

**Rapport om
problemer i
helsesektorene i
Norden**

Tor Iversen

*Institutt for helse og samfunn,
Avdeling for helseledelse og
helseøkonomi, HERO
Universitetet i Oslo*

**UNIVERSITETET
I OSLO**

HELSEØKONOMISK
FORSKNINGSPROGRAM
Skriftserie 2012: 1

HERO

Rapport om problemer i helsesektorene i Norden¹

Tor Iversen

Institutt for helse og samfunn
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Korrespondanse rettes til: tor.iversen@medisin.uio.no

15. mai 2012

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo
HERO 2012**

© 2012 HERO og forfatterne - Gjengivelse av teksten er tillatt når kilde blir referert til.
HERO - Health Economics Research Programme at the University of Oslo
HERO programmet får økonomisk støtte fra Norges Forskningsråd.
ISBN 978-82-7756-228-5.

¹ Originalversjonen av denne rapporten er Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2011:7: ”Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden” og kan lastes ned fra:
http://www.eso.expertgrupp.se/Uploads/Documents/ESO_rapport%202011_7.pdf

Takk for Expertgruppen for tillatelse til å trykke denne norskspråklige versjonen i HERO skriftserie.

Sammendrag

Denne rapporten skal i følge oppdraget fra ESO gi en oversiktlig beskrivelse og diskusjon av problemer i helsesektorene i de nordiske land. Diskusjonen legger større vekt på bredde enn på dybde. Oversiktlige beskrivelser kombinert med teori kan bidra med innsikt for lesere som ikke vet så mye om helsesektoren fra før. Samtidig vil eksperter på de enkelte områdene som tas opp, savne utdypinger. Slike utdypinger vil kunne være temaer for eventuelle oppfølgende rapporter.

Rapporten gir i del 2 en kortfattet beskrivelse av organisasjon og finansiering av helsesektorene i Norden. I alle de nordiske land er helsetjenestestystemene organisert med utgangspunkt i offentlig sektor. Det er ulik grad av desentralisering. I Danmark er ansvaret for spesialisthelsetjenesten og det meste av primærhelsetjenesten fordelt på fem regioner. I Finland er det kommunene som har hovedansvaret for helsetjenesten. Kommunene er forpliktet til å slutte seg til ett av de 20 sykehusdistriktene. Kommunene i et sykehusdistrikt er felles ansvarlig for sykehusets organisasjon og økonomi. I Norge er helsesektoren delt på to forvaltningsnivåer. Mens staten gjennom fire regionale helseforetak har ansvaret for spesialisthelsetjenesten, har kommunene ansvaret for primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene. I Sverige er hovedansvaret for spesialisthelsetjenesten og det meste av primærhelsetjenesten lagt til landstingene (inkludert to regioner). Fra 2010 er det lovregulert at det er fri etablering for private tilbydere av primærhelsetjenester som tilfredsstillter landstingets krav til etablering. Det er også lovregulert at befolkningen har rett til å velge hvilket privat eller offentlig helsesenter de vil motta primærhelsetjenester fra. Det er stor grad av politisk desentralisering, noe som innebærer større variasjon i organisatoriske løsninger enn i de andre landene (i sær Danmark og Norge). Kommunene har i sin helhet ansvaret for helsetjenester opp til og med sykepleie i de særskilda boendeformer, mens det er mer sammensatt når det gjelder hjemmesykepleie til hjemmeboende.

Finansiering av helsetjenester skjer på to nivåer. For det første er det finansiering av det offentlige nivå som har ansvar for at befolkningen får tilgang til helsetjenester. En kan si at dette er finansiering av forsikringsfunksjonen. For det andre er det finansiering fra dette

offentlige nivået (og eventuelt fra andre betalere) til leverandørene av helsetjenester. I Danmark finansieres regionene i hovedsak med tilskudd fra staten basert på behovskriterier. Regionene har ikke egen beskatningsrett. I Finland kommer det vesentlige av kommunenes inntekter fra kommunale skatter der kommunene selv fastsetter skattesatsene. Det er også inntekts- og utgiftsutjevne tilskudd fra staten til kommunene. I Norge mottar de fire regionale helseforetakene sine inntekter fra staten gjennom en kombinasjon av rammebudsjett og aktivitetsbaserte tilskudd. Kommunenes inntekter kommer delvis fra lokal inntekts- og formuesbeskatning med maksimalsatser og delvis fra statlige overføringer. I Sverige finansierer landstingene helsesektoren i det vesentlige gjennom lokaler skatter. Landstingene bestemmer selv de lokale skattesatsene. I tillegg er det overføringer fra staten til landstingene for å utjevne inntekts-, behovs- og kostnadsforskjeller utenfor landstingenes direkte kontroll. Både i Danmark og Norge blir sykehusene finansiert ved en kombinasjon av ramme og aktivitetsavhengige inntekter. De privatpraktiserende primærlegene oppnår sine inntekter ved en kombinasjon av tilskudd per person de har på sine lister (per capita tilskudd) og aktivitetsbaserte takster. Både i Finland og Sverige er det variasjoner i hvilke kriterier som legges til grunn for sykehusenes inntekter. Mens et kommunalt primærhelsesenter i Finland har fast budsjett fra kommunen, har reformen i primærhelsetjenesten i Sverige medført en overgang til at en større del av primærhelsesenterets inntekter avhenger av antallet og sammensetningen av pasientene som har valgt dem. Det er variasjon i mellom landstingene med hensyn til hvordan de ulike komponentene vektlegges.

Det er varierende pasientbetalingsordninger i Norden. Verken i Danmark eller Norge er det pasientbetaling for sykehusinnleggelse. I Danmark er det heller ikke pasientbetaling for legebesøk. Derimot er egenbetalingen for medisiner mer omfattende enn i Norge og Sverige. I alle land er det tak på egenbetaling (högekostnadsskydd). Taket er lavere i Norge og Sverige enn i Finland med Danmark i en mellomstilling. I flere europeiske land kan man tegne private forsikringer mot store egenbetalinger. Ser man egenbetaling og private helseforsikringer i sammenheng, viser OECD Health Data at i Danmark, Norge og Sverige utgjør egenbetaling og private helseforsikringer 15 – 16 prosent av de samlede helsetjenesteutgiftene, mens tilsvarende tall for Finland er 21 prosent. Gjennomsnittet for OECD er 23 prosent. Det er

samtidig flere andre europeiske land der prosenten er mindre enn i de skandinaviske landene (for eksempel Nederland og Storbritannia).

Oppsummert kan vi si at det er noen kjennetegn som bidrar til å karakterisere en nordisk modell for organisering og finansiering av helsetjenester: Offentlig helsetjenesteforsikring som omfatter hele befolkningen; helsetjenesteforsikring finansiert ved generelle skatter; bare en liten andel av helsetjenestene blir finansiert av privat helsetjenesteforsikring; dominerende offentlig eie og drift av sykehus; betydelig desentralisering av finansiering og drift til lavere forvaltningsnivåer. Det er samtidig forskjeller mellom landene når det gjelder grad av desentralisering med Finland og Sverige som de mest desentraliserte.

Det er betydelige forskjeller i utgiftene til helsetjenester mellom de nordiske land. Norges helsetjenesteutgifter per capita er 65 prosent større enn Finlands og 44 prosent større enn Sveriges. Forskjellene skyldes delvis forskjeller i kostnadsnivå og delvis forskjeller i ressursbruk. Overordnede helseindikatorer tyder ikke på at forskjellene mellom Norge og de andre nordiske landene gjenspeiles i helseforskjeller. For Sveriges del er alle helsemålene like gode eller bedre enn tilsvarende for Norge. Det understreker at levemåte og ressursinnsats på andre områder enn helsesektoren har stor betydning for helsetilstanden.

Diskusjonen av problemene i helsesektoren i Norden tar utgangspunkt i egenskaper ved markedene for helsetjenesteforsikring og helsetjenesteproduksjon. Disse egenskapene, som beskrives i del 3 av rapporten, legger føringer på avveininger mellom ulike delmål og på måloppnåelse samlet sett i helsesektoren. Del 3 tar utgangspunkt i at risikoaversjon og usikkerhet om framtidig helse medfører etterspørsel etter helsetjenesteforsikring for å dekke framtidige utgifter til helsetjenester. Formålet med helsetjenesteforsikring er at borgerne skal slippe å bære den finansielle risiko for store helsetjenesteutgifter. Helsetjenesteforsikring innebærer dermed at det er en tredje part som betaler for helsetjenestene. Slik tredjepartsfinansiering kjennetegner alle forsikringsordninger, og representerer i seg selv ikke noe effektivitetsproblem. Det potensielle effektivitetsproblemet oppstår når informasjon om sykdomsforebygging, sykdomsrisiko, kostnader og behandlingskvalitet er ulikt fordelt mellom de tre partene pasient, forsikringsselskap og helsetjenesteyter. Variasjon i sykdomsrisiko og grad av risikoaversjon i befolkningen kombinert med at forsikringsselskapet vet mindre om individenes sykdomsrisiko enn

individene selv, er et grunnlag for markedsimperfeksjoner som resulterer i at ikke alle oppnår den forsikringsdekningen de ønsker. Den ulike fordeling av informasjon kan derfor medføre et argument for obligatorisk forsikring. I del tre blir det også vist at obligatorisk forsikring med inntektsavhengige premier vil kunne begrunnes med utgangspunkt i medianvelgerens interesser. Usikkerhet om hvilken risikogruppe man vil tilhøre i framtiden, samt helsebetinget altruisme bidrar til mer robust kollektiv finansiering. Kollektiv finansiering blir samtidig vanskeligere å opprettholde jo større variasjon det er i sykdomsrisiko, jo større andel av befolkningen som har høy risiko for sykdom og jo mer kostbar diagnostikk og behandling av sykdom er. I del 4 beskriver jeg noen trusler mot den kollektive finansieringen med utgangspunkt i denne tankegangen. Temaene som blir diskutert, er økende andel eldre i befolkningen, kostbare nye behandlinger, økt forekomst av kroniske sykdommer knyttet til livsstil og utvikling i helseulikhet mer generelt i Norden.

Små pasientbetalinger i helsesektoren gjør at pasientene vil etterspørre helsetjenester selv om verdsettingen av de marginale helseforbedringene er mindre enn de marginale kostnadene ved å yte dem. Prismekanismen vil dermed ikke oppfylle sin rolle i allokering av samfunnets ressurser til helsesektoren og innad i helsesektoren. Det er behov for direkte rasjonering utover den begrensede rasjonering som foregår ved hjelp av prismekanismen. I del 4 redegjør jeg for hvordan ventetider, tjenesteytneres implisitte prioriteringer og myndighetenes åpne prioriteringer benyttes som rasjoneringsmekanismer i de nordiske land. Jeg konkluderer med at ventetider som rasjoneringsmekanisme synes å ha mindre betydning enn tidligere samtidig som åpne prioriteringer ikke er gjennomgående praksis i noen av de nordiske land, selv om Sverige er det land som har kommet lengst på dette området. Begrensede ressurser kombinert med uklare regler for hva befolkningen som pasienter kan forvente av helsevesenet, skaper spenninger i systemet mellom befolkningens forventninger og systemets realiteter. Med unntak av legemidler er det ikke noen mekanisme som på samfunnsnivå avveier nytten mot kostnadene ved å introdusere ny teknologi og behandlingsmetoder. Slike beslutninger skjer i stor grad desentralisert og er lite koordinert.

Frykt for rasjonering og frykt for dårlig tilgjengelighet til offentlige helsetjenester bidrar til vekst i markedene for private helsetjenester og privat helsetjenesteforsikring. Kapittel 4 beskriver veksten i private helseforsikringer som har funnet sted i de nordiske landene.

Spesielt har Danmark opplevd en betydelig vekst som trolig har sammenheng med at arbeidsgiverbetalte helseforsikringer ikke blir skattlagt som en del av arbeidstakerens inntekt. På den annen side er det ikke tilsvarende vekst i Sverige til tross for at beskatningsreglene er nokså like.

Forholdet mellom forsikringsselskap og helsetjenesteyter er preget av at forsikringsselskapet har mindre tilgang på informasjon om tjenesteyterens virksomhet enn det tjenesteyteren har selv. Det gjelder både kunnskap om tjenesteyterens anstrengelser for å redusere kostnadene, kunnskap om pasientsammensetningen, kunnskap om det foregår seleksjon av pasienter og kunnskap om behandlingskvalitet. Konklusjonen fra kapittel 3 er at jo mindre kunnskap forsikringsselskapet har om tjenesteyterens virksomhet, jo mindre kostnadsansvar bør tjenesteyteren pålegges. Mindre kostnadsansvar vil riktignok medføre mindre anstrengelser for å holde lave kostnader, men også mindre oppmuntring til å feilinformere om pasientsammensetningen, drive seleksjon av pasienter og ha lav behandlingskvalitet siden den monetære gevinsten ved slik virksomhet deles med forsikringsselskapet.

I del 4 blir kunnskapen fra del 3 anvendt for å drøfte problemer i tilknytning til regulering av tjenesteytere og pasientstrømmer i Danmark, Norge og Sverige. Spesielt blir pasientstrømmer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten drøftet. Det er et viktig tema siden mye av ressursbruken i spesialisthelsetjenesten blir initiert i primærhelsetjenesten. I Danmark og Norge er det direkte regulering i den forstand at pasienter må ha henvisning fra sin primærlege for å få tilgang til spesialisthelsetjenester så sant det ikke dreier seg om akutte tilfeller. I de nye styringsformene i Sverige er det i større grad indirekte regulering ved at landstingene i noen grad stiller primærhelsesentrene overfor økonomiske oppmuntringer til å ta hånd om pasientene selv. Det er variasjon mellom landstingene i hvilken grad dette skjer. For eksempel kan primærhelsesenteret en pasient er registrert hos, måtte betale deler av kostnadene som påløper ved forskrivning av legemidler og ved at pasienten bruker andre primærleger eller diagnostiske helsetjenester. Per i dag er det for lite systematisk kunnskap om direkte eller indirekte regulering (eller eventuelt en kombinasjon) er best egnet til å oppnå en god arbeidsdeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

En god arbeidsdeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er sentralt for behandling av pasienter med kroniske sykdommer. Omfanget av slike pasienter vil trolig øke med andelen eldre i befolkningen. Disse pasientene har sykdommer de lever med i mange år og som krever innsats fra mange slags helsetjenesteytere. I kapittel 4 beskriver jeg hvordan de nordiske landene synes å ha problemer med kvalitet og koordinering av tjenester til pasienter kroniske sykdommer. Dette gjelder også koordinering av behovet for omsorgstjenester med behov for helsetjenester. En bedre koordinering vil både kunne medføre mindre kostnader og bedre kvalitet på de samlede tjenestene.

Med utgangspunkt i diskusjonen av problemer i del 4 beskriver jeg i del 5 noen ideer til endringer som kan vurderes nærmere. Min ambisjon i denne delen er mer å gi innspill til videre diskusjon og utredning enn å komme med detaljerte forslag til endringer. Det er flere grunner til det. For det første begrenser oppdraget seg til å skrive en oversiktlig rapport om problemer i de nordiske helsesektorer. For det andre vil alternative utforminger av helsetjenestesystemer ha både fordeler og ulemper. Innledningsvis i del 5 refererer jeg til en sammenlignende studie fra OECD (Joumard et al., 2010), som finner at alle systemer har forbedringsmuligheter.

Mine innspill i del 5 til forandringer som kan vurderes nærmere, inneholder trolig hele skalaen fra ideer som kan medføre åpenbare forbedringer til ideer som er langt mer kontroversielle. Nordiske sammenlignende studier av kostnader og behandlingsutfall tilhører trolig den første gruppen¹. Det er lite systematisk kunnskap om hva som virker til hvilken kostnad i helsesektoren. De nordiske landene har registerdata på individnivå som kan brukes til å undersøke behandlingsutfall og kostnader ved spesifiserte sykdommer. Det foregår allerede i dag öppna jämförelser i Finland og Sverige med utgangspunkt i registerdata på individnivå. Sverige har planer om å videreutvikle slike studier. Å utvide perspektivet til Norden kan gi flere interessante muligheter siden variasjonen i både behandlingsutfall, kostnader og institusjonelle forhold blir større. Resultatene av slike studier vil kunne oppmuntre til kunnskap om forbedringsmuligheter. Kanskje vil man også kunne utrede mulighetene for å knytte belønningsordninger til resultater i form av målestokk-konkurranse.

¹ Det bør legges til at forfatteren er involvert i tilgrensende forskningsprosjekter og er derfor ikke helt nøytral.

I alle de nordiske land er man opptatt av hvordan man kan få til en bedre koordinering av helse- og omsorgstjenester til pasienter med kroniske sykdommer. Helseforbedringer er et viktig formål med koordinering. Om det også er et potensial for kostnadsreduksjoner er mer åpent, og vil uansett være et empirisk spørsmål. Hvem som best kan påta seg rollen som koordinator for pasienter med kroniske sykdommer og hvilket budsjettansvar vedkommende skal ha, er viktig å finne ut av. Jeg drøfter noen muligheter litt nærmere i del 5.2.2. Det er ulike oppfatninger om hva slags organisasjon og betalingssystem som er best egnet til å fatte beslutninger som både tilgodeser pasientenes helse og samfunnets ressursbruk og hvilken rolle formelle og uformelle markeder kan ha i denne sammenheng. Det er i dag ulike ordninger i nordiske land samtidig som det er ulike ordninger innad i landene. Det er ikke samme tradisjon for systematisk forsøksvirksomhet med helsesektorens organisasjon og finansiering som det er i den kliniske forskningen. Det medfører at det er lite generell kunnskap om hva slags organisasjon og finansiering som fungerer. Dette gjelder også for koordinering av helse- og omsorgstjenester til pasienter med kroniske sykdommer. En nærliggende tanke er at primærhelsesenteret under ledelse av pasientens primærlege er velegnet. En systematisk teoretisk og empirisk utforskning av egenskapene ved alternativ organisasjon og finansiering synes påkrevd.

I del 5 drøfter jeg også optimal sammensetning av rasjoneringsinstrumenter i helsesektoren. Et viktig resultat fra nyere helseøkonomisk litteratur er at rasjonering ved hjelp av ventetid er dominert av direkte rasjonering (åpne prioriteringer) og eventuelt differensierte ventetider. Arbeidet med å utforme kriterier og prosedyrer for åpne prioriteringer som har oppslutning i befolkningen, synes derfor viktig å fortsette. Det er mange utfordringer i et slikt arbeid. Her er to som trolig er viktige. Fram til nå har de tilstander og behandlinger som er utelatt fra offentlig finansiering, vært lette å avgrense. Hvis prioriteringene skal bli mer omfattende og detaljerte, blir dette vanskeligere. Mange behandlingsbeslutninger i helsesektoren er i liten grad etterprøvbare. Samtidig som behandlingsgrenser i seg selv kan være målbare (for eksempel grenser for medikamentell behandling mot høyt blodtrykk), har mange pasienter bidiagnoser som både kan virke inn på den forventede helsegevinsten ved behandling og på kostnaden ved å la være å behandle. En viktig utfordring er dermed å lage retningslinjer på det overordnede plan som samtidig blir fulgt i møtet mellom pasient og lege. En annen utfordring er å lage systemer som gjør at politikere som skal gjenvelges, også

skal kunne vedta prioriteringsordninger som vil kunne gå ut over deres potensielle velgere som pasienter. Omfanget av helsetjenester ved livets slutt kan illustrere disse dilemmaene. En betydelig andel av ressursene i helsesektoren brukes i pasientenes siste leveår. Trolig brukes betydelige behandlingsressurser på pasienter som har små utsikter til helseforbedringer. Samtidig er det store dilemmaer involvert i åpne prioriteringer på dette området både for legene som skal iverksette retningslinjene og for politikerne som skal gjenvelges.

Disse og andre utfordringer trekker i retning av at andre mekanismer bør supplere direkte prioritering i fordeling av ressurser til og innen helsesektoren. Graderte egenbetalinger (value based insurance) har blitt fremmet som et slikt supplement. Istedenfor å avvise behandling helt, kan behandling med liten forventet helseeffekt i forhold til kostnadene bli tilbudt mot en større egenbetaling enn for mer effektive behandlinger. Dette vil oppmuntre pasienter til å være tilbakeholdne med å etterspørre slike behandlinger. Igjen er utfordringen å lage et system som har legitimitet i befolkningen samtidig som det er detaljert nok til å fungere i praksis i møtet mellom den enkelte pasient og lege. Som pasientens representant vil kanskje legen anstrenge seg for at det potensielle helseutbytte for pasienten skal framstå som best mulig for at pasientens egenbetaling skal bli minst mulig. Egenskaper ved alternative utforminger av graderte egenbetalinger kan være verdt å utrede nærmere.

Å utarbeide mekanismer for å rasjonere og prioritere helsetjenester som skal finansieres innenfor den offentlige forsikringsordningen, er viktige oppgaver. Samtidig viser undersøkelser at befolkningens betalingsvillighet for helsetjenester øker prosentvist mer enn inntektene over tid. En viktig utfordring er å utforme ordninger som gjør at den potensielle betalingsvilligheten også blir faktisk betalingsvillighet under en kollektiv finansieringsordning. Det trekker i retning av å ha nærmere tilknytning mellom finansiering av helsetjenester og hva helsesektoren tilbyr enn hva tilfellet er i dag. En separat helseskatt kan være et nærliggende alternativ. I Sverige kan man hevde at det har man allerede i dag siden 90 prosent av landstingenes utgifter går til helsesektoren. Samtidig er det ingen eksplisitt forbindelse mellom innholdet i det offentlig finansierte helsevesen og landstingsskattens størrelse. En slik kopleing kan foregå parallelt med arbeidet med åpne prioriteringer og vil kanskje kunne ha mulighet til å skape større forståelse for

sammenhenger mellom innhold og kostnad ved det offentlige finansierte helsevesen. Mer eksplisitt beskrivelse av innholdet og kostnaden ved det offentlige helsevesen vil også kunne bidra til større forutsigbarhet for befolkningen og dermed mer veloverveide beslutninger om man vil supplere det offentlige tilbudet med privat finansierte helseforsikringer.

Til slutt i del 5 skisserer jeg kort en langt mer omfattende endring av helsesystemene i Norden. Det vil være å holde fast ved obligatoriske helseforsikring med utjevning av forsikringspremier avhengig av inntekt og helse samtidig som man innfører regulert konkurranse mellom flere forsikringsselskaper. En slik modell vil ha likheter med helsevesenet i Nederland som igjen er inspirert av den amerikanske økonomen Alain Enthoven. Det vil være utjevningsordninger som bidrar til at det ikke skal være mer attraktivt å forsikre en person med liten risiko for sykdom enn en person med stor risiko for sykdom (forhindre seleksjon). Forsikringsselskapene kan inngå kontrakter med alle eller et utvalg av godkjente helsetjenesteytere. Konkurransen om kontrakter vil oppmuntre helsetjenesteyterne til å yte tjenester av god kvalitet i forhold til ressursinnsatsen. Tilvarende oppmuntrer konkurransen om kundene forsikringsselskapene til å inngå kontrakter med helsetjenesteyterne som innebærer en attraktiv kombinasjon av pris og kvalitet. For å forhindre risikoseleksjon har helsedepartementet fastsatt innholdet i den obligatoriske forsikringsordningen. Siden det må være en forbindelse mellom dette innholdet og nivået på forsikringspremiene, er det en tydeligere kobling mellom helsetjenestene og deres kostnader enn hva man har i systemer som er finansiert ved generell beskatning. En nærmere utredning av fordeler og ulemper ved et lignende system i Norden kan ha interesse for å få mer kunnskap om en så radikal endring er veien å gå. Selv om svaret skulle bli nei, vil diskusjonen kunne medføre større bevissthet om hvorfor man ønsker å beholde grunntrekkene i den nordiske skattefinansierte modellen.

1 Innledning

En økende del av samfunnets ressurser anvendes i helsesektoren. I USA utgjør helsesektoren snart 20 prosent av brutto nasjonalprodukt. I de nordiske landene kommer snart ti prosent av brutto nasjonalproduktet fra helsesektoren. Selv om det er forskjeller mellom land, ser det generelt ut til at betalingsvilligheten for helsetjenester øker etter som samfunnet blir rikere. Samtidig medfører spesielle egenskaper ved helse og helsetjenester at en markedsorganisering av sektoren ikke uten videre vil medføre verken samfunnsøkonomisk effektiv produksjon eller ønsket fordeling. I alle utviklede samfunn har derfor den offentlige sektor en betydelig rolle både i regulering og tilbud av helsetjenesteforsikring og i regulering og produksjon av helsetjenester. Samtidig vil offentlig finansiering, regulering og produksjon skape sine egne problemer og krever en synlig hånd både for å kartlegge og analysere problemene og for å utvikle hensiktsmessig institusjoner.

Formålet med denne rapporten er å bruke helseøkonomisk tankegang til å kartlegge og diskutere problemer i helsesektorene i de nordiske land. Feltet er stort og formatet gir ikke rom for å gå inn i detaljer innen de enkelte temaer. Håpet er at oversiktighet både skal bidra med kunnskap om sammenhenger og samtidig oppmuntre til mer detaljerte studier. Mot slutten av rapporten spiller jeg inn noen ideer til videre studier.

Det har vært nødvendig å gjøre noen begrensninger for at omfanget ikke skal bli for stort. Tannhelsetjenesten og det reseptfrie legemiddelmarkedet er holdt utenfor. Omsorgssektoren er bare inkludert når problemene med å koordinere ulike typer av helsetjenester diskuteres. Beskrivelsen av de nordiske land er begrenset til Danmark, Finland, Norge og Sverige.

Strukturen i rapporten er følgende. Jeg starter med en kortfattet beskrivelse av de nordiske helsetjenestesystemene i del 2. Deretter beskriver jeg i del 3 sentrale imperfeksjoner i markedene for helsetjenesteforsikring og helsetjenester. Fra markedsimperfeksjonene følger de sentrale argumentene i den helseøkonomiske litteraturen for offentlig regulering. Men offentlig organisering og finansiering har også sine problemer. I del 4 vil jeg drøfte noen slike

problemer i de nordiske landene nærmere. Del 5 skisserer noen ideer til videre vurdering i diskusjonen om framtidig organisering og finansiering av helsesektoren. Mens delen 2 – 4 i følge oppdraget har et nordisk perspektiv, er del 5 mer rettet inn mot Sverige. Det utelukker ikke at diskusjonen og ideene som beskrives, også er av interesse for de andre nordiske landene.

2 Kjennetegn ved de nordiske helsesystemene

Det er laget flere beskrivelser av kjennetegn ved organisasjon og finansiering av de nordiske helsesektorer. Anell (2005), Møller Pedersen et al. (2005) og Häkkinen (2005) framstiller og diskuterer systemene i henholdsvis Sverige, Danmark og Finland. Magnussen, Vrangbæk and Saltman (2009) gir både en beskrivelse av hovedtrekkene ved systemene, spesielt aktuelle reformer, og drøfter aktuelle utfordringer landene står overfor i helsepolitikken. Kittelsen et al. (2009) og Kalseth et al. (2010) gir oppdaterte beskrivelser av systemene for organisasjon og finansiering.

2.1 Organisasjon

I alle de nordiske landene er helsetjenestesystemene organisert med utgangspunkt i offentlig sektor. I Danmark skjedde en betydelig reform i organisering av offentlig sektor i 2007. Fem regioner overtok da ansvaret for spesialisthelsetjenesten og det meste av primærhelsetjenesten. Sykehusene i Danmark er offentlig eid av en region, mens de fleste primærleger er privatpraktiserende og har kontrakt med en region. Regionene styres av valgte regionråd. Kommunene har blant annet ansvar for rehabilitering og omsorgstjenester.

I Finland er det kommunene som har hovedansvaret for helsetjenesten. I primærhelsetjenesten spiller de såkalte helsesentra en viktig rolle. Her tilbys både primærhelsetjenester, rehabilitering og noe spesialisttjenester og omsorgstjenester. Kommunene er forpliktet til å slutte seg til ett av de 20 sykehusdistriktene. Kommunene i et sykehusdistrikt er felles ansvarlig for sykehusets organisasjon og økonomi. I tillegg til de offentlige tjenesteyterne spiller privatpraktiserende leger en betydelig rolle i finsk helsetjeneste. Det gjelder både den lovpålagte bedriftshelsetjenesten, som også avlaster primærhelsetjenesten, og private spesialister.

I Norge er helsesektoren delt på to forvaltningsnivåer. Mens staten gjennom fire regionale helseforetak har ansvaret for spesialisthelsetjenesten, har kommunene ansvaret for primærhelsetjenesten. Mens så godt som alle sykehusene er offentlig eid av (de regionale) helseforetakene, er over 90 prosent av primærlegene privatpraktiserende med kontrakt med en kommune.

I Sverige er hovedansvaret for spesialisthelsetjenesten og det meste av primærhelsetjenesten lagt til landstingene (inkludert to regioner). Primærhelsetjenesten har tradisjonelt vært organisert rundt vårdcentraler med ansvar for befolkningen innen et geografisk område (Anell, 2010). En vårdcentral består av både allmennleger og annet helsepersonell. Fra 2010 er det lovregulert at det er fri etablering for private tilbydere av primærhelsetjenester som tilfredsstiller landstingets krav til etablering. Samtidig er det lovregulert at befolkningen har rett til å velge hvilket privat eller offentlig helsesenter de vil motta primærhelsetjenester fra. Det anslås at 30 prosent av innbyggerne nå er tilknyttet en vårdcentral som er privat eid og drevet. Det er stor grad av politisk desentralisering, noe som innebærer betydelig variasjon i organisatoriske løsninger i forhold til i de andre landene (i sær Danmark og Norge). Dette vil bli nærmere beskrevet i avsnitt 4.3.1. Kommunene har i sin helhet ansvaret for helsetjenester opp til og med sykepleie i de særskilda boendeformer, mens det er mer sammensatt når det gjelder hjemmesykepleie til hjemmeboende. Kommunene kan, etter avtale med landstinget og med regjeringens godkjenning, overta helt eller delvis ansvaret for hjemmesykepleien i ordinære boliger. I 2007 hadde det skjedd i over halvparten av kommunene (Socialstyrelsen, 2008a).

Tabell 1 inspirert av Kittelsen et al. (2009) oppsummerer helsesektorens overordnede organisasjon i de nordiske landene

Tabell 1 Ansvar for spesialist- og primærhelsetjeneste i de nordiske landene

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Spesialisthelsetjenester	21 distrikt	21 landsting (regioner)	5 regioner	4 regionale helseforetak
Desentralisert politisk styring av spesialisthelsetjenesten	Ja, gjennom sykehus-distriktene	Ja, gjennom landstingene	Ja, gjennom regionene	Nei
Primærhelsetjenesten	348 kommuner	21 landsting – 290 kommuner med delvis ansvar for sykepleie	5 regioner – 98 kommuner ansvar for sykepleie i eldreomsorg	430 kommuner
Lokal politisk styring av primærhelsetjenesten	Ja	Ja	Ja	Ja

Kilde: Kittelsen et al. (2009).

2.2 Finansiering

Finansiering skjer på to nivåer. For det første er det finansiering av det offentlige nivå som har ansvar for at befolkningen får tilgang til helsetjenester. En kan si at dette er finansiering av forsikringsfunksjonen. For det andre er det finansiering fra dette offentlige nivået (og eventuelt fra andre betalere) til leverandørene av helsetjenester.

I Danmark finansieres regionene i hovedsak med tilskudd fra staten basert på behovskriterier. Regionene har ikke egen beskatningsrett. Som andeler av de totale inntektene i 2010 oppgir Kalseth et al. (2010) at det behovsbaserte tilskudd utgjør 77 prosent, et aktivitetsbasert tilskudd fra staten 3 prosent, et innbyggerbasert tilskudd fra kommunene 8 prosent og aktivitetsbasert tilskudd fra kommunene 12 prosent. Det aktivitetsbaserte tilskuddet fra staten utløses hvis aktiviteten blir større enn den aktivitet som er avtalt mellom staten og regionene. Regionenes finansiering av sykehus er basert på en kombinasjon av ramme og aktivitetsavhengige inntekter. De aktivitetsavhengige inntektene beregnes i forhold til oppnådde poeng i DRG-systemet². Det er variasjon mellom regionene med hensyn til den vekt de tillegger rammefinansiering i forhold til aktivitetsbasert finansiering av sykehusene. De privatpraktiserende primærlegene oppnår sine inntekter ved en kombinasjon av tilskudd per person de har på sine lister (per capita tilskudd) og aktivitetsbaserte takster.

