

Effekter av egenbetaling som virkemiddel for prioritering

Geir Godager, Terje P. Hagen og Tor Iversen

22. august 2014

Rapport 2014:1

Forord

Prioriteringsutvalget har bedt Helseøkonomisk analyse AS utrede temaet egenbetaling og prioritering. Mer presist ønsker utvalget at utredningen skal inneholde:

- En teoretisk gjennomgang av rasjonale for og begrunnelse for utforming av ulike former for egenbetaling innenfor helse. Herunder en prinsipiell drøfting av bruk av egenbetaling for prioriteringsformål samt vurderinger av mulige effekter på effektivitet og fordeling.
- En oversikt over hovedkonklusjoner fra empiriske studier om egenbetaling. Særlig vil det være viktig å få fram studier som belyser effekter av å gradere egenbetaling etter prioritet. Det er også ønskelig å få frem konsekvenser for utsatte grupper (effekt på bruk av tjenester, effekt på helse, og effekt på personlig økonomi).
- Oversikt over vurderinger/analyser fra Norge og andre land om prioriteringsvirkninger av egenbetaling (inkludert studier, rapporter, budsjettdokumenter og lignende).

Oslo, 22.8.2014

Geir Godager

Terje P. Hagen

Tor Iversen

Innhold

Forord	1
Innhold.....	2
Sammendrag.....	4
1 Innledning.....	6
2 Teoretisk ramme.....	8
2.1 Introduksjon – sentrale begreper.....	8
2.2 Begrunnelse for helsetjenesteforsikring	8
2.3 Kjennetegn ved markedene for helsetjenester og helsetjenesteforsikring	9
2.4 Kjennetegn ved helsetjenester som påvirker omfanget av ønskede egenbetalinger	12
2.5 Nærmere om egenskaper ved ulike rasjonerings-/prioriteringsmåter	16
2.6 Nyttegradert egenbetalinge (value based insurance)	19
2.7 Oppsummering	24
3. Empiriske studier om egenbetaling	25
3.1 Introduksjon	25
3.2 Studier med utgangspunkt i kontrollerte eksperimenter.....	26
3.3 Øvrig empirisk forskning om virkninger av egenbetaling	28
3.4 Nærmere om virkning av egenbetaling på helse.....	33
3.5 Studier som fokuserer på gradert egenbetaling.....	34
3.6 Eksempler på forsikringsordninger fra Massachusetts, USA.....	35
4 Modeller for egenbetaling i norsk helsetjeneste	38
4.1 Introduksjon	38
4.2 Egenbetalingsordninger.....	38

4.2.1 Generelle egenbetalingsordninger	38
4.2.2 Inntektsgraderte egenbetalingsordninger	40
4.2.3 Nyttegradert egenbetaling	41
4.3 Eksperimenter med egenbetaling	42
5 Oppsummering og diskusjon	44
Referanser	48
Appendix.....	54

Sammendrag

Enhver drøfting av fordeler og ulemper med egenbetaling må ses i forhold til fordelene og ulempene med alternative prioriteringsmekanismer. Gradert egenbetaling kan bidra til å styre ressursbruken i helsesektoren ved at pasientene oppmuntres til å veie forventet helseforbedring mot kostnad når ulike tiltak vurderes. Graderte egenbetalinger kan dermed gi pasientene et økonomisk incitament til å være tilbakeholden med å etterspørre de tjenestene politikerne ikke ønsker å prioritere. Det kan også være lettere for den enkelte behandlende lege å kunne tilby behandling med større egenbetaling i forhold til ikke å kunne tilby behandling i det hele tatt. Denne fordelene må veies mot at enkelte pasienter kanskje ikke får tilgang til den behandlingen de har oppfattet å ha rett til, i tillegg til at forsikringsdekningen generelt kan bli dårligere.

Ulike prioriteringsinstrumenter har ulike fordeler og ulemper. Et viktig aspekt er at selve formålet med å forsikre befolkningen er å beskytte mot den finansielle risikoen ved å bli syk, og sikre tilgang til grunnleggende helsetjenester uavhengig av økonomisk evne når sykdom rammer. Dette setter i praksis klare begrensninger for bruk av egenbetaling som prioriteringsinstrument. Det åpner samtidig for å bruke betydelig egenbetaling som et prioriteringsinstrument der helsegevinsten er liten eller tvilsom.

En hovedkonklusjon fra empiriske studier er at økt egenbetaling for en helsetjeneste vil føre til redusert bruk av tjenesten. Dette gjelder også dersom motivet for egenbetalingen er å gradere i henhold til prioritet. Kvaliteten på evidensen kan kategoriseres som *svært sikker*.

En hovedkonklusjon fra empiriske studier er at egenbetaling for helsetjenester *kan* ha negative helseeffekter. Empiriske studier tyder på at egenbetaling fører til redusert bruk også av tjenester som kan kategoriseres som kostnadseffektive og medisinsk nødvendige.

Det er lite sikker evidens for at lav-inntekts grupper og høyinntektsgrupper reagerer forskjellig på endret egenbetaling.

Med utgangspunkt i økonomisk teori eller empirisk litteratur er det ikke mulig å trekke en generell konklusjon om hvordan økt egenbetaling for én tjeneste vil påvirke bruken av en annen tjeneste. Hvorvidt økt egenbetaling for én helsetjeneste medfører økt eller redusert bruk av en annen helsetjeneste vil kunne avhenge av en rekke forhold.

Studier av gradert egenbetaling tyder på at slike ordninger bidrar til å endre bruken av helsetjenester i den *ønskede* retning. Samtidig er det ikke entydige resultater med hensyn til

hvorvidt man kan forvente at graderte egenbetalinger alt i alt er kostnadsnøytrale. De praktiske utfordringene med å med å lage et system med graderte egenbetalinger er et gjennomgående tema i alle rapportens kapitler.

Vi diskuterer effekter av tre ulike modeller for egenbetaling:

- Generelle egenbetalingsordninger, dvs. ordninger med bredt fundament og lav betalingsssats
- Inntektsgradert egenbetaling, dvs. at egenbetalingen varierer med pasientenes inntekt
- Nyttegradert egenbetaling, dvs. at egenbetalingen varierer med tjenestens nytteverdi («value based health insurance»)

Det er særlig nyttegradert egenbetaling som kan påvirke prioritering mellom tjenester. Uklarheter rundt effektene gjør at vi foreslår et eksperiment med nyttebaserte egenbetalingsordninger for ortopediske lidelser.

Økte egenbetalinger innebærer en reduksjon i forsikringsdekningen. Det er en iboende konflikt mellom et mål om å skjerme individene mot finansiell usikkerhet, og hensynet til effektiv allokering av samfunnets ressurser mellom helsesektoren og øvrige sektorer. De velferdsgevinstene som oppnås i form av mer effektiv ressursallokering ved økte egenbetalinger, må avveies mot verdien av tapt velferd som følger av redusert forsikringsdekning.

I Norge er omfanget av private tilleggforsikringer foreløpig begrenset. En betydelig økning i egenbetaling i den offentlig finansierte helsesektoren vil kunne medføre større etterspørsel etter private (tilleggs)forsikringer. Det vil i så fall kunne redusere effekten av økt egenbetaling på ressursbruken i helsesektoren.

1 Innledning

Sykdom kan innebære både menneskelige lidelser og finansielle problemer. Helseforsikring tilbys privat eller offentlig for å redusere den finansielle bekymringen og for at en pasient skal kunne tilbys behandling vedkommende ellers ikke ville ha råd til. Dette er både helseforsikringens formål og problem. Problemet består i at full forsikring ikke motiverer til å ta hensyn til hvor mye diagnostikk og behandling koster. Dette ville ikke være noe problem dersom en kunne spesifisere all sykdom med tilhørende diagnostikk og behandling presist. Da ville forsikringsselskapet (eller staten) i ettertid kunne kontrollere at den enkelte sykdomsepisode får den diagnostikk og behandling som forsikringskontrakten beskriver. I praksis er det ikke mulig å lage så detaljerte spesifikasjoner. Det vil ofte heller ikke være mulig i ettertid å kontrollere (verifisere) om vilkårene for en bestemt behandling var oppfylt. I ethvert sykdomstilfelle vil derfor behandlernes og særlig legenes skjønn spille en vesentlig rolle i fastsettelsen av nødvendig behandling. Som pasientens representant vil legen tilby sin pasient den beste behandling dersom pasienten har full forsikring. Full forsikring forutsetter derfor mekanismer som sørger for at diagnostikk og behandling som gir liten helseforbedring i forhold til kostnadene, ikke blir tilbudt. Slike mekanismer kan være ventetider som virker avskrekkende, finansieringsordninger for tilbyderne samt retningslinjer som beskriver hva som kan tilbys når (eksplisitt prioritering).

I andre sektorer spiller prismekanismen en sentral rolle i beslutninger om ressursbruk. Forbrukerne avveier nytte og pris når de bestemmer forbrukets sammensetning og bedriftene legger profittbetraktninger til grunn når de avveier inntekter og kostnader for å bestemme hvor mye de skal produsere av hva. Det trengs ikke prioriteringsretningslinjer for å bestemme utvalget av brødtyper i bakerbutikken.

Det er et nærliggende spørsmål om ikke priser også kan spille en større rolle i beslutninger om ressursbruk i helsesektoren. Hvis pasientene i større grad må betale egenandeler for diagnostikk og behandling, vil de ble oppmuntret til å avveie helseforbedring mot kostnad. Egenbetaling vil dermed kunne spille en viktig rolle i prioritering mellom behandlingsmåter. Andre prioriteringsmåter som ventetider og retningslinjer vil da kunne spille en mindre rolle og kanskje vil ressursbruken alt i alt kunne bli bedre når vi også tar hensyn til kostnadene ved å prioritere.

Formålet med dette notatet er å utrede om bruk av egenbetaling i større grad en i dag, kan være et egnet supplement til de andre prioriteringsmekanismene i helsesektoren. Dette gjør vi både ved å oppsummere teori på området og ved å oppsummere resultatene fra de sentrale empiriske undersøkelser. Siden de aller fleste empiriske undersøkelser er gjort utenfor Norge, diskuterer vi hvilke endringer i egenbetalingsordninger som kan være aktuelle i Norge, og hva som er mulige effekter.

I kapittel 2 tar utredningen utgangspunkt i grunnleggende teori for helsetjenesteforsikring og går gjennom hvilke egenskaper ved helse og helsetjenester som gjør at det er vanskeligere å styre

ressursbruken i helsesektoren enn i de fleste andre sektorer. Vi gjennomgår de ulike ordningene som brukes for å prioritere ressursbruk i helsesektoren, og beskriver argumenter for og mot at mer egenbetaling vil kunne medføre bedre ressursbruk. Vi er spesielt opptatt av hvordan gradert egenbetaling (mer egenbetaling for helsetjenester som er lavt prioritert) kan forventes å fungere.

Kapittel 3 gir oversikt over hovedkonklusjoner fra empiriske studier om egenbetaling og angir referanser til relevant faglitteratur og datakilder. Det finnes en omfattende internasjonal litteratur om virkninger av egenbetalinger for helsetjenester. En betydelig del av denne litteraturen omhandler helsetjenesten i USA og andre land med betydelig innslag av individuelle forsikringsordninger. Hvorvidt, og i hvilken grad, resultater fra internasjonal litteratur med rimelighet kan antas å ha overføringsverdi til norske forhold og gi grunnlag for å forstå den norske helsetjenesten er et viktig spørsmål. Vi har søkt særskilt etter litteratur fra Norge, og de andre nordiske landene, men tallet på studier av god kvalitet er få sammenlignet med tallet på internasjonale studier. Vi omtaler særskilt de deler av litteraturen som tar for seg egenbetaling som er gradert etter prioritet. Det kan synes som at omfanget av litteratur som fokuserer særskilt på virkninger av gradert egenbetaling etter prioritet, er begrenset, og at tallet på studier i anerkjente tidsskrifter foreløpig er få.

I kapittel 4 beskriver og drøfter vi modeller for egenbetaling i Norge. Vi diskuterer effekter av generelle egenbetalingsordninger (ordninger med bredt fundament og lav betalingsatts), inntektsgradert egenbetaling (egenbetalingen varierer med pasientenes inntekt) og nyttegradert egenbetaling (egenbetalingen varierer med tjenestens nytteverdi («value based health insurance»)). Det er særlig nyttegradert egenbetaling som kan påvirke prioritering mellom tjenester. Uklarheter rundt effektene gjør at vi foreslår et eksperiment med nyttebaserte egenbetalingsordninger for ortopediske lidelser.

Kapittel 5 oppsummerer og diskuterer sentrale momenter hvis man ønsker å prøve ut gradert egenbetaling i prioriteringssammenheng. Økt egenbetaling innebærer en reduksjon i forsikringsdekningen. Det er en iboende konflikt mellom et mål om å skjerme individene mot finansiell usikkerhet, og hensynet til effektiv allokering av samfunnets ressurser mellom helsesektoren og øvrige sektorer. De velferdsgevinstene som oppnås i form av mer effektiv ressursallokering ved økte egenbetalinger, må avveies mot verdien av tapt velferd som følger av redusert forsikringsdekning. Redusert forsikringsdekning vil også kunne medføre at privat helseforsikring oppfattes som mer attraktivt. Vi diskuterer områder som trolig ikke anses attraktivt for privat forsikring og betydningen det kan ha for utforming av gradert egenbetaling. Vi diskuterer også betydning av heterogenitet i diagnoser og av etterprøvbarehet.

2 Teoretisk ramme

2.1 Introduksjon – sentrale begreper

Egenbetaling innebærer at man betaler for helsetjenester på det tidspunktet man mottar helsetjenestene. Helsetjenesteforsikring medfører at man unngår egenbetaling ved bruk av helsetjenester. Ved å betale et fast beløp på forhånd slipper man å betale når man får bruk for helsetjenester. Det faste beløpet kan være en forsikringspremie. Størrelsen på forsikringspremien kan være avhengig av et enkelt individs risiko for framtidig sykdom (individuell forsikring) eller det kan være basert på gjennomsnittsrisiko i en større gruppe av individer (gruppeforsikring eller sosialforsikring). I begge tilfeller vil det være en direkte sammenheng mellom de samlede innbetalinger i form av forsikringspremier og de samlede utbetalinger for bruk av helsetjenester.

Det faste beløpet kan også være en del av skattene man betaler til det offentlige. I så fall vil helseforsikringen være offentlig organisert. Det innebærer blant annet at det ikke vil være spesielle inntekter som er reservert helseformål og at det dermed heller ikke er noen budsjettrestriksjon i form av at inntektene må dekke utgiftene. I alle tilfeller er det en definisjonsmessig sammenheng mellom forsikring og egenbetaling i den forstand at mer egenbetaling innebærer mindre forsikring. Vi skal derfor begynne med en beskrivelse av velferdsgevinsten med helsetjenesteforsikring og av hvorfor egenbetaling kan medføre samfunnsøkonomiske forbedringer til tross for velferdsgevinsten med helsetjenesteforsikring.

