der det er generisk konkurranse. For at et virkestoff skal tas opp i trinnprismodellen, kreves det at originallegemidlet har mistet patentbeskyttelse og fått konkurranse fra likeverdige legemidler (Line, 2008).

³⁶ Hvis vi ser på den totale legemiddelbruken, hvor også reseptfrie medikamenter er med, dekker det offentlige ca. 70% (Line, 2008).

I Danmark og Sverige var tilsvarende tall hhv. 31,4 og 22,1 prosent³⁷ (Line, 2008).

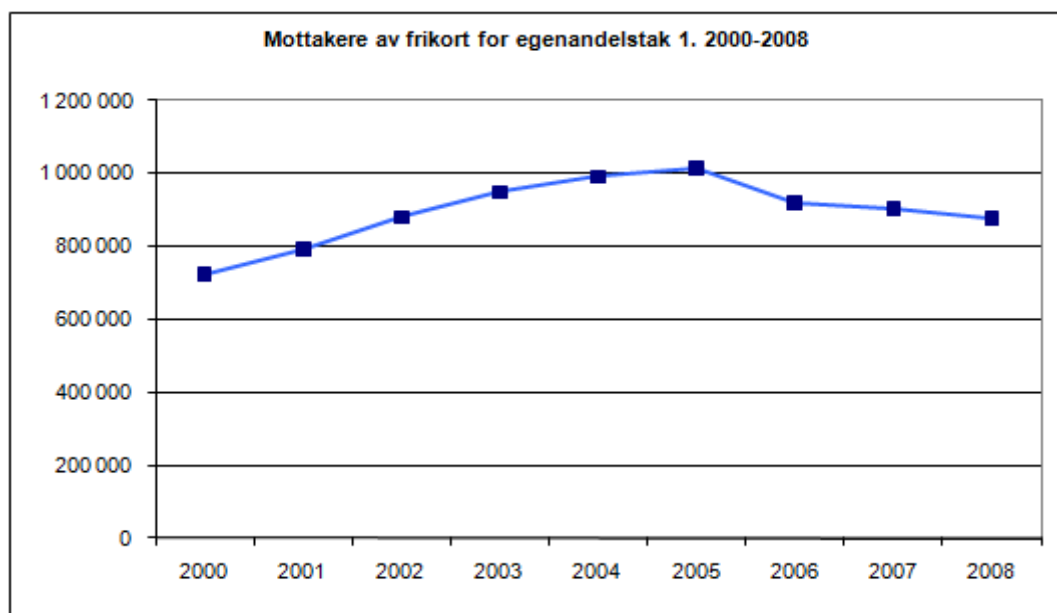
Men til tross for de generøse refusjonsordningene er utgiftene til legemidler relativt lave i Norge sammenlignet med våre naboland (Legemiddelindustriforeningen, 2007). I forhold til gjennomsnittet for vesteuropeiske land ligger Norge 20 % under (Aakvik, 2001), mens land som Frankrike og USA bruker betydelig mer på legemidler enn Norge.

Et annet spørsmål i norsk helsepolitikk er hvor høye egenandelstakene³⁸ bør være.

I tillegg til blå-resept ordningen er pasientenes egenbetaling begrenset av frikortordningen.

For å skjerme befolkningen mot for høye helseutgifter, fastsetter Stortinget hvert år en maksimumsgrense for egenbetaling. Hvis dette taket passerer, har man rett på frikort resten av året. Når det gjelder utgifter til blant annet legemidler og undersøkelse og behandling hos leger, er dette taket per dags dato 1840 kroner, mens egenandelstak 2 er på 2560 kroner³⁹.

Dersom vi ser på utviklingen i antall personer som når disse takene, har det vært en ganske kraftig økning de ti siste årene (se figur 3.4.3.3). Mens 12% av befolkningen nådde egenandelstak 1 i 1998, var tallet steget til 22% i 2005 (Iversen, 2008), altså nesten en fordobling i løpet av 7 år. Etter 2005 har vi imidlertid sett en nedgang. En av forklaringene på dette er at aldersgrensen for barn som slipper å betale egenandel, ble økt fra 7 til 12 år i 2005 (Iversen, 2008). Men vi ser også at utviklingen følger samme trend som de offentlige utgiftene til legemidler på blå resept (se figur 3.4.3.2), og må derfor ses i sammenheng med innføringen av trinnprismodellen og økt priskonkurranse på legemiddelmarkedet. Dette viser at utgiftsveksten kan bekjempes uten å rokke ved likhetshensynet, som er et av formålene lave egenandeler søker å ivareta.



Figur 3.4.3.3. Antall frikort for egenandelstak 1

³⁷ Når det kommer til de totale helseutgiftene, har imidlertid Sverige og Danmark omtrent den samme fordelingen av offentlig og privat finansiering som i Norge (se Iversen, 2008).

³⁸ I Norge er det to egenbetalingstak. Tak 1 omfatter utgifter til bl.a. leger, psykolog, reise og legemidler. Egenandelstak 2 gjelder for utgifter til fysioterapi, rehabiliteringsopphold og visse tannbehandlinger og behandlingsreiser til utlandet. Se <http://www.nav.no/Helse/Frikort/Egenandelstak+1>

³⁹ <http://www.nav.no/Helse/Frikort/Egenandelstak+1>

Et annet tema som har vært svært omstridt i den norske helsedebatten er egenbetaling på tannhelsetjenester. Mens legemidler og behandlinger gis offentlig støtte, er det full brukerbetaling ved besøk hos tannlege for de fleste voksne. Mange mener at dette utgjør et stort hull i den norske velferdsstaten, og at dårlig tannhelse blant dem med lav inntekt bidrar til å forsterke de sosiale ulikhetene. Med utgangspunkt i det sterke likhets- og fordelingshensynet i norsk helsetjeneste, kan vi spørre oss om tannhelsen er mindre alvorlig enn visse sykdomstilstander som gis offentlig støtte.

Fra et effektivitetssynspunkt forsvares dette ved at informasjons- og insentivproblemene i denne sektoren trolig er enda større enn for andre helsetjenester. Faren for atferdsrisiko fra brukersiden er et av argumentene. Full dekning av tannlegeutgiftene øker sannsynligheten for overkonsum og kan gjøre konsumentene mer slurvete med tannhygien. Dersom flere vil etterspørre nye og dyrere produkter enn de selv er villige til å betale for, vil tredjepartsfinansiering kunne føre til en enorm økning i tannlegeutgiftene. Dette er nok årsaken til at vi ikke ser et privat marked for tannhelseforsikring. Det kan også være rimelig å tro at etterspørselen etter tannhelsetjenester reagerer sterkere på en prisendring enn andre helsetjenester, og at effektivitetstapet ved full forsikring derfor blir betydelig større på tannhelsefeltet. Dette forholdet kommer jeg tilbake til i neste delkapittel.

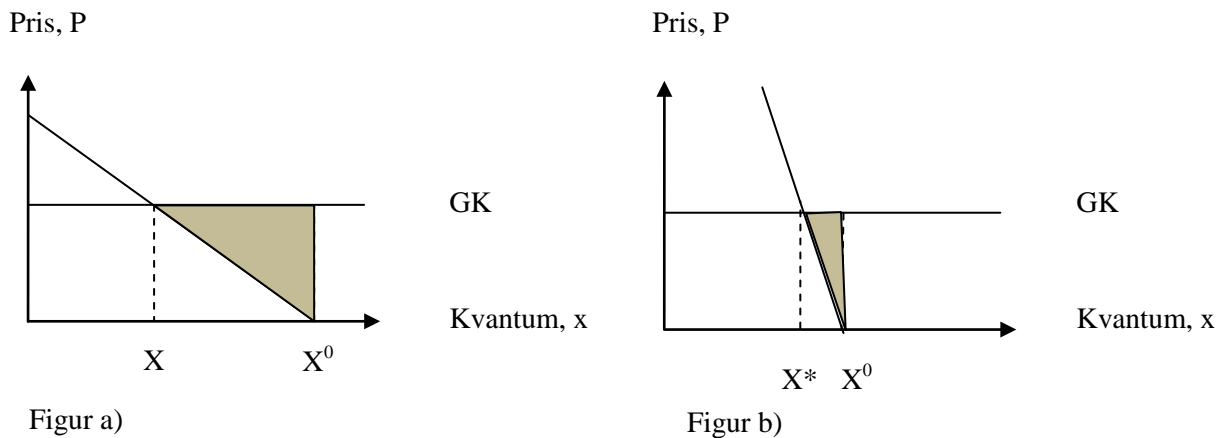
Et annen del av forsikringsargumentet er at utgiftene til tannpleie er betydelig mer begrensede og forutsigbare enn de medisinske utgiftene ved alvorlig sykdom. For de fleste av oss er nok dette korrekt, men det er også noen som helt uforskyldt har betydelige tannlegeregninger som overstiger det mange ville ha betalt dersom de måtte finansiere legemiddelbruken selv.

Det er også ulike forhold på tilbudssiden som ligger bak begrunnelsen for å utelate tannhelsefeltet fra offentlig finansiering. Blant annet kan tannlegen på grunn av sine informasjonsfordeler utnytte de generøse refusjonsordningene til å øke aktivitetsnivået. Ulike former for atferdsrisiko fra tilbudssiden vil jeg komme nærmere inn på i neste hovedkapittel, og vil derfor ikke utdype dette her.

3.4.4. Hva er optimal størrelse på egenandelene?

Vi har vist at gratis forbruk kan føre til overforbruk, og dermed en samfunnsøkonomisk ineffektiv ressursbruk. Størrelsen på denne feilallokeringen vil avhenge av hvor prisfølsom etterspørselen er (Stiglitz, 2000 m.fl.). Dersom etterspørselen er svært følsom ovenfor prisendringer, blir velferdstapet ved overforbruk betydelig, mens effektivitetstapet blir mindre dersom prisfølsomheten går mot null.

For å illustrere dette benytter jeg den samme figuren og de samme antakelsene som ovenfor. Figur a representerer en helsetjeneste som er relativt følsom med hensyn til prisen, mens helsetjenesten i figur b har en tilnærmet loddrett etterspørselskurve - en bortimot uelastisk etterspørsel⁴⁰. Begge tjenestene har den samme grensekostnaden. Vi ser at effektivitetstapet (gitt ved de skraverete arealene) er mye større i det første tilfellet, altså når etterspørselen er relativt prisfølsom.



Figur 3.4.4. Priselasitet og effektivitetstap

Hvorvidt, og eventuelt i hvilken grad, helseforsikring fører til overforbruk, avhenger derfor av hvor følsom etterspørselen etter de ulike helsetjenestene er. For livstruende sykdommer vil trolig etterspørselen være tilnærmet uavhengig av hva behandlingen koster, og effektivitetstapene vil være relativt små selv om tjenesten er gratis for den enkelte. På andre områder, for eksempel i tannpleie, kan prisen ha mer å si for forbruket.

Hva som, ut fra et effektivitetssynspunkt, er optimal størrelse på egenandelene, avhenger derfor av hvor prisfølsom etterspørselen etter helsetjenester er. Ved en vertikal etterspørselskurve vil det være optimalt med full forsikringsdekning (Zeckhauser, 1969). En pasient vil da etterspørre den samme mengden uavhengig av om han er forsikret eller ikke, og gratis forbruk innebærer ingen effektivitetskostnader. Med en svært prisfølsom etterspørsel vil full forsikringsdekning derimot medføre større etterspørsel enn vedkommende ville vært villig til å betale for ut av egen lomme. Egenandelene bør derfor være høyere desto sterkere konsumentene responderer på prisendringer.

⁴⁰ Vi ser i begge tilfellene på den kompenserte etterspørselen

Zweifel og Breyer (1997) viser at optimal bruk av egenandeler avhenger av to forhold: Priselastisiteten og hvor risikoaverse konsumentene er. Jo mer prisavhengig etterspørsel, og jo mindre grad av risikoaversjon, desto mindre forsikringsdekning er optimalt. Dersom konsumentene på den annen side er svært risikoaverse, men mindre prisfølsomme, bør egenandelene settes lavere.

Sett ut fra hensynet til effektivitet kan vi derfor si at optimal egenbetaling er større jo mer elastisk etterspørselen etter helsetjenester er. På den annen side vet vi at fordelings- og likhetshensyn taler mot en slik effektivitetsvurdering. Egenbetaling vil typisk rasjonere bruken av helsetjenester mer blant personer med lav inntekt enn personer med høy inntekt (Wagstaff & Doorslaer, 2000). Inntekt og økonomisk status vil også mer generelt påvirke hvor mye helsetjenester folk vil etterspørre (Grossman, 1972).

Flere studier viser at det er en positiv sammenheng mellom individers inntekt og formue, og deres helsetilstand (Se blant annet Næss et al., 2007). Full forsikringsdekning gjennom folketrygden er derfor en viktig ordning med tanke på å motvirke store sosiale forskjeller i helse, og de fleste støtter opp under de generøse ordningene vi har i Norge. Andre mener imidlertid at det på noen områder er mye å hente på å innføre mer egenbetaling, til tross for at dette reduserer noe av velferds- og fordelingsvirkningene ved forsikring. Hvorvidt de økte egenandelene vil ha en effekt, avhenger av hvor sterkt pasientene responderer på prisendringer. I det neste kapitlet vil jeg derfor se på noen empiriske studier der en har estimert etterspørsel elastisiteten. Senere i oppgaven vil jeg også drøfte hvorvidt bruken av egenandeler har noen reell effekt på de totale helseutgiftene, med tanke på at pasientene i stor grad baserer seg på legens anbefalinger.

3.4.5. Empiriske undersøkelser om sammenhengen mellom pris og etterspørsel etter helsetjenester

Bruken av egenandeler er et stort og viktig spørsmål i helsepolitikken. Som forklart ovenfor, vil etterspørsel elastisiteten ha implikasjoner for hva som vil være den optimale kombinasjonen av egenandeler og forsikringsdekning. Fra et effektivitetssynspunkt er det derfor viktig å ha et begrep om i hvilken grad egenandeler virker inn på forbruket av medisinske tjenester.

Det finnes lite forskning på priselastisiteten for medisinsk behandling i Norge (NOU, 1997:6). En viktig grunn til dette er at estimering av slike priseffekter krever variasjoner i egenbetaling. Siden universelle ordninger, slik vi har i Norge, stiller alle innbyggerne overfor samme pasientbetaling, er det bare tidsvariasjoner til rådighet. Dette gjør at det er vanskelig å isolere priseffekter fra andre endringer, for eksempel i ventetid. I land der innbyggerne kan velge mellom forsikringskontrakter med ulike egenandeler, er det derimot mulig å anslå virkningene av høyere egenbetaling.

På 1970-tallet ble det i USA gjennomført flere studier for å anslå størrelsen på denne effekten (Zweifel & Breyer, 1997). Priselastisiteten ble estimert til å ligge mellom 0 og -0,2 i de fleste studiene (Manning et al., 1987, Phelps, 1975, Folland et al., 2007 m.fl.), men det synes å være stor usikkerhet knyttet til disse estimatene. I litteraturen varierer anslagene med en faktor på nærmere 10 (Manning et al., 1987), og det er derfor vanskelig å si noe sikkert om hvor stort effektivitetstapet ved overkonsum faktisk er.