I Finland kommer det vesentlige av kommunenes inntekter fra kommunale skatter der kommunene selv fastsetter skattesatsene. Det er også inntekts- og utgiftsutjevneende tilskudd fra staten til kommunene. Det er ingen aktivitetsbasert finansiering fra staten. I følge Häkkinen (2010) er det ingen statlige reguleringer med hensyn til hvordan kommunene skal betale for sykehustjenester til sine innbyggere. Det er vanlig at det betales på forhånd i forhold til forventet forbruk av sykehustjenester og det forhandles mellom kommuner og sykehusdistrikt for å komme fram til en kombinasjon av volum og pris. Dersom et sykehusdistrikt viser underskudd på regnskapet, må kommunene som utgjør

² DRG-poeng er et mål for omfang og sammensetning av pasientbehandling i somatisk spesialisthelsetjeneste basert på DiagnoseRelaterte Grupper (DRG). Hver pasientgruppe (DRG) tildeles en vekt basert på hvor ressurskrevende behandlingen av denne gruppen er.

sykehusdistriktet, dekke underskuddet. Etter hvilke prinsipper dette skjer, varierer mellom sykehusdistriktene.

I Norge mottar de fire regionale helseforetakene sine inntekter fra staten gjennom en kombinasjon av rammebudsjett basert på behovskriterier og kostnadsutjamning i tillegg til aktivitetsbaserte tilskudd som i hovedsak er avhengig av antallet leverte DRG-poeng. De aktivitetsbaserte tilskuddene utgjør omtrent 40 prosent av de samlede inntektene. De regionale helseforetakene finansierer sine helseforetak (sykehus) i hovedsak etter de samme prinsipper som de selv mottar sine inntekter etter. Primærhelsetjenesten finansieres delvis av staten gjennom ytelsesbaserte takster til primærlegene og delvis av kommunene. Kommunenes inntekter kommer delvis fra lokal inntekts- og formuesbeskatning med maksimalsatser fastsatt av staten og delvis fra et statlig overføringssystem der summen av de statlige overføringene til en kommune i hovedsak bestemmes av relative utgiftsbehov og kostnadsfaktorer. Over 90 prosent av primærlegene oppnår sine inntekter gjennom en kombinasjon av fast tilskudd per person på liste og ytelsesavhengige takster fra stat og pasient. De ytelsesavhengige takstene utgjør i gjennomsnitt rundt 70 prosent av en primærleges praksisinntekt.

I Sverige finansierer landstingene helsesektoren i det vesentlige gjennom lokaler skatter. I tillegg er det overføringer fra staten til landstingene for å utjevne inntekts-, behovs- og kostnadsforskjeller utenfor landstingenes direkte kontroll. Et landsting har stor frihet med hensyn til hvordan de vil finansiere helsetjenestene i sitt landsting. Det innebærer samtidig at det er stor variasjon mellom landstingene med hensyn til hvordan sykehus og primærhelsetjeneste blir finansiert. I følge Socialstyrelsen (2010) er det sju landsting som bruker DRG-systemet som et budsjettinstrument, de fleste landsting bruker det som et instrument for å kreve oppgjør for pasienter som kommer fra andre landsting, mens bare fem til sju bruker det for pasienter fra eget landsting.

I primærhelsetjenesten betaler landstingene på samme måte for tjenester levert av private med kontrakt som av offentlige tjenesteytere. Betalingsmåten vil typisk være en kombinasjon av komponentene per capita betaling og ytelsesbaserte takster (for eksempel avhengig av antall konsultasjoner). Innholdet i og sammensetningen av de ulike komponentene vil variere mellom landsting. Jeg kommer i del 4.3.1 tilbake til

primærhelsetjenesten i Sverige i forbindelse med diskusjonen av regulering av pasientstrømmen fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten.

Følgende tabell oppsummerer hovedtrekk i hvordan tjenesteyterne betales i de fire landene.

Tabell 2. Betaling av tjenesteytere (Kilde: Kittelsen et al. 2009 samt andre kilder)

	Norge	Sverige	Finland	Danmark
Somatisk spesialisthelsetjeneste (innleggelse)	40 % basert på DRG poeng, 60 % basert på beregnet behov	DRG-systemet brukes som budsjett- og debeteringsinstrument i varierende grad blant landstingene	Budsjett baseres i hovedsak på DRG. Ikke vanlig med aktivitetsbasert finansiering	50 % basert på DRG-systemet. Variasjon mellom regioner
Poliklinisk aktivitet i spesialisthelsetjenesten	I sykehus som for innlagte Private spesialister med kontrakt: Driftstilskudd (30%), takster (70%)	I sykehus som for innlagte. I tillegg private spesialister med kontrakt med landsting	I sykehus som for innlagte. I tillegg private spesialister med kontrakt med sosialforsikring og med høy egenandel	I sykehus som for innlagte. I tillegg private spesialister med kontrakt med region
Psykisk helsevern	Rammebudsjett, dels befolkningsbasert	I hovedsak rammebudsjetter	Etter liggedøgn eller i kommunale helsesentra	Rammebudsjetter
Primærhelsetjeneste	Primærlegepraksis: Kombinasjon av per capitatilskudd og ytelsesbaserte takster	Private eller offentlige helsesentre med per capitatilskudd og varierende grad av risikjustering og ytelsesbaserte takster	Kommunale helsesentre med gitt budsjett	Primærlegepraksis: Kombinasjon av per capitatilskudd og ytelsesbaserte takster

2.3 Pasientbetaling

Generelt er det et lavt nivå på den direkte pasientbetalingen i Norden i forhold til i mange andre land. Det er samtidig forskjeller mellom landene med hensyn til hvilke tjenester som

har egenbetaling. Alle land har pasientbetaling for nødvendige medisiner. I Danmark er det verken egenbetaling for legetjenester eller sykehusinnleggelse. I Finland er det egenbetaling for alle typer av tjenester. For medisiner er det tre grupper av egenbetaling som varierer fra 58 prosent av legemiddelprisen til at det offentlige betaler alt. Vi skal senere se at den privat finansierte andel av helsetjenesteutgiftene er større i Finland enn i de andre nordiske landene. I Norge er det egenbetaling for både primærlegetjenester og spesialisthelsetjenester. Det er derimot ikke egenbetaling for sykehustjenester når pasienten er innlagt. I Sverige er det pasientbetaling for alle typer av tjenester. Nivået på pasientbetalingen varierer generelt mellom landstingene. Det er nasjonalt fastsatt pasientbetaling for medikamenter. Alle land har en øvre grense for årlig pasientbetaling. I Danmark reduseres andelen pasientbetaling for legemidler med legemiddelutgiftenes størrelse. Den øvre grense for pasientbetalingen er i 2011 DKK 3555. I Finland er den maksimale egenbetaling for medisin i løpet av et år EUR 673. Det er også et samlet utgiftstak for kommunale helsetjenester på EUR 633. I Norge er det to typer utgiftstak avhengig av typer av tjenester. Tak I, som inkluderer legetjenester, medisiner og reiser, er i 2011 NOK 1880. I Sverige fastsatte staten maksimum pasientbetaling for ambulant legebehandling i 2010 til SEK 900 og for legemidler til SEK 1800.

I flere europeiske land kan man tegne private forsikringer mot store egenbetalinger. Ser man egenbetaling og private helseforsikringer i sammenheng, viser OECD Health Data³ at i Danmark, Norge og Sverige utgjør egenbetaling og private helseforsikringer 15 – 16 prosent av de samlede helsetjenesteutgiftene, mens tilsvarende tall for Finland er 21 prosent. For Danmark, Norge og Sverige er dette klart mindre enn gjennomsnittet for OECD (23 prosent). Det er samtidig flere europeiske land der prosenten er mindre enn i de skandinaviske landene (for eksempel Nederland og Storbritannia). Skudal et al (2010) beskriver resultater fra en internasjonal intervju-undersøkelse gjort av Commonwealth Fund. I denne undersøkelsen oppgir 4,6 prosent av de norske deltakerne og 5,2 prosent av de svenske at de har hatt store problemer med å betale eller ikke kunne betale for helsehjelp i løpet av de siste tolv måneder. Gjennomsnittet for Europa er 4,9 prosent. Alt i alt trekker dette i retning av at nivået på pasientbetaling i Norden ikke skiller seg ut fra nivået i andre deler av Europa.

³ OECD (2009) s. 171.

I grove trekk kan systemene for pasientbetaling beskrives ved hjelp av tabell 3.

Tabell 3. Helsetjenester med egenbetaling i Norden (Kilde: NOMESKO, 2010.)

	Danmark	Finland	Norge	Sverige
Primærlegetjenester	Nei	Ja, hvis pasient >18 år	Ja, hvis pasient >16 år	Ja – størrelse varierer mellom landsting
Spesialistkonsultasjon Poliklinikk	Nei	Ja	Ja, hvis pasient >16 år	Ja – størrelse varierer mellom landsting
Sykehusinnleggelse	Nei	Ja	Nei	Ja - størrelse varierer mellom landsting
Medisiner	Ja	Ja	Ja	Ja
Tannbehandling	Ja, hvis pasient >18 år	Ja	Ja, hvis pasient >18 år	Ja, hvis pasient >20 år
Øvre grense for pasientbetaling	Ja, for medisiner og tannbehandling	Ja, for samlede utgifter til helsetjenester	Ja	Ja, nasjonalt fastsatt øvre grense for legemidler, sykereiser, ambulant legebehandling

2.4 De nordiske land i OECDs klassifikasjon av helsesystemer

OECD har tidligere klassifisert helsetjenestesystemer i Offentlige integrerte systemer, Offentlige kontraktssystemer og Privat forsikring med private tjenesteytere. I denne klassifikasjonen hører alle de nordiske land hjemme blant Offentlige integrerte systemer. I OECD er det en oppfatning at denne klassifikasjonen ikke lenger er så velegnet siden helsetjenestesystemene i OECD-landene har blitt mer differensierte de senere år. OECD har derfor nylig foreslått en ny klassifikasjon av helsetjenestesystemer. Klassifikasjonen tar utgangspunkt i en survey blant medlemslandene for å kartlegge karakteristiske trekk ved deres helsesystemer (Paris et al., 2010). Surveyen rettet seg til medlemslandenes helsemyndigheter og hentet informasjon om forsikringsdekning, finansiering og organisering

av helsesektoren og de overordnede styrings- og reguleringsystemer. Paris et al. (2010) presenterer på en systematisk måte resultatene fra surveyen som er egnet til å bidra med ny innsikt om finansiering og organisering av helsesektoren i medlemslandene⁴. Basert på en clusteranalyse av et utvalg av indikatorene, identifiserer Joumard et al. (2010) seks grupper av land med lignende sett av institusjoner. De nordiske landene befinner seg i tre forskjellige grupper. Det gis en beskrivelse av kjennetegn ved de tre gruppene. Sverige sammen med Island og Tyrkia tilhører gruppen som tilbyr fritt valg av tjenesteyter uten portvaktfunksjon i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Private tilbud er samtidig meget begrenset, det er streng prisregulering og tjenesteyterne oppmuntres i liten grad til høyt produksjonsvolum. Med unntak av Sverige er det ikke harde budsjettsskranker. Danmark og Finland er i den neste gruppen sammen med Mexico, Portugal og Spania. Denne gruppen er kjennetegnet av et strengt regulert offentlig system med omfattende bruk av portvakter (gatekeepers). Det er kostnadsmål, men ingen absolutte budsjettrestriksjoner. Innad i gruppen er Finland mer desentralisert enn Danmark. Også den siste gruppen, der Norge inngår sammen med Ungarn, Italia, Irland, New Zealand, Polen og UK, består av strengt regulerte offentlige systemer. Det er mer absolutte budsjettrestriksjoner enn i de fleste andre OECD-land. Pasientenes valgfrihet er større enn i den forrige gruppen og systemene er mer sentralisert. I del 5.1 gir jeg en nærmere beskrivelse av sammenheng mellom resultatmål og helsetjenestesystem.

2.5 Kjennetegn oppsummert

Oppsummert kan vi kanskje si at det er noen kjennetegn som bidrar til å karakterisere en nordisk modell for organisering og finansiering av helsetjenester:

1. Universell helsetjenesteforsikring som omfatter hele befolkningen
2. Offentlig helsetjenesteforsikring
3. Helsetjenesteforsikring finansiert ved generelle skatter
4. Til nå har bare en liten andel av helsetjenestene blitt finansiert av privat helsetjenesteforsikring
5. Dominerende offentlig eie og drift av sykehus

⁴ Det er samtidig noen overraskende registreringer. For eksempel karakteriseres Sverige som et nasjonalt system (national health service), mens både Danmark, Finland og Norge karakteriseres som lokale systemer (local health services).

6. Betydelig desentralisering av finansiering og drift til lavere forvaltningsnivåer.

Det er samtidig forskjeller mellom landene når det gjelder grad av desentralisering med Finland og Sverige som de mest desentraliserte. Det er også forskjeller i krav om henvisning fra primærhelsetjenesten for å oppsøke spesialisthelsetjenesten.

2.6 Ressursbruk, helseindikatorer og tilfredshet

Tabell 4. Noen kjennetegn ved ressursbruk og helse i Norden i forhold til Nederland og UK. 2009 eller nærmeste år.

	Danmark	Finland	Norge	Sverige	Nederland	UK
GDP/capita 2009, US\$ PPP	35620	33241	57404	35161	39967	34651
Helseutgifter /capita 2007, US\$ PPP	3540	2900	4791	3349	3853	2990
Samlede helsetjenesteutgifter i % av GDP	9,7	8,2	8,9	9,1	9,7	8,4
Praktiserende leger/1000 innbyggere	3,42	2,69	3,90	3,58		2,52
% Offentlig finansiering av samlede helseutgifter	84,5	74,5	84,1	81,7	75,2	82,0
Forventet antall leveår ved fødsel - kvinner	81,0	83,3	83,0	83,2	82,3	81,8
Forventet antall leveår ved fødsel - menn	76,5	76,5	78,3	79,1	78,0	77,6
Spebarnsdødelighet – Døde /1 000 levende fødte	4,0	2,6	2,7	2,5	3,8	4,7
% av menn som anser seg selv for å ha god eller meget god helse	81,6	67,4	82,0	81,9	81,4	88,9

(Kilde: OECD Health Data)

Tabell 4 viser noen kjennetegn ved ressursbruk og helse i Norden i forhold til i Nederland og UK. Data er hentet fra siste tilgjengelige opplysninger i OECD Health Data. Vi ser at de

kjøpekraftskorrigerede helsetjenesteutgiftene i Norden er på nivå med de to andre landene. Innen Norden er det betydelige forskjeller. Vi ser at Norges helsetjenesteutgifter per capita er 65 prosent større enn Finlands og 44 prosent større enn Sveriges. Forskjellene i realressurser er samtidig mindre. Antallet praktiserende leger per 1000 innbyggere er 14 prosent større i Norge enn i Finland og 9 prosent større i Norge enn i Sverige. De grove helseindikatorer som beskrives i tabellen, tyder ikke på at forskjellene mellom Norge og de andre nordiske landene gjenspeiles i helseforskjeller. For Sveriges del er alle helsemålene like gode eller bedre enn tilsvarende for Norge.

Et spørsmål er da om forskjellene mellom de nordiske landenes kostnader utelukkende skyldes forskjeller i kostnadsnivå og effektivitet i helsesektoren eller om det også er forskjeller i aktivitetsnivå i form av antall og sammensetning av behandlinger. Denne problemstillingen er utforsket av Kittelsen et al. (2009) spesielt innenfor spesialisthelsetjenesten. Basert på en egen deflator som tar hensyn til nivået på lønnskostnader i helsesektoren, finner de at kostnadsnivået i sykehusene i Finland i 2007 er 93 prosent av kostnadsnivået i Sverige, mens kostnadsnivået i Norge er 23 prosent høyere enn kostnadsnivået i Sverige. Det er også forskjeller i ressursbruk mellom landene når man tar hensyn til forskjeller i kostnadsnivå. I 2007 var nivået på ressursbruk i somatisk spesialisthelsetjeneste i Sverige om lag 94 prosent av nivået i Norge. Nivået i Finland var om lag 65 prosent av nivået i Norge. Variasjonen innen psykisk helsevern synes større, men her er det mange forbehold på grunn av usikkerhet om datakvaliteten.

Forskjellene i ressursbruk i helsesektoren i Norden medfører dels forskjeller i aktivitet og dels forskjeller i effektivitet. Kittelsen et al. (2009) finner at aktivitetsnivået innen somatisk sykehusvirksomhet og spesielt innen psykisk helsevern synes å være høyere i Norge enn i de andre nordiske landene. Deres tall viser at Norge har et høyere totalt forbruk per innbyggere både når dette måles gjennom døgnopphold, liggedager og DRG-poeng. Det er samtidig variasjon mellom typer av behandlinger.

Tabell 5 Noen operasjonsrater (årlig antall operasjoner per 100.000 innbyggere) i Norden, Nederland og UK

	Danmark	Finland	Norge	Sverige	Nederland	UK
Koronare bypassoperasjoner ¹ (2006)	78,6	66,2	81,0	53,7	58,2	43,5
Perkutan Koronar Intervensjon (PCI) ² (2005)	193,6	125,7	246,7	172,6	135,4	92,7
Proteseoperasjon i hofte ³ (2007)	199,6	181,2	230,7	206,7	205,1	187,4
Proteseoperasjon i kne ⁴ (2005)	105,8	168,7		107,8	97,9	115,7
Fjerning av blindtarm (2007)	100,4	116,1	120,2	106,6	91,8	91,0

¹ Et inngrep hvor man åpner brystkassen og syr inn en eller flere årer som tas fra et annet sted på kroppen (evt. en kunstig åre), slik at blodet kan ledes forbi den trange delen av åren inn til hjertet.

² Utvidelse av åre inn til hjerte ved hjelp av et ballongkateter

³ Innsetting av kunstig hofteledd til erstatning for ødelagt ledd

⁴ Innsetting av kunstig kneledd til erstatning for ødelagt ledd

Kilde: OECD Health Data – seneste tilgjengelige år etter 2005.

I Tabell 5 er det hentet data fra siste tilgjengelige årgang av OECD Health Data, og de nordiske landene er igjen framstilt sammen med Nederland og UK⁵. Vi ser at blant landene i Norden, er raten for koronare bypass operasjoner størst i Norge og minst i Sverige, men raten for PCI er størst i Norge og minst i Finland. For de andre prosedyrene synes variasjonen i Norden å være mindre. Det er en tendens til at variasjonen er minst der behandlingsbeslutningen trolig involverer minst skjønn (fjerning av blindtarm) og størst der alternative behandlingsmåter fins og mye skjønn er involvert i valg av behandlingsmåte

⁵ Det er ikke helt klart hvor pålitelige prosedyredata fra OECD Health Data er. For eksempel er det for de nordiske landene noe avvik i forhold til hva man kan finne i Kittelsen et al. (2009). Samtidig er OECD Health Data den beste databasen man har for internasjonale komparative studier.

(koronare bypassoperasjoner, PCI, proteseoperasjon i kne). I denne sammenheng er det kanskje noe overraskende at variasjonen i raten for proteseoperasjon i hofte er liten.

Det er også avdekket forskjeller i sykehusenes effektivitet mellom de nordiske land. Med effektivitet menes i denne sammenheng forholdet mellom antallet behandlinger korrigert for pasientsammensetning og kostnader. Linna et al. (2010) finner ved hjelp av dataomhyllingsanalyse (DEA) at norske og svenske sykehus er 13-20 prosent mindre effektive enn finske med danske sykehus et sted imellom.

Commonwealth Fund (CWF) i USA gjennomfører jevnlig undersøkelser for å kartlegge befolkningens tilfredshet med helsetjenesten i ulike land. I undersøkelsen fra 2010 deltok Sverige og Norge blant de nordiske landene. Undersøkelsen skjer ved hjelp av telefonintervjuer. Svarprosenten er varierende, men forfatterne hevder at datakvaliteten er god (Schoen et al., 2010, Skudal et al., 2010). De to nordiske landene (og spesielt Norge) har ikke spesielt gode resultater i forhold til andre europeiske land. I Norge mener 41 prosent av de spurte at "alt i alt fungerer helsevesenet ganske bra, mindre endringer nødvendig", men tilsvarende tall for Sverige er 46 og for resten av Europa 48 prosent. I USA er det bare 30 prosent som har denne oppfatningen om helsevesenet. I Norge er det 45 prosent som opplevde å få hjelp av primærlegen samme dag eller neste dag sist gang hun/han var syk. I Sverige er det tilsvarende tall 57 prosent og i Europa for øvrig 69 prosent. Kvaliteten på legehjelpen fra det faste legekantoret karakteriseres av 51 prosent i Sverige som utmerket eller meget god. Tilsvarende tall for Norge er 64 prosent og for det øvrige Europa 63 prosent. Syttifem prosent av de intervjuede i USA oppgir at kvaliteten er utmerket eller meget god. I Norge er det en større andel som hevder å ha vært utsatt for feil medisin eller feilbehandling mer generelt enn hva det er i Sverige og i det øvrige Europa.

Det er tankevekkende at så pass stor variasjon mellom nordiske land i ressursbruk i helsesektoren ikke medfører forskjeller i størrelsen på sentrale helseindikatorer. Det understreker at levemåte og ressursinnsats på andre områder har stor betydning for helsetilstanden.

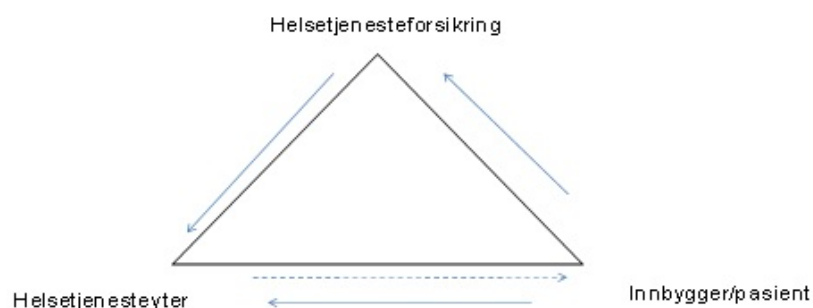
3 Behovet for regulering av markedene for helsetjenesteforsikring og helsetjenester

3.1 Innledning

Formålet med denne delen av notatet er å gjennomgå de sentrale økonomiske argumentene for regulering av markedene for helsetjenesteforsikring og helsetjenester. Disse argumentene har sin bakgrunn i korrigerende markedsimperfeksjoner. Regulering vil samtidig ofte innebære at andre ulemper følger med reguleringen. Man står dermed overfor en vanskelig balansegang mellom sammensetning av fordeler og ulemper. Den noe mer generelle kunnskapen som formidles i dette kapitlet, vil være en bakgrunn for diskusjonen av problemer i de nordiske helsesektorene i del 4 av rapporten.

Helsesektoren har tre sentrale grupper av aktører: Tilbydere av helsetjenesteforsikring, tilbydere av helsetjenester og befolkningen i rollene som borgere og som pasienter. Forholdet mellom disse tre gruppene av aktører blir ofte framstilt ved hjelp av et triangel. I Figur 1 angir helt optrukne linjer retningen på betalingsstrømmer, mens den stiplede linjen angir tjenestestrøm.

Figur 1. Forholdet mellom aktørene i helsesektoren - helsetriangelet



Borgerne betaler forsikringspremie til tilbyderne av helsetjenesteforsikring, som kan være privat eller offentlig organisert. I systemer der den offentlige sektor forsikrer landets innbyggere, kan skatteinnbetalingen ses på som en slags forsikringspremie. Helsetjenesteforsikringen betaler helsetjenesteyteren for tjenester som er levert til innbyggerne som pasienter. Fra pasientenes ståsted fungerer da helsetjenesteforsikring som en tjenesteforsikring (in kind). Eventuelt kan også helsetjenesteforsikringen refundere (deler av) pasientenes utgifter. Dersom det er egenbetaling på brukertidspunktet, vil det også gå en pengestrøm fra pasient til helsetjenesteyter. Mens pengestrømmene går i flere retninger, vil helsetjenestestrømmen utelukkende gå fra helsetjenesteyter til pasient.

Et slikt triangel vil kjennetegne de fleste markeder som involverer forsikring og der forsikringsbidraget er i form av (refusjon av utgifter til) varer og tjenester. Det er likevel noen egenskaper ved markedene for helsetjenesteforsikring og helsetjenester som medfører et samfunnsmessig behov for regulering. Sentrale egenskaper er⁶:

- Asymmetrisk informasjon mellom forsikringsselskap og forsikringstaker om helse og livsstil. Forsikringstakeren vil ofte ha kunnskap om kroniske sykdommer og symptomer på framtidig sykdom som forsikringsselskapet ikke har og som vanskelig kan skrives inn i forsikringskontrakten. Forsikringsselskapet vil i praksis heller ikke kunne kontrollere om forsikringstakeren gjør nok for å holde seg frisk. Å kontrollere kosthold, fysisk aktivitet, alkoholforbruk og livsstil mer generelt vil være meget kostbart og trolig gå på tvers av personvernet. Selv om visse sykdommer kan ha sammenheng med livsstil, er det mange faktorer som virker inn. Generelt kan man ikke trekke slutninger fra sykdomsforekomst tilbake til livsstil i det individuelle tilfellet fordi det også er andre faktorer i arv og miljø som virker inn på sykdomsforekomsten.
- Asymmetrisk informasjon mellom pasient og tjenesteyter. Legen vet mer om diagnostikk og behandling enn pasienten. Det er jo derfor pasienten oppsøker legen. Samtidig kan legen ha motiver for sin handling i tillegg til å gjøre pasienten frisk. Dette kan være personlige motiver knyttet til egen inntekt og fritid. Også i

⁶ En mer utdypende omtale kan finnes for eksempel i Kornai and Eggleston (2001). Den klassiske referansen på området er Arrow (1963)

helsesektorens organisasjoner, som sykehusene, vil det kunne være motiver i tillegg til pasientens helse. For private sykehus kan det være eiernes overskudd. For offentlige sykehus vil det kunne være typer av aktiviteter som går på bekostning av pasientbehandlingen.

- Asymmetrisk informasjon mellom forsikringsselskap og tjenesteyter. Pasienten vil derfor ha behov for assistanse for å oppnå optimal diagnostikk og behandling. Forsikringsselskapet vil (i noen grad) yte slik assistanse. Men heller ikke forsikringsselskapet vil ha like god informasjon om optimal diagnostikk og behandling som helsetjenesteyteren. En viktig oppgave for forsikringsselskapet blir da å utforme betalingsordninger til helsetjenesteyterne som bidrar til at helsetjenesteyterne gir pasienten optimal diagnostikk og behandling.
- Optimal diagnostikk og behandling vil avhenge av forsikringsselskapets målfunksjon, spesielt om de vil ivareta kundenes interesser som forsikringstakere eller som pasienter. Som forsikringstakere vil kundene ønske at forsikringsselskapet avveier helsegevinsten av mer generøs diagnostikk og behandling mot forsikringspremiens størrelse. Som pasient vil kunden være opptatt av å få best mulig diagnostikk og behandling uavhengig av hvilke konsekvenser det måtte få for forsikringspremien. Hva som skal menes med at forsikringsselskapet skal hjelpe pasienten til å oppnå optimal diagnostikk og behandling, trenger dermed en presisering.
- Helse verdsettes høyt og vil verdsettes høyere jo rikere vi blir (Hall and Jones, 2007). I spørsmål om liv og død vil det ofte være inntekt og formue mer enn de vanlige betraktninger om konsumets sammensetning som vil avgjøre etterspørselen etter helsetjenester.
- Diagnostikk og behandling kan ha elementer av irreversibilitet, det vil si at eventuelle feil som er gjort, ikke kan rettes opp igjen. Et bilverksted som gjør en alvorlig feil, kan i verste fall gi erstatning i form av en ny bil. Et sykehus som gjør en fatal feil, kan ikke gi pasienten erstatning i form av et nytt liv. Ofte vil heller ikke helsetap som alvorlig invaliditet medfører, kunne kompenseres fullt ut i form av penger.

- Det er vanlig å anta at samfunnsborgerne også har preferanser for andres helse og tilgang til helsetjenester. Det er derfor noen grad av altruisme i preferansene for helsetjenester. Slike preferanser kan både være knyttet til forventninger om samme holdning hvis man selv blir syk og det at man finner det vanskelig å godta at syke mennesker skal nektes tilgang til helsetjenester fordi de ikke kan betale for seg.

Det er mange markeder som har ett eller et par av disse kjennetegnene. Markedet for helsetjenester skiller seg ut ved omfanget som disse markedsimperfeksjonene har. Jeg skal nå beskrive litt nærmere hvilke utfordringer kjennetegnene ved markedene for helsetjenesteforsikring og helsetjenester skaper for markedenes funksjonsmåte. La oss starte med informasjonsasymmetrien mellom borger/pasient og forsikringsselskap.

3.2 Behovet for regulering av markedet for helsetjenesteforsikring

For det enkelte individ er det betydelig usikkerhet med hensyn til forekomst, behandlingsbehov og varighet av framtidig sykdom. Sykdom kan medføre betydelige behandlingskostnader og inntektstap. Størrelsen på potensielt tap kombinert med risikoaversjon er grunnlaget for etterspørsel etter helsetjenesteforsikring (Arrow, 1963, Rees, 1989, Cutler and Zeckhauser, 2000). Full forsikring vil bli valgt så lenge nytten med forsikring er større enn nytten av sikkerhetsekvivalenten til å delta i lotteriet om helsetilstander og behandlingskostnader⁷.

Helseforsikring er et område der det har skjedd mye forskning de senere årene. Nye resultater har bidratt til å nyansere konklusjonene fra forskningen på 1970- og 1980-tallet. Framstillingen som følger, er inspirert av Einav and Finkelstein (2011). Interesserte lesere kan finne en mer detaljert framstilling i et vedlegg til rapporten.

⁷ Sikkerhetsekvivalenten er definert som det det maksimale beløpet forsikringstakeren er villig til å betale i forsikringspremie framfor å betale behandlingskostnadene selv dersom han blir syk. Hvis forsikringspremien tilsvarer forventet behandlingsutgift (aktuarverdien), vil en risikonøytral person være indifferent mellom å tegne forsikring og betale behandlingskostnadene selv. En risikoavers person vil derimot foretrekke forsikring. Differansen mellom sikkerhetsekvivalenten og aktuarverdien er de maksimale administrasjonskostnader forsikringsselskapet kan ha, dersom personen skal være interessert i å tegne forsikring.

3.2.1 Ugunstig eller gunstig utvalg

Vi tenker oss individer som velger mellom full forsikring og ingen forsikring (senere blir dette nyansert ved at det åpnes for forsikring med egenbetaling). Konkurrerende selskaper bruker prisen på forsikring (forsikringspremie) for å tiltrekke seg kunder. Kundene (potensielle pasienter) antas å ha like preferanser (for eksempel med hensyn til grad av risikoaversjon), men skiller seg fra hverandre ved at noen har større risiko for framtidig sykdom enn andre. Denne risikoen er kjent for den enkelte kunde. For selskapene er risikoen bare kjent for gjennomsnittet av alle potensielle kunder. Etterspørselen etter forsikring er delvis bestemt av de forventede sykdomskostnadene og delvis av graden av risikoaversjon. Etterspørselen etter forsikring er en fallende funksjon av prisen på forsikring. For høye forsikringspremier er det bare dem med stor sykdomsrisiko som vil etterspørre forsikring. Dersom de med minst sykdomsrisiko skal være interessert i å kjøpe forsikring, må forsikringspremien være liten. Markedslikevekt kjennetegnes av at forsikringspremien akkurat dekker kostnadene forsikringsselskapene i gjennomsnitt har for hver forsikret. Dersom forsikringspremien er mindre enn gjennomsnittskostnaden, vil ikke forsikringsselskapene få dekket sine kostnader. Dersom forsikringspremien er større enn gjennomsnittskostnadene, vil selskapene ha positiv profitt og vil trolig sette ned prisen for å tiltrekke seg flere kunder. I markedslikevekten vil de med minst sykdomsrisiko velge ikke å ha helseforsikring fordi forsikringspremien er større enn deres betalingsvillighet for forsikring. Samtidig vil deres betalingsvillighet for forsikring være større enn deres forventede sykdomskostnader (som er mindre enn for gjennomsnittet av befolkningen), og det er dermed samfunnsøkonomisk lønnsomt at de har forsikring. Ved asymmetrisk informasjon om sykdomsrisiko og ugunstig utvalg (adverse selection) kan det dermed være færre som blir forsikret enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt. En mulig tiltak for å forhindre denne markedsfeilen er å gjøre helseforsikring obligatorisk. Et annet mulig tiltak er å subsidiere forsikring så mye at alle vil velge å kjøpe forsikring.

Teoretisk og empirisk forskning de senere årene har sådd tvil om det generelle innhold i resultatene over. To viktige stikkord i denne forbindelse er administrasjonskostnader (for eksempel markedsføringskostnader og kontrollkostnader) og heterogenitet i preferanser. Forsikringsselskapene vil ha kostnader knyttet til innbetaling av premier og utbetaling til helsetjenesteytere og pasienter. Hvis administrasjonskostnadene er store nok, vil de kunne bli større enn sikkerhetsekvivalenten for personer med liten risiko for sykdom. Det er da ikke lenger optimalt med full forsikringsdekning i befolkningen.