Fra et samfunnsøkonomisk synspunkt vil optimale egenbetalinger avhenge av:

- velferdsgevinst ved forsikring
- priselastisitet for ulike typer av helsetjenester – herunder i hvilken grad personer har tilstrekkelig informasjon til å ta informerte valg
- vektlegging av inntektsfordelingen mellom friske og syke (omfordeling fra friske til syke)
- finansieringskostnader ved offentlig finansierte tilbud

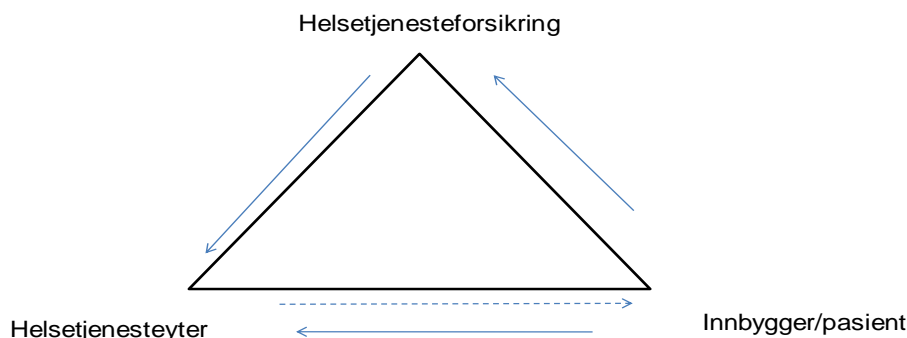
2.2 Begrunnelse for helsetjenesteforsikring

På individnivå er det betydelig usikkerhet med hensyn til forekomst, behandlingsbehov og varighet av framtidig sykdom. Sykdom kan medføre betydelige behandlingskostnader og inntektstap. I

lotteriet som usikkerheten medfører, kan man vinne ved å holde seg frisk og dermed slippe kostnadene sykdom medfører, eller man kan tape og bli syk og oppleve store kostnader for å bli frisk eller eventuelt ikke ha råd til å kjøpe den behandlingen som skal til for å bli frisk. Usikkerhet på individnivå vil utjevnes på populasjonsnivå hvis det ikke er smittsomme sykdommer. For en stor nok gruppe kan det derfor være mulig å eliminere risiko ved at variasjonen i utbetalinger over tid blir stadig mindre jo større gruppen er. Ved å kreve inn en forsikringspremie som tilsvarer gjennomsnittlig utbetaling per person, vil den enkelte oppleve trygghet for hvor store utgiftene til helsetjenester blir samtidig som inntektene forsikringsordningen får, vil dekke de samlede utgifter til helsetjenester. Størrelsen på potensielt tap kombinert med risikoaversjon er grunnlaget for etterspørsel etter helsetjenesteforsikring (Arrow, 1963, Rees, 1989, Cutler og Zeckhauser, 2000). Hvis forsikringspremien tilsvarer forventet behandlingsutgift (aktuarverdien), vil en risikonøytral person være indifferent mellom å tegne forsikring og betale behandlingskostnadene selv. En risikoavers person vil derimot foretrekke forsikring siden for ham er per definisjon nytten av det sikre beløpet han sitter igjen med når forsikringspremien er betalt, større enn den forventede nytten av å delta i lotteriet. Med sikkerhetsekvivalenten menes det maksimale beløpet forsikringstakeren er villig til å betale i forsikringspremie framfor å betale behandlingskostnadene selv dersom han blir syk. Differansen mellom sikkerhetsekvivalenten og aktuarverdien er de maksimale administrasjonskostnader et forsikringselskap kan ha, dersom en person skal være interessert i å tegne forsikring. Dersom administrasjonskostnadene ikke er for store, vil dermed full forsikring og fravær av egenbetaling være den optimale løsningen fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det kan likevel være argumenter som trekker i retning av at positive egenandeler er å foretrekke fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Disse argumentene har sammenheng med særtrekk ved markedene for helsetjenester og helsetjenesteforsikring og vil bli nærmere belyst i avsnitt 2.4 om kjennetegn ved helsetjenester som påvirker omfanget av ønskede egenbetalinger. Men først skal vi litt mer generelt introdusere kjennetegn ved markedene for helsetjenester og helsetjenesteforsikring.

2.3 Kjennetegn ved markedene for helsetjenester og helsetjenesteforsikring

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



Figur 1. Forholdet mellom aktørene i helsesektoren - helsetriangelet

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

Et slikt triangel vil kjennetegne de fleste markeder som involverer forsikring og der forsikringsbidraget er i form av (refusjon av utgifter til) varer og tjenester. Det er noen egenskaper ved markedene for helsetjenesteforsikring og helsetjenester som samlet sett atskiller disse markedene fra andre markeder og som kan ha betydning for avveining mellom egenbetaling og forsikring:

- A. Asymmetrisk informasjon mellom forsikringselskap og forsikringstaker om helse og livsstil. Forsikringstakeren vil ofte ha kunnskap om kroniske sykdommer og symptomer på framtidig sykdom som forsikringselskapet ikke har og som vanskelig kan skrives inn i

forsikringskontrakten. Forsikringsselskapet vil i praksis heller ikke kunne kontrollere om forsikringstakeren gjør nok for å holde seg frisk. Å kontrollere kosthold, fysisk aktivitet, alkoholforbruk og livsstil mer generelt vil være meget kostbart og trolig gå på tvers av personvernet. Selv om visse sykdommer kan ha sammenheng med livsstil, er det mange faktorer som virker inn. Generelt kan man ikke trekke slutninger fra sykdomsforekomst tilbake til livsstil i det individuelle tilfellet fordi det også er andre faktorer i arv og miljø som virker inn på sykdomsforekomsten.

- B. Asymmetrisk informasjon mellom pasient og tjenesteyter. Legen vet mer om diagnostikk og behandling enn pasienten. Det er jo derfor pasienten oppsøker legen. Samtidig kan legen ha motiver i tillegg til å gjøre pasienten frisk. Dette kan være personlige motiver knyttet til egen inntekt og fritid. Også i helsesektorens organisasjoner, som sykehusene, vil det kunne være motiver i tillegg til pasientens helse. For private sykehus kan det være eiernes overskudd. For offentlige sykehus vil det kunne være typer av aktiviteter som går på bekostning av pasientbehandlingen. Behandlingsbeslutninger vil ofte ikke være etterprøvbare i den forstand at man med sikkerhet kan si at dårlig behandlingsresultat skyldes en bestemt behandlingsbeslutning. En behandler vil ofte kunne si at det var spesielle reaksjoner hos en pasient man ikke kunne forutsi da beslutningen ble tatt.
- C. Asymmetrisk informasjon mellom forsikringsselskap og tjenesteyter. Heller ikke forsikringsselskapet vil ha like god informasjon om optimal diagnostikk og behandling som helsetjenesteyteren. En viktig oppgave for forsikringsselskapet blir da å utforme betalingsordninger til helsetjenesteyterne som bidrar til at helsetjenesteyterne gir pasienten optimal diagnostikk og behandling innenfor rimelige økonomiske rammer.
- D. Forsikringstaker eller pasient. Som forsikringstakere vil kundene (mens de ennå er friske) ønske at forsikringsselskapet avveier helsegevinsten av mer generøs diagnostikk og behandling mot forsikringspremiens størrelse. Som pasient vil kunden være opptatt av å få best mulig diagnostikk og behandling uavhengig av hvilke konsekvenser det måtte få for forsikringspremien. Om det er forsikringstakerens perspektiv eller pasientens perspektiv som skal legges til grunn, blir derfor sentralt også i spørsmålet om optimale egenbetalinger.
- E. Etterspørselens priselastisitet. Helse verdsettes høyt og vil verdsettes høyere jo rikere vi blir (Hall og Jones, 2007). I spørsmål om liv og død vil det ofte være inntekt og formue

mer enn de vanlige betraktninger om konsumets sammensetning som vil avgjøre etterspørselen etter helsetjenester.

- F. Altruisme Det er vanlig å anta at samfunnsborgerne også har preferanser for andres helse og tilgang til helsetjenester. Det er derfor noen grad av altruisme i preferansene for helsetjenester. Slike preferanser kan både være knyttet til forventninger om samme holdning hvis man selv blir syk og det at man finner det vanskelig å godta at syke mennesker skal nektes tilgang til helsetjenester fordi de ikke kan betale for seg. Altruismen vil også kunne medføre at de med liten sykdomsrisiko vil subsidiere forsikringspremien til dem med stor sykdomsrisiko samt at rike vil subsidiere helseforsikringspremien til fattige (omfordelingsmotiv).
- G. Finansieringskostnader. Det er kostnader forbundet med å finansiere forsikringsordninger for helsetjenester. For private ordninger vil det være kostnader forbundet med å beregne premier og sørge for innbetaling fra forsikringstakere og utbetaling til leverandører. I offentlige skattebaserte ordninger vil det være kostnader i form av at beskatning innebærer at kjøpere og selgere stilles overfor ulike priser (skattekle) som medfører uheldige tilpasninger (med noen unntak) vurdert fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

2.4 Kjennetegn ved helsetjenester som påvirker omfanget av ønskede egenbetalinger

Atferdsrisiko (moral hazard) (sammenheng med A, D og E)

Atferdsrisiko (moral hazard) i forbindelse med helseforsikring er av to typer. Atferdsrisiko eller skjult atferd (ex ante moral hazard) innebærer at forsikringstakeren kan påvirke risikoen for sykdom, og at sykdomsrisikoen ikke gjenspeiles i forsikringspremien. Grunnen til manglende sammenheng mellom risiko og forsikringspremie kan være at forsikringsselskapet ikke vet nok om forsikringstakeren til å kunne fastsette en risikoavhengig premie. For eksempel kan det være uforholdsmessig kostbart eller ulovlig for forsikringsselskapet å observere forsikringstakerens atferd. Dette gjelder for eksempel livsstil som røyking, kosthold og fysisk aktivitet. Siden det er kostnader knyttet til å redusere sykdomsrisikoen, personlige og monetære, vil forsikringspremie uavhengig av forebyggingsinnsats medføre for lite forebygging og for stor sykdomsrisiko samfunnsøkonomisk vurdert. Grunnen er at

forsikringstakeren ikke vil påta seg kostnadene uten å få noe igjen i form av redusert forsikringspremie.

Det kan også være institusjonelt bestemt at det ikke skal være noen sammenheng mellom sykdomsrisiko og forsikringsinnbetaling. Dette vil ofte være tilfellet i en offentlig skattefinansiert forsikringsordning. I skattefinansierte ordninger vil man da kunne oppleve at behandlingskostnadene blir uforholdsmessig store og vil legge et press på skatteinntekter og annen offentlig finansiert tjenesteproduksjon. I både private frivillige og offentlige obligatoriske systemer vil dermed atferdsrisiko medføre effektivitetstap.

Sykdom vil ofte ha karakter av en viss irreversibilitet i den forstand at selv etter behandling vil helsetilstanden ofte ikke bli helt som før. Jo mindre effektive behandlingene er til å gjenopprette helsetilstanden, jo viktigere blir det å gjøre en innsats for å forebygge egen sykdom. I slike tilfeller vil det kunne skje mye forebygging selv om det ikke er knyttet egenbetaling til diagnostikk og behandling.

En egenandel på behandlingskostnader vil gjøre det dyrere for en forsikringstaker å bli syk og derfor oppmuntre til mer forebyggende aktiviteter for å redusere sjansen for å bli syk. Optimal egenbetaling ved atferdsrisiko vil dermed innebære en avveining mellom velferdsgevinsten med forsikring og velferdstapet ved overforbruk av helsetjenester fordi det ikke forebygges. Generelt vil det ikke være optimalt med full forsikringsdekning.

I litteraturen vil en også finne en annen form for moral hazard – såkalt ex post moral hazard. Dette har å gjøre med formen på etterspørselskurven etter helsetjenester etter at man har blitt syk. Dersom etterspørselskurven er fallende, vil etterspørselen etter helsetjenester øke når pasientens egenbetaling blir mindre. Uten pasientbetaling vil en pasient etterspørre tjenester så lenge det medfører helsegevinster og eventuelt andre gevinster. Uten egenbetaling vil det dermed ikke være noe insitament til å veie helseforbedringer mot ressursinnsatsen som helseforbedringene medfører. Zeckhauser (1970) viser at jo mer prisfølsom etterspørselen etter helsetjenester er, jo større bør egenbetalingen være vurdert fra et ex ante (før sykdom) perspektiv. Egenbetalingen vil da hjelpe pasienten til å ta de samme valgene som han ville tatt i ex ante situasjonen som forsikringstaker.

Det er dermed samfunnsøkonomisk optimalt med noe egenbetaling fra pasientene for å motvirke begge formene for atferdsrisiko så lenge etterspørselen etter helsetjenester er prisfølsom. Dette er samtidig en vanskelig balansegang siden egenbetaling eksponerer risikoaverse pasienter for finansiell risiko som de nettopp ønsker å forsikre mot.

Ugunstig utvalg (sammenheng med A)

Etterspørselen etter forsikring vil være avhenge av forsikringspremien. Dersom det er privat forsikring og forsikringsselskapene ikke kan skille mellom de som har liten risiko for sykdom og de som har stor risiko for sykdom, må de tilby samme forsikringspremie til alle. Det vil samtidig være penger å tjene for de selskapene som klarer å tiltrekke seg kunder med liten risiko for sykdom. En mulighet vil være å tilby to typer av kontrakter. En type kontrakt har høy forsikringspremie og liten egenbetaling. Den andre typen kontrakt har mindre forsikringspremie og større egenbetaling ved sykdom. Gruppene kan da skilles fra hverandre ved at gruppen med liten sykdomsrisiko velger liten forsikringspremie og stor egenbetaling, mens gruppen med stor risiko velger stor forsikringspremie og liten egenbetaling. I dette tilfelle blir altså egenbetalingen brukt til å skille de to gruppene fra hverandre og behandle dem ulikt som konsekvens av at de har ulik risiko for sykdom. Dette kalles selvseleksjon og vil kunne være en markedsløsning med konkurrerende forsikringsselskaper og med en høyrisikogruppe som utgjør en betydelig del av forsikringstakerne^{1. 2}. Dersom høyrisikogruppen utgjør en liten del av forsikringstakerne, er det mulig at det ikke vil være en stabil markedsløsning og forsikringsmarkedet kan bryte sammen.

I Norge, der det er obligatorisk forsikring og forsikringspremie uavhengig av sykdomsrisiko, er seleksjon en uaktuell problemstilling. Det kan samtidig være en aktuell problemstilling for de som vil tegne private tilleggforsikringer.

Betydning av betalingsordning for helsetjenesteytere (sammenheng med B og C)

Verken pasient eller forsikringsselskap vil i detalj kunne kontrollere at tjenesteyteren leverer den ønskede kombinasjon av helsetjenester. En hensiktsmessig utforming av betalingsordninger til helsetjenesteytere kan være et supplement til egenbetaling for å regulere etterspørsel etter

¹ At det er høyrisikogruppen som ender opp med full forsikring, har blitt utfordret i nyere arbeider (se Einav og Finkelstein, 2011). Bakgrunnen for dette er at høy grad av risikoaversjon oppmuntrer både til sykdomsforebygging (og dermed mindre sykdomsrisiko) og stor betalingsvillighet for forsikring. Resultatet er en forventning om at det er lavrisikogruppen som ender opp med fullforsikring.

² At det er høyrisikogruppen som ender opp med full forsikring, har blitt utfordret i nyere arbeider (se Einav og Finkelstein, 2011). Bakgrunnen for dette er at høy grad av risikoaversjon oppmuntrer både til sykdomsforebygging (og dermed mindre sykdomsrisiko) og stor betalingsvillighet for forsikring. Resultatet er en forventning om at det er lavrisikogruppen som ender opp med fullforsikring.

helsetjenester. For eksempel vil per capita basert avlønning oppmuntre en fastlege til å yte færre tjenester enn stykkprisbaserte ordninger.

