

KAPITEL IV

SUNDHED – EN OPGAVE FOR VELFÆRDSSTATEN

IV.1 Sundhedssektoren – en del af velfærdsstaten

Fokus i kapitlet

I dette kapitel diskuteres fordelingsaspekter i relation til sygdom og sundhed samt finansieringen og organiseringen af det samlede sundhedssystem.

Sundhedsydelser – en kerneydelse for velfærdsstaten

Sundhedssystemet er en vigtig del af velfærdsstaten. Megen sygdom rammer helt uforudsigeligt og medfører betydelige omkostninger både til behandling og i form af tab af arbejdsindkomst. Et sundhedssystem, der finansieres via frivillige private forsikringsordninger, vil give en ulige og utilstrækkelig forsikring af befolkningen. Offentlig medvirken i finansieringen af sundhedssystemet er derfor en vigtig opgave for velfærdsstaten.

Sundhedsydelser er specielle

Sundhedsydelser adskiller sig fra andre serviceydelser af flere årsager, hvilket betyder, at der i produktionen af sundhedsydelser er behov for offentlig indgriben. Et forhold er, at patienterne ikke har tilstrækkelig viden til at vurdere mulighederne for og kvaliteten af behandlingerne, men må rådføre sig hos lægen, som også er producenten af ydelsen. Samtidig betyder finansieringen af sundhedsydelser, hvad enten den foregår via skatterne eller private forsikringsordninger, at der er en adskillelse mellem forbruget og betalingen af sundhedsydelsen. Dermed kan betalingen af ydelsen skubbes over på en tredjepart, og omkostningerne indgår dermed ikke direkte i overvejelserne af valg af behandling. De institutionelle rammer for produktionen af sundhedsydelser er derfor vigtige for et effektivt sundhedsvæsen.

Kapitlet er færdigredigeret den 8. maj 2000.

Alle har glæde af sundhedsvæsenet

Eksistensen af et sundhedssystem er ikke kun til gavn for de syge og deres pårørende, men også for resten af befolkningen, som har glæde af at vide, at de syge bliver behandlet, samt at alle, der på et eller andet tidspunkt rammes af sygdom, vil blive behandlet. Sundhedssystemet betyder også, at produktionen i samfundet bliver højere, fordi arbejdskraften bliver helbredt eller lindret for sygdom og dermed kan være i beskæftigelse. Der er også eksterne effekter i form af, at sundhedssystemet kan være med til at hindre og forebygge smitte. Disse forhold er afgørende for indretningen af sundhedsvæsenet i et velfærdssamfund.

Målsætningen for sundhedsvæsenet:

En vurdering og forslag til ændringer af organiseringen og finansieringen af sundhedsvæsenet må tage udgangspunkt i de målsætninger, som vi i Danmark ønsker, sundhedsvæsenet skal efterleve. Disse målsætninger kan angives som nedenfor:¹

- Fremme menneskers sundhed
- Fri og lige adgang til behandling
- Geografisk lighed og nærhed
- Kvalitet og udvikling
- Retfærdighed
- Efficiens
- Kontrolleret vækst i sundhedsudgifterne

Fremme sundhed

At “fremme menneskers sundhed” er en helt overordnet målsætning, som sundhedsvæsenet skal søge at varetage inden for de økonomiske og institutionelle rammer, der er udstukket. Denne målsætning må betyde, at kun ydelser, som har en dokumenteret positiv effekt, har en berettigelse i det offentlige sundhedsvæsen.

Fri og lige adgang

Det er en overordnet målsætning, at der er fri og lige adgang til sundhedsvæsenet, hvilket ofte udlægges som, at den enkelte modtager behandling efter behov og bidrager til finansiering efter evne. Det er dog ikke klart, om det indebærer, at det er en ret til at få stillet behandling til rådighed, så ethvert sundhedsmæssigt behov kan dækkes, eller om det kun gælder i det omfang, der er kapacitet og finansielle muligheder. I sidstnævnte

1) Formålene fremgår af Sundhedsministeriet (1997a).

tilfælde er det nødvendigt med prioritering af sundhedssektorens aktiviteter.

Geografisk lighed og nærhed

Lighedsmålsætningen omfatter også, at der skal være geografisk lighed, sådan at der er et nogenlunde ensartet kvalitets- og serviceniveau i landet som helhed. Det er i den forbindelse en målsætning, at borgerne har adgang til et behandlingstilbud så tæt på eget hjem som muligt. Nærhedsprincippet tilstræbes under forudsætning af, at kvalitet og effektivitet i driften kan opretholdes.

Kvalitet

Kvalitet er afgørende for, at sundhedsvæsnets kan give størst muligt bidrag til at fremme sundheden. WHO definerer kvalitet som høj professionel standard, minimal patientrisiko, effektiv ressourceudnyttelse, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet. Denne definition af kvalitet er selvsagt vanskelig at operationalisere. Der kan samtidig være en modsætning mellem kvalitetsmålsætningen og målsætningen om en fri og lige adgang til sundhedsvæsnets. Den frie og lige adgang til sundhedsvæsnets kan således betyde, at der må slækkes på forskellige elementer i kvalitetsmålsætningen, givet en kapacitetsbegrænsning, for at tilgodese behovet.

Retfærdighed

Det er svært at fastslå og opnå enighed om, hvorvidt en målsætning om retfærdighed er opfyldt. Hvad der er retfærdighed, er vanskeligt at afgøre, og det er først og fremmest et etisk spørgsmål. Er det f.eks. retfærdigt, at en ung mand med arbejde og tre små børn får nye hofter før en gammel pensionist på 87 år?

Efficiens og styring af de samlede udgifter

En effektiv ressourceudnyttelse betyder, at der både skal produceres mest muligt med de laveste omkostninger, og at der er overensstemmelse mellem borgernes ønsker og det, der stilles til rådighed. Det er nødvendigt at styre de samlede udgifter til sundhedsvæsnets, fordi det er offentligt finansieret, og udgifterne ikke betales direkte af patienten. Der er derfor risiko for et samfundsmæssigt u hensigtsmæssigt overforbrug, hvis ikke der er en styring af de samlede udgifter. Modsat er det dog også sådan, at meget ensidig fokusering på styringen af de samlede udgifter kan betyde, at sundhedsydelse bliver for lave i forhold til det samfundsøkonomisk ønskelige.

Målsætningerne lægger begrænsninger

Målsætningen om lige adgang til sundhedssystemet er i vidt omfang bestemmende for, hvordan det danske sundhedssystem er finansieret og organiseret. Et vigtigt instrument til at sikre opfyldelsen af lighedsmålsætningen i sundhedssystemet er, at sundhedsvæsnets finansiering sker via generelle skatter. Skattefinansieringen har medført, at der er blevet lagt en begrænsning på de samlede sundhedsudgifter. Det kan betyde, at der f.eks. kan opstå kø til behandlinger eller andre begrænsninger i et omfang, der kan forekomme samfundsmæssigt u hensigtsmæssigt. Ligeledes betyder ønsket om en geografisk spredning af sundhedstilbud og dermed, at borgerne har adgang til et behandlingstilbud så tæt på eget hjem som muligt, at f.eks. sygehuse spredes ud i landet. Det kan medføre, at der må gives køb på at udnytte ressourcerne mest effektivt i sundhedsvæsnets. Målsætningen om geografisk spredning kan også gøre det vanskeligt at skabe konkurrence mellem sygehuse.

Økonomi og lige adgang til sundhed

Målsætningerne for sundhedssystemet, de særlige karakteristika, der er ved produktionen af sundhedsydelser samt de forsikringsmæssige aspekter ved sundhedsydelser, bestemmer hensigtsmæssige måder at organisere og finansiere sundhedssystemet. Derfor kan sundhedssystemet ikke alene vurderes ud fra snævre økonomiske og tekniske forhold.

Fordeling af sundhed

I dette kapitels afsnit IV.2 belyses fordelingsaspekter i relation til sundhed og sygdom. Der er valgt at se på forbruget af sundhedsydelser i forhold til den personlige indkomst.

Middellevetiden

Et blandt mange mål for sundhed er middellevetiden. Stigningen i middellevetiden har været mindre i Danmark end i lande, vi normalt sammenligner os med. I afsnit IV.3 analyseres middellevetiden for forskellige socioøkonomiske grupper.

Sundhedsudgifterne

Den demografiske udvikling og udviklingen i sygelighed har begge betydning for det samlede pres på sundhedsudgifterne, og dette diskuteres og analyseres i afsnit IV.4.

Finansieringen af sundhedsydelser

Et af de generelle mål for sundhedsvæsnets er som nævnt at sikre fri og lige adgang til behandlingssystemet uafhængigt af indkomst og social status. Der er desuden bred enighed om, at sundhedsydelserne skal tilbydes inden for et offentligt sund-

hedsvæsen, der er solidarisk finansieret over skatterne, jf. Sundhedsministeriet (1999a). I Danmark foregår betalingen til sundhedsvæsenet først og fremmest gennem amtskommunale personskatter, men der opnås dog også finansiering gennem afgifter, brugerbetaling og forsikringsbidrag. Finansieringsformen indebærer, at det kun på meget afgrænsede områder er muligt at få flere sundhedsydelser end dem, det offentlige tilbyder. I afsnit IV.5 er mulighederne og konsekvenserne af andre finansieringsformer undersøgt. Finansieringsspørgsmålet er også vigtigt, fordi aldringen af befolkningen, udviklingen i sygeligheden og nye behandlingsformer kan betyde et yderligere pres på udgifterne inden for sundhedsområdet.

Prioritering nødvendig

Behovet for sundhedsydelser er meget stort, og der er et øget pres på sundhedsudgifterne. Det er derfor nødvendigt at træffe beslutninger om, hvilke ydelser sundhedsvæsenet skal tilbyde. Et af de redskaber, der kan være en hjælp i beslutningsprocessen, er den sundhedsøkonomiske metode, som synliggør omkostningerne ved og udbyttet af behandlingerne. Derfor indeholder afsnit IV.6 en diskussion af, i hvilket omfang de sundhedsøkonomiske metoder kan bidrage til en prioritering blandt de mange behandlingstilbud, der er på sundhedsområdet.

Organisering af sundhedssektoren

Det danske sundhedssystem adskiller sig fra en del andre vestlige lande ved, at det er amterne, som både finansierer og står for driften af sygehusene. Denne sammenknytning af finansieringen og driften af sygehusene har den fordel, at det giver en effektiv måde at styre de samlede sygehusudgifter. Det er dog muligt, at dette sker på bekostning af overensstemmelse mellem produktion og befolkningens ønsker. I afsnit IV.7 diskuteres alternative måder at organisere sundhedssystemet.

I afsnit IV.8 afrundes med en diskussion af mulige ændringer i finansieringen og organiseringen af sundhedssystemet.

IV.2 Rig og rask eller fattig og syg

Målsætning om lighed i fordelingen af sundhedsydelser

En af de centrale målsætninger for velfærdsstaten er, at sundhedsvæsenet skal opfylde befolkningens behov for sygdomsbehandling. Et grundlæggende princip i det danske sund-

hedsvæsen er, at alle borgere skal have fri og lige adgang til sundhedsvæsnets ydelser, jf. Sundhedsministeriet (1999a). Det indebærer, at det enkelte individ tilbydes sygdomsbehandling udelukkende efter behov og ikke efter betalingsevne eller anden socioøkonomisk status. Personer på ethvert indkomstniveau bør derfor behandles ens, givet den enkeltes køn, alder og sundhedstilstand.

Eksisterende undersøgelser af sundhed og social ulighed

Flere studier har dokumenteret, at der er en omfattende social ulighed i sundhed i Danmark, og de mest pessimistiske undersøgelser hævder, at op mod 20 pct. af befolkningen har både dårlige levekår og en dårlig sundhedstilstand, jf. Forebyggelsespolitisk Råd (1998). Det er desuden undersøgt, hvorvidt der er indkomstrelateret ulighed i forbruget af sundhedsydelser, jf. Christiansen (1999a). For det totale forbrug findes en ulighed karakteriseret ved, at personer i de laveste indkomstgrupper bruger sundhedsvæsnest mest, selv når der er kontrolleret for køn, alder, tilstedeværelsen af kroniske sygdomme og selv vurderet helbred.² Fordelingen af sundhed og sygdom på forskellige sociale grupper kan også belyses på andre måder. Der er f.eks. fundet en positiv sammenhæng mellem børns fødselsvægt og længden af mødrenes uddannelse, samt eftervist at børn af arbejdsløse har flest psykosomatiske symptomer, og at forbruget af tobak er størst blandt personer med svag tilknytning til arbejdsmarkedet, jf. DIKE (1996).

Indholdet af afsnittet

I dette afsnit undersøges, hvorledes forbruget af sundhedsydelser i Danmark er fordelt på indkomstgrupper. Analysen viser, hvor stor en omfordeling der sker mellem disse indkomstgrupper, idet sundhedsydelserne tilbydes gratis af et offentligt finansieret sundhedsvæsen. Undersøgelserne er baseret på oplysninger fra administrative registre, herunder bl.a. Landspatientregisteret og Sygesikringsstatistikregistret, jf. boks IV.1.

- 2) Resultatet dækker dog over, at de mest velstillede bruger ydelser i ambulatorium og hos speciallæge mest.

Fordelingsanalyserne foretages på registeroplysninger af en repræsentativ 10 pct. stikprøve af den danske befolkning for årene 1996 og 1997. Oplysninger om forbrug af sundhedsydelser fås fra Landspatientregisteret og fra Sygesikringsstatistikregistret. I Landspatientregisteret er der information om alle sygehusindlæggelser, deres varighed og type samt sygdomsdiagnose. I Sygesikringsstatistikregistret er der information om antallet af besøg hos praktiserende læge, speciallæge og tandlæge. Der er også oplysninger om udbetalinger fra Sygesikringen i forbindelse med disse ydelser, men ikke om medicinudgifterne. Endelig anvendes for hver person en række oplysninger om alder, køn, indkomst, formue, uddannelse, erhverv m.m., som er hentet fra Den integrerede database for arbejdsmarkedsforskning (IDA) og Indkomstregisteret i Danmarks Statistik.

Husholdningsjusteret disponibel indkomst

I alle analyser, der benytter sig af registeroplysningerne, er det anvendte indkomstbegreb den disponible indkomst, idet den bedst udtrykker betalingsevnen. Den disponible indkomst er beregnet som summen af personlig indkomst, kapitalindkomst, boligsikring, boligydelse, børnetilskud, familieydelse og skattefri pensionstillæg fratrukket personlige skatter samt korrigeret for lejeværdi af egen bolig. Betalingssevnen påvirkes også af, at indkomster udjævnes inden for husholdninger med mere end en voksen, og af antallet af børn i husholdningen. Herudover er det økonomisk fordelagtigt at bo i en husholdning med mere end en voksen, idet en række faste udgifter som f.eks. boligudgifter kan deles. Derfor korrigeres husstandens indkomst med en faktor, også kaldet en ækvivalensskala, der defineres som kvadratroden af summen af antallet af voksne og halvdelen af antallet af børnene som i Christiansen og Lauridsen (1999). Dvs. den husholdningsjusterede disponible indkomst pr. person beregnes. Der sker dermed en omfordeling inden for husholdningerne, og som konsekvens er fordelingen af den personlige disponible indkomst mere ulige end fordelingen af den husholdningsjusterede personlige disponible indkomst, jf. Det Økonomiske Råd (1996).

DRG-systemet

DRG-systemet (Diagnose Relaterede Grupper) er en klassificering af sygdomsdiagnoser i omkostningskategorier. I DRG-systemet inddeles hver udskrivning af somatiske heldøgnspatienter fra Landspatientregisteret i 495 omkostningshomogene grupper på grundlag af sygdomsdiagnosen. Fra sygehusenes nettodriftsudgifter til behandling af disse patienter beregnes en pris til hver udskrivning, der dermed er afhængig af, hvor dyr udskrivningen er. Hensigten med DRG-systemet er at opgøre sygehusenes behandlingsaktivitet, men det åbner også mulighed for at beregne det individuelle omkostningsbaserede sygehusforbrug.

Forbruget af sundhedsydelser som mål for sundhed og sygdom

Registeroplysningerne giver ikke et direkte billede af den enkelte persons helbred. I stedet beskriver de forbruget af sundhedsydelser, og i det følgende forudsættes det, at fordelingen af forbruget af forskellige sundhedsydelser på indkomstgrupper er en god indikator for fordelingen af sundhed og sygdom. Det bliver således ikke undersøgt, hvorvidt forbruget af sundhedsydelser sker i overensstemmelse med behovet for sundhedsydelser. Det antages, at hvis forbruget af sundhedsydelser varierer systematisk med indkomsten, så indikerer det en ulige fordeling af sundhed.³

Forskellige forbrugsmål betragtes

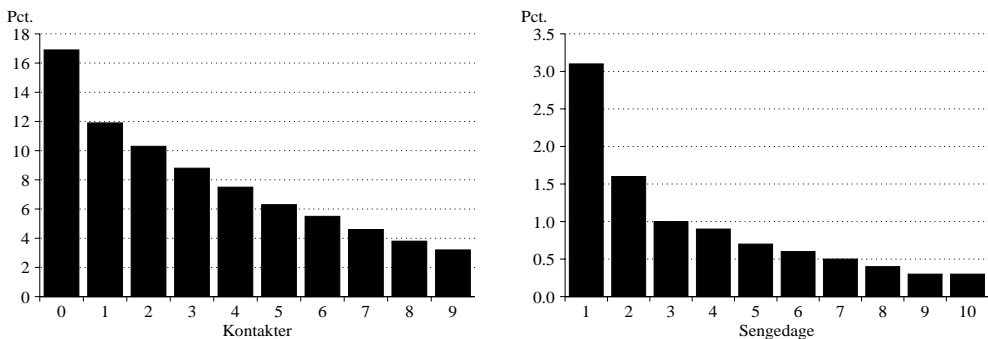
Tre forskellige forbrugsmål betragtes: antal kontakter til praktiserende læge, antal sengedage på sygehus og antallet af ambulante sygehusbesøg. Det er desuden muligt at undersøge mål for forbruget af sundhedsydelser, der er baseret på de offentlige omkostninger ved ydelserne. Fra Sygesikringsstatistikregistret er der for hver person information om, hvor stort et beløb de konsulterede læger, tandlæger, fysioterapeuter m.v. har modtaget i offentlige tilskud fra Sygesikringen; dette beløb er eksklusive udgifter til medicin. Endvidere bliver udgifterne til behandling af indlagte patienter på sygehus beregnet vha. DRG-systemet, jf. boks IV.1.

Kontakter til praktiserende læge og sengedage på sygehus

Et første indtryk af forbruget af sundhedsydelser får man ved at betragte gennemsnitsforbruget for befolkningen, og hvilken spredning der er i forbruget. I 1997 havde alle danskere over 18 år i gennemsnit 6,3 kontakter til praktiserende læge og 1,3 sengedage på sygehus. For forbruget af ydelser fra de praktiserende læger gælder, at ca. 17 pct. af befolkningen ikke var ved praktiserende læge i 1997, jf. figur IV.1. Ca. 12 pct. af befolkningen havde kun en kontakt, og denne andel falder med antallet af kontakter. Billedet er anderledes for antallet af sengedage, hvor ca. 87 pct. af alle personer ikke var indlagt.

- 3) Et yderligere forbehold for denne antagelse er, at ikke alle personer opsøger sundhedsvæsenet pga. sygdom. Eksempelvis kan der argumenteres for, at praktiserende læger også har en social funktion. Omvendt søger visse personer ikke læge, selvom det ville være berettiget.

Figur IV.1 *Kontakter til praktiserende læge og sengedage på sygehus, 1997*



Anm.: Søjlerne angiver andelen af befolkningen over 18 år, der har modtaget det pågældende antal ydelser.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Befolkningen opdeles i indkomstdeciler

Fordelingen af forbruget af sundhedsydelser belyses ved at opdele befolkningen i indkomstdeciler. Dette sker ved at rangordne befolkningen efter indkomst og derefter inddele den i ti grupper med lige mange individer i hver. I den 1. decil er individer med de laveste indkomster placeret, i 2. decil de næstlaveste indkomster osv. I den 10. decil findes de 10 pct. af befolkningen, der har de højeste indkomster. Det anvendte indkomstbegreb er den husholdningsjusterede disponible indkomst, jf. boks IV.1.

Decilerne beskrives ved alder og stillingsgrupper

Inden forbruget af sundhedsydelser i indkomstdecilerne undersøges, gives først et indtryk af befolkningssammensætningen i indkomstdecilerne, jf. tabel IV.1. Befolkningen er opdelt på stillingstyper, og endvidere er gennemsnitsalderen i hver decil angivet. Det fremgår først, at gennemsnitsalderen varierer meget mellem decilerne, og at den er klart lavest med 32 år for 1. decil. Gennemsnitsalderen topper med 57 år i 2. og 3. decil. Forskellene skyldes, at gruppen af pensionister dominerer 2., 3. og 4. decil, mens gruppen af uddannelsessøgende og øvrige uden for arbejdsstyrken dominerer 1. decil. Ikke overraskende er de heltidsbeskæftigede i flertal i de øverste deciler. Gruppen af ledighedsberørte omfatter alle, der i løbet af

året har været berørt af ledighed, uanset ledighedens omfang. Dette forklarer, at gruppen af ledige også er repræsenteret forholdsvis højt i indkomstfordelingen. De selvstændige er repræsenteret i alle deciler, men der er især mange selvstændige i den nederste og i den øverste decil.

Tabel IV.1 Befolkningen over 18 år fordelt på stillingsgrupper og den husholdningsjusterede disponible indkomst, 1997

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Alle
	----- Maksimumindkomst i decilen, 1.000 kr. -----										
	64	82	95	109	123	136	150	166	191	234 ^a	125 ^a
	----- År -----										
Gennemsnitlig alder	32	57	57	51	48	45	44	44	45	47	47
	----- Pct. -----										
Uddannelsessøgende	40	12	6	5	4	4	3	3	2	2	8
Pensionister mv.	12	59	61	47	36	24	15	11	8	8	28
Øvrige u.f. arb.styrke	12	3	3	3	3	2	2	1	1	2	3
Ledighedsberørte	12	11	13	19	18	19	18	16	12	8	15
Selvstændige uden ledighed	6	3	3	4	4	4	4	4	4	6	4
Deltidsbeskæftigede uden ledighed	11	6	4	5	7	8	9	8	8	8	7
Heltidsbeskæftigede uden ledighed	4	5	8	15	26	37	47	55	63	65	32
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

a) For 10. decil og "Alle" er angivet gennemsnittet.

Anm.: Det anvendte indkomstbegreb er den husholdningsjusterede disponible indkomst, jf. boks IV.1. Pga. afrunding afviger kolonnesummerne fra 100.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Alder og køn har betydning for forbruget af sundhedsydelse

Man skal være opmærksom på, at forbruget af sundhedsydelser hænger sammen med køn og alder. Det må således forventes, at en 85-årig har flere lægebesøg og sygehusindlæggelser end en 20-årig. Ligeledes vil kvinder i den fødedygtige alder alt andet lige have flere kontakter med sundhedsvæsenet end mænd. Den ulige aldersfordeling mellem indkomstdecilerne kan derfor have betydning for forbruget af sundhedsydelser i indkomstdecilerne.

Forbruget af sundhedsydelser i indkomstdeciler

Der er en tydelig forskel i forbruget af sundhedsydelser i de enkelte deciler, jf. tabel IV.2. Antallet af kontakter til praktiserende læge, antal sengedage og antal ambulante besøg topper enten i 2. eller 3. decil, og derefter er der et faldende forbrug, jo højere indkomsten er. F.eks. har personerne i 3. decil i gennemsnit 8,3 kontakter til praktiserende læge, mens personerne i 10. decil har 4,7 kontakter. For de omkostningsbaserede forbrugsmål ses ikke overraskende nogenlunde det samme billede. Det gennemsnitlige offentlige tilskud fra Sygesikringen topper i 3. og 4. decil med 1.400 kr., og de gennemsnitlige sygehusudgifter topper i 3. decil med 6.100 kr. I gennemsnit har hver dansker et samlet forbrug af de nævnte sundhedsydelser, som svarer til en udgift på 5.500 kr. Forbruget er dog ulige fordelt, således at det topper i 3. decil med 8.100 kr., mens de mest velstillede personer i 10. decil kun har et gennemsnitligt forbrug på 3.800 kr.

Alder og køn forklarer en del af uligheden

Som forventet ser det ud til, at en del af den ulige fordeling af forbruget af sundhedsydelser på indkomstdeciler skyldes forskelle i alders- og kønssammensætningen. At 1. decil skiller sig ud mht. forbruget af sundhedsydelser, kan givetvis forklares ved, at personerne i 1. decil fortrinsvis er unge personer. Tilsvarende er der mange pensionister i 2. og 3. decil, og som konsekvens er der her et forholdsvis høj forbrug af sundhedsydelser.

Tabel IV.2 Forbrug af offentlige sundhedsydelse for personer over 18 år fordelt på indkomstdeciler, 1997

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Alle
	----- Maksimumindkomst i decilen, 1.000 kr. -----										
	64	82	95	109	123	136	150	166	191	234 ^a	125 ^a
	----- Antal -----										
Kontakter til praktiserende læge	5,0	7,9	8,3	7,8	7,1	6,4	5,8	5,3	5,0	4,7	6,3
Sengedage	1,1	2,3	2,3	1,7	1,4	1,1	0,8	0,7	0,6	0,6	1,3
Ambulante besøg	0,6	0,8	1,0	0,9	0,9	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7
	----- 1.000 kr. -----										
Off. tilskud fra Sygesikringen	0,9	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Sygehusudgifter	3,1	6,0	6,1	5,0	4,4	3,5	2,9	2,6	2,4	2,3	3,8
Samlet forbrug	4,3	7,7	8,1	6,9	6,3	5,2	4,5	4,1	3,9	3,8	5,5

a) For 10. decil og "Alle" er angivet gennemsnittet.

