

Incitamentter i det offentlige sundhedssystem

Jørn Henrik Petersen

Center for Helsetjenesteforskning og Socialpolitik, Odense Universitet

SUMMARY: The characteristics of the »market« for health care services compared with the standard assumptions of the model of perfect competition are developed in sections I-IV. In particular the existence of risk, uncertainty, market failures in insurance markets, specific caring with respect to health care and the predominant asymmetric information between consumer and provider are emphasized and their implications analyzed. Based on an analysis of the supply side of the health care market health policy is defined as measures intended to influence the behaviour of the economic units producing health care status. Following a discussion of »price setting« in a regulated »market«, the paper develops and discusses the recent plan of the Danish Ministry of Health compared to the American ideas of Health Maintenance Organizations.

Indledning

Mange analyser vedrørende udbud af sundhedsydelser forudsætter, at en række problemer ville kunne løses, hvis man i større grad gjorde brug af markedssystemet.¹

Derfor indledes artiklen i afsnit I med en drøftelse af *fuldkommen konkurrence* som markedssystem og den dertil knyttede *automatiske incentivfrembringelse*. Dette følges i afsnittene II og III op af en diskussion af »fejl« i markedet for sundhedsydelser. I afsnittene IV og V sammenfattes konsekvenserne i en drøftelse af dette »marked« i almindelighed og dets *udbudsside* i særdeleshed.

Hermed er scenen sat for afsnit VI's diskussion af »prispolitik« i sundhedssektoren som oplæg til afsnit VII's præsentation af det danske Sundhedsministeriums nylige handlingsplan, der netop lægger vægt på *incitamentmekanismer*. Tanken illustreres i afsnit VIII ved en fremhævelse af de træk ved de amerikanske *Health Maintenance Organizations* (HMO'er), som kunne tænkes overført til en skandinavisk sammenhæng uden i væsentlig grad at bryde med traditionen.² Artiklen afsluttes i afsnit IX med et ræsonnement over *incentivsystemernes etiske status*.

Artiklen er en bearbejdet version af et indlæg på Nordiska Ekonomiska Forskningsrådets seminar »Incitamentsproblem i välfärdsstaten«, Tromsø, Norge, d. 18.-20. juni 1991. For mere detaljerede analyser henvises til Andersen og Christiansen (1990 og 1991).

1. Svarende hertil anvendes traditionel neoklassisk teori som analytisk ramme.

2. Artiklen omfatter ikke en drøftelse af privatisering på udbudssiden.

Incitamentter i det offentlige sundhedssystem

Jørn Henrik Petersen

Center for Helsetjenesteforskning og Socialpolitik, Odense Universitet

SUMMARY: The characteristics of the »market« for health care services compared with the standard assumptions of the model of perfect competition are developed in sections I-IV. In particular the existence of risk, uncertainty, market failures in insurance markets, specific caring with respect to health care and the predominant asymmetric information between consumer and provider are emphasized and their implications analyzed. Based on an analysis of the supply side of the health care market health policy is defined as measures intended to influence the behaviour of the economic units producing health care status. Following a discussion of »price setting« in a regulated »market«, the paper develops and discusses the recent plan of the Danish Ministry of Health compared to the American ideas of Health Maintenance Organizations.

Indledning

Mange analyser vedrørende udbud af sundhedsydelser forudsætter, at en række problemer ville kunne løses, hvis man i større grad gjorde brug af markedssystemet.¹

Derfor indledes artiklen i afsnit I med en drøftelse af *fuldkommen konkurrence* som markedssystem og den dertil knyttede *automatiske incentivfrembringelse*. Dette følges i afsnittene II og III op af en diskussion af »fejl« i markedet for sundhedsydelser. I afsnittene IV og V sammenfattes konsekvenserne i en drøftelse af dette »marked« i almindelighed og dets *udbudsside* i særdeleshed.

Hermed er scenen sat for afsnit VI's diskussion af »prispolitik« i sundhedssektoren som oplæg til afsnit VII's præsentation af det danske Sundhedsministeriums nylige handlingsplan, der netop lægger vægt på *incitamentmekanismer*. Tanken illustreres i afsnit VIII ved en fremhævelse af de træk ved de amerikanske *Health Maintenance Organizations* (HMO'er), som kunne tænkes overført til en skandinavisk sammenhæng uden i væsentlig grad at bryde med traditionen.² Artiklen afsluttes i afsnit IX med et ræsonnement over *incentivsystemernes etiske status*.

Artiklen er en bearbejdet version af et indlæg på Nordiska Ekonomiska Forskningsrådets seminar »Incitamentsproblem i välfärdsstaten«, Tromsø, Norge, d. 18.-20. juni 1991. For mere detaljerede analyser henvises til Andersen og Christiansen (1990 og 1991).

1. Svarende hertil anvendes traditionel neoklassisk teori som analytisk ramme.

2. Artiklen omfatter ikke en drøftelse af privatisering på udbudssiden.

1. Fuldkommen konkurrence som ønskelig markedsform

Hvis der under *fuldkommen konkurrence* er ligevægt i alle markeder, kan der *ikke* gennemføres ændringer, som stiller en bedre, *uden* at en anden stilles ringere. Tilstanden er Pareto optimal. De relative priser giver alle forbrugere og producenter *incitament* til beslutninger, som resulterer i en *Pareto optimal* anvendelse af samfundets ressourcer.

Bortset fra visse mere »tekniske« antagelser forudsætter fuldkommen konkurrence som markedsform følgende:

1. Der er et *så stort antal efterspørgere og udbydere* i markedet, at ingen enkelt aktør kan påvirke efterspørgsel eller udbud og dermed ligevægten;
2. Der udbydes *homogene goder*. Efterspørgeren foretrækker derfor ikke den ene udbyder for den anden;
3. *Goderne er private*. De giver alene nytte for de personer, der forbruger dem;
4. Der er *ingen offentlig indgriben i markedet* i form af subsidier, skatter, rationering, påbud eller regulering;
5. Af (1) og (2) følger, at efterspørgere og udbydere tilpasser deres efterspørgsel/udbud til *priser*, der af den enkelte opfattes som *udefra givne*;
6. Der er *fri til- og frastrømning* på udbudssiden;
7. Udbydernes dispositioner bestemmes af ønsket om *profitmaksimering*;
8. *Produktionsfaktorerne er frit bevægelige*, og produktionsfaktormarkedene er selv *fuldkomne konkurrencemarkeder*. Den enkelte virksomheds produktionsbeslutninger påvirker ikke andre virksomheders mulighedsområde;
9. Af (5) - (8) følger, at goderne i langtidsligevægt produceres til *de mindst mulige omkostninger*, at de udbydes i mængder, hvor prisen er lig med omkostningerne ved at producere endnu en enhed (*marginalomkostningen*), og at den økonomiske profit er lig med nul;
10. Det følger tillige, at *marginalomkostningen* modsvarer værdien af de anvendte produktionsfaktorer i bedste alternative anvendelse (*alternativomkostningen*);
11. Forbrugernes dispositioner bestemmes af ønsket om *nyttmaksimering*. Andres forbrugsdispositioner eller nytteniveau påvirker *ikke* den enkeltes nytte;
12. Af (5) og (11) følger, at den individuelle efterspørgsel afspejler den værdi, forbrugeren tillægger successive enheder af godet (*marginalværdien*);
13. (10) og (12) indebærer, at *marginalværdien i ligevægt er lig med marginalomkostningen*;
14. Alle efterspørgere og udbydere har *komplet og fuldkommen viden* om markedsvilkårene ikke alene i den indeværende, men også i alle fremtidige perioder. *Information er et frit gode*, som er til rådighed *uden omkostninger*. Der er *ingen usikkerhed*;
15. Alle markeder opfylder forudsætningerne (1) - (14).

