

Frit sygehusvalg

Ulrika Enemark

Økonomisk Institut, Københavns Universitet

SUMMARY: *Consequences of free consumer choice of hospital in a system with capped hospital budgets are discussed. It is argued that not all hospitals will enter competition and that when they do various inefficiencies are likely to occur.*

I mange lande planlægges fundamentale ændringer af sundhedsvæsenets organisation i retning af mere markedsprægede styringsmekanismer. En central begrundelse herfor er, at en sund konkurrence vil forbedre efficiensen. Baggrunden er en mistanke om inefficiens i produktionen af sundhedsydelser, bl. a. baseret på observationer af store forskelle i behandlingspraksis såvel mellem lande som mellem mindre regioner¹. Derudover anføres det ofte som et selvstændigt mål i sundhedsplanlægningen, at patientens valgfrihed skal tilgodeses. Valgfrihed anses med andre ord som et absolut gode. Hovedmålsætningen for det offentlige sundhedsvæsen er dog fortsat at forebygge og behandle sygdom, dvs. at forbedre og vedligeholde sundhedstilstanden i befolkningen.

Også i Danmark overvejes forskellige muligheder for at reformere sundhedsvæsenet. Et aktuelt spørgsmål vedrører frit sygehusvalg. Den hidtidige indlæggelsespraksis kan beskrives ved faste visitationsregler for patienternes behandling afhængigt af geografisk placering og behandlingsbehov, dvs. på nærmeste sygehus med de fornødne funktioner². Det enkelte sygehus har således haft lokalt monopol. Det foreslås nu, at der gives mulighed for frit sygehusvalg, idet den praktiserende læge dog fortsat skal visitere til indlæggelsesniveau, men altså ikke til indlæggelsessted.

Formålet med denne artikel er at analysere nogle konsekvenser af frit sygehusvalg indenfor et sundhedsvæsen som det danske, dvs. et offentligt sundhedssystem uden brugerbetaling, hvor hvert sygehus tildeles et fast budget, som ikke eksplicit er knyttet til aktivitetsniveauet, og hvor personalet er ansat til fast løn og arbejdstid.

Christian Hjorth-Andersen, Økonomisk Institut, takkes for gode kommentarer.

1. Der findes en mængde litteratur om disse "small area variations", se f. eks. Andersen and Mooney (1990).

2. I praksis har der været udstrakt valgfrihed inden for amtsgrænser, mens amterne har været påholdende med at give tilladelse til krydsning af amtsgrænserne, idet der dog er indgået aftaler for befolkningen i visse grænscområder. Siden 1.1. 1991 har Nordjyllands, Viborg og Århus Amter dog haft en aftale om frit sygehusvalg for såkaldte basispatienter.

Frit sygehusvalg

Ulrika Enemark

Økonomisk Institut, Københavns Universitet

SUMMARY: *Consequences of free consumer choice of hospital in a system with capped hospital budgets are discussed. It is argued that not all hospitals will enter competition and that when they do various inefficiencies are likely to occur.*

I mange lande planlægges fundamentale ændringer af sundhedsvæsenets organisation i retning af mere markedsprægede styringsmekanismer. En central begrundelse herfor er, at en sund konkurrence vil forbedre efficiensen. Baggrunden er en mistanke om inefficiens i produktionen af sundhedsydelser, bl. a. baseret på observationer af store forskelle i behandlingspraksis såvel mellem lande som mellem mindre regioner¹. Derudover anføres det ofte som et selvstændigt mål i sundhedsplanlægningen, at patientens valgfrihed skal tilgodeses. Valgfrihed anses med andre ord som et absolut gode. Hovedmålsætningen for det offentlige sundhedsvæsen er dog fortsat at forebygge og behandle sygdom, dvs. at forbedre og vedligeholde sundhedstilstanden i befolkningen.

Også i Danmark overvejes forskellige muligheder for at reformere sundhedsvæsenet. Et aktuelt spørgsmål vedrører frit sygehusvalg. Den hidtidige indlæggelsespraksis kan beskrives ved faste visitationsregler for patienternes behandling afhængigt af geografisk placering og behandlingsbehov, dvs. på nærmeste sygehus med de fornødne funktioner². Det enkelte sygehus har således haft lokalt monopol. Det foreslås nu, at der gives mulighed for frit sygehusvalg, idet den praktiserende læge dog fortsat skal visitere til indlæggelsesniveau, men altså ikke til indlæggelsessted.