Heterogenitet i preferanser har å gjøre med at de som har liten sannsynlighet for sykdom, kan være mer risikoaverse enn de som har større sannsynlighet for sykdom. En bakgrunn kan for eksempel være at de mest risikoaverse har drevet mye sykdomsforebyggende aktivitet som nettopp bidrar til at de har en mindre sykdomsrisiko i dag. Hvis effekten av slik heterogenitet i preferansene er stor nok, vil den medføre at det er de med minst sykdomsrisiko som har størst betalingsvillighet for helseforsikring. Igjen vil markedsliekevekten karakteriseres av at forsikringspremien er lik forsikringsselskapenes gjennomsnittskostnader. For dem med størst sykdomsrisiko er det de maksimalt er villige til å betale for helseforsikring, mindre enn deres forventede sykdomskostnader. Skal man respektere deres preferanser, er det dermed i tilfellet med gunstig utvalg (advantageous selection) ikke samfunnsøkonomisk optimalt med full forsikringsdekning i befolkningen. Det kan til og med være at markedsliekevekten gir større forsikringsdekning enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt.

En enkel empirisk test på om det er ugunstig utvalg (adverse selection) eller gunstig utvalg (advantageous selection) av forsikrede er om helsetjenestekostnadene i gjennomsnitt er større eller mindre for de forsikrede enn for dem uten forsikring. Det er ikke så mange slike undersøkelser og resultatene varierer.

3.2.2 Atferdsrisiko (moral hazard)

En eventuell positiv sammenheng mellom forsikringsdekning og helsetjenestekostnader kan imidlertid også skyldes såkalt atferdsrisiko (moral hazard), som er av to typer i forbindelse med helseforsikring. Atferdsrisiko eller skjult atferd (ex ante moral hazard) innebærer at forsikringstakeren kan påvirke risikoen for sykdom, og at sykdomsrisikoen ikke gjenspeiles i forsikringspremien. Grunnen til manglende sammenheng mellom risiko og forsikringspremie kan være at det er uforholdsmessig kostbart for forsikringsselskapet å observere forsikringstakerens atferd. Dette gjelder for eksempel livsstil som røyking, kosthold og fysisk aktivitet. Siden det er kostnader knyttet til å redusere sykdomsrisikoen, personlige og monetære, vil forsikringspremie uavhengig av forebyggingsinnsats medføre for lite forebygging og for stor sykdomsrisiko samfunnsøkonomisk vurdert. Atferdsrisiko vil dermed medføre mer sykdom og større helsetjenestekostnader. Den høyere forsikringspremien som de høyere behandlingskostnadene medfører, vil i frivillige forsikringssystemer kunne medføre at noen velger å si opp forsikringen og å bære den finansielle risikoen selv.

Det kan også være institusjonelt bestemt at det ikke skal være noen sammenheng mellom sykdomsrisiko og forsikringsinnbetaling. Dette vil ofte være tilfellet i en offentlig skattefinansiert forsikringsordning. I skattefinansierte ordninger vil man da kunne oppleve at behandlingskostnadene blir uforholdsmessig store og vil legge et press på skatteinntekter og annen offentlig finansiert tjenesteproduksjon. I både private frivillige og offentlige obligatoriske systemer vil dermed atferdsrisiko medføre effektivitetstap. En egenandel på behandlingskostnader vil medføre en reduksjon i den relative prisen på forebyggingsaktiviteter og dermed oppmuntre til mer forebyggende aktiviteter og mindre sykdom og sykdomskostnader. Optimal forsikringsdekning med atferdsrisiko vil dermed innebære en avveining mellom velferdsgevinsten med forsikring og velferdstapet ved overforbruk av helsetjenester. Generelt vil det ikke være optimalt med full forsikringsdekning.

Sykdom vil ofte ha karakter av en viss irreversibilitet i den forstand at selv etter behandling vil helsetilstanden ofte ikke bli helt som før. Jo mindre effektive behandlingene er til å gjenopprette helsetilstanden, jo mindre markedsfeil vil atferdsrisiko innebære.

I litteraturen vil en også finne en annen form for moral hazard – såkalt *ex post* moral hazard. Dette har å gjøre med formen på etterspørselskurven etter helsetjenester etter at man har blitt syk. Det kan være flere typer av behandlingsomfang og behandlingskvalitet og det kan også være flere grader av komfort under selve behandlingen. Dette trekker i retning av at etterspørselen etter helsetjenester øker når pasientens egenbetaling blir mindre (fallende etterspørselskurve). Uten pasientbetaling vil pasienten etterspørre tjenester så lenge det medfører helsegevinster og eventuelt andre gevinster. Uten egenbetaling vil det dermed ikke være noe insitament til å veie helseforbedringer mot ressursinnsatsen. Zeckhauser (1970) viser at jo mer prisavhengig etterspørselen etter helsetjenester er, jo mindre forsikringsdekning er optimalt vurdert fra et *ex ante* perspektiv.

Atferdsrisiko impliserer at det samfunnsøkonomisk sett er optimalt med noe egenbetaling fra pasientene for å motvirke begge formene for moral hazard. Dette er samtidig en vanskelig balansegang siden egenbetaling eksponerer risikoaverse pasienter for finansiell risiko som de nettopp ønsker å forsikre mot.

Begge de to formene for atferdsrisiko vil trekke i retning av at de forventede helsetjenestekostnadene for en forsikret person vil bli større enn helsetjenestekostnadene for en person uten forsikring selv om deres sykdomsrisiko og forventede helsetjenestekostnader ville være like store uten forsikring. Det er dermed en utfordring å kunne påvise ugunstig utvalg empirisk.

3.2.3 Obligatorisk forsikring

I private forsikringsordninger med valgfrihet og konkurranse kan differensierte egenbetalinger hjelpe forsikringselskapene med å skille kundene fra hverandre ved asymmetrisk informasjon om sykdomsrisiko og ugunstig utvalg (adverse selection). Dette ble først analysert av Rothschild og Stiglitz (1976). De viste at ved å stille de risikoaverse kundene overfor valg mellom ulike egenbetalinger og dermed forsikringsdekninger, vil kundene ofte sortere seg selv i den forstand at individer med liten sykdomsrisiko velger ordninger med stor egenbetaling og liten forsikringspremie, mens individer med stor sykdomsrisiko heller vil betale en stor premie mot å slippe med liten egenbetaling ved sykdom. Samtidig kan lavrisikogruppen godta noe økt forsikringspremie mot å oppnå bedre forsikringsdekning og dermed mindre pasientbetaling. Dersom forskjellen i sykdomsrisiko mellom de to gruppene ikke er så stor samtidig som høyrisikogruppen er liten i forhold til lavrisikogruppen, kan lavrisikogruppens betalingsvillighet for å oppnå bedre forsikringsdekning være tilstrekkelig til å subsidiere høyrisikogruppen så mye at samme kontrakt for begge grupper kan etableres. Siden markedet ikke uten videre vil gjennomføre denne Pareto-forbedringen, kan obligatorisk helseforsikring gis en begrunnelse med utgangspunkt i økonomisk velferdsteori. Denne argumentasjonen impliserer også at en obligatorisk forsikringsordning bør inneholde et element av egenbetaling for pasientene siden lavrisikogruppen ikke har egeninteresse av å subsidiere høyrisikogruppen så mye at full forsikringsdekning oppnås. Modellen gir dermed en veiledning til utforming av obligatorisk forsikring utover konklusjonen i modellresonnementet i starten av denne delen av rapporten.

Jeg har til nå antatt at hvert individ kjenner sin egen sykdomsrisiko mens forsikringselskapet bare har kunnskap om sykdomsrisiko i gjennomsnitt i befolkningen. I virkeligheten er det mer nyansert. For ethvert individ vil forsikringselskapet gjennom informasjon om arv og tidligere og nåværende symptomer og sykdom, kunne anslå en individuell risiko som vil få

konsekvenser for den forsikringspremie et individ tilbys. La oss nå anta som en ytterlighet at det er symmetrisk informasjon om den enkelte persons sykdomsrisiko, det vil si at forsikringsselskapet vet like mye om den enkeltes sykdomsrisiko som personen selv. Dersom det fortsatt er slik at det er egeninteressene som styrer den enkelte persons valg av forsikringskontrakt, vil markedsløsningen innebære kontrakter der forsikringspremien er differensiert ut fra den enkeltes sykdomsrisiko. Individuer med stor sykdomsrisiko vil måtte betale en større forsikringspremie enn individer med liten sykdomsrisiko. Med symmetrisk informasjon kan lavrisikogrupperne tilbys full forsikringsdekning til lav premie. De vil derfor ikke lenger ha egeninteresser av å subsidiere individer med stor sykdomsrisiko for selv å oppnå bedre forsikringsdekning.

I de fleste europeiske land er det likevel obligatoriske forsikring som er felles for hele eller størstedelen av befolkningen. Forsikringen blir enten tilbudt av den offentlige sektor direkte eller den blir tilbudt av private organisasjoner med overføringer fra offentlig sektor for å utjevne organisasjonenes inntekter på grunn av ulikheter blant de forsikredes inntekter og sykdomsrisiko. Nivået på overføringene i systemene blir bestemt ved politiske valg. Zweifel, Breyer og Kifman (2009, 429) presenterer en modell som kan bidra til en økonomisk begrunnelse av slike ordninger. I deres modell er det variasjon i befolkningen langs to dimensjoner, nemlig inntekt og sykdomsrisiko. For å forenkle har hver av dimensjonene bare to mulige verdier: moderat/stor inntekt og lav/høy risiko for sykdom. Det er dermed fire grupper:

Gruppe 1: Moderat inntekt med høy sykdomsrisiko (m,h)

Gruppe 2: Moderat inntekt med lav sykdomsrisiko (m,l)

Gruppe 3: Stor inntekt med høy sykdomsrisiko (s,h)

Gruppe 4: Stor inntekt med lav sykdomsrisiko (s,l)

Det antas at individene kjenner både sin inntekt og sykdomsrisiko. Det antas videre at mer enn halvparten av befolkningen har moderat inntekt og at mer enn halvparten av befolkningen har lav sykdomsrisiko. Man stemmer over om det skal være en kollektiv helseforsikring der premien er proporsjonal med inntekt (og uavhengig av sykdomsrisiko) eller om det skal være opp til den enkelte å sørge for helseforsikring for seg og sine. Hvis det

blir kollektiv helseforsikring, stemmer man også over nivået på ytelsene. Flertallet bestemmer hvilken ordning som blir realisert. Innbyggerne antas å stemme slik deres egeninteresser tilsier. De må da vurdere hva de må betale inn i en inntektsbasert ordning i forhold til hva de måtte betale inn i en privat ordning der forsikringspremien er avhengig av sykdomsrisiko og uavhengig av inntekt.

Under slike forutsetninger vil bare de innbyggerne som har en netto gevinst av en kollektiv ordning stemme for en slik ordning. Dette tilsvarer at bare de individene som har en relativ risiko for sykdom som er større enn deres relative inntekt vil stemme for.

Vi kan uten videre si at gruppe 1 vil stemme for og gruppe 4 vil stemme mot en kollektiv forsikringsordning. Det er i utgangspunktet uklart om gruppe 2 og gruppe 3 vil stemme for eller mot. Samtidig må medianvelgeren⁸ være i gruppe 2 siden mer enn halvparten av befolkningen er antatt å ha moderat inntekt. Gruppe 2 vil stemme for en kollektiv ordning hvis skatteinnbetalingene i en kollektiv ordning blir mindre eller lik hva gruppe 2 må betale i en privat ordning. Denne betingelsen kan framstilles som:

$$ty_m \leq \pi_l g \quad (1)$$

der t er den proporsjonale skattesatsen, y_m er inntektsnivået i gruppen med moderat inntekt, π_l er sannsynligheten for sykdom i gruppen med liten sannsynlighet for sykdom og g er omfanget av helsetjenester. Samtidig må de samlede inntektene være store nok til å dekke de samlede utgiftene (budsjettbetingelsen):

$$t\bar{y} = \bar{\pi} g \quad (2)$$

der \bar{y} er gjennomsnittsinntekten og $\bar{\pi}$ er den gjennomsnittlige sykdomsrisikoen i befolkningen. Vi setter inn fra (2) i (1) og får:

$$\frac{\pi_l}{\bar{\pi}} \geq \frac{y_m}{\bar{y}} \quad (3)$$

⁸ Dersom alle innbyggerne rangeres etter størrelsen på deres inntekter, har halvparten av befolkningen mindre inntekt enn medianvelgeren og halvparten har større inntekt.

Vi har dermed at det er flertall for et kollektivt finansiert helsevesen dersom sykdomsrisiko relativt til gjennomsnittlig sykdomsrisiko er større enn inntekt i forhold til gjennomsnittsinntekten for gruppe 2 med moderat inntekt og lav sykdomsrisiko. Intuitivt innebærer dette at hva gruppen med lav sykdomsrisiko må subsidiere gruppen med høy sykdomsrisiko mer enn oppveies av overføringen fra gruppen med stor inntekt.

Selv om man kjenner sin egen sykdomsrisiko i dag, vil det være usikkerhet om sykdomsrisikoen i framtiden. I et privat forsikringssystem vil denne usikkerheten medføre usikkerhet om framtidige nivå på forsikringspremien og om man i det hele tatt vil bli tilbudt forsikring. Kifman (2005) argumenterer for at denne usikkerheten om framtidig sykdomsrisiko kan medføre at også gruppen med stor inntekt kan stemme for inntektsavhengig obligatorisk forsikringsordning hvis ikke inntektsforskjellene er for store. Dette kan kanskje være noe av bakgrunnen for at man selv i land uten obligatoriske forsikringsordninger for de unge, som i USA, har offentlig obligatorisk forsikring for befolkningen over 67 år gjennom Medicare.

Til nå har jeg resonnert som om alle individer tar beslutninger med utgangspunkt i sine egeninteresser. Eksistensen av helsebetinget altruisme (individer vil i varierende grad subsidiere de som har dårligere helse enn en selv) vil øke mulighetene til å realisere et kollektivt finansiert helsevesen ved avstemning. Krysssubsidiering av forsikringspremier på tvers av risikoklasser er samtidig vanskelig å få til i et system med konkurranse mellom forsikringsselskaper siden konkurransen mellom selskapene da lett vil bringe premiene til et nivå som ikke muliggjør kryss-subsidiering. Altruismen i preferansene vil dermed kreve et forsikringsmonopol for å kunne realiseres. Alternativt kan man tenke seg en sentralt organisert overføringsordning som sørger for at de selskapene som forsikrer høyrisikogrupperne vil få tilskudd fra denne overføringsordningen ut fra bestemte kriterier for beregning av risiko. Jeg skal senere komme tilbake til at Nederland praktiserer en slik ordning.

3.2.4 Oppsummering av behovet for regulering av markedene for helsetjenesteforsikring

Jeg skal nå oppsummere konklusjonene om behovet for regulering av markedene for helseforsikring så langt. Spesielt er jeg opptatt av argumentene for obligatoriske kollektive forsikringsordninger og omfang av forsikringsdekning (fravær av pasientbetaling). Jeg tok

utgangspunkt i asymmetrisk informasjon om sykdomsrisiko og individer som beslutter ut fra hva som tjener en selv (ingen altruisme). Med homogen holdning til risiko i befolkningen (alle er like risikoaverse) vil det være en tendens til at de med liten sykdomsrisiko velger bort forsikring til tross for at det er en velferdsgevinst at hele befolkningen er forsikret. Eksistensen av store administrasjonskostnader knyttet til forsikring kan endre denne konklusjonen. Hvis administrasjonskostnadene i kollektive ordninger er mindre enn i individuelle ordninger, kan administrasjonskostnadene være et selvstendig argument for obligatoriske kollektive ordninger⁹. Dersom det er heterogenitet i befolkningen i holdning til risiko på en slik måte at de med minst sykdomsrisiko er mest risikoaverse, vil det generelt ikke være en velferdsforbedring at de som velger bort forsikring (de med høy risiko), tvinges inn i en kollektiv ordning. Det kan samtidig tenkes at de som velger bort forsikring spekulerer i at de likevel blir tilbudt helsetjenester dersom de blir syke (veldigighet). Det er i så fall et argument for å tvinge dem inn i forsikringsordningen. Med symmetrisk informasjon om sykdomsrisiko (forsikringssselskapet vet like mye som det enkelte individ), vil ikke en kollektiv obligatorisk ordning med lik forsikringsinnbetaling for alle, kunne opprettholdes. En kollektiv obligatorisk ordning med inntektsavhengig forsikringsinnbetaling vil kunne opprettholdes under visse betingelser. Helsebetinget altruisme gjør det lettere å opprettholde kollektive ordninger.

Trolig vil det alltid være elementer av asymmetrisk informasjon mellom forsikringssselskap og forsikringstaker. Samtidig vil ikke forsikringstakeren fullt ut kjenne sin framtidige sykdomsrisiko. Spesielt vil det være usikkerhet om utvikling av sykdomsrisiko over tid. For den enkelte ungdom vil det være usikkerhet om helserisiko som gammel. En risikoavers person vil være interessert i å forsikre seg mot denne usikkerheten. Det vil vanskelig kunne gjøres i frivillige forsikringsordninger. Derfor er det selv i USA offentlig obligatorisk forsikringsordning for de gamle gjennom Medicare.

⁹ Commonwealth Fund (2008) hevder at administrasjonskostnadene i helsevesenet i USA er 30-70 prosent større enn i land med blandede private/offentlige systemer og tre ganger større enn de land som har minst administrasjonskostnader. Pozen and Cutler (2010) og Cutler and Ly (2011) viser at det er over 40 prosent flere administrativt ansatte i helsevesenet i USA enn i Canada når det kontrolleres for folketall.

Ved asymmetrisk informasjon om sykdomsrisiko er et argument for noen grad av pasientbetaling at lavrisikogruppen ikke er interessert i å subsidiere høyriskogruppen så mye at full forsikringsdekning oppnås. Et annet argument er at pasientbetaling gir et insitament til å forebygge sykdom for å redusere sykdomsrisiko og dermed risiko for utgifter til behandling. Et tredje argument er at pasientbetaling gir et insitament til å ta hensyn til kostnadene i valg av behandlingsmåte. I alle disse tilfellene er det en avveining mellom oppmuntring til å ta hensyn til helsetjenestenes kostnad og eksponering for finansiell risiko ved sykdom.

Det følger fra teorien at ikke alle informasjonsproblemer er like relevante i alle systemer. For eksempel er ikke informasjonsasymmetri mellom forsikringsselskap og kunde noe problem i offentlig obligatorisk forsikring siden alle personer uansett er dekket. Informasjonsasymmetri er samtidig et problem også i offentlig obligatorisk forsikring når det gjelder både ex ante (manglende insitament til sykdomsforebygging) og ex post moral hazard.

3.3 Forholdet mellom forsikringsselskap og tjenesteyter

3.3.1 Risikonøytral tjenesteyter

Vi skal nå se nærmere på konsekvenser av ulikhetene i informasjonstilgang mellom forsikringsselskap og helsetjenesteyter. Framstillingen her er inspirert av Zweifel, Breyer og Kifmann (2009, kapittel 10). Tankegangen er at måten en tjenesteyter blir betalt på, vil påvirke både kvaliteten på arbeidet, hvordan arbeidstiden blir fordelt mellom ulike aktiviteter og hvor mye hun eller han anstrenger seg. Vi antar at forsikringsselskapet er opptatt av at differansen mellom helseforbedringene en behandling medfører (verdsatt i penger) og hva forsikringsselskapet betaler tjenesteyteren, blir størst mulig. Forsikringsselskapets kostnad er tjenesteyterens inntekt. Tjenesteyteren antas å være opptatt av at differansen mellom inntekten, kostnaden knyttet til innkjøp av varer og tjenester og tjenesteyterens egne anstrengelser blir størst mulig. Kostnaden antas å være usikker i den forstand at man på forhånd ikke vet nøyaktig hvor mye det vil koste å behandle en pasient. Det kan for eksempel oppstå komplikasjoner under behandlingen man ikke kunne forutsi før behandlingen startet. Tjenesteyterens anstrengelser bidrar til at kostnadene blir mindre. Tjenesteyteren må oppnå et minste forventet nyttenivå (reservasjonsnytte) for å være villig til å utføre oppgaven. Oppnår han ikke dette minste nivå,

vil han heller bruke tiden til noe annet. Forsikringsselskapet kan anslå dette minstenivået ut fra observasjoner av andre muligheter tjenesteyteren har i markedet. Forsikringsselskapet vil betale tjenesteyteren slik at han oppnår dette minstenivået og ikke mer. Dersom forsikringsselskapet kan observere tjenesteyterens anstrengelser, kan forsikringsselskapet regne ut hvor mye tjenesteyteren må ha betalt for at selskapets måloppnåelse blir best mulig samtidig som tjenesteyteren oppnår sin minimumsnytte. La oss først anta at tjenesteyteren er risikonøytral¹⁰. Forsikringsselskapet vil da fastsette en fast betaling som betinger et nivå på tjenesteyterens anstrengelser som er slik at på marginen skal tjenesteyterens nyttetap av anstrengelser akkurat være lik reduksjonen i kostnader som anstrengelsen medfører. At forsikringsselskapet betaler tjenesteyteren en fast sum, vil også innebære at tjenesteyteren må bære risikoen for at behandlingskostnadene blir større enn forventet.

3.3.2 Risikoovers tjenesteyter

Ikke alle tjenesteytere vil være risikonøytrale. Spesielt for små virksomheter vil det å få en pasient som i løpet av behandlingen viser seg å bli svært dyr å behandle, kunne få alvorlige følger for virksomhetens økonomi. De vil derfor kreve en betydelig kompensasjon for å påta seg denne kostnadsrisikoen. For forsikringsselskapet, som har mange tjenesteytere å utligne kostnadsrisikoen på, vil det være en bedre løsning å kompensere tjenesteyteren for de faktisk påløpte kostnadene mot at tjenesteyteren anstrenger seg for å begrense kostnadene. Siden forsikringsselskapet per definisjon er risikonøytralt, vil forsikringsselskapet da oppnå større måloppnåelse gjennom mindre samlede utbetalinger til tjenesteyteren.

I praksis vil ikke forsikringsselskapet kunne observere tjenesteyterens anstrengelser. Det må derfor så godt som mulig utforme en betalingsordning som oppmuntrer tjenesteyterens til å

¹⁰ At kostnadene er usikre, kan sammenlignes med at tjenesteyteren deltar i et lotteri der han vinner hvis kostnadene blir små og taper hvis kostnadene blir store. Sikkerhetsekivalenten er definert som det faste beløpet tjenesteyteren må ha for at han skal anse deltakelsen i dette lotteriet som like bra som å motta et fast beløp uavhengig av hva kostnadene er. At tjenesteyteren er risikonøytral innebærer at han ikke krever noen kompensasjon for at kostnadene er usikre. Dette innebærer at hans forventede inntekt av å delta i lotteriet er det samme som den faste inntekten han vil ha ved konstante kostnader. Ved risikooversjon vil han derimot kreve kompensasjon slik at det faste beløpet han krever ved usikre kostnader (sikkerhetsekivalenten), er større enn beløpet han krever ved konstante kostnader.

yte optimalt uten at ytelsen kan observeres (i alle fall vil ikke observasjonene være tilstrekkelige presise til å få rettens medhold i en sak om kontraktsbrudd). Dersom de påløpte kostnadene kompenseres fullt ut i dette tilfellet, vil tjenesteyteren anstrenge seg minst mulig siden det er forsikringsselskapet som får hele gevinsten av anstrengelsene i form av reduserte kostnader. På den annen side hvis forsikringsselskapet gir tjenesteyteren en fast kompensasjon uavhengig av de faktiske kostnadene vil den risikoaverse tjenesteyteren yte optimale anstrengelser, men samtidig kreve kompensasjon for å være villig til å påta seg den finansielle risikoen. Vi har da at den optimale kostnadskompensasjonen vil bli bestemt ved en avveining av store kostnader på grunn av lite effektiv tjenesteyter og store kostnader på grunn av at tjenesteyteren krever risikokompensasjon. Generelt kan vi si at tjenesteyteren skal kompenseres i noen grad for de påløpte kostnadene, men ikke fullt ut.

3.3.3 Forsikringsselskapet kjenner ikke pasientsammensetningen

Hittil har vi resonert som om alle pasienter er like, eventuelt at forsikringsselskapet har samme informasjon om pasientsammensetningen som det tjenesteyteren har. I praksis vil imidlertid tjenesteyteren ha mer informasjon om pasientsammensetningen enn det forsikringsselskapet har (eller er i stand til å verifisere). Ved å tilby tjenesteyteren en fast pris per behandling, vil tjenesteyteren fortsatt være motivert til å yte optimal innsats. Hvis forsikringsselskapet skal betale tjenesteyteren en fast pris og være sikker på at tjenesteyteren aksepterer kontrakten, må den faste prisen være stor nok til å dekke kostnadene til å behandle den dyreste pasientgruppen. Dette blir dyrt for forsikringsselskapet siden tjenesteyteren vil motta en betydelig informasjonsgevinst (informasjon rent). Ved å kompensere tjenesteyteren for deler av kostnadene, reduserer tjenesteyteren sine anstrengelser og dermed øker kostnadene. Dette vil samtidig medføre at tjenesteyterens informasjonsgevinst reduseres (forsikringsselskapet tar en del av den). Det gjør samtidig også tjenesteyterens anstrengelser. Det kan vises at det i dette tilfellet vil være optimalt med en viss (men ikke fullstendig) kostnadskompensasjon. Kostnadskompensasjon skal utgjøre en større andel av den samlede kompensasjonen jo større variasjon det er i kostnader mellom pasientgrupper og jo mindre tjenesteyteren reduserer sine anstrengelser som resultat av økning i kostnadskompensasjonen.

3.3.4 Forsikringssselskapet kjenner ikke behandlingskvaliteten

Så langt er det antatt at kvaliteten på behandlingen er uavhengig av tjenesteyterens anstrengelser. Mer realistisk er det at tjenesteyterens anstrengelser vil forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen samtidig som forsikringssselskapets betalingsvillighet for en behandling øker med behandlingens kvalitet. Dersom behandlingskvaliteten er observerbar og dokumenterbar for forsikringssselskapet, kan kvalitetsnivå inngå i kontrakten med tjenesteyteren. For øvrig vil resonnementene i avsnittene over være gyldige.

Men behandlingskvalitet kan sjelden dokumenteres fullt ut av forsikringssselskapet. Den optimale betalingsmåten vil da avhenge av tjenesteyterens preferanser for behandlingskvalitet. Det vil være to komponenter. På den ene siden vil høy behandlingskvalitet innebære anstrengelser som verdsettes negativt av tjenesteyteren. På den annen side vil profesjonelle yrkesutøvere verdsette behandlingskvalitet positivt både fordi de er (selv)selektert inn i profesjonen og fordi profesjonsetikk utgjør en sentral del av deres utdanning. Nettoeffekten av behandlingskvalitet på tjenesteyterens nytte vil avhenge av begge disse komponentene. Kanskje er det slik at den andre komponenten veier tyngre enn den første ved lave kvalitetsnivåer, mens det er omvendt for høye nivåer på kvaliteten¹¹. Dersom behandlingskvalitet verdsettes positivt av tjenesteyteren, vil det optimale betalingssystemet innebære noe kompensasjon for tjenesteyterens faktiske kostnader. Det vil innebære noe mindre kostnadsreducerende anstrengelser enn ved en fast pris. På den annen side vil oppmuntringen til å oppnå kostnadsreduksjoner gjennom kvalitetsreduksjoner være mindre siden tjenesteyteren bare får beholde en del av kostnadsreduksjonene. Den optimale kostnadskompensasjonen vil være en avveining mellom disse to hensynene.

Det er et viktig unntak. Hvis pasientene er i stand til å observere behandlingskvaliteten, kan forsikringssselskapet betale tjenesteyteren en fast pris per behandlet pasient (kombinert med en fast sum). Tankegangen er at tjenesteyterne da vil konkurrere om pasientene ved å tilby høy behandlingskvalitet. Den faste prisen kan justeres slik at optimal kvalitet sett fra forsikringssselskapets perspektiv oppnås.

¹¹ Dersom tjenesteyteren verdsetter nettoeffekten av behandlingskvalitet negativt, vil det ikke være mulig å oppmuntre til høy kvalitet ved hjelp av betalingsordningen. Dette poenget understreker betydningen av profesjonsetikk i helsesektoren.

3.3.5 Seleksjon av pasienter

Hittil har jeg resonnert som om at alle pasienter som er interessert i behandling, blir behandlet. Det kan imidlertid tenkes at tjenesteyterne vil prøve å selektene pasienter de forventer å tjene mye på (cream-skimming) og forsøke å unngå pasienter de forventer å tjene lite på (dumping). Et forbud trenger ikke være tilstrekkelig for å fjerne pasientseleksjonen. Tjenesteyterne vil ofte kunne innrette virksomheten på en måte som tiltrekker seg en pasientgruppe og skyver fra seg en annen. Et viktig spørsmål er derfor om betalingsordningen kan brukes til å forhindre pasientseleksjon. Dersom forsikringsselskapet vet like mye som tjenesteyteren om hvilke pasienter som tilhører hvilken pasientgruppe, kan prisen tjenesteyteren mottar for en behandling, avhenge av pasientgruppe og betalingsordningen trenger da ikke påvirke tjenesteyterens anstrengelser i ugunstig retning. Det kan i ettertid verifiseres at tjenesteyteren har sendt korrekt regning til forsikringsselskapet. Mer komplisert er det om forsikringsselskapet ikke fullt ut kan verifisere hvilke pasienter som tilhører hvilken pasientgruppe. Dersom forsikringsselskapet da fastsetter en pris som dekker kostnaden ved å behandle de mest krevende pasientene, vil alle de mest krevende pasientene bli behandlet. Samtidig er det mye å tjene på å behandle de lette pasientene. Det kan trekke i retning av at de lette pasientene blir overbehandlet i forhold til de prioriteringsregler forsikringsselskapet ønsker å følge. Hvis som en annen ytterlighet forsikringsselskapet betaler tjenesteyteren en fast pris som tilsvarer kostnadene ved å behandle den letteste pasientgruppen, vil de mest krevende pasientene bli avvist. I den ene ytterlighetene vil det dermed oppmuntres til å behandle for mange av de lette pasientene, mens det i den andre ytterligheten oppmuntres til ikke å behandle de krevende pasientene. Denne ubehagelige trade-off kan dempes dersom forsikringsselskapet kompenserer tjenesteyteren for en andel av de påløpte kostnadene. Det medfører at pasientseleksjon blir mindre lønnsom for tjenesteyteren. Samtidig medfører delvis kostnadskompensasjon at tjenesteyterens anstrengelser for å redusere kostnadene blir mindre. Delvis kostnadskompensasjon kan likevel være å foretrekke hvis det er viktig å unngå pasientseleksjon fra tjenesteyterens side.

3.3.6 Oppsummering av kompensasjon til tjenesteyter

Oppbygningen av denne delen så langt har vært å starte ut enkelt med å anta at forsikringsselskapet har tilgang til samme type og omfang av informasjon som tjenesteyteren. Fullt kostnadsansvar til tjenesteyteren er å anbefale dersom tjenesteyteren

er risikonøytral, forsikringsselskapet har like mye informasjon som tjenesteyteren om pasientsammensetningen, forsikringsselskapet har like mye informasjon som tjenesteyteren om behandlingskvaliteten og forsikringsselskapet kan tilpasse betalingen etter hvor kostnadskrevende en pasient forventes å bli. Hvis en av disse betingelsene ikke er oppfylt, bør det være et element av kostnadskompensasjon i kontrakten mellom forsikringsselskap og tjenesteyter. Tjenesteyteren vil da anstrenge seg mindre for å redusere kostnadene, samtidig som forsikringsselskapet må betale mindre i kompensasjon for at tjenesteyteren påtar seg kostnadsrisikoen, fristelsene blir mindre til å levere dårlig kvalitet samtidig som motivene til å selektere pasienter blir mindre. Generelt kan vi si at jo mer ulikt fordelt informasjonen er mellom tjenesteyter og forsikringsselskap, jo sterkere er argumentene for (delvis) kostnadskompensasjon

Det er grunn til å tro at over tid vil forsikringsselskapet kunne innhente mer informasjon om tjenesteyteren basert på erfaringer. Langsiktige kontrakter kan derfor gi et grunnlag for å overføre mer kostnadsrisiko til tjenesteyterne. Sammenligning av kostnader og behandlingsresultater mellom flere tjenesteytere kan også være en måte forsikringsselskapet kan skaffe seg mer informasjon på. Dette kommer jeg tilbake til i del 5.