Anm.: Det anvendte indkomstbegreb er den husholdningsjusterede disponible indkomst, jf. boks IV.1. Kontakter til praktiserende læge omfatter konsultation, telefonkonsultation, besøg i hjemmet og telefonkonsultation, der ikke udløser besøg. Antallet af sengedage er for heldøgnspatienter, og ambulante besøg er opgjort inklusive besøg af deldøgnspatienter. Offentlige tilskud fra Sygesikringen er udgifter til alle ydelser i den primære sundhedssektor, dvs. eksklusive udgifter til medicin. De gennemsnitlige sygehusudgifter er beregnet vha. DRG-grupperingen af alle heldøgnsindlæggelser, jf. boks IV.1. Samlet forbrug omfatter offentlige tilskud fra Sygesikringen, sygehusudgifter og antal ambulante besøg gange 566 kr. Omkostningen for et ambulante besøg er et beregnet gennemsnitsbeløb, jf. Christiansen (1997).

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Forbrugsandele giver mulighed for sammenligning

Man kan også se på, hvilke andele af det samlede forbrug af en given sundhedsydelse personerne i de enkelte indkomstdeciler har, jf. tabel IV.3. Det ses igen tydeligt, at de 10 pct. af befolkningen i 1. decil har et lavere forbrug af sundhedsydelser end gennemsnittet. De har f.eks. kun været årsag til 7,9 pct. af alle kontakter til praktiserende læge. Det fremgår også, at personerne i de fire øverste deciler har en andel af forbruget, der er mindre end deres befolkningsandel. Derimod er andelen over 10 pct. for alle forbrugsmål i 2.-5. decil, så disse personer bruger sundhedsvæsenet forholdsvis meget. Forbrugsandelen skaber også et indtryk af, hvilke forbrugsmål, der er mest ulige

fordelt på indkomstdeciler. Eksempelvis afsløres det, at forbruget af sengedage er mere koncentreret i de nedre deciler sammenlignet med kontakter til praktiserende læge og besøg i ambulatorium. Hele 18,3 pct. af alle sengedage forbruges af personer i 2. decil. Det offentlige tilskud fra Sygesikringen synes at være mere ligeligt fordelt end antallet af kontakter til praktiserende læge, og forklaringen skal givetvis søges i en meget ligelig fordeling af udgifterne til tandlæge. Endelig ses det, at personerne i 2. og 3. decil har et forbrug, der svarer til mere end 31 pct. af sygehusudgifterne, og det hænger tæt sammen med den endnu mere ulige fordeling af antallet af sengedage.

Tabel IV.3 Forbrug af sundhedsydelser, andele og standardiserede andele, 1997

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Alle
	----- Maksimumindkomst i decilen, 1.000 kr. -----										
	64	82	95	109	123	136	150	166	191	234 ^a	125 ^a
	----- Andele af forbruget i pct. -----										
Kontakter til praktiserende læge	7,9 <i>9,3</i>	12,4 <i>10,6</i>	13,1 <i>11,4</i>	12,4 <i>11,7</i>	11,3 <i>11,1</i>	10,1 <i>10,3</i>	9,1 <i>9,8</i>	8,4 <i>9,1</i>	8,0 <i>8,7</i>	7,6 <i>8,0</i>	100 <i>100</i>
Sengedage	8,5 <i>14,3</i>	18,3 <i>11,0</i>	17,9 <i>11,1</i>	13,5 <i>11,3</i>	11,3 <i>10,9</i>	8,6 <i>9,8</i>	6,6 <i>8,8</i>	5,7 <i>8,4</i>	5,0 <i>7,5</i>	4,8 <i>7,0</i>	100 <i>100</i>
Ambulante besøg	7,9 <i>11,2</i>	10,9 <i>9,3</i>	13,7 <i>11,7</i>	12,3 <i>11,2</i>	12,2 <i>11,4</i>	10,1 <i>10,0</i>	9,3 <i>9,7</i>	8,1 <i>8,8</i>	7,8 <i>8,4</i>	7,6 <i>8,4</i>	100 <i>100</i>
Off. tilskud fra Sygesikringen	7,5 <i>8,6</i>	10,2 <i>9,4</i>	11,2 <i>10,1</i>	11,2 <i>10,6</i>	10,8 <i>10,4</i>	10,4 <i>10,4</i>	9,8 <i>10,1</i>	9,6 <i>10,1</i>	9,6 <i>10,1</i>	9,8 <i>10,2</i>	100 <i>100</i>
Sygehusudgifter	8,0 <i>12,9</i>	15,7 <i>10,7</i>	16,0 <i>11,1</i>	13,1 <i>11,2</i>	11,6 <i>10,9</i>	9,3 <i>9,9</i>	7,5 <i>9,0</i>	6,8 <i>8,6</i>	6,1 <i>8,0</i>	5,9 <i>7,8</i>	100 <i>100</i>
Samlet forbrug	7,9 <i>11,8</i>	14,1 <i>10,3</i>	14,7 <i>10,9</i>	12,6 <i>11,1</i>	11,4 <i>10,8</i>	9,6 <i>10,0</i>	8,2 <i>9,3</i>	7,5 <i>8,9</i>	7,0 <i>8,5</i>	6,9 <i>8,4</i>	100 <i>100</i>

a) For 10. decil og "Alle" er angivet gennemsnittet.

Anm.: De anvendte forbrugsmål er beskrevet i tabel IV.2. Indkomstbegrebet er den husholdningsjusterede disponible indkomst, jf. boks IV.1. Tallene i kursiv angiver de alders- og kønsstandardiserede andele.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Alders- og kønsstandardisering

De køns- og aldersbetingede forskelle i sygeligheden mellem deciler kan der tages højde for ved at beregne den standardiserede forbrugsandel af sundhedsydelse for hver decil.⁴ De køns- og aldersstandardiserede forbrugsandele fortæller, hvad forbruget i en decil ville være, hvis køns- og aldersfordelingen havde været som i den samlede befolkning, og disse fremgår i kursiv af tabel IV.3. Det ses, at forbrugsandelene i decilerne udjævnes, og specielt gør dette sig gældende for forbruget af sengedage. Hvis personerne i 2. decil havde den samme alders- og kønssammensætning som hele befolkningen, ville deres forbrugsandel af sengedage falde fra 18,3 pct. til 11,0 pct. For personerne i 1. decil stiger andelen fra 8,5 pct. til 14,3 pct., så de forholdsvis unge personer i 1. decil har været indlagt i forholdsvis mange dage, når man tager deres køn og alder i betragtning. Det er bemærkelsesværdigt, at de standardiserede andele for tilskuddet fra Sygesikringen viser en meget lige fordeling, og at de otte øverste deciler alle har andele over 10 pct. af forbruget. Det samlede billede er dog, at selv efter at der korrigeres for køns- og alderssammensætningen i decilerne, så er der en ulighed med tyngden af forbruget af sundhedsydelser hos personerne med lavest indkomst. Dette ses særligt for sengedage og sygehusudgifter.

Koncentrationskurven illustrerer forbrugsfordelingen

Uligheden kan også illustreres ved hjælp af koncentrationskurven, der viser de kumulerede andele af forbruget for hvert indkomstdecil, jf. boks IV.2. Koncentrationskurven for det samlede forbrug ligger over diagonalen, når der ses bort fra 1. decil, jf. figur IV.2. Det indikerer en ulige fordeling, sådan at tyngden af forbruget af sundhedsydelser ligger i de lavere indkomstdeciler. Idet køns- og alderssammensætningen som sagt varierer mellem decilerne, vil der være en uundgåelig ulighed i forbruget, og man skal dermed kun forvente, at en del af uligheden kan fjernes. Derfor skal koncentrationskurven ikke sammenlignes med diagonalen, men med den prikkede referencekurve, der angiver det forventede forbrug af sundhedsydelser ud fra den enkeltes køn og alder. Forskellen mellem disse to kurver er således et mål for den ulighed, der ikke kan tilskrives alders- og kønssammensætningen i decilerne.

- 4) Det ville også være relevant at kontrollere for eventuelle kroniske sygdomme eller selvvurderet helbred, men dette er der ikke oplysning om i materialet.

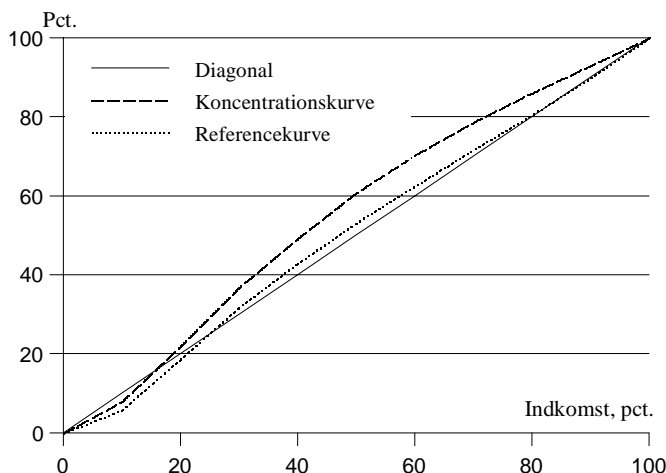
Koncentrationskurven og Lorenz-kurven

Forbruget af sundhedsydelse i hver indkomstdecil kan præsenteres grafisk vha. koncentrationskurven. Kurven viser de kumulerede andele i hver indkomstdecil af et givet mål for forbruget af sundhedsydelse, eksempelvis kontakter til praktiserende læge. Ved en fuldstændig lige fordeling af forbruget af sundhedsydelse på tværs af indkomstgrupper er kurven en ret linie, der er sammenfaldende med diagonalen (45° linien). Afviger kurven fra diagonalen, er der ulighed, og ligger den over diagonalen, har individer i de lavere indkomstdeciler det relativt største forbrug af sundhedsydelse. Hvis kurven omvendt ligger under diagonalen, har de mest velstillede det største forbrug af sundhedsydelse. Udskiftes den kumulerede andel af sundhedsydelsesforbruget med den kumulerede andel af indkomsten, fremkommer i stedet den såkaldte Lorenz-kurve, som beskriver indkomstuligheden i samfundet. Ved en fuldkommen lige indkomstfordeling er Lorenz-kurven sammenfaldende med diagonalen. Afvigelse fra lighed bevirker, at kurven overalt ligger under diagonalen.

Koncentrationsindekset og Gini-koefficienten

Informationerne fra koncentrationskurven kan omsættes til et enkelt tal, koncentrationsindekset, der beskriver uligheden i fordelingen af forbruget af sundhedsydelse. Indekset beregnes som to gange arealet mellem koncentrationskurven og diagonalen. Indekset er negativt, når koncentrationskurven ligger over diagonalen og positivt, når den ligger under diagonalen. Det skal dog bemærkes, at koncentrationskurven kan krydse diagonalen. Et negativt koncentrationsindeks betyder, at personer i de laveste indkomstdeciler har det højeste forbrug af sundhedsydelse. Det tilsvarende tal for Lorenz-kurven, og dermed indkomstfordelingen, er den såkaldte Gini-koefficient. Den kan fortolkes som halvdelen af den forventede indkomstforskel mellem to tilfældigt udtrukne personer set i forhold til gennemsnittet for hele populationen.

Figur IV.2 Koncentrationskurven for det samlede forbrug, 1997



Anm.: Koncentrationskurven angiver for hver indkomstdecil de kumulerede andele af det samlede forbrug, jf. boks IV.2. Referencekurven angiver det forventede forbrug af sundhedsydelse ud fra den enkeltes køn og alder.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Koncentrationsindekset som ulighedsmål

Det er muligt at samle informationerne fra figur IV.2 i et enkelt tal, det standardiserede koncentrationsindeks, som måler den ulighed, der ikke skyldes forskelle i alders- og kønsfordelingen mellem personerne, jf. Kakwani mfl. (1997).⁵ Resultaterne viser, at indekset er negativt for alle forbrugsmål bortset fra udgifter til offentlige tilskud fra Sygesikringen, jf. tabel IV.4. Dvs. for de fleste forbrugsmål er forbruget af sundhedsydelser fordelt med tyngden hos de mindre velstillede personer i samfundet. Antallet af sengedage og sygehusudgifterne er tæt forbundne, og disse forbrugsmål har den mest ulige fordeling med et standardiseret koncentrationsindeks på hhv. -0,189 og

5) Det standardiserede koncentrationsindeks findes som to gange arealet mellem koncentrationskurven og referencekurven i figur IV.2. Der er således ikke problemer med, at kurverne krydser hinanden.

Tabel IV.4 Det standardiserede koncentrationsindeks, 1997

Kontakter til praktiserende læge	-0,061
Sengedage	-0,189
Ambulante besøg	-0,053
Tilskud fra Sygesikringen	0,012
Sygehusudgifter	-0,135
Samlet forbrug	-0,096

Anm.: Forbrugsmålene er beskrevet i tabel IV.1, og koncentrationsindekset er beskrevet i boks IV.2.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

-0,135.⁶ Selv når der tages højde for forskelle i alders- og kønssammensætningen i befolkningen, er der derfor stadig en tilbageværende ulighed i forbruget af sundhedsydelser. Et indtryk af omfanget af denne ulighed opnås ved sammenligning med Gini-koefficienten, som er det tilsvarende ulighedsindeks for indkomstfordelingen, jf. boks IV.2. Den husholdningsjusterede disponible indkomst har en Gini-koefficient på 0,248, så indkomsten er mere ulige fordelt end forbruget af sundhedsydelser.

IV.3 Middellevetidens fordeling

Middellevetiden et mål for sundhed

Et blandt mange mål for sundhedstilstanden i befolkningen er middellevetiden. Middellevetiden er siden 1970'erne steget langsommere i Danmark end i en række andre lande, og som konsekvens heraf er danskernes middellevetid nu blandt de laveste i Vesteuropa. Spørgsmålet er, om der er et problem med middellevetiden for befolkningen som helhed, eller om det i særlig høj grad gælder for bestemte befolkningsgrupper. Middellevetidsudvalget dokumenterede, at der i starten af 1990'erne var omfattende social ulighed i dødeligheden i Danmark, jf.

6) Et standardiseret koncentrationsindeks på -0,135 for sygehusudgifterne og en gennemsnitlig sygehusudgift på 3.830 kr. i 1997 (jf. tabel IV.1) betyder, at den forventede forskel i sygehusudgifter mellem to tilfældige personer med samme alder og køn var ca. 1.034 kr. ($2 \times 0,135 \times 3.830$), jf. boks IV.2.

Sundhedsministeriet (1994). Derfor er det interessant at få overblik over, hvorledes middellevetiden afhænger af socioøkonomiske baggrundsfaktorer som uddannelse, erhverv og stillingsgruppe.

Hvad er middellevetiden?

Middellevetiden er den forventede restlevetid for en nyfødt. Det vil sige, at middellevetiden for en nyfødt fastlægges ud fra den aktuelle dødelighed for alle dødsårsager i hver enkelt aldersgruppe. Som følge heraf vil den beregnede middellevetid ændres, hvis dødeligheden i enkelte aldersgrupper ændres, eller hvis dødeligheden for en enkelt dødsårsag ændres.

Middellevetiden og restlevetiden i udvalgte lande

I Norge, Sverige og Finland er middellevetiden for både mænd og kvinder steget med over 2 år mere end i Danmark i løbet af de seneste 25 år, jf. Sundhedsministeriet (1999b). Denne udvikling giver sig udslag i, at middellevetiden i Danmark i 1996 var den laveste blandt lande, vi normalt sammenligner os med, jf. tabel IV.5. Danske mænd og kvinders middellevetid var henholdsvis 72,9 år og 78,0 år, og blandt de viste lande er det kun amerikanske mænd, der klarer sig dårligere.⁷ Billedet ændrer sig ikke væsentligt, hvis man betragter restlevetider ved 40, 60 og 80 år. Med undtagelse af 80 årige kvinder er restlevetiden i Danmark i alle tilfælde den laveste.

Eksisterende undersøgelser

Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg har fundet, at det for både mænd og kvinder er blandt de fleste aldersgrupper efter 35 års alderen, at dødeligheden i Danmark har udviklet sig dårligt, når man sammenligner med Norge, Sverige, Finland, Nederland og Frankrig, jf. Sundhedsministeriet (1999b). Endvidere har udviklingen især været bekymrende for kvinders dødelighed af lungekræft og kronisk bronkitis. Mht. betydningen af forskellige levekår er det bl.a. fundet, at arbejdere i nærings- og nydelsesmiddelindustrien har forhøjet dødelighed, mens beskæftigede i landbruget og lærere har lavere dødelighed, jf. Sundhedsministeriet (1994). Længden af uddannelse har en positiv effekt på levealderen for mænd, men ikke for kvinder, og længerevarende arbejdsløshed er forbundet med højere dødelighed.

7) Middellevetiden i Danmark er dog på det seneste steget betydeligt. For kvinders vedkommende er den steget til 78,6 år i 1998 og til 73,6 år for mænd.

Betydningen af flere baggrundsfaktorer undersøges samtidig

I det følgende undersøges det på et nyere datasæt og ved anvendelse af en anden metode, hvorledes middellevetiden er fordelt på forskellige befolkningsgrupper i Danmark. De individbaserede registeroplysninger gør det muligt at fastlægge betydningen af forskellige demografiske og socioøkonomiske faktorer i samme undersøgelse. Metoden, der anvendes, kaldes varighedsanalyse, og den er beskrevet nærmere i boks IV.3.

Tabel IV.5 Middellevetid og restlevetid i udvalgte lande, 1996

	----- Restlevetid mænd -----				----- Restlevetid kvinder -----			
	0 år	40 år	60 år	80 år	0 år	40 år	60 år	80 år
Danmark	72,9	34,8	17,7	6,4	78,0	39,2	21,5	8,1
Sverige	76,5	37,9	20,0	6,9	81,5	42,4	24,0	8,8
Norge	75,4	37,1	19,3	6,7	81,1	42,0	23,7	8,6
Finland	73,0	35,1	18,3	6,5	80,5	41,5	23,1	7,9
Frankrig	74,2	36,4	19,7	7,3	82,0	43,3	25,0	9,2
Tyskland	73,6	35,5	18,5	6,6	79,9	41,1	22,8	8,1
Italien ^a	74,9	36,6	19,0	6,8	81,3	42,0	23,5	8,3
England	74,3	36,1	18,5	6,6	79,5	40,6	22,4	8,5
USA	72,7	35,9	19,2	7,3	79,4	40,7	22,9	8,9
Japan	77,0	38,5	20,8	7,5	83,6	44,6	25,9	9,9

a) Restlevetiderne ved 40, 60 og 80 år er angivet for 1994.

Kilde: OECD (1999) *Health Data*.

Boks IV.3 Metoder til analyse af middelevetiden

Ved analyser, af hvorledes forskellige socioøkonomiske baggrundsfaktorer påvirker middelevetiden, bør alle faktorer ideelt set tages i betragtning på en gang. Dette er relevant, for der er typisk sammenfald af begivenheder. F.eks. har funktionærer ofte en videregående uddannelse, og mange er beskæftiget i den offentlige sektor. Derfor gennemføres en såkaldt multivariat varighedsanalyse. Her bliver betydningen af alle de forskellige faktorer fastlagt i samme undersøgelse, og man opnår skøn for de enkelte variables betydning for risikoen for at dø. Det er tænkeligt, at der herved bliver afsløret sammenhænge, som ellers ikke ville fremgå. Undersøgelsen er baseret på registeroplysninger fra en 10 pct. stikprøve af den danske befolkning i årene 1992-97, jf. beskrivelsen i boks IV.1.

For alle personer i stikprøven, der døde i perioden 1992-97, er der fra Dødsårsagsregisteret oplysning om dødsårsag og dødsdato, og dette kombineres med de øvrige individualspecifikke demografiske og socioøkonomiske informationer. Der tages højde for, om man er fra København eller provinsen, ægtestand, og hvilken stillingsgruppe, erhvervsgruppe og uddannelsesgruppe man tilhører. Dødsårsagerne inddeles i følgende fire grupper: kræft, hjerte-karsygdomme, selvmord og ulykker samt andre dødsårsager.

For at undersøge betydningen af at inddrage dødsårsagerne estimeres der både en "competing risks" model, dvs. en model hvor sandsynlighederne for at dø af forskellige dødsårsager estimeres, samt en model, hvor der ikke skelnes mellem dødsårsagerne ("single risk" modellen). Det er med "competing risks" modellen muligt at fastslå, om der er forklarende variable, der indvirker med forskelligt fortegn på de årsagsspecifikke dødssandsynligheder. Er det tilfældet, vil der være en tendens til, at effekterne udviskes, hvis man ikke skelner mellem dødsårsagerne.

En anden mulig tilgangsvinkel til analyse af middelevetiden er at gennemføre bivariante undersøgelser, hvor fordelingen af dødeligheden analyseres for en socioøkonomisk variabel ad gangen. Dette kan gøres vha. indekstallet "Standard Mortality Ratio", der beskriver dødeligheden i en given befolkningsgruppe. Adskillige undersøgelser af middelevetiden i Danmark har benyttet sig af denne metode.

Årsagssammenhænge er ikke entydige

Ved analyser af middellevetidens fordeling på socioøkonomiske grupper skal man være opmærksom på, at der kan være underliggende risikofaktorer, som kan forklare levetiden, og som ikke kan inddrages i analysen. Hvis det f.eks. konkluderes, at beskæftigede i fremstillingssektoren har en relativt høj dødelighed, betyder det ikke nødvendigvis, at det er sundhedsskadeligt som sådan at arbejde i fremstillingssektoren, men eventuelt at disse personer ryger mere end gennemsnittet. Man skal også være opmærksom på de forhold, der bestemmer personers placering i de forskellige grupper. Det er eksempelvis ofte fysisk krævende at være landmand, og dette forudsætter et godt helbred. Der kan med andre ord ske en udvælgelse ind i erhvervene. Resultaterne vedrørende middellevetidens fordeling på socioøkonomiske grupper skal derfor ikke ses som en forklaring af årsagssammenhænge.

Giftige og folk i provinsen lever længere

Resultater fra undersøgelsen er præsenteret i tabel IV.6 og tabel IV.7.⁸ Analysen omfatter de to aldersgrupper af personer, som i 1992 var henholdsvis 40-49 år og 50-59 år, fordelt på mænd og kvinder. Et gennemgående resultat er, at sandsynligheden for at dø i løbet af perioden var lavere for gifte og personer bosat i provinsen end for ugifte og personer bosat i København. Dette ses i de to første søjler i tabel IV.6 og tabel IV.7, hvor der ikke skelnes mellem dødsårsagerne. En lavere risiko for at dø medfører en højere middellevetid.

Giftige kvinder har højere risiko for at dø af kræft

At gifte kvinder i 40-49 årsalderen lever længere end ugifte, dækker over, at for gifte er sandsynligheden for at dø af kræft højere, mens sandsynligheden for at dø af alle andre dødsårsager er lavere end for ugifte. Hvis man ikke skelner mellem dødsårsagerne domineres den forhøjede risiko for at dø af kræft af den lavere risiko for at dø af alle andre dødsårsager, jf. første søjle i tabel IV.7. Manglende opdeling på dødsårsager kan derfor fejlagtigt lede til den konklusion, at gifte kvinder også har lavere risiko for at dø af kræft end ugifte.

8) Yderligere oplysninger om middellevetidsanalysen kan fås ved henvendelse til sekretariatet.

Tabel IV.6 Socioøkonomiske faktoreres betydning for sandsynligheden for at dø af forskellige årsager, 40-49 årige og 50-59 årige mænd

	----- Dødsårsager -----									
	Alle		Kræft		Hjerte-kar sygdomme		Selvmord og ulykker		Andre	
	40-49	50-59	40-49	50-59	40-49	50-59	40-49	50-59	40-49	50-59
København	+								+	+
Gift	-	-			-		-	-	-	-
Selvst.	(+)						(+)			
Ov. funkt.		-	-			(-)				
Led. funkt.										
Øvr. funkt.	(+)				+					
Ufaglært	+				+		+			
Pensionist	+	+	+		+			(-)	+	+
Efterløn ^a	.	-	.	-	.	-	.	-	.	(-)
Andre	+		+		(+)	-	(+)		+	(+)
Land/Fisk.	(-)	(-)				-				
Fremstil.										(+)
Byg/anl.	(-)			(-)					-	
Handel	-						-		-	
Transport										
Offentlig		(+)								
Uoplyst	+	+		+	+	+	+	+	+	+
Erhv.udd.						(-)				+
K.v.udd.						-				+
M.v.udd.	-		(-)				(-)		-	
L.v.udd.	-	-	-			(-)				(-)

a) Et punktum angiver, at stillingsgruppen efterløn ikke indgår i analysen for de 40-49 årige.