Formålet med denne artikel er at analysere nogle konsekvenser af frit sygehusvalg indenfor et sundhedsvæsen som det danske, dvs. et offentligt sundhedssystem uden brugerbetaling, hvor hvert sygehus tildeles et fast budget, som ikke eksplicit er knyttet til aktivitetsniveauet, og hvor personalet er ansat til fast løn og arbejdstid.

Christian Hjorth-Andersen, Økonomisk Institut, takkes for gode kommentarer.

1. Der findes en mængde litteratur om disse "small area variations", se f. eks. Andersen and Mooney (1990).

2. I praksis har der været udstrakt valgfrihed inden for amtsgrænser, mens amterne har været påholdende med at give tilladelse til krydsning af amtsgrænserne, idet der dog er indgået aftaler for befolkningen i visse grænscområder. Siden 1.1. 1991 har Nordjyllands, Viborg og Århus Amter dog haft en aftale om frit sygehusvalg for såkaldte basispatienter.

1. Patienten som forbruger

Traditionel efterspørgselsteori tilsiger, at forbrugsvalget afhænger af de relative priser, af indkomsten og forbrugerpræferencerne. Sundhedsvæsenet er imidlertid skattefinansieret med fuld forsikring, således at prisen ved forbrug er nul. De relevante omkostninger for patienten udgøres derfor af omkostninger forbundet med afstand mellem hjem og sygehus og tidsforbrug på ventelisten og under indlæggelse.

Afstanden fra hjem til sygehus indebærer en omkostning ved sygehusindlæggelsen i form af transportomkostninger og transporttid for patienten selv og de besøgende, og i form af et færre antal besøg, des længere transporttiden for de besøgende er.

Mange empiriske undersøgelser har vist betydningen af geografisk afstand eller rejsetid for valg af sygehus. Den negative effekt på sygehusbrugen af afstanden mellem hjem og hospital i landområder, blev allerede tidligt fastslået³. McGuirk and Porell (1984) benytter en "spatial demand model" til at analysere transporttidens betydning i storbyområder. De fandt, at trods mange alternativer indenfor rimelig afstand (15 miles) er der alligevel en stærk tendens til at vælge nærmeste sygehus. Cohen & Lee (1985) fandt ligeledes, at rejseafstand var den mest signifikante forklaringsvariabel efterfulgt af koefficienten til antal senge.

Hvis patienten er uarbejdsdygtig i ventetiden, bliver der tale om en konkret indtægtsnedgang. Dertil kommer, at patienten oplever et nyttetab ved at være syg, som naturligvis forøges med stigende ventetid. Er patienten meget generet af sin sygdom, vil ventetiden formentlig have afgørende betydning. For den type lidelser kan man således forvente stor mobilitet.

Tendensen for betydningen af indkomst i de empiriske undersøgelser er, at lokale sygehuse er inferiøre goder. F. eks. fandt Bronstein & Morrissey (1990), at når den gennemsnitlige indkomst i et landdistrikt steg, så substituerede lokalbefolkningen væk fra de lokale hospitaler. En 5% stigning i gennemsnitsindkomsten i kvindens hjemamt er således forbundet med en stigning på 20% i faktisk rejseafstand til obstetrisk afdeling, alt andet lige.

Nyttegevinsten ved at konsumere hospitalsydelser stammer fra hospitalsydelsernes positive effekt på sundhedstilstanden. Størrelsen af denne effekt antages at afhænge af kvaliteten af behandlingen. Behandlingen må derfor siges at være af høj kvalitet, når risikoen for komplikationer og eventuel død er lav, og sandsynligheden for helbredelse er stor. Ex ante er det imidlertid vanskeligt at vurdere "outcome", specielt da patienten er interesseret i sine egne personlige risici og sandsynligheder og ikke i gennemsnittet over mange forskellige sygdomsudviklingsforløb.

Patienten kan skønne over kvaliteten af behandlingen på de forskellige sygehuse ved at betragte forskellige indikatorer for tilstedeværelse af kvalitet. Forhold så som hospi-

3. Se f. eks. Studnicki (1975) for en oversigt.

talets størrelse og specialiseringsgrad kan tænkes at være en god approksimation for kvaliteten, idet størrelsen sikrer, at lægerne har en vis øvelse, og specialiseringsgraden borger for, at en vis ekspertise er til stede.

En amerikansk undersøgelse (Bronstein & Morissey 1990) finder en stærk sammenhæng mellem sygehusvalg i forbindelse med valg af obstetrisk afdeling og tilstedeværelse af NICU-faciliteter (Neonatal Intensive Care Unit) på sygehuset. Sygehuse som kunne tilbyde mere vidtgående obstetriske og neonatale faciliteter tiltrak, alt andet lige, flere gravide kvinder. I 1988 forbigik 50% af kvinderne i landområder således det nærmeste sygehus for at modtage svangreomsorg på et andet sygehus. Resultaterne antyder, at opfattelsen af kvalitet betyder noget for valget af sygehus, og at der kan være tale om stor risikoaversion.