I resonnementene har det ikke blitt presisert om tjenesteyteren antas å være profittorientert (for profit), privat ideell (non profit) eller offentlig eid og drevet. Denne distinksjonen kan være viktig for forsikringsselskapets muligheter for å ha innsyn i tjenesteyterens virksomhet. Dersom både forsikringsselskapet og tjenesteyteren er en del av offentlig sektor, vil for eksempel de formelle mulighetene for innsyn i virksomheten være gode. På den annen side har resonnementene i denne delen av notatet noe generelt ved seg. Uavhengig av om tjenesteyteren er profittorientert eller ikke, vil det være anstrengelser forbundet med kostnadsreducerende tiltak og kvalitetsforbedrende tiltak samtidig som forsikringsselskapet ikke fullt ut kan verifisere omfanget av slike tiltak.

I praksis inneholder mange kontrakter elementer av kostnadskompensasjon. I primærhelsetjenesten vil for eksempel et system med per capita betaling og listepasientsystem kunne oppfattes som et system der tjenesteyterne har fullt kostnadsansvar. Ofte er en slik betalingsordning kombinert med betaling for de tjenestene som leveres (fee-for-service). Dette kan oppfattes som en form for kostnadskompensasjon.

Jeg skal komme tilbake med en nærmere diskusjon av dette i del 4. Tilsvarende vil finansiering av sykehusene ofte også ha elementer av kostnadskompensasjon. For eksempel vil finansieringsordninger som er basert på varianter av pasientklassifiseringssystemer, ofte ha egne grupper for pasienter som gjennomgår omfattende prosedyrer i løpet av sykehusoppholdet eller der det oppstår komplikasjoner underveis.

4 Noen problemer i de nordiske systemene

I denne delen av rapporten vil jeg ta opp noen problemer i de nordiske helsesektorene. En kollektiv og offentlig finansiering er en sentral egenskap ved helsesektorene i alle de nordiske land. Jeg starter derfor med å beskrive og diskutere noen mulige trusler mot den kollektive finansieringen. Siden pasientbetalingene er små i helsesektoren, må andre mekanismer enn prismekanismen stå for rasjonering av helsetjenester. I avsnitt 4.2 diskuterer jeg spesielt ventetider og prioriteringer. I 4.3 tar jeg opp problemer i tilknytning til regulering av tjenesteytere og pasientstrømmer. Spesielt er jeg opptatt av de problemene som synes å være til stede i forbindelse med koordinering av tjenester for pasienter med omfattende og sammensatte behov. Jeg diskuterer også problemer og muligheter i forbindelse med internasjonalisering av helsetjenester.

4.1 Trusler mot den kollektive finansieringen

Med utgangspunkt i del 3 kan de nordiske landenes valg av obligatoriske helseforsikringsordninger med kollektiv finansiering gis en økonomisk begrunnelse. Ved asymmetrisk informasjon om sykdomsrisiko vil en kollektiv forsikringsordning være et korrektiv for markedsfeil og kunne innebære en forbedring både for grupper med liten og stor sykdomsrisiko¹². Valget kan gis en begrunnelse med utgangspunkt i medianvelgerens interesser og usikkerhet om framtidig sykdomsrisiko dersom variasjonen i befolkningens sykdomsrisiko er allment kjent. Eksistensen av helsebetinget altruisme vil i begge tilfeller gjøre de kollektive forsikringsordninger mer robuste. De nordiske helsesystemene innebærer en betydelig subsidiering mellom risikogrupper og inntektsgrupper uansett begrunnelse. Fra modellresonnementene i del 3 følger at en kollektiv finansiering blir vanskeligere å opprettholde jo større variasjon det er i sykdomsrisiko, jo større andel av befolkningen som har høy risiko for sykdom og jo mer kostbar diagnostikk og behandling av sykdom blir. Endringer i befolknings sammensetning, livsstil og teknologi en ser for seg framover, kan gjennom mekanismer som ble omtalt i del 3 medføre trusler mot omfanget av den kollektive finansiering. Eksempler på slike endringer er:

¹² Som beskrevet i del 3, betinger dette at høyrisiko gruppen ikke er for stor og at det ikke er for stor variasjon i befolkningen i holdning til risiko.

- Økende andel eldre
- Kostbare nye behandlinger
- Økt forekomst av kroniske sykdommer knyttet til livsstil
- Utvikling i helseulikheter mer generelt i Norden

Jeg skal nå diskutere mulige konsekvenser av slike endringer nærmere.

4.1.1 Befolkningens alderssammensetning

Det vil skje en betydelig aldring av befolkningen i de nordiske landene i årene framover. Dette har både sammenheng med at folk lever lenger enn før og at de store etterkrigskullene begynner å bli gamle. Framskrivningene vil avhenge av størrelse og sammensetning av netto innvandring. Samtidig vil ikke forutsetninger om innvandring som synes rimelige i dag, kunne forhindre en betydelig økning i andelen eldre i befolkningen. Framskrivninger fra Danmarks Statistik viser at antallet eldre over 80 år som andel av befolkningen vil vokse fra 4,2 % i 2010 til 9,2 % i 2050. For Sverige viser framskrivningene fra Statistiska Centralbyrån at tilsvarende andel vil vokse fra 5,3 prosent til 8,8 prosent. I Norge øker andelen fra 4,5 % til 8,4 % i følge Statistisk Sentralbyrås middelalternativ. I Finland viser framskrivningen fra Statistikcentralen at andelen av befolkningen over 80 år vil vokse fra 4,8 prosent i dag til 11,9 prosent i 2050.

Det er således forventet en betydelig økning i den eldre andelen av befolkningen. Fra et finansieringsperspektiv er spørsmålet hvordan denne økningen kan forventes å påvirke andelen av befolkningen med høy sykdomsrisiko og helseutgifter. Her er det viktig å skille mellom effektene som følger av at folk lever lengre enn før og at det blir flere eldre.

Siden andelen eldre i befolkningen blir større og siden sykkeligheten for en alderskohort øker med alderen, kan vi uten videre si at andelen av befolkningen med stor sykdomsrisiko vil øke. Det trekker i retning av at bidraget fra lavrisikogrupperne må øke og ulikheten (3) i del 3 blir vanskeligere å oppfylle.

Ifølge Oeppen og Vaupel (2002) har forventet levealder den senere tid vokst med tre måneder per år i de landene der levealderen øker mest, inkludert i Norden. At levealderen i befolkningen øker i en alderskohort i forhold til den forrige, trenger derimot ikke å bety større sykkelighet og ressursbruk i helsesektoren. I den forbindelse er det sentralt å skille

mellom sunn og usunn aldring (De Økonomiske Råd, 2009). Sunn aldring innebærer at behovet for helsetjenester utsettes ettersom levetiden øker. Det blir dermed i større grad tiden fram til død enn levealder som påvirker helsetjenesteutgiftene. Det siste leveåret er da kostnadskrevende uavhengig av når det inntreffer. Med usunn aldring vil det med den økte levealderen følge en lengre periode med skrantende helse og behov for helsetjenester. Med et slikt forløp vil økt levealder innebære mer bruk av helsetjenester. Werblow, Felder and Zweifel (2007) presenterer en oppdatert analyse basert på data fra Sveits og viser at bruk av helsetjenester synes i overveiende grad å være bestemt av tid fram til død, mens bruken av omsorgstjenester har en selvstendig alderkomponent. Disse resultatene støttes av analyser av Nederlandske data på mer detaljert sykdomsnivå. Wong et al (2011) finner at den positive sammenhengen mellom sykehuskostnader og tid til død er til stede for de fleste sykdommer og i sær for kreftsykdom. De finner at pasientenes alder også har betydning, men effektens størrelse er liten i forhold til effekten av tid til død. Analyser fra Danmark (De Økonomiske Råd, 2009) som finner at kostnadene til helsetjenester mer bestemmes av tid til død enn av alder, støtter resultatene av analyser fra andre land. De finner også at dette gjelder for bruken av omsorgstjenester.

Lindgren og Lyttkens (2010) presenterer resultater fra den svenske simuleringsmodellen SESIM. De er opptatt av hvordan økningen i andelen eldre i befolkningen påvirker omfanget av sykehusinnleggelsesdager fram mot år 2040. I basisalternativet er det økning i levealderen samtidig som helsetilstanden avtar med kalendertiden. De finner at antallet sykehusinnleggelsesdager øker med 70 prosent for aldersgruppen over 65 år fra 2000 – 2040. I et alternativt scenario antar de at helsetilstanden for de gamle blir bedre over tid. Samtidig som bedre helse vil redusere sykehusforbruket for den enkelte på ethvert tidspunkt, vil bedre helse også medføre at flere overlever til høy alder med større sannsynlighet for sykehusforbruk. Forfatterne konkluderer med at nettovirkningen heller er en økning enn en reduksjon i sykehusforbruket sammenliknet med basis scenariet. SESIM-modellen er også utgangspunktet for beregningene i det svenske socialdepartementets LEV-prosjektet (Socialdepartementet, 2010). Middellevetiden for en 65-åring antas her å øke med 2,6 år fram mot 2050. Det er tre alternativer for om dette blir friske år eller år med sykdom. I alternativ 1 tas hele den økte levetiden ut i økt tid med sykdom. I alternativ 2 er antall år med sykdom uendret, men skyves ut i tid. I alternativ 3 reduseres det samlede antallet år

med sykdom. Kostnadene i helsesektoren beregnes å øke med 26 - 30 prosent i perioden 2010–2050 på grunn av demografiske endringer. Når det tas hensyn til en forventet økning i bruttonasjonalproduktet i perioden, beregnes helsetjenestekostnadenes andel av BNP å bli redusert fra 9,7 prosent i 2010 til 8,7 – 8,8 prosent i 2050. Betydningen av de tre sykdomsalternativene er beskjeden. Økningen i utgiftene til eldreomsorg som andel av BNP beregnes å øke fra 3,2 prosent i 2010 til 4,2–4,5 prosent i 2050. Rapporten vektlegger hvordan helsefremmende arbeid og produktivitetsendringer kan bidra til å redusere finansieringsproblemene.

At økningen av andelen eldre i befolkningen har en håndterbar effekt for den offentlige finansiering av helsesektoren, er også konklusjonen i SOU 2008:105, Borg (2009) og Sveriges Kommuner och Landsting (2010). Denne konklusjonen er betinget av en uforandret standard på tjenestene.

Selv om den økende andel eldre anses som håndterbar, vil den likevel innebære større overføringer fra befolkningen med liten sykdomsrisiko (de yrkesaktive) til befolkningen med større sykdomsrisiko (de gamle). Fra modellresonnementene i del 3 sluttet jeg at en økning i andelen av befolkningen med stor sykdomsrisiko gjør kollektiv finansiering vanskeligere å få til. En økning i andelen gamle i befolkningen kan derfor bidra til å sette den kollektive finansieringsordningen under press. Det er to (sammenhengende) momenter som vil bidra til å moderere denne effekten. Det ene momentet er at de unge vil hjelpe sin foreldregenerasjon. Det andre momentet er at de unge vil være et eksempel for sine egne barn i håp om at de vil opptre på samme måte når de selv blir gamle.

Samtidig som den kollektive finansieringen kommer under press, vil også realressursene bli påvirket ved at en større andel av befolkningen blir utenfor arbeidsstyrken samtidig som knapphet på helsepersonell trolig vil øke deres relative lønn for å tiltrekke mer arbeidskraft til sektoren.

4.1.2 Kroniske sykdommer knyttet til livsstil

Det har etter hvert blitt en stor litteratur om utvikling av kroniske sykdommer som har sammenheng med livsstil og spesielt økende vekt i befolkningene. OECD (2010) gjennomgår oppdatert kunnskap om omfanget av overvekt (Body Mass Index¹³ (BMI)≥30) og fedme

¹³ Body Mass Index er vekt i kilo dividert med kvadrert høyde i meter.

(BMI \geq 25) samt økonomiske og helsemessige konsekvenser. ESO har nylig utgitt en rapport om temaet, der Andersson og Fransson (2011) beskriver og drøfter forekomst av og bakgrunn for fedme, konsekvenser av fedme, samt motiver for og mulige typer av offentlige inngrep mot fedme.

Tall fra databasen til World Health Organization illustrerer utviklingen¹⁴. I følge denne databasen var andelen av menn med fedme (overvekt) i 2006 i USA 33,5 prosent (72 prosent), mens tilsvarende tall i 1990 var 12 prosent (60 prosent). De nordiske landene har et stykke igjen til dette nivået, men også her er andelene økende.

Tabell 6 Andel i prosent med fedme (BMI \geq 30)

	Danmark		Finland		Norge		Sverige	
		2006	1996	2008	1991	2008	1989	2009
Kvinner		11,0 ^a	10,4 ^b	16,0 ^a	8,4 ^a	8,0 ^a	5,6 ^a	12,0 ^a
Menn		11,8 ^a	10,9 ^a	15,4 ^a	8,7 ^b	11,0 ^a	5,2 ^a	13,0 ^a

a. Survey uten fysisk undersøkelse

b. Fysisk undersøkelse

Tabell 7 Andel i prosent med overvekt (BMI \geq 25)

	Danmark		Finland		Norge		Sverige	
		2006	1996	2008	1994	2008	1989	2009
Kvinner		37,4 ^a	32,0 ^a	43,6 ^a	25,7 ^a	35,0 ^a	27,9 ^a	39,0 ^a
Menn		48,6 ^a	47,0 ^a	55,8 ^a	41,5 ^a	54,0 ^a	38,2 ^a	54,0 ^a

a. Survey uten fysisk undersøkelse

b. Fysisk undersøkelse

¹⁴ WHO Global Database on Body Mass Index (BMI): <http://apps.who.int/bmi>

Tabellene 6 og 7 viser utviklingen i andelen voksne med henholdsvis fedme og overvekt fra rundt 1990 og til siste år for tilgjengelige data. Vi ser at det er betydelig økning både i fedme og overvekt blant både menn og kvinner i perioden.

OECD (2010) refererer og diskuterer forskningslitteraturen om konsekvenser av fedme på forventet levealder, sykdom og bruk av helsetjenester. Det argumenteres for at dødeligheten øker bratt med BMI for overvektige. Levetiden for en person med BMI mellom 30 og 35 forventes å være to til fire år kortere enn for en person med normal BMI. Reduksjonen i levetid for en person med BMI i området 40 til 45 er åtte til ti år. Denne beskrivelsen samsvarer godt med resultatene i Waaler (1984). Han sammenligner det å være overvektig med å legge år til sin alder. Han finner for eksempel fra norske data at en 50-54 år gammel mann som er 175 cm høy og veier 94,8 kg istedenfor den vekt som maksimerer levetiden (79 kg), har en dødelighet som om han var tre år eldre.

Det er en opphopning av bruk av helsetjenester i siste leveår. Høyere dødelighet vil innebære at siste leveår kommer tidligere. Det er samtidig ikke klart at høy dødelighet i seg selv vil medføre mer bruk av helsetjenester.

Når fedme likevel ser ut til å medføre mer bruk av helsetjenester, har det særlig sammenheng med forekomst av kroniske sykdommer. Persson og Ödegaard (2011) refererer resultater fra egne og andres studier av svenske data som viser positiv sammenheng mellom fedme og helsetjenestekostnader. OECD (2010) refererer studier som viser at funksjonsnedsettelse blant personer med fedme er mer enn dobbelt så vanlig som blant personer med normal vekt. Det argumenteres likeledes for at en person med fedme vil bruke 25 prosent mer helsetjenester enn en person med normal vekt. Lkdawalla et al. (2005) viser med data fra US Medicare at en person med fedme som har nådd 70 år, har et forventet helsetjenesteforbruk som er 20 prosent større enn en person med normal vekt.

Bhattacharya og Sood (2011) finner med utgangspunkt i resultater fra en mikrosimuleringsmodell og data fra USA at de samlede helsetjenestekostnadene over livet er større for overvektige enn for de med normal vekt, men forskjellene blir mindre med alderen. De diskuterer deretter om de med normal vekt subsidierer de overvektige i helseforsikringene som betales av arbeidsgiver i USA. Selv om forsikringspremien er uavhengig av sykdomsrisiko, finner de at overvektige som arbeider i bedrifter som tilbyr

helsetjenesteforsikring, har lavere lønn enn ansatte med normalvekt når det korrigeres for andre variable. Forfatterne slutter dermed at det ikke foregår noen slik subsidiering. Man kan også tenke seg at helseforsikring gjør folk mindre forsiktige med hva de spiser siden forsikringsselskapet vil betale for framtidige helsetjenestekostnader (ex ante moral hazard). Bhattacharya og Sood (2011) refererer her til empiriske studier som viser motstridende resultater og slutter at dette er et uavklart spørsmål.

Siden helseforsikringen i Norden er offentlig organisert og finansiert, vil det ikke være samme insitament som i USA til at overvekt og kroniske sykdommer gir negativt utslag i lønn. Kroniske sykdommer vil uansett øke andelen i befolkningen med høy risiko for sykdom og bruk av helsetjenester. Delen av befolkningen med lav sykdomsrisiko må dermed subsidiere delen av befolkningen med høy sykdomsrisiko mer enn før. Andersson og Fransson (2011) antyder at de samlede kostnadene forbundet med helsetjenester og produksjonsbortfall på grunn av fedme kan komme til å øke med mellom 40 prosent og 80 prosent fram til år 2020. I tråd med tankegangen i del 3 vil dette innebære en trussel mot kollektiv finansiering av helsesektoren. Kanskje er det også slik at den helsebetingede altruisme i befolkningen er mindre til stede når det gjelder sykdommer som i befolkningen oppfattes som å ha sammenheng med individuell livsstil.

4.1.3 Standardforbedringer: Kostbare nye behandlinger

Ny medisinsk teknologi bidrar til å forbedre helserelatert livskvalitet og forlenge levetid. I noen tilfeller bidrar ny teknologi til at kostnadene blir mindre. Et viktig eksempel er utvikling av teknologi innenfor anestesi og mindre invasiv kirurgi som bidrar til forkortelse av liggetid i sykehus og overgang fra behandling ved hjelp av innleggelse til dagbehandling. Ny teknologi som både bidrar til mindre ressursbruk og bedre helse, er uproblematisk i den forstand at den ikke stiller oss overfor vanskelige valg når det gjelder ressursanvendelse. Tvert om frigjøres ressurser til andre anvendelser i helsesektoren eller i samfunnet for øvrig. Det argumenteres ofte for at sykdomsforebyggende tiltak er av denne typen som vil bedre befolkningens helse og samtidig bidra til mindre kostnader i helsesektoren for øvrig. Her er imidlertid dokumentasjonen mangelfull og peker generelt ikke i retning av reduserte kostnader (se for eksempel Russel, 2009). Persson (2010) omtaler samtidig introduksjonen av et sykdomshåndteringsprogram (Disease Management Program) for pasienter med

kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) som et eksempel på et tiltak hvor reduksjonen i sykehuskostnadene mer enn oppveier kostnadene til programmet.

Teknologi som reduserer behandlingskostnadene for noen pasientgrupper, kan samtidig bidra til å øke de samlede behandlingskostnadene dersom pasienter som ikke ble tilbudt behandling tidligere, nå blir behandlet (behandlingsgrensene utvides). Utvikling av anestesi og kirurgi gjør at gamle mennesker som tidligere ikke fikk behandling, nå blir operert. Ny medikamentell behandling av depresjoner, kan bidra til mindre behandlingskostnader for noen pasienter samtidig som behandlingskostnadene for hele gruppen av pasienter gjerne kan bli blitt større fordi mange pasienter ikke ble behandlet tidligere. I en oversikt over nyere studier på området anslår Anell (2010, side 18) at mellom 27 og 48 prosent av økningen i helsetjenestekostnader i perioden 1960–2007 har sin bakgrunn i utviklingen av ny teknologi.

Nye teknologier som både forbedrer helsen og koster mer i forhold til nåværende teknologier, stiller samfunnet overfor vanskelige avveininger. Persson (2010) utdyper denne problemstillingen og bruker som eksempler introduksjon av biologiske legemidler (TNF-hemmere) til behandling av revmatoid artritt og medikamentell behandling av pasienter med generell kolorektal kreft. Cutler and McClellan (2001), Cutler (2004) og Murphy and Topel (2006) argumenterer alle for at velferdsgevinstene knyttet til ressursbruken i helsesektoren har vært meget store og at det er grunn til å tro at dette vil fortsette. Cutler (2004) bidrar med beregninger innenfor behandling av sykdommer som hjertesykdom og depresjon, og viser at betalingsvilligheten for behandling innenfor disse områdene har vært langt større enn kostnadene. Betalingsvilligheten for behandling vil avhenge av den generelle verdsetting man gjør av liv og forbedringer i livskvalitet. Cutler and McClellan (2001) verdsetter et leveår uten sykdom til USD 100 000. De argumenterer samtidig for at resultatene er ganske robuste overfor variasjon i verdsettingen av et leveår. Samtidig er det grunn til å tro at vår betalingsvillighet for helseforbedringer øker med vår velstand siden helse blir knappere relativt til det masseproduserte konsumet.

I modellen i kapittel 3 er det medianvelgeren som tar stilling til omfanget av helsesektoren. Det kan da vises at økte kostnader i helsesektoren relativt til andre sektorer trekker i retning av et ønske om mindre realressurser til helsesektoren, mens et positivt skift i funksjonen

som omdanner helsetjenester til helse bidrar til et ønske om mer realressurser til helsesektoren. Ved introduksjon av ny og kostnadsøkende teknologi blir det dermed et spørsmål om hvilken av disse to effektene som veier tyngst. Merk samtidig at dette betinger at medianvelgeren vet at de økte offentlige ressursene går til helse. At den offentlige finansieringen i Norden er mer generell, vil forsterke problemene med å finansiere ny medisinsk teknologi.

Utviklingen i medisinsk teknologi vil innebære en standardforbedring i form av større helseutbytte av behandlingene. Både SOU 2008:105, Borg (2009) og Sveriges Kommuner och Landsting (2010) uttrykker bekymring for mulighetene til å finansiere standardforbedring over offentlige budsjetter. Deres beregninger viser at med uforandrede skattesatser er det bare rom for å finansiere de økte utgiftene på grunn av en økende andel eldre i befolkningen. Sveriges Kommuner och Landsting (2010) sin beregningsmodell viser at en prosent standardforbedring per år vil medføre at skattesatsen for kommuner og landsting blir 53 prosent i 2035.

4.1.4 Utvikling i ulikhet i helse

Det er vel kjent at det er sosiale ulikheter i helse også i de nordiske landene. I denne delen av rapporten som omhandler trusler mot den kollektive finansieringen av helsesektoren, har det særlig interesse å vurdere om de sosiale ulikhetene i helse blir større over tid. Nyere undersøkelser kan tyde på at det skjer.

Den svenske Folkhälsorapport (2009) beskriver utviklingen 1986-2007 i middellevetid for kvinner og menn ved 30-årsalder. Middellevetiden har økt for alle grupper, men mer for de med høy utdanning enn for de med lav utdanning. Forskjellen i gjenstående levetid mellom kvinner med grunnskole og kvinner med ettergymnasial utdanning økte fra 2 år til 4,5 år. For menn var tilsvarende utvikling fra 3,4 år til 4,9 år.

Baadsgaard og Brønnum-Hansen (2011) beskriver tilsvarende resultater for Danmark. Mens den forventede restlevetiden for den fjerdedelen av 30-årige menn med lavest utdanning har steget med 2,9 år fra 1987 til 2009, har økningen vært 4,7 år for den fjerdedelen av menn med lengst utdanning. Tilsvarende tall for kvinner er 1,8 år og 3,1 år. Forfatterne finner også at de inntektsavhengige forskjellene i dødelighet har økt i perioden.

Også fra Norge er det tilsvarende resultater. Strand et al. (2010) undersøker utviklingen i sykdomsspesifikke dødelighetstall for aldersgruppen 45-64 år perioden 1960 – 1990. De finner at dødeligheten reduseres i alle utdanningsgrupper. De finner også at forskjellen i dødelighet avhengig av utdanningens lengde øker for både kvinner og menn. Den absolutte forskjellen i dødelighet mellom gruppen med høyest utdanning og lavest utdanning ble doblet for menn og økte med en tredel for kvinner. For menn var den økte forskjellen særlig knyttet til hjertekarsykdommer, lungekreft og kroniske sykdommer i nedre luftveier. For kvinner er den økte forskjellen knyttet til lungekreft og kroniske sykdommer i nedre luftveier.

Samtidig som forskjeller i levetid og dødelighet mellom de med høy utdanning og lav utdanning har blitt større, har andelen i samfunnet med høy utdanning økt. Det vil trolig i større grad nå enn før være en seleksjon inn i gruppen med lav utdanning.

Mens forskjellene i levetid og dødelighet har økt, ser ikke forskjellene i selvopplevd helse ut til å ha økt i samme grad. Kunst et al. (2005) undersøker utviklingen i selvopplevde helse i ti europeiske land (herunder Danmark, Finland, Norge og Sverige) fra 1980-årene til 1990-årene. Det benyttes representative nasjonale survey-data. Andel som oppgir dårligere helse enn "God" blir sammenlignet mellom utdanningsgrupper. De finner ingen tegn på at den utdanningsavhengige ulikheten i selvopplevd helse blir større i Norden.

Jeg kjenner ikke til studier som viser hvilken sammenheng det er mellom de økte ulikhetene i helse og eventuelle økte ulikheter i bruk av helsetjenester over livet. På den ene side er det trolig mer behandlingskrevende kronisk sykdom i gruppen med lav utdanning enn i gruppen med høy utdanning. På den annen side lever gruppen med lav utdanning kortere. Det er derfor uklart om disse økte ulikhetene i helse er noen trussel mot den kollektive finansiering som er perspektivet i denne delen av rapporten.

4.2 Rasjonering og prioritering

4.2.1 Generelt om rasjonering i helsesektoren

Ressursbruk i helsesektoren konkurrerer med ressursbruk i andre sektorer. Det må derfor være en eller flere mekanismer som bidrar til å begrense ressursbruken. I mange andre

sektorer spiller prismekanismen en viktig rolle i å begrense ressursbruken. I helsesektoren medfører kollektiv helseforsikring at samfunnet implisitt har valgt at prismekanismen gjennom pasientbetalinger generelt skal spille en underordnet rolle i å begrense ressursbruken i sektoren. Dette trenger imidlertid ikke å gjelde for alle typer av helsetjenester. Tinghög, Carlsson og Lyttkens (2010) undersøker egenskaper ved de helsetjenestene som egner seg for privat betaling og dermed for bruk av prismekanismen. De anbefaler at følgende betingelser bør være til stede for at prismekanismen skal være velegnet for helsetjenester: (i) Pasienten bør være i stand til å vurdere behov og kvalitet, (ii) pasienten er autonom, (iii) det er ubetydelige positive eksternaliteter, (iv) etterspørselen er stor nok til å etablere et privat marked, (v) betalingene skal være innen rekkevidde for de fleste, og (vi) det bør ikke være grunnleggende helsetjenester.

For helsetjenester generelt vil små pasientbetalinger medføre at pasientene (og legen som pasientens representant) vil etterspørre helsetjenester til de marginale helsegevinstene er mindre enn de marginale kostnadene ved å yte dem. Prismekanismen oppfyller dermed ikke sin rolle i allokering av samfunnets ressurser. Samfunnsøkonomiske hensyn i ressursbruken vil da kreve en direkte rasjonering (non-price rationing) utover den begrensede indirekte rasjonering som foregår ved hjelp av prismekanismen. Med direkte rasjonering mener jeg rasjonering fra tilbudssiden for å begrense ressursbruken i sektoren. I denne delen vil jeg diskutere egenskaper ved noen slike direkte rasjoneringsmekanismer i helsesektoren og hvordan disse mekanismene brukes i nordiske land. Aktuelle mekanismer i tillegg til prismekanismen er:

- Ventetider før behandling finner sted
- Tjenesteytneres egenbetaling (provider cost-sharing). Med dette menes at tjenesteytneres (for eksempel sykehusene) ikke fullt ut får dekket kostnadene ved å gjennomføre alle behandlinger som etterspørres. I nordiske land vil ikke sykehusene kunne presentere en regning for medgåtte utgifter til den som finansierer sykehusene. Det er dermed ikke full kostnadskompensasjon, slik dette ble definert i del 3 av denne rapporten. Finansieringsordningene innebærer kostnadsansvar for sykehusene ved ulike kombinasjoner av fast budsjett og betaling avhengig av type behandling til faste priser. Generelt vil inntektene være mindre enn utgiftene dersom hele etterspørselen skal dekkes med lite eller ingen pasientbetaling. Tjenesteyterne

blir dermed tvunget til å rasjonere tjenestene mellom pasientene hvis kostnadene skal dekkes inn av inntektene. I den helseøkonomiske litteraturen kalles dette for tjenesteytneres egenbetaling (provider cost-sharing)¹⁵.

- Retningslinjer utarbeidet og fastsatt av myndighetene for prioritering¹⁶ av behandlinger. Slike retningslinjer vil legge føringer på den rasjonering som utføres av tjenesteyterne. En mindre detaljert form for eksplisitte rasjoneringskriterier vil være såkalte Clinical Guidelines.
- Primærlegen som portvakt (gatekeeper). I dette tilfellet er tanken at primærlegen overtar noe av rasjoneringsfunksjonen fra spesialisthelsetjenesten ved at noen pasienter som ellers ville oppsøkt spesialisthelsetjenesten direkte, nå ikke blir henvist fra primærlegen.

I del 5 vil jeg drøfte disse rasjoneringsmekanismene opp mot optimalt omfang og sammensetning av pasientbetaling. Et viktig spørsmål er hvilken veiledning normativ økonomisk teori kan gi med hensyn til optimal sammensetning av rasjoneringsmekanismer.

Ventetider som likevektsskapende rasjoneringsmekanisme forutsetter at etterspørselen etter helsetjenester blir mindre når ventetiden øker / og eller at tilbudet av helsetjenester øker når ventetiden øker. Grunner til at etterspørselen blir mindre når ventetiden øker, kan være: noen dør i ventetiden, noen pasienter blir friske av seg selv i ventetiden, noen får alternativ behandling i det offentlige, noen søker behandling i den private helsesektoren enten ved å betale selv eller ved hjelp av privat forsikring. Grunner til at tilbudet blir større, kan være at behandlerne anstrenger seg mer siden de bryr seg om pasientenes helse. Det kan også være formelle eller uformelle straffereaksjoner overfor tilbydere med lange ventetider (Propper et al., 2008).

¹⁵ Se for eksempel Ellis and McGuire (1993).

¹⁶ Distinksjonen mellom rasjonering og prioritering er ikke skarp. Jeg bruker begrepet prioritering som en undergruppe av det mer generelle rasjonering. Prioritering innebærer eksplisitte regler som offentlige myndigheter utarbeider, for å påvirke hvilke grupper av pasienter som skal bli tilbudt hvilken behandling til hvilken tid i det offentlig finansierte helsevesen.

Mye arbeid har blitt gjort, særlig i Storbritannia, for å estimere hvordan etterspørselen etter og tilbudet av sykehusbehandling avhenger av ventetid¹⁷. Den engelske empirien tyder på at etterspørselen etter sykehusbehandling er uelastisk (den absolutte verdi av etterspørselen reduseres med mindre enn en prosent når ventetiden øker med en prosent) med hensyn på ventetiden. Dette resultatet synes å gå igjen med mange ulike datasett og estimeringsmåter. Tilbudet synes derimot å være elastisk i mange undersøkelser, selv om det også her er undersøkelser som finner at tilbudet er uelastisk med hensyn på ventetiden. En implikasjon av resultatene (uelastisk etterspørsel og elastisk tilbud) fra de undersøkelsene som er gjort med engelske data, er at en vedvarende økning i ressurser til sykehusene kan forventes å medføre kortere ventetider.

Et viktig spørsmål er om konkurranse mellom tilbyderne kan forventes å føre til kortere ventetider. På dette område er det noe ulike konklusjoner i den teoretiske litteraturen og i den empiriske litteraturen. Siciliani (2005) studerer teoretisk virkning på ventetid av at pasientene får flere sykehus å velge blant. Dersom et av sykehusene øker antallet behandlinger for å redusere ventetiden, vil man samtidig få pasienter på ventelisten som alternativt ville ventet ved et av de andre sykehusene. Dette trekker i retning av at økningen i antallet behandlinger ikke vil redusere ventetiden relativt til de andre sykehusene fordi sykehuset har fått flere pasienter. Denne eksternaliteten trekker i retning av at større valgfrihet for pasientene vil medføre lengre ventetider. Effekten blir mindre jo større andel av sykehusenes inntekter som avhenger av antallet behandlinger som utføres.