Begrenset omfordelingsmotiv

I en offentlig forsikringsordning vil det være grenser for omfordelingsmotivet slik det ble beskrevet i avsnitt 1.3. Det trekker i retning av at de rike og friske vil arbeide for et system uten egenbetaling først og fremst for grunnleggende helsetjenester.

Finansieringskostnader

Offentlig skattebasert finansering kan medføre at arbeidsbeslutninger blir påvirket på en uheldig måte fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Disse finansieringskostnadene blir mindre dersom noe av finansieringen kan foregå i form av egenbetaling.

Mange forsikringsmarkeder vil ha elementer av de egenskapene som er beskrevet over og dette er da også viktige begrunnelser for at det er egenandel for eksempel på en bilforsikring. Spesielt for helse og helseforsikring er at så mange elementer er representert samtidig. For eksempel er det som regel ukomplisert å beregne hva det vil koste å reparere en kollisjonsskadet bil slik at den får samme standard som før kollisjonen. På forhånd å beregne hva det vil koste å reparere en pasient tilbake til samme standard som før sykdommen, er langt mer komplisert. Dette har både å gjøre med mangfoldet av behandlingsmuligheter og usikkerheten om behandlingsresultat som følger av samspillet mellom behandlingen og den menneskelige organisme. Denne usikkerheten medfører ofte at det i ettertid ikke er mulig å vite hva behandlingsresultatet vill ha vært hvis en annen behandling ville ha blitt valgt. Denne usikkerheten åpner for at motiver i tillegg til pasientens helse kan virke inn på behandlingsbeslutninger og er en viktig grunn til at helsetjenesteforsikring og helsetjenester krever mer omfattende regulering enn bilforsikring og bilverksteder.

2.5 Nærmere om egenskaper ved ulike rasjonerings- /prioriteringsmåter³

Grunnlaget for all prioritering er at ressursbruk i helsesektoren konkurrerer med ressursbruk i andre sektorer. Det må derfor være en eller flere mekanismer som bidrar til å begrense ressursbruken. For helsetjenester generelt vil små pasientbetalinger medføre at pasientene (og legen som pasientens representant) vil etterspørre helsetjenester til de marginale helsegevinstene er mindre enn de marginale kostnadene ved å yte dem. Samfunnsøkonomiske hensyn i ressursbruken vil da kreve en direkte prioritering (non-price rationing) utover den begrensede indirekte prioritering som foregår ved hjelp av prismekanismen. Enhver drøfting av fordeler og ulemper med egenbetaling må ses i forhold til fordelene og ulempene med alternative prioriteringsmekanismer. Aktuelle mekanismer i tillegg til egenbetaling er:

- a) Ventetider før behandling finner sted
- b) Retningslinjer utarbeidet og fastsatt av myndighetene for prioritering av behandlinger. Slike retningslinjer vil legge føringer på den prioritering som utføres av tjenesteyterne. En mindre detaljert form for eksplisitte prioriteringskriterier vil være såkalte Clinical Guidelines.
- c) Tjenesteyternes egenbetaling (provider cost-sharing). Med dette menes at tjenesteyterne (for eksempel sykehusene) ikke fullt ut får dekket kostnadene ved å gjennomføre alle behandlinger som etterspørres.
- d) Primærlegen som portvakt (gatekeeper).

Mer prioritering ved hjelp av egenbetaling vil kunne innebære mindre bruk av de andre prioriteringsmekanismene. En optimal sammensetning av prioriteringsmekanismene vil derfor avhenge av egenskapene som de ulike mekanismene har. Beskrivelsen og diskusjonen som følger av disse egenskapene, bygger delvis på Siciliani (2012).

- a) Ventetider før behandling finner sted

I mange deler av helsesektoren må pasientene vente før undersøkelse og behandling. Det gjelder ventetid på venteværelse, og spesielt ventetid på venteliste. Lang ventetid kan påvirke hvem som oppnår behandling når, dvs. prioriteringen, gjennom flere mekanismer. Utålmodige pasienter med

³ Distinksjonen mellom rasjonering og prioritering er ikke skarp. Vanligvis bruker vi begrepet prioritering som en undergruppe av det mer generelle begrepet rasjonering. Prioritering innebærer da eksplisitte regler som offentlige myndigheter utarbeider, for å påvirke hvilke grupper av pasienter som skal bli tilbudt hvilken behandling til hvilken tid i det offentlig finansierte helsevesen. I dette notatet bruker vi prioriteringsbegrepet i en mer utvidet betydning (identisk med rasjonering).

god råd kan velge å forlate køen og betale for behandling privat. Det kan bidra til kortere ventetid for de som er igjen. Det kan imidlertid også bidra til lengre ventetid hvis mulighet for privat behandling påvirker de offentlige budsjettene negativt (Iversen, 1997) eller det ikke kan mobiliseres ytterligere arbeidstid blant helsepersonell. For det andre kan lange ventetider medføre at terskelen for å få behandling settes høyere og at antall nye pasienter på ventelisten dermed blir mindre. For det tredje kan lange ventetider bidra til at noen pasienter gir opp og tar til takke med en alternativ behandling (for eksempel medisiner) uten ventetid. For det fjerde kan lange ventetider også bidra til at det fordeles flere ressurser til områder med lange ventetider.

Ventetider er et lite treffsikkert instrument for prioritering. Mange andre variabler enn de man ønsker skal ligge til grunn for prioritering, vil påvirke hvem som oppnår behandling når. I mange land (herunder Norge) er det derfor utarbeidet retningslinjer for hvordan ventetider skal avhenge av eksplisitte prioriteringskriterier. Dette gir større treffsikkerhet siden man da har større muligheter til å påvirke at de pasientene man ønsker å prioritere oppnår de korteste ventetidene.

b) Retningslinjer

Ventetider (utover en nedre grense) har kostnader for pasientene som ikke tilsvares av gevinster for andre. Isolert sett medfører ventetider velferdstap. Det er derfor samfunnsøkonomisk ønskelig å oppnå den prioriteringen man ønsker uten bruk av ventetider. Retningslinjer i form av lovverk, prioriteringsforskrifter og behandlingsveiledere er alle redskaper for å få dette til. Siciliani (2012) viser til studier som konkluderer med at prioritering ved hjelp av retningslinjer er samfunnsøkonomisk å foretrekke framfor prioritering ved hjelp av ventetid. Men også prioritering ved hjelp av retningslinjer har kostnader i form av å utarbeide og vedlikeholde retningslinjer, tillempe generelle retningslinjer til behandlingsveiledere som er anvendbare i klinisk praksis og gjennomføre de faktiske prioriteringene i møte mellom pasient og behandlende lege.

c) Tjenesteytneres egenbetaling (provider cost-sharing).

Betalings- og finansieringsordningene for leger og sykehus vil ha konsekvenser for hvilke pasienter som bli prioritert. Stykkprisordninger med full kostnadsdekning har den fordel at sykehusene oppmuntres til å behandle alle og unngår dermed vanskelige prioriteringsbeslutninger. Hovedproblemet med rene stykkprisordninger er at de er utgiftsdrivende slik at man ender opp med

større ressursbruk enn hva samfunnet er villige til å betale. Det andre ytterpunktet er rammebudsjetter, der sykehusene fullt ut må betale kostnadene ved å yte en behandling fra rammebudsjettet. Dette tvinger beslutningstakerne til enten å rasjonere etter ventetider, etter klinisk skjønn, etter retningslinjer eller etter en kombinasjon. Det er samtidig lite oppmuntring til effektiv drift i rammefinansiering av sykehus. I Norge er som kjent finansieringssystemet for sykehusene en mellomting mellom rammebudsjetter og stykkpris. Sykehusene vil ikke kunne presentere en regning for medgåtte utgifter til den som finansierer sykehusene. De DRG-baserte inntektene dekker bare halvparten av kostnadene ved å tilby behandling i gjennomsnitt. Det er dermed ikke full kostnadskompensasjon. Tjenesteyterne er dermed tvunget til å prioritere tjenestene mellom pasientene hvis kostnadene skal dekkes inn av inntektene. I den helseøkonomiske litteraturen kalles dette ofte for tjenesteytternes egenbetaling (provider cost-sharing). Det er problemer knyttet til utformingen av denne finansieringen ved at de økonomiske oppmuntringene i systemet kan medføre prioriteringer som ikke er i samsvar med de prioriteringene som følger av prioriteringsretningslinjene. Dette er en potensiell kostnad ved denne typen finansieringsordning.

d) Primærlegen som portvakt (gatekeeper).

I dette tilfellet er tanken at primærlegen overtar noe av prioriteringsfunksjonen fra spesialisthelsetjenesten ved at noen pasienter som ellers ville oppsøkt spesialisthelsetjenesten direkte, nå ikke blir henvist fra primærlegen. Portvaktfunksjonen spiller en varierende rolle i offentlige helsesystemer. Mens den håndheves strengt i Danmark og Norge, har primærhelsetjenesten ingen portvaktfunksjon i Sverige.

Portvaktfunksjonen er trolig et lite treffsikkert prioriteringsinstrument. For det første er det bare generelle retningslinjer for når en pasient skal henvises. For det andre kan den store uforklarte variasjonen i henvisningsrater mellom fastleger tyde på at henvisningsrater avhenger av mange andre variabler enn pasientens helsetilstand og forventet helseutbytte av henvisningen.

Portvaktordningen kan likevel ha et potensial som en grovsortering av pasienter.

Vi går nå over til en nærmere omtale av graderte egenbetalinger som et mulig supplement til de prioriteringsinstrumentene som allerede er omtalt. Det går fram av gjennomgangen over at ingen av disse prioriteringsinstrumentene er perfekte. De har alle sine svakheter. Det kan trekke i retning av at det kan være fordelaktig å bruke en kombinasjon av instrumentene slik at man heller får litt av mange svakheter enn mye av noen få. Det kan også trekke i retning av at egenbetaling med sine problemer kan være et viktig supplement til de andre instrumentene.

2.6 Nyttegradert egenbetaling (value based insurance)

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

Det meste av litteratur og praksis med gradert egenbetaling i form av såkalt «Value based insurance» stammer fra USA. Chernew mfl. (2007), Fendrick mfl. (2010) og Robinson (2010) argumenterer alle for fordelene med å innføre gradert egenbetaling i helseforsikringsordninger i USA. Chernew mfl. (2007) viser til at egenbetaling sjelden er knyttet til størrelsen på helse-effekten en behandling har. Dersom egenbetaling er et fast beløp uavhengig av tjenestens kostnad, vil sammensetningen av helsetjenester kunne bli vridd i retning av kostbare tjenester. Denne vridningen unngår man ved å utforme egenbetaling som en prosentandel av tjenestenes kostnad. Men også i dette tilfellet vil egenbetalingen kunne bidra til reduksjon i bruk av selv svært nyttige tjenester.

Pauly og Blavin (2008) var de første til å begrunne gradert egenbetaling med teori for etterspørsel etter helsetjenesteforsikring. Med full informasjon om behandlingers effekt vil optimal egenbetaling avhenge av etterspørselens prisfølsomhet. Dette tilsvarer argumentasjonen for å motvirke ex post moral hazard, slik den ble beskrevet tidligere i notatet. Det sentrale poenget er at beskyttelsen mot finansiell risiko som liten egenbetaling innebærer, må veies opp mot samfunnsøkonomisk kostnad av for stor etterspørsel etter helsetjenester siden liten egenbetaling kan medføre at verdsettingen av helsetjenestene blir mindre enn hva det koster å produsere helsetjenestene på marginen. Prisfølsom etterspørsel vil dermed gjøre de samfunnsøkonomiske kostnadene ved liten egenbetaling større. Bakgrunn for prisfølsom etterspørsel kan være at ytterligere helsetjenester ikke anses å ha særlig stor helseeffekt og pasienten dermed ikke er villig til å betale særlig mye for dem. Forsikringsteorien anbefaler at det skal være relativt liten egenbetaling på lite prisfølsomme helsetjenester og relativt stor egenbetaling på meget prisfølsomme helsetjenester. Dette vil i seg selv bidra til gradert egenbetaling ved at helsetjenester med liten marginal verdsetting blir dyre å

etterspørre for pasienten. I dette tilfellet følger altså ønsket om gradert egenbetaling fra det klassiske ex post moral hazard argumentet. Samtidig er en kostnad ved slike egenbetalinger at forsikringsdekningen blir dårligere. Hvor stor vekt forsikringsdekningen tillegges, vil avhenge av graden av risikoaversjon.

Hoel (2007) viderefører moral hazard argumentet ved å argumentere for at også behandlingens kostnad skal ha betydning for fastsetting av egenbetaling. Dersom to behandlinger har samme helseeffekt i forhold til kostnad, skal den minst kostbare behandling ha større egenandel enn den mest kostbare behandling.

Moral hazard argumentet, slik det er framstilt over, hviler på at pasienter er i stand til å gjøre en korrekt vurdering av de ulike helsetjenestenes helseeffekt. Det vil i mange tilfeller være en antakelse som ikke finner støtte i empirisk forskning. Lohr mfl. (1986) fant med data fra Rand Health Insurance Experiment at pasienter like gjerne reduserte omfanget av effektive helsetjenester som av mindre effektive helsetjenester når egenbetalingene økte.

Argumenter for at egenbetalingen eksplisitt skal avhenge av behandlingenes helseeffekt, finner Pauly og Blavin (2008) dermed i pasientenes ufullstendige kunnskap om de ulike helsetjenestenes helseeffekt. Sett at pasienter undervurderer helseeffektene av en bestemt behandling. Det kan da være at de unnlater å etterspørre helsetjenester som har stor helseeffekt. Små egenbetalinger på slike helsetjenester vil dermed bidra til større etterspørsel når pasientene undervurderer helseeffekten. Omvendt vil stor egenbetaling når en pasient overvurderer helseeffekten, bidra til å redusere etterspørselen i retning av det omfanget som ville blitt valgt dersom pasienten var informert om disse helsetjenestenes begrensede helseeffekter.

Vi kan dermed si at gradert egenbetaling har to begrunnelser i litteraturen. Den første begrunnelsen har sammenheng med variasjon i helsetjenesters prisfølsomhet. Den andre begrunnelsen har sammenheng med at pasientene ikke har nok kunnskap til å skille mellom effektive og mindre effektive helsetjenester.

Chernew mfl. (2010) beskriver resultater fra innføring av graderte egenbetalinger i helseforsikring for ansatte i en stor amerikansk bedrift. Forandringen gikk ut på at egenbetaling for viktige medisiner for å forebygge senkomplikasjoner for pasienter med kroniske sykdommer, ble vesentlig redusert. Egenbetaling for generika ble satt til null og egenbetaling for tilsvarende originalpreparater noe høyere. Reduksjonene i egenbetaling medførte en vesentlig økning i medisinbruk blant pasienter med de aktuelle kroniske sykdommene. Forfatterne finner at redusert bruk av andre

helsetjenester veier opp for de økte medikamentkostnadene. Dette resultatet støtter opp om Newhouse (2006), som antyder at for legemidler som kan medføre framtidige kostnadsreduksjoner (for eksempel kolesterolsenkende medikamenter for utvalgte grupper) kan til og med egenbetalingen skulle bli negativ, det vil si de aktuelle personene får penger for å bruke medisinen.