Mange av studiene har også blitt kritisert på grunnlag av metodebruken. Den estimerte sammenhengen mellom egenbetaling og bruken av helsetjenester kan like gjerne være et uttrykk for en seleksjonseffekt (Cutler & Zechauser, 1999 m.fl.). Individene som har god helse og som ikke tror de vil ha noe særlig behov for legehjelp, vil mest trolig velge høyere egenbetaling og lavere forsikringsdekning enn de som anser seg selv som høyrisikogrupper - en form for skjevt utvalg. Kausaliteten kan derfor gå begge veier, og dette forholdet skaper usikkerhet omkring de estimerte størrelsene.

Den største og mest omtalte studien, RAND-studien i USA, korrigerer for denne mulige seleksjonseffekten ved å fordele tilfeldig nesten 8000 personer på ulike kontrakter, hvor egenandelene varierte mellom 0 og 95% (Robinson, 2001). Deltakernes helsetilstand og forbruk av helsetjenester ble så registrert over en periode på 3-5 år, med det formål å analysere effekten av egenandeler på etterspørselen etter medisinske tjenester (Manning et al., 1987).

De statistiske resultatene fra eksperimentet tyder på en etterspørselstetthet mellom -0,1 og -0,2 (Pauly, 1986 m.fl.), nærmere -0,2. Disse estimatene gjelder den totale etterspørselen, dvs. alle medisinske tjenester sett under ett; alt fra medisiner og førstegangskonsultasjoner til tannlege og sykehusinnleggelse. Priselastisiteten varierte imidlertid med type tjeneste. For variasjon i egenbetaling fra 0 til 95%, ble utgiftene til legebesøk påvirket nesten dobbelt så mye som utgiftene til sykehusinnleggelse (Folland et al., 2007). Det er dessuten antallet sykdomstilfeller som reduseres mest, noe som tyder på at egenbetaling har størst innvirkning på første konsultasjon. Når man først har kommet i kontakt med lege, har størrelsen på egenandelene mindre å si.

Totalt sett støtter resultatene fra denne studien hypotesen om at økte egenandeler fører til lavere etterspørsel. Estimaten var signifikante, men tyder samtidig på en relativt lav prisfølsomhet. En av grunnene til dette er selvfølgelig at mange helsetjenester er nødvendighetsgoder. En annen forklaring er at pasientene vet lite om hva som er effektiv behandling. Legens anbefalinger kan da bli viktigere enn prisen, og mange av de avgjørende beslutningene tas dessuten av legen.

Det sentrale helseøkonomiske spørsmålet er imidlertid ikke hvordan egenandeler påvirker etterspørselen, men hvorvidt den lavere etterspørselen resulterer i lavere utgifter til helse totalt sett. I RAND- forsøket var pasientene som deltok i studien spredt på mange ulike legekontor, og effekten av redusert etterspørsel på legenes inntekt var derfor minimal (Hurley, 2000, Zweifel & Breyer, 1997). Imidlertid kan legene i virkeligheten kompensere for inntektstap ved å øke behandlingstidene; eller tilby flere tjenester per pasient. De totale effektene av økte egenandeler avhenger derfor av legens respons, og vi kan ikke se bort fra samspillet mellom tilbuds- og etterspørselssiden. Dette kommer jeg nærmere inn på i neste hovedkapittel⁴¹.

⁴¹ Se kapittel 4.5.1 (om legens respons på økte egenbetalinger)

3.5. Optimalt valg av helseforsikringskontrakter

Risikoaverse konsumenter etterspør helseforsikring fordi de ønsker å redusere usikkerheten knyttet til fremtidige utgifter til helsetjenester. Vi har sett at det ved symmetrisk informasjon i markedet vil være optimalt å tilby full og aktuarisk rettferdig forsikring til alle. En slik løsning forutsetter imidlertid at forsikringsselskapet kan risikojustere premien etter hver enkelts sannsynlighet for å bli syk.

Når det er skjevfordelt informasjon mellom partene, er dette nærmest umulig, da individene kan velge kontrakter som er for gode sett ut fra deres sykdomsrisiko. Gode forsikringskontrakter bør derfor - på best mulig måte- løse problemet med ugunstig utvalg; og hindre uønsket atferd blant forsikringstakerne.

Jeg vil avslutningsvis gi en oppsummerende diskusjon av hvilken betydning skjevfordelt informasjon og skjulte handlinger har for utformingen av helseforsikringskontrakter. I teorien utgjør atferdsrisiko, både ex ante og ex post, betydelige effektivitetsproblemer, da full forsikringsdekning påvirker insentivene til forebygging og overkonsum. Spørsmålet er om dette er et like stort problem i virkeligheten. Er syke mennesker rasjonelle aktører som gjør optimale nytte- kostnadsavveininger? Eller er helsetjenester så forskjellig fra andre goder at konsumentene ikke responderer på finansielle insentiver?

Ex ante- problemet kjenner vi også fra andre bransjer. Et eksempel på dette er bilforsikring, der god forsikringsdekning kan gjøre bileieren mindre forsiktig med hvem han låner bilen til, og hvordan han selv behandler den. Et annet eksempel er reiseforsikring, som kan redusere insentivene til å forhindre tyveri og lignende.

Helseforsikring er imidlertid av en litt annen dimensjon, da det bare er de økonomiske tapene man kan forsikre seg mot. Sykdom gir dårlig helse og redusert livskvalitet, og det er derfor lite trolig at folk vil begynne å røyke fordi de vet at helseforsikringen dekker kostnadene ved lungekreft. Det er vel heller ikke forsikringskomponenten som veier tyngst i valget mellom potetgullposen og gulrøttene en lørdags kveld. Forebygging; i form av fysisk aktivitet og en sunn livsstil, har dessuten en rekke andre positive virkninger. Full forsikringsdekning vil derfor ikke eliminere forebyggingsinnsatsen, slik vi predikerte i de økonomiske modellene. På den annen side kan det være situasjoner hvor folk tar høyere risiko fordi de vet at helsehjelp er tilnærmet gratis.

Privat versus offentlig helseforsikring

Jeg har i denne oppgaven i hovedsak sett på atferdsproblemene ved full helseforsikring.

Slike skjulte handlinger oppstår uavhengig av om forsikringen tilbys av det offentlige, eller av private selskaper. Når det gjelder utvalgsproblemet, er imidlertid denne distinksjonen viktig.

Problemet med ugunstig utvalg i forsikringsmarkedet ble presentert av Rothschild og Stiglitz (1976). De viste at informasjonsskjevheter kan føre til velferdstap ved at lavrisikoindivider får for lite forsikring, og i verste fall føre til at forsikringsmarkedet bryter sammen. Obligatoriske helseforsikringsordninger løser dette problemet, samtidig som det underbygger en viktig grunnverdi i velferdsstaten; nemlig lik tilgang til helsetjenester for alle, uavhengig av inntekt.

Stiglitz (2000) gir tre hovedbegrunnelser for en universell, skattefinansiert ordning. Det første er høye administrative kostnader, det andre er paternalisme og det tredje er problemet med ugunstig utvalg. I tillegg er likhet og omfordeling viktige hensyn.

Profittmotivet i private selskap fører til at størrelsen på premien ofte er høyere enn den aktuarisk rettferdige. Dette, sammen med høye administrasjonskostnader, er derfor en god begrunnelse for å ha tvungen, offentlig helseforsikring. Det amerikanske helsevesenet har ofte blitt kritisert for å være kostbart og lite effektivt. I følge Krugman og Wells gikk 13 prosent av utgiftene i privat helseforsikring til administrasjon, mot mindre enn to prosent i det føderale Medicare (Bojer, 2006). En stor del av disse kostnadene er knyttet til informasjonsinnhenting og risikovurdering.

Paternalismebegrunnelsen bygger på en tankegang om at ikke alle vet sitt eget beste. Fravær av offentlige ordninger kan føre til at noen velger ikke å forsikre seg, enten fordi de satser på at de ikke blir syke, eller at staten kommer dem til unnsetning dersom det skulle skje. Universell helseforsikring er derfor en måte å sikre at alle er med.

Som jeg har vært inne på er samsvar mellom premie og risiko en forutsetning for at forsikringsmarkedet skal fungere effektivt. I private forsikringsordninger er det derfor en tett sammenheng mellom innbetaling, risiko og eventuelt utbetaling. De som har høyere risiko enn gjennomsnittet må betale en høyere premie, og forsikringsordningene kan derfor virke sosialt skjevfordelende. Offentlig, skattefinansiert forsikring har derimot motsatt virkning. Her er det de som tjener mest som betaler mest til "forsikringskassen", samtidig som disse også statistisk sett har en lavere sykdomsrisiko⁴². Slik virker universelle helseforsikringer også omfordelende.

Dersom sykdomsrisiko *ikke* kan observeres, vil faren for skjeve utvalg kunne gjøre at forsikringsmarkedet bryter sammen. Informasjonsasymmetrien vil kunne føre til en vridning av etterspørselen, hvor høyrisikogruppen vil kjøpe lavrisikogruppens forsikringskontrakter. Forsikringsselskapene vil da gå i minus, og det vil være nærmest umulig å tilby full og rettferdig forsikring til alle. Dersom de på den annen side setter premien ut fra et gjennomsnitt, vil forsikringskontrakten oppfattes som en dårlig investering for gruppen med den laveste sykdomsrisikoen. Dersom disse ikke er ekstremt risikoaverse, kan de velge ikke å kjøpe forsikring. Når de med lavest risiko trekker seg ut av forsikringsmarkedet, vil den gjennomsnittlige risikoen for dem som blir igjen, øke. Premien må da settes opp, og ytterligere flere forsvinner ut av markedet. Premiene blir høyere og høyere. Denne dynamikken kan gjøre at forsikringsmarkedet til slutt bryter sammen; det private markedet vil altså fungere dårlig. Dette var Akerlof's poeng. Staten kan løse dette problemet ved å tvinge alle til å kjøpe forsikring. Da vil noen betale for mye, noen for lite, i forhold til den risikoen de har. Staten behøver ikke vite hvem som er hvem, mens denne kunnskapen er helt avgjørende for de private forsikringsselskapene. For de private vil det derfor være store kostnader forbundet med å identifisere risiko. Dette ser vi for eksempel i USA, hvor det benyttes store ressurser på å innhente informasjon i forbindelse med risikovurdering av folks helsetilstand.

Dersom sykdomsrisiko på den annen side *kan* observeres, vil vi kunne få uønsket diskriminering ut fra sykdomsforhold den enkelte selv ikke kan påvirke, for eksempel genetisk disponering for kreft og overvekt. Det vil aldri være fullt ut mulig å identifisere forskjeller i folks livsstil og genetikk. Med dagens medisinske kunnskap, er det imidlertid mye som kan gjøres. Det blir da et spørsmål om i hvilken grad vi mener at slike forhold bør virke inn på premieinnbetalingen, i hvilken grad folk bør holdes ansvarlig for sine valg og sin livsstil, og hvor langt vi bør gå for å innhente sensitive

⁴² Jfr. sosiale ulikeheter i helse, se bl.a. Næss et al., 2007

opplysninger om ulike sykdomsforhold. En side av saken er at forsikringsselskapene får tilgang til personlig informasjon, en annen er om folk selv vil vite hva de eventuelt måtte være disponert for.

Som en oppsummering kan vi si at skjeve utvalg, høye transaksjonskostnader og ulik tilgang til helsetjenesten avhengig av inntekt, er de viktigste innvendingene mot private, risikojusterte helseforsikringer. Universelle, skattefinansierte ordninger løser disse utfordringene, og har i tillegg en omfordelende virkning. På den annen side vil alt for generøse ordninger kunne forsterke atferdsproblemer, men dette spørsmålet er ikke direkte knyttet til valget mellom offentlige og private forsikringssystemer.

Egenandeler og grad av forsikringsdekning

Er det rimelig å tro at etterspørselen etter helsetjenester er mye høyere enn den ville ha vært dersom folk måtte betale ut av egen lomme? Estimerer fra RAND-studien viser at økonomiske insentiver betyr noe, men at effektene er klart mindre enn for de fleste forbruksvarer.

Med tanke på at helse utgjør en betydelig andel av offentlige budsjetter, er det uansett snakk om store beløp i kroner og øre. Disse utgiftene skal finansieres, gjennom bruk av såkalte vridende skatter. I tillegg til at lav egenbetaling gir effektivitetstap ved overkonsum, kan vi også få høye skattevridningskostnader. Dette vil jeg imidlertid ikke komme nærmere inn på i denne oppgaven.

Vi har sett at det optimale valget av egenbetaling avhenger av hvor prisfølsom etterspørselen er. Dersom behandling beslutningene i liten grad påvirkes av prisen, er det optimalt med lave egenandeler og høy forsikringsdekning. Med elastisk etterspørsel er det motsatt.

RAND-studien tyder på at noen helsetjenester er mer priselastiske enn andre. I teorien ville det derfor vært effektivt om størrelsen på egenandelene ble satt deretter. Alternativt kunne man tilbudt en delvis forsikringsdekning, for eksempel en minimumskontrakt hvor bare de mest nødvendige helsetjenestene og behandlingene inngår; for så å overlate til hver enkelt å supplere med ulike tilleggforsikringer.

Disse effektivitetsvurderingene bygger imidlertid på nyttebegrepet, og sier ingenting om helseforbedringene ved bruk av ulike medisinske tjenester. Basert på estimatene fra RAND-studien, kan det virke som om etterspørselen både etter nødvendige og unødvendige helsetjenester reduseres like mye når egenbetalingene øker (Newhouse, 1974, Manning et al., 1987). Dersom pasientene velger vekk helsetjenester som har stor positiv effekt på helsen, kan derfor bruken av egenandeler redusere omfanget av behandlingsaktiviteter som er verdifulle, også i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Vi har videre vist at egenandeler oppmuntrer til en bedre avveining mellom nytte og kostnad på marginen. Men samtidig går en ved høy egenbetaling glipp av velferdsgevinstene ved forsikring. Mange mener dessuten at de uheldige fordelingsvirkningene bør veie tyngre enn effektivitetshensynet, da det ofte er de sykeste og fattigste som rammes hardest av mer egenbetaling. Til syvende og sist kan vi derfor si at valget av forsikringskontrakter er en avveining mellom solidaritet og effektivitet, og hensynet til likhet er utvilsomt en viktig begrunnelse for å ha obligatoriske helseforsikringer, slik som i Norge.

På den annen side vil lave egenandeler, kombinert med en stadig økende medisinsk-teknologisk utvikling, nødvendigvis gi seg utslag i ventelister. Når de fordelingspolitiske hensynene tilsier at vi ikke skal bruke prisen som rasjoneringsmekanisme, vil etterspørselen overstige det offentlige tjenestetilbudet, og vi får en situasjon med en kø av individer som ønsker flere og bedre helsetjenester

enn de får. Dette gir grobunn for private ordninger, og en vekst i private helseforsikringer, slik vi har sett i Norge de senere årene.

Men også *økt* egenbetaling kan føre til at flere velger private behandlingstilbud, da de marginale kostnadsforskjellene blir mindre. Det er derfor vanskelig å si hvilken kombinasjon av egenbetaling og forsikringsdekning som vil gi det beste resultatet, gitt de likhetshensynene vi ønsker å ta i helsesektoren.

Finnes det en reell etterspørsel etter helsetjenester?