Luft et. al (1990) undersøger ved hjælp af en "conditional choice model", hvorvidt hospitalsvalg hænger sammen med bl. a. hospitalets kvalitet og afstand fra hjemmet. De benyttede kvalitetsindikatorer er: status som undervisningssygehus, overførselsmønster (til og fra andre sygehuse) og en dødsfalds- og komplikationsrate. Undersøgelsen viste, at undervisningsstatus øgede sygehusets sandsynlighed for at blive valgt, selv for konstant outcome. For de fleste diagnose- og behandlingstyper fandtes endvidere, at sandsynligheden steg med antal overførsler af patienter fra andre sygehuse og faldt med antal overførsler til andre sygehuse. Sygehusets størrelse målt ved antal senge havde også en positiv effekt på sandsynligheden for, at sygehuset ville blive valgt. Endelig fandtes for høje komplikationsrater en negativ koefficient for de fleste behandlingstyper og halvdelen af de medicinske diagnoser. Dette direkte output-kvalitetsmål er dog af relativ mindre betydning end afstand, som fortsat er den dominerende determinant for efterspørgslen. Resultaterne viser, at kvalitet målt såvel ved strukturelle mål som ved patientens udbytte spiller en rolle for valget af sygehus.

Endvidere kan sygehusets fysiske fremtrædelsesform, vedligeholdelse og servicefunktioner tages som udtryk for et moderne tidssvarende sygehus eller det modsatte. Cohen & Lee (1985) finder, at alle variable, som angiver spændviden i ydelsestilbudet har positivt fortegn, hvilket antyder, at hospitalets sofistikationsniveau tiltrækker patienterne (eller de henvisende læger).

Patienten, som maksimerer nytte opnået ved sundhedstilstand og forbrug, ønsker at vælge et nærtliggende sygehus med høj kvalitet, kort venteliste og indlæggelsestid samt højt serviceniveau, hvor afstand er den dominerende determinant.

Langt de fleste undersøgelser af determinanter for sygehusvalg er amerikanske. Det ville være særdeles interessant indenfor et kommende nyt system i Danmark at estimere sammenhængen mellem afstand, ventelistelængde, personlig indkomst samt forskellige kvalitetsmål og valget af sygehus.

2. Den praktiserende læge som rådgiver

Når kvalitet er en vigtig faktor i sygehusvalget, må patienten på grund af usikkerhed og informationsasymmetri søge information om kvaliteten hos den praktiserende læge. Lægen har på basis af sit patientklientel og sin større faglige viden et større erfaringsgrundlag at basere en implicit risikovurdering og fornemmelse af kvalitetsforskelle på. Søgeomkostningerne for alternativ information vil ofte være store. Dels er patienten ofte under tidspres med hensyn til at få iværksat behandling, dels kan det være relativt ressourcekrævende at finde og forstå information fra alternative kilder. Den praktiserende læges råd vedrørende sygehusvalg bliver derfor vigtigt, og denne forbliver i praksis en nøgleperson i beslutningen, selvom ansvaret flyttes til patienten. Det er derfor relevant at undersøge den praktiserende læges incitamenter til at anbefale sygehuse af bestemte typer.

Antag, at lægen nyttemaksimerer. Lad lægens nytte stige med stigende indkomst, fritid og patientsundhed⁴. Endvidere antages lægen at skulle øge tidsforbruget til administration af kontakterne til indlæggelsesstederne med stigende antal indlæggelsessteder. Med patienter på mange forskellige sygehuse med forskellig behandlingspraksis og forskellige efterbehandlingsstrategier kan det være krævende at holde styr på alle patienter.

Den praktiserende læge er aflønnet delvist per person tilmeldt praksis, delvist per ydelse. Antal ydelser i forbindelse med efterbehandling og komplikationer antages at afhænge negativt af liggetiden og kvaliteten af ydelserne på det valgte sygehus.

Antallet af henvisninger er et resultat af den praktiserende læges afvejning af egne præferencer for indkomst og fritid og hensyn til patientens sundhed. Frit sygehusvalg vil i den forbindelse blot betyde en udvidelse af spektret af alternativer, men vil ikke påvirke antallet af henvisninger. Derimod vil den læge, som vurderer besværet med at have kontakt med mange forskellige sygehuse frem for nogle få relativt højt, ønske at påvirke patienterne til at vælge mellem nogle få sygehuse.