Gradert egenbetaling kan være et effektivt prioriteringsredskap. Ved å legge stor egenbetaling på de tjenestene en ikke ønsker å prioritere og liten egenbetaling på de tjenestene en ønsker å prioritere, kan en vri etterspørselen etter helsetjenester i den retningen en ønsker. Innenfor en offentlig finansiert helsesektor kan dette gjerne være paternalistisk motivert for eksempel utfra ulike former for kortsiktighet og viljesvakhet i befolkningen. At effektene av forebyggende helsetjenester kommer langt fram i tid, mens kostnadene i form av tid og penger kommer i dag, kan være et argument for små eller ingen egenbetaling for helsetjenester for å forhindre seinkomplikasjoner hos pasienter med kroniske sykdommer.

Det er flere motforestillinger og utfordringer knyttet til å innføre gradert egenbetaling i praksis. Gradert egenbetaling vil for eksempel kunne innebære at pasientenes egenbetaling blir gradert avhengig av et legemiddels dokumenterte effekt. Samme behandling vil kunne ha ulik effekt for ulike pasienter avhengig av bidiagnoser, generell helsetilstand og livsstil. Tilhengere av graderte egenbetalinger vil da argumentere for at samme behandling skal ha ulik egenbetaling for ulike pasienter. I praksis må det være behandlende lege som gjør en vurdering av forventet helseeffekt for den enkelte pasient. Behandlende lege får da en konfliktfylt dobbeltrolle. På ene side vil lojaliteten til den enkelte pasient trekke i retning av å være generøs med å trekke fram argumenter for at helseeffekten kan forventes å bli betydelig. Tvil, som det oftest vil være, vil komme pasienten til gode. På den andre siden forventes behandlende lege å være nøktern i vurderingen av den enkelte pasient utfra den samfunnsøkonomiske begrunnelsen for fastsetting av gradert egenbetaling; de pasientene som har minst helsegevinst, skal via egenbetalingen trekkes i retning av mindre ressurskrevende behandling. Her kan det også tenkes at det er systematikk i retning av at pasienter med lav sosioøkonomisk status vil ha dårligere forventet helse-effekt og dermed vil bli pålagt større egenbetaling for samme tjeneste enn pasienter med høy sosioøkonomisk status. For eksempel vil avansert behandling av pasienter med kroniske sykdommer ofte kreve betydelig egeninnsats og kunnskap hos pasientene. God utdanning vil da kunne forbedre helseutbytte gjennom mer vellykket egeninnsats. Tilsvarende vil livsstil som forbindes med høy sosio-økonomisk status (sunt kosthold, trening og fravær av tobakk), ofte bidra til bedre helseutbytte av behandling.

Et sentralt spørsmål er hvilken betydning heterogenitet innenfor diagnose/behandlingsgrupper har for om et system med graderte egenbetalinger er gjennomførbart. Gjennomførbarhet vil blant annet avhenge av etterprøvbarehet i den forstand at det skal være mulig i ettertid å gjøre en informert vurdering av om en beslutning følger retningslinjene. Slik etterprøvbarehet vil være en viktig indikator på om gradert egenbetaling vil kunne ha legitimitet i befolkningen. Prioriteringsveilederne utarbeidet av fagpaneler og utgitt av Helsedirektoratet (2014) gir nyttig informasjon til vurderingen av etterprøvbarehet og gjennomførbarhet. Prioriteringsveilederen innen ortopedi omfatter tilstanden «Kontrakturer, deformiteter og artrose i håndledd, håndrot, fingerledd». Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er konservativ og operativ behandling. Som hovedregel skal tilstanden ikke gi rett til prioritert helsehjelp. Samtidig kan det være egenskaper ved den enkelte pasient som kan medføre rett til prioritert helsehjelp. Det spesifiseres til grad av smerter, grad av funksjonstap, affeksjon av flere lokalisasjoner, feilstillinger, alder, varighet av tilstand, komorbiditet og treningspotensial. En vurdering langs disse kriteriene vil kunne avhenge av flere faktorer i tillegg til helsetilstanden. For eksempel vil funksjonstapet ved tilstanden være mer alvorlig for en pianist enn for en universitetsprofessor. For samme grad av deformitet kan derfor universitetsprofessoren få lavere prioritet enn pianisten. I et system med gradert egenbetaling vil dermed universitetsprofessoren kunne bli pålagt en betydelig egenbetaling, mens pianisten tilbys gratis behandling. Samme resonnement kan trekke i retning av at eldre i større grad enn yngre skal betale for behandling. Et annet eksempel er fra veilederen for «Øre- nese- halssykdommer, hode- og halskirurgi». En av tilstandene innen dette området er «Kosmetisk nesedeformitet (f. eks skjev ytternese uten nesetetthet)». Tilstanden skal som hovedregel ikke gi rett til prioritert helsehjelp. Imidlertid kan individuelle kjennetegn knyttet til «posttraumatiske tilstander og komorbiditet (f. eks personlighetsforstyrrelser)» gi grunnlag for prioritert helsehjelp. Et tredje eksempel er tilstandsgruppen «Brokk, lyske, bukvegg hos voksne» innen området gastrokirurgi. Prioriteringsveilederen uttrykker at som hovedregel gir ikke disse tilstandene rett til prioritert helsehjelp i form av operasjon. Samtidig kan det være unntak avhengig av størrelse, plassering, smerter eller plager. Unntakene vil avhenge av skjønn som både involverer behandlende lege og pasient.

«Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer» er utarbeidet av en faggruppe oppnevnt av Helsedirektoratet. Retningslinjene beskrives blant annet ved hjelp av en prioriteringstabell som avhenger av 10 års risiko for kardiovaskulær død. Risikovurderingen gjøres med utgangspunkt i opplysninger om alder, kjønn, røykevaner, totalkolesterol og systolisk blodtrykk. For eksempel vil en mannlig 65 år gammel røyker med total

kolesterol på 8 mmol/l og systolisk blodtrykk på 180 mmHg ha en 10-års risiko for kardiovaskulær død på 44 %. Denne personen har i følge retningslinjene høy prioritet og skal ha medikamentell behandling og tett oppfølging. En kvinnelig 65 år gammel ikke-røyker med total kolesterol på 8 mmol/l og systolisk blodtrykk på 140 mmHg har en 10-års risiko for kardiovaskulær død på 5 %. Denne personen skal i følge retningslinjene ha lav prioritet. Det innebærer at medikamenter ikke er prioritert, men det skal gis råd om levevaner. En kan samtidig trolig ikke utelukke at også denne kvinnen vil kunne oppleve risikoreduksjon ved hjelp av medikamenter.

Kriteriene som skal ligge til grunn for medikamentell behandling for å forebygge hjerte- og karsykdommer, slik de er beskrevet over, virker umiddelbart etterprøvbare. Gradert egenbetaling kan derfor være en mulighet ved at den 65-år gamle kvinnen blir tilbudt medisiner mot forhøyet egenbetaling hvis hun ønsker, mens den 65 år gamle mannen betaler egenbetaling som i dag. De tre andre eksemplene virker mer problematiske. For «Kontrakturer, deformiteter og artrose i håndledd, håndrot, fingerledd» vil både fastsetting av grad av smerte og grad av funksjonstap være forbundet med betydelig skjønn. Det vil også vurdering av komorbiditet i tilknytning til «Kosmetisk nesedeformitet» og smerter og plager i forbindelse med lyskebrokk. I disse tre siste eksemplene er det derfor vanskeligere å etterprøve beslutninger i ettertid.

For mange sykdommer vil det med dagens informasjonssystem være vanskelig å etterprøve realismen i de vurderingene som ligger til grunn for fastsettelsen av graderte egenbetalinger på individnivå. Større grad av etterprøvbarehet vil kreve en betydelig oppgradering av informasjonssystemene i helsesektoren. En mulighet vil kunne være å begynne med diagnose(gruppe) med klare prioriteringskriterier og liten betydning av komorbiditeter.

Det er allerede flere eksempler på graderte egenbetalinger i Norge. Det er elementer av dette i dag ved at pasientene må betale en høyere egenandel for et originalpreparat enn for et generika med samme virkestoffer hvis originalpreparatet har en høyere pris. Dette kan både begrunnes med at prisfølsomheten trolig er større for originalpreparat enn for generika samt at mange trolig overvurderer helsegevinsten ved å bruke originalpreparat heller enn generika. En videreføring av tankegangen kunne være at det ikke bare skal gjelde for valget mellom originalpreparat og generika, men også for legemidler generelt avhengig av dokumentert effekt, og også for annen diagnostikk og behandling.

Et annet eksempel er ordningen med egenbetaling for poliklinikk og egenbetaling for dagbehandling og fravær av egenbetaling for innleggelse. Med utgangspunkt i litteraturen på området kan dette

begrunnes med at besøk på poliklinikken er mer prisfølsom enn en sykehusinnleggelse. Samtidig gir denne strukturen problematiske insitamenter i tilfellene der dagbehandling og innleggelse gir like god helseeffekt av behandling.

Vi har tidligere argumentert for graderte egenbetalinger når tilgang til forebygging og behandling nå kan gi store helseeffekter og mindre ressursbruk seinere. Dette kan for eksempel i prinsippet være et argument for små egenbetalinger i primærhelsetjenesten. Samtidig viser Beales og Smith (2012) at det ikke er noe empirisk grunnlag for å hevde at ressursinnsats i primærhelsetjenesten medfører mindre ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.

Hvilken rolle egenbetalingstak skal ha, er et sentralt spørsmål å drøfte i forbindelse med graderte egenbetalinger. Fravær av egenbetalingstak gjør prioriteringseffekten av graderte egenbetalinger større. Samtidig vil befolkningens beskyttelse mot finansiell risiko bli mindre.

Et system med gradert pasientbetaling vil trolig kreve mer gjennomtenkning i Norge enn i USA. I USA vil økte egenbetalinger og mindre bruk av helsetjenester komme kundene direkte til gode gjennom lavere forsikringspremier. Tilsvarende mekanismer fins ikke i Norge siden økte pasientbetalinger ikke vil gi noen automatisk fordel i form av lavere skatter. Hvis det skulle skje, måtte man introdusere valgmuligheter, der en person kunne få skattefradrag dersom han er villig til å akseptere en kontrakt med graderte pasientbetalinger avhengig av hvor godt dokumentert behandlingens effekt er.

2.7 Oppsummering

Gjennomgangen av egenskaper ved de ulike prioriteringsinstrumentene har vist at de alle har sine fordeler og ulemper. Grunnleggende er at selve formålet med å innføre helsetjenesteforsikring er å beskytte befolkningen mot den finansielle risikoen ved å bli syk og sikre tilgang til grunnleggende helsetjenester uavhengig av økonomisk evne når sykdom rammer. Dette setter klare begrensninger for bruk av egenbetaling som prioriteringsinstrument. Det åpner samtidig for å bruke betydelig egenbetaling som et prioriteringsinstrument der helsegevinsten er liten eller tvilsom. Vi kommer tilbake til en mulig tillempling av dette i kapittel 3.

3. Empiriske studier om egenbetaling

3.1 Introduksjon

Kapitlet gir oversikt over hovedkonklusjoner fra empiriske studier om egenbetaling og angir referanser til relevant faglitteratur og datakilder. Det finnes en omfattende internasjonal litteratur om virkninger av egenbetalinger for helsetjenester. En betydelig del av denne litteraturen omhandler helsetjenesten i USA og andre land med betydelig innslag av individuelle forsikringsordninger. Hvorvidt, og i hvilken grad, resultater fra internasjonal litteratur med rimelighet kan antas å ha overføringsverdi til norske forhold og gi grunnlag for å forstå den norske helsetjenesten er et viktig spørsmål. Mange av de amerikanske studiene som refereres i dette kapitlet tar for seg endringer eller forskjeller i egenbetalingsregimene for personer som er dekket av helseforsikring. En viktig forskjell mellom helseforsikringsordninger i USA og Norge er individenes mulighet til å velge forsikringsordning. De som ønsker, har mulighet til å velge en ordning med lav forsikringspremie der få behandlinger og tjenester er dekket og egenbetalingene er høye, eller velge en forsikring med bred forsikringsdekning og lave egenbetalinger mot å betale en høyere forsikringspremie, som beskrevet i avsnitt 3.6. I Norge er det i færre valgmuligheter og det er foreløpig de færreste som har private helseforsikringer. Likevel er det grunn til å tro at resultater basert på amerikanske data *har* overføringsverdi, og det er to grunner til dette: For det første er det mange amerikanere som i praksis har begrenset fleksibilitet til å velge helseforsikring, da helseforsikringen i mange tilfeller er knyttet til (ektefelle eller foreldres) arbeidsforhold. I tillegg er eldre over 65 år dekket gjennom Medicare som er en universell forsikringsordning. For det andre benytter flere av de mest sentrale studiene eksperimentelt design der enkeltpersoner ikke selv kan velge sin forsikringsordning. Vi har søkt særskilt etter litteratur fra Norge, og de andre nordiske landene, men tallet på studier av god kvalitet som fokuserer på disse problemstillingene er få sammenlignet med tallet på internasjonale studier.

I arbeidet med dette kapitlet har vi hatt stor glede av flere reviewartikler. Kiil og Houlberg (2013) er en reviewartikkel av nyere dato der forfatterne gjør eksplisitt rede for sin søkestrategi. I tillegg har vi benyttet reviewartiklene til Morrissey (2013), McGuire 2012, Zweifel og Manning (2000) og Rice og Morrison (1994). Dette er hyppig siterte reviewartikler som gir god oversikt over tidligere litteratur.

De går gjennom en lang rekke med studier fra ulike land og med ulike design. Vi gjengir ikke i detalj alle arbeidene som kan gjenfinnes, men fokuserer på særlig sentrale og innflytelsesrike studier. Andre nyttige reviewartikler er Gibson (2005) og Goldman (2007) som særlig fokuserer på virkninger av egenbetaling for medikamenter.

Gode kilder til institusjonell kunnskap om egenbetalinger i Norge og andre land er Sosialdepartementet (1990), Helse- og omsorgsdepartementet (2005), Helse- og omsorgsdepartementet (2006), Johnsen (2004), Paris mfl. (2010) og Ringard et al (2013).

I avsnitt 3.5 omtaler vi særskilt de deler av litteraturen som tar for seg egenbetaling som er gradert etter prioritet. Det kan synes som at omfanget av litteratur som fokuserer særskilt på virkninger av gradert egenbetaling etter prioritet er begrenset, og at tallet på studier i anerkjente tidsskrifter foreløpig er få. Tematisk er problemstillinger knyttet til egenbetaling og prioritet et populært tema for diskuterende og normative lederartikler, ofte med utgangspunkt i helseforsikringsmarkedet i USA under etiketten *Value Based Insurance*. I avsnitt 3.6 beskrives ulike forsikringsordninger og bruk av value based health insurance i Massachusetts, USA.