Givet prisernes information om *de relative knapheder*, har alle aktører tilstrækkelig information til at træffe beslutninger, som resulterer i en *optimal ressourceanvendelse*. Den enkelte aktør har kun nødig at beskæftige sig med sit eget beslutningsproblem, idet prissystemet simultant virker som *signal-, informations-, incentiv- og koordinationsmekanisme*. Ændringer i de relative priser giver alle beslutningstagere tilskyndelse (*incitament*) til at tilpasse den individuelle adfærd til ændrede forhold, der ikke nødvendigvis kendes, men som afspejles i priserne. Priserne informerer både om præferencer og alternativomkostninger, og de påvirker i sig selv adfærden i overensstemmelse hermed.

Incitamenterne til ønskelig adfærd fremkommer i et markedsøkonomisk system *automatisk*. Derfor finder man kun sjældent i standardlærebøgerne en eksplicit drøftelse af *incentivsystemet*,³ mens det derimod er et tilbagevendende problem i analyser af det traditionelle centraldirigerede, budget- og mængdestyringssystem i Østeuropa og Sovjetunionen.

Her er der brug for *bevidst udformede* incitament, der skal stimulere de underordnede enheder til at handle, som de overordnede enheder ville have gjort, hvis de havde haft den fornødne information. Både vellykkede og fejlslagne eksempler dokumenterer, at *adfærd påvirkes af incitament*. Omvendt er der talrige eksempler, som viser, at aktørerne søger at omgå *incentivmekanismerne*, så de opnår fordelene uden en med *incentiverne* konsistent adfærd. Mon ikke det vil kunne genfindes i den sektor, der sigter på at producere sundhedsstatus?

I blandingsøkonomien finder man først og fremmest incitament drøftet i tilknytning til offentlig indgriben med henblik på adfærdsændringer hos forbrugere og/eller virksomheder.⁴ I alle tilfælde fremtræder incitament som led i en *stimulus-respons mekanisme*, hvorved et »overordnet« organ søger at påvirke et »underordnet«, så dette har interesse i at realisere det overordnede organs ønsker. Stimulus-respons mekanismen er fælles for alle underordnede organer, d.v.s. talen er om *parametriske incitament* og ikke om *specifikke incitament* rettet mod adfærd for den enkelte aktør. Generelt er incitament fællesbetegnelse for forsøg på at forene private/individuelle og »samfundsmæssige« interesser.

II. Om markedsfejl

Selvsagt vil de anførte forudsætninger langt fra alle være opfyldte og da slet ikke i

3. I en række nyere værker drøftes incitamentproblemet under overskriften »optimal kontraktsindgåelse«, som en del af den såkaldte »principal-agent«-teori. Analysen vedrører den optimale kontrakt i situationer, hvor agentens handlinger, der ikke kan iagttages af principalen, påvirker principalens indtjening. Der findes ikke mange generelle resultater vedrørende den optimale kontrakts indhold. Teorierne om disse forhold befinder sig fremdeles på et indledende stadium. Økonomer bør derfor næppe være alt for skråsikre, når de udtaler sig om incitamentproblemer i henseende til udbud af sundhedsydelse.

4. Jvf. drøftelsen af »internalisering« af eksternaliteter gennem skatter, tilskud og/eller regulering. Sigtet er at påvirke mulighedsområdet, d.v.s. de begrænsninger beslutningstageren er stillet overfor.

alle markeder. I så tilfælde taler man om *markedsfejl*. Markedsfejl er nødvendige, men ikke tilstrækkelige betingelser for offentlig indgriben i den ene eller den anden form.

»Markedet« for *sundhedsydelse*, d.v.s. de goder og tjenesteydelser, forbrugeren primært eller udelukkende anvender på grund af deres forventede positive effekt på den nutidige og/eller fremtidige sundhedstilstand⁵, er præget af flere afvigelser fra de nævnte forudsætninger.

III. »Markedet« for sundhedsydelser

III. A Risiko, usikkerhed og forsikring

Sygdom og deraf følgende konsekvenser for sundhedstilstand og udgiftsniveau er typisk en uforudsigelig hændelse. I modstrid med antagelse (14) foreligger der *genuin usikkerhed*. Den finansielle usikkerhed kan imidlertid håndteres indenfor et *forsikringsmarked*. Har individet risikoaversion, og er der tale om aktuarisk bestemt præmiefastsættelse⁶, vil der *altid* være fordel forbundet med konvertering af et usikkert, men potentielt stort fremtidigt tab, til et sikkert, beskedent nutidigt tab (præmiebetalingen). Ikke desto mindre har man mange steder valgt at erstatte *privat forsikring* med en præmiebetalt eller præmiefri *social sikring* ad modum den danske sygesikring. Rationalet bag dette valg er, at forsikringsmarkedet selv er præget af *markedsfejl*, ligesom *fordelingspolitiske hensyn* kan være en begrundelse:

For det første *kan stordriftsfordele* knyttet til ikke-aktuariske omkostningstillæg betinge offentlig organisation, idet efficient driftsskala i et mindre marked kan være uforenelig med konkurrence.

For det andet er der til en række risici⁷ knyttet *informationsproblemer* både vedrørende præmiefastsættelse og beskrivelse af forsikringsbegivenhed. Andre risici har materialiseret sig allerede på fødselstidspunktet, hvilket udelukker privat forsikring.

5. Bag denne definition ligger, at det generelt ikke alene er goderne selv, der giver forbrugeren nytte, men også - og i visse tilfælde især - de sluttillstande, som goderne frembringer. Sundhedsydelser vil derfor være sådanne goder og ydelser S_j ($j = 1, 2, \dots, m$), der indgår i produktion af sundhed. Betegnes sundhedstilstanden T_s , kan sammenhængen beskrives ved en produktionsfunktion $T_s = T_s(S_j)$, idet forbrugeren forventer, at $\delta T_s / \delta S_j > 0$. Forbruget af den enkelte sundhedsydelse forventes at øge sundhedstilstanden. Hvis den indkomst, der står til rådighed for erhvervelse af alle andre goder, er Y , vil den individuelle nyttefunktion være $U = U(Y, S_j, T_s(S_j))$. Den individuelle marginalnytte af sundhedsydelse j er derfor

$$\frac{\delta U}{\delta S_j} + \frac{\delta U}{\delta T_s} \frac{\delta T_s}{\delta S_j}$$

hvis første led typisk er negativt, mens det andet led typisk af forbrugeren forventes at være positivt. Sundhedsydelser forbruges m.a.o. ikke for deres egen skyld, men på grund af deres forventede effekt på sundhedstilstanden. Da $\delta T_s / \delta S_j$ er en teknisk/professionel sammenhæng, er det udbyderen, der har information om dette ledes størrelsesorden. Det betyder, at der ikke eksisterer en standardefterspørgsels-kurve med normative konsekvenser for ressourcernes fordeling.

6. I virkeligheden vil der aldrig være tale om ren aktuarisk præmiefastsættelse, fordi dette forudsætter, at forsikringen drives uden profit og uden administrations- og kontrolomkostninger.

7. F. eks. sygdomme fremkaldt af langtidspåvirkninger.

For det tredje er der *asymmetrisk information* mellem forsikringstager og -udbyder⁸. Er forsikringstagerne bedre informeret om egen risiko end forsikringsudbyderen, kan dette medføre en præmiefastsættelse, som indebærer omfordeling⁹. *Selvselektionen*¹⁰ kan tvinge lav-risiko individer ud af markedet og i sidste instans indebære, at markedet bryder sammen. Selvselektionsproblemet kan »løses« gennem *tvangstilslutning*, men dette forudsætter tillige, at der er *præferencer for omfordeling*.