Anm.: Referencestillingsgruppen er faglært, referenceerhvervet er serviceerhvervet og referenceuddannelsesgruppen er ikke-erhvervskompetencegivende uddannelse. Funktionærer er opdelt på overordnede, ledende og øvrige funktionærer. Et plus (minus) ud for en variabel betyder, at personer med den pågældende karakteristik har større (mindre) sandsynlighed for at dø på 5 pct. signifikansniveau. Et tegn i parentes angiver, at effekten er signifikant på 10 pct. niveau.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel IV.7 *Socioøkonomiske faktorerets betydning for sandsynligheden for at dø af forskellige årsager, 40-49 årige og 50-59 årige kvinder*

	----- Dødsårsager -----									
	Alle		Kræft		Hjerte-kar sygdomme		Selvmord og ulykker		Andre	
	40-49	50-59	40-49	50-59	40-49	50-59	40-49	50-59	40-49	50-59
København	+	+		+			+	(+)	(+)	+
Gift	-		+	+	-		-	(-)	-	-
Selvst.	(+)		+							
Ov. funkt.										
Led. funkt.			(+)							
Øvr. funkt.		(+)	(+)							(-)
Ufaglært		+								
Pensionist	+	+	+	+		(+)				(+)
Efterløn ^a	.	-	.	(-)	.		.		.	(-)
Andre	(+)		(+)							
Land/Fisk.										
Fremstil.			(+)	(+)						
Byg/anl.									+	
Handel		+		+					(-)	
Transport										
Offentlig						(-)				
Uoplyst	+	+		(+)	+		+		+	(+)
Erhv.udd.				+		(-)				
K.v.udd.	-		-							
M.v.udd.		(+)		+	(-)					
L.v.udd.			(-)							

a) Et punktum angiver, at stillingsgruppen efterløn ikke indgår i analysen for de 40-49 årige.

Anm.: Referencestillingsgruppen er faglært, referenceerhvervet er serviceerhvervet og referenceuddannelsesgruppen er ikke-erhvervskompetencegivende uddannelse. Funktionærer er opdelt på overordnede, ledende og øvrige funktionærer. Et plus (minus) ud for en variabel betyder, at personer med den pågældende karakteristik har større (mindre) sandsynlighed for at dø på 5 pct. signifikansniveau. Et tegn i parentes angiver, at effekten er signifikant på 10 pct. niveau.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Efterlønsmodtagere lever længere

Et andet resultat er, at de 50-59 årige mænd og kvinder lever længere, hvis de i løbet af perioden 1992-97 gik på efterløn. Det indikerer, at det ikke nødvendigvis er nedslidte personer, der benytter sig af efterlønsordningen. En mulig forklaring kan være, at det i stedet er forholdsvis velstillede personer, der med et ønske om mere fritid vælger at gå på efterløn. Resultatet understøttes af en anden undersøgelse, der har fundet, at ensidigt gentaget arbejde og dårligt helbred ikke kan forklare overgangen til efterløn, jf. Arbejds miljøinstituttet (1997).

Høj uddannelse har specielt for mænd positiv indflydelse på middellevetiden

For uddannelsesvariablene er der en klar positiv effekt på middellevetiden for mænd af at have en lang videregående uddannelse. For 40-49 årige mænd finder man endvidere en tilsvarende effekt for mellemlang videregående uddannelse. For kvinders vedkommende synes uddannelse ikke at betyde så meget for middellevetiden. Dog har 40-49 årige kvinder med en kortere videregående uddannelse en lavere risiko for at dø end dem uden erhvervskompetencegivende uddannelse. 50-59 årige kvinder med erhvervsuddannelse og mellemlang videregående uddannelse har derimod forhøjet risiko for at dø af kræft.

Stillingsgruppe og erhverv har ikke stor betydning for middellevetiden

Det er ikke overraskende, at pensionister (herunder førtidspensionister) har forhøjet risiko for at dø. Dette, sammenholdt med resultatet om efterlønsmodtageres reducerede dødelighed, er de eneste sammenhænge vedrørende stillingsgrupperne, der gælder for alle fire køns- og aldersgrupper.⁹ Derudover er der ikke væsentlige forskelle mellem erhvervsgrupperne.¹⁰ Hvis man i analysen kun betragter en variabel ad gangen, vil der eventuelt findes flere betydende effekter for den pågældende variabel, end hvis alle forklarende faktorer medtages i samme undersøgelse. Udelades eksempelvis erhvervsgrupperingen i analysen af 50-59 årige mænd, vil flere stillingsgrupper have betydende

- 9) Dog har ufaglærte mænd i aldersgruppen 40-49 år og ufaglærte kvinder i aldersgruppen 50-59 år højere risiko for at dø end faglærte. Overordnede funktionærer i gruppen af 50-59 årige mænd har lavere risiko for at dø.
- 10) Undtagelser er 40-49 årige mænd i handelsvirksomhed, der har reduceret risiko for at dø, og 50-59 årige kvinder i handelsvirksomhed, der har forhøjet risiko for at dø. Personer med uoplyst erhverv (herunder personer ude af erhverv) har desuden forhøjet dødelighed.

effekt på risikoen for at dø. Det viser, at det er vigtigt at kontrollere for mange forklarende variable på en gang, idet man ellers kan nå frem til for store forskelle i dødeligheden mellem f.eks. stillingsgrupper.

Sammenligning med Middellevetidsud- valgets konklusioner

Sammenholdt med tidligere undersøgelser af middellevetiden i Danmark genfinder man flere resultater. Det er velkendt, at gifte lever længere end ugifte, men det fremgår her tillige, at gifte kvinder har forhøjet risiko for at dø af kræft. Det er også eftervist tidligere, at høj uddannelse betyder mere for middellevetiden for mænd end for kvinder. Med hensyn til stillingsgrupperne peger resultaterne her på, at der er en klar positiv effekt på levetiden af at gå på efterløn. Herudover synes der i modsætning til tidligere undersøgelser ikke at være mange betydelige forskelle mellem stillingsgrupperne.

Restlevetider for referencepersoner

Man kan opnå et bedre indtryk af, hvad de forskellige variable betyder for levetiden ved at beregne gennemsnitlige restlevetider for hypotetiske referencepersoner. Referencepersonen er i det følgende karakteriseret ved at være 50 år, ugift, bosat i provinsen, i faglært stillingsgruppe, beskæftiget i servicesektoren og har en ikke-erhvervskompetencegivende uddannelse.¹¹ En sådan mandlig referenceperson har en forventet restlevetid på 28,1 år, mens en kvindelig referenceperson har en forventet restlevetid på 34,3 år, jf. tabel IV.8.¹² Det fremgår også, hvor mange år restlevetiden ændres, hvis en eller flere af de personlige karakteristika ændres. F.eks. lever den mandlige gifte referenceperson 2,4 år længere end den ugifte. Overgang til efterløn betyder 2,5 ekstra leveår for mænd, mens det ikke giver en signifikant forskel for kvinder. Den kvindelige referenceperson med kort videregående uddannelse har en restlevetid på 35,6 år, mens den mandlige referenceperson med lang videregående

11) Der findes kun forholdsvis få personer i datamaterialet med de nævnte karakteristika. Disse karakteristika er valgt for at tilnærme referencepersonens restlevetid befolkningens gennemsnitlige restlevetid.

12) I 1992 var restlevetiden for 50 årige mænd og kvinder hhv. 25,7 og 29,8 år i hele befolkningen. Referencepersonens restlevetid overvurderes bl.a. pga. restriktioner i beregningerne på dødssandsynlighedens tidsafhængighed.

Tabel IV.8 Beregnede restlevetider for referenceperson, 1992

	Mænd	Kvinder
	----- År -----	
Referenceperson	28,1	34,3
Referenceperson + gift	30,5	34,3
Referenceperson + København	26,5	32,6
Referenceperson + efterløn	30,6	35,4
Referenceperson + ude af erhverv	20,1	30,8
Referenceperson + kort videregående uddannelse	28,4	35,6
Referenceperson + lang videregående uddannelse	31,3	35,4
Referenceperson + København + ude af erhverv	18,4	28,3
Referenceperson + gift + efterløn + lang videregående udd.	34,7	36,3
Referenceperson + Kbh. + led. funkt. + offentlig + m.v.udd.	28,5	32,3
Referenceperson + gift + selvstændig + landbrug og fiskeri	32,1	33,9

Anm.: Referencepersonen er 50 år, ugift, bosat i provinsen, faglært, beskæftiget i servicesektoren og har en ikke-erhvervskompetencegivende uddannelse. Beregningerne er baseret på oplysninger om de 50-69 årige.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

uddannelse har en restlevetid på 31,3 år. Hvis referencepersonen lever i København og er ude af erhverv, er restlevetiden i stedet nede på 18,4 og 28,3 år for hhv. mænd og kvinder.

IV.4 Sundhedsudgifterne

Udvikling i udgifterne - historisk og fremover

Første del af dette afsnit er en beskrivelse af den historiske udvikling på forskellige områder af sundhedssektoren, herunder udviklingen i de samlede udgifter og en sammenligning med sundhedsudgifterne i andre lande. Denne beskrivelse danner udgangspunkt for en vurdering og diskussion af det fremtidige pres på sundhedsudgifterne.

Private og offentlige sundhedsudgifter

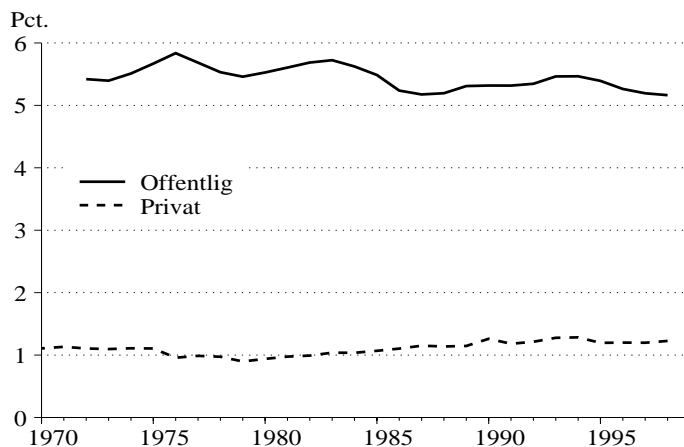
Udgifterne til sygehusene udgør ca. to tredjedele af de samlede sundhedsudgifter i Danmark. Den resterende tredjedel fordeler sig ligeligt mellem de offentlige sygesikringsudgifter og de

private sundhedsudgifter. De offentlige sygesikringsudgifter omfatter amtskommunernes betaling til praktiserende læger, medicin, praktiserende speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, rejsesygesikring, fodterapeuter og psykologer. De private sundhedsudgifter omfatter først og fremmest betaling af tandlæger og medicin.

Sundhedsudgifter svagt faldende som andel af BNP

De samlede sundhedsudgifter i Danmark var i 1998 på ca. 75 mia. kr., hvilket svarer til 6½ pct. af BNP fordelt på henholdsvis offentlige og private udgifter med godt 5 pct.point og godt 1 pct.point, jf. figur IV.3. Siden 1970 har de offentlige udgifter målt i forhold til BNP været svagt faldende fra knap 6 pct. til godt 5 pct., mens det private forbrug af sundhedsydelser har ligget forholdsvis konstant på ca. 1 pct. med en marginal stigning siden midten af 1980'erne. De private udgifter var i 1997 fordelt med 33 pct. til medicin, 41 pct. til tandlæge m.m., 8 pct. til hospitaler og 18 pct. til briller m.m.

Figur IV.3 Sundhedsudgifterne i pct. af BNP



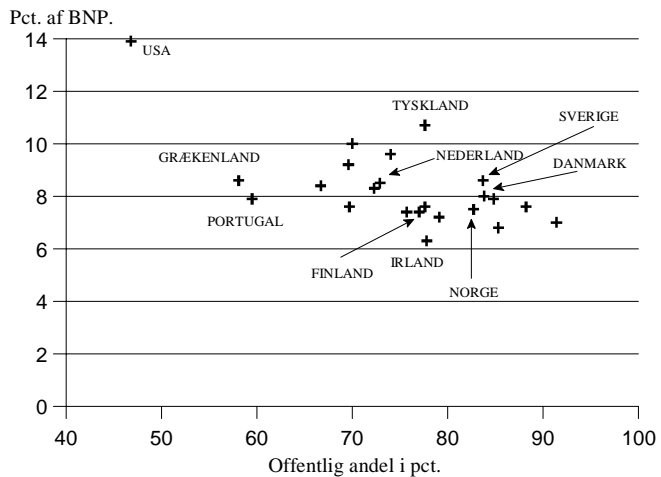
Anm.: De offentlige udgifter som andel af BNP er opgjort som et treårigt glidende gennemsnit.

Kilde: Danmarks statistik: *Nationalregnskabet* og *Tiårsoversigten*, diverse årgange og egne beregninger

Sundhedsudgifterne i andre lande

Danmark anvender mindre på sundhed end gennemsnittet for OECD-landene, både målt som udgift pr. indbygger og målt i forhold til BNP, jf. tabel IV.9. For at gøre udgifterne sammenlignelige mellem lande er også udgifter til bl.a. plejehjem inkluderet, og sundhedsudgifterne er derfor højere for Danmark i tabel IV.9 end i figur IV.3. Andelen af sundhedsudgifterne, som finansieres via den offentlige sektor, hører til blandt de højeste, jf. figur IV.4.

Figur IV.4 Sundhedsudgifterne i OECD landene og offentlige sundhedsudgifters andel af samlede udgifter



Anm.: Der er en negativ statistisk signifikant sammenhæng mellem de samlede sundhedsudgifter og andelen af offentlige sundhedsudgifter. Udelades USA, er sammenhængen ikke længere signifikant.

Kilde: OECD (1999) *Health Data* og egne beregninger.

Tabel IV.9 Sundhedsudgifter i udvalgte lande, 1997

	Samlet ¹	Off. andel	Pr. indb. ²
	----- Pct. -----	-----	--- Euro ---
Irland	6,3	77,8	1.239
UK	6,8	85,3	1.291
Luxembourg	7,0	91,4	2.182
Japan	7,2	79,1	1.588
Spanien	7,4	75,7	1.102
Finland	7,4	77,0	1.412
Norge	7,5	82,7	1.803
New Zealand	7,6	77,6	1.238
Italien	7,6	69,7	1.484
Belgien	7,6	88,2	1.768
Portugal	7,9	59,5	1.051
Island	7,9	84,8	1.844
Danmark	8,0	83,8	1.865
Østrig	8,3	72,3	1.767
Australien	8,4	66,7	1.724
Nederland	8,5	72,9	1.753
Grækenland	8,6	58,1	1.118
Sverige	8,6	83,7	1.616
Canada	9,2	69,6	1.958
Frankrig	9,6	74,0	1.915
Schweiz	10,0	70,0	2.408
Tyskland	10,7	77,6	2.231
USA	13,9	46,8	3.827
Gennemsnit	10,5 ³	60,6 ³	2.358 ⁴

1) Målt i forhold til BNP.

2) Samlede sundhedsudgifter opgjort i købekraftspariteter.

3) Vægtet med landenes BNP.

4) Vægtet med landenes befolkningsstørrelse.

Anm.: Afgrænsningen af sundhedsudgifter kan variere mellem landene, men omfatter typisk også en del plejeudgifter. Derfor er sundhedsudgifterne i denne opgørelse højere for Danmark end i figur IV.3.

Kilde: OECD (1999) *Health data*.

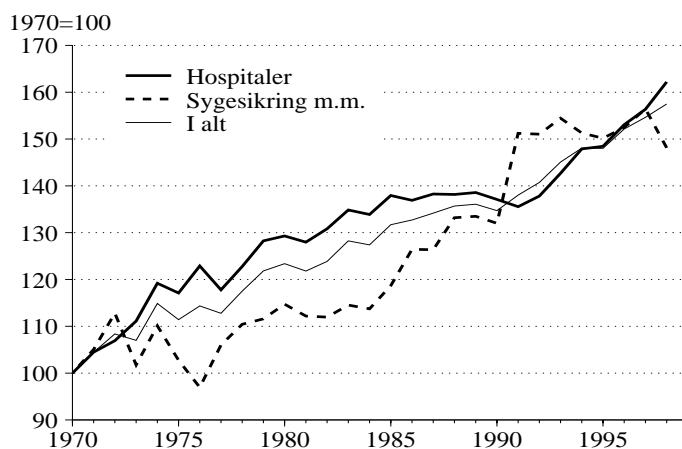
Sundhedsudgifterne stiger langsommere end BNP

Undersøgelser på tværs af lande viser, at der er en positiv samvariation mellem BNP og sundhedsudgifterne, jf. Gerdtam mfl. (1998). I tidligere undersøgelser var det almindeligt at finde en sammenhæng svarende til, at en stigning på 1 pct. af BNP betød en stigning i sundhedsudgifter på mere end 1 pct. I nyere undersøgelser er sammenhængen på 0,7 - 0,8 pct. Udviklingen i de danske sundhedsudgifter siden 1970 er i overensstemmelse med de nyere undersøgelser, idet sundhedsudgifterne som andel af BNP siden 1970 har været svagt faldende, jf. figur IV.3.

Offentlige sundhedsudgifter

De offentlige sundhedsudgifter i Danmark kan opdeles i udgifter til sygehuse, sygesikring og kommunale sundhedsordninger. I perioden 1970 til 1990 steg udgifterne til sygehuse kraftigere end udgifterne til sygesikringen, jf. figur IV.5. I starten af 1990'erne steg sygesikringsudgifterne relativt kraftigt. Den forholdsvis kraftige vækst i sygesikringsudgifterne skyldes især en betydelig stigning i udgifterne til medicin, jf. tabel IV.10. Denne udvikling er en konsekvens af øget forbrug hos brugerne, således er de reale udgifter pr. indbygger ca. fordoblet siden 1990. En medvirkende forklaring til den abrupte stigning i 1991 er også afskaffelsen af reglen om, at der ikke var tilskud til medicinudgifter under 800 kr. om året. Reglen var trådt i kraft 1. juli 1989. Det betød isoleret set en stigning på 25 pct. i sygesikringsudgifter til medicin.

Figur IV.5 Offentlige sundhedsudgifter, 1990-priser



Anm.: Deflatoren for offentligt forbrug er anvendt til opgørelsen i 1990-priser.

Kilde: Danmarks Statistik: *Tiårsoversigten*, diverse årgange og egne beregninger.

Tabel IV.10 Sygesikringsudgifter, 1997

	Fordeling i alt = 100	Vækst 1987-97 ¹
Almen lægehjælp	38,0	1,6
Speciallægehjælp	12,6	2,7
Medicin	34,5	7,9
Tandlæge	8,9	0,1
Fysioterapi	3,8	8,6
Øvrige	2,2	4,3
	----- Mia.kr. -----	
Ialt	11.482	3,6

1) Årlig realvækst, pct.

Kilde: Amdsrådsforeningen mfl. (1999).

Beskæftigelsen i sundhedssektoren er steget

Antallet af beskæftigede på sygehusene er steget med godt 7.000 personer eller godt 9 pct. siden 1980, jf. tabel IV.11. Det kan sammenlignes med en stigning på 8½ pct. i den samlede beskæftigelse og på 17 pct. i den offentlige sektors beskæftigelse i samme periode. Samtidig er antallet af sygeplejersker steget med næsten 10.000 personer eller knap 60 pct. og antallet af læger med godt 3.000 personer eller ca. 50 pct. Der har således været et fald i andre personalegrupper. I 1980 var der f.eks. omtrent lige mange sygeplejersker og sygehjælpere, mens der i dag er næsten dobbelt så mange sygeplejersker som sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter, jf. Sundhedsministeriet (1999c). Det samlede antal læger i den primære sundhedstjeneste er stort set uændret i forhold til 1980, men det dækker dog over en stigning i antallet af alment praktiserende læger og et fald i antallet af praktiserende speciallæger.

Tabel IV.11 Sundhedspersonale

	1980	1985	1990	1996/98
	----- Personer -----			
Sygehuse:	77.482	82.451	81.928	84.711 ¹
Heraf: Læger	6.484	8.251	8.922	9.665 ¹
Sygeplejersker	17.633	20.654	23.578	27.166 ¹
Praksis:	4.638	4.797	4.875	4.692 ²
Heraf: Almen	2.746	2.915	3.196	3.404 ²
Special	1.892	1.882	1.679	1.288 ²

1) vedrører 1996.

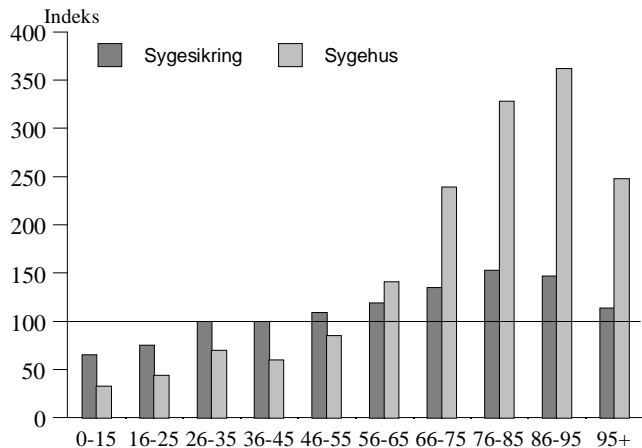
2) vedrører 1998.

Kilde: Sundhedsministeriet (1997b) og Sundhedsministeriet (1999c).

Udgifterne varierer med alderen

Befolkningens forbrug af sygehus- og sygesikringsydelse varierer kraftigt med alderen, jf. figur IV.6. De gennemsnitlige sundhedsudgifter er stigende med alderen; således var sygehusudgifterne ca. 2½ gange højere for de 66-75 årige end gennemsnittet for befolkningen. Derimod er sygesikringsudgifterne mindre afhængige af alderen; f.eks. var sygesikringsudgifterne kun ca. 1½ gange højere for de 66-75 årige end gennemsnittet for befolkningen. Det skyldes, at de ældres helbredsproblemer i højere grad resulterer i indlæggelse på sygehus.

Figur IV.6 *Det relative forbrug af sundhedsudgifter fordelt på aldersgrupper*



Anm.: Værdien 100 svarer til, at aldersgruppens udgift pr. person er lig gennemsnittet for befolkningen.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Flere bliver indlagt...

Antallet af sengepladser på sygehusene er faldet betydeligt siden 1980 fra godt 41.000 til godt 24.000, jf. tabel IV.12. Antallet af sengepladser på psykiatriske sygehuse er faldet relativt mest og er blevet mere end halveret. I samme periode er belægningsprocenten på de somatiske sygehuse steget fra 77 pct. til 83 pct. og på de psykiatriske sygehuse fra 85 pct. til 90 pct. Antallet af indlæggelser pr. 1.000 indbyggere er steget fra 183 til 210, hvilket skyldes en stigning i antallet af indlæggelser på medicinske afdelinger. Stigningen i andelen af befolkningen, der bliver indlagt, har kunnet finde sted, fordi den gennemsnitlige liggetid er faldet markant. Liggetiden på medicinske afdelinger er næsten halveret, og på kirurgiske afdelinger er den faldet med godt en tredjedel.

...men i kortere tid

Stigning i antallet af indlagte og ambulatoribesøg

Der har været en stigning i behandlingsaktiviteten for somatiske sygdomme, både når man ser på antallet af indlagte og på antallet af ambulante patienter, jf. figur IV.7. Derimod har der været et kraftigt fald i antal patienter, som indlægges på psykiatriske sygehuse, men en stigning i antallet af besøg på ambulatorier, jf. figur IV.8.

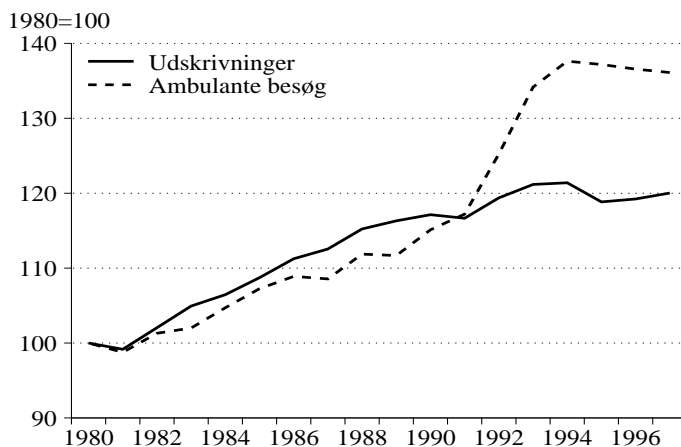
Tabel IV.12 Kapacitet og aktivitet på sygehusene 1980 og 1997

	Sengepladser		Gns. liggetid		Indlæggelser	
	1980	1997	1980	1997	1980	1997
	----- Antal -----		---- Dage ----		--- Pr. 1.000 indb.---	
Medicinsk	12.563	9.684	15	7,9	49	74
Kirurgisk	14.747	8.774	7	4,5	112	112
Øvrige ¹	3.657	1.866	10	4,3	14	18
Psykiatisk	10.654	4.214	-	-	8	7
I alt	41.621	24.538	-	-	183	210

1) Omfatter pædiatri, anæstesiologi, raske ledsagere og ingen angivelse.

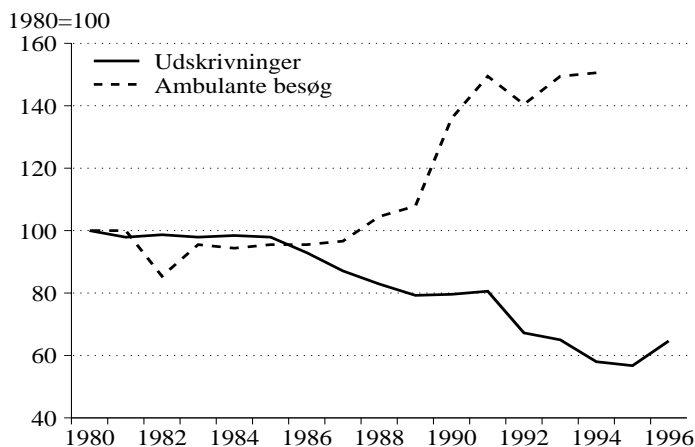
Kilde: Danmarks Statistik (1999), *Statistisk Årbog*, Sundhedsstyrelsen (1982), Aktiviteten i sygehusvæsnet 1980, *Sygehusstatistik II*:6:1982 og egne beregninger.

Figur IV.7 Indlagte og ambulante patienter, somatiske



Kilde: Danmarks Statistik: *Tiårsoversigten*, diverse årgange og egne beregninger.