3.2 Studier med utgangspunkt i kontrollerte eksperimenter

For å beregne de kausale effekter som ulik utforming av helseforsikringer har for bruk av helsetjenester, virkninger på helsetilstandene og utviklingene i helseutgifter er det nødvendig å ta hensyn til at markedet for forsikringer kjennetegnes ved at det ikke er tilfeldig hvilke typer av individer som velger forsikringsordninger med lav egenbetaling. Av den grunn er det de studier som er basert på kontrollerte eksperimenter som er blitt særlig innflytelsesrike. En særlig innflytelsesrik studie er The RAND Health Insurance Experiment. Dette eksperimentet er en viktig kilde til kunnskap om effekter av egenbetaling for bruk av helsetjenester. Eksperimentet er et av de mest omfattende felteksperimenter noensinne med hensyn til kostnader og tallet på involverte individer. Eksperimentet ble initiert av den amerikanske regjeringen med målet om å undersøke hovedsakelig hvordan egenbetaling påvirker bruk av helsetjenester. Eksperimentet pågikk fra november 1974 til februar 1977 og involverte rundt 6000 personer, som ved hjelp av randomisering ble plassert i en av fem ulike helseforsikringsplaner. De ulike planene varierte med hensyn til egenbetaling og egenandelstak. Hovedresultatet i studien er at egenbetaling reduserer bruken av alle typer helsetjenester (Newhouse, 1993, Leibowitz mfl., 1985a). Samtidig tyder resultatene på at økning av egenbetalingene hadde relativt små effekter på bruken av helsetjenester: Den gjennomsnittlige priselastisiteten ble anslått til å være -0,20 (Keeler og Rolph, 1988). Sammenlignbare elastisiteter er

gjenfunnet i en rekke andre studier⁴. Egenbetaling bidro til å redusere antall legebesøk, mens intensiteten av behandlingen ikke ble påvirket. En tolkning av dette funnet er at virkningen av egenbetaling begrenses idet pasienten har tatt kontakt med helsepersonell og videre beslutninger helt eller delvis delegeres til en annen beslutningstaker enn pasienten selv (Lohr, mfl., 1986). Videre tyder resultatene på at egenbetaling reduserer bruken av både effektive og ikke-effektive behandlinger i samme grad, og resultatene tyder ikke på at tallet på unødvendige sykehusinnleggelser ble redusert (Siu mfl., 1986, Shapiro mfl., 1986).

Det ble undersøkt om effekten av egenbetaling var forskjellig over inntektsgrupper og grupper med ulik helse. Forskjellene var ikke statistisk signifikante (Newhouse mfl., 1993).

Innføring av 25% egenbetaling reduserte tallet på legebesøk med 27% og antallet innleggelser med 18%. De samlede utgiftene ble redusert med 15 %, men enhetskostnadene ble ikke påvirket. De kvantitative resultatene samsvarer med resultatene fra «Stanford University eksperimentet» (Scitovsky og Snyder, 1972). Etterspørselen etter legetjenester for barn ble påvirket i samme grad som i eldre aldersgrupper. Samtidig tyder resultatene på at etterspørselen etter sykehusinnleggelser for barn ikke ble påvirket. Siu og Sonnenberg mfl. (1986) finner at egenbetaling reduserte tjenester som var medisinsk nødvendige i tillegg til tjenester som var medisinsk unødvendig. Samtidig var etterspørselen mindre følsom for egenbetaling ved alvorlige helseproblemer sammenlignet med mindre alvorlige helseproblemer.

Det ble videre gjort funn som tyder på at egenbetaling *kan* medføre helseeffekter, men resultatene var blandet. For eksempel tyder resultatene fra Shapiro mfl. (1986) på at personer med egenbetaling hadde noe større sannsynlighet for å rapportere «alvorlige symptomer». Rogers mfl., (1991) finner at egenbetaling førte til redusert funksjonsnivå målt med *days of restricted activity* (RADs), men det ble ikke funnet høyere sykefravær blant arbeidstakere.

I henhold til Kiil og Houlberg (2013) er det en rekke argumenter som taler for å ikke basere nåværende diskusjon om egenandeler i europeiske land på resultatene fra RAND eksperimentet: Forsøket ble gjennomført for mer enn tre tiår siden og siden den gang har det vært betydelig økning i forekomsten av en rekke livsstilssykdommer samtidig som behandlingstilbudet har endret seg betydelig. Eksperimentet ble også gjennomført i en institusjonell kontekst som er svært forskjellig fra de fleste helsevesen som finnes i Europa. Videre er ordningene for egenbetaling som eksisterer i

⁴ Se for eksempel Scitovsky og Snyder (1972) og Chandra et al (2010).

land med en offentlig helsetjeneste vanligvis mer komplekse enn de som ble implementert i RAND eksperimentet.

Et eksperiment av nyere dato er det såkalte «Oregon Health Insurance Experiment». I denne studien fikk en uforsikret studiepopulasjon tildelt helseforsikring gjennom Medicaid etter et lotteri. Resultatene tyder på at Medicaid ikke medfører signifikant forbedring i et utvalg målbare fysiske helseindikatorer relatert til hypertensjon og forhøyet kolesterol. Samtidig førte tilgang på helseforsikring til at flere diabetikere ble diagnostisert i tillegg til lavere forekomst av depresjon (Baicker mfl., 2013). Studiepopulasjonen med helseforsikring hadde et større forbruk av primærhelsetjenester og preventive helsetjenester, i tillegg til flere sykehusinnleggelses sammenlignet med kontrollgruppen. Studiepopulasjonen hadde også bedre selvrapportert fysisk og mental helse sammenlignet med kontrollgruppen (Finkelstein mfl., 2012)

3.3 Øvrig empirisk forskning om virkninger av egenbetaling

Blant andre empiriske studier som er mye sitert finner vi en del empiriske studier basert på såkalte naturlige eksperimenter. En av de eldste studiene er den såkalte «Stanford University studien» (Scitovsky og Snyder, 1972, Phelps og Newhouse, 1972). Resultatene fra denne studien tydet på at en økning i egenbetalingen fra 0 % til 25 % for legetjenester ble assosiert med en reduksjon i antall legebesøk på 24%. I den såkalte «Kaiser Permanente studien» (Selby mfl,1996) studeres effekten av å innføre egenbetaling for øyeblikkelig hjelp tjenester (Emergency room). Resultatene tyder på at innføring av egenbetaling på 25\$-35\$ var assosiert med 15% redusert bruk. I de såkalte «MediCal Studiene» (Roemer og Hopkins mfl., 1975, Helms, Newhouse og Phelps, 1974) studeres effekten av å innføre 1\$ i egenbetaling for de to første legebesøk og \$0.50 for de to første reseptene. Resultatene tyder på at innføringen av egenbetaling ble assosiert med en reduksjon i tallet på legebesøk på 8 %, mens tallet på sykehusinnleggelses økte med 17%. Dette er et eksempel på at innføring av egenbetaling for en tjeneste kan påvirke bruk av øvrige helsetjenester. I den såkalte «United Mine Workers studien» (Scheffler,1984), ble det innført 40% egenbetaling for legekonsultasjon og spesialistkonsultasjon samt 250\$ i egenbetaling ved sykehusinnleggelse. Resultatene fra denne studien tyder på at innføringen av egenbetaling ble assosiert med en reduksjon i antall legebesøk med 28%, og sannsynligheten for sykehusinnleggelse ble redusert med mer enn en tredel. En annen studie der det rapporteres at innføring av egenbetaling for legetjenester ble assosiert med redusert bruk av primærlegetjenester er den såkalte «Saskatchewan studien» (Beck, 1974). I denne studien ble det ikke funnet statistisk signifikant effekt av egenbetaling og bruk av spesialistleger.

Blant nyere studier finner vi en rekke studier som utnytter endringer i de offentlige forsikringsordningene i USA. I Finkelstein (2007) analyseres effekten av å innføre Medicare i USA i 1965. I studien beregnes virkningen på sykehusutgiftene av å introdusere Medicare. Dette gjøres ved å utnytte geografisk variasjon i eldres dekning under private forsikringsordninger i årene forut introduksjonen av Medicare. Resultatene tyder på at innføring av Medicare, og dermed betydelig forbedring av forsikringsdekningen for eldre, førte til en økning i sykehusutgiftene på 37 %. Finkelstein og McKnight (2008) undersøkte om innføringen av Medicare påvirket eldres dødelighet. De finner ikke statistisk signifikant effekt av forbedret forsikringsdekning gjennom Medicare på eldres dødelighet over en tiårs periode etter innføringen i 1965.

En mye sitert studie av nyere dato er Chandra mfl. (2010) som utnytter forskjeller i tidspunkter for innføring av egenbetaling for legebesøk og reseptbelagte medikamenter blant eldre til å beregne virkninger av egenbetaling på bruk av tjenester. Resultatene tyder på at økt egenbetaling medfører redusert bruk, men de beregnede effektene er overraskende små. Beregningene tyder på at en økning i egenbetalingen på 1% medfører en reduksjon på mindre enn 0.1 %, og dette tilsvarer kun halvparten av de beregnede elastisitetene fra RAND studien.

Blant nyere empirisk forskning om virkningen av egenbetaling finnes også en rekke studier som omhandler virkninger av egenbetaling for medisiner. Goldman mfl. (2007) og Gibson mfl. (2005) er detaljerte reviewartikler som tar for seg virkninger av egenbetaling for medikamenter. Studiene benytter typisk kontrollert variasjon i legemiddelpriser på pasientnivå som følger av ulike reguleringsregimer til å kvantifisere virkningene av egenbetaling. De ulike studiene finner priselastisiteter i området fra -0,1 til -0,6. I en slik studie finner Gilman og Kautter (2007 og 2008) estimerte priselastisiteter på omtrent -0.23.

Om kryssvirkninger av egenbetaling

Et viktig spørsmål er hvorvidt endret egenbetaling for en tjeneste påvirker bruk av en annen tjeneste. Det er ikke mulig å gi et generelt svar på dette spørsmålet med utgangspunkt i økonomisk teori. I den såkalte MediCal studien fant Helms, Newhouse og Phelps (1974) at egenbetaling for legebesøk og resepter ble assosiert med en sterk økning i tallet på sykehusinnleggelser. Trivedi mfl. (2010) økt egenbetaling for lege og spesialistbesøk medførte flere innleggelser. Connolly mfl. (2009) studerte effekten av endret egenbetaling for assistert befruktning i Tyskland. I tillegg til å undersøke den direkte effekten av endret egenbetaling for omfanget av assistert befruktning undersøkte de om

egenbetalingen påvirket bruk legemiddelet Clomifene⁵. Den beregnede kryssprisvirkningen ble beregnet til å være nær null. Det kan synes som at svaret spørsmålet om på hvorvidt økt egenbetaling for én helsetjeneste medfører økt eller redusert bruk av en annen helsetjeneste vil kunne avhenge av en rekke forhold. Blant annet vil kjennetegn ved de aktuelle tjenester, og kjennetegn ved individet eller kjennetegn ved tilbyderer av helsetjenestene kunne ha betydning for fortegnet på eventuelle kryssvirkninger.

Egenbetaling i Norge

Statistisk sentralbyrå (2014) beskriver utviklingene i husholdningenes samlede utgifter til egenbetaling for helsetjenester. I perioden 1997-2013 har de samlede helseutgiftene i Norge vokst raskere enn husholdningens utgifter til egenbetaling for helsetjenester, og de totale egenbetalingens andel av de helseutgiftene er dermed redusert. Mens egenbetaling fra husholdningene utgjorde 19% av helseutgiftene i 1997 var tilsvarende andel redusert til 15 % i 2013. Det er interessant å merke seg at husholdningens egenbetaling utgjør om lag samme andel som i USA (Baicker og Goldman , 2011).

Offentlige dokumenter som beskriver problemstillinger knyttet til omfang og utforming av egenbetaling i den norske helsetjenesten inkluderer blant annet Sosialdepartementet (1990), Helse- og omsorgsdepartementet (2005) og Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Det har vært få store reformer knyttet til egenbetaling for helsetjenester. Blant unntakene er fjerning av tilskudd for assistert befruktning og innføring av egenandel for denne behandlingen på kroner 15 000 fra 1.1.2002. Hvorvidt det økte omfanget av egenbetaling medførte reduksjon i omfanget av denne behandlingen er ikke helt klart. Romundstad og Sunde (2012) hevder endringen medførte «... en dramatisk reduksjon i antall pasienter som søkte behandling...», og siterer Andersen mfl. (2007). Dersom man sammenligner antall svangerskap som resultat av assistert befruktning ved IVF i år 2001 og 2003 slik dette er beskrevet av Nygren mfl., (2002) og Andersen mfl.(2007)⁶ finner man at tallet på svangerskap som resultat av assistert befruktning økte fra 723 til 774 mellom 2001 og 2003.

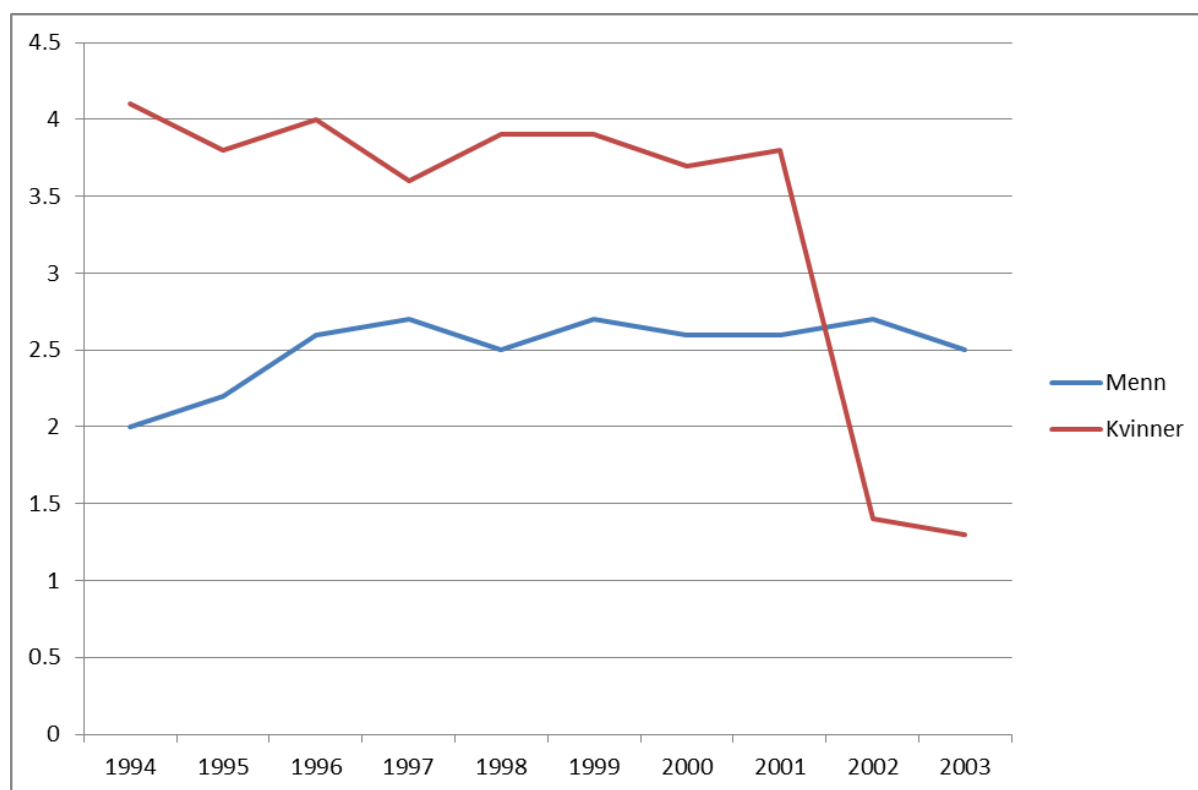
En annen vesentlig endring var økningen i egenbetalingen for sterilisering for kvinner 1.1.2002. Utviklingen i tallet på steriliseringer per 1000 innbyggere er beskrevet i Figur 3.1. Vi ser at det var en markant reduksjon i antallet steriliseringer blant kvinner i forbindelse med økning av egenbetalingen.