Effekten av å bruke egenandeler avhenger dessuten av hvor prisbevisste og informerte konsumentene er. Som nevnt i innledningskapitlet er det flere årsaker til at det er vanskelig å bruke en økonomisk tilnærming for å studere etterspørselen etter helse og helsetjenester. For det første er ikke helsetjenester ”goder” i reell forstand. En baserer ikke ens kjøp av helsetjenester på samme grunnlag som kjøp av andre forbruksvarer. Behandling og medisinerer kan til og med ha en negativ effekt i form av bivirkninger og smerte. Det er derfor ikke rimelig å tro at folk vil løpe til legen oftere enn de strengt tatt må. For å sette det på spissen, er dette en sykdom med diagnosen ”Münchausen syndrom”⁴³!

For det andre er helsemarkedet preget av høy grad av usikkerhet, og både manglende og skjevfordelt informasjon⁴⁴. Dette gjør at det er nærmest umulig for pasientene å forutsi effekten av ulike medisinske behandlinger og tjenester. Standard økonomisk teori gjør en antakelse om konsumentsoverenerhet; og bruker betalingsvillighet som et uttrykk for etterspørselen - oppad begrenset av budsjettbetingelsen.

En forutsetning for at individene skal kunne ta rasjonelle, prisbevisste valg, er imidlertid at de kan avveie nytten av ulike goder og tjenester opp mot hverandre. Når pasientene ikke kjenner den ”tekniske” sammenhengen mellom helsetjenester og helsestatus, blir dette vanskelig. Usikkerhet og manglende informasjon svekker derfor prisenes evne til å sikre en optimal avveining.

En konsekvens av disse forholdene er at pasienten i stor grad baserer seg på de rådene som gis av legen, som på sin side har den medisinske kunnskapen pasienten mangler. Dette stiller legen i en overordnet posisjon vis-à-vis pasienten, og gir opphav til nye agentproblemer i helsesektoren. Det neste hovedtemaet i denne oppgaven er å se på de ulike formene for skjulte handlinger, eller insentivproblemer, som kan oppstå i forholdet mellom lege og pasient, og ikke minst mellom lege og tredjepartsbetaler, som en følge av at legen har privat informasjon.

⁴³ Se for eksempel <http://nhi.no/sykdommer/psyke/diverse/munchausens-syndrom-30086.html>

⁴⁴ Dette var Arrows hovedpoeng i artikkelen fra 1963

4. Valg av avlønningssystem og agentproblemer på tilbudssiden

I løpet av de siste tiårene har det i flere land blitt gjennomført endringer i måten helsevesenet organiseres og finansieres på (se bl.a. Mossialos et al., 2002). Norge har endret avlønningssystemet i sykehussektoren flere ganger, og fastlegereformen var både en organisatorisk og finansiell endring av primærhelsetjenesten. Dette tyder på at det ligger store utfordringer i å utforme optimale finansieringssystemer i helsevesenet.

En viktig forklaring på dette er informasjonsproblemer. Fordi legen har privat informasjon og overlegen medisinsk kunnskap, kan han tilpasse seg strategisk til det betalingssystemet han står overfor, og eventuelt vri avgjørelsene i en retning som tjener egne interesser.

Jeg vil i dette kapitlet analysere og drøfte noen av de viktigste agentproblemene i forholdet mellom tredjepartsbetaler og lege, og se på de avveiningene som ligger i valget av avlønningssystem i primærhelsetjenesten. Sentrale spørsmål i den forbindelse er

1. **Hvorvidt, og eventuelt hvordan, inntektsmotivet kan styre legenes atferd,**
2. **Hvordan legen avveier hensynet til pasienten versus fellesskapets og egne interesser, og**
3. **Hvordan avlønningssystemet kan tenkes å virke inn på disse avgjørelsene**

4.1. Legens rolle i et prinsipal-agent perspektiv

Legens hovedoppgave er utvilsomt å behandle pasienter. Men i tillegg til å være pasientenes talsperson, skal legene også være portvakt for det offentlige, som finansierer helsevesenet. Ut fra prinsipal-agent teorien vil en perfekt agent treffe samme beslutning som oppdragsgiveren ville ha truffet, dersom sistnevnte var like godt informert som agenten (McGuire et al., 1988). Det er imidlertid vanskelig å lage ordninger som sørger for dette, når agenten i tillegg ønsker å forfølge egne interesser. I helsesektorene er utfordringen enda større, da legen har en dobbel agentrolle. De to prinsippalene - pasientene og fellesskapet - har ofte avvikende mål, og i disse tilfellene må legen veie ulike hensyn opp mot hverandre. Problemet forsterkes ved at legen samtidig har egne mål og interesser. Disse kan være av faglig art, karrierehensyn eller at han prøver å oppnå en høy inntekt.

Mange vil mene at pasientens interesser skal veie tyngst for legens avgjørelser, og at behandling følgelig skal foregå så lenge det gir pasienten en helsegevinst. At dette blir kostbart for tredjepartsbetaleren, spiller mindre rolle.

Men legen er også pålagt å være agent for samfunnet som helhet. Som skattebetalere vil vi ikke at alle pengene skal gå til helsevesenet, og det er derfor viktig at legen i sine beslutninger tar hensyn til at bruken av knappe ressurser har en alternativ anvendelse, at han avveier helsegevinsten av ulike behandlingsalternativer opp mot kostnadene ved å frembringe dem. Legen vil naturlig nok føle større lojalitet til "sine" pasienter enn andre. De fleste vil nok også mene at dette er en nødvendighet for det tillitsforholdet de har til legen. Men som agent for fellesskapet bør legen også ta hensyn til den nytten andre pasienter kan ha av ressursene han bruker på "sine egne".

Et svært aktuelt eksempel på denne typen konflikter er diskusjonen rundt sykemeldinger og uføretrygd. Det er klart at det her kan være et motsetningsforhold mellom den enkelte pasient og samfunnsøkonomiske hensyn. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 4.6.2.

Jeg vil i denne delen av oppgaven se på ulike finansieringssystemer rettet mot fastlegene.

Det er da viktig å ha dette rolleperspektivet som et utgangspunkt.

Hvordan vi avlønner fastlegene kan påvirke i hvilken grad de vil være agenter for sine pasienter eller for samfunnet, i tillegg til at inntektsmotivet vil kunne virke inn på deres avgjørelser.

4.2. Insentivbaserte finansieringssystemer og ulike målkonflikter

Vi har sett at problemet i prinsippal-agent relasjoner er at rasjonelle agenter kan utnytte sine informasjonsfordeler og opptre på en måte som ikke er i tråd med prinsippalens mål.

Fordi legene har særegen medisinsk kunnskap, vil de ha et informasjonsfortrinn som gjør det vanskelig eller svært kostbart for myndighetene å overvåke og følge opp tjenesteproduksjonen og kvaliteten som leveres. Dette skaper store utfordringer i de tilfellene hvor legen og myndighetene har motstridende interesser.

Som i ethvert prinsippal-agent forhold er valget av belønningssystem avgjørende for agentens tilpasning. Ut fra denne teorien kan vi si at et av myndighetenes virkemidler er å utforme betalingssystem som gir legen incentiver til å opptre på en ønskelig måte. Spørsmålet er da hva som menes med en ”ønskelig måte”.

Jeg vil i resten av dette kapitlet drøfte ulike måter å avlønn fastlegene på, og analysere de forventede effektene av de to mest benyttede avlønningsmodellene; nemlig stykkpris og per capita betaling. Vi skal se at ethvert system har både heldige og uheldige effekter, og at valget av finansieringsmåte derfor blir en avveining mellom ulike hensyn.

Ouchi (1979) legger to forutsetninger til grunn for å kunne benytte stykkprisordninger.

For det første må det kunne defineres klare mål, og for det andre må det være mulig å verifisere sammenhengen mellom innsats og resultat. Ouchi kaller dette ”god kausalkunnskap”.

Som jeg var inne på i innledningskapitlet, vil bonusavlønning av telefonselgere og jordbærplukkere kunne være nok til å disiplinere og lede disse aktørene til å gjøre handlinger som er i overensstemmelse med prinsippalens interesser. Det helt sentrale i et slikt belønningssystem er at innsatsen og resultatene henger tett sammen. Selv om salgstallene delvis avhenger av flaks og tilfeldigheter i form av hvilke kunder telefonselgeren støter på, vil innsats og dyktighet på lang sikt være avgjørende for det resultatet han ender opp med. Dette er også bakgrunnen for at stykkpris lenge har eksistert for polikliniske tjenester og enkle somatiske lidelser (NOU, 1997:6). Derimot byr det på langt større problemer i situasjoner hvor resultatet avhenger av tilfeldige, uobserverbare forhold, så vel som agentens innsats. Dette vil ofte være tilfelle i helsesektoren. For eksempel vil utfallet av en gitt behandling avhenge av mange ulike faktorer, hvor både tilfeldigheter, og ikke minst pasientens helsetilstand, virker inn. Myndighetene kan da ikke verifisere hvorvidt uheldige eller dårlige utfall skyldes mangelfull innsats eller forhold utenfor legens kontroll. Bruken av insentivkontrakter i slike sammenhenger pålegger agenten urimelig høy risiko for situasjoner han ikke kan påvirke.

Den andre begrunnelsen for at det er krevende å finne et godt avlønningsystem for legene, er at det i helsesektoren ikke bare er én, men flere, og sammensatte, mål. For telefonselgeren er det først og

fremst en ting som er viktig: Selg mest mulig. Ved å benytte provisjonslønn vil oppdragsgiver gi agenten de riktige insentivene, og han trenger ikke bruke tid på å overvåke innsatsen. I helsesektoren er derimot forholdene mer komplekse, og belønningssystemet kan derfor ha negative bivirkninger. Spesielt vil dette gjelde i situasjoner hvor det er et motsetningsforhold mellom kvalitet og effektivitet, og hvor forhold som måler effektivitet lettere lar seg observere enn kvalitetsaspektet. For telefonselgeren vil ikke kvaliteten på produktene bli dårligere om han selger flere. For legen er det imidlertid ofte en kostnad ved å yte god kvalitet, i form av ekstra tid og ressurser. Ved et stykkprissystem kan han derfor være fristet til å kutte ned på kvaliteten dersom dette gjør at han kan utføre flere konsultasjoner. Sterke insentivordninger kan dessuten føre til vridninger i tjenestetilbudet eller i pasientsammensetningen.

På grunn av legens informasjonsfortrinn og helsemyndighetenes sammensatte mål, vil det i ethvert finansieringssystem alltid foreligge en rekke slike målkonflikter. Dette gjør at det er vanskelig å utforme effektive insentivkontrakter i helsesektoren, og fra myndighetenes side er det viktig å identifisere i hvilken grad ulike finansieringsmodeller kan bidra til å nå prioriterte mål. Jeg vil nå se på hvordan avlønningssystemene kan tenkes å virke inn på legens beslutninger, og dermed hvilke avveininger myndighetene står overfor.

4.3. Avlønningssystem i primærhelsetjenesten

Jeg vil i dette kapitlet beskrive de to mest benyttede avlønningssystemene overfor fastlegene, og drøfte insentivene, eller de forventede effektene, av å benytte disse i ren form. Senere vil jeg sette opp en modell og analysere hvordan kombinasjonen av disse betalingskomponentene påvirker legens tilpasning. Dette vil jeg videre knytte opp mot det norske finansieringssystemet og fastlegeordningen.

Det er i hovedsak to typer avlønningssystemer som benyttes overfor fastlegene (Scott, 2000 m.fl.) Dette er stykkprisbetaling⁴⁵ og per capita- eller basistilskudd. Det som først og fremst skiller disse to fra hverandre, er at betalingen varierer enten med antall tjenester legen utfører eller med antall pasienter.

Per Capita tilskudd innebærer at legen får en årlig inntekt per person vedkommende har på listen, eventuelt justert for ulike personkarakteristika som har sammenheng med det forventede forbruket av legetjenester (Iversen og Lurås, 2006). Inntekten er uansett uavhengig av faktisk forbruk, og legen står selv ansvarlig for de kostnadene som er forbundet med å følge opp pasientene på listen. Dersom legen tilbyr en ekstra blodprøve, genererer dette en merkostnad, uten en tilsvarende merinntekt.

Fee For Service er på den annen side en aktivitetsbasert avlønningssystem. Legen får da en betaling, eller stykkpris, for hver tjeneste han utfører. I praksis innebærer dette takster for konsultasjoner, laboratorietester, blodprøver, røntgenbilder osv.

Vi kan uttrykke legens inntekt per pasient ved henholdsvis stykkpris og per capita på denne måten:

$$\pi_{FFS} = FX - cX = (F - c)X$$

⁴⁵ Best kjent som Fee For Service (FFS).

$$\pi_{\text{per capita}} = R - cx$$

hvor F er stykkpriskomponenten, c er (den konstante) marginalkostnaden per tjeneste, x er antall tjenester og R er per capita- betaling per person på listen.

Valg av belønningssystem kan påvirke blant annet hvilke pasienter legen ønsker å ha på sin liste, henvisningspraksis, hvor mange tjenester og konsultasjoner som tilbys, og dermed totale utgifter til primærhelsetjenesten. Jeg vil ut fra de enkle sammenhengene ovenfor diskutere hvordan legene - ut fra et rent inntektsmotiv - vil tilpasse seg, gitt de ulike avlønningssystemene.

Ressursbruk og utgiftsvekst

Under et stykkprissystem, hvor $F > c$, vil legen tjene mer jo flere tjenester han tilbyr. Et eksempel på dette er folketrygdens refusjon for å sende en blodprøve til analyse. Dersom denne satsen er større enn de marginale kostnadene, vil det lønne seg for legen å ta mange prøver, også av pasienter som ikke kan forventes å ha helseutbytte av prøven. Det er derfor grunn til å tro at et slikt system vil generere langt flere tvilsomme tester og prøver enn dersom legen selv måtte bære de marginale kostnadene. Vi skal senere se at denne betalingsformen kan føre til at legen forsøker å påvirke pasientene til å konsumere flere tjenester enn nødvendig.

En lege som mottar et fast beløp per person han har på listen, står derimot overfor de fulle kostnadene ved hver ekstra tjeneste. I litteraturen omtales derfor dette betalingssystemet som "full supply-side cost sharing" (se for eksempel Léger, 2008). Legen vil da ønske å holde forbruket nede, da ytterligere prøver og konsultasjoner reduserer inntjeningen.

FFS oppmuntrer med andre ord til høy aktivitet, mens per capita betaling gir legen et insentiv til å rasjonere⁴⁶ antall tjenester og konsultasjoner. En fordel med basistilskudd er derfor at det bidrar til å holde ressursveksten nede, samtidig som det skaper forutsigbarhet i de totale utgiftene til helsesektoren⁴⁷. Medaljens bakside er at det kan hindre visse pasientgrupper tilgang, eller at pasienter mottar for få tjenester.