Til tross for at teorilitteraturen er kritisk til at valgfrihet for pasientene vil medføre kortere ventetider, er den empiriske litteraturen mer entydig. Siciliani and Martin (2007) finner med utgangspunkt i et panel av engelske sykehus at flere valgmuligheter for pasientene gir kortere ventetider. Effekten er ikke lineær, slik at ved mange sykehus å velge mellom, vil en ytterligere økning i valgmulighetene ikke lenger medføre reduserte ventetider. Dawson et al. (2007) finner reduserte ventetider for pasienter i London etter valgfrihet ble introdusert.

Propper, Burgess and Gossage (2008a) bruker variasjon over tid i grad av konkurranse blant engelske sykehus til å undersøke om mer konkurranse medfører kortere ventetider på sykehusbehandling. De finner at mer konkurranse både medfører kortere ventetider og

¹⁷ Se Iversen and Siciliani (2011) for en omtale og diskusjon av litteraturen.

dårligere kvalitet i form av høyere dødelighet for pasienter med akutt hjerteinfarkt. Resultatet kan tolkes som at mer konkurranse medfører bedre kvalitet langs de målbare dimensjonene og dårligere kvalitet blant de dimensjonene som er mindre målbare.

Som et alternativ/supplement til mer konkurranse kan man tenke seg at det blir satt en maksimum ventetid og at knytted belønning til at målet for ventetiden oppfylles eller straff om det ikke oppfylles. Det vil gi sykehusledelsen en oppmuntring til å treffe tiltak slik at ventetidene ikke blir lengre enn målet. En slik ordning ble innført i England (men ikke i Skottland) fra år 2000. Propper et al. (2008) finner med Skottland som kontroll at 'targets and terror' politikk reduserte antallet pasienter som ventet på sykehusbehandling mer enn seks måneder med 20 prosent og antallet pasienter som ventet mer enn et år med 60 prosent.

Hvis kortere ventetider medfører større etterspørsel, må en politikk for å oppmuntre til reduserte ventetider suppleres med andre rasjoneringsmekanismer. Direkte rasjonering i form av etterprøvbare kriterier peker seg ut. I den helsepolitiske litteraturen kalles dette ofte for prioritering. Ved direkte rasjonering vil myndigheter, forsikringsselskap eller helsetjenesteytere påta seg rollen å sette en grense for behandling slik at noen som er interessert i behandling, ikke vil få tilbud. Kriteriene for hvem som skal tilbys behandling, kan settes av myndighetene (eller mer generelt den som tilbyr helseforsikring), mens sykehusene, det vil vi sykehuslegene, vil få i oppgave å anvende (de generelle) kriteriene i forbindelse med de individuelle pasientbeslutningene. Det er en stor normativ litteratur om hvilke kriterier som bør legges til grunn for prioritering mellom (grupper av) pasienter¹⁸. Generelt kan en si at det er tre grupper av kriterier som peker seg ut: sykdommens alvorlighet, behandlingens effekt og behandlingens effekt i forhold til behandlingens kostnad. Hvordan man vektlegger de ulike kriteriene, vil kunne få stor betydning for hvilke pasienter som blir tilbudt behandling. For eksempel vil stor vekt på sykdommens alvorlighet medføre at kostbare behandlinger for pasienter som har små muligheter til å bli friske, prioriteres før billig og effektiv forebygging av senkomplikasjoner for pasienter med kroniske sykdommer.

¹⁸ En grundig gjennomgang av bakgrunn og prinsipper for prioritering i helsesektoren fins i PrioriteringsCentrum (2007).

4.2.2 Ventetider og prioritering i Norden

I Danmark er det strenge krav til maksimale ventetider for sykehusbehandling. Det er to typer av garantier. For visse kreft- og livstruende sykdommer er maksimal ventetid 14 dager til undersøkelse og deretter 14 dager til operasjon og medisinsk behandling og fire uker til strålebehandling og etterbehandling. Ved henvisning til undersøkelse og behandling på sykehus er det generelt en maksimal ventetid på en måned. Hvis ventetiden er over en måned, er det rett til utvidet fritt sykehusvalg. Det utvidede frie sykehusvalg innebærer at pasienten får tilbud om viderehenvisning til offentlige eller private sykehus eller sykehus i utlandet som regionene samarbeider med.

I Danmark er det ingen sentrale prioriteringsretningslinjer. Rasjoneringsbeslutningene blir dermed desentralisert til det enkelte sykehus uten eksplisitte kriterier som er nasjonalt bestemt. Det virker dermed ikke som om mindre vektlegging av ventetid som rasjoneringsmekanisme har blitt fulgt opp av større vekt på andre rasjoneringsmekanismer. Denne kombinasjonen trekker i retning av at kostnadskontroll og styring av ressursbruk blir vanskeligere, slik det også påpekes av De Økonomiske Råd (2009).

I Norge gjelder individuelt fastsatte maksimale ventetider for pasienter som har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten i henhold til pasientrettighetsloven. For å få rett til behandling må sykdommen være alvorlig, behandlingen effektiv og helsegevinsten stå i et rimelig forhold til kostnaden. Det er behandlende lege som avgjør om pasienten har rett til behandling og som fastsetter den maksimale ventetid. Dersom pasienten ikke blir behandlet innen maksimal ventetid, har pasienten rett til behandling ved privat sykehus eller i utlandet.

Som en respons på de store regionale variasjonene i rett til behandling ble det satt i gang et nasjonalt arbeid med såkalte prioriteringsveiledere innenfor de ulike sykdomsområder. Hensikten med prioriteringsveilederne er gjennom konsensus å oppnå en presisering av hvilke pasienter som har rett til behandling og gjennom dette skape større forutsigbarhet og mindre regional variasjon i retten til behandling. Det er ikke undersøkt om veilederne har noen effekt på prioriteringer som blir gjort.

I Norge er det etablert et Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet består av ledere innenfor helsesektoren og pasientorganisasjoner. Rådet fatter vedtak som er ment å legge føringer for beslutninger om ressursbruk både på

nasjonalt plan gjennom regjering og storting og på virksomhetsplan i sykehus og kommunehelsetjeneste. Det er for tidlig å konkludere med om rådets aktivitet faktisk har noen effekt på rasjoneringsbeslutninger og ressursbruk.

I Sverige har ventetider på sykehusbehandling lenge hatt mye oppmerksomhet, og det har siden 1990-tallet vært iverksatt ulike varianter av vårdgarantier. Fra 1. juli 2010 har Vårdgarantien "0-7-90-90" blitt en del av del av hälso- och sjukvårdslagen. Den innebærer at man har rett til å komme i kontakt med primærlege samme dag, rett til konsultasjon med primærlege innen 7 dager, rett til konsultasjon med spesialisthelsetjenesten innen 90 dager og rett til behandling i spesialisthelsetjenesten innen 90 dager. Garantien er støttet av kørillardsatsingen. Staten fordeler årlig 1 milliard kroner til landsting som oppfyller garantien for henholdsvis 80 prosent og 90 prosent av pasientene. Midlene fordeles slik at landsting med de korteste ventetidene får mest. Andelen pasienter som venter over 90 dager har blitt redusert i løpet av de siste årene.

I Sverige har det lenge vært oppmerksomhet rundt systematiske prioriteringer av behandlinger og pasientgrupper innenfor helsesektoren. Riksdagen besluttet de første prinsipper og retningslinjer for prioritering i helsesektoren i 1997. Dette har blant annet resultert i Socialstyrelsens nasjonale retningslinjer for prioritering ved behandling og omsorg. Retningslinjene gir detaljerte anvisninger basert på kriteriene sykdommens alvorlighet, behandlingens effekt, kostnader per kvalitetsjustert leveår og effekter på offentlige budsjetter. De enkelte tiltak gis anbefalinger på en skala fra 1 til 10 der 1 uttrykker høyeste prioritet og 10 laveste prioritet. I tillegg kommer kategoriene gjenstand for FoU og bør ikke gjøres. Det er ikke klart uttrykt hvordan de enkelte dimensjonene skal vektet og det er derfor av interesse både å kartlegge hvilken vektning som beslutningstakere uttrykker og hvilken vektning som faktisk ligger til grunn for retningslinjene. Disse problemstillingene utforskes av Erntoft et al. (2010). Forfatterne finner at vektlegging av de ulike kriteriene varierer mellom beslutningstakere. Den implisitte vektleggingen i de nasjonale retningslinjene¹⁹ samsvarer med nasjonale beslutningstakeres vektlegging. Jo lavere man går i beslutningshierarkiet, jo mindre vekt synes kostnader per kvalitetsjustert leveår å få i

¹⁹ Det er et viktig forbehold at mange av de nasjonale retningslinjenes tiltak var det ikke mulig å tallfeste etter nevnte dimensjoner.

prioriteringene. Samtidig er det undersøkelser som viser at for eksempel retningslinjene for behandling av hjertesykdom har bred oppslutning blant klinikere.

I samsvar med høy grad av desentralisering i organisering av helsesektoren foregår mye arbeid med retningslinjer for prioritering lokalt i de enkelte landstingene. PrioriteringsCentrum (2007), Carlsson (2010a) og Carlsson (2010b) beskriver og diskuterer utvikling i åpne prioriteringer på landstingsnivå. Det går fram at arbeidet har blitt mer systematisk de senere år og også gitt vesentlige resultater i noen landsting. I Västerbotten landsting fjernet man helsetjenester for 100 millioner SEK og introduserte helsetjenester man anså var mer i samsvar med hvordan man ønsket å prioritere ressursbruken (for eksempel bedre helsetjenester for pasienter med kroniske sykdommer). Carlsson (2010a) mener en viktig bakgrunn for arbeidet med åpne prioriteringer i Sverige, er erkjennelsen blant landstingspolitikere om finansieringsproblemene i helsesektoren. Sverige er det land i Norden som har kommet lengst med åpne prioriteringer.

Det går fram av teksten over at instrumenter for rasjonering av helsetjenester kan klassifiseres i pasientenes egenbetaling (patient cost-sharing), ventetider for behandling, tjenesteytneres egenbetaling (provider cost-sharing) og retningslinjer fastsatt av myndighetene for prioritering av behandlinger. I de nordiske land er alle disse rasjoneringsinstrumentene i bruk med liten vekt på pasientenes egenbetaling og mindre vekt på ventetider nå enn før. Et viktig problem er da om man har valgt den rette avveining mellom pasientenes egenbetaling og rasjonering fra tilbudssiden. Dette vil bli nærmere diskutert i del 5 av denne rapporten.

4.2.3 Avveining av kostnader og gevinster ved introduksjon av ny medisinsk teknologi

Med fraværende prismekanisme blir et viktig spørsmål hvilke institusjoner man har for å beslutte hvilke diagnostiske teknologier og behandlingsteknologier som skal finansieres av offentlige helsevesen. I teknologier er også inkludert hvilke medisiner som skal (delvis) finansieres av det offentlige. Det er også sentralt å vite om det foregår noen avveining av kostnader og helsegevinster? I så fall hvordan?

Introduksjon av nye medikamenter er det området som er best regulert. I Danmark er det Lægemiddelstyrelsen som fatter vedtak om det skal være et generelt offentlig tilskudd til et legemiddel. Lægemiddelstyrelsen skal legge vekt på om legemiddelet har en sikker og verdifull terapeutisk effekt på en velavgrenset indikasjon og om legemiddelets pris står i rimelig forhold til dets behandlingsmessige verdi. Både de medisiner som anvendes i sykehus og de medisiner som forskrives av primærleger, betales fra regionenes budsjetter. I Sverige er det Nämnden för läkemedelsförmåner i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som beslutter om medikamenter skal tas opp i systemet for offentlige tilskudd til legemidler og hvilke legemidler som omfattes av den øvre grense for pasientbetaling. Nemnden skal i sine beslutninger legge vekt på menneskeverd, behovs- og solidaritetsprinsipp og at kostnadene skal stå i et rimelig forhold til medisinenes helseeffekt. Nemnden suppleres av legemiddelkomiteer i Landstingene som lager legemiddelanbefalinger også basert på blant annet vurderinger om kostnadseffektivitet. I Norge er det Stortinget etter innstilling fra Legemiddelverket og Helse- og omsorgsdepartementet som beslutter om staten skal betale for et nytt medikament som forskrives for bruk utenfor sykehus dersom kostnadene for staten blir anslått til å bli større enn en bagatellgrense (fem millioner NOK per år). I følge legemiddelforskriften skal beslutningen baseres på sykdommens alvorlighet, medikamentets forventede effekt og om effekten står i et rimelig forhold til kostnadene. For legemiddelbruk i sykehus og sykehjem er det ikke noe nasjonalt system for beslutning om bruk av medikamenter.

I de nordiske land er det derfor etablert systemer for å veie forventede helseeffekter mot kostnader i tilknytning til å ta nye legemidler i ambulant bruk. Kostnader til legemidler utgjør mindre enn 15 prosent av de offentlige kostnadene til helsetjenester. Det er ikke utviklet noe tilsvarende system når det gjelder diagnostiske prosedyrer og behandlingsmåter inkludert bruk av legemidler i sykehus. I både Sverige (SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering) og Norge (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) er det forsknings- og utredningsinstitusjoner på dette området. Beslutninger om innføring av ny teknologi tas samtidig i stor grad desentralisert. Ingen av utredningsenhetene inngår som en formalisert del av de desentraliserte beslutningene om å innføre ny teknologi i helsevesenet. Dette innebærer at størstedelen av ressursbruken styres på sykehusnivå der fagfolkene skjønner vil spille en vesentlig rolle for hvilke pasienter som blir tilbudt hvilken behandling.

4.2.4 Privat helseforsikring

Rasjonering av helsetjenester i offentlig sektor gir grunnlag for etterspørsel etter privatbetalte helsetjenester. Dette kan både være snakk om tjenester som betales av pasientene direkte og tjenester som betales via private helsetjenesteforsikringer.

Private helseforsikringer omfatter en rekke forsikringstyper og det kan være nyttig å skille mellom tre hovedtyper: (i) brukerbetalingsforsikring, (ii) forsikring ved kritisk sykdom, og (iii) behandlingsforsikring. Brukerbetalingsforsikring gir den forsikrede kompensasjon for egenbetaling i det offentlige helsevesen. Forsikring ved kritisk sykdom gir en utbetaling av et på forhånd bestemt beløp for bestemte diagnoser (for eksempel typer av kreft), mens behandlingsforsikring tilbyr betaling for faktisk behandling på bestemte vilkår.

I Danmark er det en tradisjon for individuelle forsikringer som har til formål å begrense pasientbetalingen til helsetjenester. Danmark Sygeforsikring hadde ved utløpet av 2009 2.094.024 medlemmer (Danmark Sygeforsikring, 2010). Veksten i antallet medlemmer var i følge selskapets årsrapport 2,2 prosent i 2009 og 2,1 prosent i 2008. Det tilbys også forsikring som gir støtte til privatfinansierte operasjoner. Disse ordningene hadde rundt 100 000 medlemmer i 2009.

Det har i løpet av de siste årene vært en betydelig vekst i arbeidsgiverfinansierte helseforsikringer i Danmark. Dette har sammenheng med at verdien av forsikringen ikke blir inkludert i de ansattes skattbare inntekt så lenge forsikring tilbys alle ansatte i bedriften. De økonomiske råd (2009) og Kjellberg et al. (2010) anslår at knapt en million arbeidstakere er dekket av slike forsikringer. Det anslås at 58 prosent av de privatansatte og seks prosent av de offentlig ansatte har helseforsikring.

Sveriges Kommuner och Landsting (2010) skiller mellom komplementær forsikring, som dekker tjenester som ellers ikke ville ha blitt dekket fra det skattefinansierte systemet og supplementær (utfyllende) forsikring som medfører bedre tilgjengelighet (for eksempel kortere ventetid) og kvalitet på de samme typene av tjenester som tilbys i det skattefinansierte systemet. De private behandlingsforsikringene i Danmark er en kombinasjon av disse to typene. Det er dekning for noen tjenester av forebyggende karakter som i mindre grad dekkes av det offentlige, som for eksempel omfattende helseundersøkelser. Et inntrykk fra Kjellberg et al. (2010) er likevel at det viktigste er å sikre

rask behandling på privatsykehus og generelt forbedre tilgang til behandler ved for eksempel psykiske problemer.

I følge Sveriges Försäkringsförbund var det ved utgangen av 2009 360.746 personer som hadde tegnet en privat helsetjenesteforsikring i Sverige. Det er en økning fra 103.346 i år 2000. Åtti prosent av forsikringen er betalt gjennom arbeidsgiver. Beskatningsregler er tilsvarende som i Danmark.

Det har også i Norge vært en betydelig vekst i private behandlingsforsikringer fra oppstarten på slutten av 1990-tallet og fram til i dag. Ved utgangen av 1998 var det trolig 7500 individer som var omfattet av behandlingsforsikringer. Tall fra Finansnæringens Fellesorganisasjon viser at det per 1. juni 2009 var mer enn 176.000 individer med privat helsetjenesteforsikring i norske selskaper. I tillegg kommer noen tusen personer med private forsikringer i utenlandsregistrerte selskaper. Samlet skulle dette tilsi at det er 180.000 – 185.000 norske statsborgere med behandlingsforsikring. De arbeidsgiverbetalte behandlingsforsikringene utgjør om lag 85 prosent av det totale antallet behandlingsforsikringer. Det er stor forskjell på hvilke næringer som tilbyr arbeidsgiverfinansierte forsikringer. Mens surveydata tyder på at 20 prosent av arbeidstakerne i finansnæringen har arbeidsgiverbetalt behandlingsforsikring, er slike forsikringer nesten fraværende blant ansatte i offentlig sektor (Grepperud og Iversen, 2011). I Norge blir arbeidsgiverbetalte helseforsikringer skattlagt på samme måte som arbeidstakernes kontantinntekter.

I modellen som introduserte kapittel 4, vil ikke medianvelgeren etterspørre privat helseforsikring siden den offentlige skattefinansierte forsikring er billigere for ham. Det vil derimot kunne være etterspørsel fra lavrisikogruppen med høy inntekt. Den markerte økning i forekomsten av private arbeidsgiverfinansierte helseforsikringer i Norden de senere år, kan trolig forklares ved:

- tilgjengeligheten i den offentlige helsesektoren anses som for dårlig. Arbeidsgiverne vil ha arbeidstakerne tilbake i arbeid fortere enn hva det offentlige kan tilby. På den måten kan man snakke om forsikring mot risikoen for å oppleve lange ventetider.
- økt velstand øker etterspørselen etter helsetjenester utover det som tilbys i offentlig sektor både i form av tilgjengelighet og typer av tjenester.

- skattefritaket for private forsikringer i Danmark har medført en betydelig reduksjon i prisen på private helseforsikringer. I Sverige har tilsvarende skatteregler ikke medført tilsvarende økning i arbeidsgiverbetalte forsikringer som i Danmark.

Et interessant problem er om veksten i private helseforsikringer får effekter tilbake på aktivitet og finansiering i offentlig sektor. Her er det flere argumenter som kan trekke i ulike retninger:

- At privat helseforsikring finansierer behandling som alternativt ville ha blitt gjort i det offentlige, frigjør ressurser i det offentlige til annen behandling.
- At den samlede realiserte etterspørsel trolig vil øke, bidrar ikke til å frigjøre ressurser i offentlig sektor.
- At den private etterspørselen også øker etterspørselen etter leger og annet helsepersonell, bidrar til økt lønn og dermed mindre realressurser i offentlig sektor.
- At en stor del av befolkningen får helsetjenester utenom den offentlige sektor, kan bidra til å redusere betalingsviljen for offentlig finansiert helsevesen.

Jeg kjenner ikke til empiriske undersøkelser av de ulike effektene størrelse.

4.3 Regulering av tjenesteytere og pasientstrømmer

4.3.1 Regulering av pasientstrømmer fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten

Primærlegetjenesten (allmennlegetjenesten, fastlegeordningen) i Danmark (for gruppe 1 pasienter) og i Norge har mange likhetstrekk. Det er begge steder en listeorganisering der befolkningen melder seg på en liste hos en primærlege. En viktig forskjell mellom de to landene er at pasientene ikke betaler egenandel for å oppsøke sin fastlege i Danmark. Legen får et basistilskudd (basishonorar) som utgjør DKK 346,76 per år per person på listen i Danmark og NOK 380 i Norge. Tilskuddet er likt for alle personer på listen uavhengig av egenskaper som alder og kjønn. I tillegg er det takster for konsultasjoner og andre typer av

tjenester. I begge land anslås det at inntekt fra basistilskudd utgjør 30 prosent av en gjennomsnittlig praksisinntekt og inntekt fra ytelsesbaserte takster utgjør de resterende 70 prosent.

Sett i forhold til begreper og teori i kapittel 3 er det således ikke fullt kostnadsansvar for primærlegene siden de ytelsesavhengige takstene kan betraktes som en kompensasjon for påløpte kostnader. En slik delvis kostnadskompensasjon kan begrunnes med at primærlegene trolig er risikoaverse (gjennomgående små praksiser), at det er ulik informasjon (mellom staten og primærlegene) om hvor kostnadskrevende de enkelte pasientene er og at det er ulik informasjon om behandlingenes kvalitet. Enkelte undersøkelser tyder på at takster ikke kompenserer fullt ut for merarbeid knyttet til pasienter med stort behov for tjenester i Danmark. I Norge er det ingen kunnskap om dette. Rose Olsen (2011) finner at leger med arbeidskrevende lister både har kortere lister og mindre praksisinntekt enn leger med mindre arbeidskrevende lister. Det kan dermed se ut til at det er et økonomisk insitamant til å selektere friske pasienter til listene. Slike anstrengelser kan for eksempel foregå ved at legene innretter sin praksis for å tiltrekke seg unge og friske barnefamilier, mens de eldre med kroniske sykdommer får dårlig behandling for at de skal bli fristet til å bytte til en annen primærlege. Dette er i så fall uproduktive anstrengelser i det alle personer ender opp med en fastlege til slutt. Det er også til skade for pasientene med kroniske sykdommer i det de får dårligere behandling enn de kunne ha fått under et annet system. Fra Rose Olsen (2011) kan vi ikke vite om legene faktisk driver slik pasientseleksjon. Hvis noen driver det, kan vi i alle fall si at de som ikke gjør det, taper økonomisk på det. Med utgangspunkt i teorien i kapittel 3 er dette et argument for enten ytterligere kostnadskompensasjon eller forsøke å differensiere basistilskuddet etter observerbare egenskaper ved pasientene.

Inntil nylig har primærhelsetjenesten i Sverige vært organisert på landstingsnivå i offentlige eide helsesentre med områdeansvar. Det er et inntrykk at primærhelsetjenesten i Sverige er mindre konsentrert om primærlegene og med større selvstendighet for de andre yrkesgruppene og særlig sykepleierne enn i Danmark og Norge (se for eksempel beskrivelsen i Anell, 2009 og i Arvidsson et al., 2010). For eksempel synes dette å gjelde sykepleierne rolle i vurderingen av om pasienten skal behandles på helsesenteret eller henvises til spesialisthelsetjenesten. Det har vært ansett som en sentral oppgave å forbedre

tilgjengeligheten til primærhelsetjenesten i Sverige. I Joumard et al. (2010, side 22) er Sverige plassert lavt i forhold til andre OECD-land når det gjelder antallet konsultasjoner per lege²⁰. Fra 2010 er det lovregulert at det er fri etablering for private tilbydere av primærhelsetjenester som tilfredsstillter landstingets krav til etablering. Samtidig er det lovregulert at befolkningen har rett til å velge hvilket helsesenter de vil motta primærhelsetjenester fra. Anell (2010) anslår at andelen private primærhelsesentre er i underkant av 30 prosent. Anell (2010) og Anell og Paulsson (2010) beskriver og diskuterer reformer som ble igangsatt før lovreguleringen i fem landsting. Felles for reformene er valg av fast primærhelsesenter for hver innbygger, fri etablering for primærhelsesentre som tilfredsstillter landstingets kvalitetskrav og betydelig (men varierende) kostnadsansvar med liten vekt på ytelsesavhengige takster. Samtidig trenger pasientene ikke henvisning fra primærlegen for kontakt med spesialisthelsetjenesten, slik det er i Norge og Danmark.

I Västra Götaland består avlønningsmodellen av fem komponenter (Västra Götalandsregionen, 2011):

1. Basistilskudd basert på alder, kjønn og tjenestebehov
2. Avlønning basert på måloppfyllelse i forhold til dekning og kvalitetsmål
3. Særsilt avlønning i henhold til enhetens geografiske og sosioøkonomiske forutsetninger
4. Særsilt avlønning når det anvendes tolk
5. Avlønning for eventuelle spesielle oppdrag

Omtrent 80 % av praksisinntekten kommer fra basistilskuddet. Omtrent 50 % av det samlede basistilskuddet bestemmes av kjønns- og alderskomponenten og de resterende 50 % av behovskomponenten.

Komponenten som skal kompensere for tjenestebehov, baserer seg på ACG-vekten. ACG, som står for The Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups (<http://www.acg.jhsph.org/>) er et system for vekting av pasienters tjenestebehov ut fra de diagnoser som er registrert hos regionens helsetjenesteytere i foregående 15 måneders periode.

²⁰ Det kan også ha sammenheng med annen arbeidsdeling mellom leger og sykepleiere i Sverige enn i andre land i statistikken.

Den tredje komponenten i avlønningssystemet baserer seg på hvor stor *andel* av de samlede helsetjenestene pasienten mottar fra det helsesenteret hun eller han er registrert hos. I tillegg er det en komponent som avhenger av antall poeng praksisen skårer i forhold til 40 definerte kvalitetsindikatorer.

Hver enhet er ansvarlig for egne kostnader. I tillegg er enheten ansvarlig for kostnadene som påløper ved at pasienter på deres lister oppsøker andre primærhelsetjenesteytere som regionen eller andre har avtale med. Enhetene har også ansvaret for legemiddelutgifter til pasientene de har på sine lister og for alle typer medisinsk diagnostikk som enheten har henvist pasienter til.

I Stockholm er 40 prosent av avlønnen basert på alderskorrigert basistilskudd. Ytelsesbaserte takster avhengig av antall og type av konsultasjoner utgjør resterende 60 prosent. Taksten har en avtakende skala på gruppenivå etter andre besøk. Enhetene har også ansvaret for deler av kostnadene som påløper i andre deler av helsesektoren som resultat av henvisning fra primærlegen. Det er tre klasser av tjenester: tjenester som landstinget dekker fullt ut, tjenester der primærhelseenheten dekker 20 % av kostnadene og tjenester der de har hele kostnadsansvaret²¹.

Region Halland er pioneren på området og har hatt fritt valg og listesystem siden 2007. Også her utgjør basistilskuddet en betydelig del av praksisinntekten. Basistilskuddet er aldersjustert. Basistilskuddet skal i 2011 ikke dekke legemiddelkostnader. Det er samtidig et fradrag på basistilskuddet dersom praksisen ikke følger opp regionens regler for forskrivning av legemidler. Fradraget øker med størrelsen på avviket. Det gis ikke ytelsesbaserte takster for konsultasjoner og andre tjenester.

Til tross for forskjeller mellom landstingene, er utviklingen i primærhelsetjenesten i Sverige generelt forskjellig fra Danmark og Norge. Tjenesteyterne i den nye primærlegetjenesten i Sverige har fått større kostnadsansvar enn hva tilfellet er i Danmark og Norge. Det kommer til uttrykk i lite kostnadsdeling gjennom ytelsesbaserte takster og et praksisbudsjett som

²¹ En nærmere beskrivelse og analyse av resultater i Stockholm, kan finnes i Rehnberg et al. (2009).

også i noen grad skal dekke kostnadene ved at pasientene oppsøker andre helsetjenesteytere samt kostnadene til medikamenter. Kostnadsansvar oppmuntrer tjenesteyterne til å anstrenge seg for å redusere virksomhetens kostnader. På den annen side kan betalingsordningen også oppmuntre til lav kvalitet og pasientseleksjon hvis risikojusteringen i per capita betalingen ikke tar hensyn til alle forskjeller i pasientenes tjenestebehov som tjenesteyterne kan observere, slik det ble framstilt i kapittel 3. I kapittel 3 argumenterte jeg også for oppmuntringen til lav kvalitet kan motvirkes hvis tjenesteyterne kan konkurrere om pasientene og at pasientene kan observere helsetjenestenes kvalitet. Dette er trolig begrunnelsen for konkurranse og etableringsfrihet i det svenske systemet. Samtidig er det kanskje ikke så lett for pasientene å observere kvaliteten på de medisinske tjenestene. Det kan være et argument for betydningen av at det offentliggjøres kvalitetsindikatorer som et hjelpemiddel for pasientene i deres valg. Den mulige oppmuntringen til pasientseleksjon (cream skimming) kan imidlertid ikke motvirkes på denne måten, og er et potensielt problem i systemet. Jeg kjenner ikke til empiriske studier av dette.

Som det går fram av beskrivelsen over, varierer primærhelsesentrenes utvidede budsjettansvar mellom landstingene. Generelt kan kanskje utviklingen i noen grad ses i forhold til at primærhelsetjenestens funksjon som portvakt til spesialisthelsetjenesten synes mindre streng i Sverige enn i Danmark og Norge. Både i Danmark og Norge må man ha henvisning fra sin primærlege for å få tilgang til spesialisthelsetjenesten. Mens det i Danmark og Norge dermed er mer direkte styring av pasientstrømmene, ser man i Sverige tendenser til mer indirekte styring gjennom tjenesteyternes økonomiske insitamenter. Et noe utvidet budsjettansvar gir primærhelsesenteret en økonomisk oppmuntring til å sørge for at pasientene blir fornøyde og unngår å oppsøke andre primærleger eller spesialisthelsetjenester som primærhelsesenteret må betale for. Det kan samtidig bli en fare for at primærhelsesenteret av økonomiske grunner kan være for tilbakeholden med å henvise en pasient til spesialisthelsetjenesten for videre undersøkelse og behandling. Per i dag er trolig kostnadsansvaret så pass begrenset at det i mange tilfeller fortsatt kan være en oppmuntring til å henvise pasienten oppover i systemet. Samtidig er det mitt inntrykk at det forsøkes med ulike varianter av utvidet kostnadsansvar.

Hvordan man best kan styre pasientstrømmene, er et sentralt spørsmål, siden beslutninger som tas i primærhelsetjenesten kan få store konsekvenser for ressursbruk i spesialisthelsetjenesten. Siden behandling i spesialisthelsetjenesten generelt er dyrere enn behandling i primærhelsetjenesten, bør man fra et samfunnsøkonomisk perspektiv kreve større helseutbytte i spesialisthelsetjenesten enn i primærhelsetjenesten for å tilby pasienten behandling i spesialisthelsetjenesten. Dermed kan det tenkes at noen pasienter som ville foretrekke å bli behandlet i spesialisthelsetjenesten, ut fra en samfunnsøkonomisk betraktning bør behandles i primærhelsetjenesten. Det er dermed en viktig problemstilling om direkte (henvisningsplikt, gatekeeping) eller indirekte styring (økonomiske insitamenter) vil være mest effektiv med hensyn til å sørge for at de rette pasientene havner i den dyrere spesialisthelsetjenesten. I alle tre land er det et viktig mål å ha en tilstrekkelig kapasitet i primærhelsetjenesten for å forhindre dette. La oss anta at antallet primærhelsesentre øker i et område. I det svenske systemet innebærer den økte konkurransen om pasientene at det blir enda viktigere for primærhelsesentrene at pasientene blir fornøyd med hva de mottar i enheten pasienten er knyttet til og ikke oppsøker andre tjenesteytere som (delvis) må betales av pasientens primærhelsesenter. Det er dermed grunn til å tro at oppmerksomheten blir rettet mot forbedringsmulighetene i egen praksis samtidig som pasientene oppmuntres til å benytte primærhelsesenteret og ikke spesialisthelsetjenesten. Også i Danmark og Norge vil flere primærleger gi flere valgmuligheter for pasientene og dermed øke sannsynligheten for bytte av primærlege. Det blir dermed viktigere enn før at pasientene blir fornøyd for at legens praksis skal bli tilstrekkelig lønnsom. Det er samtidig grunn til å tro at fristelsen for å være mer ettergivende med hensyn til pasientenes ønske om medikamenter og henvisning til undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten er større i Danmark og Norge enn i Sverige siden det ikke er noen kostnadsdeling for primærlegene når det gjelder disse tjenestene. Flere norske studier tyder på at fristelsen til å være ettergivende på grunn av pasientens frihet til å bytte fastlege oppleves som reell blant norske fastleger. Carlsen og Norheim (2003) beskriver resultatene fra fokusgruppeintervjuer med norske allmennleger etter innføring av fastlegeordningen i 2001. Legene oppfattet det som mindre viktig enn før å opptre som portvakt. Det var samtidig blitt viktigere å opptre på en måte som gjør at pasientene blir fornøyd. Dahl et al. (2010) fant fra norske data på legenivå at fastlegenes henvisninger til radiologiske undersøkelser ble flere når antallet leger med åpne lister økte. Kann et al. (2010) finner en tilsvarende effekt når det gjelder

forskrivning av medikamenter til eldre pasienter. Disse resultatene kan tyde på at primærlegenes portvaktrolle blir mer formell enn reell når det blir konkurranse om pasientene. Det trekker i retning av at primærlegene blir mer opptatt av den samlede ressursbruken når de selv må betale for noe av ressursbruken deres pasienter genererer, slik som i det svenske systemet.