⁵ Clomifene er et mye brukt reseptbelagt legemiddel mot infertilitet.

⁶ Både Nygren mfl., (2002) og Andersen mfl.(2007) er fra rapportserien til *Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology*.

Bakken (2007) er en før-etter-studie som beskriver endringer i hyppigheten av sterilisering etter at det ble innført egenbetaling for dette 1.1.2002. En klar reduksjon i hyppigheten av sterilisering blant kvinner observeres etter økningen i egenbetaling. Aldersjustert insidens falt fra mellom 6,3 og 6,8 per 1000 kvinner i perioden 1999 til 2001 til mellom 2,2 og 2,3 per 1000 kvinner i perioden 2002-2005.

Figur 3.1 Steriliseringer per 1000 innbyggere etter kjønn, 1994-2003. (SSB, 2004)



Det er interessant å merke seg at det i henhold til tallene fra SSB (2004) ikke ser ut til at redusert hyppighet av sterilisering blant kvinner ikke motsvares av en økning i omfanget av sterilisering blant menn.

En annen viktig reform i nyere tid er innføring av automatisk frikort (egenandelstak 1). Ordningen ble innført fra 1.6.2010, og førte til at mer enn 300 000 flere innbyggere fikk frikort (Helfo, 2014). I forbindelse med automatiseringen ble personer sikret frikort ved passering av beløpsgrensen, selv om de unnlot å samle på kvitteringer og søke om frikort.

Det har også blitt gjennomført flere endringer i aldersgrensen for at barn skal få fritak for egenandeler. I 2006 ble aldersgrensen for barns fritak for egenbetaling økt fra 7 til 12 år, og fra 2010

er barn under 16 år fritatt for egenbetaling⁷. Endringene i aldersgrensene for fritak for egenbetaling bidrar til kontrollert variasjon i egenbetalingene for disse gruppene som ved endret regulering omfattes av fritaksordningen. Det har ikke vært forsket mye på effekten av disse endringene. Et unntak er Zeratsion (2013) som undersøker effekten av fritak for egenbetaling for aldersgruppen mellom 12 og 16 år fra 2010. Resultatene tyder på at unntak fra egenbetaling medfører økt bruk. Effekten blir beregnet til 0.26 legebesøk per år, eller 8,5% for en ungdom med gjennomsnittlig kontakthypighet.

Tabell 3.1 Virkninger av egenbetaling på bruk av tjenester

Tjeneste	Virkning av økt egenbetaling	Referanser
Primærlegetjeneste, Allmennpraksis, Preventive tjenester	Redusert bruk	Beck (1974) Chandra mfl. (2010), Scheffler (1984), Bolin mfl. (2009), Cockx og Brasseur (2003), Christensen (1995a), Christensen (1995b) Krutilova (2010), Layte mfl. (2009), Newhouse, (1993), Nolan (2008), Scitovsky og Snyder (1972), Phelps og Newhouse (1972), van de Voorde mfl. (2001), Winkelmann (2004), Zeratsion (2013)
	Ingen signifikant effekt	Augurzky mfl. (2006), Schreyögg og Grabka (2010)
Polikliniske konsultasjoner, spesialistkonsultasjoner	Redusert bruk	Krutilova (2010) (Scheffler, 1984) Newhouse, (1993)
	Ingen signifikant effekt	Beck (1974)
Medikamenter	Redusert bruk	Almarsdottir mfl. (2000), Atella mfl. (2006), Blais mfl. (2003), Chandra mfl. (2010), Choudry mfl., (2014), Chernew mfl. (2010) Connolly mfl. (2009), Contoyannis mfl. (2005) Fiorio og Siciliani (2010), Gilman og Kautter (2007 og 2008) Grootendorst og Levine (2002) Krutilova (2010), Leibowitz mfl. (1985a) McManus mfl. (1996), Puig-Junoy mfl. (2011), Skipper (2010), Tamblyn e mfl. (2001)
	Ingen signifikant effekt	Pilote mfl. (2002),
Sykehus	Redusert bruk	Bakken mfl. (2007), Finkelstein (2007), Phelps og Newhouse (1974), Scheffler (1984), Selby mfl. (1996) (ER)
	Ingen signifikant effekt	Krutilova (2010)

⁷ For barn som tidligere ikke var omfattet av egenandelsfritak, kunne utgiftene føres på en av foreldrenes frikort.

3.4 Nærmere om virkning av egenbetaling på helse

Mens litteraturen som beskriver sammenhenger mellom omfanget av egenbetaling og bruk av tjenester kan tilby svært sikre konklusjoner, er det blandede resultater og usikre konklusjoner med hensyn til både hvorvidt egenbetaling påvirker folks helse, og hvorvidt egenbetaling påvirker grupper med ulik inntekt forskjellig. Det er ikke alltid at helsetjenester medfører helseforbedringer. Dermed kan man ikke slutte at egenbetaling medfører dårligere helse gjennom at egenbetaling medfører redusert bruk – det kan tenkes at det først og fremst er for tjenester med liten eller ingen effekt som bruken reduseres. I RAND studien ble det påvist reduksjon både i medisinsk nødvendige og unødvendige tjenester Siu og Sonnenberg mfl. (1986). Det finnes studier som finner statistisk signifikante sammenhenger mellom egenbetaling og helse men det finnes samtidig en rekke studier der det ikke påvises sammenheng mellom omfanget av egenbetaling og helseutfall. Både i forbindelse med RAND eksperimentet og Oregon eksperimentet er det undersøkt hvorvidt egenbetaling medfører helseeffekter, og det er ikke entydige resultater. Det ble funnet evidens for at egenbetaling var assosiert med større hyppighet av «alvorlige symptomer» (Shapiro mfl., 1986) og Rogers mfl., (1991) finner at egenbetaling førte til redusert funksjonsnivå målt med *days of restricted activity* (RADs). Baicker mfl., (2013) undersøkte helseeffekter i forbindelse med Oregon eksperimentet, og det ble ikke påvist signifikant forbedring i et utvalg målbare fysiske helseindikatorer relatert til hypertensjon og forhøyet kolesterol, men tilgang på helseforsikring førte til at flere diabetikere ble diagnostisert i tillegg til lavere forekomst av depresjon. Studiepopulasjonen i Oregon eksperimentet hadde også til bedre selvrapportert fysisk og mental helse sammenlignet med kontrollgruppen (Finkelstein mfl., 2012). Finkelstein og McKnight (2008) undersøkte om innføringen av Medicare påvirket dødelighet blant de eldre. De finner ikke statistisk signifikant effekt av forbedret forsikringsdekning gjennom Medicare på Eldres dødelighet over en tiårs periode etter innføringen i 1965.

En gitt endring i egenbetaling vil utgjøre en større andel av inntekten i lavinntektsgrupper sammenlignet med høyinntektsgrupper, en forskjell som forsterkes ved at helsetilstand og inntekt empirisk er positivt korrelert. Det kan derfor synes overraskende at det ikke er entydig klar evidens som peker i retning av at lavinntektsgrupper reagere sterkere på endringer i egenbetaling enn hva som er tilfellet for høyinntektsgrupper. I Rand studien ble det ikke påvist at lavinntektsgrupper reagerte sterkere på egenbetaling enn høyinntektsgrupper (Newhouse, 1993). Heller ikke i nyere studier av virkninger av endrede egenbetalinger er det sterk evidens for at lavinntektsgrupper

reagerer sterkere på endret egenbetaling. Goldman (2007) forklarer at mangel på sikker evidens like gjerne kan skyldes metodiske problemer som følger av at sosioøkonomisk informasjon ofte mangler i studier som benytter registerdata, samtidig som studier der forskerne har tilgang på sosioøkonomisk informasjon ofte er lite representative. Det finnes en rekke studier basert på spørreundersøkelser som tyder på at det er vanligere blant personer med lav inntekt å unnlate å fornye sin resept Reed (2005). Det er også studier fra Norge som tyder på at personer med lav inntekt oftere lar være å oppsøke tannlege som følge av egenbetaling (Svalund, 2005).

3.5 Studier som fokuserer på gradert egenbetaling

De senere årene har graderte egenbetalinger (value based insurance) fått økende fokus i USA. Og det er mange som anbefaler å endre forsikringsordningene i en slik retning (Chernew mfl., 2007 og Robinson, 2010). De ordningene som har blitt innført i praksis har hatt som målsetning å sørge for lav egenbetaling for behandlinger med stor effekt. Samtidig diskuteres det aktivt hvorvidt fokus også bør rettes mot å sørge for høy egenbetaling for behandlinger med liten effekt (Fendrick mfl., 2010). I litteraturen om graderte egenbetalinger er en sentral hypotese at reduksjon eller avskaffelse av egenandeler for nødvendige og effektive behandlinger for kronisk syke, kan medføre at forsikringsselskapets samlede forsikringsutbetalinger reduseres, og at nevnte reduksjon i egenbetaling samlet sett er et «kostnadsnøytralt» tiltak som medfører helseforbedringer for kronisk syke. Chernew mfl. (2010) beskriver resultater der egenbetaling for medisiner til pasienter med kroniske sykdommer, ble vesentlig redusert. I denne studien finner forfatterne at reduksjonene i egenbetaling medførte en vesentlig økning i medisinbruk blant pasienter med de aktuelle kroniske sykdommene, og at reduserte kostnader forbundet med bruk av andre helsetjenester veiet opp for økte utgifter til medikamentene. I en studie av virkningen av graderte egenbetalinger i Nord Carolina finner Maciejewski mfl., (2014) at en ordning med graderte egenbetalinger og lav egenbetaling for generiske medikamenter medførte at flere tok sine medisiner og at dette videre medførte lavere kostnader forbundet med innleggelse i sykehus. Alt i alt var ordningen med graderte egenbetalinger ikke kostnadsnøytral, da reduksjonen i kostnader andre steder i helsetjenesten ikke var stor nok til å kompensere for de økte utgiftene til medikamentene.

Choudry mfl., (2014) undersøker et stort antall forskjellige forsikringsordninger for å undersøke hvordan kjennetegn ved de ulike ordningene påvirker bruk av medisiner. Forfatterne finner blant annet at ordninger som var mer generøse og var målrettet mot høyrisikogrupper, i større grad oppnådde at pasientene etterlevde anbefalt medikamentbruk sammenliknet med ordninger uten

slike kjennetegn. Effektene beskrives som sterke med effekter i størrelsesorden 4-5 prosent forbedret etterlevelse av forskrivning.

Det finnes også europeiske studier som kan sies å tilhøre litteraturen om graderte egenbetalinger. Connolly mfl. (2009) studerer virkningen av å introdusere av egenbetaling for assistert befruktning- i Tyskland. Priselastisiteten beregnes til -0.36.

En rekke av de store helseforsikringselskapene i USA, som for eksempel Blue Cross Blue Shield tilbyr såkalte value based insurance ordninger med fokus på lav egenbetaling for behandlinger med stor effekt. Samtidig er det en betydelig andel amerikanere som er forsikret gjennom ordninger med et relativt høyt egenandelstak, da gjerne i kombinasjon med en såkalt «health savings account», en spareordning øremerket helseutgifter tilordnet visse skattefordeler (Morrisey, 2013)

3.6 Eksempler på forsikringsordninger fra Massachusetts, USA.

I USA kan arbeidsgivere, enkeltpersoner eller familier å velge mellom flere ulike selskaper som tilbyr helseforsikring, og hvert av helseforsikringselskapene tilbyr et utvalg av ulike forsikringspoliser som varierer med hensyn til størrelsen tak på årlige egenbetaling, egenbetaling for spesifikk tjenester og medikamenter, og samt hvilke helseutgifter som dekkes av forsikringen. I forbindelse med Innføringen av Obamas helsereform har myndighetene sørget for å etablere ordninger som skal gjøre det lett for personer og arbeidsgivere å finne fram til og sammenlikne de ulike forsikringsordningene.

Staten Massachusetts i USA var tidlig ute med å reformere markedet for helseforsikringer med målsetning om å sørge for større utbredelse av helseforsikring i befolkningen. Vi gjengir derfor noen eksempler på typer av helseforsikringsordninger i denne staten. Et eksempel på tiltak for å bistå etterspørselssiden med valg av helseforsikring er nettsiden «Health Connector» for Massachusetts. Her kunne man i April 2014 skaffe til veie informasjon om 10 forskjellige helseforsikringselskaper og deres forsikringspoliser rettet mot enkeltpersoner og familier. Det er vanlig at hvert av selskapene tilbyr en meny med alternative forsikringspoliser. Et av de største helseforsikringselskapene er Blue Cross Blue Shield, som forsikrer mer enn 100 millioner amerikanere. Selskapet Blue Cross Blue Shield tilbyr i Massachusetts elleve forskjellige poliser rettet mot enkeltpersoner og familier beskrevet i Tabell 3.2.

Tabell 3.2: Oversikt over ulike helseforsikringsplaner som Blue Cross Blue Shield markedsfører mot enkeltpersoner og familier i Massachusetts, USA.

Type	Navn	Årlig egenandelstak per person (familie) i USD	Årlig pasientbetaling i USD for behandling av Diabetes type 2 (Eksempel)
Platinum 1	HMO Blue Premium	1 500 (3 000)	900
Platinum 2	HMO Blue \$500 Deductible	1 000 (2 000)	890
Gold 1	HMO Blue Basic Value	3 000 (6 000)	2 840
Gold 2	HMO Blue \$1,000 Deductible	4 000 (8 000)	1 480
Gold 3	Blue Cross Blue Shield \$1500, a Multi-State Plan	4 000 (8 000)	1 460
Gold 3	HMO Blue \$1,500 Deductible	4 000 (8 000)	1 460
Gold Other	HMO Blue \$500 Deductible with HCCS	4 000 (8 000)	1 420
Silver	Access Blue Basic	5 350 (10 700)	1 600
Silver	Blue Cross Blue Shield Basic, a Multi-State Plan	5 350 (10 700)	1 600
Bronze	Access Blue Saver II	6 350 (12 700)	4 240
Catastrophic	HMO Blue Essential	6 350 (12 700)	5 350

Selskapet Blue Cross Blue Shield tilbyr i Massachusetts forsikringspoliser som beskrives som value based insurance med fokus på lav egenbetaling for behandlinger med stor effekt. Det ser imidlertid ut til at disse forsikringsproduktene i hovedsak markedsføres mot arbeidsgivere som kjøper helseforsikring for sine ansatte. Vi har ikke funnet eksempler på at forsikringspoliser markedsføres mot enkeltpersoner og familier under etiketten «value based insurance». Grunnen til at dette produktet i mindre grad markedsføres mot enkeltpersoner og familier kan være at disse har stor fleksibilitet med hensyn til bytte av forsikringsordning. Siden de har anledning til å bytte forsikring årlig, vil det trolig i liten grad vil være aktuelt for en person med kronisk sykdom å velge en polise som kun dekker katastrofale helseutfall slik som «HMO Blue Essential». For personer med kroniske sykdommer er det trolig mest aktuelt å velge en polise der samlet egenbetaling for behandling av den kroniske sykdommen er lav.