Endelig skal det bemærkes, at en spredning af patienterne ud over et større antal sygehuse, kan få den utilsigtede effekt, at den praktiserende læges information om kvalitetsforskelle mellem sygehuse bliver forringet. Dette skyldes, at lægens observationer per sygehus falder, hvilket er specielt kritisk med hensyn til "usynlig" kvalitet, hvor kombinationen af antal patienter og usikkerhed eller langtidseffekter vanskeliggør en vurdering.

Den praktiserende læge har intet incitament til at foretrække det ene sygehus for det andet, men har om noget et incitament til at koncentrere sine patienter på nogle få sygehuse.

4. Se f. eks. Evans (1984) for en nyttefunktion af denne type.

3. Sygehuset som producent

Der findes meget få formelle modeller for sygehusadfærd, og de fleste er ikke helt tilfredsstillende. De fleste modeller betragter hospitalsadministrationen som den relevante beslutningstager. Ofte antages målet at være maksimering af output. Det gælder f. eks. Newhouse (1970), som dog argumenterer for, at hospitalsledelsen ikke maksimerer produceret mængde som den eneste dimension af output. Kvalitet, defineret som intensitet af behandlingen, antages således at indgå som den anden dimension. Lee (1971) opstiller den hypotese, at sygehusledelsen er nyttemaksimerende. Sygehusadministrationen antages at opnå nytte ved sygehusets status og prestige. Denne er bestemt af sygehusets mulighed for højteknologisk intervention og indsats af specialiseret personale samt af variationen i tilbuddet af serviceydelser. Prestigen er altså i høj grad bundet til input.

Pauly & Redisch (1973) betragter hospitalet som et lægekooperativ, hvor lægerne deler residualprofitten. Lægerne antages at kontrollere hospitalet. Hospitalets mål er derfor at profitmaksimere, så lægernes individuelle nytter maksimeres. I en lignende model lader Ellis & McGuire (1986) patientens benefit indgå i nyttefunktionen tillige med profit. Dette svarer til en række modeller for lægeadfærd for læger udenfor hospitaler, hvori etiske eller moralske hensyn og glæden ved at udføre et godt håndværk spiller en væsentlig rolle⁵.

Sygehuset beskæftiger dels læger, dels administrationspersonale. Det har været fremført, se f. eks. Harris (1977), at disse to faggrupper har så forskellige motiver og arbejdsvilkår, at der reelt er tale om to forskellige virksomheder under samme tag. Problemet om intern allokering af ressourcer og implementeringen af målsætningen er ikke uvæsentlig. Det er bestemt et godt spørgsmål, hvorvidt sygehuset er "gearet" til at forfølge en fælles målsætning, så der ikke opstår problemer af typen "Fangens Dilemma" vedrørende allokering af ressourcer mellem afdelingerne. Jeg skal imidlertid her anlægge den betragtning, at en sygehusledelse, hvori repræsentanter for begge faggrupper er tilstede, ved en forhandlingsproces når frem til en fælles politik for sygehuset. Jeg antager således, at sygehusledelsens præferencer kan repræsenteres ved en målfunktion, som søges maksimeret.

Jeg vil udvide antagelsen om et etisk argument i lægekooperativet til også at gælde sygehusledelsen. Det må antages, at også administrationen opnår nytte ved, at sygehuset udfylder den funktion, det er pålagt. Sygehusvæsenets opgave er at levere sundhedsydelser til patienter med henblik på at forbedre patienternes sundhedsstatus. Jeg vil antage, at sygehusledelsens nytte stiger med stigende sundhedstilstand i patientpopulationen.

5. Se f. eks. Woodward & Warren – Boulton (1984).

Udover dette etiske element i sygehusets målfunktion antages sygehusledelsen, som hos Lee (1971), at opnå nytte af prestige, hvor prestigen forudsættes at vokse med voksende kvalitet af input og sygehusets størrelse, målt f. eks. ved antal patienter som behandles. Endvidere antages det ofte, at slack indgår i form af nytte af forbedrede arbejdsvilkår for medarbejderne, som ikke er begrundet i opfyldelsen af sygehusets funktion.

Til sidst kan anføres, at sygehusledelsen også opnår nytte af indkomst. Denne er på kort sigt fast. Men hvis antal patienter eller ydelseskvaliteten falder under et minimum mister sygehuset sin eksistensberettigelse. Såfremt sygehusledelsen maksimerer på langt sigt, indebærer hensyn til indkomst og muligheden for at få interessant og prestigegivende arbejde på langt sigt et incitament til at øge sygehusets størrelse og specialiseringsgrad.