Figur IV.8 Indlagte og ambulante patienter, psykiatriske



Anm.: Ændring i opgørelsesmetode betyder, at antallet af ambulante besøg ikke kan opgøres for 1995 og 1996.

Kilde: Danmarks Statistik: *Tiårsoversigten*, diverse årgange.

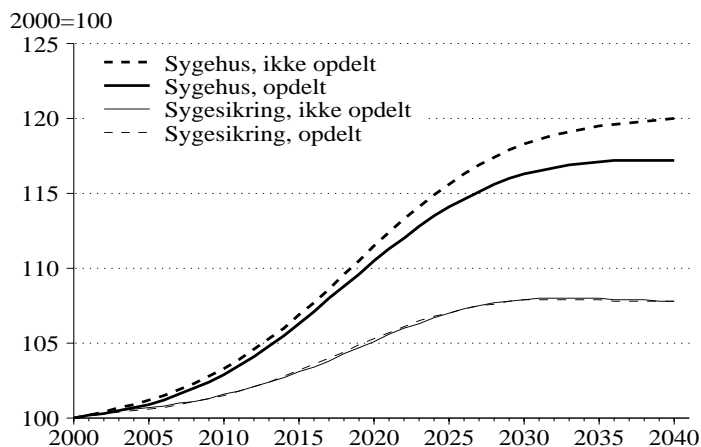
Presset på de fremtidige sundhedsudgifter

Med udgangspunkt i den historiske udvikling er det relevant at vurdere det fremtidige pres på sundhedsudgifterne. Der er en række faktorer, der har betydning for udviklingen. Befolkningens størrelse og den aldersmæssige sammensætning må f.eks. forventes at have en betydning, da udgifterne til sundhedsydelser varierer betydeligt med alderen. En anden faktor, der kan have betydning, er udviklingen i den andel af befolkningen, som skal leve med kroniske sygdomme som f.eks. diabetes og allergi. En tredje faktor, som kan øve indflydelse, er udviklingen i de fremtidige behandlingsmuligheder.

Befolkningens størrelse og aldersfordeling

En måde at få et indtryk af det fremtidige pres på sundhedsudgifterne er at fremskrive sundhedsudgifterne ved at antage, at de aldersfordelte udgifter er uændret fremover, og udviklingen i presset på sundhedsudgifterne derfor alene skyldes befolkningens størrelse og alderssammensætning. I beregningerne her er antaget, at befolkningsudviklingen svarer til Danmarks Statistiks befolkningsprognose, samt at udgifterne fordelt på aldersgrupper svarer til de aldersfordelte sygesikringsudgifter og sygehusudgifter i 1997. Der er derfor ikke taget højde for, at sygehusudgifterne er særligt høje året før, man dør. Beregningerne viser, at sygehusudgifterne ville stige med 20 pct. og sygesikringsudgifterne knap 8 pct. de næste 40 år, hvis presset på sundhedsudgifterne alene påvirkes af den demografiske udvikling, jf. figur IV.9. Knap 6 pct.point af stigningen i udgifterne skyldes en stigning i den samlede befolkning i befolkningsprognosen. Den resterende stigning i presset på de fremtidige sundhedsudgifter kan forklares med en aldring af befolkningen. Det forventede pres på sygehusudgifterne er væsentlig større end på sygesikringsudgifterne, hvilket skyldes, at sygehusudgifterne stiger betydeligt mere med alderen end sygesikringsudgifterne. Ved denne fremskrivning er der ikke taget højde for kvalitetsforbedringer m.v., der resulterer i øgede udgifter. Der er heller ikke taget højde for, at befolkningen ved stigende indkomster kunne ønske at anvende en større andel af indkomsten på sundhedsydelser.

Figur IV.9 Presset på de fremtidige sundhedsudgifter



Anm.: Angivelsen "opdelt" markerer, at der i beregningen er taget højde for, at middellevetiden stiger i befolkningsprognosen.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik, Danmarks Statistik (1999), Statistiske Efterretninger, *Befolkning og valg*, og egne beregninger.

Sygehusudgifterne særlig høje lige før man dør

Sygehusudgifterne er særlig høje året før man dør, jf. Madsen og Serup-Hansen (2000). I befolkningsprognosen er antaget, at middellevetiden er stigende. Der sker en overvurdering af det fremtidige udgiftspres, når der i beregningerne ikke tages højde for befolkningsprognosens antagelse om, at middellevetiden stiger. En aldersgruppes sygehusudgifter falder, når deres restlevetid stiger, og færre derfor dør i den pågældende aldersgruppe. Det skyldes, at sygehusudgifterne er særlig høje det år, man dør. Beregningerne viser, at stigningen i sygehusudgifterne bliver 3 pct.point lavere, når der tages højde for antagelsen om stigningen i middellevetiden. Sygesikringsudgifterne påvirkes derimod stort set ikke af antagelsen om stigningen i middellevetiden.

Restriktive antagelser

I beregningerne er antaget, at sundhedsudgifterne for de enkelte aldersgrupper er konstante i fremskrivningen, idet der dog er korrigeret for befolkningsprognosens antagelse om en stigning i middellevetiden. Det er en restriktiv antagelse, der betyder, at f.eks. prisudviklingen på varer og kapitaludstyr, som anvendes

i sygehussektoren, er antaget uændret i forhold til andre priser i økonomien. Ligeledes er det også antaget, at der ikke sker produktivitetstigninger i sundhedssektoren, der f.eks. kunne være et resultat af kortere liggetider og ændrede arbejds gange på sygehusene. Liggetiderne kunne blive kortere på sygehusene, hvis udviklingen med at anvende mere skånsomme behandlingsteknikker fortsætter. Der er ligeledes forudsat, at det øgede behov for personale i sundhedssektoren kan opfyldes uden problemer. Nettoeffekten af disse forhold er vanskelig at skønne over.

Stigende sygelighed

En yderligere usikkerhedsfaktor for størrelsen af presset på sundhedsudgifterne er udviklingen i sygeligheden i befolkningen. I beregningerne ovenfor ligger en implicit antagelse om, at sygeligheden i de enkelte aldersgrupper er konstant fremover. Der er undersøgelser, der tyder på, at forekomsten af en række behandlingskrævende lidelser er stigende i de enkelte aldersgrupper, jf. Kamper-Jørgensen (2000). Der ser ud til at have været en vækst især i muskel-skeletsygdomme (gigt, dårlig ryg m.v.), åndedrætssygdomme, kræfttilfælde, demens og sukkersyge, mens der har været et fald i hjerte- og kredsløbssygdomme. Fremskrives disse udviklingstendenser, vil det betyde, at der kommer et yderligere pres på sundhedsudgifterne alt i alt.

Udviklingen af nye behandlingsformer kan ikke forudsiges

Der sker hele tiden en videnskabelig og teknologisk udvikling, som har betydning for behandlingsmulighederne på sundhedsområdet. Det er selvsagt ikke muligt at forudse ændringer i den videnskabelige og teknologiske udvikling. Videnskabelige og teknologiske fremskridt kommer som regel ret pludseligt og kan have enormt gennemslag i medier og i faglige kredse og dermed betyde et stærkt efterspørgselspres på nye behandlingsydelser. Den videnskabelige og teknologiske udvikling medfører dog ikke kun et øget pres på sundhedsudgifterne. Fremskridt, der betyder, at årsag og behandlingsmetoder til uhelbredelige sygdomme opdages, kan være med til at begrænse sundhedsudgifterne. Det skyldes, at en række indtil nu uhelbredelige sygdomme medfører betydelige udgifter til behandlinger af følgevirkninger.

Presset på sundhedsudgifterne uundgåeligt

Størrelsen af det fremtidige pres på sundhedsudgifterne er vanskelig at forudsige, men at der kommer et øget efterspørgselspres på sundhedsudgifterne, er dog uundgåeligt alene som følge af, at andelen af ældre stiger. Presset på sundhedsudgifterne betyder, at behovet for prioritering mellem sundhedsydelser kan blive forstærket.

IV.5 Finansiering af sundhedsvæsenet

Ændringer i finansieringen af sundhedsvæsenet undersøges

I dette afsnit diskuteres og undersøges konsekvenserne af forskellige ændringer i den eksisterende sammensætning af finansieringen af sundhedssektoren i Danmark. Det bliver først beskrevet, hvorledes sundhedssektoren er finansieret i dag, og herunder hvordan indtægterne er fordelt på skatter, brugerbetaling og privat forsikring. Dernæst diskuteres baggrunden for den aktuelle finansieringssammensætning. Afsnittet fokuserer specielt på effekterne af forskellige brugerbetalingsordninger på sundhedsområdet, og fordele og ulemper ved brugerbetaling gennemgås. Det samlede provenu fra ordningerne beregnes, og konsekvenserne for indkomstfordelingen bliver beregnet. Til sidst nævnes muligheden for, at et overvejende skattefinansieret sundhedsvæsen kan føre til et for lavt udgiftsniveau, og det diskuteres, hvorvidt øget privat sygeforsikring kan løse problemet.

Tre forskellige finansieringssystemer

Det danske sundhedsvæsen er generelt skattefinansieret, dvs. skatterne er ikke direkte øremærket til sundhedsvæsenet, som tilfældet er i en række andre lande. Der findes i princippet to andre finansieringssystemer. Det drejer sig om private forsikringssystemer og sociale sikringssystemer, hvor bidragene enten er ens eller indkomstafhængige. Forskellen er, at deltagelse i private forsikringssystemer er frivillig, mens den er obligatorisk i sociale sikringssystemer. Det tyske sygekasse-system er et eksempel på et socialt sikringssystem.

Sammensætningen af finansieringen af det danske sundhedsvæsen

I Danmark var de samlede sundhedsudgifter i 1998 på ca. 75 mia. kr., hvoraf 81 pct. var offentligt finansieret, og de resterende 19 pct. var privat finansieret, jf. Sundhedsministeriet (1999c). Andelen af de private sundhedsudgifter kan opdeles med ca. 2 pct.point til forsikringer og de resterende ca.

17 pct.point til brugerbetaling. Amterne har ansvaret for finansieringen af sygehusene og den primære sundhedssektor, og i 1998 var de amtslige udgifter til sundhedsområdet på 55 mia. kr. Finansieringen opnås for 75 pct. vedkommende via den amtskommunale indkomstskat. Bloktilskud udgør omkring 20 pct., og resten er ejendomsskatter. Størstedelen af amternes samlede udgifter går til sundhedsvæsnen, så der er i realiteten en vis grad af øremærkning på de amtskommunale indkomstskatter.

Begrundelser for generel skattefinansiering af sundhedsvæsnen

Der er flere argumenter for, at sundhedsvæsnen overvejende bør være skattefinansieret. En væsentlig del af velfærdsstatens opgave er at sikre samfundets borgere mod økonomisk tab og usikkerhed som følge af sygdom. Markedet for sundhedsydelser ville i en ren markedsøkonomi være ufuldstændigt og kræve offentlig indgriben. F.eks. er der eksterne effekter i den forstand, at fraværet af sygdom hos andre mennesker værdsættes. Endvidere kan andres sygdom være forbundet med smittemisiko, og sådanne forhold vil uden offentlig regulering føre til et for lavt niveau af sundhedsydelser. På den anden side medfører den generelle skattefinansiering af offentlige serviceydelser i velfærdsstaten, at der ofte er en permanent over efterspørgsel efter ydelserne. Denne opstår som følge af, at borgerne kan bruge sundhedssektoren gratis eller til en lav pris.

Formål og ulemper ved brugerbetaling i sundhedssektoren

Et formål med brugerbetaling i sundhedssektoren kan således være at regulere og dæmpe efterspørgslen samt at reducere et eventuelt overflødigt forbrug. Desuden skaber brugerbetaling et provenu, der kan øge serviceniveauet eller erstatte andre former for skatter. En mulig ulempe ved brugerbetaling er, at indkomstuligheden kan øges. Det fremgår af afsnit IV.2, at forbruget af sundhedsydelser er størst for personer i de lavere indkomstgrupper, hvilket indebærer, at brugerbetaling vil forøge indkomstuligheden. Hvis brugerbetaling ud over at reducere overflødigt forbrug også reducerer relevant forbrug, kan en anden utilsigtet konsekvens være en forværring af sundhedstilstanden. På basis af registeroplysningerne, der er beskrevet i afsnit IV.2, er det muligt at analysere, dels hvor stort et provenu forskellige brugerbetalingsordninger vil generere, og dels hvordan indkomstfordelingen påvirkes. I det følgende undersøges konsekvenserne af at indføre en specifik

brugerbetalingsordning under forskellige forudsætninger om ændringer i efterspørgslen efter sundhedsydelse og ved forskellige begrænsninger på den individuelle brugerbetaling.

Brugerbetaling i den danske sundhedssektor

Som beskrevet ovenfor udgør brugerbetaling 17 pct. af finansieringen af sundhedssektoren i Danmark, og det er karakteristisk for disse brugerbetalingsordninger, at de er koncentreret på ganske få områder. Det drejer sig hovedsageligt om tandlægeydelser og egenbetaling af medicin, mens der generelt ikke opkræves betaling for konsultation hos alment praktiserende læge, speciallæge og sygehusbesøg. Det kan være svært at finde et rationale for denne opdeling, og det er givetvis historiske forhold og tilfældigheder, der har været afgørende.

Brugerbetaling på sundhedsområdet i andre lande

Lande, vi normalt sammenligner os med, har brugerbetaling for praksisydelser og for antallet af sengedage på sygehus. Eksempelvis er der i Norge, Sverige og Finland erfaringer med brugerbetaling for ydelser fra alment praktiserende læge og speciallæge samt for skadestuebesøg og ambulante behandling. I Sverige, Finland og Tyskland opkræves der desuden et beløb pr. døgn på sygehus. I Norge er de nuværende gebyrer for konsultationer hos alment praktiserende læger og speciallæger på hhv. 110 og 168 norske kr. I Sverige er der brugerbetaling for konsultationer hos almen læge på 100 svenske kr., mens speciallægebesøg og ambulante sygehusbesøg koster 220 svenske kr. Der opkræves tillige 80 svenske kr. pr. sengedag på sygehus.¹³ Det forekommer således relevant at rejse spørgsmålet om, hvilke konsekvenser der vil være forbundet med at indføre brugerbetaling på disse områder i Danmark.

En specifik brugerbetalingsordning

Der er i tidligere undersøgelser af brugerbetalingsordninger i Danmark konstrueret en brugerbetalingsmodel, som ligner eksisterende brugerbetalingsordninger i de andre nordiske lande, jf. Rudbeck mfl. (1995). Gebyrstrukturen er i den nævnte model som følger: sygehusindlæggelse pr. døgn 50 kr., ambulante besøg 125 kr., skadestue 150 kr., vagtlæge 100 kr., almen læge 75 kr. og speciallæge 100 kr. I Christiansen og Lauridsen (1999) er modellen udvidet til også at omfatte et

13) Beløbene varierer fra län til län, men forskellene kan højst være ca. 30 svenske kr. De nævnte beløb er fra Jönköping län.

gebyr på 40 kr. for telefonkonsultationer ved alment praktiserende læge og vagtlæge. Der opereres tillige med et loft for brugerbetalingen i hver af disse syv kategorier på 1.000 kr. pr. person pr. år. I det følgende gennemføres beregninger, der viser konsekvenserne af en sådan betalingsordning, hvis den havde været gældende i 1997.

Brugerbetaling reducerer forbruget af sundhedsydelser

Brugerbetaling har betydning for forbruget af sundhedsydelser, men prisfølsomheden varierer mellem forskellige ydelser. En amerikansk undersøgelse viser, at efterspørgslen efter ambulante ydelser, herunder ydelser fra praktiserende læger og speciallæger, er mere prisfølsom end efterspørgslen efter sygehusindlæggelser, jf. Manning mfl. (1987). Forbruget af ambulante ydelser var 27 pct. højere for personer, der modtog ydelserne gratis sammenlignet med personer, der betalte 25 pct. af omkostningen. Faldet i forbruget blev dog mindre, jo større egenbetalingsdelen blev. Der er også erfaringer med forbrugsreaktioner ved brugerbetaling i Danmark. Under den 3 måneder lange lægekonflikt i 1984 opkrævede de praktiserende læger betaling for besøg svarende til ca. 40 pct. af omkostningen pr. besøg. Her observeredes en reduktion i antallet af lægebesøg på ca. 20 pct., jf. Rudbeck mfl. (1995). Dette tal må opfattes som et overkantsskøn, idet nogle henvendelser kan være blevet udskudt til konfliktens ophør.

Tre forskellige forbrugsreaktioner undersøges

Nedenfor undersøges konsekvenserne af tre forskellige forbrugsreaktioner ved indførelse af den ovenfor beskrevne brugerbetalingsordning. I beregningerne er antaget, at forbruget af praksisydelser og skadestuebesøg reduceres med enten 0 pct., 10 pct. eller 25 pct., mens forbruget af andre sygehusydelser er uændret. De sparede samfundsmæssige omkostninger pr. ydelse er opgjort som i Rudbeck mfl. (1995).¹⁴ Brugerbetalingsgebyrerne vil således skabe et provenu, som dog reduceres pga. et lavere forbrug af sundhedsydelser. Ud over provenuet giver det reducerede forbrug lavere omkostninger, hvilket bidrager til at forbedre det offentlige budget.

14) Omkostningerne er her vurderet til: skadestue 300 kr., vagtlæge 270 kr., almen læge 110 kr., speciallæge 240 kr. På grundlag af de gennemsnitlige registrerede udbetalinger fra Sygesikringen sættes den sparede omkostning ved telefonkonsultation til 50 kr.

Den beregnede budgetforbedring ved brugerbetaling

I tilfældet, hvor forbruget af sundhedsydelser reduceres med 10 pct., skaber den ovenfor beskrevne brugerbetalingsmodel en budgetforbedring på knap 3 mia. kr., jf. tabel IV.13a. Dette skal ses i forhold til et samlet budget for amternes udgifter til sundhedsvæsenet i 1997 på ca. 51 mia. kr. Budgetforbedringen opstår først og fremmest pga. provenuet fra brugerbetalingen på 2,629 mia. kr., mens der spares 346 mio. kr. som følge af et lavere forbrug. Det ses også, at den vigtigste kilde til budgetforbedringen er gebyret på 75 kr. ved konsultation hos alment praktiserende læge. Hvis forbrugsnedgangen er 25 pct. i stedet for 10 pct., bliver budgetforbedringen 3,179 mia. kr., jf. tabel IV.13b. Stigningen i budgetforbedringen på 204 mio. kr. skyldes, at omkostningsbesparelsen stiger til 865 mio. kr., mens provenuet kun falder til 2,314 mia. kr. Uden forbrugsnedgang er provenuet fra brugerbetaling 2,839 mia. kr. Endelig skal det understreges, at der i beregningerne ikke er taget højde for administrationsomkostninger i forbindelse med brugerbetalingsordningerne. Et indtryk af størrelsesordenen af disse omkostninger fås fra lægekonflikten i 1984. Administrationsomkostningen pr. lægeregning under denne konflikt blev opgjort til ca. 7 kr., jf. Christensen og Jørgensen (1991). Ved en permanent brugerbetalingsordning vil administrationsomkostningerne givetvis være betydelig lavere.

Brugerbetalingsloftet er ikke afgørende for budgetforbedringen

Hvis der i stedet for et loft på 1.000 kr. pr. ydelseskategori indføres et samlet loft for alle kategorier på 3.000 kr., vil der blive en større offentlig budgetforbedring. I beregningerne, hvor det er antaget, at brugerbetaling resulterer i en forbrugsnedgang på 10 pct., vil budgetforbedringen stige fra 2,975 mia. kr. til 3,093 mia. kr. Årsagen til, at budgetforbedringen stiger, er, at det ydelsesspecifikke loft på 1.000 kr. specielt har betydning for brugerbetalingen på sygehusindlæggelser. Et samlet loft på 3.000 kr. vil derfor betyde øget brugerbetaling primært for dem, der har været indlagt på sygehus. Fjernes loftet for brugerbetaling helt, stiger den samlede budgetforbedring til 3,320 mia. kr. Samlet set er budgetforbedringen fra brugerbetalingsordningen derfor ikke særlig følsom over for et individuelt loft for brugerbetalingen.

Tabel IV.13a Budgetforbedring ved brugerbetaling og 10 pct. forbrugsreduktion, 1997

	Gebyr	Andel af omk.	Forbrugs- besparelse	Provenu med loft	Budget- forbedring
	-- Kr. --	-- Pct. --	-----	Mio. kr. -----	-----
Indlæggelse, døgn	50	-	0	194	194
Ambulante besøg	125	-	0	312	312
Skadestuebesøg	150	50	29	131	160
Almen læge	75	68	157	1.103	1.260
Vagtlæge	100	37	17	60	77
Speciallæge	100	42	84	371	455
Tlf. konsultation	40	80	59	459	518
I alt			346	2.629	2.975

Anm.: Indlæggelser er antallet af sengedage for somatiske heldøgnspatienter. Ambulante besøg er besøg i ambulatorium og besøg af deldøgnspatienter. Ydelserne hos almen læge og speciallæge dækker over konsultationer og besøg i hjemmet. Ydelser hos vagtlæge omfatter konsultationer, besøg i hjemmet og telefonkonsultationer. Telefonkonsultation er telefonkonsultationer hos almen læge. Der er for hver ydelseskategori indlagt et loft for egenbetalingen på 1.000 kr.

Kilde: Rudbeck mfl. (1995) samt oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel IV.13b Budgetforbedring ved brugerbetaling og 25 pct. forbrugsreduktion, 1997

	Gebyr	Andel af omk.	Forbrugs- besparelse	Provenu med loft	Budgetfor- bedring
	-- Kr. --	-- Pct. --	-----	Mio. kr. -----	-----
Indlæggelse, døgn	50	-	0	194	194
Ambulante besøg	125	-	0	312	312
Skadestuebesøg	150	50	72	110	181
Almen læge	75	68	393	942	1.335
Vagtlæge	100	37	43	51	94
Speciallæge	100	42	210	318	528
Tlf. konsultation	40	80	147	388	535
I alt			865	2.314	3.179

Anm.: Se anm. til tabel IV.13a.

Kilde: Rudbeck mfl. (1995) samt oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Brugerbetaling og betalingsevne

Det undersøges nu, hvilke fordelingsmæssige konsekvenser den ovenfor beskrevne brugerbetalingsordning vil have. En målsætning for sundhedsvæsnet er som nævnt, at udgifterne finansieres efter betalingsevne, og derfor skal nye brugerbetalingsordninger ideelt set mindst være proportionale med indkomsten. Brugerbetalingen sammenlignes derfor med betalingsevnen, og som i afsnit IV.2 er den husholdningsjusterede disponible indkomst her et udtryk for betalingsevnen.¹⁵

Brugerbetaling er ulige fordelt

Resultaterne i afsnit IV.2 viser, at forbruget af sundhedsydelser er koncentreret i de nedre indkomstdeciler, så det må forventes, at brugerbetaling også er koncentreret på personer i disse indkomstgrupper. Dette bekræftes af, at den gennemsnitlige brugerbetaling med loft på 1.000 kr. pr. ydelseskategori topper i 3. decil med 647 kr., jf. tabel IV.14. Herefter falder brugerbetalingen, jo højere indkomsten er, således at de 10 pct. af befolkningen med højest indkomst i 10. decil har den laveste gennemsnitlige brugerbetaling på 396 kr. Hvis loftet fjernes, stiger den gennemsnitlige brugerbetaling en smule, men det overordnede billede forbliver uændret. Brugerbetalingsandelene viser, at personerne i 3. decil betaler 12,9 pct. af den samlede brugerbetaling, mens deres indkomst kun udgør 7,1 pct. af den samlede indkomst. Derimod betaler de rigeste i 10. decil 7,9 pct. af den samlede brugerbetaling, mens deres indkomst udgør hele 18,7 pct. Brugerbetaling, der foregår proportionalt med indkomsten, indebærer, at brugerbetalingsandelen i hver decil svarer til indkomstandelen i hver decil, men det vil ikke være tilfældet, hvis den nævnte brugerbetalingsordning gennemføres.

15) Den husholdningsjusterede disponible indkomst er beregnet som beskrevet i boks IV.1 i afsnit IV.2.