Det kan imidlertid se ut til at til forsikringselskapene aktivt markedsfører såkalte value-based insurance poliser til arbeidsgivere. Blue Cross Blue Shield (2014b) har som uttalt målsetning at value-based insurance ordningene skal oppnå helseforbedringer for personer med kroniske

sykdommer i tillegg til kostnadsbesparelser på lang sikt, og at dette skal kunne oppnås gjennom å motivere pasientene til å etterleve de anbefalte behandlingsprogrammene ved hjelp av prismetanismen. Fra 1. januar 2012, tilbys value based insurance programmer for de fleste ordningene, og det er pasienter med kroniske sykdommer som er i fokus. Foreløpig omfatter ordningen behandling av pasienter med Astma, kardiovaskulær sykdom eller risiko for kardiovaskulær sykdom (behandling av både høyt blodtrykk og høyt kolesterol) depresjon (når dette er relevant i forbindelse med astma, hjerte- og karsykdommer risiko eller diabetes), og pasienter som forsøker slutte å røyke. Ordningen omfatter også pasienter med diabetes. For å oppmuntre til forebygging av komplikasjoner og høye kostnader tilbys personer med diabetes nå to overvåkningskonsultasjoner per år uten egenbetaling.

4 Modeller for egenbetaling i norsk helsetjeneste

4.1 Introduksjon

Det har vært en stor økning i andelen av OECD-landenes ressurser som blir anvendt til helsetjenester. Årsakene er dels at landene blir rikere og dels at det skjer en rask teknologisk utvikling i helsesektoren, særlig innenfor spesialisthelsetjenestene. Det er grunn til å tro at ressursveksten innen helsesektoren vil fortsette. En viktig diskusjon blir da hvordan en skal kombinere finansieringen fra offentlige og private budsjetter. Vi drøfter derfor noen alternativer der en øker helsesektorens inntekter fra egenbetaling. Et ønske om å øke disse inntektene kan både ha sin bakgrunn i at man ikke ønsker en vekst i helsesektoren som er sterkere enn i andre sektorene av offentlig virksomhet og det kan skyldes at man ønsker at innbyggerne selv i større grad skal avveie kostnader og utbytte av helsetjenestene.

Vi diskuterer effekter av tre ulike modeller for egenbetaling:

- Generelle egenbetalingsordninger, dvs. ordninger med bredt fundament og lav betalingsats
- Inntektsgradert egenbetaling, dvs. at egenbetalingen varierer med pasientenes inntekt
- Nyttegradert egenbetaling, dvs. at egenbetalingen varierer med tjenestens nytteverdi («value based health insurance»)

En normativ analyse som vi her legger opp til forutsetter at det defineres målsettinger som modellene kan vurderes mot. De tre modellene vurderes i forhold til følgende fem målsettinger:

- Dempet etterspørsel etter helsetjenester og dempet utgiftsvekst
- Prioriteringer i tråd med nasjonale retningslinjer, dvs. at tjenestene prioriteres med utgangspunkt i prioriteringsforskriften
- Redistribusjon av inntekter
- Stabile eller positive helseeffekter
- Enkle og transparente administrasjonsordninger

Målene kan være i konflikt. For eksempel kan det være motsetninger mellom dempet etterspørsel etter helsetjenester og stabile eller positive helseeffekter.

4.2 Egenbetalingsordninger

4.2.1 Generelle egenbetalingsordninger

Det finnes i dag egenbetaling ved bruk av blant annet fastleger for pasienter over 16 år, medikamenter – inklusive medikamenter omfattet av blåreseptordningen, pasientreiser, deler av rehabiliteringstjenestene og polikliniske konsultasjoner og utredninger. Egenbetalingssatsene er relativt lave og begrenses oppad av egenandelstak 1 og egenandelstak 2. En kan tenke seg at disse

betalingsordningene utvides på to måter; en kan heve egenandelstaket eller øke egenbetalingssatsene hos fastlegene. I det følgende brukes disse to endringene som eksempler for å illustrere effekter av endringer i generelle egenbetalingsordninger.

Etterspørsel etter helsetjenester/utgiftsvekst: Heving av egenandelstaket innebærer at noen av dem som får frikort i dag, ikke vil få det etter økningen. Det vil også innebære at resten av dem som har frikort i dag, må betale mer egenandeler før de får frikort. For de som går mye til legen kan derfor kostnadene øke noe og det kan redusere etterspørselen etter legetjenester. Reduksjon i etterspørselen forutsetter imidlertid at pasienten har full informasjon om effektene av heving av egenandelstaket på egne kostnader. Dette trenger ikke være tilfelle for eksempel som følge av at en ikke prioriterer regnskap over egenbetalingskvitteringene særlig høyt. For de som går lite til legen (og ikke får frikort i dag) har endringen ikke effekt. Samlet sett er det derfor ikke grunn til å tro at legesøkingsatferden vil gå ned særlig mye. Hvis antallet legebesøk går ned, vil kanskje fastlegene kompensere ved å bruke mer tid på den enkelte pasient og dermed ha mulighet til å kreve flere tidstakster fra folketrygden. Selv om etterspørselen etter tjenester går noe ned, trenger en dermed ikke dempe utgiftsveksten.

Den andre muligheten innebærer økning i egenbetalingssatsene samtidig som egenbetalingstaket er uforandret. Et slikt tiltak vil ikke få betydning for dem som er sikre eller nokså sikre på å få frikort. De vil betale det samme beløp som før, og vil bare motta frikortet tidligere. Den mulig negative etterspørselseffekten vil komme fra gruppen som er nokså sikre på ikke å få frikort. Isolert sett vil etterspørselen her gå ned. Det mulige samspillet med tilbudssiden blir tilsvarende som ved å øke egenandelstaket. Hvis antallet legebesøk går ned, vil fastlegene kunne kompensere ved å kreve flere tidstakster fra folketrygden. Effekten på utgiftsveksten blir derfor liten.

Prioriteringer mellom ulike helsetjenester: Generelle endringer i egenbetalingsordningene, enten heving av egenandelstaket eller økning i egenandelstakstene, vil i liten eller ingen grad direkte påvirke prioriteringene mellom ulike helsetjenester. En kan imidlertid tenke seg indirekte endringer i prioriteringene indirekte via etterspørselen. Det henger sammen varierende priselastisitet i ulike inntektsgrupper og at ulike inntektsgrupper bruker ulike helsetjenester. For eksempel kan en tenke seg at etterspørselen etter tjenester som brukes mye av lavinntektsgrupper, blir prioritert ned.

Redistribusjon av inntekter: Både økte egenandeler og heving av egenandelstakene vil påvirke pasientenes personlige økonomi negativt. Effekten kan bli sterkere for lavinntektsgruppene enn for høyinntektsgruppene både fordi lavinntektsgruppene bruker mer primærhelsetjenester enn høyinntektsgruppene og fordi deres økonomiske bæreevne er lavere. Økning i egenandelene vil ha noe gunstigere fordelingseffekt enn heving av egenandelstaket. Årsaken er at økning i egenandelene vil slå ut for gruppen som bruker minst helsetjenester. En kan derfor hevde at fordelingsmålet er bedre ivaretatt ved høyere egenandeler enn ved en økning av egenandelstaket.

Stabile eller positive helseeffekter: I tråd med funnene fra internasjonal litteratur (Kiil & Houlberg 2013) må effektene på pasientenes helse antas å bli svake på kort sikt. Det er trolig flere mekanismer bak den svake sammenhengen, men først og fremst at pasientene eventuelt reduserer bruken av helsetjenester som oppleves som mindre nødvendige.

Enkle og transparente administrasjonsordninger: Både et bredere grunnlag for egenbetalingen, høyere satser og høyere egenandelstak vil være lett å administrere siden det ikke innebærer systemmessige endringer.

4.2.2 Inntektsgraderte egenbetalingsordninger

Inntektsgraderte ordninger eksisterer i noen grad for ytelser innenfor sosial- og trygdesektoren, for eksempel for bostøtte og stønad etter lov om sosiale tjenester som begge er midlertidige ordninger for inntektssikring. Beregning og utbetaling av slik støtte er som hovedregel basert på en persons inntekter, utgifter og personlige forhold som familiesituasjon, bosituasjon, alder, livssituasjon og helse. I USA eksisterer det inntektsgraderte stønads- og egenbetalingsordninger innenfor Medicaid-systemet.

Inntektsgraderte egenbetalingsordninger i helsetjenestene innebærer gradering av egenbetalingen etter inntekt og eventuelt familiesituasjon. En kan for eksempel tenke seg følgende modell: Lav egenbetaling (for eksempel kr 50 per legebesøk) for trygdede, studenter og andre med inntekter under et bestemt nivå, middels høye egenandeler (for eksempel kr. 200 per legebesøk) for personer med inntekter rundt gjennomsnittet og høye egenandeler (for eksempel kr 400 per legebesøk) for personer med høye inntekter.

Etterspørsel etter helsetjenester/utgiftsvekst: Inntektsgraderte egenandeler vil kunne øke den samlede bruken av helsetjenester og dermed øke utgiftsveksten. Dersom vi antar at innføring av et regime med inntektsgraderte egenandeler i utgangspunktet er tilnærmet provenynøytralt (ikke er forventet å påvirke statens utgifter), vil det trolig lede til høyere bruk av helsetjenester i lavinnteksgruppene, mens høyinnteksgruppene i liten grad vil la sitt forbruk bli påvirket som følge av høyere betalingsvillighet. På lengre sikt vil i tillegg flere mekanismer være virksomme. For det første kan høyinnteksgruppene velge å tegne private forsikringer for å komme unna de høye egenandelene. De vil da redusere sitt forbruk av offentlige finansierte helsetjenester. Hvordan dette påvirker det offentlige utgiftsnivå, vil være avhengig av hvor stor subsidieandelen er i helsetjenestene for pasienter med høye egenandeler. Hvis det er elementer av subsidier for denne gruppen, vil offentlige utgifter gå ned. Samtidig viser internasjonale studier at helsetjenestesystemer med private tilleggforsikringer har høyere utgiftsnivå enn skattebaserte systemer. Ordningen vil derfor trolig øke utgiftsveksten.

Prioriteringer mellom ulike helsetjenester: Inntektsgraderte egenbetalingsordninger vil ikke påvirke prioriteringene mellom ulike helsetjenester fra tilbyderne av tjenestene, men vil kunne påvirke prioriteringene indirekte via etterspørselen. Helsetjenester som brukes mye av lavinnteksgrupper, kan bli prioritert opp som følge av høyere etterspørsel mens tjenester som brukes mer av høyinnteksgrupper, for eksempel konsultasjoner hos private spesialiser, kan bli prioritert ned.

Redistribusjon av inntekter: Inntektsgraderte egenandeler vil gi økt grad av redistribusjon av inntekter på kort sikt. Dette følger av at lavinnteksgruppene betaler mindre (og dermed mottar høyere subsidiebeløp) for helsetjenestene mens høyinnteksgruppene betaler mer (og kanskje dekker kostnadene ved tjenestene fullt ut). Et potensielt problem på lengre sikt er at høyinnteksgruppene i et slikt system vil hoppe ut av det offentlige systemet og kjøpe seg tjenester i

det private markedet. Dette kan i så fall påvirke høyinnteksgruppens «skattevillighet» i det lange løp. En kortsiktig redistribusjon av inntekter kan derfor bli etterfulgt av bortfall av statens inntekter. En mindre dramatisk, men like fullt alvorlig effekt vil være virkningen på arbeidstilbudet. Dersom egenandelene blir lave for lavinnteksgrupper, kan de for enkeltgrupper bli lite attraktivt å øke sitt tilbud av arbeidskraft siden en da får høyere inntekt og må betale høyere egenandeler.

Stabile eller positive helseeffekter: Effektene på pasientenes helse antas å bli svake på kort sikt. På lengre sikt kan effektene være positive siden ordningen vil lede til høyere forbruk av helsetjenester i lavinnteksgruppene.

Enkle og transparente administrasjonsordninger: Administrasjonsordningene blir mer kompliserte siden betalingen gjøres betinget av inntekt.

4.2.3 Nyttegradert egenbetaling

Nyttegradert egenbetaling innebærer som nevnt at egenbetalingen settes høyt på ytelser som gir lav helsegevinst og lavt på ytelser som gir høy helsegevinst. Vi antar i utgangspunktet at helsegevinsten relativt lett kan fastsettes. Dette er åpenbart en lite realistisk forutsetning og den må diskuteres nærmere. Ideen bak ordningen er at pasientene kan bidra til å styre ressursbruken i helsesektoren ved at de oppmuntres til å veie forventet helseforbedring mot kostnad når ulike tiltak vurderes.

Vi nevnte ulik pris på generika og originalpreparater som eksempel på slike ordninger i dagens helsetjenester. Her skal vi diskutere nærmere et forslag om å heve egenandelene for ortopedisk kirurgi, for eksempel meniskoperasjoner, operasjoner på albue og operasjoner på skulder. Den store økningen i meniskoperasjoner er omstridt som følge av dårlig dokumenterte effekter på lang sikt og høye kostnader. Buckbinder (2013) argumenterer for at “currently, millions of people are being exposed to potential risks associated with a treatment that may or may not offer specific benefit, and the costs are substantial”.

Etterspørsel etter helsetjenester/utgiftsvekst: Nyttegraderte egenandeler vil kunne redusere bruken av tjenester der prisen økes (se nærmere diskusjon under). Effekten på den samlede bruken av helsetjenester er derimot ikke klar (jfr. kapittel 3). Det kan tenkes at bruken av opptrening og fysioterapi vil øke. Dette vil være en endring som er i tråd med intensjonene med ordningen.

Prioriteringer mellom ulike helsetjenester: Nyttegraderte egenbetalinger kan gi pasientene et økonomisk incitament til å være tilbakeholden med å etterspørre tjenester med høy egenbetaling. I vårt eksempel økes prisen på ortopedisk kirurgi. Samtidig holdes prisen på opptrening nede. Det antas at opptrening er substitutt for ortopedisk kirurgi i de fleste tilfeller. Dette vil imidlertid ikke gjelde ved for eksempel akutte menisk-problemer. Dette problemet diskuteres senere. Heving av egenandelene på ortopedisk kirurgi vil ha to effekter for pasienten, en priseeffekt og en inntektseffekt (i tillegg kan det være effekter av det signalet politikerne sender om ønskede prioriteringer ved endringer i egenbetalingen). Preiseffekten vil føre til en vridning i etterspørselen fra ortopediske operasjoner og over til opptrening. Inntektseffekten innebærer at de som benytter ortopedisk kirurgi, vil få et inntektstap som i neste omgang reduserer mulighetene for konsum av andre goder.

Redistribusjon av inntekter: Effekten på inntektsnivået til pasientene er vanskelig å predikere. En kan tenke seg at innføring av nyttegraderte egenandeler vil redusere forbruket av ortopedisk kirurgi og at dette skjer likt i alle inntektsgrupper. I så fall blir omfordelingseffektene (på gruppenivå) neglisjerbare. En kan imidlertid tenke seg flere alternative effekter. Dersom bruken av opptrening øker mer i høyinntektsgruppene enn i lavinntektsgruppene (for eksempel som følge av at høyinntektsgruppene har høyere utdanningsnivå og derfor er mer mottakelig for helseinformasjon), vil lavinntektsgruppene få en sterkere reduksjon i sine inntekter enn høyinntektsgruppene. En kan også tenke seg den motsatte effekten; for høyinntektsgruppene betyr egenandelen lite for tilpasningen.

Stabile eller positive helseeffekter: Effektene på pasientenes helse antas å bli svake på kort sikt. Effektene på lengre sikt vil variere med pasientenes handlinger. Dersom pasientene endrer livsstil og bruker mer tid på opptrening, kan effektene bli positive. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til langtidseffektene.