Summa summarum antages sygehuset at maksimere en målfunktion, hvori indgår patientsundhed, kvalitet per se og størrelse målt ved antallet af patienter, samt på længere sigt indkomst.

Antag, at sundhed produceres ved hjælp af sundhedsydelser, og at marginalproduktet er aftagende. Lad endvidere sundhedsydelsen bestå af et tidsinput i form af et antal sengedage med tilhørende standardydelser, og af et kvalitetsinput som f. eks. repræsenterer specialister, specialudstyr med videre. Kvalitetsinputtet kan også fortolkes som en indikator for sygehusets teknologiske udviklingsstrin sammenlignet med lægevidenskabens stadium.

Antag, at samme niveau af sundhedsydelse, kan opnås ved forskellige kombinationer af tidsinput og kvalitetsinput, idet der dog for sundhedsydelser ud over et vist niveau kræves kvalitetsinput for at forbedre sundhedstilstanden. I produktionen af et givet sundhedsydelsesniveau forudsættes $a(k)$ enheder kvalitetsinput, k , at kunne erstatte 1 tidsinput, t . For $0 < a < 1$ og $a'(k) < 0$ gælder, at ved højere kvalitet i produktionen skal der færre sengedage til at producere en given fremgang i sundhedstilstanden. Et eksempel er moderne teknologi, som gør ambulant behandling mulig⁶. Lad denne produktionsfunktion være kendt af sygehusledelsen.

Maksimeringen foregår under forudsætning af, at kvalitet og antal patienter ikke må falde under et givet minimum, for hvilket sygehusets eksistens er truet, samt at kapacitetsgrænsen ikke overskrides. Lad sygehuset have en fast budgetramme, som skal overholdes. Givet priserne på inputtene kan sygehuset vælge mellem forskellige kombinationer af kvalitetsinput og tidsinput.

6. Det er klart, at der også findes eksempler på det modsatte f. eks. fra USA, hvor der er udstrakt anvendelse af kejsersnit også for normale graviditeter (F. eks. Rachlis & Kushner 1989). I dette tilfælde indebærer brugen af højere teknologi en forlængelse af liggetiden i forhold til normale fødsler for stort set den samme sundhedsydelse, nemlig fødselshjælp i normal graviditet. I dette tilfælde er $a(k) > 1$.

4. Konsekvenser af frit sygehusvalg

a. Kvalitet og tidssinput under monopol

Under monopol er antal henvisninger til indlæggelse eksogent bestemt af de praktiserende læger og faste visitationsregler.

Antag, at antallet af indlæggelser er fast, enten ved det antal patienter som henvises eller ved kapacitetsgrænsen. Ud fra et ønske om at maksimere sundhedstilstanden og under antagelse af, at marginalproduktet af behandling for sundhedstilstanden er positiv, bør der vælges den inputkombination (k^*, t^*) , som muliggør produktionen af det højeste sundhedsydelsesniveau for givet budget pr. indlagt. Dette er den teknisk efficiente løsning.

Lad kvalitet indgå direkte i sygehusets målfunktion. I så fald vil kvaliteten bidrage til sygehusledelsens mål såvel gennem effekten på patienternes sundhedstilstand som gennem effekten på sygehusets prestige. Resultatet bliver, at der vælges en inputkombination, hvor kvaliteten er højere og liggetiden med tilhørende standardydelser lavere end i optimum. Pointen er imidlertid, at den marginale sundhedsgevinst for $k > k^*$ er mindre end det marginale sundhedstab, som reduktionen af liggetiden indebærer. Da $a(k) < 1$, vil sundhedstilstanden kunne forbedres, idet en marginal nedskæring af kvalitet vil frigøre ressourcer til at øge antal sengedage med tilhørende standardydelser med. Sundhedstilstanden vil derfor være ringere end i optimum.

Antag, at der er slack, svarende til at en del af budgettet anvendes til forbedring af arbejdsvilkår, som er uden indflydelse på produktionen. Der er da et mindre budget til rådighed for køb af input i produktionen. Resultatet bliver en lavere mængde kvalitets- og tidsinput, samt en forringet sundhedstilstand.

Antag nu, at antal indlagte ikke længere er fast, men kan varieres, blandt andet ved at sætte patienter på venteliste. Højere kvalitet koster sengedage og resulterer i et lavere sengedagsforbrug og dermed gennemsnitlig liggetid. Den gennemsnitlige liggetid (eller standard) kan dog bibeholdes, hvis det samlede antal indlæggelser reduceres. Da sygehusledelsen imidlertid har en præference for størrelse, og da raske personer ikke repræsenterer interessant arbejde, er der en nedre grænse for, i hvilket omfang en indskrænkning af antallet af indlagte kan finde sted. De indlagte patienter vil opnå en højere sundhedstilstand, mens de, som er på venteliste, vil være ringere stillet.