Tabel IV.14 Brugerbetaling fordelt på indkomstdeciler, 1997

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Alle
	----- Gennemsnitsindkomst i decilen, 1.000 kr. -----										
	31	73	89	102	116	130	143	158	177	234	125
	----- Gennemsnitlig brugerbetaling, kr. -----										
Med loft	416	608	647	601	551	502	459	430	412	396	502
Uden loft	447	678	722	667	607	541	486	452	432	413	545
	----- Andel af samlet brugerbetaling, pct. -----										
Med loft	8,3	12,1	12,9	12,0	11,0	10,0	9,1	8,6	8,2	7,9	100
Uden loft	8,2	12,5	13,3	12,3	11,2	9,9	8,9	8,3	7,9	7,6	100
	----- Andel af samlet indkomst, pct. -----										
	2,5	5,8	7,1	8,2	9,3	10,4	11,4	12,6	14,1	18,7	100

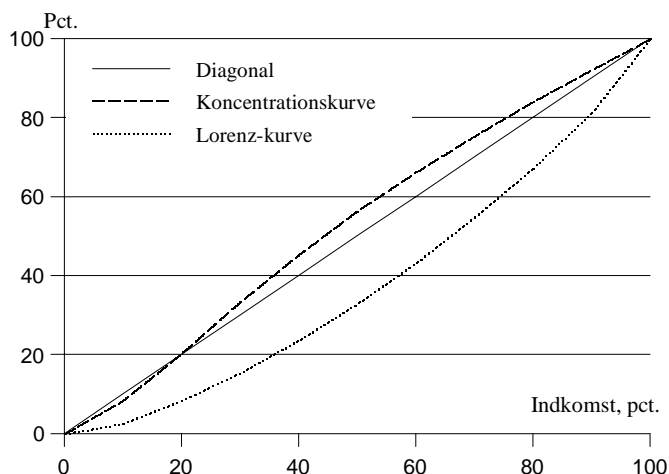
Anm.: Det anvendte indkomstbegreb er den personlige disponible husholdningsjusterede indkomst. Fordelingen på indkomstdeciler er opgjort eksklusiv personer i alderen 0-17 år. Brugerbetalingen er ved en 10 pct. forbrugsreduktion, og et loft på 1.000 kr. pr. ydelseskategori.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Illustration af fordelingen af indkomst og brugerbetaling

Fordelingen af den disponible husholdningsjusterede indkomst i 1997 er illustreret grafisk i figur IV.10 vha. Lorenz-kurven, som beskrevet i boks IV.2. Hvis alle havde haft den samme indkomst, ville Lorenz-kurven være sammenfaldende med diagonalen, men Lorenz-kurven ligger tydeligt under diagonalen, og det er udtryk for en ulige fordeling af indkomsten. Fordelingen af brugerbetaling på indkomstgrupper er illustreret vha. koncentrationskurven, jf. figur IV.10. Hvis alle betalte det samme i brugerbetaling, ville koncentrationskurven være sammenfaldende med diagonalen. I stedet ligger koncentrationskurven for brugerbetalingen over diagonalen bortset fra for personer med de laveste indkomster. Dette viser, at brugerbetaling er koncentreret på personer i de nedre indkomstdeciler. I stedet for at sammenligne koncentrationskurven for brugerbetalingen med diagonalen er det dog mere relevant at sammenligne med Lorenz-kurven for indkomsten for at undersøge, om brugerbetaling foregår proportionalt med indkomsten. Proportionalitet kræver, at koncentrationskurven er sammenfaldende med Lorenz-kurven, men dette er ikke tilfældet. I stedet er brugerbetalingen for de dårligst stillede tydeligt højere, end hvad indkomsten ville tilsige.

Figur IV.10 Koncentrationskurven og Lorenz-kurven, 1997



Anm.: Lorenz-kurven angiver de kumulerede andele af indkomsten i hver indkomstdecil, og koncentrationskurven angiver de kumulerede andele af brugerbetalingen i hver indkomstdecil, jf. boks IV.2. Brugerbetalingen er for en 10 pct. forbrugsreduktion, og et loft på 1.000 kr. pr. ydelseskategori.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Brugerbetaling øger indkomstuligheden

Konsekvensen af brugerbetalingsordningen for indkomstfordelingen kan beregnes vha. et progressivitetsindeks, der måler, i hvilken grad brugerbetalingen afviger fra proportionalitet med indkomsten. Det findes som forskellen mellem Gini-koefficienten for indkomstfordelingen og koncentrationsindekset for brugerbetalingen, jf. Kakwani (1977).¹⁶ Koncentrationsindekset er nul, hvis alle betaler lige meget i brugerbetaling svarende til, at koncentrationskurven i figur IV.10 falder sammen med diagonalen. Progressivitetsindekset er nul, hvis brugerbetalingen sker proportionalt med indkomsten svarende

16) Koncentrationsindekset og Gini-koefficienten er beskrevet i boks IV.2 i afsnit IV.2. Alternativt kan man undersøge, hvordan Gini-koefficienten ændrer sig ved en sammenligning af den eksisterende indkomstfordeling med fordelingen efter brugerbetaling. Denne tilgangsvinkel er dog forbundet med nogle svagheder, jf. Aronson mfl. (1994).

til, at koncentrationskurven er sammenfaldende med Lorenz-kurven. Progressivitetsindekset er imidlertid på -0,256 for brugerbetaling med loft, jf. tabel IV.15. Det betyder, at indkomstmuligheden i samfundet øges, hvis den omtalte brugerbetalingsordning indføres. Hvis der ikke indføres et loft på 1.000 kr. pr. ydelseskategori, ændres progressivitetsindekset til -0,268, og indkomstuligheden øges dermed yderligere.

Sygdom indtræffer tilfældigt

Som beskrevet i afsnit IV.2 er der sammenhæng mellem forbruget af sundhedsydelser og den indkomstgruppe, man tilhører. Dette er baggrunden for, at nye brugerbetalingsordninger vil belaste personer i de lavere indkomstgrupper i særlig høj grad. Selv inden for indkomstgrupperne er der betragtelig variation i, hvor meget brugerbetalingsordningen vil betyde, fordi sygdom rammer skævt og uforudsigeligt. Eksempelvis vil brugerbetalingsordningen uden loft betyde, at den hårdest ramte person i 1. decil skal betale 15.638 kr., mens gennemsnitsbetalingen for alle personer i 1. decil er 447 kr., jf. tabel IV.14. Loftet for brugerbetalingen dæmper naturligvis denne variation, men det ændrer ikke ved, at sygdom rammer tilfældigt, og at brugerbetaling på sundhedsydelser kan opfattes som en skat på sygdom.

Tabel IV.15 Progressivitetsindekset, 1997

	Brugerbetalingsordning	
	Med loft	Uden loft
Koncentrationsindeks, brugerbetaling	-0,008	-0,020
Gini-koefficient, indkomst	0,248	0,248
Progressivitetsindeks	-0,256	-0,268

Anm.: Brugerbetalingen er ved en 10 pct. forbrugsreduktion, og loftet er på 1.000 kr. per ydelseskategori.

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Brugerbetaling medfører øget privat sygeforsikring

Sygdom er en af de væsentligste risikofaktorer i det menneskelige liv. Det medfører tilsvarende, at der er usikkerhed om behovet for sundhedsydelser, og når disse er pålagt brugerbetaling, vil der således også være økonomisk usikkerhed forbundet med behandling af sygdom. Brugerbetaling tilskynder derfor borgerne til at tegne supplerende forsikring på det private marked. Personer med privat sygeforsikring, der giver fuld dækning, vil imidlertid have det samme incitament til overforbrug af sundhedsydelser, som hvis ydelserne tilvejebringes gratis af et offentligt finansieret sundhedsvæsen. De fleste forsikringer har dog selvrisiko af en vis størrelse, men der behøver ikke at være stor forskel på brugernes adfærd i et generelt skattefinansieret sundhedssystem og et privat forsikringssystem. Et hovedformål med brugerbetaling er som sagt at reducere eller fjerne overflødig forbrug af sundhedsydelser, men hvis konsekvensen af øget brugerbetaling er, at der tegnes privat forsikring for de pågældende sundhedsydelser, modvirkes den efterspørgselsregulerende effekt.

Problemer med rent skattefinansieret sundhedsvæsen og rent privat forsikringssystem

Hverken et fuldstændig skattefinansieret sundhedsvæsen eller en sundhedssektor baseret udelukkende på privat sygeforsikring er problemfri. Ved privat sygeforsikring optræder det såkaldte selvselektionsproblem, der består i, at individer med lav sygdomsrisiko kan have tilskyndelse til ikke at forsikre sig mod sygdom, fordi forsikringspræmien overstiger deres betalingsvilje. Omvendt kan tvungen sygeforsikring via et udelukkende offentligt finansieret sundhedsvæsen også være forbundet med problemer på trods af, at det omfatter alle borgere og dermed holder gennemsnitsomkostningerne nede. Årsagen er, at sundhedstilstanden værdisættes forskelligt af borgerne. Nogle personer er villige til at betale for sundhedsydelser, som et rent offentligt finansieret sundhedsvæsen ikke tilbyder, og derfor vil systemet for nogle virke begrænsende for forbrugsmulighederne.

Er en kombination af offentlig og privat finansiering at foretrække?

En kombineret løsning bestående af et offentligt finansieret sundhedsvæsen, der har forholdsvis lave gennemsnitsomkostninger, men som kun dækker udgifterne delvist, og supplerende privat sygeforsikring for de personer, der måtte ønske dette, kan være at foretrække, jf. Hansen og Keiding (1999). Denne model bibeholder den relativt stramme styring af de offentlige

sundhedsudgifter, og den virker ikke begrænsende for den enkeltes ønsker mht. at være forsikret mod udgifter, der opstår i forbindelse med behandling af sygdom. Modellen kan dog virke imod lighedsmålsætningen i sundhedssektoren, hvis nogen borgere afskæres fra adgangen til visse sundhedsydelser pga. lav indkomst.

Supplerende privat forsikring øger de samlede sundhedsudgifter

Man kan hævde, at der i Danmark i et vist omfang allerede eksisterer et sådant blandet system. Der er, som nævnt, allerede en betydelig grad af brugerbetaling på eksempelvis tandlæge- og medicinområdet, og mange mennesker vælger at forsikre sig mod sygdom, der skaber behov for disse sundhedsydelser, i sygeforsikringsselskabet 'danmark'. Man kan forestille sig, at systemet bliver udvidet ved, at der i større udstrækning er mulighed for at tegne supplerende privat forsikring for de ydelser, der ikke bliver dækket af den offentlige finansiering. Dette indebærer, at man definerer, hvilke ydelser og behandlinger det offentlige sundhedsvæsen stiller til rådighed for befolkningen, jf. Pedersen mfl. (1995). Disse bør primært være basale ydelser, der har veldokumenterede effekter. Herudover kan andre sundhedsydelser underlægges brugerbetaling eller dækning fra supplerende sikringsordninger. En sådan finansieringsmodel vil formentlig øge de samlede sundhedsudgifter, idet den private del af sundhedsvæsenet ikke er underlagt statslig styring. I så fald er det dog udtryk for, at befolkningens betalingsvilje overstiger skattefinansieringen, og det er derfor samfundsmæssigt ønskeligt.

Brugerbetaling bør ikke indføres for traditionelle sundhedsydelser

Den tidligere beskrevne brugerbetalingsordning for basale ydelser i den danske sundhedssektor skaber en budgetforbedring for amterne på ca. 6 pct. Dette må betragtes som en beskeden budgetforbedring. Endvidere virker ordningen entydigt i retning af at øge indkomstuligheden i samfundet. Dette taler imod at indføre brugerbetaling for traditionelle sundhedsydelser såsom besøg hos praktiserende læge og sengedage på sygehus. Hvis befolkningens behov for sundhedsydelser ikke bliver dækket i tilstrækkelig grad af det nuværende skattefinansierede sundhedsvæsen, bør man imidlertid overveje at skabe mulighed for at tegne supplerende privat forsikring for de ydelser, der ikke bliver dækket af den offentlige finansiering.

IV.6 Prioritering i sundhedssektoren

Stort behov for sundhedsydelser

Behovet for sundhedsydelser er meget stort, og det er givetvis ikke muligt at opfylde alle de behov, der kan være til ydelser fra sundhedsvæsenet. Det er derfor nødvendigt at træffe beslutninger om, hvilke ydelser og omfanget af dem som sundhedsvæsenet skal tilbyde, og til hvem de skal tilbydes. Det kan ligeledes indebære, at der skal træffes valg om behandling mellem patienter. Valg mellem patienter med forskellige sygdomsdiagnoser kan dog kollideres med målsætningen om, at der bør tilstræbes lighed og retfærdighed mellem personer med forskellige sygdomme og sundhedstilstande.

Økonomiske analyser træffer ikke beslutninger

Der kan lægges forskellige kriterier til grund for beslutningerne om, hvilke behandlingstilbud der skal tilbydes, og hvor omfattende de skal være. Sundhedsøkonomiske metoder kan være en hjælp i denne proces. Styrken ved disse metoder er, at omkostningerne ved og udbyttet af behandlingerne bliver synliggjort. Det er dog vigtigt at pointere, at sundhedsøkonomiske analyser ikke selv træffer beslutningen om, hvilke behandlinger der skal iværksættes og til hvem. Styrken ved at anvende sundhedsøkonomiske metoder er, at prioriteringerne i højere grad bliver analysebaserede og dermed mere synlige og mere gennemsigtige. Endvidere giver det mulighed for en bedre anvendelse af de økonomiske midler på tværs af sundhedsområdet.

Hvilke kriterier kan bruges ved prioritering i sundhedssektoren?

Prioritering i relation til sundhedssektoren foregår på forskellige niveauer. For det første er det en prioritering, hvor mange ressourcer der ønskes anvendt på sundhedsydelser under et og i forhold til andre offentlige ydelser. Det er også et prioriterings spørgsmål, hvilke ydelser der skal være gratis, og hvilke der kan leveres mod hel eller delvis brugerbetaling. Givet de ressourcer, der ønskes anvendt på sundhedsydelser, foretages der også en prioritering mellem forebyggelse og behandling og lindring af sygdom samt en prioritering på tværs af diagnosegrupper. I spørgsmålet om organiseringen af sundhedssektoren er prioriteringen også central; f.eks. har målsætningen om geografisk lighed betydning for, hvorledes sundhedssektoren organiseres. Organisering af sundhedssektoren diskuteres i afsnit IV.7.

Kun medicinske kriterier legitime?

Et vigtigt spørgsmål er tillige, hvorvidt det er legitimt at anvende andre end medicinske kriterier i prioriteringen mellem personer med samme diagnose. Det kan være kriterier som alder, sociale/erhvervsmæssige forhold, eget ansvar for sygdom, og om andre ud over patienten kan drage nytte af behandlingen.

Økonomiske analyser opgør virkninger og omkostninger

En måde at synliggøre den vægt, der lægges på forskellige kriterier, når det besluttes at tilbyde sundhedsydelser til forskellige patientgrupper, er at inddrage sundhedsøkonomiske analyser. Sundhedsøkonomiske analyser forsøger netop at opgøre de samlede virkninger sammenholdt med de samlede omkostninger ved sundhedsydelsen.

Overordnet prioritering

I det danske sundhedsvæsen fastlægges mål og rammer for udviklingen i forhandlinger mellem regeringen og amtskommunerne, og herigennem foregår også prioriteringen mellem sundhedsområdet og andre offentlige ydelser. I den primære sektor fastlægges antallet af praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger af amterne. Sygehusenes muligheder for at disponere inden for de givne økonomiske rammer varierer mellem amterne. I nogle amter fastlægges de økonomiske rammer for de enkelte sygehusafdelinger, og i andre amter er det de samlede økonomiske rammer for sygehusene, som fastlægges, mens sygehusene selv står for fordeling mellem afdelingerne. I det omfang, der eksisterer behandlingsmuligheder i Danmark, er det op til den enkelte læge ud fra lægefaglige kriterier at afgøre, om en patient skal behandles.

Diskussion af økonomiske metoder

Den samfundsmæssige prioritering i dagens sundhedsvæsen sker i budgetsammenhæng på basis af, hvad ydelserne koster. Der anvendes ikke systematisk sundhedsøkonomiske analyser i forbindelse med prioriteringen mellem sundhedsydelserne. Mulighederne for og begrænsningerne ved de sundhedsøkonomiske metoder diskuteres i det følgende, for derved at give en vurdering af, i hvilket omfang disse er anvendelige som redskab i prioriteringer indenfor sundhedssektoren.

Tabel IV.16 Sundhedsøkonomiske analysemetoder - skematisk oversigt

	Omkostninger	Virkning	Måling
Cost-benefit	Kroner: direkte og indirekte omkostninger	Flere forskellige, ikke nødvendigvis helbredsrelaterede effektmål	Kroner: betalingsvilje
Cost-effectiveness	Kroner: direkte og måske indirekte omkostninger	Kun ét effektmål: forskellige mængder	Fysiske enheder: overlevelses-sandsynlighed, vundne leveår, blodtryksreduktion, sundhedsstatusmål
Cost-utility	Kroner: direkte og måske indirekte omkostninger	Flere forskellige, men alle helbredsrelaterede effektmål Forskellige mængder	Kvalitetsjusterede leveår, QALY

Sundhedsøkonomiske metoder

Der skelnes mellem tre hovedtyper af sundhedsøkonomiske analysemetoder: cost-benefit, cost-effectiveness og cost-utility analyser, jf. Alban mfl. (1995). I alle tre metoder opgøres omkostninger og virkninger af behandlingen, jf. tabel IV.16. Forskellen mellem metoderne ligger først og fremmest i, hvilke virkninger af behandlingen der medtages, og hvilken enhed virkningen måles i. Det er således kun i cost-benefit analysen, at virkningen af en behandling opgøres i monetære enheder, og dermed bliver direkte sammenlignelig med omkostningerne.

Cost-benefit

Cost-benefit analysens formål er at give en økonomisk vurdering af, om det er samfundsøkonomisk fornuftigt/rationelt at gennemføre et bestemt sundhedsprogram. Perspektivet er samfundets, og både omkostninger og benefit opgøres i monetære enheder. De samfundsmæssige omkostninger sammenholdes således med den samfundsmæssige gevinst. Da opgørelsen foretages i monetære enheder, er det muligt at sammenligne med alle andre goder og ydelser i samfundet. Beslutningsreglen, der er knyttet til cost-benefit analyser, indebærer, at kun foranstaltninger, hvor gevinsten er større end omkostnin-

gerne, bør gennemføres. Cost-benefit analyserne kan anvendes til at rangordne forskellige sundhedsprogrammer, og da sundhedsbudgettet almindeligvis er begrænset, er beslutningsreglen at vælge det program eller de programmer, som har den højeste nettogevinst for samfundet. De mest almindelige metoder for værdisætning af sundhed i cost-benefit analyser tager udgangspunkt i enten humankapital-metoden eller betalingsviljemetoden. Ved humankapital-metoden vurderes sundhed primært i forhold til menneskets produktionsværdi, dvs. hvor meget den enkelte kan bidrage med til produktionen i løbet af sit arbejdsliv. I betalingsviljemetoden fastlægges værdien ud fra spørgeskemaundersøgelser, eller den uddrages fra privatøkonomiske beslutninger, som involverer afvejning mellem sundhed og penge.

Cost-benefit undersøgelse af narkosemetoder

Der er herhjemme gennemført en cost-benefit analyse, der sammenligner to bedøvelsesmetoder ved hofteoperationer, jf. Juhl (1992). Ved den ene metode opereres patienten under fuld narkose, mens patienten ved den anden er rygmarvsbedøvet. De direkte omkostninger ved operation under fuld narkose og rygmarvsbedøvelse er stort set ens, mens de indirekte omkostninger som følge af komplikationer i tilknytning til bedøvelsen er størst ved fuld narkose. I undersøgelsen er opgjort 16 komplikationer, der kan tilståde, det er f.eks. lungebetændelse, blodprop i hjertet, mentale ændringer og død. Benefitsiden er opgjort ved at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse, som opgør potentielle patienters gennemsnitlige betalingsvilje for en rygmarvsbedøvelse sammenlignet med fuld bedøvelse. Spørgeskemaundersøgelsen er tilrettelagt sådan, at de adspurgte tager stilling til, hvor meget de vil betale for at nedbringe sandsynligheden for komplikationer i tilknytning til bedøvelsen. Undersøgelsen viser, at potentielle patienter i gennemsnit foretrækker og er villige til at betale for at få en rygmarvsbedøvelse. Det er altså en samfundsmæssig gevinst at anvende rygmarvsbedøvelse frem for fuld narkose.

Cost-effectiveness

Formålet med cost-effectiveness analyse er at afgøre, hvilke af alternative programmer med samme/fælles sigte der bør vælges. Dette afviger fra cost-benefit analysen, hvor spørgsmålet tillige er, om det pågældende program overhovedet skal igangsættes. En cost-effectiveness analyse gennemføres med henblik

på minimering af omkostninger, og der vil ofte være to tæt knyttede alternativer, f.eks. valg mellem fuld narkose og rygmarvsbedøvelse, som i eksemplet ovenfor. De effektmål, som analysen inddrager, tager udgangspunkt i formålet med analysen. F.eks. vil sænkning af dødelighed være et relevant effektmål, hvis valget står mellem forskellige behandlinger, der begrænser dødeligheden for en sygdom.

Cost-effectiveness undersøgelse af influenzavaccination

Som led i en medicinsk teknologivurdering af influenzavaccination af ældre blev der foretaget en cost-effectiveness analyse af fire forskellige organisationsmodeller for influenzavaccination for ældre, jf. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering (2000). Omkostningerne, der blev inddraget i analysen, var medicinudgifter til vaccine og aflønning af personale samt sparede udgifter til sygehusindlæggelse. Disse omkostninger blev sat i relation til antallet af vundne leveår ved de forskellige organisationsmodeller. Omkostningerne pr. vundet leveår var lavest for den såkaldte København-model, hvor alle over 70 år fik tilbud om gratis vaccination i offentlige vaccinationsklinikker, der blev oprettet i en periode af 7 uger.

Medicinsk teknologivurdering har fire elementer

Medicinsk teknologivurdering er en alsidig, systematisk vurdering af forudsætninger for og konsekvenser af at anvende medicinsk teknologi, i ovennævnte tilfælde influenzavaccination. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering blev oprettet i 1997 og har til opgave at fremme anvendelsen af medicinsk teknologivurdering. Medicinsk teknologi skal forstås meget bredt og omfatter f.eks. også undersøgelser af lægemidler og forebyggende sundhedsarbejde. De fire elementer, der undersøges, er teknologi, organisation, økonomi og patient. Teknologien undersøges som første element og foreliggende viden for teknologiens effektivitet undersøges, og det vurderes om teknologiens effektivitet er videnskabeligt veldokumenteret. Samtidig belyses eventuelle alternative teknologier. I den omtalte undersøgelse af influenzavaccination ses på den kliniske effekt af vaccinen, og der ses på, hvilke alternativer der er til vaccination. Det andet element, der analyseres, er, hvilken betydning den nye teknologi har for organisatoriske forhold, f.eks. på arbejdstilrettelæggelse og ansvarsfordeling. I eksemplet med influenzavaccination undersøges, hvordan vaccina-

tionsprogrammer er organiseret i forskellige dele af landet, og hvilken betydning ændringer i tilbudet vil have for f.eks. private vaccinationsklinikker. Teknologiens virkning på både drifts- og samfundsøkonomien undersøges som tredje element, og det belyses som fjerde element, hvilken konsekvens teknologien vil have for patienten eller borgeren. F.eks. er der som anført ovenfor udarbejdet en cost-effectiveness analyse af influenzavaccination for ældre og gennemført en undersøgelse, som skulle belyse ældregruppens holdning til influenzavaccination og de fire organisatoriske modeller. Medicinsk teknologivurdering er således en bredere analyseramme end den økonomiske analyse.

Cost-utility

Cost-utility analysen adskiller sig fra cost-effectiveness analysen ved at kunne håndtere flere effektmål samtidig. Det er i valg af effektmål, at de to metoder adskiller sig fra hinanden. Cost-utility analyser anvendes derfor, hvor både livskvalitet og dødelighed er en del af udfaldet. Det effektmål, der for det meste anvendes i cost-utility analyserne, er kvalitetsjusterede leveår (Quality Adjusted Life Year - QALY). Det teoretiske fundament er kun delvis hentet fra økonomien, og mange discipliner har været involveret i udviklingen af QALY.

Præferencebaseret nyttemål

Den grundlæggende ide bag anvendelsen af QALY, som egentlig er et præferencebaseret nyttemål, er simpel. Nyttemål afspejler præferencer for forskellige sundhedstilstande. De adspurgte personer - syge eller raske - værdisætter en række sundhedstilstande på en skala fra 1,0 (godt helbred) til 0,0 (død). Forbedringer i sundhedstilstande kan udtrykkes ved et enkelt effektmål, når de beskrevne sundhedstilstande er karakteriseret ved flere dimensioner, f.eks. sygelighed og overlevelse. Præferencer for de divergerende sundhedstilstande (dimensioner) skal værdisættes ved, at præferencerne for de forskellige sundhedsstatuser afsløres ved hjælp af varierende spørgeteknikker. De opgjorte ændringer i QALY'er for de behandlede personer aggregeres. Den simple summation indebærer, at QALY har samme værdi, uanset hvem de tilfalder, og hvornår i livet de falder. Et lignende nyttemål er et mål for år med godt helbred (HYE - Healthy-years equivalents). Grundideen med HYE-målet er, at individet skal vurdere hele livstids-sundhedsprofiler samlet ved at angive det antal leveår

i helt rask tilstand, der vurderes at være forbundet med lige så stor nytte som de undersøgte livstids-sundhedsprofiler. Dette mål er QALY teoretisk overlegen, men det er meget vanskeligt at anvende i praksis, jf. Alban mfl. (1998).

Cost-utility undersøgelse af narkosemetoder

I den førnævnte undersøgelse af valget mellem fuld narkose eller rygmarsbedøvelse ved udskiftning af hoften blev der også gennemført en cost-utility analyse. De opgjorte omkostninger er de samme som i cost-benefit analysen. Det er opgørelsen af værdien af nedbringelsen af sandsynligheden for komplikationer, der adskiller de to analysemetoder. I cost-benefit analysen anvendes de potentielle patienters betalingsvilje, mens det i cost-utility analysen er narkoselægers vægtning af de forskelligartede komplikationer og herved lægernes vurdering af værdien af behandlingen for patienterne.¹⁷ Resultatet af cost-utility analysen bliver også, at det er en fordel at anvende rygmarsbedøvelse.