Det er ingen entydige resultater som trekker i retning av henvisningsplikt i seg selv reduserer bruken av spesialisthelsetjenester. Henvisningsplikt har vært en viktig og kontroversiell egenskap (i tillegg til mange andre) ved managed care organisasjoner i USA. Manning et al. (1984) finner fra et randomisert forsøk at organisasjonen de undersøkte, hadde mindre bruk av spesialisthelsetjenester og spesielt sykehusinnleggelse enn den mer fragmenterte delen av helsesystemet de sammenlignet med. Andre studier fra USA har funnet at opphør av henvisningsplikt ikke øker bruken av spesialisthelsetjenester. Det er samtidig flere studier fra England som tyder på at det å la primærhelsetjenesten betale for kostnadene ved pasientenes bruk av spesialisthelsetjenester, medfører mindre bruk av spesialisthelsetjenester (se for eksempel Dusheiko et al., 2006 og Croxson et al., 2001). Samtidig vil det å være økonomisk ansvarlig for bruk av spesialisthelsetjenester påføre primærhelsesentrene større finansiell risiko som de vil kreve kompensasjon for, slik det ble gjennomgått i teorien i del 3. Hvilken blanding av økonomiske insitamenter og henvisningsplikt som er optimal for å styre pasientstrømmene er det lite kunnskap om, samtidig som det er en helt sentral problemstilling i forhold til allokering av ressurser til og innen helsesektoren.

Det er noen potensielle problemer med reformene i det svenske systemet. Betydelig kostnadsansvar kan medføre at pasientseleksjon blir et viktig problem. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er dette både problematisk fordi ressurser kan bli brukt til uproduktive seleksjonstiltak og fordi det vil legges liten vekt på å utvikle god diagnostikk og behandling for pasienter med kroniske sykdommer og stort ressursbehov. Disse problemene vil i mindre grad være til stede i Danmark og Norge der det er mindre grad av kostnadsansvar i primærhelsetjenesten.

Det andre problemet med stor grad av kostnadsansvar er risikopremien som må betales til tjenesteyteren for at tjenesteyteren skal være villig til å akseptere en kontrakt med usikkerhet om kostnadene. Som Anell (2010) argumenterer for, vil kostnadsusikkerheten ha mindre betydning for en stor virksomhet enn for en liten virksomhet. Det er stordriftsfordeler i å håndtere usikkerhet. Kostnadsansvar kombinert med kostnadsusikkerhet vil derfor oppmuntre til sammenslåing av mindre enheter til større enheter. Det er dermed mekanismer som trekker i retning av konkurransebegrensning.

4.3.2 Kvalitet og manglende integrasjon av tjenester

Det er forventet at det blir flere pasienter med kroniske sykdommer i årene fremover. Det har sammenheng med at det blir flere eldre i befolkningen. Det har også sammenheng med at fremskritt i behandling av sykdom gjør at flere som døde tidligere, overlever nå som pasienter med kroniske sykdommer. Dette gjelder for eksempel for pasienter med kreft (cancer), hjertesykdom og alvorlig trafikkskadde.

Pasienter med kroniske sykdommer vil ha behov for vedvarende behandling på ulike nivåer i helsesektoren. For eksempel vil pasienter med diabetes ha behov for jevnlig konsultasjoner med sin primærlege/helsesenter for måling av langtids blodsukker, veiledning og eventuell medikamentforskrivning. Primærlegen vil henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten for nærmere undersøkelser og behandling. Pasienten kan også bli akutt innlagt på sykehus eller innlagt på grunn av senkomplikasjoner av sykdommen. Det er dermed et betydelig behov for interaksjon mellom pasienten og de ulike deler av helsesektoren. Det er også et betydelig behov for utveksling og analyse av informasjon om pasientens helse og behandling mellom alle behandlerne som er involvert.

Det er flere indikatorer som tyder på at det er betydelige problemer på dette område i de nordiske landene. Det er kanskje tydeligst formulert i Norge i tilknytning til Stortingsmeldingen om den manglende samhandlingen mellom de ulike delene av helsesektoren (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Stortingsmeldingen skisserer sentrale problemer i samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom helsetjenesten og omsorgstjenesten. I Norge er kanskje disse problemene større enn i mange andre land siden ansvaret for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er delt på to forvaltningsnivåer. Mens staten har ansvaret for spesialisthelsetjenestene, har

kommunene ansvaret for primærhelsetjenestene og omsorgstjenestene. Problemene dreier seg for eksempel om koordinering av oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sykdommer og koordinering mellom de statlige sykehusene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene både når det gjelder innskrivning av eldre pasienter i sykehus og utskrivning av eldre pasienter til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Det er tendenser til at gamle pasienter som trenger sykehusbehandling, ikke blir innlagt fordi det er fullt samtidig som gamle pasienter som er ferdig behandlet på sykehus, ikke slipper ut fordi det ikke er kapasitet til å ta hånd om dem i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er heller ikke noe system for koordinert oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, som for eksempel pasienter med diabetes. Det er heller ikke noe redskap for å beskrive hva slags behandling disse pasientene får siden det ikke er noe system for å kartlegge pasientene og deres behandlinger i primærhelsetjenesten utover fastlegenes journalsystemer som utelukkende er tilgjengelig for den aktuelle fastlege. Informasjons- og koordineringsproblemer i den norske helsesektoren gjenspeiles i svarene norske primærleger ga i den såkalte Commonwealth-undersøkelsen (Holmboe, O. et al., 2009). Norge har dårligere resultater på områdene koordinering, kvalitetsmåling og kvalitetsvurdering, generering av lister og elektronisk funksjonalitet enn andre land. Det er kun fem prosent av fastlegene som oppgir å ha rutiner for å motta og gjennomgå data om pasienters erfaringer og tilfredshet med behandlingen, og bare hver fjerde fastlege har rutiner for å motta og gjennomgå data om kliniske resultater. Tilsvarende tall for Europa som helhet er henholdsvis 50 prosent og 60 prosent og for Sverige 80 prosent og 72 prosent. Det var kun fire prosent av fastlegene i Norge som mente det var lett for journalsystemene å generere ulike typer informasjon om pasientene, for eksempel lister over pasienter etter diagnose. Dette tallet var for Sverige 11 prosent og for Europa samlet 26 prosent.

Norge er det eneste landet i Norden der ansvaret for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er delt på to forvaltningsnivåer. At helsesektoren er samlet på ett forvaltningsnivå, vil kanskje tilrettelegge for bedre koordinering av tjenester til pasienter med kroniske sykdommer og store og sammensatte behov for tjenester. Samtidig tyder erfaringene fra Sverige på at å samle det meste av helsesektoren på ett forvaltningsnivå ikke er en tilstrekkelig betingelse for en god koordinering av tjenester til pasienter med sammensatte behov. Det kan ha sammenheng med at helsetjenestene i tilknytning til

omsorgssektoren i stor grad (hjemmesykepleie er fortsatt i noen grad under landstingene) er samlet på et annet nivå (kommunalt nivå) enn den øvrige helsesektoren og med noe uklart arbeidsdeling. Spesielt er oppmerksomheten i Sverige rettet mot manglende koordinering av tjenester til eldre pasienter med stort og sammensatt tjenestebehov. Det synes å være en erkjennelse av at samordningen innenfor helsesektoren og mellom helsesektoren og omsorgssektoren ikke er god nok for denne gruppen. I stedet for en helsesektor og en omsorgssektor som bygger på kontinuitet og samvirke, oppleves tjenestene som for oppstykket for eldre med sammensatte behov²². Anell (2004) gir en nærmere beskrivelse av disse problemene. Det rapporteres om svikt i arbeidet med å forhindre at kroniske sykdommer får akutte forløp og for dårlig koordinering av legemiddelbruk blant eldre. Det rapporteres også om svak koordinering mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for pasienter som skal avslutte sin sykehusbehandling og for pasienter som har behov for sykehusbehandling. Koordineringsproblemer fins også i tilgangen til legeressurser for pasienter i særskilt boende. I følge Anell (2004) forsøker flere landsting å bygge opp nærsjukvård for å forbedre vården for pasienter med kroniske sykdommer som trenger innsats av mange typer helsetjenester. Regjeringen har nylig tatt initiativ til en satsing på 'Äldresamordning av vård och omsorg' med ekstra ressurser og organisert forsøksvirksomhet. Målet er å få omsorgssektoren og helsesektoren i form av hjemmesykepleie, eldreomsorg, primærhelsetjeneste og sykehus til å samvirke bedre i forhold til syke eldre mennesker.

Forbedringsmulighetene i Danmark er nylig kartlagt i en sammenlignende studie av Kaiser Permanente i USA og det danske helsevesen (Frølich, 2011). Kaiser Permanente er kombinert forsikringselskap og helsetjenesteyter (health maintenance organization) med 8,6 millioner kunder/medlemmer, 165000 ansatte, 455 medisinske sentre og legepraksiser og 35 sykehus. De fleste medlemmene er arbeidstakere med familie finansiert av helseforsikring som tilbys av arbeidsgiver. Medlemmene tilbys alle former for helsetjenester

²² Denne status utdypes av socialminister Göran Hägglund og barn- og äldreminister Maria Larsson i artikkelen "Vi satsar 3,75 miljarder på de allra mest sjuka äldre" i Dagens Nyheter 12 januar 2011.

med lite egenbetaling. Dersom pasientene ønsker å gjøre bruk av tjenester utover det Kaiser Permanente tilbyr, må de betale fullt ut for det selv fra egen lomme. Kaiser Permanente er blant annet kjent for sine systemer for å tilby integrerte tjenester til pasienter med kroniske sykdommer. En viktig bakgrunn for deres suksess sies å være den store vekt som legges på avanserte elektroniske pasientjournaler som er tilgjengelig for alle pasientenes behandlere. Kaiser Permanente har investert rundt 30 milliarder DKK i Health Connect, som er deres system for elektroniske pasientjournaler. Sammenligningen som den danske/amerikanske forskergruppen gjorde, bidrar med interessant kunnskap om karakteristiske trekk ved helsevesenet i Danmark (og trolig tilsvarende for andre nordiske land) i forhold Kaiser Permanente. De fant at Kaiser Permanente hadde langt bedre måter å koordinere og integrere helsetjenester på enn hva som er tilfelle i Danmark. Strandberg-Larsen et al. (2010) beskriver resultatene fra en survey blant 900 primærleger i Kaiser Permanente Northern California og 700 danske primærleger om deres oppfatning av koordinering og integrering av tjenester i sine respektive systemer. Bare en av åtte danske primærleger mente det var klare mekanismer i form av behandlingsretningslinjer, regler og avtaler for koordinering av tjenester fra ulike deler av helsesektoren, mens halvparten av legene i Kaiser Permanente mente det samme. De fant også at Kaiser Permanente er bedre til å involvere pasientene i sin egen behandling og dermed til å mobilisere pasientenes egne ressurser. Forfatterne spurte et utvalg av pasienter med diabetes om de opplevde å bli involvert i sin egen behandling og oppfølging. De fant en klar tendens til at pasienter i Kaiser Permanente opplevde dette i større grad enn danske pasienter med diabetes. Det er videre langt færre sykehusinnleggelser i Kaiser Permanente enn i Danmark. På noen områder er forskjellene oppsiktsvekkende store. For eksempel er innleggelsesraten for brystmerter 12 ganger større i Danmark enn i Kaiser Permanente for personer over 65 år. For kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er den fire ganger større og for høyt blodtrykk er den elleve ganger større. For kontrolltilstanden blindtarm (appendicitis) er innleggelsesratene like i de to gruppene. Bakgrunnen for de til dels store forskjellene i innleggelsesrater for pasienter med kroniske sykdommer kan være at Kaiser Permanente gjør et bedre forebyggende helsearbeid for å inngå kostbare sykehusinnleggelser. De lavere innleggelsesratene medfører ikke at kostnadene per medlem er lavere i Kaiser Permanente enn de er i Danmark. Kaiser Permanentes kostnader per medlem er femti prosent større enn Danmarks, men dette gjelder også for helsesektoren i USA som helhet.

4.3.3 Internasjonalisering av helsetjenester

Selv om internasjonal handel med tjenester generelt er økende, har handel med helsetjenester i liten grad blitt liberalisert: Dersom graden av liberalisering måles ved de såkalte bindende forpliktelser inngått av WTOs medlemsland, er det, med unntak av utdanningssektoren, ingen annen sektor der det er liberalisert mindre enn i helsesektoren. EU-kommisjonen oppfatter tilgangen på egnet statistikk for å belyse omfanget av handel med helsetjenester mellom land som utilfredsstillende, men anslår at en prosent av helsebudsjettene i EU-landene går til "cross border patients" (Commission of the European Communities, 2006).

I 2006 ba EU-kommisjonen om høringsuttalelser vedrørende internasjonal handel med helsetjenester (Commision of the European Communities, 2006). I høringsuttalelsene var det konsensus om at det var nødvendig med bedre statistikk over omfanget av handel med helsetjenester enn det som foreligger i dag. Mange av respondentene forventet en merkbar økning i omfanget av handel med helsetjenester mellom land i tiden som kommer. Den finske høringsuttalelsen opplyser at omfanget av finner som får behandling utenlands er svært lite. Man antyder at 10-20 finske pasienter per år søker behandling i utlandet, og det forventes ingen økning i løpet av de neste ti år. Grunnen til dette er i følge høringsnotatet at finnene er mest interessert i å bli behandlet i nærheten av der de bor, og dette gjelder selv innenlands i Finland. Den svenske høringsuttalelsen sier at dagens omfang av behandling i utlandet er lite og økende. I 2004 ble 147 pasienter bevilget finansiering av planlagt behandling. Antallet økte til 954 i 2005 og til 1000 personer i løpet av de seks første månedene i 2006. Over 60 % av behandlingene var tannbehandling. Den svenske regjering tror at grenseoverskridende behandling vil komme til å få større innflytelse på den svenske helsesektoren på lang sikt. Den danske regjering har i sitt hørings svar ingen tall for omfanget av danske pasienter som behandles i utlandet.

Omfanget av eksport og import av helsetjenester i Sverige utdypes i SOU 2007:95. Ut fra foreliggende tallmaterialet anslås det at eksport og import utgjør drøyt 600 millioner kroner eller omtrent tre promille av de samlede helsetjenesteutgiftene i Sverige.

Tre dommer i EF-domstolen har betydning for hva pasienter kan forvente at deres hjemland betaler for av behandling i utlandet. Dommene i EF-domstolen ser ut til å ha nedfelt disse prinsippene:

1) Pasienter har rett til dekning av utgifter til ikke-sykehusbehandling i andre land i situasjoner hvor utgiften ville blitt dekket om pasienten mottok helsehjelpen i sitt hjemland.

2) Sosialsikringssystemet i pasientens hjemland skal dekke utgiftene til sykehusbehandling i andre EU/EØS-land, når den aktuelle helsehjelpen er av en slik art at utgiften ville blitt dekket om pasienten mottok helsehjelpen i sitt hjemland, men behandlingen ikke kan ytes i hjemlandet innen den tid medisinsk forsvarlighet krever tatt i betraktning pasientens aktuelle helsetilstand og den sannsynlige utviklingen av sykdommen.

3) Behandlingsutgifter pasienten har hatt i et annet EU/EØS-land skal dekkes av sosialsikringssystemet i hjemlandet minst på samme nivå som om tilsvarende helsehjelp var ytt i hjemlandet.

EU-kommisjonens forslag til lov om pasientbevegelser over landegrensener ble vedtatt 8. juni 2010, godkjent av EU-parlamentet 19. januar 2011 og forventes å tre i kraft fra 2013. Loven innebærer at en innbygger skal uten forhåndsgodkjenning kunne la seg behandle i et annet medlemsland dersom behandlingen ikke krever sykehusinnleggelse (sykehusopphold lengre enn ett døgn) og behandlingen inngår i det helsetilbud pasienten har rett til i sitt hjemland. Når det gjelder sykehusinnleggelse, kan et medlemsland innføre forhåndsgodkjenning ved behandling i et annet medlemsland hvis pasientutstrømningen kan forventes å gripe alvorlig inn i den økonomiske likevekt i medlemslandets sosialforsikringssystem og/eller planlegging og rasjonalisering av sykehussektoren. I betegnelsen sykehusbehandling er det også inkludert avansert poliklinisk behandling (som skal konkretiseres nærmere). Refusjon av utgifter vil bli gitt opp til det nivå tilsvarende behandling ville koste i pasientens hjemland. Det gis også muligheter til å innføre restriksjoner hvis antallet pasienter som ankommer fra andre land blir flere enn et lands helsesektor kan håndtere.

Godager og Iversen (2009) gjennomgår noen faktorer som kan oppmuntre til internasjonal handel med helsetjenester. En første faktor er kostnadsforskjeller. I et spesialnummer av tidsskriftet Health Economics om kostnadsforskjeller i Europa for spesifiserte behandlinger

presenteres hovedresultatene fra prosjektet Health Basket, finansiert av EU 6. rammeprogram. Datagrunnlaget er detaljerte undersøkelser i hvert enkelt land basert på typiske pasienter. Tabell 8 er laget med bakgrunn i resultater fra noen av artiklene.

Tabell 8. Gjennomsnittskostnad (ikke kjøpekraftskorrigert) i Euro for tre behandlinger i noen europeiske land

Type behandling	Danmark	England	Frankrike	Tyskland	Ungarn	Italia	Nederland	Polen
Kataraktoperasjon	602	623	909	741	318	1087	500	473
Hofteprotese	5933	5690	6101	6365	1294	6981	5605	2125
Tannfylling	47	156	46	67	8	135	64	18

(Kilder: Tan et al. (2008), Fattore and Torbica (2008), Stargardt, 2008)

Tabell 8 viser betydelige kostnadsforskjeller. Mens en kataraktoperasjon (operasjon av grå stær) koster tre ganger så mye i Italia som i Ungarn, koster en innsetting av hofteprotese seks ganger så mye i Italia som i Polen. Deler av disse kostnadsforskjellene skyldes kvaliteten på reservedelene (for eksempel type linse og protese). Men en betydelig del skyldes også arbeidskraftskostnadene.

Også mellom de nordiske land er det store forskjeller når det gjelder arbeidskraftkostnadene i helsesektoren. Følgende tabell fra Kittelsen et al. (2009) illustrerer forskjellene. Vi ser at leger er den yrkesgruppe der de relative forskjellene er minst. For psykologer og sykepleiere er lønnen i Finland bare 65 prosent og 70 prosent av lønnen i Norge.

Tabell 9 Lønn for noen typer av helsepersonell i Norden i prosent av lønn i Norge²³

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Leger	88 %	87 %	81 %	100 %
Sykepleiere og spesialsykepleiere	70 %	83 %	88 %	100 %
Psykologer	65 %	83 %	92 %	100 %
Bioingeniører	n.a.	82 %	90 %	100 %

²³ Koorigert for ulik føring av pensjonskostnader

Radiografer og audiografer	70 %	88 %	92 %	100 %
Fysioterapeuter, ergoterapeuter	64 %	84 %	91 %	100 %
Sosionomer, barnevernspedagoger	72 %	88 %	96 %	100 %
Sekretærer og legesekretærer	72 %	84 %	99 %	100 %
Hjelpepleiere	70 %	84 %	96 %	100 %
Samlet (lønnskostnadsdeflator)	74 %	84 %	89 %	100 %

(Kilde: Tabell 4.4. i Kittelsen et al. (2009))

Utstrakt handel med helsetjenester vil kunne innebære at prisene på helsetjenester og lønnsnivået for helsepersonell i land der lønnsnivået er høyt, reduserer sin vekstrate.

Teknologisk framskritt har gjort at tjenester som tidligere var stedbundne, nå kan utføres mer stedsuavhengig. Et eksempel på dette er digitaliserte radiologitjenester. En rekke sykehus i USA sender digitaliserte bilder til India for tolkning. Lønnsforskjeller er en viktig drivkraft bak denne utviklingen. Med en tiendedel av lønnen er indiske radiologer konkurransedyktige, selv om tolkninger fra indiske radiologer uten legelisens i USA kun gis status som "foreløpige". Handel med helsetjenester trenger imidlertid ikke ha et høyteknologisk preg. I likhet med andre sektorer kan deler av helsesektorens kontorarbeid nå utføres hvor som helst i verden. Utviklingen av ny og spesialisert teknologi eller kunnskap vil i seg selv også kunne generere behov for større markeder på grunn av stordriftsfordeler. Investeringer i enkelte typer spesialisert medisinsk utstyr kan kreve pasientgrunnlag av betydelig størrelse. Tilsvarende stordriftsfordeler vil trolig også gjøre seg gjeldende for oppbygging av kompetansemiljøer. En arbeidsdeling mellom de nordiske land er et eksempel på tiltak som kan vurderes i denne forbindelse.

Også forskjeller i kvalitet og ventetider før behandling mellom land vil kunne utjevnes dersom det i større grad åpnes for handel med helsetjenester. I litteraturen om effekt av konkurranse på kvalitet av helsetjenester er det for øvrig ingen entydig konklusjon at mer konkurranse medfører høyere kvalitet. Gaynor (2006) gir en gjennomgang av litteraturen om konkurranse og kvalitet. I litteraturen skilles det gjerne mellom tilfeller der prisene er regulerte og tilfeller der prisene fastsettes av produsenten. I markeder der prisene er

fastsatt av en regulator, kan produsentene bare konkurrere på kvalitet og en vil da forvente at mer konkurranse vil medføre høyere kvalitet.

I markeder der både kvalitet og pris kan variere, finner man fra økonomisk teori ikke noen generell, entydig sammenheng mellom konkurranse og kvalitet. Dersom etterspørselsiden relativt sett er mer sensitiv for endringer i kvalitet enn for endringer i pris, vil det bidra til at økt konkurranse gir bedre kvalitet. Dersom etterspørselsiden derimot er mest sensitiv for endringer i pris, vil det medføre at sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet blir negativ. Vi har ingen a priori kunnskap om det er prisendringer eller kvalitetsendringer som har sterkest effekt på etterspørselen, og dette er derfor et empirisk spørsmål.

Så langt er det implisitt antatt at alle dimensjoner av kvalitet er observerbare. Det vil som kjent generelt ikke være tilfellet med helsetjenester. I Propper et al. (2004) og Propper et al. (2008) presenteres resultatene av en studie som undersøker effekten av økt konkurranse blant engelske sykehus på ventetider for elektiv kirurgi og på dødelighet på 1990-tallet. Mens informasjon om ventetider var offentlig tilgjengelig, ble statistikk over dødelighet på sykehus først tilgjengelig fra 1999. Forfatterne finner at økt konkurranse hadde en negativ effekt på ventetider for elektiv kirurgi og en positiv effekt på dødeligheten. Forfatternes tolkning av disse funnene er at økt konkurranse medførte at sykehusene konsentrerte seg om å forbedre kvalitetsmål som er observerbare fra etterspørselsiden.

Det forventes at reiseavstand og reisetid vil medføre at effekten av konkurranse mellom sykehus vil begrense pasientmobiliteten i helsesektoren. En slik hypotese støttes av flere empiriske studier som viser at pasientene må oppnå store reduksjoner i ventetid hvis de skal være villige til reise lenger enn nødvendig for å oppnå behandling.

Med den dominerende rolle som offentlig finansiering spiller i helsesektoren, vil omfanget av spesialisthelsetjenester levert fra utlandet avhenge av i hvilken grad utenlandske leverandører oppnår kontrakter med offentlig sektor. Mange har påpekt målkonflikten som ligger i at offentlig sektor både skal sørge for befolkningens tilgang til spesialisthelsetjenester, uansett hvem som yter dem, samt være eiere av sykehusene. I "etterspørrolle" kan det offentlige (for eksempel landstingene) være interessert i å inngå kontrakter med andre både fordi det kan bedre befolkningens tilgang på spesialisthelsetjenester og fordi konkurranse kan bidra til mer effektiv organisering av

virksomheten og dermed til at man får mer helsetjenester ut av ressursene. Pasientenes forventninger om like brukerpriser og tilgjengelighet for alle kan likevel i praksis gjøre det vanskelig å få pasientene til å velge behandling utenlands. Pasienter har trolig liten egeninteresse av å bidra til kostnadsbesparelser. Kontrakter med andre leverandører kan også være mindre attraktivt for det offentlige i eierrollen. Med mindre styring med pasientstrømmer og utgifter til pasientbehandling, svekkes inntektsgrunnlaget for egne sykehus. Dette er uheldig i forhold til sykehusenes økonomiske resultat og dermed for offentlig sektors eierrolle.

Her kan man imidlertid også tenke seg at tilbyderne av helsetjenester ikke bare ser handel med helsetjenester som en trussel mot egen virksomhet. Kompetanse og kvalitet kan også medføre etterspørsel fra andre land og eksport av helsetjenester. En mulighet kan være i større grad å vurdere de nordiske land som ett marked for enkelte spesialiserte helsetjenester. Kanskje vil dette kunne innebære stordriftsfordeler i form av bedre kvalitet og lavere kostnader?

SOU 2007:95 antyder at importvolum av noen betydning trolig først kan oppstå i forbindelse med manglende offentlig tilbud og finansiering fra hjemlandet. Først hvis pasientene enten betaler via en privat helseforsikring eller fra egen lomme vil de oppmuntres til å ta hensyn til prisforskjeller i valg av behandler.

5. Ideer til nærmere vurdering

5.1 Bakgrunn

Med bakgrunn i del 4 er det noen grupper av problemer som peker seg ut for en nærmere vurdering:

A. Større produktivitet og bedre kvalitet i helsesektoren

Del 2 beskrev variasjon i sykehusproduktivitet mellom de nordiske land, mens del 4 beskrev problemer med kvalitet og produktivitet i tilknytning til behandling av pasienter med kroniske sykdommer og behov for koordinert innsats av helsetjenester. Disse problemene og mulige tiltak blir diskutert nærmere i denne delen.

B. Rasjonering og prioritering

Det var et gjennomgående tema i del 4 at pasientbetalingene i helsesektoren er for små til å begrense etterspørselen etter helsetjenester tilstrekkelig. Jeg vil stille spørsmålet om det er mulig å forbedre sammensetningen av de instrumentene som brukes til å rasjonere helsetjenester i dag. Jeg vil også diskutere litt nærmere om man kan tenke seg en mer finmasket bruk av pasientbetalinger.

C. Finansieringsproblemet

I del 4 ble disse problemene drøftet under overskriften Trusler mot den kollektive finansieringen. Felles for disse problemene var at medianvelgeren er kritisk til kollektiv finansiering av økte kostnader. Samtidig viser undersøkelser fra mange land tyder på at betalingsvilligheten for helseforbedringer er meget stor. En viktig utfordring er dermed å undersøke om det fins mekanismer for å omdanne privat betalingsvillighet for helseforbedringer til en betalingsvillighet for kollektiv finansiering av helseforbedringene som ressursbruken i helsesektoren innebærer.

Samtidig som det er viktig å lete etter forbedringsmuligheter, er det en viktig erkjennelse fra litteraturen på feltet at ulike faktiske systemer ofte vil representere ulike avveininger mellom ønskede egenskaper. Selv om vi ideelt sett ønsker å gjennomføre endringer som innebærer forbedringer langs alle dimensjoner, vil det ofte ikke være mulig å gjennomføre endringer som medfører forbedringer langs noen dimensjoner uten at det samtidig medfører forverringer langs andre dimensjoner. Dette illustreres for eksempel av Or et al. (2010). De sammenligner egenskaper ved skattefinansierte såkalte Beveridge-systemer i UK, Sverige og Danmark med Bismarck-systemer med sosialforsikring i Frankrike og Tyskland. De finner at Beveridge-systemer har bedre resultater med hensyn til kostnadskontroll og tilgang uavhengig av personlig økonomi, mens Bismarck-systemene har bedre resultater med hensyn til generell tilgjengelighet og ventetider for behandling. At ulike systemer representerer ulike avveininger mellom ønskede egenskaper, er også en nærliggende slutning fra den siste sammenlignende studien fra OECD (Joumard et al., 2010). Som beskrevet i del 2 av dette notatet, klassifiserer studien fra OECD helsesystemene i seks grupper, der de nordiske landene blir fordelt på tre ulike grupper. I en av analysene undersøker forfatterne om det er noen sammenheng mellom potensialet for levetidsforlengelser og hvilken gruppe et land tilhører. Analysene gjøres med såkalt dataomhyllingsanalyse (DEA-analyse) der forventet levetid er resultatmål og innsatsfaktorene er helsetjenesteutgifter per innbygger samt variable som beskriver sosioøkonomiske karakteristika (bruttonasjonalprodukt, utdanning, forurensing, bruk av tobakk og alkohol og kosthold). Resultatene av analysene er anslag for hvor store muligheter for forbedringer det er i forventet levealder for hvert enkelt land dersom de skal ha samme levealder som de beste (fronten) gitt utgifter til helsesektoren og sosioøkonomiske karakteristika. Forfatterne finner at det er minst like stor variasjon i forbedringsmulighetene innenfor hver av de seks gruppene som er det mellom gruppene. De konkluderer med at det ikke er tegn til at noe helsesystem gjennomgående oppnår bedre resultater enn andre. Gjennomsnittet for potensiell økning i leveår blant alle OECD-land er 2,3 år. Blant de nordiske landene er det beregnede potensialet for forbedring i Danmark fire år, i Finland 3,6 år, i Norge 2,1 år og i Sverige 1,8 år. Det er dermed en klar tendens til at Sverige oppnår bedre resultater enn for eksempel Danmark. Siden Danmark og Sverige i følge OECD klassifiseres innenfor ulike helsesystemer, vil andre land i de samme gruppene bidra til at variasjonen innen hver gruppe blir stor og det er ikke grunnlag for å si at en gruppe

gjennomgående oppnår bedre resultater enn de andre²⁴ (OECD, 2010, s 52-53). Det konkluderes samtidig med at det innenfor hvor gruppe vil kunne være store gevinster forbundet med å bevege som mot fronten for de landene som ikke er der allerede. I OECD (2010) er dette utdypet nærmere.

Resultatene fra OECD-studien trekker i retning av å være forsiktig med å foreslå systemreformer og kanskje i større grad ta sikte på å forbedre det enkelte system innenfor de rammene som systemet som sådan setter. I denne siste delen av notatet vil jeg først drøfte noen tiltak som peker seg ut nærmest uavhengig av hva slags system et land tilhører. Deretter går jeg videre mot å drøfte noe mer omfattende endringer.

5.2 Større produktivitet og bedre kvalitet i helsesektoren

5.2.1 Sammenlignende studier av kostnader og behandlingsutfall

Det er overraskende stor variasjon i behandlingsresultater i helsesektoren både innen land og mellom land. OECD (2009) rapporterer variasjon mellom land i 5 års overlevelse ved brystkreft mellom 60 prosent og 90 prosent. Fem års overlevelse for pasienter med kolorektal kreft varierer fra 40 prosent til 70 prosent blant OECD-landene. Kunnskapen om bakgrunnen for denne betydelige variasjonen i helseutfall er mangelfull. Kanskje brukes det noen steder behandlingsmåter som har liten eller ingen effekt og som dermed representerer ressursbruk som ikke resulterer i bedre helse. Det kan også tenkes at land med omfattende screeningprogrammer bare tilsynelatende har bedre overlevelse fordi sykdom oppdages tidligere (lead time bias) enn den ellers ville ha blitt gjort. Under behandlingen av the Affordable Care Act (President Obama's helsereform) ble den mangelfulle dokumentasjonen av helsetjenestenes effekt diskutert. I den forbindelse ble det etablert The Patient-Centered Outcomes Research Institute som har fått i oppgave å finne ut hva som virker og hva som ikke virker (Health Affairs, 2010, Chandra, Jena and Skinner, 2011).