Den asymmetriske information indebærer desuden risiko for, at *sandsynligheden for tabets indtræden øges*.¹¹ Ligeså kan forsikringens *prisreducerende effekt* betyde, at forbruget øges ud over det optimale.^{12, 13}

III. B Omsorg og eksternaliteter

I grundantagelserne (3) og (11) bag det fuldkomne marked ligger, at den enkeltes nytte alene er en funktion af egen indkomst, egenforbruget af sundhedsydelser og egen sundhedstilstand; men hvis den politiske beslutningsproces blot i nogen grad afspejler de individuelle præferencer, kan velfærdsstaten ikke forstås, med mindre man antager eksistens af *medmenneskelig omsorg*. Den enkeltes nytte kan være positivt påvirket af *andres nytteniveau*,¹⁴ af *andres specifikke forbrug af sundhedsydelser*¹⁵ eller af *andres sundhedstilstand*.¹⁶

Hvis den medmenneskelige omsorg vedrører andres sundhedstilstand, og hvis den enkelte skal være villig til også finansielt at bidrage til medmenneskers sundhedstilstand, må det afgørende være, at vedkommende føler sig sikker på, at »det, der i påkommende tilfælde gøres for andre,« også har en effekt.¹⁷ Det betyder, at man meningsfyldt

8. Asymmetrisk information indebærer risiko for »falske signaler«. Både »adverse selection« (selvselektion), »moral hazard« og den prisforvridende effekt er udtryk for forsikringssystemets *incentiveeffekter*.

9. Individer med lav risiko subsidierer individer med høj, hvilket bryder med den aktuariske forsikrings uforenelighed med ex ante omfordeling.

10. Den såkaldte »adverse selection«.

11. Såkaldt »moral hazard«. »Moral hazard« og den prisforvridende effekt tages ofte som argument for en vis selvrisiko; men dette beror på en opfattelse af, at det er individernes efterspørgsel, der er udslagsgivende for forbruget. Argumentet ser derfor bort fra mulige eksternalitetsfænomener og asymmetrisk information, jf. afsnittene III B. og C.

12. Det antages i dette ræsonnement, at det er efterspørgslen, der bestemmer forbrugsomfanget, når forsikringsbegivenheden er indtrådt, hvilket ikke nødvendigvis er tilfældet.

13. Såvel »moral hazard« fænomenet som den prisforvridende effekt gør sig naturligvis også gældende ved offentligt organiserede sikringsordninger.

14. Der foreligger da en nytteeksternalitet eller en generel omsorg, der kan begrunde indkomstfordeling i kontant form. Interessen er ikke knyttet til andre individers specifikke forbrugsstruktur.

15. Man taler da om en godespecifik eksternalitet eller en specifik omsorg. Dette kan begrunde ydelse af tilskud til prisen på det pågældende gode, fordi det netop er forbrugsstrukturen, der ønskes påvirket.

16. Der tales da om en sluttilstandseksternalitet med karakter af specifik omsorg.

17. Opmærksomheden koncentrerer her om »produktionsfunktionen« for sundhedstilstanden, idet kravet om accept af medfinansiering er, at $\delta T_s / \delta S_s$, som et minimum er større end nul. Der foreligger kun et af andre anerkendt »behov«, hvis en ydelse eller en kombination af ydelser forventes at forbedre sundhedstilstanden.

kan tale om *et behov*, hvis en *professionel* vurderer, at en vis indsats af sundhedsydelser vil forbedre et bestemt individs sundhedstilstand. Heri ligger en *etisk anbefaling* af, at »der gøres noget«, idet det udslaggivende bliver den professionelle vurdering af marginaleffekter indenfor en given budgetrestriktion.¹⁸ Hermed mister såvel betalingsvilje som betalingsevne den status, de har i et gængs godemarked. Adkomsten til sundhedsydelser afledes af et professionelt defineret behov for indsats afvejet i forhold til andre individers behov indenfor en samlet budgetrestriktion.

III. C Asymmetrisk information

Hvor grundmodellen for et perfekt marked forudsætter komplet, fuldkommen og omkostningsfri information, er det med behovsbegrebet allerede antydnet, at *informationsbesiddelsen* i sammenhæng med forbedring af sundhedstilstanden er *fundamental asymmetrisk*.

Ubehaget ved forbrug af sundhedsydelser kendes kun delvis af forbrugeren og kun delvis af den professionelle.¹⁹ Effektivurderingen er i praksis et anliggende for den professionelle,²⁰ mens nytten af en forbedret sundhedstilstand bedst vurderes af forbrugeren.²¹ Denne asymmetri vanskeliggør ikke blot markedsmekanismens antagelse af forbrugersuverænit, men også den professionelle rolle som *agent for forbrugeren*.

For det første vil agenten ikke have fuld information om beslutningers konsekvenser for forbrugers nytte eller velfærd.²² For det andet har agenten ikke nødvendigvis perfekt viden om sammenhængen mellem indsats af sundhedsydelser og sundhedstilstanden, hvorfor værdien af en given beslutning kan tænkes overvurderet.²³ For det tredje har agenten egne interesser. Mens *den perfekte agent* ikke har nogen økonomisk selvinteresse, men handler som forbrugeren ville have handlet, hvis vedkommende havde haft agentens information, har tilvejebringeren af sundhedsydelser en rolle på både efterspørgsels- og udbudssiden.

Problemet er så meget vanskeligere, fordi tilvejebringerne som gruppe også har en funktion som *agent for offentligheden eller skattebetalerne*. (Det er i praksis tilvejebringerne, som rationerer forbruget). Der er da konfliktmulighed mellem den kollektive og den private interesse, og konfliktmulighed mellem agentrollen i forhold til den individuelle forbruger og i forhold til kollektivet.

18. Marginal-effektens værdi skal være så stor, at den begrunder afholdelsen af de med ydelserne forbundne omkostninger forstået som de effekter på andres sundhedstilstand, der ikke kan realiseres indenfor den givne budgetrestriktion. Hvis $\delta T_s / \delta S_j \leq 0$, foreligger der tydeligvis et »overforbrug«, men også $\delta T_s / \delta S_j > 0$ kan implicere et »overforbrug«, fordi effekten skal afvejes mod dens omkostning. (Tilsvarende kan man naturligvis præcisere indholdet af begrebet et »underforbrug«).

19. Det drejer sig her om vurderingen af fortegnet på $\delta u_s / \delta S_j$.

20. Her drejer det sig om vurdering af fortegnet for $\delta T_s / \delta S_j$.

21. Vedrører størrelsesordenen på $\delta U / \delta T_s$.

22. Agenten savner kendskab til $\delta U / \delta S_j$ og til $\delta U / \delta T_s$.

23. Det kan ikke udelukkes, at $\delta T_s / \delta S_j \leq 0$. Det er langt fra alle behandlingsformers effekt, der kendes med sikkerhed.

Asymmetrien betyder, at udbydere potentielt kan »udnytte« forbrugerne i et konkurrencemarked. Den perfekte agent kan ikke samtidig være økonomisk principal, hvilket begrunder *professionalisering*, *selvregulering* og *offentlig regulering* som karakteristiske træk ved »markedet« for sundhedsydelser.

IV. Sammenfattende om »markedet« for sundhedsydelser

Usikkerhed, gensidig medmenneskelig omsorg og asymmetrisk information er fundamentalegenskaber ved »markedet« for sundhedsydelser, som *kan* betinge en særlig institutionel indretning af dette »marked«. Sundhedsydelser er forskellige fra standardteoriens godebegreb. De betragtes ikke på lige fod med andre goder, hvilket vanskeliggør vurderinger af incentivmekanismen. Overhovedet bliver under disse forudsætninger økonomers traditionelle optimalitetsbegreb langt mere vanskeligt håndterbart, end tilfældet er i et standardmarked.