Hvis kvalitet indgår som prestigegivende variabel, vil sygehuset vælge en kvalitet, som er højere end optimalt, hvilket dog vil blive modvirket noget, hvis der forekommer slack. Den "overnormale" kvalitet samt slack vil blive opnået ved en kombination af længere ventetid og kortere liggetid end teknisk efficient.

b. Kvalitet og tidsinput under konkurrence

For sygehuse, som ikke er lukningstruede og evt. har ventelister, er der ingen incita-

menter på kort sigt til at ændre produktionsstrategien. En ny patient vil blot betyde flere omkostninger, eller at ventelisten forlænges.

Inddrager sygehusledelsen langsigtsovervejelser i deres beslutningstagning kan den potentielle konkurrence, som påføres gennem frit sygehusvalg, give et incitament til at nedbringe ventelisterne. Det vil ske i det omfang, det opleves som en reel trussel, at et konkurrerende sygehus vil indtræde på markedet og tiltrække ikke blot ventelistepatienter, men også andre patienter, og dermed bringe sygehusets eksistens i fare.

På grund af afstandsparens afgørende betydning for patientens hospitalsvalg, vil den potentielle konkurrence være størst for sådanne ydelser, hvor ventetiden påfører patienten et stort nytte tab, og hvor afstanden i forvejen er stor. Det antages nemlig, at den marginale omkostning aftager med stigende afstand mellem sygehus og hjem. Sådanne ydelser vil typisk være specialiserede ydelser.

For sygehuse på et konkurrenceudsat marked kan der være incitament til at nedbringe ventelister for at gøre det mindre attraktivt for konkurrenter at gå ind på markedet. Nedbringelsen af ventelisterne kræver imidlertid ressourcer. Disse kan findes ved at sænke usynlig kvalitet, gennemsnitlig liggetid/standard eller ved udnyttelse af slack. Imidlertid producerer sygehuset flere forskellige typer ydelser, hvoraf nogle vil have lokalt monopol, mens andre vil være konkurrenceudsatte. Der er derfor et incitament til en intern omprioritering af ressourcer fra produktionen af ydelser til det lokale monopolmarked til produktionen af ydelser til det konkurrenceudsatte marked. Det betyder, at ressourcetildelingen til fortrinsvis specialafdelinger vil øge, på bekostning af de ydelser, som er omfattet af det lokale monopol. Patienter med behov for sådanne ydelser vil derfor få lavere input af enten kvalitet, service eller tidsinput. Med tilhørende lavere sundhedstilstand.

For lukningstruede sygehuse, hvor mængden af patienter nærmer sig det givne minimum, har sygehusledelsen et umiddelbart incitament til at tiltrække udenamtpatienter med henblik på at sikre deres fremtidige indkomst.

Hvis patientens nytte tab ved større afstand til hospitalet ikke opvejes af nyttegevinsten ved en kortere ventetid, kan patienterne tiltrækkes ved øget service, reklame, rekruttering af praktiserende læger og synlig kvalitet. Med et givet budget må ressourcerne til at tiltrække flere patienter tages fra slack eller findes ved en nedbringelse af tidsinput eller usynlig kvalitet af input. Alternativt kan sygehuset vælge at udnytte eventuelle uudnyttede stordriftsfordele ved at specialisere sig.

Konkurrencen om patienterne stimulerer således udnyttelsen af eventuelt slack, hvilket også var hensigten. Imidlertid er der i konkurrencen om patienterne et andet potentielt ressourcespild på grund af usikkerhed og informationsasymmetri om kvalitet. Lad f. eks. to sygehuse konkurrere om de samme patienter. Begge sygehuse vil have et incitament til at øge synlig kvalitet og reklameindsats på bekostning af tidsinput og usynligt kvalitetsinput. Hvis begge sygehuse sætter ind på disse områder, ændres markeds-

andelene ikke. Konsekvensen er, at ressourceindsatsen for patientsundheden er mindre. Begge sygehuse, og patienterne, er bedst stillet ved, at sygehusene undlader at promovere sig selv. Men da begge sygehuse vil miste patienter, hvis det andet sygehus iværksætter et reklamefremstød, er sygehusene tvunget til at øge ressourceforbruget til disse aktiviteter.