Cost-utility analyse af behandling af ekstremt små nyfødte

En økonomisk analyse af behandlingen af ekstremt små nyfødte har været foretaget ved anvendelse af en cost-utility analyse, jf. Alban og Knudsen (1990). I omkostningerne er medtaget de direkte sygehusomkostninger i første leveår og et skøn over meromkostningerne for de 1 - 15 årige til sygehus-, social- og skolevæsen. På effektsiden er medtaget vundne leveår og et mål for kvalitetsjustering af de vundne leveår. Baggrunden for at inddrage kvaliteten af de vundne leveår er, at en relativt stor andel af de ekstremt små nyfødte, som overlever første år, får alvorlige handicap. Kvaliteten af de vundne leveår er vurderet ved at lade et udsnit af befolkningen forholde sig til en række kroniske sundhedstilstande. Resultatet af undersøgelsen er, at omkostningerne pr. vundne QALY er næsten tre gange så høj for børn med en fødselsvægt på 500-999 gram som for børn med en fødselsvægt på 1.000-1.499 gram. Opgøres effekt målet som vundne leveår, hvilket svarer til en cost-effectiveness analyse, er omkostningerne pr. vundet leveår knap dobbelt så høje for gruppen af børn med lavest fødselsvægt, sammenlignet med den anden gruppe.

17) Forfatteren kalder undersøgelsen for en cost-effectiveness analyse, men sammenejningen af de forskellige sundhedsstater indebærer, at analysen må betegnes som en cost-utility analyse.

Effekten af behandlingerne

Metoden til at opgøre mål for effekten af behandlingen i de forskellige sundhedsøkonomiske analyser er meget forskellig, og der er en række problemer ved at opgøre dem, hvilket der vil være en uddybende diskussion af i det følgende. Det vigtigste formål med al indsats i sundhedsvæsenet er at forbedre patienternes sundhedstilstand. Det er derfor nødvendigt at kunne måle den samlede effekt af indsatsen enten i monetære enheder eller på anden vis. De ikke-monetære mål kan både opgøres som specifikke mål (f.eks. vundne leveår) og generelle mål (f.eks. kvalitetsjusterede leveår). De generelle mål kan anvendes på tværs af patientgrupper og opgøres som en indekssværdi eller en profil af sammenkædede scores. Der findes en lang række af disse mål, jf. Alban mfl. (1995). QALY er et sådan generelt ikke-monetært mål. Sundhed har som nævnt mange dimensioner, og et sundhedstilstandsindeks, som danner udgangspunkt for vurderinger af forskellige behandlinger, skal derfor indeholde flere dimensioner. At opgøre et nyttemål forudsætter derfor, at den værdi borgerne tillægger forskellige helbredstilstande lægges sammen, og der tages hensyn til, at helbredstilstande har flere dimensioner. Det er eksempelvis nødvendigt at vide, hvad der anses for værst: Ikke at kunne gå eller at have konstante smerter i hovedet? Dette besværliggøres af, at det har flere effekter på ens velbefinden ikke at kunne gå. Det har f.eks. både en fysisk virkning og en social virkning, idet det bl.a. kan resultere i, at vedkommende, der ikke kan gå, bliver ensom.

Forskel i eksperter og patienters præferencer

I eksemplerne ovenfor på anvendelse af QALY var der i den ene analyse anvendt de medicinske eksperters præferencer for forskellige sundhedstilstande, mens i det andet eksempel var anvendt præferencerne for et udsnit af befolkningen. Man skal være opmærksom på, at der kan være endog store forskelle mellem eksperters og patienters præferencer for forskellige sundhedstilstande, jf. Alban mfl. (1998). I princippet bør det være befolkningens præferencer, der lægges til grund, men på grund af manglende viden kan det være nødvendigt at bruge eksperters vurdering.

Specifikke mål

Heroverfor står de specifikke mål, som typisk er udformet til at måle ændringer i sundhedsstatus ved et specifikt sundhedsproblem/sygdom samt behandlingens effekt. Det er ændringer i sundhedstilstanden, som læger og patienter finder relevante og værdifulde, som måles. De behøver ikke at være specifikke i relation til sygdomme, men kan også være specifikke i forhold til forskellige tilstande, funktioner eller bestemte befolkningsgrupper. I cost-effectiveness analysen anvendes specifikke mål.

Monetære outcome mål

De monetære effektmål, som anvendes i cost-benefit analysen, er opgjort enten ved humankapital-metoden eller betalingsviljen. Ved humankapital-metoden vurderes den enkeltes sundhed primært ved værdien for samfundet opgjort som summen af arbejdsindkomst, dvs. i forhold til menneskets produktionsværdi. Metoden har en række åbenbare mangler, f.eks., at sundhedsydelse til personer, der ikke er på arbejdsmarkedet, ikke tillægges værdi. Det er for et velfærdsgode som sundhed særdeles snævert at opgøre denne ved humankapital-metoden.

Betalingsvilje

Det er vigtigt at være opmærksom på, at det er etisk og økonomisk særdeles komplekst og vanskeligt at måle værdien af sundhedstilstand og reddet/forlænget liv, fordi der er mange dimensioner involveret. Et andet monetært effektmål er baseret på en række metoder, der måler betalingsviljen for et udsnit af befolkningen. Betalingsviljen opgøres i monetære enheder og svarer generelt til den værdi, de adspurgte tillægger det tilbudte gode. Betalingsviljen fungerer derefter som benefitmål i en cost-benefit analyse. Fordelen ved at anvende betalingsvilje som præferencemål er, at man i princippet måler præferencer, der går videre end sundhedstilstanden, f.eks. følelsesmæssige eller etiske aspekter. Borgernes betalingsvilje for sundhedsydelse kan afdækkes ved at stille dem hypotetiske spørgsmål om den værdi, de tillægger et gode. I den mest anvendte direkte metode spørger man borgerne om det maksimale beløb, de vil betale for godet. En anden fremgangsmåde er at spørge om den mindste kompensation, som borgerne vil acceptere for at undvære et gode. I praksis giver de to metoder meget forskellige resultater, fordi folk har et maksimum for, hvor meget de kan betale for et gode, men der er ikke noget maksimum for, hvor meget de kan forlange i kompensation for at undvære det, jf. Coursey mfl. (1987). Dertil kommer, at normalt værdsættes

bevarelsen af eksisterende goder højere end fremskaffelsen af tilsvarende nye goder, jf. Knetsch og Sinden (1984).

Problemer med opgørelsen af betalingsvilje

Der er en række metodiske og praktiske problemer, når betalingsviljen skal afsløres. Den hypotetiske adfærd er ikke altid sammenlignelig med almindelig adfærd. Det er f.eks. vigtigt, at respondenterne forbinder brugen af hypotetiske penge med indskrænkning af det nuværende forbrug. Derudover kan det være vanskeligt for respondenterne at give meningsfulde svar. Undersøgelser har således vist, at de interviewede har vanskeligt ved at forstå de sandsynlighedsbegreber, som indgår i betalingssspørgsmål, jf. Kidholm (1992). Et tilsvarende problem er den såkaldte indlejringseffekt, dvs. at svarpersonen har svært ved at vurdere, hvor omfattende godet er. Problemet ses, når to goder vurderes næsten ens, selvom det ene (indlejrrede) gode er en del af et mere omfattende gode. En årsag til at personer svarer inkonsistent, og at de har svært ved at vurdere godets omfang, er, at de er meget uvante med og uvidende om den problemstilling, de bliver bedt om at vurdere. Et generelt problem ved betalingsviljemetoden er, at muligheden for, at der begås systematiske fejl, er overhængende på grund af metodens hypotetiske islæt.

Omkostninger: Direkte, indirekte og umålelige

Vurderingen af den samlede virkning af en given sundhedsydelse på sundhedstilstanden skal ved økonomiske analyser sammenholdes med de omkostninger, der er relateret til sundhedsydelsen. I de økonomiske analyser skelnes mellem de direkte, de indirekte og de umålelige omkostninger. De direkte omkostninger er værdien af de ressourcer, der er anvendt til produktion af sundhedsydelsen, og de indirekte omkostninger er værdien af det produktionstab, som følger af patientens eller eventuelt pårørendes beslaglagte arbejdstid og fritid under et behandlingsforløb. De uhåndgribelige omkostninger kan f.eks. være ængstelse og nervøsitet i forbindelse med undersøgelser og behandling. Derudover kan der også være utilsigtede omkostninger i form af f.eks. bivirkninger og risiko for komplikationer. Behandlingen kan også betyde, at en alternativ behandlingsindsats, f.eks. plejehjemsplads, kan spares, eller at samfundet opnår en produktionsgevinst i form af, at patienten genvinder sin arbejdsevne. I analyserne beregnes nettoomkostningerne, således at besparelser og eventuelle produktionsge-

vinster fratrækkes de samlede omkostninger.¹⁸

Retningslinier for sundhedsøkonomiske analyser i Danmark

Der er opstillet danske retningslinier for samfundsøkonomiske analyser af lægemidler, jf. Alban mfl. (1998). Retningslinierne er dog ikke nogen entydig anbefaling af anvendelsen af cost-benefit analyser. På den ene side anføres det, at det generelt vil være ønskeligt, at analyserne belyser konsekvenser af de indirekte omkostninger, men disse bør anføres særskilt. På den anden side anbefales det at være tilbageholdende med at inddrage uhåndgribelige omkostninger, som er et udtryk for tab af velvære ved sygdom, fordi værdisætningen af disse ofte vil være yderst tvivlsom. Dog kan der være tilfælde, hvor en reduktion af sådanne omkostninger (f.eks. perioder med angst) er væsentlig, og det vil derfor være rimeligt, at de er beskrevet. De danske retningslinier er for nye til, at det kan vurderes, hvilken virkning de har haft eller vil få på de sundhedsøkonomiske analyser.

Australske og canadiske retningslinier

I Australien har der siden 1993 været et krav om, at der foreligger en økonomisk analyse med udgangspunkt i specifikke retningslinier i forbindelse med ansøgning om offentligt tilskud og prisfastsættelse af medicin. Udarbejdelsen af sundhedsøkonomiske analyser i forbindelse med pristilskud er ikke obligatorisk i Canada, som det er i Australien, men hvis der i forbindelse med ansøgning om pristilskud ønskes inddraget sundhedsøkonomiske faktorer i analysen, skal opgørelsen af disse følge nærmere angivne retningslinier.

Indirekte omkostninger behandles forskelligt

De canadiske og de australske retningslinier om, hvilke omkostninger m.m. der skal medtages, er i store træk ens, men adskiller sig i spørgsmålet om, hvorvidt de indirekte omkostninger skal inddrages i analyserne. I Australien tager man afstand fra at inddrage indirekte omkostninger, mens man i Canada opfordrer til at medtage dem og gerne ser, at medicinalindustrien deltager i udviklingen af metoder til at få dem opgjort. De anbefalede australske økonomiske analysemetoder er cost-effectiveness og cost-utility analyser, mens cost-benefit ikke tilrådes. I Canada foretrækkes det, at der enten anvendes

18) Alternativt kunne de sparede omkostninger henregnes til benefit-siden. Det er dog kun muligt ved udarbejdelse af cost-benefit analyser, da det kun er der, benefitsiden opgøres i monetære enheder.

cost-utility eller cost-benefit, fordi det tillader en bredere sammenligning.

Sundheds- økonomiske analyser kan ikke stå alene

Cost-benefit analysen er den eneste af metoderne, der opgør den samfundsøkonomiske værdi af en behandling. Der er dog betydelige praktiske og metodemæssige problemer med at gennemføre analysen. Cost-effectiveness analysen kan i det omfang, der foreligger måling af effekterne af behandlingerne, anvendes. Det vil være en klar fordel at inddrage sådanne analyser, når det er muligt, fordi det kan gøre prioriteringen i sundhedssektoren mere gennemsigtig og konsekvent. Sundhedsøkonomiske vurderinger kan kun være en del af beslutningsgrundlaget i forbindelse med prioriteringen mellem sundhedsydelse. Medicinsk teknologivurdering er en styrke. Ved sundhedsøkonomiske vurderinger er andre værdikriterier nedtonet, som fordelingshensyn, retfærdighed, lighed og pligten til at hjælpe syge, men disse bør også indgå som en del af beslutningsgrundlaget.

Fokus på virkning i forhold til omkostninger

Samlet kan man sige, at styrken ved sundhedsøkonomiske metoder er, at omkostningerne ved og udbyttet af behandlingerne bliver synliggjort, og denne proces er væsentlig. Det er dog vigtigt at pointere, at sundhedsøkonomiske analyser ikke selv træffer beslutningen om, hvilke behandlinger der skal iværksættes og til hvem. Styrken ved at anvende sundhedsøkonomiske metoder er, at prioriteringerne i højere grad bliver analysebaseret. En bredere analyseform er medicinsk teknologivurdering, hvor patienter/borgere og organisering også indgår i analysen. Inddragelse af disse analyser ved planlægning og beslutninger på sundhedsområdet kunne være meget givtig.

IV.7 Organisering af sundhedssektoren

Hensigten med afsnittet

Formålet med dette afsnit er at diskutere den økonomiske organisering og styring af sundhedsydelse i Danmark og med dette udgangspunkt diskutere alternative muligheder for styring og organisering af den danske sundhedssektor. Udgangspunktet for diskussionen er de særlige karakteristika ved udbud og efterspørgsel af sundhedsydelse, som betyder, at markedet for sundhedsydelse ikke fungerer som et almindeligt konkur-

rencemarked. Dernæst følger en beskrivelse af kompetencen på de forskellige beslutningsniveauer. Der skelnes i beskrivelsen og diskussionen af organiseringen af sundhedsydelse mellem den primære sundhedssektor og sygehussektoren, fordi deres funktioner og den økonomiske styring af de to sektorer er ret forskellige.

Markedet for sundhedsydelser specielt

Det danske sundhedsvæsen er overvejende offentligt finansieret, mens sundhedsvæsenet i andre lande i forskelligt omfang er finansieret via private forsikringer.¹⁹ Men uanset organiseringen af sundhedsvæsenet er der tre hovedaktører i sundhedsvæsenet: Brugere, udbydere og køberne af sundhedsydelser, jf. figur IV.11. Der er således en mellemmand mellem udbyder og efterspørger, som dels opkræver betaling fra borgerne/patienterne, dels betaler udbyder/producent for behandlingen. Adskillelsen af brugeren og betaleren skyldes dels brugerens manglende viden om eksistensen og virkningen af sundhedsydelserne og dels usikkerhedsfaktorer som f.eks., om vi bliver ramt af sygdom.

Forbrugeren afhængig af lægen

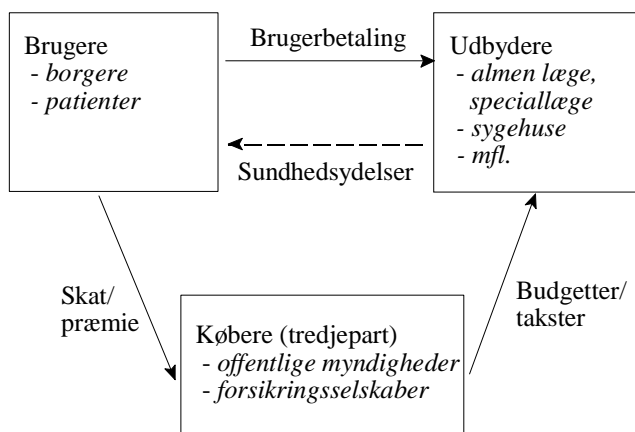
Læger og behandlere har en viden, som brugere af sundhedsydelser ikke har. Forbrugeren efterspørger et godt helbred, men det kræver medicinsk viden at afgøre, om der eksisterer en behandling, der kan forbedre den pågældendes helbred. Forbrugere er derfor afhængige af lægens viden, når de efterspørger sundhedsydelser.

Usikkerheden stor

Samtidig er der en række usikkerhedsfaktorer forbundet med sygdom. Der er usikkerhed dels om, og i givet fald, hvornår vi bliver ramt af sygdom, og dels om udgifternes størrelse i forbindelse med sygdom og behandlinger. Det forventede sygdomsforløb både med og uden behandling er usikkert. Usikkerhed betyder, at omkostninger i forbindelse med sygdom typisk er hændelser, man ønsker at forsikre sig imod. Det kan i princippet være i form af private eller offentlige forsikringsordninger.

19) I Danmark står amterne både for driften og finansieringen af sygehusydelser, hvorimod de kun finansierer sygesikringsudgifterne til de praktiserende læger, idet lægerne er selvstændige erhvervsdrivende.

Figur IV.11 "Jerntrekanten"



Regulering nødvendig

Behandlere og patienter har forskellig viden om sundhedsydelsens virkning. Patienten har ikke tilstrækkelig viden til at vurdere muligheden for og kvaliteten af behandlingen, men må rådføre sig hos behandleren, som også er producenten af ydelserne. Derfor er der behov for en regulering af udbudssiden, uanset om sundhedsydelserne finansieres via private eller offentlige forsikringsordninger. Samtidig betyder betalingen af ydelserne via tredjepart, at de fulde omkostninger ikke indgår direkte i overvejelserne om det relevante omfang af sundhedsydelsen. Det gælder, uanset om ydelserne finansieres af private forsikringselskaber eller af det offentlige.²⁰ Disse forhold stiller store krav til organiseringen af sundhedssystemet for at sikre, at det opfylder de krav, som borgerne kan stille, og samtidig gør det på en omkostningseffektiv måde.

Decentralt sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen er offentligt styret, og det er i en international sammenhæng karakteriseret ved en meget decentral struktur. Ansvar for finansiering, planlægning, styring og drift af den udførende del af sundhedsvæsenet er placeret decen-

20) Hvis der er en selvrisiko, vil en del af udgifterne indgå i overvejelserne omkring efterspørgsel.

tralt i amtskommuner og kommuner. De har dermed både ansvar for fastlæggelse af serviceniveauet på sundhedsområdet og af skatten, der skal finansiere sundhedsydelse, jf. tabel IV.17.

Forhandlinger om økonomisk ramme

De samlede økonomiske rammer for de kommunale og amtskommunale udgifter fastlægges på baggrund af forhandlinger mellem staten (finansministeren), amtskommunerne og kommunerne. Ud over fastlæggelse af de samlede økonomiske rammer har der de seneste år været enighed mellem parterne om at gennemføre en række landspolitiske mål for udviklingen på sundhedsområdet. Senest har Regeringen og Amtsrådsforeningen indgået en treårig aftale, hvor der er opstillet mål for øget kvalitet og service, jf. Finansministeriet (1999). Parterne er enige om løbende at følge udviklingen i den treårige periode. Derudover har staten indflydelse på udviklingen på sygehusområdet via puljemidler, hvorfra der ydes tilskud til øremærkede områder. Der er således afsat en pulje til forbedring af forholdene på psykiatriske afdelinger og hospitaler.

Sygehusvæsenet styres af amtskommunerne

Staten har det lovgivningsmæssige ansvar og er samtidig den rådgivende og overvågende myndighed for sundhedsvæsenet. Ansvar for planlægningen og udførelsen af opgaverne er amtskommunerne og kommunernes. Amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfælleskab (H:S) finansierer, styrer og administrerer sygehusene. Endvidere betaler og regulerer de tilgangen af de praktiserende læger, tandlæger, fysioterapeuter mv. samt yder tilskud til medicin. Inden for de lovgivningsmæssige rammer fastlægger det enkelte amtsråd det lokale serviceniveau på sundhedsområdet. Kommunerne finansierer, styrer og administrerer plejehjem, skole- og sundhedspleje samt skoletandpleje.

Tabel IV.17 Ansvars- og opgavefordeling i sundhedsvæsn

	Staten	Amterne	H:S^{a)}	Kommunerne
Opgaver	Overordnet planlægning og faglig prioritering	Hospitalsdriften og den offentlige sygesikring	Hospitalsdriften i Københavns og Frederiksberg kommuner	De kommunale sundhedsordninger (f.eks. børnetandpleje)
Ansvar	Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen	Amtsrådet	Bestyrelsen (rep. fra Kbh. og Frb. kommuner samt sundhedsministeren)	Kommunalbestyrelsen

- a) Hovedstadens Sygehusfællesskab omfatter driften af Rigshospitalet og hospitalerne, der ejes af København og Frederiksberg kommuner.

Sygehusvæsn styres af amtskommunerne

Staten har det lovgivningsmæssige ansvar og er samtidig den rådgivende og overvågende myndighed for sundhedsvæsn. Ansvaret for planlægningen og udførelsen af opgaverne er amtskommunerne og kommunernes. Amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) finansierer, styrer og administrerer sygehusene. Endvidere betaler og regulerer de tilgangen af de praktiserende læger, tandlæger, fysioterapeuter mv. samt yder tilskud til medicin. Inden for de lovgivningsmæssige rammer fastlægger det enkelte amtsråd det lokale serviceniveau på sundhedsområdet. Kommunerne finansierer, styrer og administrerer plejehjem, skole- og sundhedspleje samt skoletandpleje.

Sundhedsministeriet overvåger

Sundhedsministeriets overordnede funktion er lovgivningsarbejde, koordinering og overvågning frem for egentlig finansiel styring, som indenrigs- og finansministerierne har ansvaret for. Sundhedsministeriet varetager overordnede opgaver vedrørende planlægning, samordning og udvikling i relation til bl.a. sygehusvæsn og Sygesikringen. Desuden udarbejder sundhedsministeriet vejledende analyser af f.eks. styringsinstrumenter, takster og produktivitet. Sundhedsstyrelsen har ansvaret for sundhedsfaglige områder og fører tilsyn med befolkningens helbredstilstand og med det sundhedsfaglige personale. Sundhedsstyrelsen er i princippet kun et rådgivende organ for sundhedsministeren, men har stor indflydelse på lovgiv-

ningen, da ministeriet og andre statslige institutioner er pålagt at konsultere styrelsen i alle spørgsmål, der kræver medicinsk ekspertise.

Den primære sundhedstjeneste

Der skelnes mellem den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsnet.²¹ Den primære sundhedstjeneste omfatter f.eks. almenpraktiserende læger, praktiserende speciallæger, tandlæger og fysioterapeuter. Udgifterne til sundhedsvæsnet er fordelt med ca. 20 pct. til den primære sundhedstjeneste og ca. 80 pct. til sygehusvæsnet.

Kommuner står især for forebyggelse

Kommunernes opgaver på sundhedsområdet er først og fremmest hjemmesygeplejen, børne- og omsorgstandpleje (f.eks. ældretandpleje) og en række forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Den enkelte kommunalbestyrelse prioriterer ligeledes indsatsen og fastlægger det lokale serviceniveau inden for de rammer, lovgivningen fastsætter.

Portvagt til sygehusene

Samarbejdsrelationerne mellem den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsnet er vigtige og meget centrale for et velfungerende sundhedsvæsen. I Danmark foregår der et helt essentielt samarbejde mellem den alment praktiserende læge og sygehusene ved, at den praktiserende læge har rollen som portvagt til sygehusene. Det indebærer, at borgerne kun kan henvende sig direkte til et sygehus ved akut opstået sygdom. Den alment praktiserende læge har bl.a. til opgave at henvise til den dyre og specialiserede sygehusbehandling. Formålet er både at sikre, at patienterne behandles omkostningseffektivt, og at øge kvaliteten ved, at praksislægen henviser til en relevant specialistbehandling, i modsætning til at patienterne selv skal søge den korrekte specialist. Det er vurderingen fra et panel af internationale eksperter i sundhedsøkonomi, at eksistensen af en primær sektor med alment praktiserende læger er en vigtig styrke, fordi de er let tilgængelige og i princippet fungerer som familielæger, der dækker alle helbredsproblemer og giver kontinuitet, og fordi de fungerer som portvagt til den specialiserede del af sundhedsvæsnet, jf. Christiansen (1999).

21) Sygehusvæsnet betegnes også den sekundære og tertiære sundhedstjeneste, hvor den tertiære sundhedstjeneste omfatter højt specialiseret sygehusbehandling.

Praktiserende læger: Private, men finansieres af amtskommunerne

Den primære sundhedstjeneste finansieres hovedsagelig af amtskommunerne, og de forskellige sundhedsfaglige grupper driver deres klinikker som liberale erhverv, hvor de har overenskomst med den offentlige sygesikring, som fastlægger de takster, hvorefter de bliver aflønnet. Der er dog også en vis egenbetaling - først og fremmest til tandlægebehandling.

Honorarer: Kombination af fast beløb og pr. ydelse

De alment praktiserende læger aflønnes efter to principper. De får dels et fast beløb pr. patient tilmeldt praksis (basisydelse), dels en takst pr. ydelse fordelt på en række takst kategorier.²² Honorarerne er fastsat sådan, at to tredjedele af lægens indkomst i gennemsnit stammer fra præsterede ydelser og resten fra basishonoraret. Disse grupper, herunder praktiserende speciallæger, aflønnes udelukkende efter leverede ydelser. De andre sundhedsfaglige grupper inden for den primære sundhedstjeneste har varierende omfang af brugerbetaling for deres ydelser.

Blanding anses for en fordel

Formålet med en aflønningsform, som er en blanding af fast honorar og honorar pr. ydelse, er at tilskynde lægen til at behandle patienten i egen praksis og kun henvise patienten til specialist eller hospital, når det er nødvendigt. Patienterne har mulighed for at vælge en anden læge, hvis de er utilfredse, og lægen har dermed samtidig et incitament til at yde den bedst mulige behandling og være lydhør over for patientens ønsker og behov. Fordelingen mellem de to aflønningsformer skal således sikre, at lægen på den ene side ikke overbehandler patienterne ved at foretage for mange undersøgelser, og på den anden side ikke blot sender patienten videre til behandling i det dyre specialiserede sundhedsvæsen.

Aflønningsform har betydning for lægernes adfærd

Indtil oktober 1987 blev de praktiserende læger i Københavns kommune aflønnet med et fast honorar pr. patient. Siden har deres overenskomst svaret til overenskomsten i resten af landet, hvor der er en blanding af et fast honorar og ydelsesafregning. Evaluering af overgangen til ny aflønningsform viser,

22) Der skelnes mellem to patienttyper. Gruppe 1, som er tilmeldt en praktiserende læge, og for hvilken de fleste ydelser hos den praktiserende læge er gratis, og gruppe 2, som ikke er tilmeldt, og hvor lægen opkræver honorar pr. besøg. Under 2 pct. er tilmeldt som gruppe 2 patienter.

at de praktiserende læger øgede hyppigheden af eksaminationer, diagnostiske test og behandlinger, mens hyppigheden af henvisninger til speciallæger og hospital faldt, jf. Krasnik mfl. (1990). Lægernes adfærd er således ikke uafhængig af økonomiske incitamenter. Undersøgelsen viser ikke, om dette har haft en betydning for patienternes sundhed.