I økonomisk standardteori spørges hvad, hvordan og for hvem, der skal produceres. Hvad, der skal produceres, følger af forbrugerefterspørgslen. Hvordan der skal produceres, følger af virksomhedernes omkostningsminimerende adfærd, og for hvem, der skal produceres, følger af den politisk påvirkede indkomstfordeling. De samme spørgsmål skal for så vidt besvares i henseende til sundhedsproduktionen:

- hvor meget skal der ressourcemæssigt anvendes i denne sektor afvejet mod indsatsen i andre sektorer?²⁴
- hvilke kombinationer af indsats kan frembringe en given sundhedstilstand, og hvilken kombination skal vælges, hvis ressourceindsatsen skal minimeres?²⁵
- hvordan skal fordele og omkostninger fordeles?

Svarene er her langt mindre entydige end i et markedssystem under gængse antagelser. I et markedssystem har de enkelte aktører på forhånd givne mål og systembetingede strategier, som sammen betinger svarene på de to første spørgsmål. I den sundhedsstatusproducerende sektor skal *mål vælges* og *strategier tilpasses*. Målet kan næppe være bestemt på anden vis end gennem en politisk proces; men incitamentene følger ikke, jf. igen de østeuropæiske landes erfaringer, pr. automatik. De skal bevidst målrettes med specifik adfærd og specifikke roller for øje. De skal indrettes, så de ikke hindrer tilfreds-

24. Spørgsmålet omfatter principielt både den totale produktion i sundhedsydelsessektoren i forhold til den totale produktion i andre »sektorer« og produktionens fordeling på forskellige aktiviteter i den sundhedsstatusproducerende sektor.

25. Der skal være *teknisk efficiens*, så en given indsatskombination frembringer størst mulig produktion af sundhedstilstand, d.v.s. fravær af X-inefficiency, og indsatskombinationerne skal vælges under hensyn til de relative »indsatspriser«, d.v.s. *økonomisk efficiens*. Endelig skal der sigtes på en *optimal produktionsskala*. Skalaproblemet (solopraksis ctr. gruppepraksis, sygehuses størrelse m.v.) drøftes ikke i denne artikel.

stillelse af »behov«, som defineret i afsnit III.B. Og de må ikke udformes, så de indbyrdes »modvirker« hinanden.

Heri ligger, at incentiver ikke har noget væsentligt bidrag at yde i besvarelsen af det første og det tredje grundspørgsmål. I afvejning af konkurrerende mål og fastsættelsen af de overordnede prioriteter er det andre elementer, som er afgørende. For det andet vil *specifikke incentiver* let komme i indbyrdes modstrid.²⁶ Hvis incentiver knyttet til substituerende ydelser ikke er afstemt med hinanden, stimuleres der ikke til omkostningsminimerende adfærd. Som et eksempel kan nævnes *substitution* mellem plejeforanstaltninger for ældre i primærkommunalt regi (plejehjem, hjemmehjælp, hjemmesygepleje etc.) og sygehusindlæggelse. Den som oftest dyre sygehusindlæggelse fremtræder »gratis« for primærkommunen, mens den selv skal afholde en del omkostninger ved egen indsats. Derfor er der incitamentet til ikke omkostningsminimerende adfærd. Problemet kan løses gennem en betalingsordning, så primærkommunerne betaler amtskommunen for sygehusophold for ældre patienter efter afsluttet behandling.²⁷

Når svarene, som nævnt, er mindre entydige end i et markedssystem, er det sammenhængende med flere forhold.

Efterspørgslen afspejler *ikke* den marginalværdi, forbrugerne tillægger successive enheder af en given sundhedsydelse. Efterspørgslen er i sig selv en funktion af professionel rådgivning. Udbudet har en anden funktion end tilfredsstillelse af forbrugernes efterspørgsel. Det regulerede tilbud sigter just på, at der alene leveres de ydelser, som kan forbedre forbrugernes sundhedsstatus. Agentrelationens pointe er den *udbyderinducerede* eller *delegerede efterspørgsel*. Derfor afdækker den marginale betalingsvilje ikke - som i standardteorien - forbrugernes præferencer.

Professionaliseringen, fraværet af konkurrence, selvreguleringen og den offentlige regulering betyder, at ej heller udbudet har samme status som i standardteorien. Udbydere af sundhedsydelser kan *ikke* modelleres som profitsøgende, konkurrerende enheder, der udbyder »forbedret sundhedstilstand« til de mindst mulige omkostninger og i en mængde, så pris modsvarer den marginale værdi af ressourceindsatsen i bedste alternative anvendelse. Heller ikke udbudskurven er veldefineret.

Forbruget af sundhedsydelser som funktion af økonomiske faktorer kan ikke forstås uafhængigt af udbydernes mål, de restriktioner, de er stillet overfor, og af deres adfærd. Og udbydernes adfærd kan ikke forstås uden hensyn til deres opfattelser af forbrugernes (patienternes) interesser og vilkår. Udbud og efterspørgsel kan ikke som i standardanalysen adskilles.²⁸

26. Dette i modsætning til den automatiske afstemning af priserne i et interdependent markedssystem.

27. Under det nordjyske frikommuneforsøg har man anvendt en sådan ordning, som synes at have reduceret primærkommunernes brug af sygehusene som plejeforanstaltning.

28. Derfor er den neoklassiske, velfærdsøkonomiske analyse ikke umiddelbar overførbart på analyser vedr. sundhedsydelser, hvilket iøvrigt maner til forsigtighed m.h.t. at overføre konklusioner fra standardteorien til den mere specifikke sundhedssektorkontekst.

Hvis den enkelte føler ansvar for medmenneskets sundhedstilstand, er det ikke unaturligt, at dette finder udtryk i kollektive sikringsordninger af national karakter. Sådanne ordninger etableres *ikke* for at tilfredsstille enhver form for individuel efterspørgsel, men for at imødekomme de behov, som samfundet og de professionelle agenter definerer på vegne af dem, der i en given situation skal nyde godt af ordningen. Heraf følger en større interesse for udbudssiden end for efterspørgselssiden. Det betyder konkret en større interesse for udbyderincitamenter end for incitamenter på forbrugssiden i form af *brugerbetaling* i den ene eller den anden form.²⁹ Et hovedproblem ligger derfor i præciseringen af udstrækningen af det fælles ansvar for medmenneskets sundhedstilstand og i *præciseringen af den ønskede adfærd hos udbyderne qua agenter for såvel den samfundsmæssige interesse som forbruger/patientinteressen.*

V. Om udbudsside og sundhedspolitik

I standardøkonomisk teori er en virksomhed en enhed, der i en produktionsproces transformerer produktionsfaktorer, halvfabrikata, råvarer o.s.v. til varer eller ydelser, som forbrugerne tillægger værdi. Virksomheden er i sin adfærd begrænset af de foreliggende teknologiske muligheder og af markedformen. Den lever i samspil med sin omverden.³⁰ Opfattet på denne måde kan også et sygehus og til en vis grad en lægepraksis beskrives som en virksomhed.

I et konkurrencemarked er virksomhedens reaktioner på omverdensændringer entydige. Konkurrencen betyder, at virksomheden ikke kan handle efter forgodtbefindende;³¹ men de sundhedsstatusproducerende »virksomheders« liv udspiller sig netop ikke under konkurrencens pres, fordi man har ment, at de - frigjort fra konkurrence - i højere grad kan varetage de mål, som flyder af usikkerheden, den indbyrdes omsorg for sundhedstilstanden og af *den dobbelte principal-agent rolle* under stærk asymmetrisk information. Mål, som ligger ud over, eller som optræder som supplerende til dem, der »fanges op« af profitmaksimerende adfærd.