Når den marginale nytte, som sygehusledelsen opnår ved en kvalitetsforbedring, virker både gennem en sundhedseffekt, en direkte prestige-effekt og en indirekte prestige-effekt gennem øget patienttal, er det sandsynligt, at en central konkurrenceparameter er kvalitet. Dette indebærer en risiko for uhensigtsmæssig duplikering af teknologi, hvor stordriftsfordele ikke kan udnyttes, fordi patientunderlaget er ringe. Luft et al. (1986) fandt for USA, at gennemsnitsomkostningerne per indlæggelse for de fleste behandlingstyper steg med graden af konkurrence. For konkurrerende sygehuse fandtes generelt et højere kvalitetsniveau, inkl. service, og omfattende duplikering af faciliteter, som ikke blev fuldt udnyttet. Naturligvis er det vanskeligt at overføre erfaringer fra et system med omkostningsbaseret sygehusafregning. Men risikoen for duplikering af prestigegivende og kundetiltrækkende teknologi består i et vist omfang, selv når budgettet er fast.

I det omfang, der sker en opbrydning af det lokale monopol, kan konsekvensen af konkurrencen meget vel være, at omkostningerne, på grund af kortere liggetider og lavere usynligt kvalitetsniveau, flyttes til praksissektoren, hvor budgettet ikke er fast, og at sundhedstilstanden forringes.

5. Konklusion

Afstand, ventetid og kvalitet er af stor betydning for patientens sygehusvalg. Givet afstandens dominerende betydning for efterspørgslen, må det forventes, at det lokale monopol på fortrinsvis ikke-specialiseret behandling vil forblive nogenlunde intakt, med mindre der er meget store forskelle i kvalitet eller ventetider⁷. Den praktiserende læge må forventes at støtte det eksisterende indlæggelsesmønster ud fra et ønske om at minimere administrationen. I forhold til et system med faste visitationsregler, vil der dog, ved en længere afstand mellem bopæl og tidligere visitationssygehus, ske en ud-ligning og nedbringelse af ventelisterne.

Ikke alle sygehuse vil have et incitament til at konkurrere. Sygehusene vil såvel under monopol som under konkurrence have et incitament til at vælge højere kvalitetsinput og lavere tidsinput med tilhørende standardydelse end i optimum. Under monopol vil liggetiden være længere end under konkurrence. Under konkurrence vil der være et incitament til at omprioritere ressourcer fra markeder med relativt fast lokalt

7. I et interview til Journal for Sundhedsvæsen i august 1991, udtaler Jørgen Iversen, amtssundhedsdirektør i Nordjyllands Amt, således også, at der hidtil kun er sket marginale ændringer i indlæggelsesmønstret mellem Viborg, Århus og Nordjyllands Amter.

monopol til konkurrenceudsatte markeder, samt på grund af informationsasymmetri om kvalitet til en omprioritering fra antal sengedage med tilhørende standardydelse og usynlige kvalitetsinput til synlige kvalitetsinput og øget serviceniveau. Endvidere vil der være en risiko for uhensigtsmæssig duplikering af faciliteter.

Frit sygehusvalg kan være et mål af ideologiske grunde. Men med frit sygehusvalg overlades det den mindst informerede agent at evaluere sygehusene og bestemme allokeringen af offentlige ressourcer indenfor sundhedsvæsenet. Der er intet, som antyder, at det skulle føre til bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Litteratur

- Andersen, T. F. & Mooney, G. (eds.) 1990. *The Challenges of Medical Practice Variations*. London.
- Bronstein, J. M. & Morrissey, M. A. 1990. Determinants of Rural Travel Distance for Obstetrics Care. *Medical Care*, vol. 28, no. 9, p. 853-865.
- Cohen, M. A. & Lee, H. L. 1985. The Determinants of Spatial Distribution of Hospital Utilization in a Region. *Medical Care*, vol. 23, no. 1, p. 27-38.
- Ellis, R. P. & McGuire, T. G. 1986. Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of Health Economics*, vol. 5, no. 2, p. 129-152.
- Evans, R. G. 1984. *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto.
- Harris, J. E. 1977. The internal organization of hospitals; some economic implications. *The Bell Journal of Economics*, vol. 8, p. 467-82.
- Journal for Sundhedsvæsen*, no. 3, august 1991. Sygehusudgifter vil stige eksponentielt.
- Lee, M. L. 1971. A conspicuous production theory of hospital behavior. *Southern Economic Journal*, vol. 38, p. 48-58.
- Luft, H. S., Garnick D. W., Mark, D. H., Peltzman, D. J., Phibbs, C. S., Lichtenberg, E., McPhee, S. J. 1990. Does Quality Influence Choice of Hospital? *Journal of the American Medical Association*, vol. 263, no. 21, p. 2899-2906.
- Luft, H. S., Robinson, J. C., Garnick D. W., Maerki, D. W. McPhee, S. J. 1986. The Role of Specialized Clinical Services in Competition among Hospitals. *Inquiry*, vol. 23, no. 1, p. 83-94.
- McGuirk, M. and Porell, F. W. 1984. Spatial patterns of hospital utilization: The impact of distance and time. *Inquiry*, vol. 21, no. 1, p. 84-95.
- Newhouse, J. P. 1970. Toward a Theory of Non-Profit Institutions: An Economic Model of the Hospital. *American Economic Review*, vol. 60, p. 64-74.
- Pauly, M. V. and Redisch, M. 1973. The not-for-profit hospital as a physicians's co-operative. *American Economic Review*, vol. 63, p. 87-100.
- Rachlis, M. & Kushner, C. 1989. *Second Opinion*. Toronto.
- Studnicki, J. 1975. The Geographic Fallacy: Hospital planning and Spatial Behavior. *Hospital Administration*, vol. 20 (10) p. 10-21.
- Woodward, R. S. and Warren-Boulton, F. 1984. Considering the Effects of Financial Incentives and Professional Ethics on »appropriate« Medical Care. *Journal of Health Economics* vol. 3, p. 223-237.