Avlønningssystem og pasientseleksjon

Dersom legen avlønnes på per capita basis, vil det være lønnsomt å unngå de "tunge" pasientene som har behov for mange tjenester og ekstra oppfølging. For å illustrere dette kan vi anta at per capita betalingen settes ut fra et gjennomsnitt for alle pasienter, slik at satsen skal reflektere de forventede utgiftene per pasient, $E(cx)$, pluss en fast margin, m , som skal gi legen en fortjeneste (se Léger, 2008). Nettoinntekten er da gitt ved:

$$\pi_{\text{per capita}} = R - E(cx) = m$$

⁴⁶ Skal senere omtale dette som "rasjonering fra tilbudssiden"

⁴⁷ Gjelder da primærhelsetjenesten. Dersom denne avlønningssystemet medfører flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten, kan det imidlertid ha negative innvirkninger på de totale helseutgiftene

Pasienter som krever mange tjenester genererer derfor et inntektstap sammenlignet med gjennomsnittspasienten. Resultatet er at legen vil ønske å velge ut de friskeste pasientene. I litteraturen omtales dette som pasientsleksjon eller fløteskumming⁴⁸ (se Scott, 2000, McGuire, 2000 m.fl.), og for helsemyndighetene vil dette være et viktig hensyn ved utforming av finansieringssystem. Ved basistilskudd er det ingen økonomiske insitamenter til å yte god service til arbeidskrevende pasienter. Dersom disse blir misfornøyde og vil skifte lege, innebærer det derimot en økonomisk gevinst for legen. Det er dermed en fare for at kroniske pasienter blir kasteballer i systemet. En måte å unngå dette seleksjonsproblemet på, er ved å risikjustere per capita-komponenten, slik at kostbare pasienter gir en høyere utbetaling. Risikjusterte satser skaper imidlertid nye insentiver for legen, da det nå vil lønne seg å gjøre hver pasient mer alvorlig syk enn vedkommende er.

Avlønningssystem og henvisningspraksis

Allmennleger har en viktig funksjon i helsevesenet ved at de henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten. Vi kan si at de fungerer som mellommenn som sorterer ut de pasientene som trenger spesialisert behandling. Den enkelte lege som treffer beslutningene, bærer imidlertid ikke kostnadene dette påfører helsevesenet. På den annen side kan legen risikere å bli holdt ansvarlig dersom pasientene som trenger videre behandling, ikke får det. Dette kan påføre legen kostnader i form av dårlig rykte, erstatningsansvar eller lignende. Dersom det er det minste tvil, har legen derfor mye å tape på ikke å sende pasientene videre, selv om det i mange tilfeller påfører fellesskapet store, unødvendige utgifter. Fra samfunnets synspunkt, er dette et viktig agentproblem i helsemarkedet.

Henvisningsbeslutningene har store konsekvenser både for den enkelte pasient og for den totale ressursbruken i helsesektoren. Vi vet at det er stor variasjon blant fastlegene i Norge. Empiri viser at noen henviser 4% av alle konsultasjoner, mens andre henviser 30% (Erlandsen & Iversen, 1998). Studier fra andre land tyder på at henvisningsratene generelt varierer med en faktor på mellom 3 og 4 (Scott, 2000).

Et sentralt spørsmål i denne sammenheng er hvorvidt, og eventuelt hvordan, avlønningssystemet påvirker henvisningsbeslutningene. Det er rimelig å tro at basistilskudd oppmuntrer til flere henvisninger enn ytelsesbaserte takster. Grunnen er at jo flere undersøkelser og behandlinger som henvises til spesialist, desto mer tid og kapasitet frigjøres. Legene kan da ha flere pasienter på listen, noe som øker inntekten dersom de betales på per capita basis.

En studie av det norske pasientlistesystemet (Iversen og Lurås, 2000) tyder på at leger som betales per tjeneste i mindre grad henviser pasienter til private spesialister eller til spesialisthelsetjenesten. Også andre empiriske studier peker i samme retning. Krasnic et al. (1990) viste at en endring fra ren per capita betaling til et blandet avlønningssystem reduserte henvisningsraten blant leger i København⁴⁹, samtidig som antall tjenester levert av fastlegene økte.

Ren stykkprisbetaling kan altså motivere legene til unødvendig høy tjenesteproduksjon, mens et rendyrket per capita system gir insentiver til å henviser flere til spesialisthelsetjenesten. Ut fra økonomisk teori kan derfor begge avlønningssystemene ha uheldige virkninger på den totale ressurs- og kostnadsveksten. Spørsmålet er da hva som gir de høyeste utgiftene - flere tester og konsultasjoner i primærhelsetjenesten, eller unødvendig dyre sykehusopphold.

⁴⁸ ”cream-skimming” eller ”dumping”

⁴⁹ Antall henvisninger til spesialist ble redusert med 13 prosent fra Mars til November i 1988

4.4. Tilbudsindusert etterspørsel

Når det gjelder avlønningssystemets innvirkning på legens tilpasning, er det spesielt ett forhold som har fått stor oppmerksomhet i den helseøkonomiske litteraturen (se bl.a. Andersen og Serritzlew, 2007): hvorvidt legene påvirker pasientens etterspørsel i en retning som øker deres egen inntekt.

Det er dette som omtales som tilbudsindusert etterspørsel, og refererer til situasjoner hvor etterspørselen etter helsetjenester er høyere enn det den ville vært dersom pasientene hadde hatt full informasjon (Olsen 2009 m.fl.).

Grunnlaget for denne teorien er at pasientene i stor grad baserer sine avgjørelser på de anbefalinger som gis av legen. Skjevfordelt informasjon mellom partene åpner da for at legen av strategiske årsaker vil kunne gi en beskrivelse av pasientens lidelse som avviker fra hva som er medisinsk-faglig riktig. Legen kan med dette generere en økt etterspørsel, for eksempel gjennom flere oppfølgingskonsultasjoner.

For at en slik atferd skal være lønnsom, er det helt sentralt at legens inntekt avhenger av det antall tjenester han tilbyr. Tilbudsindusering er derfor bare et relevant problem i avlønningssystemer som inneholder elementer av stykkprisbetaling.

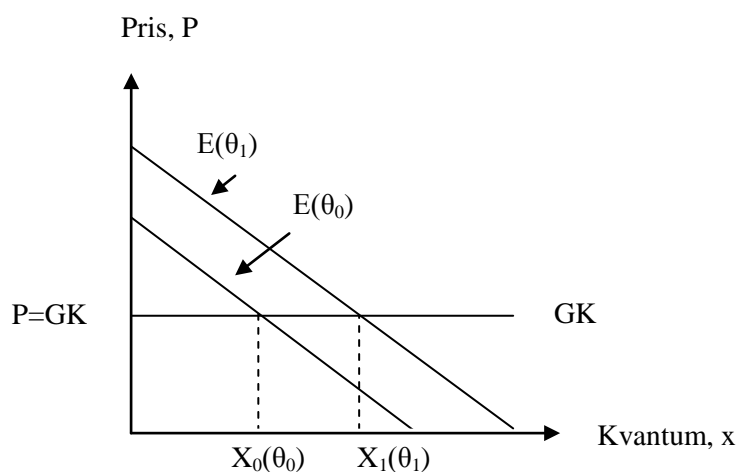
Et annet spørsmål som er nært knyttet til dette, er hvorvidt legene responderer til økt konkurranse og pasientknapphet ved å tilby flere tjenester per pasient. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 4.6.1. Poenget er uansett det samme; stykkprisbetaling kan oppmuntre til et unødvendig høyt aktivitetsnivå.

For å vise hvordan legen kan påvirke pasientens etterspørsel, kan vi ta utgangspunkt i etterspørselsfunksjonen og figuren i kap. 3.4.1.

Jeg utledet der etterspørselen som en enkel funksjon av prisen: $x = x(P)$.

Vi kan utvide dette, slik at også sykdommens alvorlighetsgrad, θ , spiller inn på pasientens etterspørsel etter helsetjenester: $x = x(\theta, P)$.

En endring i θ vil nå gi et skift i etterspørselskurven. For eksempel vil en økning i θ , fra θ_0 til θ_1 , flytte kurven *opp* i pris- kvantumsdiagrammet. Til en gitt pris vil da pasienten ønske en større mengde helsetjenester enn før.



Figur 4.3. Tilbudsindusert etterspørsel

Gjennom å påvirke pasientens oppfatning av sykdommens alvorlighetsgrad, kan legen derfor få en sterk innvirkning på forbruket av helsetjenester. En annen måte å indusere etterspørselen på, er å få pasientene til å tro at en gitt helsetjeneste eller behandling gir bedre helseeffekt enn hva den faktisk gjør.

Dersom legen forteller pasienten at sykdommens alvorlighetsgrad er lik θ_1 , selv om den i realiteten er θ_0 , vil etterspørselen endres fra $E(\theta_0)$ til $E(\theta_1)$. Ved ren stykkprisbetaling vil da legens inntekt øke fra $(F-c)X_0$ til $(F-c)X_1$. En lege som kun tenker profitt, eller nettoinntekt, vil derfor prøve å påvirke pasienten til å bruke flest mulig helsetjenester. Per capita betaling gir på den annen side motsatte insentiver. Legen vil da ønske å holde forbruket nede, og tjener på å fortelle pasienten at $\theta = \theta_{\min}$.

I det virkelige liv er det lite trolig at legen opptrer på denne måten dersom det har negative konsekvenser for pasientens helse. Men dersom bruken av noen ekstra medisiner eller flere tester ikke har noen nevneverdig innvirkning på pasientens sykdomstilstand, kan det oppstå situasjoner hvor legen fristes til å fortsette med behandling uten at dette har noen helsemessig effekt. For myndighetene vil det imidlertid være vanskelig å kontrollere legens atferd på dette området. Gitt pasientenes symptomer på sykdom er det ikke alltid et fasitsvar på hva som er det optimale behandlingstilbudet. Legene må ofte basere sine avgjørelser på skjønn, noe som er vanskelig å etterprøve.

Jeg skal senere benytte en modell hvor det finnes et intervall - en "gråson" - hvor ekstra innsats eller flere tjenester verken er dokumentert å ha positiv eller negativ virkning på helsetilstanden. Det er spesielt i disse tilfellene at avlønningssystemet kan tenkes å ha innvirkning på legens tilbud av helsetjenester.

Legens mulighet til å påvirke etterspørselen vil avhenge av hvor villige pasientene er til å godta eller stole på de rådene legen gir. Dersom pasientene selv hadde måttet betale, ville de trolig hatt sterkere insentiver til å overvåke legen eller søke alternative råd fra andre fagpersoner. Pasienter som er fullt forsikret, har derimot ingen insentiver til å stille spørsmålsteget ved dyre behandlingsmetoder. Vi kan kanskje si at pasienten og legen har samme interesse, mens tredjepartsbetaleren må betale kostnadene i agentforholdet. Dette er et godt eksempel på at kombinasjonen av omfattende forsikringsordninger og legens kunnskapsmonopol kan ha en avgjørende betydning på den totale ressursbruken i helsesektoren.

4.4.1. Empiriske bevis på tilbudsindusert etterspørsel

I hvilken grad legen - som tilbyder av helsetjenester - påvirker og former pasientens preferanser og etterspørsel har vært mye studert i helseøkonomien. For førti år siden hevdet Newhouse at leger selv kan skape etterspørsel etter sine tjenester (Newhouse, 1970). Siden har dette vært et kontroversielt tema blant forskere innenfor helseøkonomi, og det er gjort flere studier som forsøker å kartlegge hvorvidt det er en sammenheng mellom avlønningssystem og indusert etterspørsel.

Iversen og Lurås (1998) studerer disse effektene i det norske systemet, basert på data fra fastlegeforsøket⁵⁰. De skiller mellom leger som har et optimalt antall pasienter, og de som opplever knapphet i tilgangen på pasienter. De sistnevnte legene omtales som "rasjonerte", i den forstand at de har færre pasienter på listen enn ønskelig. Avlønningssystemet som benyttes er en kombinasjon av per capita og stykkpris. Resultatene fra denne studien tyder på at de rasjonerte legene har høyere inntekt fra stykkpriskomponenten, noe som tilsier at de tilbyr flere tjenester til hver pasient enn de urasjonerte.

I Iversen (2005) utvides denne analysen med et datasett som består av alle norske fastleger etter at fastlegereformen ble introdusert i 2001⁵¹. Også denne studien finner at pasientknapphet øker legens inntekt per pasient som en følge av stykkpriskomponenten.

Vi kan imidlertid ikke konkludere med at dette er det samme som å si at legene påvirker pasientenes etterspørsel. Dersom de urasjonerte legene tilbyr færre tjenester enn det pasientene ønsker, er det økte tilbudet blant rasjonerte leger ikke et tegn på tilbudsindusering. Det er da heller et spørsmål om disse ekstra tjenestene er nødvendig, eller om de snarere er et uttrykk for legens respons på korte pasientlister⁵².

Grytten og Sørensen (2001) finner i sine studier ingen bevis på tilbudsindusering.

De sammenlignet to grupper av leger, hvor den ene ble betalt på per capita basis, mens den andre fikk inntekt gjennom et stykkprissystem. De benyttet imidlertid legetetthet som en indikator på pasientknapphet, slik at det ikke var mulig å studere variasjoner i antall pasienter per lege. Heller ikke Carlsen og Grytten (1998) finner noen sammenhenger som tyder på indusert etterspørsel blant norske fastleger.

Som en oppsummering kan vi si at økonomisk teori predikerer at rasjonelle leger vil tilby flere tjenester til sine pasienter dersom de betales med en ren stykkpris, eller i et blandet avlønningssystem. Evans (1974) åpnet sin artikkel om tilbudsindusert etterspørsel med uttalelsen:

"Everyone knows that physicians exert a strong influence over the quantity and pattern of medical care demanded in a developed economy".

Den empiriske litteraturen tyder imidlertid på at det er vanskelig å finne entydige bevis på at slik atferd finner sted. Phelps (1986) benytter tittelen "Induced demand: Can we ever know its extent?", og som Fuchs sier i sin artikkel om tilbudsindusering fra 1986:

"...This...has always reminded me of the story of the Frenchman who suspected that his wife was unfaithful. When he told his friend that the uncertainty was ruining his life, the friend suggested hiring a private detective to resolve the matter once and for all. He did so, and a few days later the detective came and gave his report:

'One evening when you were out of town I saw your wife get dressed in a slinky black dress, put on perfume, and go down to the local bar. She had several drinks with the piano player and when the bar was closed they came back to your house. They sat in the living room, had a few more drinks, danced and kissed.'

The Frenchman listened intently as the detective went on: 'Then they went upstairs to the bedroom, they playfully undressed one another, and got into bed. Then they put out the light and I could see no more.' The Frenchman sighed 'Always that doubt, always that doubt.'"

⁵⁰ Forsøket ble gjennomført fra 1993-1996, og skulle danne beslutningsgrunnlaget for hvorvidt en fastlegeordning burde innføres i Norge. 4 kommuner var med i forsøket (Trondheim, Tromsø, Åsnes og Lillehammer), hvor alle innbyggerne ble fordelt på byens leger

⁵¹ En nærmere beskrivelse av fastlegereformen blir gitt i kapittel 4.7

⁵² For en nærmere drøfting av dette, se kapittel 4.6.1

I mange vestlige land er fastlegenes inntekt avhengig av antall tjenester og antall konsultasjoner de utfører, da betalingssystemet inneholder elementer av stykkprisbetaling (Andersen og Serritzlew, 2007). Tilbudsindusering er bare et eksempel på betydningen av asymmetrisk informasjon i helsemarkedet; og viser at legens behandlingsbeslutninger i et slikt system kan være motivert ut fra et inntektsmotiv. Jeg vil nå utvide diskusjonen av hvordan økte egenandeler kan tenkes å påvirke ressursbruken i denne sektoren, med utgangspunkt i legen som rasjonell aktør. Senere skal jeg se på hvordan korte pasientlister, eller pasientknapphet, kan virke inn på legens avgjørelser i det norske systemet. Disse to forholdene henger tett sammen ved at de begge ser på ulike måter legen, gjennom sin tilpasning, kan kompensere for tapte inntekter som skyldes lavere etterspørsel.