Bevidst er *forbrugersuverænit*et erstattet af *producentsuverænit*et. Udbydernes egne præferencer og prioriteringer har erstattet forbrugernes marginale betalingsvilje som normativ målestok; men det betyder ikke, at den samlede ressourceanvendelse i sundhedssektoren er en vilkårlig størrelse, eller at udbyderne kan handle efter forgodtbefindende. Den implicite, hypotetiske standard beror på en afvejning af værdien af den pro-

29. Det er derfor beklageligt, at der er lagt en større forskningsindsats i analysen af forbrugernes reaktion på brugerbetaling og selvriskoelementer i forsikringsordninger, da incitamenter vedr. førstegangshenvendelser næppe er det væsentligste. Lægers og sygehusledelsers adfældsreaktioner på restriktionsændringer er langt mindre belyst.

30. Ændringer i omverdenen fanges op gennem ændringer i de priser, virksomheden står overfor. Prisændringer giver virksomheden incitament til tilpasning som følge af ændringer i omverdenen.

31. Teknisk betyder det, at diskretionær adfærd er udelukket.

duktion, de medgåede ressourcer alternativt kunne have frembragt udenfor den sundhedsstatusproducerende sektor og den værdi, forbrugerne/vælgerne ville tillægge en forbedret sundhedsstatus

hvis de havde samme information som udbyderne;
 hvis de var indkomstmæssigt kompenseret for finansielle tab ved sygdom;
 og hvis der var taget hensyn til den efterspørgsel efter forbedret sundhedsstatus, den enkelte forbruger har på vegne af andre.

Sundhedspolitik kan da opfattes som forsøg på at udforme den omverden, som de sundhedsproducerende virksomheder lever i, på en sådan måde, at de stimuleres til (har incitament til) en ønskelig adfærd defineret på en eller anden måde.

VI. »Prispolitik« i sundhedssektoren

Der er især tre ting at fremhæve vedrørende de »priser«, der »betales« for sundhedsydelser. For det første er den pris, forbrugeren/patienten betaler, sjældent identisk med den pris, udbyderen oppebærer. For det andet er »priserne« led i *et administrativt eller forhandlet prissystem*. *Stykpriserne*³² kan være fastsat i en forhandling mellem de offentlige sygesikringsorganer og de lægelige organisationer. Stykpriserne kan være implicit indeholdt i en *blokbetaling* til udbyderen.³³ Stykpriserne kan være implicit givet som funktion af en *maksimal udgiftsramme* eller af et *totalbudget*. De har således ingen lunde lighed med de priser, der ville fremkomme i et konkurrencemarked. For det tredje må prisfastsættelsesproblemet ses i sammenhæng med *patientheterogeniteten*. Patienterne er forskellige i henseende til behandlingsomkostninger, hvilket umuliggør en marginalomkostningsbestemt pris på individniveauet.³⁴

Hvis man under disse omstændigheder overhovedet kan tale om en *optimal stykpris*, må det være den pris, som modsvarer den ovenfor omtalte hypotetiske standard. Heraf følger, at det ikke er anvendelse af *stykpris som betalingsform* i sig selv, der indebærer risiko for et udbyderfremkaldt »overforbrug«, men derimod det forhold at prisen er fastsat højere end udbyderens marginalomkostning i en hypotetisk ligevægt.³⁵ Tendenser til udbyderfremkaldt »over-« eller »underforbrug« er derfor ikke nødvendigvis sammenhængende med betalingsformen, men med en *ikke optimal prisfastsættelse*. Stykprisen som betalingsform tager hensyn til patientheterogeniteten, fordi et større behandlingsbehov udløser en større betaling. Problemerne ved en stykprisbetaling er derfor to, som

32. Såkaldt »fee-for-service« afregning.

33. Såkaldt »capitation-finansiering«.

34. Det er patientheterogeniteten, som begrunder, at man i mange lande gør brug af lægebetalning, der er en kombination af stykpriser og betaling pr. patient.

35. Er prisen mindre end den optimale, vil resultatet være et udbyderfremkaldt »underforbrug«.

begge knytter sig til prisfastsættelsen mere end til betalingsformen. For det første sættes priserne på grundlag af ringe omkostningsinformation, hvorfor systemet er sårbart for forvriddinger fremkaldt af afvigelser fra optimalpriserne.³⁶ For det andet foreligger der et kontrolproblem vedrørende risikoen for »over«- eller »underforbrug«.³⁷

Betaling pr. tilmeldt patient har større mulighed for at sikre en omkostningsminimerende adfærd, hvis udbyderne kan tilegne sig de deraf følgende besparelser. Der er ingen eksplicite priser, men »priserne« fastsættes internt i den enkelte praksis. Et sådant system rendyrket kan kun tage hensyn til patientheterogeniteten, hvis det individuelle patienttilskud bestemmes som funktion af patientkarakteristika, der entydigt varierer med behandlebehovet. Sker det ikke, har man et til selvselektionen svarende problem, idet der er incitament til at undgå patienter, hvis forventede behandlingsomkostninger ligger ud over det gennemsnitlige. Samtidig kan der være risiko for »underudbud« af »nødvendige ydelser«.³⁸ Kontrolproblemet vedrører derfor i denne sammenhæng risikoen for »underudbud«, risikoen for selektion i patientudvælgelsen, og risikoen for at der i for stor udstrækning henvises til speciallæger.

Det må i almindelighed antages, at en lægepraksis uden hensyn til aflønningsform, vil tendere mod teknisk effektivitet.³⁹ Der kan derimod foreligge en uhensigtsmæssig indsatskombination, fordi en række substituerende ydelser kan tilvejebringes i sygehusene uden omkostning for lægen.⁴⁰ Under alle omstændigheder må lægen formodes at være mindre bevidst om sygehusenes omkostninger end om sine egne. Da betaling pr. tilmeldt patient begrænser lægens indkomst opad, mens det ikke umiddelbart er tilfældet ved enhedsprisbetaling uden udgiftsloft, er der for lægen forskellig risiko knyttet til de to aflønningsformer.

Sygehuse minder i mange måder om standardteoriens virksomheder; men deres indtægtsside har en anden karakter. De drives på grundlag af *amtskommunal rammestyring*, der giver hvert sygehus et årsbudget, som skal overholdes. Indenfor budgetrammen er »priserne« et internt anliggende. Systemet indebærer principiel budgetsikkerhed, men tilskynder ikke nødvendigvis til omkostningsminimerende adfærd. Der er vanskelige

36. Det betyder, at incitamenterne ikke nødvendigvis er de mest hensigtsmæssige. De stimulerer ikke umiddelbart til omkostningsminimerende adfærd.

37. Set fra den offentlige sygesikrings side er det en ulempe, at betalingsformen skaber budgetusikkerhed. I det for nyligt indgåede danske forlig om lægeoverenskomst har man indbygget et såkaldt »budgetværn«. I det enkelte amt må konsultationsudgifterne højst stige 4 pct. om året. Overstiger udgifterne denne ramme, vil der i det efterfølgende år blive modregnet i den enkelte læges betalinger. Herved er priserne eksplicite op til et vist udgiftsniveau, hvorefter de er implicit givet ved udgiftsloftet.

38. Hvis ikke andre forhold gør sig gældende, vil lægen maksimere sin reale nettoindkomst ved en reduktion af ydelsesindsatsen; men i det omfang lægen er nyttemaksimerende med professionel standard som argument i nyttefunktionen svækkes det umiddelbare økonomiske incitament.

39. For en given faktorindsats realiseres der maksimal produktion.

40. Omvendt må dette igen henføres til en ikke optimal prisfastsættelse, hvorved det fremtræder »billigere« eller »lettere« for lægen at benytte sygehuset som »leverandør«.

informationsproblemer knyttet til fastsættelsen af budgetrammen. Hvad et forhandlingsbestemt budget betyder for adfærden, kan der næppe siges noget generelt om. Det afhænger ganske af, hvordan forhandlerne opfatter forholdene. Denne opfattelse vil bl.a. være bestemt af tidligere forhandlingsrunder, der kan have afdækket hvilken adfærd, som må formodes at ville blive belønnet/straffet ved budgetfastsættelsen. Den generelle forhåndsformodning, som også ligger implicit i det danske Sundhedsministeriums nye handlingsplan, jf. afsnit VII, er, at budgetfinansierede institutioner, her sygehuse, vil tendere mod teknisk inefficiens, så der ikke nødvendigvis realiseres maksimal »produktion« for en given faktorindsats. Risikoen for »fedt« i systemet er til stede.