Praksisbudgetter kan skabe omkostningsbevisthed

En måde at styrke incitamenterne til at vælge den mest omkostningseffektive produktion af sundhedsydelser kunne være at tildele de praktiserende læger en fast udgiftsramme. Dette er kendt fra en reform i England i 1991. Ideen er, at en lægepraksis får tildelt et budget, som afhænger af antal tilmeldte patienter. Ud af dette budget skal lægen købe sundhedsydelser til sine patienter. Disse sundhedsydelser kan enten leveres i egen praksis, ved speciallæge eller på sygehus. Princippet er, at praksis skal levere ydelser, hvor der er substitutionsmuligheder mellem ydelser af samme kvalitet leveret af mindst to af de tre typer udbydere, og praksis skal frit kunne få leveret ydelser fra forskellige sygehuse og speciallæger. Overskuddet fra praksis skal tilfalde lægerne.

Reel konkurrence svær at opnå

Det er vanskeligt at sikre en egentlig konkurrence på markedet for den praktiserende læges ydelser, og en øget konkurrence kan også være en omkostning for patienten i form af f.eks. lang transport til behandlingsstedet. Det er vanskeligt at opnå en effektiv konkurrence på markedet for sundhedsydelser, eftersom disse ofte er kendetegnet ved lokale monopoler begrundet i, at specialiserede ydelser til en vis grad er karakteriseret ved tilstedeværelsen af stordriftsfordele, jf. Enemark (1994). Der er også informationsasymmetri mellem praktiserende læger på den ene side og speciallæger og sygehus på den anden side. Mange henvisninger til speciallæger og sygehus sker netop med henblik på både diagnosticering og behandling, og disse vil derfor træffe beslutning om behandling på et informationsgrundlag, som er ukendt for den praktiserende læge.

Stor variation i behovet

Der er betydelig variation i behovet for sundhedsydelser mellem forskellige befolkningsgrupper, men selv inden for sammenlignelige grupper kan der være store variationer. Udsvingene i behovet for sundhedsydelser bliver selvsagt større, jo mindre patientgruppen er. Det betyder, at der kan blive bety-

delige variationer i praksisoverskuddet som følge af tilfældige variationer i sundhedstilstanden. Det kan indebære en centralisering i større praksisenheder for at mindske denne variation, og dermed resultere i færre praktiserende læger i tyndt befolkede områder.

Svært at få konkurrence på kvalitet

Det forventede sygdomsforløb med og uden behandling kan ikke forudsiges med sikkerhed. Det kan derfor være vanskeligt for patienten at vurdere kvaliteten af den modtagne ydelse. Det indebærer også, at læge-patientforholdet i høj grad er baseret på tillid. Da helbredet er helt centralt for forbrugeren, er det også ensbetydende med, at der er stærke etiske krav til lægen. Konkurrence mellem lægerne som resultat af kvalitetsforskelle kan derfor vanskeligt opnås.

Sortering af patienter

Lægen kan forsøge at imødegå tilfældige variationer i behovet for sundhedsydelse og dermed muligheden for store udsving i indtægterne ved at undgå at få patienter, som har dårligt helbred eller ved at placere sig i områder, hvor beboerne generelt har en høj socioøkonomisk status eller lav alder og dermed lavere sygelighed. Sat på spidsen kunne lægen ligefrem sortere klientellet ved at gøre adgangsforholdene til klinikken vanskelige for gangbesværede eller svagelige patienter. Det er imidlertid ikke i overensstemmelse med lægelig etik at diskriminere mellem patienterne. En styrkelse af det økonomiske incitament vil dog påvirke den enkelte læges adfærd.

Patienternes omkostninger bør også indgå

Et system, hvor lægens indkomst i vidt omfang afhænger af prisen på den valgte behandling, giver praksislægen tilskyndelse til for ydelser af samme sundhedsfaglige kvalitet at vælge den billigste løsning i sundhedsvæsnet uanset patientens personlige omkostninger. De omkostninger, patienten kan have ved, at lægen vælger den billigste behandling, bliver derved overset i et sådant finansieringsystem. Omkostningerne kan være, at den billigste behandling betyder, at der er lang transport til behandlingsstedet, eller at sygeperioden bliver længere, hvis valget står mellem en billig, men længerevarende behandling, og en dyr, men korterevarende behandling.

Konkurrence på udvalgte områder

Det er næppe en god ide at indføre praksisbudgetter for den samlede aktivitet hos den praktiserende læge. På den anden

side er lægernes adfærd også afhængig af økonomiske incitamenter, viser undersøgelser. Det kunne derfor tale for at indføre praksisbudgetter på udvalgte områder af de praktiserende lægers ydelser. En mulighed var at indføre et medicinbudget, hvilket kunne tilskynde lægerne til at vælge den billigste af ensvirkende og næsten identiske lægemidler. Budgetterne vil da skulle fastlægges, så der tages højde for, at praksis har forskellig patientsammensætning.

Sygehusvæsnet

Amtskommunerne står for styringen og finansieringen af sygehusvæsnet. Amtskommunerne har organiseret deres sygehusvæsen således, at de har mindst et centralsygehus samt en række mindre (specialiserede eller ikke-specialiserede) sygehuse. Der er meget få private sygehuse i Danmark, men der findes en række private klinikker (speciallægepraksis), hvor der også udføres kirurgiske indgreb.

Basis kontra mere sjældne sygdomme

Sygehusvæsnets behandlingsfunktioner kan opdeles i henholdsvis et basisniveau og lands- og landsdelsfunktioner. Basisniveauet er de almindeligt forekommende sygehusydelser, som omfatter 90 pct. af sengedagsforbruget, og som i de fleste tilfælde kan tilbydes inden for hver enkel amtskommune. Lands- og landsdelsfunktioner omfatter den højt specialiserede behandling af sygdomme, der er forholdsvis sjældne, og hvor behandlingen forudsætter en omfattende specialviden og eventuelt dyrt specialapparat. For at fremme kvaliteten i behandlingen og for at sikre en fornuftig anvendelse af ressourcerne, er disse funktioner derfor samlet på få, eventuelt et enkelt, sygehus.

Den integrerede model

I Danmark er sygehusene helt overvejende organiseret i offentligt regi både med hensyn til organiseringen af udbudssiden og med hensyn til finansieringen og betalingen af ydelserne. Det offentlige køber med andre ord ydelsen hos sig selv, hvilket også sker inden for en række andre velfærdsområder som skoler, daginstitutioner og ældreplejen. Det er sygehusene, som får tildelt midlerne via rammestyrede budgetter. Det har vist sig at være en effektiv måde at styre de samlede udgifter til sygehusene. Der er ikke en direkte sammenhæng mellem aktiviteten på sygehuset og budgettet. Der kan dog være en risiko for, at overholdelsen af budgetrammerne bliver det vigtigste mål, mens resultaterne af aktiviteterne set i sammenhæng med

de anvendte ressourcer glider i baggrunden. Rammestyring begrænser muligheden for på kort sigt at tilpasse udbudet til ændringer i efterspørgslen. Rammestyring kan også betyde, at der mangler tilskyndelse til at udnytte ressourcerne optimalt.

Kontraktstyring i tre amtskommuner

Der kan sættes mere fokus på resultatet af aktiviteterne på sygehusene ved at anvende kontrakter i forbindelse med styringen af sygehusene. Det indebærer, at der skrives en kontrakt mellem amtsrådet og de enkelte sygehuse, hvor budgetter, aktivitets- og ressourceforudsætninger samt servicemål specificeres. Kontrakterne er udformet, så der er et fast budget, hvilket indebærer, at der ikke automatisk tilføres flere ressourcer, når behandlingsomfanget stiger. Kontraktstyring er derfor en variant af rammestyring. Kontraktstyring anvendes i Fyns, Storstrøms og Nordjyllands amtskommune. Den væsentligste fordel ved at anvende kontrakter mellem amtskommunernes politiske ledelse og sygehusledelsen er processen, der betyder, at sygehusene giver mere relevant information til det politiske niveau, og sygehusene får tilkendegivelser om de politiske mål og rammer. Ulempen ved kontrakten er mangel på incitamenter til effektivitet og faren for budgetstrategisk tænkning, jf. Engberg (1997). Det betyder, at et sygehus kan låse sig fast på kun at overholde kontrakten, selvom der er ressourcer til yderligere produktion.

Aktivitetsafhængige budgetter

En modsætning til rammestyring er aktivitetsbaseret finansiering, som ville indebære, at sygehusene blev finansieret på basis af den aktivitet, der finder sted. Det ville betyde, at der ville være en tilskyndelse til at tilpasse aktiviteten til efterspørgslen. Aktivitetsøgning er en fordel, hvis ventetider er et vigtigt problem, der ønskes afhjulpet. Problemet med aktivitetsbaseret finansiering af sygehuse er, at sygehuse og patienter ved en sådan finansieringsform ikke har nogen økonomisk tilskyndelse til at overveje nytten af ydelsen i forhold til omkostningerne og dermed ikke incitament til at begrænse de samlede udgifter.

Kirurgisk behandling

Aktivitetsbestemt afregning er mest anvendelig på en del af det kirurgiske område, fordi det typisk er der, der opstår eller findes ventelister, mens det meste af den medicinske behandling sker i forbindelse med akut indlæggelse.

Tiltag til aktivitetsbestemte bevillinger

Der er således både fordele og ulemper ved henholdsvis ramme- og aktivitetsbestemt finansiering. Det har betydet, at de finansieringsmetoder nu forsøges kombineret. Staten og amtskommunerne har aftalt, at amtskommunerne er forpligtiget til at sætte produktionsmål for året (måltal), at der skal fastsættes et budget, der svarer til dette mål, og at budgettet justeres svarende til afvigelsen mellem den faktiske produktion og måltal. Aftalen er indgået i forlængelse af finanslovsaftalen, hvor forligspartierne blev enige om, at 10 pct. af finansieringen blev gjort aktivitetsbestemt, mens 90 pct. fortsat skulle fastlægges gennem et rammebudget. Såfremt sygehusenes produktion overstiger et bestemt niveau, skulle sygehusene kompenseres med ekstrabevillinger i form af 10 pct. af DRG-taksten pr. patient.

Aktivitetsbestemt finansiering kun i begrænset omfang

Aftalen mellem regeringen og amtskommunerne har resulteret i, at amterne i gennemsnit i 2000 har planlagt, at omkring 3 pct. af nettodriftsbudgettet anvendes til aktivitetsbestemt finansiering, jf. Engberg (2000). Det dækker dog over en betydelig spredning mellem amterne, idet der er nogle amtskommuner, hvor den aktivitetsbestemte finansiering udgør en helt marginal del. En del amtskommuner havde i forvejen finansieringsordninger, som indebar aktivitetsbaseret finansiering på især dele af det kirurgiske område, hvor motivet ofte er, at det er en fleksibel måde at nedbringe ventelister på.

Diagnose Relaterede Grupper (DRG)

Hensigten med finanslovsaftalen var, at der til afregningen for den aktivitetsbestemte del af finansieringen skal anvende DRG-systemet (Diagnoserelaterede grupper).²³ Der er fire amtskommuner, som vil anvende DRG-værdien som afregningsgrundlag, mens de øvrige enten vil anvende den som afregning for nogle aktiviteter eller slet ikke bruge denne afregning.

Anvendeligt informationssystem

Som informationssystem til ledelse og politikerne er DRG-systemet et meget anvendeligt værktøj, fordi det giver mulighed for at sammenligne sygehuse, som har en forskellig sammensætning af behandlinger.

23) Se boks IV.1 for en uddybende forklaring af DRG-systemet.

DRG-afregning fremmer ikke nødvendigvis effektiviteten

Anvendelse af DRG-vægte til afregning af patientforløb fremmer ikke nødvendigvis effektiviteten i sygehusvæsenet. Det skyldes bl.a., at DRG-vægtene afspejler de gennemsnitlige og ikke de marginale omkostninger ved behandling af patienter. Hertil kommer, at afregning med DRG-vægte kan tilskynde sygehusene til at klassificere patienter til mere omkostningstunge DRG-grupper.

Geografisk spredning

En vigtig dimension i forbindelse med diskussionen af organiseringen af sundhedsvæsenet er ønsket om en geografisk spredning af behandlingssteder. I forbindelse med kommunalreformen i 1970 blev den geografiske afgrænsning af amtskommunerne bl.a. fastlagt ud fra det hensyn, at der i hver amtskommune skulle være et befolkningsunderlag, der gjorde det fornuftigt at have et centralsygehus med de vigtigste medicinske og kirurgiske specialer.

Nærhed har fordele

En vigtig målsætning for sundhedspolitikken er, at der skal være en geografisk spredning af behandlingsstederne. Det skaber tryghed, at behandlingsstederne ligger tæt på hjemmet, og det begrænser patienter og pårørendes transporttid til behandling og besøg på sygehusene. Den geografiske spredning kan dog have omkostninger i form af, at produktionen af sygehusydelserne bliver mindre omkostningseffektive.

Store eller små sygehuse?

Overvejelser om den geografiske spredning og ønsket om omkostningseffektivitet har fået amtskommunerne til at tilstræbe at øge befolkningsunderlaget for specialerne. Sundhedsstyrelsen har lanceret begrebet den funktionsbærende enhed, som er en basisenhed, der inden for et givet grundspeciale varetager behandlingen af alle almindeligt forekommende sygdomme på en sådan måde, at kravet om kvalitet i patientbehandlingen tilgodeses døgnet rundt, jf. Sundhedsstyrelsen (1998). Den funktionsbærende enhed betyder, at der i et optageområde kun er et sygehus med mulighed for akut modtagelse og akut behandling for det pågældende grundspeciale, mens elektiv (planlagt) behandling, ambulante kontrolfunktioner og undersøgelsesfaciliteter kan være placeret på flere sygehuse. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at et hensigtsmæssigt befolkningsunderlag for en funktionsbærende enhed med døgnfunktion må formodes at ligge i nærheden af 200.000 - 250.000

indbyggere. De højt specialiserede behandlinger, som omfatter 10 pct. af behandlingerne, kræver et befolkningsunderlag på ½ - 5 mill. indbyggere, afhængig af specialiseringsgrad. Sundhedsstyrelsens vurdering af kvalitetsaspektet er baseret på de lægefaglige specialselskabers kvalificerede faglige skøn.

Formål: Højere kvalitet og lavere omkostninger

Formålet med at ændre strukturen og organiseringen over mod større enheder er bl.a. at øge omkostningseffektiviteten og forbedre kvaliteten samt muliggøre indførelsen af nye ydelser. Fjernelse af overskudskapacitet ved lukning af sengepladser og nedlæggelse af dobbeltfunktioner er forklaring på, at større sygehuse skulle være mere omkostningseffektive, fordi det kan betyde en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne. Egentlige stordriftsfordele kan opnås, hvis faste omkostninger kan fordeles på et større antal patienter, eller de ansattes arbejdstid udnyttes mere effektivt. Forklaringen på, at større enhed eller flere patienter pr. læge vil øge kvaliteten, kan sammenfattes i "øvelse gør mester". Deroverfor står, at en større organisation kan udløse ekstraudgifter til ledelse og styring. Disse udgifter kan øges yderligere, hvis virksomheden er spredt på flere adresser.

Store eller små sygehuse optimalt?

Undersøgelser af sammenhængen mellem sygehusenes størrelse og henholdsvis produktivitet og kvalitet kan ikke bekræfte en hypotese om, at produktiviteten og kvaliteten er stigende med størrelsen, jf. Juhl (2000). Derimod kan det konstateres, at relationerne mellem struktur, stordrift og produktivitet er komplekse. Ses der på de enkelte procedurer eller funktioner, der foretages på sygehusene, viser undersøgelser, at der er en sammenhæng mellem kvaliteten og antallet af behandlede patienter pr. læge eller pr. enhed indtil et vist relativt lav niveau. Ifølge undersøgelsen synes den optimale sygehusstørrelse at befinde sig i området 200 til 400 sengepladser, idet sygehuse med både færre og flere sengepladser synes at være mindre effektive, og med over 600 sengepladser indtræder der betydelige stordriftsulemper. I Danmark er der 94 sygehuse fordelt på 82 somatiske og 12 psykiatriske sygehuse. Mere end halvdelen af sygehusene har mindre end 200 sengepladser, og de dækker godt 20 pct. af den samlede sengekapacitet, jf. tabel IV.18.

Tabel IV. 18 Fordeling af sygehusene efter antallet af sengepladser

	Sygehuse	Sengepladser
1 - 99	30	1.679
100 - 199	27	3.645
200 - 299	7	1.886
300 - 399	14	4.801
400 - 599	6	2.823
600 - 899	7	5.474
900 - 1.226 ^a	3	3.278
	94	23.586

a) Rigshospitalet (1.226), Odense Universitetshospital (1.149), Ålborg Sygehus (903).

Kilde: Sundhedsstyrelsen (1999): Virksomheden ved sygehuse 1997. *Sundhedsstatistikken* 1999:2

Forskning og uddannelse

En vigtig opgave for sygehusene er dog også uddannelse af sundhedspersonale og forskning, hvilket ikke indgår i de overvejelser, der er foretaget ovenfor. Store enheder uddanner specialister, mindre enheder nærmere generalister - begge typer er der behov for. Sådanne overvejelser vil sandsynligvis trække i retning af, at der p.t. er behov for et antal store sygehuse.

Frit sygehusvalg

Indførelsen af det frie sygehusvalg er et led i at gøre sygehussektoren mere markedsorienteret, jf. Vrangsbæk (1999). Hensigten var, at det skulle afhjælpe ventelisterne til sygdomsbehandling, styrke konkurrencen mellem sygehusene og dermed forbedre produktiviteten samt styrke borgernes mulighed for at få behandling, hvor de ønskede det. Siden 1993 har patienter, som er henvist til sygehusbehandling, frit kunnet vælge mellem alle offentlige sygehuse og ti private forenings-ejede specialhospitaler m.v.²⁴ Indtil 1. januar 1999 gjaldt det

24) De ti specialhospitaler er fire gigthospitaler, to sclerosehospitaler, Epilepsihospitalet, Center for hjerneskade, Muskelsvindfondens vejlednings- og behandlingscenter, Polio-, trafik- og ulykkeskadedes fysiurgiske ambulatorium. Betalingen for patienter sker til sengepladstakster.

frie sygehusvalg dog ikke for afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner. Muligheden for at vælge psykiatrisk behandlingssted begrænses, hvis hensynet til patientens sundhedstilstand taler for det. Patienter, der indlægges akut uden forudgående lægehenvi- sning, er ikke omfattet af det frie sygehusvalg. Et sygehus kan dog afvise patienter, som ikke har bopæl i amtskommunen, af kapacitetsmæssige årsager.

Erfaringerne med frit sygehusvalg

Effekten af ordningen med frit sygehusvalg blev i 1997 målt til, at 2,1 pct. af samtlige ikke-akut indlagte benytter sig af ordningen. Der er dog store regionale variationer. Således modtager Roskilde, Sønderjylland, Vejle, Århus og Viborg amtskommune flere patienter, mens Vestsjælland, Storstrøm og Ribe amtskommuner sender flere patienter til andre amtskommuner, jf. Sundhedsstyrelsen. Det er først og fremmest kirurgiske patienter, der benytter sig af det frie sygehusvalg.

Frit valg har ikke øget konkurrencen

Det frie sygehusvalg har ikke medført kraftige opbrud i hidtidig praksis eller en stærk bevægelse mod markedsorientering af sygehussektoren, jf. Vrangsbæk (1999). Det skyldes bl.a., at ordningen er udformet, så de økonomiske incitament er på udbudssiden har været begrænset bl.a. på grund af, at de enkelte sygehusafdelinger ikke er blevet økonomisk kompenseret for at modtage frivalgspatienter. Ganske mange behandlingsudbydere har afvist frivalgspatienter med henvisning til kapacitetsmangel. På efterspørgselssiden er det kun et begrænset antal patienter, som selv tager initiativ til at benytte det frie sygehusvalg, og som hovedregel henviser praktiserende læger til et begrænset antal afdelinger. Det skyldes bl.a. manglende information omkring behandlingstilbudene på forskellige afdelinger.

Private sygehuse

I Danmark er der kun ca. 400 sengepladser på private hospitaler, hvilket svarer til knap 2 pct. af det totale antal sengepladser. Der er to typer af private hospitaler. Den ene er førnævnte foreningsejede specialsygehuse mv., der drives af forskellige sygdomsforeninger på non-profit basis. Derudover er der en række kommercielle sygehuse eller klinikker, der drives på almindelige forretningsmæssige vilkår. De behandler primært patienter, der har valgt selv at betale, evt. med bidrag fra en privat tegnet forsikring. Amtskommunerne kan frit vælge at benytte disse sygehuse. Den enkelte patient kan dog ikke an-

vende de private hospitaler som en del af det frie sygehusvalg.

Køber/sælger model

Der er en diskussion af, om finansieringen og produktionen af sygehusydelse skal adskilles. En sådan adskillelse vil implicere, at amtskommunerne køber sig til sygehusydelse hos sygehuse, som har status som selvejende institutioner. Formålet med dette er at øge konkurrencen og dermed forbedre kvaliteten og/eller omkostningseffektiviteten.

Få behandlingssteder begrænser konkurrencen

Det er dog ikke sikkert, at udskillelsen af sygehuse i selvejende virksomheder vil øge konkurrencen og dermed kvaliteten eller omkostningseffektiviteten. Et af de problemer, der kan opstå, er, at sygehuse får en magtfuld position ved forhandlinger med amtskommunerne, fordi der opstår en monopollignende tilstand, idet der reelt ikke er alternative behandlingssteder på grund af de geografiske afstande. Det skyldes bl.a., at det er en målsætning, at der er en geografisk spredning af behandlingsmuligheder, og jo større vægt der lægges på dette, jo mere begrænset vil muligheden for en reel konkurrence være. Konkurrence mellem sygehuse betyder på den anden side, at den langsigtede planlægning bliver sværere for hospitalerne, og der bliver mindre mulighed for at udnytte stordriftsfordele. Dertil kommer, at de administrative omkostninger vil stige, fordi det er nødvendigt at opføre de forskellige aktiviteter på sygehuse, hvis det skal være muligt at give tilbud på behandlinger.

Drifts- og investeringsbeslutninger bør ses under et

Udskillelse af sygehuse som selvstændige enheder vil betyde, at deres økonomi vil blive behandlet som en enhed, således at der sker en afvejning af driftsudgifter i forhold til investeringsudgifter, hvilket ikke er tilfældet ved rammestyring. En organisering af sygehuse som selvejende institutioner ville medføre, at investeringsbeslutninger kunne træffes ud fra virksomhedsøkonomiske regnskabsprincipper. Det ville indebære, at investeringer kunne finansieres via kapitalmarkedet eller via et opsparat overskud fra tidligere år. Dermed ville udgifterne ikke kun blive henregnet til det år, hvor de afholdes, og afvejningen mellem investeringer og driftsudgifter ville derfor blive mere hensigtsmæssig.

England og Sverige har erfaring med køber-sælger modellen

Forslag om organisering af sygehusene efter køber-sælger modellen er inspireret af de ændringer i organiseringen af sygehusvæsnet, der er sket i England og Sverige. Også i Norge diskuteres muligheden for at indføre køber-sælger modellen på sygehusområdet.

Det engelske sundhedsvæsen

Det engelske sygehusvæsen er statsligt drevet og er opbygget med et sundhedsministerium og 14 regionale sundhedsmyndigheder (Regional Health Authorities (RHA), som har ansvaret for samtlige sundhedsordninger i en region. Under det regionale niveau er der 190 distriktsmyndigheder, som indtil 1991 var ansvarlige for hospitalsdriften. I 1991 blev det engelske sundhedsvæsen reformeret i overensstemmelse med køber-sælger modellen. Det betød, at der blev indført en adskillelse af ansvaret for køb af hospitalsydelser og udbudet deraf. De veldrevne hospitaler fik status af selvstyrede hospitaler, der er en blandingsform mellem selvejende institutioner og offentlige aktieselskaber med selvstændige bestyrelser. Hospitalerne er således fortsat offentligt ejede. Reformen betød, at sygehusene fik større dispositionsfrihed, men samtidig ikke længere fik bevilget et budget. I stedet skulle de forhandle sig til kontrakter med distriktsmyndighederne. Samtidig blev visse lægepraksis omdannet til selvstyrede enheder, som fik tildelt et "udvidet praksisbudget" til at dække behandlingsudgifter for tilmeldte patienter. De praktiserende læger fik dermed mulighed for enten at købe hospitalsydelser, eller selv at udføre behandlingen og dermed selv få betalingen. Det er dog tanken at ændre systemet, så køberne i stedet bliver såkaldte "primary care groups", som indgår serviceaftaler om behandlinger af borgerne. De får ansvaret for et budget, der skal dække omkostningerne ved de fleste sygehusbehandlinger samt behandling og pleje i primærsektoren for en geografisk afgrænset befolkning på 100.000 personer. Samtidig skal kontrakterne med hospitalerne forlænges fra et til tre år.