4.5. Legens respons på økte egenbetalinger

Som jeg har vært inne på, er et av de sentrale spørsmålene i forbindelse med helseforsikring hvorvidt, og eventuelt i hvilken grad, økte egenbetalinger vil redusere etterspørselen og ressursbruken i helsevesenet. Man fokuserer da på etterspørselssiden; og ser på pasientene som rasjonelle, nyttemaksimerende konsumenter. Resultatene fra RAND-studien viste imidlertid at en økning i egenandelene først og fremst virker inn på hvorvidt man oppsøker lege eller ikke. Når man først er inne i systemet, har egenbetaling mindre å si for bruken av helsetjenester. Pasienten baserer seg da i stor grad på de rådene som gis av legen, og sistnevnte får en sterk innvirkning på mengden og omfanget av medisinske tjenester. Effekten av egenbetaling kan derfor avhenge av hvordan avlønningssystemet påvirker legens tilpasning.

Økonomisk teori sier at økte egenandeler vil føre til redusert etterspørsel etter helsetjenester. Ved per capita betaling vil dette innebære mindre arbeid og uendret inntekt for legen. Vi kan derfor si at det blir mer lønnsomt enn før å ha en person på liste, og resultatet kan bli økt konkurranse for å tiltrekke seg flere pasienter. Offentlige utgifter vil uansett bli redusert gjennom høyere egenbetaling og lavere helsetjenesteforbruk.

Dersom legen på den annen side står overfor et stykkprissystem, vil økt egenbetaling redusere inntekten gjennom færre konsultasjoner. Dette kan føre til at legen vil tilby flere tjenester til dem som fremdeles kommer. Den opprinnelige utgiftsreduksjonen gjennom økt egenbetaling vil dermed kunne bli motvirket av økte utgifter på grunn av lengre konsultasjoner og flere tester og prøver per pasient.

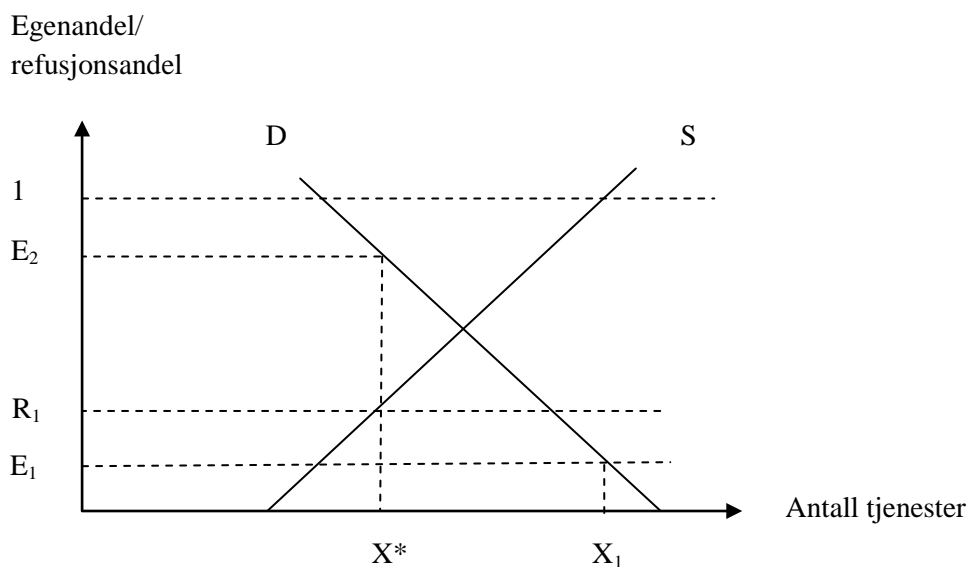
Effekten på den totale ressursbruken vil dermed avhenge av legens tilpasning og respons.

Zweifel og Manning (2000) argumenterer for at samspillet mellom pasient og lege - mellom tilbuds- og etterspørselssiden - spiller en sentral rolle i helsemarkedet.

Vi skal senere se at pasientknapphet, i kombinasjon med stykkpriselementer i betalingssystemet, kan føre til økt tjenesteproduksjon. Dersom tilbudsindusering er et reelt problem, kan egenandeler derfor tenkes å ha en uheldig virkning ved at de som virkelig trenger hjelp, ikke får den hjelpen de trenger, mens flere unødvendige tester, prøver og behandlinger utføres for dem som har mindre behov.

4.5.1. Rasjonering som en alternativ strategi for å kontrollere utgiftsveksten

Selv om egenandeler har en disiplinerende effekt på etterspørselen, kan det virke skjevfordelende og utsette pasientene for større økonomisk risiko. Spørsmålet er da om rasjonering fra tilbudssiden vil være en bedre måte å begrense ressursbruken i helsesektoren på. Ved å overføre økonomisk risiko til legene heller enn på pasientene, er det mulig å nå et optimalt kvantum (X^*) uten å miste gevinstene ved forsikring. Jeg vil nedenfor vise dette ved hjelp av et rammeverk fra Ellis og McGuire (1993), hvor de analyserer hvordan rasjonering fra tilbudssiden kan erstatte egenbetaling, eller hvordan disse kan brukes i en kombinasjon. Dersom legen refunderes de fulle kostnadene ved behandling og tjenesteyting, vil han ikke ha noe insentiv til å holde ressursbruken nede. Refusjonsandel benyttes derfor som et virkemiddel, på samme måte som egenandeler benyttes på etterspørselssiden.



Figur 4.5.1. Rasjonering fra tilbudssiden

I figur 4.5.1 er det tre aktører: tredjepartsbetaler, tjenesteyter og pasient.

Langs den vannrette aksene er antall helsetjenester fremstilt, mens den loddrette aksene viser refusjonsandel (R) og pasientenes egenandel (E), som begge varierer mellom 0 og 1.

Etterspørselen (D) faller med egenandelen, mens tilbudet (S) stiger med refusjonsandelen.

Vi antar at det samfunnsøkonomisk optimale kvantum er X^* .

Dersom pasienten skulle gis insentiver til å konsumere X^* , måtte egenandelen settes lik E_2 .

Dette ville imidlertid eksponert pasienten for en betydelig økonomisk risiko.

Et alternativ kan være å tilby tjenesteyteren R_1 . Legen vil da være interessert i å tilby X^* .

Egenandelene kan dermed reduseres, for eksempel til E_1 , samtidig som vi får realisert det samfunnsøkonomisk optimale kvantum⁵³. Pasienten vil da være misfornøyd, siden han med E_1 foretrekker et høyere behandlingsomfang, X_1 . Rasjoneringen, som her er samfunnsøkonomisk effektiv, utgjør $X_1 - X^*$.

⁵³ Siden det er andeler på y-aksen trenger ikke det optimale punkt være der kurvene skjærer hverandre

Spørsmålet i denne sammenheng er hvilken avlønningsmåte som gir legene insentiver til å tilby den kostnadseffektive mengden. Newhouse (1996) betrakter stykkpriskontrakter og per capita- betaling⁵⁴ som ytterkantene av risikodeling mellom lege og finansør. Per capita betaling, eller et fast budsjett, gir legen det fulle økonomiske ansvaret for de tjenestene han tilbyr sine pasienter; og gir derfor sterke insentiver til å rasjonere. Léger (2008) omtaler dette som ”full supply-side cost sharing”, og refusjonsandelen er da null. Stykkpriskontrakter vil på den annen side gi legen insentiver til å tilby mange tjenester. Som vi har sett vil denne avlønningsmåten i noen tilfeller faktisk kunne forsterke problemene, gjennom at legene induserer pasientens etterspørsel. Ressursbruken kan derfor bli enda større enn det som skyldes overkonsum fra etterspørselssiden.

Vi kan si at per capita kontrakter gir optimale insentiver til kostnadseffektivitet, på samme måte som kontantutbetalingsforsikring gjør det på etterspørselssiden. Målet er å begrense tilbudet av de helsetjenester hvor kostnadene overstiger nytten for pasientene. Dette kan resultere i høyere kostnadseffektivitet, men skaper samtidig et problem ved at noen pasienter risikerer å få for lite oppfølging.

I praksis vil rasjonering fra tilbudssiden, spesielt i kombinasjon med lave egenandeler, gi seg utslag i køer eller ventelister. Avgjørelsene om behandling blir da basert på skjønn fra legens side, noe som kan gi seg utslag i vilkårlig prioritering. På den annen side vil pasientene kunne foretrekke rasjonering fremfor egenbetaling, da man beholder gevinstene ved full helseforsikring.

Et annet moment som vil kunne tenkes å påvirke legens beslutning, er konkurranseforhold og arbeidsmengde. Som vist over vil rasjoneringen kunne skape misfornøyde pasienter, i og med at de ønsker et høyere tjenestevolum til egenandelen E_1 . Dersom legen har færre pasienter enn ønskelig på listen, vil slik rasjonering neppe finne sted, selv om den er samfunnsøkonomisk effektiv.

Vi får da et agentproblem, hvor legens inntektsmotiv kommer i konflikt med hensynet til fellesskapet. Dette har blitt spesielt aktuelt etter at fastlegeordningen ble innført, da flere leger nå opplever knapphet på pasienter (Lurås og Iversen, 2002).

⁵⁴ I den engelske litteraturen benyttes begrepet ”supply-side cost sharing”, og gir uttrykk for i hvilken grad legene stilles overfor en del av den økonomiske risikoen ved behandling og tjenesteyting

4.6. Fastlegeordningen og det norske finansieringssystemet

Fastlegeordningen ble innført i Norge 1. juni 2001.

Denne reformen innebar en ny måte å organisere primærhelsetjenesten på, gjennom faste lister med pasienter til hver lege. Fastlegene er nå ansvarlig for å tilby allmennt medisinsk behandling til sine listepasienter og å prioritere pasienter som står på listen (Carlsen og Norheim, 2003).

Listene skal i utgangspunktet være på mellom 500 og 2500 pasienter, men legene kan sette et listetak under maksimumsgrensen. Når listen er fylt opp, kan legen velge å lukke den for nye pasienter. Pasientene har rett til å skifte lege to ganger i året så lenge andre fastleger med ledig kapasitet er tilgjengelige (Ot. prp. nr 99 (1998–99)).

Fastlegeordningen innebar samtidig en endring i avlønningssystemet, ved at betalingen nå delvis er knyttet til listelengden. Den aktivitetsbaserte inntekten er noe økt og det er færre fastlønnede primærleger (Carlsen og Norheim, 2003).

Fastlegen mottar 357 kr per år⁵⁵ som et fast tilskudd per person som står på listen.

I tillegg får han stykkprisbetaling per pasient som bruker en legetjeneste, i form av refusjoner for utførte tester og konsultasjoner. Gjennomsnittlig utgjør fastprisen 30 prosent av legens lønn, mens 70 prosent kommer fra stykkpriskomponenten. Den nye avlønningsmetoden er derfor et blandet system.

Modell

For å analysere de forventede effektene av det nye avlønningssystemet, vil jeg benytte en modell basert på Iversen og Lurås (1998) og Erlandsen og Iversen (1998).

I denne modellen vil jeg spesielt se på hvordan avlønning påvirker legens avgjørelser med hensyn til antall pasienter og antall tjenester per pasient.

Symbolforklaringer:

q = per capita-komponenten (avlønning per pasient; jfr. R i kap. 4.3)

p = stykkpris-komponenten (takst per tjeneste; jfr. F i kap. 4.3)

W = fastlønn

T = samlet disponibel tid

t = tid per tjeneste

l = fritid

c = konsum

Z = antall tjenester per behandling

\underline{Z} = nedre grense for antall tjenester

\bar{Z} = øvre grense for antall tjenester

k = antall tjenester per behandling utover nedre grense

r = øvre grense for antallet tjenester i tillegg til den nedre grense

n = antall pasienter

\bar{n} = øvre grense for antall pasienter

H = pasientens helsetilstand

$h(Z)$ = pasientens marginalt helseutbytte av helsetjenester

⁵⁵ Tall per 29.12.2009, se <http://www.tv2nyhetene.no/innenriks/helse/dette-tjener-fastlegen-din-2565816.html>

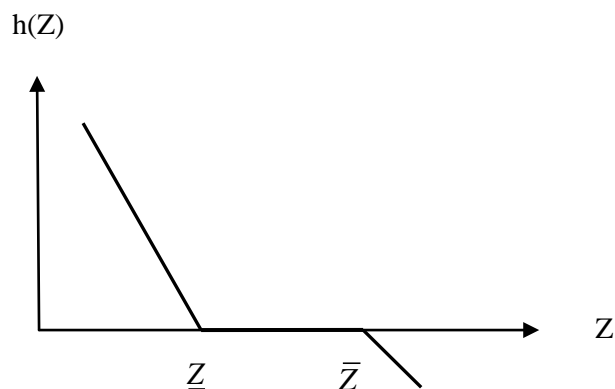
Legens beslutningsproblem består i å velge antall pasienter og det antall tjenester som maksimerer legens nytte.

Jeg vil anta at nytten er en funksjon av effekten av pasientbehandling, konsum og fritid:

$U = U(g(H_1, \dots, H_n), c, l)$, hvor g -funksjonen er et uttrykk for effekten av behandling.

Jeg vil videre anta at det finnes et intervall for omfang av helsetjenester hvor innsatsen verken er dokumentert å ha positive eller negative virkninger på helsetilstanden. Vi kan se på dette som en "gråson" mellom \underline{Z} og \bar{Z} hvor den marginale helseeffekten mhp. antall helsetjenester er lik null ($h'(Z) = 0$). En forklaring på dette kan være at det ofte er vanskelig å fastsette en medisinsk standard. Det er ikke alltid slik at mer behandling er bedre for pasienten, da for eksempel bivirkninger og sannsynligheten for feildiagnostisering kan øke med behandlingsinnsatsen.

Vi kan derfor anta følgende sammenheng mellom mengde helsetjenester og marginalt helseutbytte:



Jeg vil forutsette at legen aldri balanserer inntekt eller fritid mot pasientens helse. Dette innebærer at han alltid vil tilpasse seg i intervallet (\underline{Z}, \bar{Z}) , slik at helsekomponenten kan tas ut av nyttefunksjonen.

k er da antall helsetjenester som ytes utover nedre grense, $k = Z - \underline{Z}$, og r angir det maksimale antall tjenester $(\bar{Z} - \underline{Z})$. Legens beslutningsvariabel mht. antall tjenester ligger derfor i intervallet $0 \leq k \leq r$.

I motsetning til modellen i Iversen og Lurås (1998) vil jeg anta at alle pasienter er like, samtidig som det bare tilbys én type tjeneste. Dette forenkler analysen, uten å påvirke de sentrale resultatene.

Jeg vil imidlertid da ikke kunne si noe om hvordan forskjeller i stykkprissatsene påvirker valget mellom ulike tjenester.