Der kan i princippet tænkes mange alternativer til (eller elementer i) et »forhandlingsbestemt budget«. En mulighed er at anvende af sygehuset *fastsatte priser pr. ydelse*. Dette må formodes⁴¹ at tendere mod omkostningsminimerende adfærd i henseende til den enkelte ydelse, fordi der, hvis sygehusene ikke samordner deres prispolitik, vil være et sammenligningsgrundlag. Sammenligningsmuligheden vil indtage samme rolle som profitten i standardteorien. Derimod vil der være problemer knyttet til fastlæggelsen af *serviceintensiteten*.

En anden mulighed er at betale sygehuset et *fast beløb for et behandlingsforløb*, idet beløbet fastsættes på grundlag af gennemsnitsomkostningerne for et typisk behandlingsforløb over en række sygehuse. Dette må formodes at stimulere til omkostningsminimering uden risiko for øget serviceniveau. Problemerne vedrører patienternes klassificering i forhold til behandlingsforløbene, risikoen for uønsket reduktion af serviceintensiteten, vanskelighederne ved at definere et forløbs afslutning og risikoen for en form for patientselektion.

En tredje mulighed er at betale sygehuset et *bloktilskud* baseret på det personunderlag, sygehuset betjener, idet det individuelle bloktilskud søges bestemt under hensyn til patientheterogeniteten. Dette må formodes at give maksimal tilskyndelse til at undgå unødvendige indlæggelser og at undgå en unødvendig forøgelse af serviceintensiteten, ligesom omkostningsminimerende adfærd vil blive stimuleret. Systemet betinger en tæt relation mellem sygehus og »kundekreds« og mellem praktiserende læger og sygehus. Det sidste skyldes selvsagt, at det er de praktiserende læger, der er indlæggende, hvilket nødvendiggør enten en organisatorisk integration af sygehus og indlæggende læger eller særlige incentivsystemer, som påvirker de henvisende lægers adfærd.

Med de sidste bemærkninger er det antydnet, at *den organisatoriske struktur* spiller en selvstændig rolle ved siden af prisfastsættelsen som led i den generelle sundhedspolitik.

41. Når der generelt anvendes termen »formodes«, skyldes det, at den faktiske viden om udbyderadfærden er begrænset. Der findes ingen generelt accepteret teori om »sygehusadfærd«. Det kan derfor ikke a priori afgøres, hvordan »et sygehus« vil reagere på forskellige begrænsninger forstået som forskellige finansieringsformer. Man kender ikke sygehusets målfunktion, ligesom det kan være diskutabelt overhovedet at tale om »et sygehus« som en enkelt beslutningstagende enhed.

I det følgende afsnit vil vi i lyset af de anførte synspunkter se på den nyligt offentliggjorte handlingsplan fra det danske Sundhedsministerium.

VII. Det danske Sundhedsministeriums handlingsplan

Handlingsplanen⁴² koncentrerer sig om udbudssiden.⁴³ For sygehusenes vedkommende er målet at modvirke rammestyrelsens mangler med hensyn til *effektivitet og tilskyndelser*, idet der som udgangspunkt peges på to metoder, som kan muliggøre *sammenligninger*:⁴⁴

- indførelse af patient/diagnoserelateret omkostningsregistrering på alle sygehuse;
- bestemmelse af »norm-omkostning« for foreliggende diagnosegrupper.

Vælges den første metode kan man benytte en form for *priskonkurrence*, idet amtskommunen blandt flere sygehuse kan vælge billigste »tilbudsgiver« i henseende til »produktion« af en specificeret »ydelsespakke«.⁴⁵

Vælges den anden metode, og tildeles der *budget på grundlag af »norm-omkostning for faktisk »produktion«*, bringes sygehusene i en konkurrencesituation, der formentlig vil øge service og reducere omkostningerne, men til gengæld opstår budgetusikkerhed, risiko for at antallet af indlæggelser øges og kontrolproblemer vedrørende henregning til diagnosegrupperne.

Alternativt kan man »nøjes med« *informationsstyring*, hvor det udnyttes, at de faktiske omkostninger på et sygehus kan sammenlignes med en på »norm-omkostninger« baseret »normaludgift«. Det styrker bevillingsgivers position i budgetforhandlingerne. Informationsstyringen kan selvsagt udbygges med en *afdelingsbudgettering*.^{46, 47}

42. Sundhedsministeriet (1991).

43. Udgangspunktet er, at der ikke er politisk flertal for takstbetaling (brugerbetaling) mellem læge og patient på områder, hvor det ikke allerede findes, hvilket først og fremmest refererer til tandlægeydelser og medicinindkøb.

44. Jf. ovenfor om »sammenligning« som erstatning for standardteoriens profitmotiv.

45. Det skønnes, at metoden vil være omkostningskrævende, og at den kan indebære risiko for patientselektion.

46. Herudover peger handlingsplanen, hvad sygehusene angår, på ændrede overenskomster, der sikrer større fleksibilitet, satsdifferentiering efter indsats og større frihed for ledelsen, ligesom der anføres ønskeligheden af ændrede finansielle og organisatoriske rammer for forholdet mellem amts- og primærkommuner. Uafhængigt af handlingsplanen er det af dagspressen fremgået, at man på et nyt sygehus i Åbenrå agter at gøre lægernes løn afhængig af deres produktivitet. Tilsvarende har formanden for Sygesikringens Forhandlingsudvalg for nylig talt om anvendelse af »akkordløns« på de offentlige sygehuse: »Det er lettere at få personalet til at betjene flest mulige borgere bedst muligt, hvis der er en gulerod for den enkelte«. Formanden for Den almindelige danske Lægeforening har i den forbindelse sagt, at »lægerne i årevis har efterlyst incitamenter for en større arbejdsindsats«. Viser disse udsagn ikke andet, bevidner de dog, at der er voksende interesse for incitamentmekanismer som led i styringssystemet.

47. Den to-årige handlingsplan vedrører især fremme af arbejdet med diagnoserelaterede normomkostninger, overenskomstproblematikken, afdelingsbudgetteringen, løsningsmodeller vedrørende problemer

I henseende til den primære sundhedstjeneste peges på, at analyser af *bloktilskudsfinansierede* Health Maintenance Organizations i USA antyder mulige besparelser, ligesom opmærksomheden henledes på, at man i England er i færd med at ville afprøve en ordning, hvorefter praksislægen indenfor et maksimum selv betaler sygehusudgifter og medicintilskud ud af et fast bloktilskud.⁴⁸ Inspireret heraf højprioriterer handlingsplanen analyser af lægernes aktiviteter relateret til deres patientunderlags alderssammensætning og andre sociale kriterier, idet det dog anføres, at det ikke er givet, at organiseringen af den danske primære sundhedssektor er egnet til en sådan rammestyring. Inspirationskilden bag disse overvejelser er de amerikanske erfaringer med Health Maintenance Organizations, de stedfindende reformer i England (og i mindre grad Holland) og de af den amerikanske økonom Alain Enthoven fremførte ideer om en »Consumer Choice Health Plan«.