De nordiske landene har på mange måter et bedre utgangspunkt enn USA. Det har både å gjøre med datatilgjengelighet og omfang av registre i nasjonale helsesystemer og

²⁴ Det kan kanskje stilles spørsmål ved hensiktsmessigheten av å ha en klassifisering som ikke bidrar til å forklare variasjon i systemers utfall.

mulighetene til å kople informasjon fra ulike registre for å identifisere behandlingsutfall og ressursbruk. Finland og Sverige er trolig de landene som er kommet lengst når det gjelder å bruke slike data i kvalitetsforbedringsarbeidet. Finland har gjennom prosjektet PERFECT sammenlignet behandlingsresultater og kostnader mellom sykehusdistrikter for mange typer av sykdommer. Sverige driver öppna jämförelser som et samarbeid mellom Sveriges Kommuner och Landsting og Socialstyrelsen der man sammenligner blant annet behandlingsresultater og kostnader mellom landstingene. Det har nylig blitt utgitt en rapport (Sveriges kommuner og landsting, 2010) bestilt av Socialdepartementet og Sveriges Kommuner och Landsting der det anbefales ytterligere satsing på utvikling og anvendelse av kvalitetsregistre i helsesektoren.

Samtidig som de nordiske landene har mange likheter i samfunn og kultur, er det også forskjeller i organisasjon og finansiering av helsesektoren. Det er også forskjeller innad i landene i varierende grad, størst forskjeller i de mest desentraliserte systemene Finland og Sverige. Men også for Finland og Sverige vil komparative studier kunne tilføre ny innsikt, siden variasjonen mellom land vil utvide variasjonen i data innad i landene.

Dersom sammenligninger av behandlingsutfall og kostnader kan gjøres som et nordisk samarbeid, kan det legge et grunnlag for en kunnskapsbasert helsepolitisk debatt og gjensidig læring både regionalt og mellom land. I Norge har for eksempel sammenligningene av sykehusproduktivitet i Norden, som ble offentliggjort i Kittelsen et al. (2009) medført betydelig nysgjerrighet og mer detaljerte undersøkelser av hvorfor finske sykehus synes å ha større produktivitet enn sykehus i de andre nordiske land. En ide kan være å utrede om tilsvarende sammenlignende undersøkelser kan gjøres av behandlingsutfall og sammenhenger mellom kostnader og behandlingsutfall for grupper av sykdommer i Norden. En annen mulighet kan være å sammenligne utfallene av de ulike måtene å organisere primærhelsetjenesten på i de nordiske land. En kan tenke seg flere resultater av slike undersøkelser. For det første vil kunnskap i kombinasjon med den debatt som kunnskapen genererer, kunne være et grunnlag for handling og forbedring. For det andre vil kunnskapen kunne danne grunnlag for mer hensiktsmessige betalingsordninger for tjenesteyterne i forlengelse av beskrivelsene og diskusjonen i del 3 av rapporten.

En nordisk samarbeid som utnytter eksisterende registerdata i komparative studier vil kreve ressurser i form av tilrettelegging og analyse av data. Det potensielle utbyttet av slike studier er stort. Så vidt jeg kjenner til, er det ikke i dag noen muligheter for finansiering av slike studier utover de muligheter som fins i de enkelte land. Et eksempel er den nordiske studien om sykehusproduktivitet referert til over, som ble finansiert av det norske helse- og omsorgsdepartement. Å lage et program for komparative studier av behandlingsutfall og behandlingskostnader i Norden vil derfor forutsette et initiativ fra et av landene.

5.2.2. Integrasjon av tjenester

I del 4 refererte jeg til dokumentasjon av at det ikke er en tilstrekkelig god koordinering av tjenester på de ulike nivåene i helsesektoren og mellom helsesektoren og omsorgssektoren. Dette er særlig et problem for pasienter med kroniske sykdommer som trenger helsetjenester av mange slag over lengre tid. Andelen av befolkningen som har kroniske sykdommer, er forventet å øke både på grunn av at flere overlever det de døde av tidligere og fordi det blir en større andel eldre i befolkningen.

Et sentralt spørsmål er hvordan man best kan få til koordinering mellom tjenesteytere for pasienter med kroniske sykdommer. Koordinering vil trenge en instans som koordinerer. Det er flere muligheter og det er ulike tradisjoner i de nordiske landene.

I Norge og i Danmark og i forsøkene med ny organisering av primærhelsetjenesten i Sverige synes pasientens primærlege å kunne spille en sentral rolle som koordinator for pasienten. Fastlegeordning (huslegeordning) som lenge har eksistert som en nasjonal ordning i Danmark, ikke fullt så lenge som nasjonal ordning i Norge og er under utprøving i flere landsting i Sverige. En fastlegeordning har muligheter til å skape en kontinuitet i forholdet mellom primærlege og pasient, som er en betingelse for at legen skal kunne være pasientens representant over tid. Primærlegen som koordinator reiser viktig spørsmål om hvordan primærlegen best kan avlønnes for både å bidra til pasientens helse og til fornuftig bruk av samfunnets ressurser. Spesielt viktig er primærlegens beslutninger for ressursbruken i spesialisthelsetjenesten. De nordiske landene har i denne sammenheng forskjellige tradisjoner med hensyn til bruk av primærlegen som portvakt. Mens primærlegen er portvakt i både Danmark og Norge, er det i større grad direkte tilgang til

spesialisthelsetjenesten i svenske regioner og landsting. Primærhelsesentrene er samtidig innsattementer til å begrense pasientenes bruk av spesialisthelsetjenester i noen landsting gjennom at de må betale deler av kostnadene fra sine egne budsjetter. Dette betyr at primærhelsesentrene møter en større finansiell risiko enn om de bare var ansvarlige for kostnadene i egen praksis. Siden det er stordriftsfordeler knyttet til håndtering av risiko, er praksisbudsjetter som også inkluderer spesialisthelsetjenester en oppmuntring til sammenslåing og etablering av større enheter i primærhelsetjenesten. Det kan også være oppmuntring til å unngå pasienter som primærlegen forventer skal bli kostbare dersom det ikke i tilstrekkelig grad kompenseres for slik kostnadsvariasjon gjennom risikojustering av betalingen som primærhelsesenteret mottar. Problemer med å få til et robust betalingssystem kan være et argument for å begrense primærhelsesentrenes kostnadsansvar til kostnader som påløper i egen praksis og begrense pasientenes bruk av spesialisthelsetjenestene gjennom at primærlegen er portvakt. Det er samtidig uklart hvilken effekt portvaktrollen har for pasientenes faktiske tilgang til spesialisthelsetjenesten (se del 4.3.1 for en utdyping). Spesielt er det uklart om portvaktrollen i praksis kan opprettholdes samtidig som kapasiteten i primærhelsetjenesten øker og primærlegen rolle som koordinator for pasienten styrkes. For det første vil denne rollen trolig svekke primærlegens motivasjon til å ta hensyn til spesialisthelsetjenestens ressurser på grunn av nærmere kontakt mellom lege og pasient. For det andre vil bedre kapasitet i primærhelsetjenesten introdusere konkurranse om pasientene. Denne konkurransen vil trolig svekke primærlegenes portvaktrolle (Carlsen og Norheim, 2003).

Reformene i primærhelsetjenesten i Sverige har i noen landsting visse elementer av et utvidet praksis-budsjett som gjenkjennes fra primærhelsetjenesten i England. Denne ordningen kjennetegnes av at primærhelsetjenesten også er ansvarlig for (deler av) pasientene ressursbruk i andre deler av helsetjenesten, som medisiner og spesialisthelsetjenester. Dette er en finansiell ordning som tilrettelegger for primærlegen som pasientens koordinator. Dersom primærhelsetjenesten skal ha et utvidet budsjettansvar, er det sentralt at primærhelsetjenesten også har mulighet til å påvirke bruken av det utvidede budsjettet. I denne sammenhengen kan det være inspirasjon å hente i det arbeidet som nå pågår med reformer i det engelske National Health Service. Et sentralt stikkord er 'Commissioning for patients'. I dette ligger blant annet at konsortier av

primærhelsesentre skal få tildelt behovsjusterte budsjetter som også skal dekke (størstedelen) av de spesialisthelsetjenester deres pasienter gjør bruk av. Tankegangen er blant annet at primærhelsetjenesten som står pasientene nær er bedre til å prioritere ressursbruken enn de som er lengre fra behandlingsbeslutningene (noen flere referanser skal legges inn her).

Som jeg tidligere har beskrevet, er arbeidsdelingene mellom blant annet leger og sykepleiere, og mellom primærleger, privatpraktiserende spesialister og sykehusleger forskjellige i ulike systemer og land, også i Norden. De ulike tradisjonene vil påvirke hvilke ordninger som er mest velegnet for koordinering av helsetjenester til pasienter med krevende kroniske sykdommer.

Det er med andre ord ikke klart hva slags organisasjon og betalingssystem som er mest hensiktsmessig for å fatte beslutninger som både tilgodeser pasientenes helse og samfunnets ressursbruk og hvilken rolle formelle og uformelle markeder kan ha i denne sammenheng. Derfor er det også et mangfold av systemer som eksisterer og som prøves ut. Et spørsmål er om denne utprøvingen i større grad kan skje på en måte som kan medføre flere muligheter for generell læring og kunnskap enn det de til dels spontane forsøkene i de nordiske land synes å gi muligheter til. Det er ikke tradisjon for samme systematiske forsøksvirksomhet i helsesektorens organisasjon og finansiering som det er i den kliniske forskningen. Det medfører trolig samtidig at det er lite generell kunnskap om hvilken organisasjon og finansiering som fungerer. De problemer de nordiske landene står overfor i koordinering i helsesektoren innebærer en mulighet til en systematisk utprøving av ulike organisasjons- og finansieringsmåter som kan styrke koordineringsfunksjonen i helsesektoren. Her vil også utprøving av ulike løsninger innenfor kommunikasjon og informasjonsteknologi kunne spille en viktig rolle. En økt satsing på systematisk utprøving av nye finansierings- og organisasjonsmåter lokalt vil trolig kreve betydelig koordinering av virksomheten fra sentralt hold.

5.3 Rasjonering og prioritering

5.3.1 Optimal sammensetning av rasjoneringsinstrumenter

I delene 2 og 4 av denne rapporten argumenterte jeg for at de nordiske helsetjenestesystemene kjennetegnes av at det er større vekt på rasjonering utenom priser enn det er på rasjonering ved hjelp av pasientbetalinger. Spørsmålet om hva som er den mest ønskelige rasjoneringsmåte fra et samfunnsøkonomisk synspunkt er da nærliggende. I de senere årene har det kommet bidrag på dette området innenfor den helseøkonomiske litteraturen. Gravelle and Siciliani (2008a) viser teoretisk at direkte rasjonering uten ventetid dominerer rasjonering etter ventetid ut fra et velferdsøkonomisk perspektiv. Med gitt kapasitet vil det samme antall pasienter bli behandlet. Hvis det er samsvar mellom kriteriene for direkte rasjonering og pasientenes preferanser, vil også de samme pasientene bli behandlet, men nå uten å vente. Siden det medfører nyttetap for pasientene å vente, vil dermed den samlede nytten med direkte rasjonering være større enn den samlede nytten med ventetidsrasjonering. Ofte vil ikke alle variabler (for eksempel pasientenes smerte) en ønsker å legge til grunn for rasjonering, være observerbare for den som skal foreta rasjoneringsbeslutningen. Gravelle and Siciliani (2008a) viser at selv i dette tilfellet vil rasjonering som baserer seg på de observerbare faktorene være bedre enn rasjonering ved ventetid. Kostnadene som oppstår ved at noen pasienter får behandling som ikke skulle hatt det og ved at noen pasienter som skulle hatt behandling, ikke får det, viser seg å være mindre enn ventekostnadene som blir påført de som mottar behandling ved rasjonering etter ventetid.

En kan også tenke seg en kombinasjon av direkte rasjonering og rasjonering etter ventetid ved at ventetiden avhenger av de samme kriterier som ved direkte rasjonering. Siciliani (2007) argumenter for at dette kan være en foretrukket rasjoneringsmåte hvis legene finner det ubehagelig å nekte noen behandling. En grunn til dette kan være at legene forventes å være den enkelte pasients representant og denne rollen kan være i konflikt med rollen som ressursforvalter. Gravelle and Siciliani (2008b) viser dessuten at en utilitaristisk regjering vil kunne oppnå større velferd ved positive pasientbetalinger uten ventetid for behandling enn ved positiv ventetid uten pasientbetalinger. Mens pasientbetalingen reduserer pasientens inntekt like mye som den øker helsetjenesteyterens (eventuelt statens) inntekt, vil ventetid

reducere pasientens nytte uten at noen andres nytte øker. Gravelle and Siciliani (2008b) viser at en tilstrekkelig betingelse for at pasientbetaling skal dominere, er en positiv sammenheng mellom ubehaget med å vente og nytten av behandling.

Hvis vi betrakter ventetider utover det som er nødvendig for å ha en optimal utnyttelse av tilgjengelig kapasitet, er det faglig belegg for å slutte at ventetid som rasjoneringsmekanisme er dominert av både rasjonering i form av åpne prioriteringer (se Carlsson, 2010, for en nærmere diskusjon av åpne prioriteringer) og rasjonering i form av pasientbetalinger. Samtidig kan man trolig tenke seg at åpne prioriteringer og pasientbetalinger kan supplere hverandre som rasjoneringsmekanismer. På grunnlag av dokumentasjon av helseeffekter, kostnader og et eksplisitt verdigrunnlag (for eksempel hvor stor vekt skal tillegges sykdommens alvorlighet i forhold til behandlingens kostnadseffektivitet) kan åpne prioriteringsbeslutninger fattet av organer med samfunnsmessig legitimitet danne et grunnlag for hva slags diagnostikk og behandling som skal være inkludert i den offentlige helseforsikringen med ingen eller liten pasientbetaling. Det vil også kunne bidra til større forutsigbarhet for nåværende og kommende pasienter med hensyn til hva som blir tilbudt i det offentlige helsevesenet.

Sverige er trolig det landet blant de nordiske som har kommet lengst både når det gjelder utforskning av metodene for å utarbeide åpne prioriteringer og utprøving av åpne prioriteringer i praksis. Det er et arbeid det er grunn til å tro vil få økt aktualitet og oppmerksomhet i kommende år. Det er samtidig et meget krevende arbeid, spesielt når formålet er at det skal ha betydning i praktisk prioritering. Blant helsearbeidere er det en tradisjon for å se det unike i hver enkelt pasient. Dette kan være avgjørende for at den enkelte pasient skal få en best mulig behandling. Det skaper også utfordringer å lage prioriteringsregler som også omfatter pasientgruppene i helsesektoren med sammensatte lidelser og som samtidig er detaljert nok til å legge føringer på den faktiske pasientbehandlingen. Det kan ofte være gode grunner i form av bivirkninger, kompliserende bidiagnoser etc. som medfører at en pasient får en annen behandling enn det retningslinjene tilsier. At det faktiske grunnlaget for de enkelte prioriteringsbeslutninger kan være vanskelige å etterprøve, medfører at dette problemet også har sammenheng med pasientseleksjonsproblemet som ble beskrevet i del 3.

Innenfor et slikt prioriteringsregime vil en lett kunne tenke seg at flere typer av diagnostikk og behandling enten ikke vil dekkes innenfor det offentlig finansierte helsevesen eller kun dekkes for større egenbetaling enn hva vi er vant med i dag (se for øvrig Lyttkens, 2010, for en nærmere utdyping av finansieringsproblemene). En slik forandring vil trolig medføre større etterspørsel etter privatfinansierte helsetjenester og muligens privatbetalte helsetjenesteforsikringer. Dette vil trolig medføre at tilgangen til helsetjenester i noe større grad enn i dag vil kunne avhenge av personlig inntekt og formue. På den annen side vil det kanskje bli større gjennomsiktighet og forutsigbarhet siden åpne prioriteringer forutsetter større åpenhet om hvilke tjenester som dekkes innenfor det offentlig finansierte helsevesen.

Mulighetene og problemene i tilknytning til åpne prioriteringer i praksis trekker i retning av at systematisk forsøksvirksomhet synes å være sentralt å vurdere. På dette området har trolig Sverige gode forutsetninger.

5.3.2 Graderte egenbetalinger (value based insurance)

Siden prioriteringsbeslutninger ikke alltid er lette å etterprøve i praksis, vil introduksjon av graderte egenbetalinger kunne gi pasientene et økonomisk incitament til å være tilbakeholden med å etterspørre de tjenestene helsesektoren ikke ønsker å prioritere. Det kan også være lettere for den enkelte behandlende lege å kunne tilby behandling med større egenbetaling i forhold til ikke å kunne tilby behandling i det hele tatt. Gradert egenbetaling kan dermed bidra til å begrense ressursbruken i helsesektoren ved at pasientene oppmuntres til å veie forventet helseforbedring mot kostnad når ulike tiltak vurderes. Denne fordelene må veies mot at enkelte pasienter kanskje ikke får tilgang til den behandlingen de har oppfattet å ha rett til fram til nå i tillegg til at forsikringsdekningen generelt blir dårligere.

Ideen om graderte egenbetalinger har dukket opp i amerikansk helsepolitisk debatt for å beholde fordelene og redusere ulempene med økt pasientbetaling. Både Fendrick et al. (2010) og Robinson (2010) argumenter for at resultatene fra den økte satsingen på effektiv behandling (comparative effectiveness research) kan få en anvendelse ved at pasientenes egenbetaling knyttes opp mot hvor god helseeffekt en behandling er funnet å ha. Selve tankegangen er ikke fremmed i de nordiske land. Persson (2010) refererer til systemer for Value Based Pricing (vbp) spesielt i forbindelse med legemidler og beskriver at blant annet

Tandvårds- og läkemedelsförmånsverket i Sverige legger denne tankegangen til grunn for beslutningen om og eventuelt hvor mye offentlig sektor skal betale for et legemiddel. Innenfor tankegangen om graderte egenbetalinger vil da også pasientenes egenbetalinger bli gradert avhengig av legemiddelets dokumenterte effekt. Det er elementer av dette også i dag ved at pasientene må betale en høyere egenandel for et originalpreparat enn for et generika med samme virkestoffer hvis originalpreparatet har en høyere pris. En videreføring av tankegangen kunne være at det ikke bare skal gjelde for valget mellom originalpreparat og generika, men også for legemidler generelt avhengig av dokumentert effekt, og også for annen diagnostikk og behandling. Newhouse (2006) antyder at for legemidler som kan medføre framtidige kostnadsreduksjoner (for eksempel kolesterolsenkende medikamenter for utvalgte grupper) kan til og med egenbetalingen skulle bli negative, det vil si de aktuelle personene får penger for å bruke medisinen.

Det er ikke så vanskelig å finne motforestillinger mot et slikt system. For det første vil samme behandling kunne ha ulik effekt for ulike pasienter avhengig av bidiagnoser, generell helsetilstand og livsstil (se Baicker og Goldman, 2011 for nærmere diskusjon). Effektene av disse faktorene vil være vanskelig å etterprøve. For det andre vil et system med graderte pasientbetalinger trolig være vanskeligere å få gjennomslag for i Norden enn i USA. I USA vil økte egenbetalinger og mindre bruk av helsetjenester komme kundene direkte til gode gjennom lavere forsikringspremier. Tilsvarende mekanismer fins ikke i de nordiske land siden økte pasientbetalinger ikke vil gi noen automatisk fordel i form av lavere skatter. Hvis det skulle skje, måtte man introdusere valgmuligheter, der en person kunne få skattefradrag dersom man er villig til å akseptere en kontrakt med graderte pasientbetalinger avhengig av hvor godt dokumentert behandlingens effekt er.

Så vidt jeg vet, har fordelene og ulempene med å innføre gradert egenbetaling i de nordiske helsesystemene ikke vært systematisk utforsket. En mulighet kan være å utrede egenskapene nærmere. Steget deretter kan være å prøve ut effektene av graderte egenbetalinger på en systematisk måte i en begrenset del av helsesektoren.

5.4 Finansieringsproblemet

5.4.1 Helseskatt

Et grunnleggende problem alle helsesystemer står overfor, er avveiningen mellom nytten av å innføre nye og bedre behandlinger i forhold til ressursbruken som den nye behandlingsteknologien medfører. Måten denne avveiningen foregår på, vil trolig også ha konsekvenser for innovasjonstakten for medisinsk teknologi, siden forventninger om hvilke teknologier som vil bli finansiert, får effekt på ressursbruken innenfor medisinsk forskning og utvikling. Siden det meste av slik utvikling foregår utenfor de nordiske land, vil de nordiske land i større grad enn for eksempel USA kunne forholde seg til den medisinske teknologiske utvikling som en eksogen størrelse.

Jeg har tidligere argumentert for at betalingsvilligheten i befolkningen for tiltak som medfører helseforbedringer synes å være stor. Samtidig synes ikke betalingsviljen for skatteøkninger som kan finansiere slike tiltak å være tilsvarende stor. En mulighet er at denne tilsynelatende motsetningen har sammenheng med at befolkningen ikke er sikre på at mer skattefinansiering faktisk vil gå til helseforbedrende tiltak som det er betalingsvillighet for. Et spørsmål er da om man kan tenke seg et mer gjennomskiktig system i form av en mer presis beskrivelse av hva som skal være innholdet i det offentlige helsevesenet, og hva innholdet vil koste skattebetalerne. Det vil således være to elementer i et slikt system: Innholdet i den offentlige finansierte helsesektoren og finansieringen. I flere helsesystemer (for eksempel Nederland) er det definert hva innbyggerne kan forvente seg av grunnleggende helsetjenester, en såkalt "standard benefit package". Prosessene som pågår i Sverige med åpne prioriteringer kunne for eksempel tenkes å lede fram til et slikt innhold.

Omtrent 90 prosent av landstingenes utgifter går til helsesektoren. Man kan derfor kanskje si at landstingsskatten allerede i dag er en helseskatt og landstingenes skatteinntekter grovt sett må dekke hva innholdet i helsetjenesten koster. Samtidig er det vel ingen eksplisitt avveining av størrelsen på skatten og innholdet i helsesektoren. Det ville kanskje være lettere å få til med en separat helseskatt. Kanskje mindre fleksibilitet i den offentlige økonomi kan oppveies av større gjennomskiktighet og muligheter til å se innholdet i helsesektoren i sammenheng med kostnaden for den enkelte skattebetaler. Det kan for eksempel være nærliggende at politiske partier ikke bare presenterer innholdet av de offentlige tjenestene, men også kostnadssiden og hva det vil bety for økt beskatning og

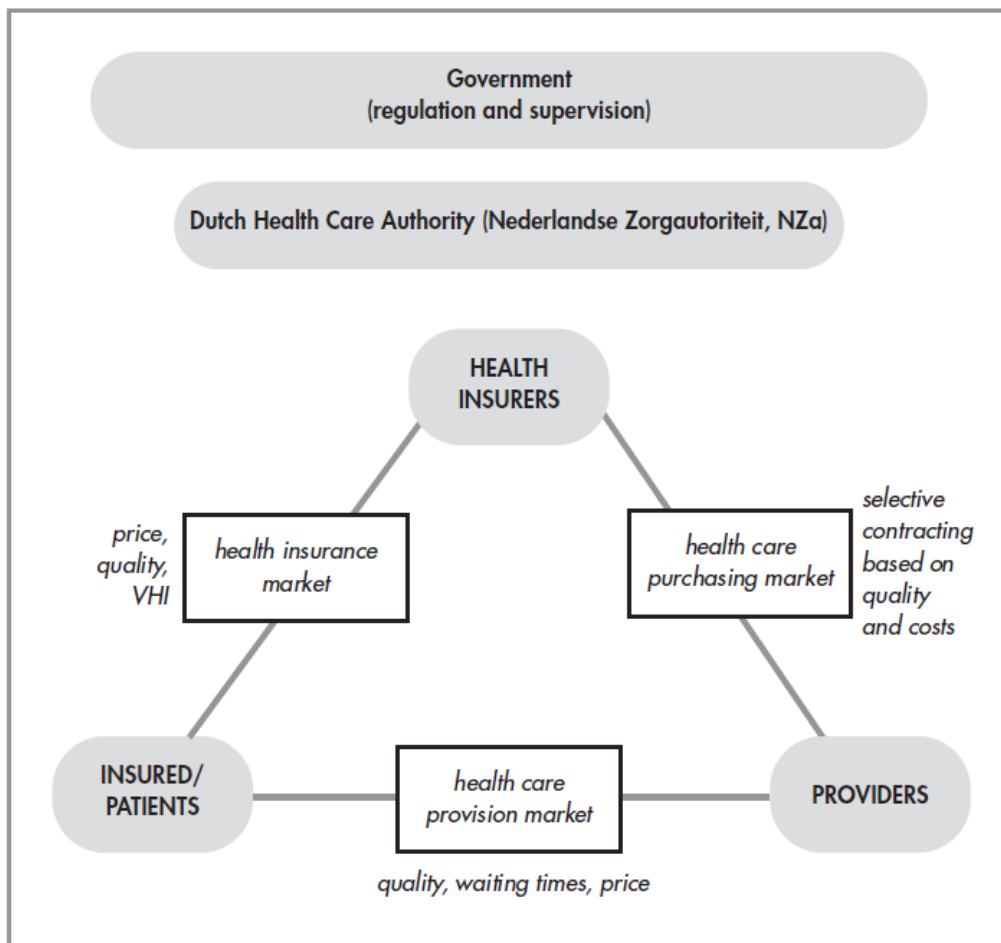
eventuelt bortfall av andre helsetjenester. Det kan være en ide å utrede nærmere mulige egenskaper ved et system med tydeligere sammenheng mellom omfang og kostnader av helsesektoren og hvordan en endring eventuelt kan inngå i landstingenes politiske og administrative virksomhet.

5.4.2 Konkurrerende forsikringsordninger

Et langt mer omfattende endring vil være å gå over til en ordning med konkurrerende forsikringsordninger. I dag er det en persons bosted som bestemmer hvilken forsikringsordning (kommune, landsting, region, regionalt helseforetak) man hører til. Det er mulig å hevde at manglende konkurranse mellom forsikringsordninger gjør at de ikke har tilstrekkelig insitament til å få nok ut av ressursene de forvalter. En videreføring av denne argumentasjonen kunne være å foreslå at konkurrerende forsikringsordninger vil bidra til at mer effektiv ressursbruk siden de selskapene som ikke anstrenger seg for å ha lave kostnader og god kvalitet, ikke vil overleve i konkurransen om kundene. Et slikt system vil ha likhetstrekk med helsetjenestesystemet i Nederland.

Systemet med konkurrerende forsikringsselskaper i Nederland kalles for regulert konkurranse (managed competition). Systemet med regulert konkurranse ble innført i 2006 etter en lengre periode med utredninger.

Figur 2. Beskrivelse av helsesektoren i Nederland



(Kilder: van Ginneken et al., 2010, Schäfer et al. 2010)

Figur 2 beskriver hovedtrekk i systemet. Regjeringen spiller en rolle som reguleringsmyndighet. Forsikringsselskapene, helsetjenesteyterne og innbyggerne som forsikrede og pasienter er markedsdeltakerne. Dette tilsvarer aktørene som ble beskrevet i figur 1 i del 3. Det er obligatorisk forsikring for hele befolkningen som er forpliktet til å kjøpe helseforsikring fra et av de konkurrerende forsikringsselskapene. Forsikringsselskapene konkurrerer om kundenes gunst med pris og kvalitet som virkemidler, og må akseptere alle individer som er interessert i å kjøpe forsikring. Forsikringsselskapene kan ikke differensiere forsikringspremiene etter kundenes antatte sykdomsrisiko. De som har små inntekter, får subsidiert forsikringspremie av det offentlige. Basisforsikringens innhold (standard benefit package) er bestemt av helsedepartementet og er obligatorisk for alle forsikringsselskaper.

Foruten grunnleggende forsikring kan individene kjøpe tilleggsforsikring fra hvilket som helst forsikringsselskap. For tilleggsforsikring kan forsikringspremiene være risikjustert og forsikringsselskapene er ikke forpliktet til å akseptere alle som etterspør tilleggsforsikring. For den grunnleggende forsikring betaler innbyggerne på to måter. For det første betaler de en premie direkte til det forsikringsselskap de velger. For det andre er det et inntektsavhengig arbeidsgiverbidrag som blir brukt til å utjevne forsikringspremiene slik at det skal bli like attraktivt for et forsikringsselskap å forsikre en høyrisikoperson som en lavrisikoperson.

Forsikringsselskapene kan forhandle med helsetjenesteyterne om pris, kvalitet og volum. Det er tillatt å anvende selektive kontrakter på den måten at et forsikringsselskap velger å inngå kontrakter med noen tjenesteytere, men ikke med andre. Primærlegene spiller en sentral rolle. Det er et listepasientsystem og primærlegene avlønnes med en kombinasjon av per capita avlønning og aktivitetsavhengige takster. For sykehusbehandling er det etablert et DRG-lignende system (DBC). Forsikringsselskapene og sykehusene kan forhandle om pris, volum og kvalitet med utgangspunkt i DBC-gruppene.

Ideen bak regulert konkurranse er at konkurranse om å få kontrakter med forsikringsselskapene skal oppmuntre helsetjenesteyterne til å yte sitt beste både når det gjelder kvalitet og omfang av kostnadsreducerende tiltak. Konkurransen om kunder blant forsikringsselskapene vil oppmuntre selskapene til å anstrenge seg for å få til kontrakter med helsetjenesteyterne som har en passende kombinasjon av kostnad og kvalitet. Dette vil medføre at forsikringsselskapene kan tilby potensielle kunder en attraktiv kombinasjon av forsikringspremie og kvalitet for de tjenesteyterne selskapet har inngått kontrakt med. Et avansert risikoutjevningssystem sørger for at det ikke blir mer attraktivt for forsikringsselskapene å forsikre lavrisikogrupper enn høyrisikogrupper.

Ginneken et al (2010) peker på at ikke alle erfaringer har vært i følge modellens prediksjoner. Konkurransen om forsikringskundernes gunst har medført konsentrasjon blant tilbyderne av forsikring. Det er nå fire forsikringsselskaper som dekker 88 prosent av markedet. Det er utilstrekkelig kvalitetsinformasjon til at innbyggerne kan ta kvaliteten på helsetjenesteyterne i betraktning når de velger forsikringsselskap. Forsikringspremiens størrelse blir derfor den eneste parameter som kan observeres systematisk. Dette har

medført at forsikringsselskapene ikke har hatt tilstrekkelig insitamant til å fremme utvikling av behandlingskvalitet ved å inngå selektive kontrakter med behandlere. Det er problemer med DCB-systemet for betaling for sykehus tjenester og systemet for å utligne forskjeller i inntektene for forsikringsselskapene som skyldes forskjeller i sammensetning av kunder med høy og lav risiko for sykdom.

En fordel med den hollandske modellen i forhold til de nordiske kan være en mer gjennomslutlig forbindelse mellom kostnader i form av forsikringspremie og innholdet i den grunnleggende forsikringskontrakten. Jo mer presist definert innholdet er, jo mer forutsigbar blir ordningen for innbyggerne. Samtidig er det meget krevende å lage et presist definert innhold basert på informasjon om kostnader og forventede helseforbedringer. I Nederland vil en utvidelse av 'standard benefit package' måtte medføre en høyere forsikringspremie. På den måten vil kostnaden kunne veies mot den forventede nytten. Økning av forsikringspremien (i motsetning til pasientbetaling på brukstidspunktet) vil samtidig medføre at kostnadsdekningen ikke går på bekostning av velferdsgevinsten ved forsikring.

Samtidig som det er konkurranse i systemet, vil trolig mulighetene for å inngå selektive kontrakter kunne medføre at forsikringsselskapet kan påta seg rollen å koordinere de ulike tjenesteyterne for kroniske pasienter med sammensatte behov for helsetjenester.

En ulempe med systemet er trolig at transaksjonskostnadene (administrasjon, forhandlinger, prissetting etc.) vil være større enn i de nordiske systemene og det er større fare for pasientseleksjon enn hva det er i et system med offentlig forsikringsmonopol. Det kan også være at geografi og befolkningsgrunnlag i Norden er mindre egnet for konkurranse mellom helsetjenesteytere enn i det mer tett befolkede Nederland.

Det kan være en ide å ta initiativ til en utredning av fordeler og ulemper ved å innføre regulert konkurranse av helseforsikringsfunksjonen i Sverige. En slik utredning måtte drøfte hvem som da faktisk skal ivareta forsikringsfunksjonen og hva som eventuelt skal skje med de offentlige sykehusene. Gjennom en slik utredning vil en kunne få et bedre grunnlag for å vurdere om en så radikal endring er veien å gå. Selv om svaret skulle bli nei, vil diskusjonen kunne medføre et ytterligere reflektert forhold til hvorfor man ønsker å beholde grunntrekkene i det systemet man allerede har.

6 Avsluttende merknader

Formålet med denne rapporten er å beskrive og diskutere problemer i helsesektorene i de nordiske land. Diskusjonen har blitt gjennomført med utgangspunkt i egenskaper ved markedene for helsetjenesteforsikring og helsetjenesteproduksjon. Disse egenskapene legger føringer på avveininger mellom ulike delmål og på måloppnåelse samlet sett i helsesektoren.