Jeg vil benytte en kvasi-lineær nyttefunksjon:

$$V = c + v(l),$$

hvor $v(l)$ angir nytten av fritid målt i penger, og med $v'(l) > 0$ og $v''(l) < 0$.

Vi kan nå analysere hvordan legens tilpasning kan tenkes å ha endret seg ved overgang til det nye avlønningssystemet. Før fastlegereformen ble legene betalt med en kombinasjon av driftstilskudd⁵⁶ og stykkpristakster, mens man nå har gått over til en kombinasjon av per capita tilskudd og stykkpris.

⁵⁶ Fastlønn, W , betinget av visse regler mhp. arbeidstid og andre forhold

Kombinasjon av fastlønn og stykkpristakster: $p > 0, W > 0, q = 0$

Legens budsjettbeskravning er gitt ved samlet disponibel tid, T , som kan benyttes til arbeid, eller som fritid, samtidig som r og \bar{n} er den øvre grensen for hhv. antall tjenester og antall pasienter.

Fritiden, l , er gitt ved: $l = T - nZt$, og konsummulighetene, $c = W + pZn$. Legens beslutningsproblem består da i å velge det nivået på n og k som maksimerer nytten:

$$\text{Max}_{n,k} V = c + v(l) = W + p(\underline{Z} + k)n + v(T - n(\underline{Z} + k)t), \text{ s.t. } 0 \leq k \leq r, 0 \leq n \leq \bar{n}$$

Dersom vi antar at ingen av skrankene er effektive, får vi følgende førsteordensbetingelser:

$$1.1) \quad \frac{\partial V}{\partial n} = p(\underline{Z} + k) - v'(l)(\underline{Z} + k)t = 0 \quad \leftrightarrow \quad p = v'(l)t$$

$$1.2) \quad \frac{\partial V}{\partial k} = np - v'(l)nt = 0 \quad \leftrightarrow \quad p = v'(l)t$$

Tilpasningsbetingelsene er altså like mhp. k og n , der begge sier at marginal inntekt (gitt ved stykkprisen p) skal være lik marginal kostnad ved redusert fritid.

Fordelingen av n og k i intervallene $(0, \bar{n})$ og $(0, r)$ er vilkårlig, og det spiller dermed ingen rolle for legen om han tilbyr Z_2 tjenester til n_1 pasienter, eller Z_1 tjenester til n_2 pasienter.

Kombinasjon av per capita tilskudd og stykkpris: $p > 0, q > 0, W = 0$

Optimeringsproblemet er nå gitt ved:

$$\text{Max}_{n,k} V = c + v(l) = qn + p(\underline{Z} + k)n + v(T - n(\underline{Z} + k)t), \text{ s.t. } 0 \leq k \leq r, 0 \leq n \leq \bar{n}$$

Dersom vi antar indre løsning, blir førsteordensbetingelsene:

$$1.3) \quad \frac{\partial V}{\partial n} = q + p(\underline{Z} + k) - v'(l)(\underline{Z} + k)t = 0$$

$$1.4) \quad \frac{\partial V}{\partial k} = np - v'(l)nt = 0 \quad \leftrightarrow \quad v'(l) = \frac{p}{t}$$

Dersom vi setter inn uttrykket for $v'(l)$ i 1.3) får vi:

$$1.5) \quad q + p(\underline{Z} + k) - \frac{p}{t}(\underline{Z} + k)t = 0 \quad \leftrightarrow \quad q = 0$$

som er en selvmotsigelse fordi $q > 0$.

Vi må derfor ha hjørneløsning: $k=0$, dvs. at det er optimalt for legen å yte et minimum av tjenester ($Z = \underline{Z}$). Grunnen til det er at legen i hele intervallet $0 \leq n \leq \bar{n}$ får en større marginal gevinst ved å ta inn en ny pasient fremfor å tilby én ekstra tjeneste. Så lenge det er rom for å ta inn nye pasienter, vil han derfor bruke tiden på å yte et minimum av tjenester til flere pasienter, da han i tillegg kan høste mange per capita tilskudd.

Antall pasienter bestemmes fra ligning 1.3. Når $k=0$ får vi da:

$$1.6) \quad q + pZ = v'(l)Zt$$

Legen tilpasser seg med andre ord slik at marginal inntekt per pasient er lik marginal kostnad i form av redusert fritid. Marginalkostnaden vurderes da som nyttetapet - i kroner - av å ta inn en ny pasient; gitt at optimalt antall tjenester utført per pasient er lik minimumsnivået.

Modellen predikere altså at det nye avlønningssystemet gjør det lønnsomt for legen å tilby få tjenester til en lang liste av pasienter. Ved det tidligere avlønningssystemet var legen imidlertid indifferent mellom å tilby mange tjenester til få pasienter, eller færre tjenester til flere pasienter. Mange vil derfor hevde at det gamle systemet ga bedre prioritering, og at den nye avlønningssystemet fører til økt kamp om pasientene. Dette er nok også noe av bakgrunnen for at tidligere helseminister Bjarne Håkon Hansen omtaler noen av fastlegene som "listebaroner".

I virkeligheten vil det være de relative takstene som betyr noe for legen, og spørsmålet er derfor hvor høy basiskomponenten bør være i forhold til stykkprissatsen.

Legene har i tillegg en "tidstakst", en kompensasjon dersom de sitter ekstra lenge med en pasient. Mange hevder imidlertid at denne er liten sammenlignet med gevinsten ved å starte en ny konsultasjon eller ta inn flere pasienter. Det kan derfor diskuteres om insentivene i betalingssystemet er riktige. For eksempel har kvinnelige leger i gjennomsnitt en lavere lønn enn menn i samme yrke⁵⁷. Dette kan skyldes at de har flere pasienter med behov for lengre konsultasjoner, som muligens er mindre lønnsomt⁵⁸.

4.6.1. Pasientknapphet og legens respons på korte pasientlister

Selv om modellen predikerer at legen vil tilby færrest mulig tjenester utover minimum, forutsetter dette at det er fri tilgang til pasienter, dvs. at $0 \leq n \leq \bar{n}$. Dersom legen derimot er rasjonert, ved at $n = \bar{n}$, vil det ikke være mulig å ta inn nye pasienter. Spørsmålet er om legen da, på samme måte som ved høyere egenandeler, responderer ved å tilby flere tjenester til de pasientene han har. I så fall kan kortere pasientlister enn ønskelig føre til tilbudsinduksjon, forutsatt at stykkprissatsen overstiger de marginale kostnadene. Dersom dette er tilfelle vil pasientknapphet kunne medføre store agentkostnader for tredjepartsbetaleren, da legen selv ikke betaler for økt tjenesteproduksjon.

Ved et blandet avlønningssystem som det norske, vil legen kunne respondere på korte pasientlister ved å tilby flere konsultasjoner, tester og prøver per pasient. Dette vil da kompensere for den lavere per

⁵⁷ Se <http://www.tv2nyhetene.no/innenriks/helse/kvinnelige-leger-tjener-mindre-enn-mannlige-3005275.html>

⁵⁸ Det er imidlertid ikke opplagt at det er lange konsultasjoner som er årsaken. Muligens setter kvinnelige leger frivillig et lavere tak, noe som gjør at de i gjennomsnitt har færre ledige plasser

capita inntjeningen. Studiene til Iversen og Lurås (1998) og Iversen (2005) gir som sagt støtte til denne hypotesen⁵⁹. Basert på intervjuer fant også Carlsen og Norheim (2003)⁶⁰ eksempler på at rasjonerte leger sier de øker aktivitetsnivået for å tjene mer per pasient gjennom refusjoner.

Et annet spørsmål som henger nært sammen med dette er hvordan legene responderer på endringer i stykkprissatsen. Ut fra modellresonnementet vil legene i et blandet avlønningssystem forsøke å øke listelengden fremfor å tilby tjenester utover minimum til de eksisterende pasientene.

Dersom refusjonen for én type tjeneste øker relativt til en annen, vil vi imidlertid kunne forvente en vridning i tjenestetilbudet. På samme måte vil en økning i stykkprissatsen i forhold til per capita komponenten påvirke relativ lønnsomhet mellom antall tjenester og antall pasienter.

Munkerud (2008) studerer hvordan antallet laboratorieundersøkelser påvirkes av legens inntektsmotiv. Funnene tyder på at fastlegene reduserer bruken av disse tjenester når refusjonstaksten settes ned. Resultatene indikerer også, som jeg har vært inne på, at økonomiske motiv først og fremst har betydning i de tilfellene hvor det er stor usikkerhet knyttet til diagnose og behandlingalternativer. Også Grytten et al. (2008) studerte hvordan antall laboratorietester og konsultasjoner varierer med stykkprissatsen, basert på data over en femårsperiode. De fant imidlertid ingen sammenheng mellom en økning i stykkprisen og tjenesteproduksjonen. Heller ikke Carlsen et al. (2003) fant signifikant effekt av en endring i FFS- komponenten.

4.6.2. Fastlegeordningen, finansieringssystem og portvaktrollen

Vi har ovenfor sett at legen kan respondere på korte pasientlister ved å øke aktivitetsnivået; og dermed skyve kostnader over på tredjepartsbetaleren.

En annen måte legen kan påvirke ressursallokeringen i helsevesenet, er gjennom portvaktrollen.

I litteraturen blir dette først og fremst forbundet med henvisninger til sekundærhelsetjenesten.

Men legene har også en viktig rolle i forhold til sykemeldinger, søknad om uføretrygd, utskriving av blå resept, attester til forsikringsselskapet og lignende.

Jeg vil i dette kapitlet se på hvordan legene forholder seg til sin doble rolle som pasientens advokat og helsevesenets portvakt, og hvordan dette påvirkes av fastlegeordningen og avlønningssystemet.

Det er da viktig å skille mellom de legene som er rasjonerte, og de som ikke er det.

I den økonomiske litteraturen er høye lete- og skiftekostnader en viktig forklaring på legens sterke posisjon i lege-pasientforholdet (se Léger, 2008). I et listesystem, hvor legen har ansvar for sine faste pasienter, vil derimot denne maktbalansen kunne endres.

I det nye avlønningssystemet vil antall pasienter ha en sterkt innvirkning på legens inntjening.

I tråd med modellresonnementene vil vi derfor vente en økt kamp om pasientene, og kanskje til og med en mer ettergivende lege. Dette vil kunne forsterkes ved at pasienten har mulighet til å skifte lege to ganger i året.

At legen både skal være pasientens advokat og samfunnets portvakt, har ført til bekymring over hvorvidt legen ivaretar det siste hensynet i et listesystem (Carlsen og Nyborg, 2009, Dusheiko et al.,

⁵⁹ En nærmere beskrivelse av disse undersøkelsene ble gitt i kapittel 4.4.

⁶⁰ Resultatene fra denne kvalitative analysen kommer jeg tilbake til i kapittel 4.6.2.

2006). Det er umulig for legen fullt ut å observere pasientens helsestatus. Når pasienten hevder at han føler seg syk, må legen derfor velge hvorvidt han skal stole på det pasienten sier, eller ikke. I mange tilfeller vil det være mer å tape på å avvise syke pasienter enn å slippe noen ekstra gjennom. Carlsen og Nyborg (2009) mener dette kan føre til at portene står vidåpne, og at agentproblemet forflytter seg fra lege-pasient til pasient-tredjepartsbetaler. Det er nå pasienten som sitter med overlegen informasjon, mens forsikringsselskapet, eller staten, blir prinsipalen. Det er de som må betale, mens legen bare har en rolle som mellommann med en screening-funksjon. Spørsmålet er da om denne portvaktrollen påvirkes av avlønningssystemet og den nye listeordningen.

Henvisningspraksis

Internasjonale erfaringer tyder på at land som har en velutviklet primærhelsetjeneste har et mer kostnadseffektivt helsevesen enn land som baserer seg på fri adgang til spesialister (Starfield, 1994). Tidligere ble det ikke praktisert streng henvisningspraksis i Norge (Carlsen og Norheim, 2003). Pasientene kunne da oppsøke en spesialist uten å snakke med allmennlege først. Etter at fastlegeordningen ble innført har henvisningsordningen imidlertid blitt skjerpet⁶¹, og portvaktrollen er derfor viktigere enn før.

En av intensjonene bak fastlegeordningen var å oppnå bedre kontinuitet i lege-pasientforholdet (NOU 2005:3). Faste pasientlister vil styrke oppfølgingen ved at legen har bedre innsikt i pasientens sykdomshistorie, slik at antallet unødvendige henvisninger til spesialisthelsetjenesten forventes å gå ned. Man ønsket med andre ord en bedre arbeidsdeling mellom spesialister og allmennleger, ved at flere pasienter kan bli tatt hånd i primærhelsetjenesten.

Spørsmålet er da om fastlegeordningen og det nye avlønningssystemet støtter opp under dette målet. Som nevnt tidligere, vil et rent eller blandet per capita system gi insentiver til å øke antall henvisninger. På grunn av basistilskuddet vil det være lønnsomt for legen å ha så mange pasienter som mulig på listen. For å frigjøre tid og kapasitet, kan han da henvise flere til spesialisthelsetjenesten.

Den nye organisasjonmodellen har heller ikke entydig forventede virkninger på henvisningsraten. Fastlegens rolle som pasientens advokat kan bidra til å øke antall henvisninger, mens bedre kontinuitet og tettere kontakt mellom lege og pasient kan redusere behovet for spesialisttjenester. Som jeg har vært inne på, kan kombinasjonen av liste- og betalingssystemet dessuten føre til økt konkurranse og kamp om pasienter. Dersom legen har færre pasienter enn ønskelig på listen, vil han kunne øke antall prøver og tjenester i egen praksis fremfor å henvise til spesialist. På den annen side vil en lege som er rasjonert, være mer bevisst på å følge pasientens eventuelle ønsker om videre behandling på sykehus. Dette kan trekke i retning av flere henvisninger.

Iversen og Lurås (2000) studerer mulige effekter av det nye avlønningssystemet på legenes henvisningspraksis. Denne studien baserte seg på data fra fastlegeforsøket, hvor det tidligere driftstilskuddet ble erstattet av et per capita- tilskudd, og størrelsen på stykkpris-komponenten ble redusert. Begge disse endringene kan tenkes å føre til en økning i antall henvisninger, da legen ønsker en lang liste, samtidig som han får mindre betalt for å tilby tjenester til sine pasienter. Studien ga både et teoretisk argument og empirisk støtte til hypotesen om at det nye betalingssystemet gir insentiver til flere henvisninger.

⁶¹ Du må nå bli henvist fra fastlege for å få tilgang til spesialisthelsetjenester

Jeg kjenner ikke til noen tilsvarende studie som er blitt gjennomført i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen, men en kvalitativ undersøkelse basert på intervjuer (Carlsen og Norheim, 2003), indikerer at fastlegenes hensyn til portvaktrollen nå har blitt redusert⁶².

En nyere analyse - basert på data for perioden 2004-2006 - av fastlegenes henvisningspraksis til radiologiske undersøkelser (Dahl et al., 2008) tyder dessuten på at konkurransesituasjonen virker inn på legens avgjørelser. Undersøkelsen viser også at bruken av privat radiologi er noe større blant leger som opplever en mangel av pasienter på sine lister.

Sykemeldingspraksis

Et annet aktuelt spørsmål er hvordan dagens fastlegeordning påvirker sykemeldingspraksisen.