VIII. Health Maintenance Organizations

Det karakteristiske for en Health Maintenance Organization i den amerikanske udformning er, at organisationen er *kontraktligt forpligtet* til at levere den *personkreds*, der *frivilligt* har valgt medlemskab⁴⁹ og dermed accepteret selv eller ved tredjeparts foranstaltning at betale en *fast præmie*,⁵⁰ et sæt af nærmere *definerede sundhedsydelser*, som kan variere fra den ene til den anden HMO. Ligeså kan der være variationer i henseende til HMOens organisation, herunder lægernes aflønningsform.⁵¹ Ved *bloktilskudsfinansiering* må derfor i sammenhængen forstås, at den enkelte praksis af organisationen betales et fast (evt. køns- og aldersdifferentieret) beløb pr. periode pr. tilknyttet forbruger for et nærmere specificeret ydelsessæt. Praksis opererer derfor indenfor en »budgetramme«.

Interessen for Health Maintenance Organisationer skyldes, at undersøgelser har vist, at denne organisationsform tenderer mod lavere forbrug af behandlingsprægede og højere forbrug af forebyggende ydelser og synes at sikre samme sundhedsstatus. Det er

udspringende af substitution mellem primær- og amtskommunal indsats i plejen for færdigbehandlede ældre. I en efterfølgende fase påtænkes kommunerne og de praktiserende læger inddraget som medfinansierende af sygehusene, jf. afsnit VIII.

48. Udmålt efter art og størrelse af praksis, patientgruppens alderssammensætning m.v., idet mulige besparelser ikke kan overføres til eget brug.

49. Muligheden for at vælge en given Health Maintenance Organization beror på konkurrence mellem flere HMO'ere samt mellem HMO'ere og andre organisationsformer.

50. Da indtægterne er begrænset af de indbetalte præmier, har den enkelte HMO et naturligt incitament til omkostningsminimerende adfærd.

51. Der skelnes typisk mellem forudbetalt gruppepraksis, hvor de tilknyttede læger normalt aflønnes med fast løn plus evt. årsbonus, individuelt praksisforbund, hvor de tilknyttede læger normalt aflønnes af organisationen på basis af stykpriser og foretrukket leverandørorganisation, hvor aflønningsformen kan variere, og hvor forbrugeren har valgfrihed mellem mere eller mindre omfattende sæt af sundhedsydelser. I den anden og tredje version føres der typisk kontrol med lægernes ydelsesprofil.

ikke hensigten her nærmere at behandle Health Maintenance Organisationerne i deres amerikanske udformning, men alene at fremhæve sådanne træk der i en dansk/skandinavisk sammenhæng kunne tænkes at være af interesse i forsøget på at forstærke incitamenter til ønskelig adfærd.

I en vis, men også kun i en vis udstrækning minder ordningen om aflønning pr. tilmeldt patient. Den adskiller sig i tre afgørende henseender. For det første er der tale om differentieret patientbetaling, hvilket rejser praktiske, men ikke principielle problemer. For det andet baseres ordningen på et bredere defineret sæt af sundhedsydelser. Det vil således påhvile den enkelte praksis ud af sit bloktilskud at betale ambulant speciallægebehandling, betaling for sygehusydelser evt. inkl. betaling for indlæggelse, evt. inkl. medicin m.v.⁵². Det er just i disse forhold, incitamenterne til omkostningsminimerende adfærd må formodes at ligge. For det tredje kan man indenfor ordningens rammer overlade aflønningsformen til den enkelte praksis' egen beslutning. Ligeså er det den enkelte praksis selv, som afgør, hvilke ydelser der skal kunne tilvejebringes internt i praksis, og hvilke ydelser man ønsker at »købe« eksternt. Det er således vigtigt at mærke sig, at incentiver kan være rettet såvel imod grupper som imod enkeltindivider. Hvis den organisatoriske enhed er stillet overfor hensigtsmæssige incitamenter, kan den internt indrette sig selv konsistent hermed.

I princippet forstærkes den praktiserende læges rolle som den koordinerende og samordnede instans i henseende til den enkelte patients behandlingsforløb. Det principielle problem i denne sammenhæng er hvor langt, man ønsker, den praktiserende læges »entreprenørrolle« skal udstrækkes. Skal han f. eks. have en indflydelse på behandlingsforløbet også efter en evt. sygehusindlæggelse? Ved stillingtagen til omfanget af praksislægens entreprenørrolle opstår komplicerede spørgsmål om sygehuslægens ctr. praksislægens kliniske frihed.

Hvad angår sygehusenes finansiering vil ordningen indebære, at en større eller mindre del af sygehusenes indtægter vil stamme fra direkte betaling. Dette forudsætter, jf. ovenfor, at sygehusene meningsfyldt kan prisfastsætte. Konsekvensen er, at praksislægenes funktion udvides udover den visiterende. De bliver også betalende. I sidste instans kan man forestille sig, at de også har indflydelse på behandlingsbeslutninger under en indlæggelse. Effekten vil være ændrede incitamenter både for praksislægerne og for sygehusene.

Selvsagt er det ikke på forhånd givet hvor stor en del af sygehusydelserne, der skal omfattes af det definerede sæt af sundhedsydelser. Ud fra et økonomisk synspunkt må det afgørende være, at man medtager alle ydelser, hvor der i marginaltilfælde er *substi-*

52. Selvsagt må der defineres et minimalt, obligatorisk sæt af sundhedsydelser svarende til, hvad man samfundsmæssigt ønsker tilvejebragt. Om man tillige vil åbne mulighed for »køb« af udvidede pakker er et andet spørgsmål.

tution mellem sygehusydelser og ydelser hos enten speciallæge eller praktiserende læge. Herved etableres en form for »interne markeder«. Det praktiske problem i denne sammenhæng er, om det er muligt indenfor det enkelte amt eller i et amtskommunalt samarbejde at udvikle sådanne »interne markeder«.

Når der i Sundhedsministeriets handlingsplan stilles spørgsmålstegn ved, om den danske primær sundhedssektor er egnet til en sådan rammestyring, kan der heri ligge tre ting. I den engelske model opereres med den tanke, at større lægepraksis med mindst 9.000 tilmeldte patienter kan få overført beløb fra en praksisfond til dækning af visse hospitalsbehandlingsudgifter (primært sådanne, hvor der foreligger substitutionsmulighed i marginalsituationer) for deres patienter.⁵³ Det antyder, at praksisstørrelse kan spille en rolle for en sådan ordning, bl.a. fordi de store tals lov er nødvendig for at reducere risikoen.⁵⁴ For det andet vil hensigterne lettere kunne realiseres, hvis der til den enkelte praksis knyttes andre personalekategorier for at reducere de eksterne køb. For det tredje kan det være nødvendigt at indbygge forskellige former for kvalitetskontrol. Om disse hensyn kan realiseres er af betydning for tankernes praktiske gennemførlighed.

Af disse betragtninger fremgår, at et givet incitamentsystem ikke kan anskues løst, men må ses i sammenhæng også med organisatoriske og andre hensyn.

Enthovens ideer om at styrke forbrugerens rolle hviler på udvikling af *regulerede markeder* for sygeforsikringskontrakter, som udbydes i indbyrdes konkurrence. Den enkelte borger modtager et tilskud enten som skattereduktion eller i form af en købsanvisning.⁵⁵ Tilskudsudmålingen hviler på køns- og aldersdifferentierede aktuariske omkostninger, men er uafhængig af omkostningsniveau og præmiebetaling i den valgte forsikringsordning. Herved stimuleres forbrugerens prisbevidsthed i kontraktvalget. Samtidig forventes selskaberne for at kunne kontrollere omkostningerne at ville indgå leveringsaftaler med et mindre antal udbydere. Derved nærmer man sig ideerne bag Health Maintenance Organisationerne.

Omend beslægtede ideer har været »luftet« i Skandinavien⁵⁶, skal de ikke drøftes nærmere her. Skandinavisk sundhedspolitik har ikke i større grad gjort brug af private forsikringsorganer⁵⁷ og har ikke bygget på konkurrence. Ovenstående antydninger er derfor alene et forsøg på at vurdere hvilke markedsmechanismelignende elementer, der

53. Ideen er at udvide antallet af de opgaver, lægepraksis selv varetager, og at stimulere sygehusene til omkostningsbevidsthed, fordi betalingen er patientrelateret.