Med utgangspunkt i diskusjonen av problemer i del 4 beskriver jeg i del 5 noen ideer til endringer som kan vurderes nærmere. Min ambisjon i del 5 er å gi innspill til videre diskusjon og utredning. Ambisjonen er ikke å komme med detaljerte forslag til endringer. Det er flere grunner til det. For det første er oppdraget å skrive en oversiktlig rapport om problemer i de nordiske helsesektorer mer enn å presentere nye tanker og ideer. Rapportens bidrag er å sammenstille og drøfte sentrale problemer med utgangspunkt i helseøkonomisk tankegang. For det andre vil alternative utforminger av helsetjenestesystemer ha både fordeler og ulemper. Innledningsvis i del 5 refererer jeg til en sammenlignende studie fra OECD (Joumard et al., 2010), som finner at alle systemer har forbedringsmuligheter. Samtidig vil det ofte være viktige avveininger involvert i den forstand at reformer som bidrar til forbedringer langs noen mål, kan medføre forverringer langs andre mål. For eksempel kan økt egenbetaling for pasientene medføre større kostnadsbevissthet i etterspørselen etter helsetjenester og mindre kostnader ved offentlig finansiering. Det kan også oppmuntre til flere sykdomsforebyggende aktiviteter siden behandlingskostnadene i større grad må dekkes av pasientene. På den annen side medfører større pasientbetaling mer finansiell risiko for pasientene samt at tilgangen på helsetjenester blir avhengig av den enkelte pasients økonomi. Et annet eksempel dreier seg om pasientenes valgfrihet. Fritt valg av lege og sykehus oppfattes ofte som et gode i seg selv. Det kan også tenkes at konkurranse om pasientene vil føre med seg bedre kvalitet på tjenestene. På den annen side vil fritt valg begrense muligheten for selektive kontrakter mellom forsikringsselskap og tjenesteytere. Dette begrenser igjen mulighetene for en forsikringsordning til å utnytte sine fordeler som stor kjøper av helsetjenester. Det kan også medføre mindre forutsigbarhet i inntekter og utgifter for forsikringsselskap og helsetjenesteytere. Et tredje eksempel er knyttet til

avlønning av tjenesteytere. En stor per capita andel i avlønningssystemet for leger og helsesentre gir stor grad av kostnadsforutsigbarhet for betaler. Dette motsvares av liten grad av kostnadsforutsigbarhet for helsesenteret. Liten grad av kostnadsforutsigbarhet kan for helsesenteret medføre større krav til nivået på den faste betalingen samtidig som det blir økonomisk viktig å unngå pasienter som man kan forutsi blir mer utgiftskrevende enn det per capita satsen kompenserer for. Tilsvarende vil introduksjon av belønning for å oppnå visse kvalitetsmål kunne medføre at kvalitetsmålene som blir belønnet, blir oppnådd i større grad enn før. En bivirkning kan være at denne kvalitetsforbedringen går på bekostning av kvalitetsmål som ikke så lett kan tallfestes. For å forhindre at dette skjer, kan man ta sikte på å offentliggjøre informasjon om et bredt utvalg av kvalitetsvariabler. Det er eksempler på at dette har medført at pasienter med mindre gode prognoser har blitt avvist for at sykehus skal framstå med gode behandlingsresultater.

Eksemplene er mange og understreker for det første at endringer og reformer i helsesektoren ofte innebærer både fordeler og ulemper. Hvorvidt man anser det samlede resultatet som en forbedring, vil da avhenge av hvordan man veier fordeler mot ulemper. Det vil igjen kunne avhenge av det verdigrunnlag man har. Eksemplene understreker også betydningen av grundig utredning og forsøksvirksomhet for å unngå uintenderte effekter.

Ideene til nærmere vurdering i del 5 er forsøkt gruppert i forhold til de typene av problemer som blir tatt opp i del 4. Et sentralt kjennetegn ved de nordiske helsesektorene er den kollektive offentlige finansieringen. Finansieringsproblemet, trusler mot den kollektive finansieringen, var det første problemet som ble tatt opp i del 4. En viktig utfordring er å undersøke om det fins mekanismer for å omdanne privat betalingsvillighet for helseforbedringer til faktisk betalingsvillighet for kollektiv finansiering av helsesektorens virksomhet. En ide kan være å sørge for en nærmere tilknytning mellom finansiering av helsetjenester og hva helsesektoren tilbyr enn hva tilfellet er i dag. En separat helseskatt kan være et nærliggende alternativ. I Sverige kan man hevde at det har man allerede i dag siden 90 prosent av landstingenes utgifter går til helsesektoren. Samtidig er det ingen eksplisitt forbindelse mellom innholdet i det offentlig finansierte helsevesen og landstingsskattens størrelse. En slik kopling kan foregå parallelt med arbeidet med åpne prioriteringer og vil kanskje kunne gi mulighet til å skape større forståelse for sammenhenger mellom innhold og kostnad ved det offentlige finansierte helsevesen. Mer eksplisitt beskrivelse av innhold og

kostnad ved det offentlige helsevesen vil kunne bidra til større gjennomsiktighet og forutsigbarhet for befolkningen og dermed mer veloverveide beslutninger om man vil supplere det offentlige tilbudet med privat finansierte helseforsikringer. Å skape mer forutsigbarhet når de fleste får behov for tjenester mange år fram i tid, er samtidig komplisert. Teknologisk utvikling gjør at diagnostikk og behandling som er utenkelig i dag, vil kunne være aktuelle valg om noen år.

Problemer med kvalitet og produktivitet var en annen gruppe av problemer som ble tatt opp i del 4. Diskusjonen ble særlig knyttet opp mot behandling av pasienter som har behov for koordinert innsats av helsetjenester. I del 5 argumenterer jeg for at sammenlignende studier av behandlingsutfall og kostnader mellom land i Norden kan bidra til en informert helsepolitisk debatt om forbedringsmulighetene i landene. Finland og Sverige er de landene som har kommet lengst i å gjennomføre slike åpne sammenligninger. Komparative undersøkelser i Norden vil kunne bidra til ytterligere variasjon i institusjoner, data og resultater og dermed utvide perspektivet for diskusjonen. Den andre problemstillingen jeg drøftet, var behovet for å utvikle et system for koordinering av helsetjenester til pasienter med kroniske sykdommer. Det er ikke klart hva slags organisasjon og betalingssystem som er mest hensiktsmessig for å fatte beslutninger som både tilgodeser pasientenes helse og samfunnets ressursbruk og hvilken rolle formelle og uformelle markeder kan ha i denne sammenheng. Det er også et mangfold av systemer som eksisterer og som prøves ut – også i Norden. De problemer de nordiske landene står overfor i koordinering i helsesektoren innebærer en mulighet til en systematisk utprøving av de ulike organisasjons- og finansieringsmåter som kan styrke koordineringsfunksjonen i helsesektoren. En økt satsing på systematisk utprøving av nye finansierings- og organisasjonsmåter lokalt vil trolig kreve betydelig koordinering av virksomheten fra sentralt hold.

Den siste gruppen av ideer til videre vurdering hadde stikkordet rasjonering og prioritering etter diskusjonen av de tilsvarende problemer i kapittel 4. Med den begrensede rolle rasjonering ved hjelp av pasientavgifter har i helsesektoren, kommer man ikke utenom andre rasjoneringsinstrumenter. Utviklingen av åpne prioriteringer er i denne sammenheng trolig et viktig tiltak for å oppnå en ressursbruk i helsesektoren som er i samsvar med samfunnets verdigrunnlag og som samtidig bidrar til forutsigbarhet og gjennomsiktighet for befolkningen. Samtidig er det mange utfordringer i et slikt arbeid. Behandlingsbeslutninger i

helsesektoren er ofte ikke etterprøvbare. Samtidig som behandlingsgrenser i seg selv kan være målbare (for eksempel grenser for medikamentell behandling mot høyt blodtrykk), har mange pasienter bidiagnoser som både kan virke inn på den forventede helsegevinsten ved behandling og på kostnaden ved å la være å behandle. En viktig utfordring er dermed å lage retningslinjer på det overordnede plan som samtidig blir fulgt i den kliniske hverdag i møtet mellom pasient og lege. En annen utfordring er å lage systemer som gjør at politikere som skal gjenvelges, også skal kunne vedta prioriteringsordninger som vil kunne gå ut over deres potensielle velgere som pasienter.

Disse og andre utfordringer trekker i retning av at andre mekanismer bør supplere direkte prioritering i fordeling av ressurser til og innen helsesektoren. Graderte egenbetalinger (value based insurance) har blitt fremmet som et slikt supplement. Istedenfor å avvise behandling helt, kan behandling med liten forventet helseeffekt i forhold til kostnadene bli tilbudt mot en større egenbetaling enn mer effektive behandlinger. Dette vil oppmuntre pasienter til å være tilbakeholdne med å etterspørre slike behandlinger. Igjen er utfordringen å lage et system som har legitimitet i befolkningen samtidig som det er detaljert nok til å fungere i praksis i møtet mellom den enkelte pasient og lege. Som pasientens representant vil kanskje legen anstrenge seg for at det potensielle helseutbytte for pasienten skal framstå som best mulig for at pasientens egenbetaling skal bli minst mulig. Egenskaper ved alternative utforminger av graderte egenbetalinger kan være verdt å utrede nærmere.

Referanser:

- Andersson, D., Fransson, A., 2011. Kalorier kostar - en ESO-rapport om vikten av vikt. Rapport 2011:3. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Finansdepartementet, Stockholm.
- Anell, A., 2004. Strukturer, resurser, drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar. Studentlitteratur, Lund.
- Anell, A., 2005. Swedish healthcare under pressure. *Health Economics* 14, S237–S254.
- Anell, A., 2009. Primärvård i förändring. Studentlitteratur, Lund.
- Anell, A., 2010. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*, DOI:10.1017/S1744133110000216
- Anell, A., 2010. Några av vårdens utmaningar. I A. Anell og U.-G. Gerdtham (red.): Vårdens utmaningar. SNS Välfärdsrapport 2010. SNS Förlag, Stockholm.
- Anell, A., Paulsson, G., 2010. Valfrihet och konkurrens i primärvården. I A. Anell og U.-G. Gerdtham (red.): Vårdens utmaningar. SNS Välfärdsrapport 2010. SNS Förlag, Stockholm.
- Arrow, K. E., 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 53, 941-973.
- Arvidsson, E., et al., 2010. Priority setting in primary health care – dilemmas and opportunities: a focus group study. *BMC Family Practice* 11:71.
- Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., 2011. Stigende social ulighed i levetiden 2011. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd og Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Baicker, K., Goldman, D., 2011. Patient cost-sharing and healthcare spending growth. *Journal of Economic Perspectives* 25, 47–68.
- Bhattacharya, J., Sood, N., 2011. Who pays for obesity. *Journal of Economic Perspectives* 25, 139-158.
- Borg, P., 2009. Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga? Rapport 2009:1. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Finansdepartementet, Stockholm.
- Carlsen, B., Norheim, O. F., 2003. Introduction of the patient-list system in general practice: Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21, 209-213.
- Carlsson, P., 2010a. Vad ska vi välja? Om vårdens prioriteringar. I A. Anell og U.-G. Gerdtham (red.): Vårdens utmaningar. SNS Välfärdsrapport 2010. SNS Förlag, Stockholm.

Carlsson, P., 2010b. Priority setting in health care: Swedish efforts and experiences. *Scandinavian Journal of Public Health* 38, 561–564.

Chandra, A., Jena. A. B., Skinner, J. S., 2011. The Pragmatist's Guide to Comparative Effectiveness Research. *Journal of Economic Perspectives* 25, 27–46.

Commision of the European Communities, 2006. Communication from the commission. consultation regarding community action on health services, Brüssel 26. september 2006 SEC (2006) 1195/4.

Commonwealth Fund, 2008. Why not the best? Results from the national scorecard on U.S. health system performance, 2008. The Commonwealth Fund, New York.

Croxson , B., Propper, C. Perkins, A., 2001. Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme. *Journal of Public Economics* 79, 375–398.

Cutler, D. M., 2004. *Your money or your life: Strong medicine for America's health care system* (Oxford University Press, New York).

Cutler, D. M., Zeckhauser, R. J., 2000. The anatomy of health insurance. In A. J. Culyer and J.P. Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics* (Elsevier Science B.V., Amsterdam) 563-643.

Cutler, D. M., McClellan, M., 2001. Is technological change in medicine worth It? *Health Affairs* 20, 11-29.

Cutler, D. M., Ly, D., P., 2011. The (Paper)Work of Medicine: Understanding International Medical Costs. *Journal of Economic Perspectives* 25, 3–25.

Dahl, E. H., Ellingsen, J., Iversen, T., 2010. Markedsforholdenes betydning for fastlegenes henvisninger til radiologiske undersøkelser. *Samfunnsøkonomen* 1/2010, 20-27.

Dawson, D., Gravelle, H., Jacobs, R., Martin, S., Smith, P. C., 2007. The effects of expanding patient choice of provider on waiting times: evidence from a policy experiment. *Health Economics* 16, 113-128.

Danmark Sygeforsikring, 2010. Årsrapport 2009. Danmark Sygeforsikring, København.

De Økonomiske Råd, 2009. Dansk Økonomi, efterår 2009. Kapitel II Sundhed. De Økonomiske Råd, København.

Dusheiko, M., Gravelle, H., Jacobs, R., Smith, P. C., 2006. The effect of budgets on doctor behaviour: evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics* 25, 449–478.

Einav, L., Finkelstein, A., 2011. Selection in insurance markets: Theory and empirics in pictures. *Journal of Economic Perspectives* 25, 115-138.

Ellis, R. P., McGuire, T. G., 1993. Supply-side and demand-side cost sharing in health care. *Journal of Economic Perspectives* 7, 135-151.

Erntoft, S., Asseburg, C., Johnson, R., Anell, A., Persson, U., 2010. Vilken betydelse har hälsoekonomi vid prioriteringar? – Ett experiment bland beslutsfattare och en analys av faktiska prioriteringar. Rapport 2010:3. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet.

Fattore, G., Torbica, A., 2008. Cost and reimbursement of cataract surgery in Europe: A cross- country comparison. *Health Economics* 17, S71-S82.

Fendrick, A. M., Smith, D. G., Chernew, M. E., 2010. Applying value-based insurance design to low-value health services. *Health Affairs* 29, 2017–2021.

Frølich, A. (red.), 2011. Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente? University Press of Southern Denmark, Odense.

Gaynor, M., 2006. Competition and quality in health care markets. *Foundations and trends in microeconomics* 2:6. Boston: Delft.

Godager, G., Iversen, T., 2009. Internasjonal handel med helsetjenester: Vil liberalisering påvirke pasienter og tilbydere i helsesektoren? *Samfunnsøkonomen* 6/2009, 33-39.

Gravelle, H., Siciliani, L., 2008a. Is waiting time prioritisation welfare improving?. *Health Economics* 17, 167-184.

Gravelle, H., Siciliani, L., 2008b. Optimal quality, waits and charges in health insurance. *Journal of Health Economics* 27, 663-674.

Grepperud, S., Iversen, T., 2011. Hvem har arbeidsgiverfinansiert behandlingsforsikring? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 1/2011, 15-24.

Hall, R. E., Jones, C. I., 2007. The value of life and the rise of health spending. *Quarterly Journal of Economics* 122, 39-72.

Health Affairs, 2010. Comparative Effectiveness Research. Project HOPE.

Holmboe, O. et al., 2009. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 24–2009. Nasjonalkunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.

Häkkinen, U., 2005. The impact of changes in Finland's health care system. *Health Economics* 14, S101–S118.

Häkkinen, U., 2010. Financing of hospital care in Finland. *European Observer* 12, 3, 10-12.

Iversen, T., Siciliani, L., 2011. Non-price rationing and waiting times. In S. Glied and P. C. Smith (eds.): *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press, Oxford.

- Joumard, I., André, C., Nicq, C., 2010. Health care systems: Efficiency and institutions. OECD Economics Department Working Papers, No. 769, OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmfp51f5f9t-en.
- Kalseth, J., et al., 2010. Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land. SINTEF rapport A16819, oktober 2010. SINTEF, Trondheim.
- Kann, I. C., Biørn, E., Lurås, H., 2010. Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. *Journal of Health Economics* 29, 751 – 764.
- Kifmann, M., 2005. Health insurance in a democracy: Why is it public and why are premiums income related? *Public Choice* 124, 283–308.
- Kittelsen, S. et al., 2009. En komparativ analyse av spesialisthelse-tjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007. SINTEF rapport A12200, juli 2009.
- Kjellberg, J., Andreasen, M. N., Sjøgaard, J., 2010. Private sundhedsforsikringer. Notat. Dansk Sundhedsinstitut.
- Kornai, J., Eggleston., 2001. Welfare, choice and solidarity in transition. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Kunst, A. E. et al., 2005. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 34, 295–305.
- Lakdawalla, D.N., D.P. Goldman, D. P., and B. Shang, B., 2005. The health and cost consequences of obesity among the future elderly. *Health Affairs* 24, Suppl. 2, 30-41.
- Lindgren, B., Lyttkens, C. H., 2010. Financing healthcare: A gordian knot waiting to be cut. In T. Bengtsson (ed.): *Population ageing – a threat to the welfare state. The case of Sweden.* Springer Verlag, Heidelberg, 81-107.
- Linna, M., et al., 2010. Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals—a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. *Health Care Management Science* 13, 346–357.
- Lyttkens, C. H., 2010. Sjukvårdens långsiktiga finansiering. I A. Anell og U.-G. Gerdtham (red.): *Vårdens utmaningar. SNS Välfärdsrapport 2010.* SNS Förlag, Stockholm.
- Magnussen, J., Vranbæk, K., Saltman, R., (eds.), 2009. *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy changes.* Open University Press, Birkshire, England.
- McClellan, M., 2011. Reforming payments to healthcare providers: The key to slowing healthcare cost growth while improving quality?" *Journal of Economic Perspectives* 25, 69–92.

- Murphy, K. M., Topel, R. H., 2006. The value of health and longevity. *Journal of Political Economy* 114, 871-904.
- Møller Pedersen, K., Christiansen, T., Bech, M., 2005. The Danish health care system: evolution - not revolution - in a decentralized system. *Health Economics* 14, S41–S57.
- NOMESKO, 2010. Helsestatistik for de nordiske lande med data fra 2008. Nordisk Medicinalstatistisk Komité, København.
- Newhouse, J. P., 1992. Medical care costs: Ho much welfare loss? *The Journal of Economic Perspectives* 6, 3-21.
- Newhouse, J. P., 2006. Reconsidering the Moral Hazard-Risk Avoidance Tradeoff. *Journal of Health Economics* 25, 1005–14.
- OECD, 2009. Health at a glance. OECD Indicators. OECD, Paris.
- OECD, 2010. Obesity and the economics of prevention. Fit not fat. The Organisation for Economic Cooperation and development, Paris.
- OECD, 2010. Health care systems: Getting more value for money. Economics department policy note no. 2. OECD, Paris.
- Oeppen, J., J.W. Vaupel, J.W., 2002. Broken Limits to Life Expectancy. *Science* 2960, 1029-1031.
- Olsen, K. R., 2011. Patient complexity and GPs' income under mixed remuneration. *Health Economics*, forthcoming.
- Or, Z., 2010. Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. *Health Economics, Policy and Law* 5, 269-293.
- Paris, V., Devaux, M., Wei, L., 2010. "Health systems institutional characteristics: A survey of 29 OECD countries. OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmfxfq9qbnr-en.
- Persson, U., 2010. Utvärdering av medicinsk teknologi och hälsoekonomi. I A. Anell og U.-G. Gerdtham (red.): *Vårdens utmaningar. SNS Välfärdsrapport 2010*. SNS Förlag, Stockholm.
- Persson, U., Ödegaard, K., 2011. Fetma ett ekonomiskt samhällsproblem – kostnader och möjliga åtgärder för Sverige. *Ekonomisk Debatt* 39, 1, 39-49.
- Pozen, A., Cutler, D. M., 2010. Medical spending differences in the United States and Canada: The role of prices, procedures, and administrative expenses. *Inquiry* 47, 124–34.

PrioriteringsCentrum, 2007. Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer og riktlinjer för prioriteringar i hälso- og sjukvården. Rapport 2007:2. PrioriteringsCentrum, Linköping.

Propper, C., Burgess, S., Green, K., 2004. Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics* 88, 1247– 1272.

Propper, C., Sutton, M., Whitnall, C., Windmeijer, F., 2008. Did 'Targets and terror reduce waiting times in England for hospital care?. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 8/2 (Contribution), Article 5.

Propper, C., Burgess, S., Gossage, D., 2008a. Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9. *The Economic Journal* 118, 138–170.

Rees R, 1989, Uncertainty, information and insurance, in J. D. Hey, ed., *Current Issues in Microeconomics* (Palgrave Macmillan, London).

Rehnberg, C., Janlöv, N., Khan, J., 2009. Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Stockholm: Enheten förr hälsoekonomi vid Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.

Robinson, J. C., 2010. Comparative effectiveness research: From clinical information to economic incentives. *Health Affairs* 29, 1788–1795.

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

Russel, L. B., 2009. Preventing chronic disease: An important investment, but don't count on cost savings. *Health Affairs* 28, 42–45.

Schoen, C. et al., 2010. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries," *Health Affairs Web First*, Nov. 18, 2010.

Schäfer, W. et al., 2010. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* 12(1). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Siciliani, L., 2005. Does more choice reduce waiting times?. *Health Economics* 14, 17-23.

Siciliani, L., 2007. Optimal contracts for health services in the presence of waiting times and asymmetric information. *B.E. Journal of Economic Policy and Analysis*, 7/1 (Contribution), article 40.

Siciliani, L., Martin, S., 2007. An empirical analysis of the impact of choice on waiting times. *Health Economics* 16, 763-779.

Skudal, K.E., et al., 2010. Commonwealth Fund-undersøkelsen 2010: Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21–2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.

Socialstyrelsen, 2009. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialdepartementet, 2010. Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet. Regeringskansliet. Stockholm.

SOU 2007:95, Tjänster utan gränser? Internationalisering av offentliga sektorns tjänster. Statskontoret, Stockholm.

SOU 2008:105, Långtidsutredningen 2008. Huvudbetänkande. Finansdepartementet, Stockholm.

St.meld. nr. 47, 2008–2009. Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo

Stargardt, T., 2008. Health services costs in Europe: Cost and reimbursement of primary hip replacement in nine countries. *Health Economics* 17, S9-S20.

Strand, B. H., et al., 2010. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *British Medical Journal* 2010;340:c654 doi:10.1136/bmj.c654.

Strandberg-Larsen et al., 2010. Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration?: A comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system. *BMC Health Services Research* 2010, 10:91.

Sveriges Kommuner och Landsting, 2010. Programberedningen för välfärdsfinansieringen. Framtidens utmaning. Välfärdens långsiktiga finansiering. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting, 2010a. Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag til gemensam satsning 2011-2015. Rapport bestilt av Socialdepartementet og Sveriges Kommuner och Landsting. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.

Tan, S. S. et al., 2008. Costs and prices of single dental fillings in Europe: A micro-costing study. *Health Economics* 17, S83-S93.

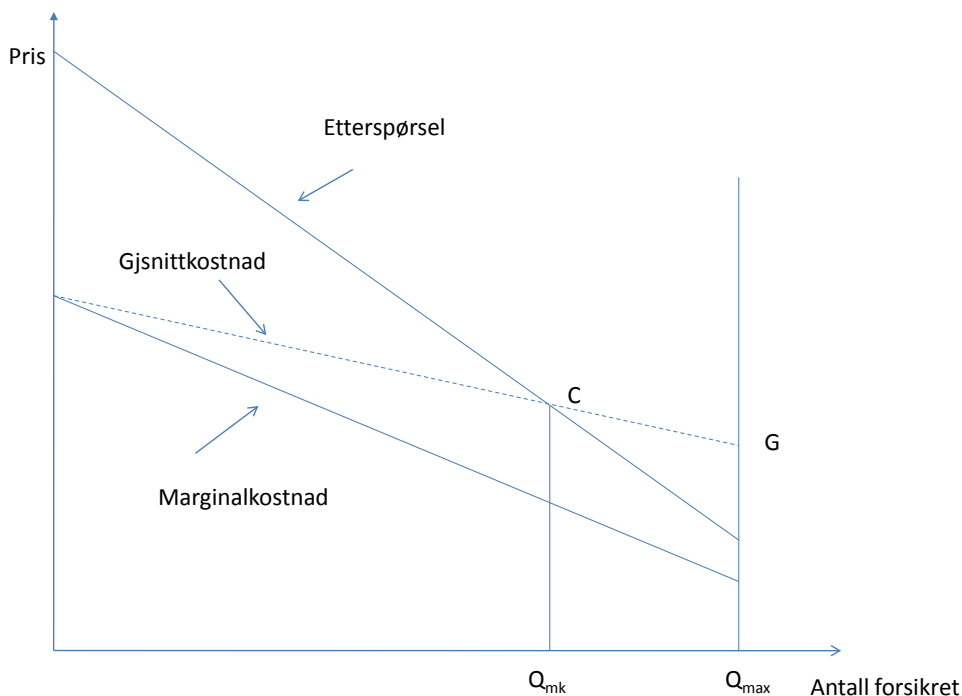
Tinghög, G., Carlsson, P., Lyttkens, C. H., 2010. Individual responsibility for what? - A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system. *Health Economics, Policy and Law* 5, 201–223.

van den Berg, E., 2010. Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs. *Eurohealth* 16, 3, 27-29.

- van Ginneken, E., Schäfer, W., Kroneman, E., 2010. Managed competition in the Netherlands: an example for others? *Eurohealth* 16, 3, 23-26.
- Västra Götalandsregionen, 2011. Krav- och kvalitetsbok, Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård. Västra Götalandsregionen, Vänersborg.
- Waller, H. Th., 1984. Height, weight and mortality: The Norwegian experience. *Acta Medica Scandinavica* 215 Issue S679, 1-56.
- Werblow, A., Felder, S., Zweifel, P., 2007. Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health Economics* 16, 1109–1126.
- Wong, A. et al., 2011. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: A carpaccio of red herrings. *Health Economics* 20, 379-400.
- Zeckhauser, R., 1970. Medical insurance: A case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives. *Journal of Economic Theory* 2, 10-26.
- Zweifel, P., Breyer, F., Kifman, M., 2009. *Health Economics*. Springer, Dordrecht.

Vedlegg: Nærmere om argumentene for regulering av markedene for helsetjenesteforsikring

Helseforsikring er et område der det har skjedd mye forskning de senere årene. Nye resultater har bidratt til å nyansere konklusjonene fra forskningen på 1970- og 1980-tallet. Framstillingen i dette vedlegget bygger på Einav og Finkelstein (2011) og utdyper resonnementene i del 3.



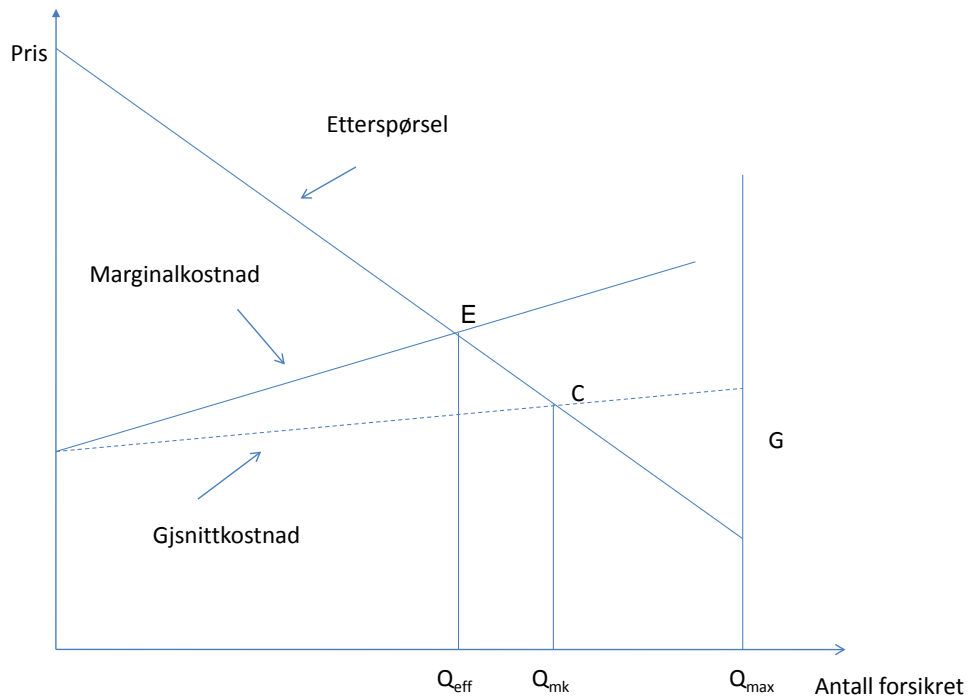
Vi tenker oss at individene velger mellom full forsikring og ingen forsikring. Konkurrerende selskaper bruker prisen på forsikring (forsikringspremie) for å tiltrekke seg kunder. Kundene (potensielle pasienter) antas å ha like preferanser (for eksempel med hensyn til grad av risikoaversjon), men skiller seg fra hverandre ved hjelp av risiko for framtidig sykdom. Denne risikoen er kjent for den enkelte kunde. For selskapene er risikoen bare kjent for gjennomsnittet av alle potensielle kunder. Etterspørselen etter forsikring er delvis bestemt av de forventede sykdomskostnadene og delvis av graden av risikoaversjon. Etterspørselen etter forsikring er en fallende funksjon av prisen på forsikring. For høye priser er det bare

dem med stor sykdomsrisiko som vil etterspørre forsikring. Gjennomsnittskostnaden for forsikringsselskapet er gjennomsnittlig utbetaling for ulike nivåer på antallet forsikrede. Siden forventet utbetaling per kunde reduseres med antallet forsikrede (siden risikoen er avtakende), er gjennomsnittskostnadskurven fallende og marginalkostnaden er mindre enn gjennomsnittskostnadene. Markedslikevekten blir i punktet C der etterspørselskurven krysser gjennomsnittskostnadskurven. Ved en høyere pris vil selskapene ha positiv profitt og de vil sette ned prisen for å tiltrekke seg flere kunder. Ved lavere pris vil de ikke få dekket kostnadene og de må legge ned driften. I markedslikevekten er det $Q_{\max} - Q_{mk}$ personer som vil velge ikke å ha helseforsikring fordi deres betalingsvillighet er mindre enn prisen. Samtidig ser vi fra figuren at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt at alle (Q_{\max}) blir forsikret siden marginalkostnaden er mindre enn den marginale betalingsvillighet for hele befolkningen. Ved asymmetrisk informasjon om sykdomsrisiko kan det dermed være færre som blir forsikret enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt. En mulig tiltak for å forhindre denne markedsfeilen er å gjøre helseforsikring obligatorisk. Et annet mulig tiltak er å subsidiere forsikring så mye at alle vil velge å kjøpe forsikring.

Teoretisk og empirisk forskning de senere årene har sådd tvil om det generelle innhold i resultatene over. To viktige stikkord i denne forbindelse er administrasjonskostnader og heterogenitet i preferanser. Forsikringsselskapene vil ha kostnader knyttet til innbetaling av premier og utbetaling til helsetjenesteytere og pasienter. Slike kostnader, for eksempel markedsføringskostnader og kontrollkostnader, medfører at gjennomsnittskostnads- og marginalkostnadskurvene skifter utover og skiftenes størrelse er i mange tilfeller ikke trivielle. Hvis administrasjonskostnadene er store nok, vil de kunne være større enn sikkerhetsekvivalenten for personer med liten risiko for sykdom. De vil dermed foretrekke å være uten forsikring og det er ikke lenger optimalt med full forsikringsdekning i befolkningen.

Heterogenitet i preferanser har å gjøre med at de som har liten sannsynlighet for sykdom, kan være mer risikoaverse enn de som har større sannsynlighet for sykdom. En bakgrunn kan for eksempel være at de mest risikoaverse har drevet mye sykdomsforebyggende aktivitet som nettopp bidrar til at de har en mindre sykdomsrisiko i dag. Hvis effekten av slik heterogenitet i preferansene er stor nok, vil den medføre at det er de med minst

sykdomsrisiko som har størst betalingsvillighet for helseforsikring. Dette framstilles i figuren under.



Siden betalingsvilligheten for helseforsikring nå er størst blant de med minst sykdomsrisiko, vil marginalkostnadskurven bli stigende i diagrammet. Dermed blir også gjennomsnittskostnadskurven stigende. Markedslikevekten blir i punktet C, mens den samfunnsøkonomisk optimale forsikringsdekningen er mindre og karakteriseres av punktet E der den marginale betalingsvilligheten (etterspørselskurven) er lik den marginale kostnaden ved å tilby forsikring. Vi ser at i tilfellet med gunstig utvalg (advantageous selection) er det ikke samfunnsøkonomisk optimalt med full forsikringsdekning.