Noen hevder at legene har blitt mer slepphendte i forhold til å skrive ut sykemeldinger.

Det er rimelig å tro at dette har sammenheng med konkurransesituasjon, betalingsystem og inntektsmotiv. Igjen kommer legens rollekonflikt i søkelyset, da hensynet til pasient og fellesskap kan trekke i ulik retning, samtidig som legen har egne interesser å forfølge.

Vi vet at det er stor variasjon i legers sykemeldingspraksis (Carlsen og Nyborg, 2009 m.fl.).

I en rapport fra Rikstrykdeverket (RTV-rapport 05/2006) ble fastlegers sykemeldingspraksis undersøkt ved hjelp av registerdata fra sykefraværs- og fastlegeregistrene. I multiple regresjonsanalyser ble deres praksis korrigert for pasientsammensetning, listelengde og andre relevante faktorer. Studien viste blant annet at det er en sammenheng mellom foreskriving av sykemeldinger og arbeidssituasjon.

Leger i kommuner med stor legetetthet skrev ut flere og lengre sykmeldinger enn andre leger.

Dette kan muligens være uttrykk for at leger i en sterk konkurransesituasjon i forhold til å beholde pasientene, er mer imøtekommende overfor ønsker om sykmelding⁶³.

På den annen side ble det skrevet ut færre sykemeldinger blant leger med ledig kapasitet.

Dette kan virke noe overraskende. Iversen og Lurås (2000) og Iversen (2005) fant som sagt at leger med ledig kapasitet tilbyr flere og lengre konsultasjoner, og også flere laboratorieprøver.

Basert på dette ville vi kanskje vente at de samme legene skulle være mer interessert i å gjøre pasientene fornøyde; og dermed skape seg et godt rykte. Men mens økt tjenestetilbud kan være motivert ut fra et direkte inntektsmotiv⁶⁴, vil sykemeldingspraksisen først påvirke inntekten ved at legen eventuelt tiltrekker seg nye pasienter over tid⁶⁵.

Jeg var i høst på et seminar på Frischsenteret⁶⁶ med temaet fastleger.

Simen Markussen m.fl. hadde gjennomført en studie for å få klarlagt legenes rolle i forbindelse med det økte sykefraværet. En sentral hypotese var at de legene som ønsker flere pasienter på listen, vil være mer ettergivende og skrive ut flere sykemeldinger.

Resultatene tydet på at dette er tilfelle; de fant en signifikant effekt ved at rasjonerte leger skriver ut mer fravær enn andre. Disse resultatene avviker derfor fra prosjektet om fastlegers sykemeldingspraksis (RTV-rapport 05/2006); og er mer i tråd med hva vi kunne forvente.

⁶² Resultatene fra denne studien kommer jeg nærmere inn på nedenfor

⁶³ Det kan også være et uttrykk for at behovet for sykemeldinger er større i byer, hvor for eksempel krevende jobber øker forekomsten av visse sykdommer eller plager

⁶⁴ Økt inntjening gjennom stykkpriskomponenten

⁶⁵ Færre sykemeldinger skrevet ut av leger med ledig kapasitet kan også være et uttrykk for at de har lengre behandlingstid før eventuell sykemelding skrives ut

⁶⁶ Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning er en uavhengig stiftelse opprettet av Universitetet i Oslo. Frischsenteret utfører samfunnsøkonomisk forskning i samarbeid med Økonomisk institutt.

En kvalitativ analyse av fastlegeordningens innvirkning på portvaktrollen

Carlsen og Norheim (2003) undersøker hvilken effekt fastlegeordningen og det nye betalingssystemet har hatt på portvaktrollen. Studien er hovedsakelig kvalitativ og bygger på gruppeintervju av 81 fastleger.

Resultatene tyder på at det er blitt viktigere å gjøre pasientene fornøyde, og at legene i mindre grad tenker og handler som portvakter. Mange av legene gir uttrykk for at de lar seg påvirke av økonomiske forhold, og at hensynet til ressursbruken muligens har blitt noe svekket.

Det pekes på tre forhold som kan ha ført til en slik holdningsendring. Det første er skjerpet konkurranse om pasientene, det andre er økte forventninger til legene, og det tredje er økt ansvar. Dersom det blir begått en feil, eller hvis en sykdomstilstand blir oversett, er det lett å plassere ansvaret.

”Du blir jo ikke akkurat portvakt, det blir kanskje det motsatte fordi at, altså rent faglig, ønsker du å få dem tilbake igjen. Før var det liksom ikke så fast, men nå sitter du med ansvaret...”

Analysen indikerer videre at pasientene har fått økt makt, og at legene nå er villige til å gjøre mer for å beholde pasientene på listen.

”Enkelte pasienter kan presse legen for å foreskrive sykemelding eller resepter som kanskje ikke er indisert. Og hvis man ikke gjør det kan man bli presset, og da vandrer de rundt.”

”Nå er det flere og flere leger, og faktisk i Oslo så er det for mange leger, og mange vil gjerne ha pasienter. En kan ikke diskutere masse sånn at de blir misfornøyde. Plutselig så har de en annen lege da, ikke sant?”

Resultatene tyder på at pasientene har fått en sterkere posisjon i forholdet til legen, og at fastlegeordningen dermed kan ha svekket portvaktrollen. Det nye listesystemet gjør konkurransesituasjonen mer synlig, og legene kan dermed føle at deres profesjonelle kvaliteter blir evaluert gjennom hvor mange pasienter som har valgt dem som fastlege⁶⁷. Dette forholdet forsterker motivasjonen for å etterkomme pasientenes ønsker.

⁶⁷ På den annen side indikerte flere av respondentene at det er en uskreven enighet om at pasientene burde fordeles noenlunde likt

4.7. Optimalt valg av finansieringssystem

I den grad økonomiske faktorer har betydning for legens avgjørelser, vil utformingen av avlønningssystem ha en sterk innvirkning på ressursbruken i helsevesenet.

Flere av forholdene jeg har drøftet i dette kapitlet tyder på at inntektsmotive spiller inn, samtidig som også konkurransesituasjon og legetetthet⁶⁸ er viktige faktorer.

Ut fra de mulige agentproblemene som kan oppstå i forholdet mellom lege og tredjepartsbetaler, kan det være naturlig å spørre seg hvorvidt det norske avlønningssystemet bidrar til å nå målene. Med andre ord; har vi en ønskelig kombinasjon av stykkprisbetaling og basistilskudd? Vi kan kort oppsummere de forventede effektene ved å benytte hver av disse betalingsordningene i ren form:

Per capita tilskudd gir insentiver til:

- Kostnadseffektivitet i primærhelsetjenesten
- Å ta hånd om mange pasienter
- Å nedprioritere pasienter med kroniske plager eller andre som har stort behov for helsetjenester
- Gir god forutsigbarhet med hensyn til offentlige utgifter til allmennlegetjenesten
- Men oppmuntrer samtidig til mange henvisninger til spesialisthelsetjenesten, som igjen gir
- Svak forutsigbarhet med hensyn til offentlige utgifter til den samlede helsetjenesten

Stykkprisbetaling gir på den annen side:

- Insentiver til å tilby for mange helsetjenester
- Og leger som har færre pasienter enn de ønsker på listen kan kompensere ved å yte mange tjenester per pasient
- Som gir svak forutsigbarhet med hensyn til offentlige utgifter til allmennlegetjenesten
- Men oppmuntrer samtidig til færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten
- Og fører til bedre tilgjengelighet for de tyngre pasientgruppene

Valget av avlønningssystem balanserer derfor ulike hensyn og mål opp mot hverandre. Spesielt synes det å være en avveining mellom effektivitet og likhet, mellom kostnadskontroll og pasientseleksjon. Grunnen til at flere land benytter en blandet avlønningsmodell er nettopp for å motvirke at de negative effektene av et rendyrket system skal bli for sterke. Spørsmålet er da hvordan den relative fordelingen av de ulike elementene bør være. På den ene siden kan stykkpris-komponenter være nødvendige for å kompensere leger som har pasienter med store medisinske behov på sin liste. På den annen side kan dette medføre et unødvendig høyt tilbud av helsetjenester, og dermed store utgifter for det offentlige. I dag skal per capita-komponenten utgjøre ca 30% av fastlegenes inntekter, mens stykkprisrefusjoner er ment å utgjøre de resterende 70%. Reduserte stykkprisrefusjoner vil gjøre det mindre lønnsomt å øke tjenesteproduksjonen per pasient for å kompensere for pasientmangel. En ren per capita betaling vil imidlertid gjøre det vanskeligere å ivareta de tunge pasientgruppene, da et slikt system gir insentiver til pasientseleksjon, eller til å holde tjenestetilbudet per pasient på et lavt nivå for å kunne tiltrekke seg flere pasienter. Bjarne Håkon Hansen omtaler disse legene som listebaroner, og indikerer at dagens avlønningssystem gir økt kamp om pasientene, og dermed lengre ventetider og dårligere tilgang til primærhelsetjenesten.

⁶⁸ Målt ved antall leger per pasient, og derfor en indikasjon på pasienttilgang

Økt basistilskudd kan også svekke portvaktrollen, da legene kan finne det lønnsomt å velte mer av kostnadene over på spesialisthelsetjenesten eller andre deler av trygdesystemet, for selv å ha kapasitet til flere pasienter på listen.

I hvilken grad avlønningssystemet virker inn på legens avgjørelser er det ingen som vet. Men både i primær- og sekundærhelsetjenesten har spørsmålet om finansieringsmåte vært et aktuelt tema de senere årene. Jeg hørte på nyhetene for litt siden et innslag fra et sykehus, hvor formålet var å fremstille ISF-reformen⁶⁹ i et dårlig lys. Reporteren intervjuet en gammel dame, som var tydelig oppgitt og forvirret over den behandlingen hun hadde fått. Hun uttalte følgende: ”*Ja, men..jeg har jo vondt i kneet, ikke i hofta*”.

Det er vanskelig å ta en slik uttalelse ut av sammenhengen. Kanskje var damen dårlig informert om behandlingen, kanskje hadde hun ikke den nødvendige medisinske kunnskapen for å forstå sykdomsbildet. Men poenget fra dem som laget reportasjen var i alle fall klart: Dagens finansieringssystem kan ha iboende insentiver til å vri behandlingstilbudet over mot hva som er økonomisk gunstig.

Ethvert avlønningssystem vil kunne gi uheldige insentiveffekter, og til syvende og sist vil kombinasjonen av ulike betalingskomponenter være en avveining mellom tilsynelatende uforenlige hensyn og mål. Grunnet store informasjonsproblemer vil finansieringssystemet alene være utilstrekkelig for å sikre en ønsket måloppnåelse i helsesektoren. Mens jeg i denne oppgaven har sett på bruken av økonomiske insentiver, vil andre styringsmekanismer kunne være vel så viktige. Utvikling av holdninger og legeetikk, blant annet gjennom utdannelsen, kombinert med formelle lover og ulike pasientrettigheter eller garantier, vil alle være måter å påvirke legens atferd på. Samtidig er forhåpentligvis de fleste av legens beslutninger mer styrt av altruisme enn av egeninteresse, og økonomisk modellering av legens atferd beror på mange urimelige antakelser, og har klare begrensninger.

⁶⁹ Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for norske sykehus i 1997. Kort forklart baserer systemet seg på at sykehusene blir refundert deler av kostnadene per behandling, basert på et kodingssystem for ulike diagnoser (DRG-systemet). Sykehusene mottar høyere betaling jo flere pasienter som tas hånd om, og gis dermed insentiver til å øke aktivitetsnivået. Noen diagnosegrupper er imidlertid mer lønnsomme enn andre, og systemet kan derfor gi opphav til vridninger.

5. Oppsummering og konklusjon

To sentrale spørsmål i den helsepolitiske debatten er hvordan de stadig økende utgiftene til helsesektoren skal finansieres, og hvordan leger bør avlønnes.

I løpet av de siste tiårene har det i flere land blitt gjennomført endringer i måten helsevesenet organiseres og finansieres på. Norge har endret avlønningssystemet i sykehussektoren flere ganger, og fastlegereformen var både en organisatorisk og finansiell endring av primærhelsetjenesten. Dette tyder på at det ligger store utfordringer i å utforme optimale finansieringssystemer i helsevesenet.

Bruken av egenandeler er et annet omstridt tema. Vi har sett at det norske systemet stort sett baserer seg på at helsetjenester skal være offentlig finansiert, og de samlede private utgiftene til helsetjenester utgjør kun om lag 16 prosent. Ulike egenandelstak gir dessuten årlige begrensninger for hvor mye hver enkelt må betale. Graden av forsikringsdekning versus størrelsen på egenbetalingene er både et spørsmål om insentiver og om hvordan de stadig økende utgiftene til folketrygden skal finansieres. Kun for kort tid siden sto det i Dagens Næringsliv at finansminister Sigbjørn Johnsen foreslo å øke egenandelene i helsevesenet som et ledd i å redusere oljepengebruken i neste års statsbudsjett⁷⁰.

Flere av reformene i helsesektoren har basert seg på insentiver, først og fremst rettet mot legene. Dette er ikke tilfeldig, da agentkostnader utgjør et betydelig problem i dette markedet. Flere av relasjonene mellom aktørene er preget av asymmetrisk informasjon, og vi står overfor en rekke interessekonflikter. Mens disse agentproblemene i noen sektorer lar seg løse ved å utforme effektive insentivkontrakter, er det flere forhold som gjør at dette er mer utfordrende i helsesektoren. Både fordelingshensynet og de sammensatte målene gjør at bruken av sterke insentiver kan få mange uheldige bivirkninger.

Jeg har i denne oppgaven rettet søkelyset mot hvordan skjevfordelt informasjon gjør utformingen av forsikringskontrakter og avlønningssystem i helsevesenet til et komplekst problem. Agentkonflikter er en viktig forklaring på at det er vanskelig å etablere betalingsordninger som avveier hensynet til effektivitet opp mot hensynet til likhet på en ønskelig måte, og myndighetene står ofte overfor en avveining mellom risikodeling og insentiver, både på tilbuds- og etterspørselssiden.

Fra pasientenes side vil det faktum at de har forsikring kunne påvirke insentivene til å drive forebygging, eller føre til høyere forbruk av helsetjenester enn det som ville ha vært tilfelle dersom de hadde måttet betale selv. I den første delen av oppgaven drøftet jeg hvordan velferdsgevinstene ved helseforsikring derfor må veies opp mot ulike effektivitetstap, og hvordan forsikringskontraktene kan utformes for å redusere disse atferdsproblemene.

Skjevfordelt informasjon gjør det nærmest umulig for forsikringsselskapene å risikojustere premiene. Det er dette som gir opphav til ugunstig utvalg og skjulte handlinger ex ante. Seleksjonsproblemet kan imidlertid omgås ved å la kundene selv velge mellom kontrakter med ulike egenandeler og forsikringsdekning. Forsikringstakerne vil da sortere seg selv, i den forstand at de med lav sykdomsrisiko velger ordninger med høye egenandeler og lav premie, mens individer med høy risiko heller vil betale mer i premie for å slippe egenandeler når de først blir syke. På samme måte kan premier som øker progressivt med forsikringsdekningen redusere atferdsproblemene ex ante, og ved å tilby mindre enn full forsikring, kan forsikringsselskapet gi individene insentiver til å ta bedre vare på egen helse.