monopol til konkurrenceudsatte markeder, samt på grund af informationsasymmetri om kvalitet til en omprioritering fra antal sengedage med tilhørende standardydelse og usynlige kvalitetsinput til synlige kvalitetsinput og øget serviceniveau. Endvidere vil der være en risiko for uhensigtsmæssig duplikering af faciliteter.

Frit sygehusvalg kan være et mål af ideologiske grunde. Men med frit sygehusvalg overlades det den mindst informerede agent at evaluere sygehusene og bestemme allokeringen af offentlige ressourcer indenfor sundhedsvæsenet. Der er intet, som antyder, at det skulle føre til bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Litteratur

- Andersen, T. F. & Mooney, G. (eds.) 1990. *The Challenges of Medical Practice Variations*. London.
- Bronstein, J. M. & Morrissey, M. A. 1990. Determinants of Rural Travel Distance for Obstetrics Care. *Medical Care*, vol. 28, no. 9, p. 853-865.
- Cohen, M. A. & Lee, H. L. 1985. The Determinants of Spatial Distribution of Hospital Utilization in a Region. *Medical Care*, vol. 23, no. 1, p. 27-38.
- Ellis, R. P. & McGuire, T. G. 1986. Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of Health Economics*, vol. 5, no. 2, p. 129-152.
- Evans, R. G. 1984. *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto.
- Harris, J. E. 1977. The internal organization of hospitals; some economic implications. *The Bell Journal of Economics*, vol. 8, p. 467-82.
- Journal for Sundhedsvæsen*, no. 3, august 1991. Sygehusudgifter vil stige eksponentielt.
- Lee, M. L. 1971. A conspicuous production theory of hospital behavior. *Southern Economic Journal*, vol. 38, p. 48-58.
- Luft, H. S., Garnick D. W., Mark, D. H., Peltzman, D. J., Phibbs, C. S., Lichtenberg, E., McPhee, S. J. 1990. Does Quality Influence Choice of Hospital? *Journal of the American Medical Association*, vol. 263, no. 21, p. 2899-2906.
- Luft, H. S., Robinson, J. C., Garnick D. W., Maerki, D. W. McPhee, S. J. 1986. The Role of Specialized Clinical Services in Competition among Hospitals. *Inquiry*, vol. 23, no. 1, p. 83-94.
- McGuirk, M. and Porell, F. W. 1984. Spatial patterns of hospital utilization: The impact of distance and time. *Inquiry*, vol. 21, no. 1, p. 84-95.
- Newhouse, J. P. 1970. Toward a Theory of Non-Profit Institutions: An Economic Model of the Hospital. *American Economic Review*, vol. 60, p. 64-74.
- Pauly, M. V. and Redisch, M. 1973. The not-for-profit hospital as a physicians's co-operative. *American Economic Review*, vol. 63, p. 87-100.
- Rachlis, M. & Kushner, C. 1989. *Second Opinion*. Toronto.
- Studnicki, J. 1975. The Geographic Fallacy: Hospital planning and Spatial Behavior. *Hospital Administration*, vol. 20 (10) p. 10-21.
- Woodward, R. S. and Warren-Boulton, F. 1984. Considering the Effects of Financial Incentives and Professional Ethics on »appropriate« Medical Care. *Journal of Health Economics* vol. 3, p. 223-237.