54. Selvsagt vil en reduktion i antallet af udbydere i sig selv øge mulighederne for omkostningssammenligningerne. Det vil formentlig under alle omstændigheder være nødvendigt at holde visse særligt omkostningstunge behandlingsformer uden for den ydelsespakke, der skal finansieres af praksis på grundlag af blokbetalingen.

55. Et såkaldt »voucher system«, hvor tilskuddet er øremærket til brug for et ganske bestemt formål, her køb af sygeforsikring.

56. Se I. Ståhl (1979), Å. Blomquist (1980) og Jørn Henrik Petersen (1981).

57. Dette kunne man tænke sig ændret, hvis der indførtes udvidede rammer for brugerbetaling. Der ville i så fald opstå særlige problemer og incitamentmekanismer. Forsikringsordningers incitamenteffekter vil ikke blive drøftet i denne artikel.

kunne tænkes indført i de skandinaviske sundhedssystemer med bevarelse iøvrigt af deres bærende karakteristika: altomfattende sundhedsservice til rådighed for hele befolkningen, generel skattefinansiering, »gratis« ydelser på forbrugstidspunktet og praksislægen som koordinerende og samordnende instans.

IX. Ikke-finansielle incentiver

Ovenfor har interessen først og fremmest været knyttet til de finansielle incentiver; men der er også andre. *Professionaliseringen* og hvad dertil hører, giver i sig selv tilskyndelser til en bestemt adfærd. Denne kan forstærkes ved *kollegial evaluering*, *forfremmelsesmuligheder* især i sygehussektoren, kollegiale sammenligninger af *praksisadfærd*, kollegialt *renomme* o.s.v. Det er ikke forhold, der vides så forfærdelig meget om. Det samme gælder de incitamenter, som i sig selv ligger i mere omfattende *information*. De nævnes her, fordi man kan tænke sig, at en for stærk understregning af finansielle incentiver kan svække en ellers ønsket adfærd afledt af den professionelle hensyn til professionelle standarder i patientens interesse.

Generaliseret berøres herved den kritik imod økonomisk begrundede incitivsystemer som *uetiske* og i strid med den *kliniske frihed*, der undertiden fremføres. Konflikten fremstår mest markant, når man kontrasterer to synspunkter: a) »Det er lægens opgave at gøre alt, hvad gøres kan, for den enkelte patient uden hensyn til omkostningerne« og b) »Det er lægens opgave at tage hensyn til omkostningerne, når han beslutter sig for en behandling af den enkelte patient«. Konflikten skyldes den manglende erkendelse af, at en beslutning om ressourceanvendelse på den enkelte patient implicit er en beslutning om at undlade ressourceanvendelse på en anden patient, når der foreligger begrænsede ressourcer. Alternativomkostninger måles i tab af ikke bedret sundhedstilstand hos andre patienter. Det kan derfor ikke være en etisk beslutning at undlade en hensyntagen, som søges fremmet gennem egnede incitivsystemer.

Bag drøftelser af incitivsystemer ligger det forhold, at omkostningsminimering uden hensyn til målrealisering er både meningsløs og uetisk, men det samme gælder målrealiseringens maksimering uden hensyn til omkostningerne. Der er intet uetisk i optimalitet og derfor ej heller noget uetisk knyttet til de midler, som fremmer optimerende adfærd.

Litteratur

Andersen, Per og Terkel Christiansen, red. 1990. *Brugerbetaling i Sundhedssektoren*. Odense.

Andersen, Per og Terkel Christiansen, red. 1991. *Styring og regulering på Udbudssiden i Sundhedssektoren*. Odense.

Blomquist, Å. 1980. Konsumentønskemål og effektivitet i sjukvården. *Økonomisk Debatt*, vol. 8.

Petersen, Jørn Henrik. 1980. Kan man - som

alternativ til central planlægning - benytte elementer af markedsmekanismen i den offentlige sektor? *Nordisk Administrativ Tidsskrift*.

Ståhl, Ingmar. 1979. Sjukvården - problem och lösningar. *Økonomisk Debatt*, vol. 7.

Sundhedsministeriet. 1991. *Sundhedsministeriets handlingsplan vedrørende økonomiske styringsmodeller for det behandlende sundhedsvæsen*. København.

kunne tænkes indført i de skandinaviske sundhedssystemer med bevarelse iøvrigt af deres bærende karakteristika: altomfattende sundhedsservice til rådighed for hele befolkningen, generel skattefinansiering, »gratis« ydelser på forbrugstidspunktet og praksislægen som koordinerende og samordnende instans.

IX. Ikke-finansielle incentiver

Ovenfor har interessen først og fremmest været knyttet til de finansielle incentiver; men der er også andre. *Professionaliseringen* og hvad dertil hører, giver i sig selv tilskyndelser til en bestemt adfærd. Denne kan forstærkes ved *kollegial evaluering*, *forfremmelsesmuligheder* især i sygehussektoren, kollegiale sammenligninger af *praksisadfærd*, kollegialt *renomme* o.s.v. Det er ikke forhold, der vides så forfærdelig meget om. Det samme gælder de incitamenter, som i sig selv ligger i mere omfattende *information*. De nævnes her, fordi man kan tænke sig, at en for stærk understregning af finansielle incentiver kan svække en ellers ønsket adfærd afledt af den professionelle hensyn til professionelle standarder i patientens interesse.

Generaliseret berøres herved den kritik imod økonomisk begrundede incitativsystemer som *uetiske* og i strid med den *kliniske frihed*, der undertiden fremføres. Konflikten fremstår mest markant, når man kontrasterer to synspunkter: a) »Det er lægens opgave at gøre alt, hvad gøres kan, for den enkelte patient uden hensyn til omkostningerne« og b) »Det er lægens opgave at tage hensyn til omkostningerne, når han beslutter sig for en behandling af den enkelte patient«. Konflikten skyldes den manglende erkendelse af, at en beslutning om ressourceanvendelse på den enkelte patient implicit er en beslutning om at undlade ressourceanvendelse på en anden patient, når der foreligger begrænsede ressourcer. Alternativomkostninger måles i tab af ikke bedret sundhedstilstand hos andre patienter. Det kan derfor ikke være en etisk beslutning at undlade en hensyntagen, som søges fremmet gennem egnede incitativsystemer.

Bag drøftelser af incitativsystemer ligger det forhold, at omkostningsminimering uden hensyn til målrealisering er både meningsløs og uetisk, men det samme gælder målrealiseringens maksimering uden hensyn til omkostningerne. Der er intet uetisk i optimalitet og derfor ej heller noget uetisk knyttet til de midler, som fremmer optimerende adfærd.

Litteratur

Andersen, Per og Terkel Christiansen, red. 1990. *Brugerbetaling i Sundhedssektoren*. Odense.

Andersen, Per og Terkel Christiansen, red. 1991. *Styring og regulering på Udbudssiden i Sundhedssektoren*. Odense.

Blomquist, Å. 1980. Konsumentønskemål og effektivitet i sjukvården. *Økonomisk Debatt*, vol. 8.

Petersen, Jørn Henrik. 1980. Kan man - som

alternativ til central planlægning - benytte elementer af markedsmekanismen i den offentlige sektor? *Nordisk Administrativ Tidsskrift*.

Ståhl, Ingmar. 1979. Sjukvården - problem och lösningar. *Økonomisk Debatt*, vol. 7.

Sundhedsministeriet. 1991. *Sundhedsministeriets handlingsplan vedrørende økonomiske styringsmodeller for det behandlende sundhedsvæsen*. København.