⁷⁰ Dagens Næringsliv, 18. mars 2010

Jeg har vist at ulike former for egenbetaling har gunstige incentiveeffekter, men at det samtidig eliminerer gevinstene ved forsikring, og kan også ha uheldige fordelingsmessige konsekvenser. Empiriske studier tyder på at egenbetaling typisk vil rasjonere bruken av helsetjenester mer blant personer med lav inntekt enn personer med høy inntekt. Lave egenandeler bidrar derfor til å utjevne sosiale forskjeller i samfunnet generelt, og spesielt sosiale ulikheter i helse. Da pasientene har imperfekt informasjon om effekten av ulike legemidler og behandlinger, er det dessuten en fare for at høyere egenbetaling reduserer etterspørselen etter nødvendige, så vel som unødvendige, helsetjenester. Resultatet kan da bli et redusert omfang av behandlingsaktiviteter som er verdifulle, også i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Jeg viste videre hvordan størrelsen på effektivitetstapene avhenger av priselastisiteten; at optimal egenbetaling er større jo mer elastisk etterspørselen er. Da helsetjenester for de fleste er uerstattelige og svært betydningsfulle goder, vil prisene ofte være av underordnet betydning. Dette gjenspeiles i de fleste studier med en relativt lav etterspørselastisitet. Dette kan også være et resultat av at pasientene i stor grad baserer seg på legens anbefalinger. Hvorvidt høyere egenandeler har en positiv virkning på samfunnets totale utgifter til helse, avhenger derfor av legens respons på økte egenbetalinger. Ofte ser vi et samspill mellom tilbuds- og etterspørselssiden.

Da de fleste er enige om at det er uaktuelt å dempe utgiftsveksten gjennom betydelig høyere egenandeler, rettet jeg i den andre delen av oppgaven fokuset mot tilbudssiden. Sett ut fra at legen har stor innvirkning på pasientens forbruk av helsetjenester, er det kanskje også her fokuset bør ligge. Jeg så spesielt på hvilke insentiver som ligger i de ulike avlønningssystemene, hvordan inntektsmotive påvirker legens avgjørelser, og hvordan legen forholder seg til sin doble agentrolle som pasientens advokat og fellesskapets portvakt.

Ut fra økonomisk teori analyserte jeg hvordan legen kan tenkes å respondere til ulike betalingsordninger, og hvordan egeninteresse kan gi opphav til forhold som tilbudsindusering eller pasientseleksjon, og påvirke legens agentrolle overfor tredjepartsbetaleren. I det norske systemet har det spesielt vært knyttet oppmerksomhet til hvorvidt fastlegeordningen har ført til en endring i portvaktrollen. Økt konkurranse, klarere ansvarsdeling og tettete bånd til pasientene, kan gjøre at legene prioriterer lojaliteten til pasientene sterkere enn før. Dette kan påvirke henvisnings- og sykemeldingspraksisen, og eventuelt svekke hensynet til samfunnsøkonomisk effektiv ressursbruk. Samtidig kan en opplevd knapphet på pasienter føre til at legene tilbyr flere tjenester til dem som først kommer. På samme måte kan høyere egenandeler, gitt at de rasjonerer etterspørselen, gi legene insentiver til å øke behandlingsomfanget per pasient. Dette avhenger imidlertid av hvilket avlønningssystem de står overfor.

Ved hjelp av en økonomisk modell viste jeg hvordan de ulike betalingskomponentene i et avlønningssystem kan tenkes å påvirke legens tilpasning. Stykkprissystemer oppmuntrer til høy aktivitet, mens per capita betaling gir legen et insentiv til å rasjonere antall tjenester og konsultasjoner. En fordel med basistilskudd er derfor at det bidrar til å holde ressursveksten nede, samtidig som det skaper forutsigbarhet i de totale utgiftene til helsesektoren⁷¹. Medaljens bakside er at det kan hindre visse pasientgrupper tilgang, samtidig som denne avlønningssystemet forventes å ha mindre gunstige virkninger med hensyn til antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

⁷¹ Gjelder da primærhelsetjenesten. Dersom denne avlønningssystemet medfører flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten, kan det imidlertid ha negative innvirkninger på de totale helseutgiftene

I et blandet avlønningssystem, slik som det norske, balanseres ulike hensyn og mål, og hindrer at de negative effektene av et rendyrket system skal bli for sterke. Det er imidlertid omstridt hvordan den relative fordelingen av de to betalingselementene bør være. Noen hevder at de gunstige per capita takstene gir økt kamp om pasientene, mens stykkprissatsen gir rasjonerte leger et insentiv til å tilby flere tjenester til dem som først kommer.

I dagens sykelønnsdebatt har igjen spørsmålet om økonomiske insentiver og fastlegenes rolle kommet på bordet. Vi ser her noe av den samme diskusjonen rundt spørsmålet om hvor mye økonomisk risiko som skal bæres av befolkningen; som brukere av de generøse velferdstjenestene. Noen mener at lavere sykelønnsdekning - eller tilsvarende høyere egenbetaling, vil være den eneste måten å redusere sykefraværet på. Andre tillegger legene eller arbeidsplassene det største ansvaret, og fokuset på den nye IA-avtalen tyder på at den etablerte sykelønnsordningen vil bli vernet i denne omgang.

Det vil alltid, og på de fleste områder, være uenighet rundt hvilken betydning økonomiske insentiver har. Jeg har pekt på flere grunner til at pasienter ikke nødvendigvis kan modelleres som rasjonelle, nyttemaksimerende konsumenter, og at det derfor er vanskelig å tallfeste effektivitetstapene knyttet til atferdsrisiko i helseforsikringsmarkedet. På samme måte er skjulte handlinger fra legens side vanskelig å verifisere.

I et samfunn med stadig medisinsk fremgang, og hvor kampen om ressursene tiltar, er det imidlertid grunn til å tro at vi ikke har sett slutten på debatten rundt egenandeler og avlønningssystem i helsesektoren. Det skal bli spennende å følge utviklingen.

6. Referanseliste

- Aakvik, A. (2001): "Samfunnsøkonomisk evaluering av legemidler". Publisert i Askildsen og Haug: Helse, økonomi og politikk. Cappelen Akademisk Forlag
- Andersen, L. B. og Serritzlew, S. (2007): "Type of services and supplier-induced demand for primary physicians in Denmark", Præsenteret på Dansk Public Choice workshop, 30. Januar 2007, København
- Askildsen, J. E., Holmås, T.H. og Nordanger, L.K. (2006): "Bør kommuner kjøpe helseforsikring?" SNF-Arbeidsnotat nr.51/06
- Arrow, K. J. (1963): "Uncertainty and the welfare economics of medical care", American Economic Review 53 (5) 1963 ss 941-973
- Bojer, H. (2006): "Prisen på velferd": <http://www.okonominettverket.no/Artikkel/278.html>
- Carlsen, F. og Grytten, J. (1998): "More physicians: Improved availability or induced demand?" Health Economics 7, 495-508
- Carlsen, F., Grytten, J. og Skau, I. (2003): "Financial incentives and the supply of laboratory analyses". European Journal of Health Economics; 4:279-85
- Carlsen, B. og Norheim, O. F. (2003): "Introduction of the Patient-list System in General Practice: Changes in Norwegian Physicians' Perception of their Gatekeeper Role", 2003. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 21, 209-213
- Carlsen, N. og Nyborg, K. (2009): "The gate is open: Primary care physicians as social security gatekeepers". Memorandum 7/2009, University of Oslo, Department of Economics
- Cowell, F. (2006): "Microeconomics- principles and analysis", Oxford University Press, 2006
- Cutler, D. M. og Zeckhauser, R. J. (1999): "The anatomy of health insurance", Handbook of Health Economics
- Dahl, E. H., Ellingsen, J. og Iversen, T. (2008): "Fastlegers henvisningspraksis til radiologiske undersøkelser". NAV- rapport nr. 4 2008
- Dusheiko, M., Gravelle, H., Jacobs, R. og Smith, P. (2006): "The effect of financial incentives on gatekeeping doctors: Evidence from a natural experiment". Journal of Health Economics 25, 449-478
- Ellis, R. P. og McGuire, T. G. (1993): "Supply and demand-side cost sharing in health care". Journal of Economic Perspectives 7, 135-151

- Erlandsen, E. og Iversen, T. (1998): "Helseøkonomi- en innføring i noen helseøkonomiske problemstillinger". SNF-arbeidsnotat nr. 14/98
- Evans, R. (1974): "Supplier- induced demand: some empirical evidence and implications". *The Economics of Health and Medical care* (Macmillian, London) 162-173
- Folland, S., Stano, M. og Goodman, A. (2007): "The economics of health and health care". Prentice Hall, New Jersey
- Grossman, M. (1972): "On the concept of health capital and the demand for health". *Journal of Political Economy* 80, 223-255
- Grytten, J., Carlsen, F. og Skau, I. (2008): "Primary physicians' response to changes in fees". *European Journal of Health Economics*; 9:117-25
- Grytten J. og Sørensen R. (2001): "Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway". *Journal of Health Economics* 2001; 20: 379 – 93. 25
- Hurley, J. (2000): "An overview of the normative economics of the health sector", McMaster University, Hamilton, Canada, chapter 2. *Handbook of Health Economics*, 2000 Elsevier Science B.V.
- Iversen, T. (2005): "A study of income-motivated behavior among general practitioners in the Norwegian list patient system", 2005. HERO Working paper 2005:8
- Iversen, T. (2008): "Effektivitets- og fordelingsvirkninger av egenbetaling for helsetjenester". Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo, Skriftserie 2008:11
- Iversen, T. og Lurås, H. (1998): "The impact of economic motives on the provision of health services in general practice", Working paper 1998:1, Center for Health Administration, University of Oslo
- Iversen, T. og Lurås, H. (2000): "The effect of capitation on GP's referral decisions". *Health Economics* 2000:9, 199-210
- Iversen, T. og Lurås, H. (2006): "Capitation and incentives in primary care". In Jones, A (ed). *The Elgar Companion to Health Economics*
- Krasnic, A., Groenewegen, P. P. og Pedersen, P. A. et al. (1990): "Changing the remuneration system: effects on activity in general practice". *British Medical Journal* 300, 1698-1701
- Legemiddelindustriforeningen, Rapport 2007: "Legemidler og helsetjeneste"
- Léger, P. T. (2008): "Ch.7: Physician payment mechanism", i (Red) Lu, M. & Jonsson, E. *Financing Health care. New ideas for a changing society* 2008 ss.149-176
- Line, Terje M. (2008): "Legemidler- hvilke effekter gir konkurranse?": http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00098/Legemidler_-_Hvilke__98069a.pdf

- Lurås, H. og Iversen, T. (2002): "Legemangelen som ble til pasientmangel: Variasjoner i listeønsker og pasientknapphet ved innføring av fastlegeordningen". Økonomisk forum 8, 26-31
- Manning, W.G., Newhouse, J. P. og Marquis, S. et al. (1987): "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experience", American Economic Review, 77, 251-77
- McGuire, A., Henderson, J. og Mooney, G. (1988): "The Economics of Health care- an introductory text", Routledge & Kegan Paul London and New York, 1988
- McGuire, T. (2000): "Ch.9: Physician agency", I (Red) Culyer, A.J. & Newhouse, J.P. Handbook of Health Economics, Volume 1A 2000 ss. 461-536
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. og Kutzin, J. (2002): "Funding health care: options for Europe", 2002. Open University Press, Buckingham, UK
- Munkerud, S. F. (2008): "Decision-making in general practice- the effect of financial incentives on the use of laboratory analyses". Health Economic Research Programme, University of Oslo. Working paper 2008:13
- Newhouse, J. P. (1996): "Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production versus selection", Journal of Economic literature, September 96, 1236-1263
- Newhouse, J. P. (1970): "A model of physician pricing", Southern Economic Journal, Vol.37, No.2, pp. 174-183
- NOU 1997:6: "Rammevilkår for omsetning av legemidler", kapittel 9: "Incentivstruktur og regulering i legemiddelmarkedet"
- NOU 1999:20: "Å vite eller ikke vite- gentester ved arverlig kreft"
- NOU 2005:3. "Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste." Helse- og Omsorgsdepartementet
- Næss, Ø., Rognerud, M. og Strand, B. H. (2007): "Sosiale ulikhet i helse- en faktarapport". Rapport 2007:1, Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Nøkkeltall fra SSB, 2009: "Utvikling i Norske helseutgifter": <http://www.ssb.no/helsesat/tab-2009-04-01-01.html>
- Olsen, J. A. (2009): "Principles in health economic and policy", Oxford University Press 2009
- Opstad, L. (2003): "Økonomisk styring I helse- og sosialsektoren", Gyldendal Norsk Forlag AS, 2000
- Ouchi, W. G. (1979): "A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms". Management Science, 25, 833-848

Ot.prp nr 99 (1998–99): ”Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)”, Oslo: Sosial- og helsedepartementet

Pauly, M. (1986): ”Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy”, *Journal of Economic Literature*, vol. 24 (june), 629-675

Pauly, M. (2000): ”Insurance reimbursement”. *Handbook of Health Economics*, 2000 Elsevier Science B.V., ch.10

Phelps, C. E. (1975): ”Effects of insurance on demand for medical care”. *Empirical analyses in social policy*, Cambridge, MA: Ballinger publishing company, 105-30

Phelps, C. E. (1986): ”Induced demand: Can we ever know its extent?”. *Journal of Health Economics*, 1986, vol. 5, issue 4, pages 355-365

Rees, R. (1989): ”Ch. 3.: Uncertainty, information and insurance”, *Current issues in Microeconomics* 1989 s.47-78

Robinson, J. C. (2001): Ch. 7: ”User charges for health care”, in ”Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives”. *Milbank Quarterly*, (79): 149-177

Rothschild, M. og Stiglitz, J. (1976): ”Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information”. *The Quarterly Journal of Economics* 90, 629-649

RTV-rapport 5/2006: ”Fastlegers sykemeldingspraksis I: Variasjoner”. Rikstrygdeverket
Utredningsavdelingen

Scott, A. (2000): ”Economics of general practice”. In A. J. Culyer and J. P. Newhouse: *Handbook of Health Economics*, Volume 1 Elsevier Science 1175-1200

Starfield, B. (1994): ”Is primary care essential?” *Lancet* 1994; 344(8930):1129-33

Stiglitz, J. (2000): ”Economics of the public sector”, third edition. W.W Norton & Company 2000

Strøm, S. og Vislie, J. (2007): ”Effektivitet, fordeling og økonomisk politikk”, Universitetsforlaget 2007

Wagstaff, A. og Doorslaer, E.V. (2000): ”Equity in health care finance and delivery”, *Handbook in Health Economics*, ch.34. Elsevier, 2000

Zeckhauser, R. (1969): ”Medical Insurance: A case study of the Tradeoff between Risk Spreading and Appropriate Incentives”, *Journal of economic theory* 2, 10-26

Zweifel, P. og Breyer, F. (1997): ”Optimal design of health insurance contracts”, *Health Economics* 1997, Ch.6, ss.156-200

Zweifel, P. og Manning, W.G. (2000): ”Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care”, *Handbook of Health Economics*, Volume 1A, 2000, Elsevier, pp. 409 – 459