Erfaringer med reformen

Evalueringer af erfaringerne med køber-sælger modellen i England er, at systemet var for centralistisk til at skabe en reel konkurrence, jf. Le Grand (1998). Incitamenterne var for svage og de centrale begrænsninger for stærke. Køberorganisationerne måtte f.eks. ikke beholde eventuelle overskud, og de blev ofte instrueret af statslige myndigheder i at hjælpe syge-

huse ud af økonomiske vanskeligheder, sådan at der var tale om bløde budgetbetingelser for sygehusene. Derimod måtte de praktiserende læger godt beholde deres økonomiske overskud. Dertil kom, at sygehusenes prisfastsættelse var underlagt streng statslig kontrol. På den anden side viser andre undersøgelser, at der var en vis priskonkurrence på sygehusydelse, jf. Propper (1996) og Propper mfl. (1998). En undersøgelse af produktivitetsudviklingen på de engelske hospitaler viser, at i den treårige periode efter reformen steg produktiviteten mere end i den treårige periode før reformen, jf. Le Grand (1998).

Svensk bestiller-udfører model

I Sverige er ansvaret for finansiering, planlægning, drift og styring af hospitalerne også placeret hos amtskommunerne. I ca. halvdelen af amtskommunerne er der, ligesom i England, sket en udskillelse af produktionen af sygehusydelse, sådan at en eller anden variant af bestiller-udfører modellen er taget i anvendelse.²⁵ Den konkrete udformning af modellen varierer med hensyn til organisering, graden af konkurrence, politikernes rolle mv. i forskellige dele af landet. Tre län har f.eks. centrale bestillere, mens de resterende har valgt lokale bestillere, hvor ansvarsområdet følger kommunegrænserne. I den såkaldte Stockholmmodel, som blev indført i 1992 indskydes et led mellem politikere og producenter i form af et "bestillerorgan", hvis opgave det er at købe de nødvendige sygehusydelse, som politikerne bestiller på vegne af landstingets borgere. I bestiller-udfører modellen har bestilleren ansvaret for, at kontrakt og budget overholdes. Stockholm er det område, der har de bedste muligheder for konkurrence mellem producenterne. De enkelte län er stadig ansvarlige for sygehusene, og der er derfor kun begrænsede incitamenter til at indgå kontrakter med sygehuse uden for länet.

Produktiviteten og udgifterne er steget

Undersøgelser tyder på, at i de amter, hvor finansieringen af sygehusene blev gjort præstationsafhængig, var der både en højere produktivitet- og produktionsvækst, end hvor rammebudgetteringen blev fastholdt, jf. Håkansson (1999). Som forventet skete der overskridelser af budgetterne i de län, hvor sygehusfinansieringen blev gjort præstationsafhængig. Trans-

25) Det er den nationale terminologi, men indholdet i den svenske bestiller-udfører model er grundlæggende det samme som i den engelske køber-sælger model.

aktionsomkostningerne ved at indføre de interne markeder er blevet forøget med 0,5 - 2 pct. af sygehusudgifterne, viser undersøgelser. Der findes ingen undersøgelser af, om kvaliteten er blevet påvirket af indførelsen af bestiller-udfører modellen.

I Norge diskuteres også ændringer i organiseringen

Det norske sygehusvæsen er ligesom de andre skandinaviske landes sygehuse offentligt organiseret og finansieret. Men også her er der en livlig diskussion af muligheden og behovet for at ændre organiseringen af sygehusvæset. Den norske regering har således stillet lovforslag, som åbner op for muligheden for, at amtskommunerne kan organisere sygehuse som selvstændige sygehusselskaber. Regeringen er skeptisk over for, at sygehuse omdannes til aktieselskaber, men vil dog ikke direkte forbyde det.

Både fordele og ulemper ved køber-sælger modellen

Fordelene ved at adskille produktionen og finansieringen af sygehuse er, at det kunne øge konkurrencen, hvilket kunne forbedre kvaliteten og/eller omkostningseffektiviteten. Det kunne samtidig betyde, at afvejningen mellem investeringer og driftsudgifter blev mere hensigtsmæssig. Ulempen er, at patienter og pårørende kan få længere til behandlingsstedet, og at det kan betyde øgede administrationsomkostninger, men erfaringerne fra Sverige tyder på, at stigningerne er begrænsede. Samtidig kan det også medføre, at de samlede udgifter til sygehuse stiger i det omfang, afregningen sker pr. patient, og sygehuse har mulighed for at øge deres behandlingskapacitet. Erfaringerne fra Sverige viser, at både produktiviteten og produktionen steg, hvilket betød, at budgetrammerne blev overskredet. Det er dog kun et problem i det omfang, overholdelse af budgetrammer er en vigtig målsætning.

Køber-sælger modellen i storbyområder

Adskillelse af finansieringen og produktionen af sundhedsydelser vil ikke i sig selv øge konkurrencen. Det er vigtigt, at rammerne for en øget konkurrence er til stede, hvilket kræver, at der er mulighed for alternative behandlingssteder. Ligeledes skal der være en finansiel risiko for at tvinge den budgetansvarlige til at overveje de økonomiske konsekvenser af de trufne valg. Geografisk spredning af behandlingsmuligheder giver en velfærdsgevinst. Det betyder, at køber-sælger model-

len først og fremmest ville kunne være en alternativ organisationsmåde i storbyområder. En overgang til en ændret organisationsmåde vil betyde, at det bliver vanskeligere at styre de samlede udgifter til sygehusvæsnet. Det kunne på den anden side betyde, at i det omfang, der ønskes en styring af de samlede udgifter, ville det være nødvendigt med et valg mellem forskellige ydelser. Dermed kunne prioriteringsbeslutningen mellem forskellige sundhedsydelser blive mere åben.

IV.8 Politikanbefalinger

Sundhedsydelser er en kerneydelse for velfærdsstaten

Sygdom rammer ofte helt uforudsigeligt og medfører betydelige omkostninger både til behandling og i form af fald i arbejdsindkomst. Det er desuden meget vanskeligt for den enkelte at vurdere mulighederne for og kvaliteten af behandlingerne for forskellige lidelser. Regulering af udbudet af sundhedsydelser og finansieringen af sundhedssystemet er derfor en vigtig opgave for velfærdsstaten. I en ren markedsøkonomi ville en del af befolkningen ikke kunne tegne en sygeforsikring eller være dækket i tilstrækkeligt omfang.

Fri og lige adgang

Det er en overordnet målsætning, at der er fri og lige adgang til sundhedsvæsnet, hvilket betyder, at den enkelte modtager behandling efter lægeligt vurderet behov og bidrager til finansiering efter evne. Målsætningen indebærer, at personer på ethvert indkomstniveau bør behandles ens, givet den enkeltes køn, alder og sundhedstilstand.

Forbruget af sundhedsydelser er størst hos lavindkomstgrupper

Forbruget af sundhedsydelser er ulige fordelt, således at forbruget er højere for personer med lavere indkomster end for dem med højere indkomster. Selv hvis der korrigeres for køns- og alderssammensætningen, er der imidlertid en ulighed med tyngden af forbruget af sundhedsydelser hos personer med lavest indkomst i samfundet. Dette er særlig markant for antallet af sengedage på sygehus, hvor lavindkomstgrupperne har væsentlig flere sengedage end de mest velstillede personer. Årsagssammenhængen kan imidlertid gå begge veje. Sygdom kan begrænse beskæftigelsesmulighederne og dermed lønindkomsten, og omvendt kan lav indkomst betyde ringere levekår, som resulterer i sygdom.

**Sygdom og lav
midlelevetid
rammer især
samfundets svageste**

Et blandt flere mål for sundhedstilstanden i befolkningen er midlelevetiden. Undersøgelser i rapporten viser, at der er en ulige fordeling af midlelevetiden, og resultaterne peger i retning af, at de uddannede har længere midlelevetid end de uudannede. Det har f.eks. en positiv effekt på midlelevetiden for mænd at have en længerevarende videregående uddannelse, mens uddannelse ikke i så høj grad er afgørende for kvinders midlelevetid. Der er også en tendens til, at faglærte har længere midlelevetid end ufaglærte. Samlet set indikerer fordelingen af forbruget af sundhedsydelser og midlelevetidens fordeling på socioøkonomiske grupper, at de svageste i samfundet er dårligst stillet mht. sygdom og midlelevetid.

**Pres på
sundhedsudgifterne**

Den danske befolkning bliver i gennemsnit ældre, hvilket vil lægge et betydeligt pres på de fremtidige sundhedsudgifter. Beregninger i redegørelsen viser, at den demografiske udvikling alene vil betyde en mærkbar stigning i sundhedsudgifterne. Derudover kan der komme et pres på sundhedsudgifterne som følge af stigende sygelighed. Der er undersøgelser, som tyder på stigende forekomst af en række behandlingskrævende lidelser i de enkelte aldersgrupper. En yderligere usikkerhedsfaktor er udviklingen af nye behandlingsformer. På den ene side kan de medføre et stærkt efterspørgselspres for nye behandlingsydelser, og på den anden side kan fremskridt i sygdomsbekæmpelse være med til at begrænse sundhedsudgifterne. Den samlede virkning på sundhedsudgifterne af nye behandlingsformer er dermed usikker.

**Stigende udgifter
skal finansieres**

I et offentligt finansieret sundhedssystem betyder stigende sundhedsudgifter, at enten må skatterne stige, eller også må alternative finansieringskilder findes. Hovedparten af finansieringen af det danske sundhedsvæsen sker via de generelle skatter, mens 17 pct. kommer fra brugerbetaling og ca. 2 pct. fra private forsikringer.

**Advarsel mod øget
brugerbetaling**

En mulig kilde til finansiering af stigende sundhedsudgifter er øget brugerbetaling. Brugerbetaling i sundhedssektoren kan desuden være med til at reducere et eventuelt overflødigt forbrug af sundhedsydelser. Det er dog vanskeligt at afgøre, hvad overflødigt forbrug er, idet brugeren har ufuldstændig information om sygdomme og mulighederne for behandling.

Brugerbetaling på sundhedsydelser kan derfor også afskære relevant forbrug og dermed have negative konsekvenser for sundhedstilstanden. Hertil kommer, at brugerbetaling kan have uønskede fordelingsvirkninger. Redegørelsen undersøger følgerne af at indføre en brugerbetalingsordning, der har ligheder med andre nordiske brugerbetalingsordninger. Den indebærer, at der opkræves delvis omkostningsdækkende gebyrer for traditionelle ydelser som konsultationer hos læger og speciallæger, besøg i ambulatorium og skadestue samt indlæggelse på sygehus. Beregningerne viser, at ordningen kan forbedre amt-ernes sundhedsbudget med ca. 6 pct., svarende til at den amtskommunale indkomstskat kan sænkes med ca. 0,4 pct.point. Men brugerbetaling er en skat på sygdom og virker entydigt i retning af at øge indkomstuligheden i samfundet. Dette, samt mulige negative virkninger på sundheden, taler imod at øge omfanget af brugerbetaling på sundhedsområdet.

Er den eksisterende brugerbetaling hensigtsmæssig?

I Danmark er der af historiske årsager en forholdsvis høj brugerbetaling for tandlægeydelser og på medicin, mens der generelt ikke opkræves betaling for konsultation hos alment praktiserende læge, speciallæge og sygehusbesøg. Det kan være svært at finde en fornuftig begrundelse for den eksisterende opdeling.

Dækker det offentlige behovet for sundhedsydelser?

Den enkelte bruger af sundhedsydelserne kan have den opfattelse, at dækningen fra det offentlige sundhedssystem er for lav. Der er i Danmark kun en lille supplerende behandlingskapacitet, og det er derfor kun i begrænset omfang relevant at tegne forsikring med henblik på behandling uden for det offentlige sundhedssystem. Man kan overveje at udvide rammerne for at tegne privat tillæggsforsikring for sundhedsydelser, der ikke bliver tilbudt i tilstrækkeligt omfang eller hurtigt nok af det eksisterende offentlige sundhedsvæsen. Det offentlige sundhedsvæsen bør dog fortsat stille basale ydelser, der har dokumenterede effekter, frit til rådighed. Med stramme begrænsninger på den samlede kapacitet i sundhedssystemet kan øget udbredelse af supplerende behandlingsformer i privat eller offentligt regi imidlertid give negative virkninger i det nuværende offentlige sundhedssystem pga. mangel på læger og sygeplejersker.

Uigennemskuelig prioritering

Behovet for sundhedsydelser er meget stort. Det er særdeles vanskeligt at få et overblik over, hvilke kriterier der ligger til grund for prioriteringen i det offentligt finansierede sundhedssystem. Prioriteringen af sundhedsydelser finder under alle omstændigheder sted, om ikke andet så indirekte. Den faktiske prioritering indebærer bl.a., at der skal træffes valg mellem patienter med forskellige sygdomsdiagnoser. De grundlæggende kriterier, der måtte være gældende for prioriteringen, er vanskelige at identificere for udenforstående.

Prioritering nødvendig

Det vil ikke blive muligt at opfylde alle de behov, der kan være til ydelser fra et offentligt finansieret sundhedsvæsen. Det er derfor nødvendigt at tage stilling til, om og i givet fald i hvilket omfang private ordninger kan indgå. Der skal ligeledes træffes beslutninger om, hvilke ydelser det offentlige sundhedsvæsen skal tilbyde samt omfanget af disse.

Økonomiske analyser træffer ikke beslutninger

Der kan lægges forskellige kriterier til grund for beslutningerne om, hvilke behandlingstilbud der skal tilbydes, og hvor omfattende de skal være. Sundhedsøkonomiske metoder kan være en hjælp i denne proces. Styrken ved disse metoder er, at omkostningerne ved og udbyttet af behandlinger bliver synliggjort. Det er dog vigtigt at pointere, at sundhedsøkonomiske analyser ikke i sig selv fastlægger, hvilke behandlinger der skal iværksættes, og hvilke grupper de skal tilbydes. Der er betydelige praktiske og metodemæssige problemer med at anvende de sundhedsøkonomiske metoder, men øget brug heraf kan anbefales.

Medicinsk teknologivurdering

Medicinsk teknologivurdering er en bredere analyseramme end den økonomiske. Den belyser, ud over indvirkningen på drifts- og samfundsøkonomien, også, hvilken konsekvens teknologien vil have for patienter eller borgere samt indvirkningen på organisationen i form af arbejdstilrettelæggelsen og ansvarsfordelingen. Anvendelsen af denne analyseform bør styrkes.

Rammestyringens fordele og ulemper

Sygehusydelserne i Danmark både finansieres og produceres af amtskommunerne. Sygehusene får tildelt midler via rammestyrede budgetter. Det har vist sig at være en effektiv måde at styre de samlede udgifter til sygehusene. Rammestyring betyder dog, at der er begrænsede muligheder for på kortere sigt at

tilpasse udbudet af ydelser til ændringer i efterspørgslen, og at der kan mangle tilskyndelse til at udnytte ressourcerne optimalt. En måde at give denne tilskyndelse på kunne være at skabe konkurrence mellem sygehusene.

Adskillelse af finansiering og produktion

Blandt andet i Sverige er der i en del områder adskillelse mellem finansiering og produktion i sygehusvæsnet. En sådan adskillelse ville i Danmark implicere, at amtskommunerne skulle købe sygehusydelser hos sygehusene, som kunne få status som selvejende institutioner. Formålet med en adskillelse ville være at styrke tilskyndelsen til at forbedre kvaliteten og omkostningseffektiviteten.

Flere behandlingssteder nødvendigt for konkurrence

Adskillelse af finansieringen og produktionen af sundhedsydelser vil imidlertid ikke i sig selv øge konkurrencen og dermed presset for at øge effektiviteten. Det er vanskeligt at opnå konkurrence på markedet for sygehusydelser, fordi der i et område reelt kun er et behandlingssted på grund af de geografiske afstande. Geografisk spredning er dog et gode, fordi det skaber tryghed, at behandlingsstederne ligger tæt på hjemmet, og det begrænser patienters og pårørendes transporttid til behandling og besøg på sygehusene. Geografiske forhold bevirker således, at adskillelsen af finansiering og produktion af sundhedsydelser først og fremmest kan være en alternativ organisationsmåde i storbyområder. Erfaringer fra Sverige og Storbritannien tyder på, at produktiviteten stiger ved denne organisationsændring. Overgang til ændrede organisationsformer kan imidlertid gøre det vanskeligere at styre de samlede udgifter.

Praktiserende lægers adfærd kan ændres

Aflønningen af de praktiserende læger sker helt overvejende af amtskommunerne som en blanding af et fast honorar pr. patient tilmeldt praksis og honorar pr. ydelse. Erfaringer fra ændringen af de københavnske praktiserende lægers overenskomst viser, at lægernes adfærd ikke er uafhængig af økonomiske incitamenter. En måde at styrke incitamenterne til at vælge den mest omkostningseffektive produktion af sundhedsydelser er at tildele de praktiserende læger en fast beløbsramme pr. patient på udvalgte områder. Det kan f.eks. være på områder, hvor lægen kan vælge selv at behandle patienten eller sende patienten til behandling hos speciallæge. Henvises

patienten til speciallæge, skal den praktiserende læge betale speciallægen for ydelsen. En fast beløbsramme på medicinområdet kan også give lægen en tilskyndelse til at vælge det af ensvirkende præparater, som er billigst. Den faste beløbsramme pr. patient skal naturligvis fastlægges, så der tages højde for, at praksis f.eks. har patienter med forskellig alderssammensætning, fordi ældre patienter har større behov for ydelser fra den praktiserende læge end yngre patienter.

Fokus på organisering og prioritering

Det er vanskeligt at tilrettelægge og organisere sundhedssystemet på en gennemskuelig og effektiv måde. Der findes næppe simple metoder til løbende at forbedre resourceudnyttelsen og prioriteringen. Men de økonomiske metoder til at øge effektiviteten i sundhedsvæsenet bør være en del af grundlaget og indgå i forbindelse med organiserings- og finansieringsovervejelser. Hertil kommer, at efterspørgselspresset på det offentlige sundhedsvæsens ydelser betyder, at det er nødvendigt at sætte øget fokus på prioriteringer, og også her bør sundhedsøkonomiske analyser indgå.

Litteraturliste

Alban, A., M. Gyldmark, A. V. Pedersen og J. Søgaaard (1995): *Sundhedsøkonomiske analyser af lægemidler - En gennemgang af metoder og problemstillinger ved implementering i beslutningsprocesser*. Sundhedsstyrelsens Lægemiddelafdeling, København.

Alban, A., H. Keiding og J. Søgaaard (1998): Rapport om retningslinier for samfundsøkonomiske analyser af lægemidler i Sundhedsministeriet. I *Udfordringer på lægemiddelområdet*. Betænkning afgivet af Sundhedsministeriets Medicinudvalg. Betænkning nr. 1357. København.

Alban, A. og J. L. Knudsen (1991): *Prioritering i sundhedsvæsenet - Økonomisk vurdering af behandling af de ekstremt små nyfødte i Danmark*. DSI Rapport 91.03. Dansk Sygehus Institut, København.

Amtsrådsforeningen mfl. (1999): *Offentlige tilskud på sygesikringsområdet*, Finansministeriet, København.

Arbejdsmiljøinstituttet (1997): *Danske lønmodtageres arbejdsmiljø og helbred 1990-95*. København.

Aronson, J. R., P. Johnson and P. J. Lambert (1994): Redistributive Effect and Unequal Tax Treatment. *Economic Journal*, 104 (423), pp. 262-270.

Christensen, A. L. S. og K. Jørgensen (1991): *Brugerbetaling for almen lægehjælp - en sundhedsøkonomisk analyse*. AKF-forlaget, København.

Christiansen, T. (1997): Equity and the Delivery of Health Care in Denmark. CHS Working Paper 1997:10, Odense Universitet.

Christiansen, T. (1999a): Lighed med hensyn til forbrug af sundhedsydelser. *Samfundsøkonomen*, 1999:3, s.16-18.

Christiansen, T. (red.) (1999b): *International vurdering af organisation og finansiering af det danske sundhedsvæsen*. Odense Universitetsforlag, Odense.

Christiansen, T. og J. Lauridsen (1999): Lighed med hensyn til finansiering af sundhedsydelser og fordelingseffekt af øget brugerbetaling, *Samfundsøkonomen*, 1999:3, s. 11-15.

Coursey, D. L, J. Hovis and W. D. Schulze (1987): The Disparity between Willingness to Accept and Willingness to Pay Measures of Value. *Quarterly Journal of Economics*, 102, pp. 679-90.

Det Økonomiske Råd (1996): *Dansk Økonomi, efterår 1996*. København.

DIKE (1996): *Social ulighed, sundhed og sygdom*. København.

Enemark, U. (1994): *An Economic Analysis of Increased Patient Autonomy in Primary Health Care*. Rød Serie nr. 32, Licentiatafhandling nr. 52. Økonomisk Institut, Københavns Universitet.

Engberg, L. (1997): *Tre amters kontraktstyring af sygehusene*. DSI rapport 97.04. Institut for Sundhedsvæsen, København.

Engberg, L. (2000): Planlagt udmøntning af 90/10 i sygehusene i år 2000. Arbejdsrapport. DSI - Institut for Sundhedsvæsen, København.

Finansministeriet (1999): *Aftaler om den kommunale økonomi for 2000*. Offentlige finanser, juni. København.

Forebyggelsespolitisk Råd (1998): *Ulighed i sundhed og forebyggelse*. Beretning 1996-1998. København.

Gerdtham, U-G., B. Jönsson, M. MacFarlan and H. Oxley (1998): The Determinants of Health Expenditure in the OECD Countries: A Pooled Data Analysis. I Zweifel, P. (ed.): *Health, the Medical Profession, and Regulation*. Vol. 6, pp. 113 - 134. Kluwer Academic Publishers, Massachusetts.

Hansen, B. O. and H. Keiding (1999): Alternative Health Insurance Schemes: A Welfare Comparison. Arbejdspapir. Københavns Universitet.

Håkanson, S. (1999): Några erfarenheter av sjukvårdsreformer i Sverige. *Samfundsøkonomen*, 1999:3, s. 32-42.

Juhl, A. (2000): *Små eller store sygehuse. Kvalitet og økonomi - Tro eller viden*. Evalueringscenter for sygehuse. Rapport nr. 1. København.

Juhl, H., (1992): *Samfundøkonomisk evaluering af valget mellem regional og generel anæstesi ved total hoftealloplastik*. Odense Universitetsforlag, Odense.

Kakwani N. (1977): Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison. *Economic Journal*, 87 (345), pp. 71-80.

Kakwani, N., A. Wagstaff and E. van Doorslaer (1997), Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference. *Journal of Econometrics* 77 (1) pp. 87-103.

Kamper-Jørgensen, F. (2000): Væsentlige determinanter for fremtidige sundhedsudgifter: Udvikling i sygelighed, stigende ældrebefolkning, forbedring af behandling og forebyggelse. Arbejdspapir. Statens Institut for Folkesundhed, København.

Kidholm, K. (1992): Værdisætning af trafikikkerhed. *Nationaløkonomisk tidsskrift*, 130 (4), s. 630-41.

Knetsch, J. L. and J. A. Sinden (1984): Willingness to Pay and Compensation Demanded: Experimental Evidence of an Unexpected Disparity in Measures of Value. *The Quarterly Journal of Economics*, 94 (3), pp. 507-21.

Krasnik, A., et al. (1990): Changing Remuneration Systems: Effects on Activity in General Practice. *British Medical Journal*, 300 (6741), pp. 1698 - 1701.

Le Grand, J., N. Mays and J. A. Mulligan (eds.) (1998): *Learning from the NHS Internal Market. A Review of the Evidence*. King's Fund Publishing, London.

Madsen, J. og N. Serup-Hansen (2000): Alder, død og sundhedsomkostninger - En analyse af omkostninger ved forbrug af sygehjælp som funktion af alder, køn og afstand til død samt en prediktion af de fremtidige sundhedsomkostninger. Opgave indleveret på Odense Universitet, SDU, Institut for Sundhedstjenesteforskning .

Manning, W. G., et al. (1987): Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *American Economic Review*, 77 (3), pp. 251-77.

Pedersen, K. M., mfl. (1995): *Et bedre sundhedsvæsen - men hvordan?* Lægeforeningens Forlag, København.

Propper, C. (1996): Market Structures and Prices: The Responses of Hospitals in the UK National Health Service to Competition. *Journal of Public Economics*, 61 (3), pp. 307-335.

Propper, C., D. Wilson and N. Söderlund (1998): The Effects of Regulation and Competition in the NHS Internal Market: The Case of General Practice Fundholder Prices. *Journal of Health Economics*, 17 (6), pp. 645 - 673.

Rudbeck, B., M. S. Knudsen, M. Gyldmark og A. Alban (1995): *Brugerbetaling i sundhedsvæsenet - kortlægning og analyse*. DSI-rapport 95:04. DSI - Institut for Sundhedsvæsen, København.

Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering (2000): Influenzavaccination af ældre. *Medicinsk Teknologivurdering* 2000;2(1).

Sundhedsministeriet (1994): *Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark*. 3. delrapport fra Middellevetidsudvalget. København.

Sundhedsministeriet (1997a): *Sundhedssektoren i tal - 1999*. Sundhedsanalyser 1997:2. København.

Sundhedsministeriet (1997b): *Udfordringer i Sygehusvæsnet - Betænkning fra Sygekommisionen*. Betænkning nr.1329. København.

Sundhedsministeriet (1999a): *Sundhedssektoren - status og fremtidsperspektiver*. København.

Sundhedsministeriet (1999b): *Danskernes dødelighed i 1990'erne*. 1. delrapport fra Middellevetidsudvalget. København.

Sundhedsministeriet (1999c): *Sundhedssektoren i tal - 1999*. Sundhedsanalyser 1999:2. København.

Sundhedsstyrelsen (1998): *Kvalitet i sygehusvæsnet - Befolkningsunderlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning*. Debatooplæg.

Vrangsbyk, K. (1999): *Markedsorientering i sygehussektoren*, ph.d.-afhandling, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.