Enkle og transparente administrasjonsordninger: Administrasjonsordningene kan bli mer kompliserte siden betalingen vil variere etter type tjeneste som ytes. Dette kan bli et betydelig problem dersom en skal differensiere prisen for eksempel mellom elektive og akutte ortopediske problemer.

4.3 Eksperimenter med egenbetaling

Av de tre ordningene vi har diskutert er det nyttegraderte egenandeler som er interessante i prioriteringssammenheng. Det er imidlertid flere forhold som må klargjøres før en innfører et system med nyttegraderte egenandeler:

- Skal en differensiere betalingen mellom akutt og elektiv kirurgi?
- Hvor store er effektene av økte egenandeler på ortopedisk kirurgi på etterspørselen etter disse tjenestene, og hvor stor blir vridningen over mot opptrening?
- Hva er de langsiktige effektene for pasientenes helsetilstand av slike egenandeler?
- Hvilke fordelingsmessige effekter har ordningen?

Uklarhetene rundt effektene gjør at vi foreslår policyeksperiment med nyttebaserte egenbetalingsordninger for ortopediske lidelser. Policyeksperimentet implementeres som et randomiserte kontrollert forsøk (Randomized Controlled Trial - RCT). Policyeksperimenter er i dag lite utbredt i Norge. Innenfor medisinsk forskning brukes imidlertid eksperimentelt forskningsdesign når effektiviteten til nye legemidler skal vurderes. Det er paradoksalt at det norske helsevesenet, som rutinemessig benytter seg av randomiserte kontrollerte studier, svært sjeldent, eller aldri, gjør det samme når det gjelder organisering av egen virksomhet. Reformen implementeres som oftest på samme tidspunkt i hele landet. En bedre løsning ville være å introdusere reformer på forskjellig tidspunkt for ulike brukere og la loddrekning bestemme hvilke pasienter som skal inkluderes i de ulike gruppene. Det er ingen åpenbare grunner til at man ikke også skal evaluere helsepolitikk med

godt forskningsdesign. Det kan være grunn til å tro at holdningen til politikkekksperimenter er i endring, siden policy eksperimenter blir stadig mer utbredt i resten av verden.

En kan tenke seg at eksperimentet gjennomføres på en slik måte at ulike hypoteser testes ut. Vi kan tenke oss randomisering til tre grupper:

- Gruppe 1: Egenandelene på opptrening fjernes, prisen på ortopediske inngrep økes ikke. Ved dette forskningsdesignet vil en komme nært en studie av prisvridningseffekten. Dette har sammenheng med at egenandelene på opptrening i dag er relativt lave (en stor del av aktivitetene, for eksempel fysioterapi, vil falle under egenandelstak 2) slik at inntektseffekten ved bortfall av egenandeler vil bli liten. Liten endring i egenandelene gjør imidlertid at insentivene til endret atferd også blir små.
- Gruppe 2: Prisen på ortopedi økes til kostnadsdekning, prisen på opptrening holdes konstant. Her blir insentivene til å endre atferd sterkere. Problemet er at vi også får en inntektseffekt ved at de som kjøper ortopedi får redusert kjøpekraft.
- Gruppe 3: Som gruppe 2, men inntektseffekten nulles ut ved at alle får et beløp som dekker kostnadene ved et kirurgisk inngrep. De som tar opptrening, vil da sitte igjen med et økonomisk overskudd.
- Gruppe 4: Kontrollgruppe - status quo.

Flere forhold ved et slikt forsøk må utredes før det iverksettes. For eksempel må det klargjøres når pasienten skal tildeles en sum penger, ved aksept for å delta i forsøket eller når pasienten oppsøker helsetjenesten. Tidspunktet dette skjer på kan både påvirke hvem som deltar i forsøket og hvordan aktører i helsetjenesten tilpasser seg.

5 Oppsummering og diskusjon

Grunnlaget for all prioritering i helsevesenet er at samfunnet har begrensede ressurser, og at ressurser anvendt til et bestemt helseformål alternativt kunne vært anvendt på andre formål innenfor eller utenfor helsesektoren. Behovet for aktiv implementering av mekanismer som bidrar til å begrense ressursbruken er et særtrekk ved helsesektoren, og skyldes blant annet at individer er helt eller delvis dekket av helseforsikringsordninger dersom de blir syke. Helseforsikringsordninger har sin årsak i at risikoaverse individer har betalingsvilje for å redusere usikkerhet om framtidige behandlingsutgifter, og helseforsikringsordninger bidrar derfor i seg selv til økt velferdsnivå. Samtidig vil individer med fullstendig forsikring, etterspørre flere helsetjenester enn ønskelig utfra et mål om effektiv fordeling av ressurser mellom ulike formål.

En av hovedkonklusjonene fra empirisk forskning om virkninger av egenbetalinger er at egenbetaling er et virkemiddel som kan brukes for å begrense ressursbruken i helsesektoren. Samtidig innebærer økte egenbetalinger en reduksjon i forsikringsdekningen. Det er en iboende konflikt mellom et mål om å skjerme individene mot finansiell usikkerhet, og hensynet til effektiv allokering av samfunnets ressurser mellom helsesektoren og øvrige sektorer. De velferdsgevinstene som oppnås i form av mer effektiv ressursallokering ved økte egenbetalinger, må avveies mot verdien av tapt velferd som følger av redusert forsikringsdekning.

I Norge er omfanget av private tilleggforsikringer foreløpig begrenset. Den skattebaserte helseforsikringen har derfor stor grad av innflytelse både over nivået på egenbetalingene, og på utformingen av de andre virkemidlene for å påvirke ressursbruken i helsesektoren, omtalt i kapittel 2: Ventetider, retningslinjer, tjenesteytneres betalingsordning og primærlegen som portvakt. I en økonomi med en skattebasert helseforsikring som utgjør et monopol, vil det ved fastsettelse av egenbetalinger i helsetjenesten være mulig å vektlegge både hensynet til effektiv ressursallokering og hensynet til velferd generert ved helseforsikring.

Omfanget av private tilleggforsikringer vil avhenge av hvordan den skattebaserte forsikringsordningen og egenbetalingen utformes. Erfaringer fra andre land, som for eksempel Frankrike, tilsier at dersom den skattebaserte ordningen gjøres mindre attraktiv og nivået på egenbetalingene blir høyt, så vil det medføre at private tilleggforsikringer blir mer utbredt. I

ytterste konsekvens kan altså økte egenbetalinger i den skattebaserte ordningen bidra til en økning i antall personer med forsikringskontrakter *uten* egenbetaling⁸.

Dersom stort omfang av private tilleggsforsikringer betraktes som ufordelaktig, vil hensynet til omfang av private tilleggsforsikringer kunne begrense handlingsrommet for bruk av egenbetaling som prioriteringsinstrument. Hvor relevant hensynet til private tilleggsforsikringer er for fastsettelsen av egenbetalinger i den skattebaserte ordningen, vil variere avhengig av sykdom/behandling. Et valg om å skaffe seg privat tilleggsforsikring gjøres før sykdom inntreffer. I vurderinger av nivået på egenbetalinger for ulike behandlinger kan det derfor være nødvendig å ta hensyn til hvordan alternative utforminger av egenbetalingen fremstår for individer der behovet for behandlingen ennå ikke har oppstått. I tillegg til selve nivået på egenbetalingene vil kjennetegn ved behandlingen og omstendighetene som har ført til behandlingsbehov, ha betydning for hvor ønskelig det er for individet å skaffe seg dekkende forsikring. Videre vil omstendighetene også ha betydning for hvorvidt private aktører vil ønske å tilby kontrakter som dekker den aktuelle behandlingen.

For å fastsette nyttegraderte egenbetalinger som ivaretar prioriteringshensynet samt hensynet til velferd fra helseforsikringer og omfanget av private tilleggsforsikringer, er det nødvendig med detaljkunnskap om de langsiktige virkningene av alternative nivåer på egenbetalinger for de ulike behandlinger. Vi kan peke på tre kriterier som har aktualitet ved fastsettelse av graderte egenbetalinger for behandlinger, kriterier som kommer i tillegg til rene prioriteringskriterier: Hvorvidt behandlingsbehovet kan verifiseres, hvorvidt behandlingsbehovet har oppstått som følge av tilfeldigheter, og hvorvidt de aktuelle behandlingskostnader fremstår som særlig attraktive å forsikre seg mot.

For enkelte tilstander kan det være vanskelig å verifisere eller etterprøve at det foreligger behov for en spesifikk behandling. Trolig vil det derfor være lite attraktivt for private forsikringsselskaper å tilby forsikring som dekker kostnader ved behandling av kronisk utmattelse og lignende sykdommer. Det samme vil trolig gjelde for enkelte behandlinger, der behandlingsbehovet ikke har oppstått som følge av tilfeldigheter. Eksempler kan være omskjæring av gutter, sterilisering og fjerning av tatoveringer eller rynker hos eldre. For andre behandlinger der behandlingsbehovet er klart

⁸ Hvorvidt behandling av privat forsikrede pasienter gjøres på *bekostning* av pasientbehandling i den skattebaserte ordningen (ved at legers arbeidstid skiftes fra offentlige sykehus til private sykehus) eller i tillegg til pasientbehandling i den skattebaserte ordningen (ved at legenes samlede arbeidstilbud øker når flere har privat forsikring), er et helt sentralt spørsmål i denne sammenheng.

verifiserbart og samtidig er et resultat av tilfeldigheter, vil det være mulig for forsikringsselskaper å etablere ordninger som dekker behandlingene, samtidig som slike tilleggsforsikringer vil kunne fremstå som attraktive i situasjoner der egenbetalingene eller ventetidene i den skattebaserte ordningen fremstår som lite attraktive. Eksempler her vil kunne omfatte en rekke ulike typer elektiv kirurgi etter klinisk indikasjon. De behandlinger som er særlig egnet for høy grad av egenbetalinger, vil altså kjennetegnes ved at de fremstår som lite viktige (eller umulige) å forsikre seg mot og som samtidig har lav prioritet i henhold til eksisterende prioriteringskriter.

Generelt gjelder at samme behandling vil kunne ha ulik effekt for ulike pasienter med samme diagnose. Ofte vil behandlingseffekt påvirkes av bidiagnoser, generell helsetilstand og livsstil. I kapittel 2 diskuterte vi spørsmålet om heterogenitet innenfor diagnose/behandlingsgrupper og hvorvidt det kan være ønskelig med graderte egenbetalinger innen samme diagnose. Også her er det nødvendig med betydelig grad av detaljkunnskap på behandlingsnivå for å fastslå hvorvidt graderte egenbetalinger innen diagnose/behandlingsgrupper er hensiktsmessig. Vi beskrev med eksempler hvordan graden av etterprøvbarehet med hensyn til anslag på behandlingens forventede effekt vil kunne variere over ulike behandlinger, og at innføring av graderte egenbetalinger innen en diagnose vil medføre at legens rolle blir konfliktfylt i situasjoner der skjønn spiller en rolle for anslag på forventet behandlingseffekt.

I kapittel 3 beskrev vi ordninger der graderte egenbetalinger allerede er i bruk. Det ble ikke funnet litteratur med eksempler på graderte egenbetalinger brukt systematisk for pasienter med samme diagnose men med ulike forventede helseeffekter. Det kan synes som om diskusjonen om graderte egenbetalinger har ulikt utgangspunkt i USA og Norge. I USA fokuseres det på at en egenbetalingsstruktur med samme *prosentandel* egenbetaling for ulike behandlinger er ufordelaktig i forhold til ordninger der behandlinger med store dokumenterte helseeffekter tilbys med lavere egenandel. En vurdering av fordeler og ulemper med gradert egenbetaling vil ikke være uavhengig av hvilke nivåer egenbetalingene er på for ulike behandlinger i utgangspunktet. Spesielt gjelder at det i Norge er egenbetalinger for en rekke høyt prioriterte behandlinger med stor forventet helseeffekt, og det vil derfor være mulig å innføre et system med graderte egenbetalinger som i praksis vil innebære reduksjoner i pasientenes egenbetaling. Innføring av graderte egenbetalinger etter amerikansk modell vil for eksempel kunne innebære reduserte egenbetalinger for pasienter med kardiovaskulær sykdom eller risiko for kardiovaskulær sykdom, samt pasienter med diabetes. Internasjonale studier referert i Kapittel 3 tyder på at en slik innretning av egenbetalingene vil kunne ha positive helseeffekter. Skal en sikre en formålstjenlig innføring av graderte egenbetalinger med

økte egenbetalinger for lavt prioriterte behandlinger, er det et stort behov for mer kunnskap om hvilke effekter de økte egenbetalingene vil ha for omfanget de ulike behandlingene, og for befolkningens ønske om å skaffe seg tilleggsforsikringer. Særlig viktig vil det være å skaffe til veie kunnskap om eventuelle uintenderte effekter i form negative helseeffekter (siden enkelte vil kunne få en dårligere behandling enn de ellers ville fått), og krysspriseffekter der økt egenbetaling for en behandling påvirker bruk av andre behandlinger.

Vi foreslår i Kapittel 4 et policyeksperiment med nyttebaserte egenbetalingsordninger for ortopediske lidelser. Policyeksperimentet implementeres som et randomiserte kontrollert forsøk (*Randomized Controlled Trial - RCT*). Policy eksperimenter er i dag lite utbredt i Norge. Innenfor medisinsk forskning brukes imidlertid eksperimentelt forskningsdesign når effektiviteten til nye legemidler skal vurderes. Det er paradoksalt at det norske helsevesenet, som rutinemessig benytter seg av randomiserte kontrollerte studier, svært sjeldent, eller aldri, gjør det samme når det gjelder organisering av egen virksomhet. Reformen implementeres som oftest på samme tidspunkt i hele landet. En bedre løsning ville være å introdusere reformer på forskjellig tidspunkt for ulike brukere og la loddrekning bestemme hvilke pasienter som skal inkluderes i de ulike gruppene. Det er ingen åpenbare grunner til at man ikke også skal evaluere helsepolitikk med godt forskningsdesign. Det kan være grunn til å tro at holdningen til politikkeksperimenter er i endring, siden policy eksperimenter blir stadig mer utbredt i resten av verden.

Referanser

- Almarsdóttir, A. B., J. M. Morgall, og A. Grímsson (2000). Cost containment of pharmaceutical use in Iceland: the impact of liberalisation and user charges. *Journal of health services research & policy* 5 (2), 109–113.
- Andersen, A. N., V. Goossens, L. Gianaroli, R. Felberbaum, J. De Mouzon, og K. Nygren (2007). Assisted reproductive technology in europe, 2003. results generated from european registers by eshre. *Human Reproduction* 22 (6), 1513–1525.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53, 941–969.
- Atella, V., F. Peracchi, D. Depalo, og C. Rossetti (2006). Drug compliance, co-payment and health outcomes: evidence from a panel of italian patients. *Health economics* 15 (9), 875–892.
- Augurzky, B., T. K. Bauer, og S. Schaffner (2006). Copayments in the german health system: does it work? IZA Discussion Paper No. 2290
- Baicker, K. og D. Goldman (2011). Patient cost-sharing and health care spending growth. *Journal of Economic Perspectives* 25 (2), 47–68.
- Baicker, K., S. L. Taubman, H. L. Allen, M. Bernstein, J. H. Gruber, J. P. Newhouse, E. C. Schneider, B. J. Wright, A. M. Zaslavsky, og A. N. Finkelstein (2013). The oregon experiment - effects of medicaid on clinical outcomes. *New England Journal of Medicine* 368 (18), 1713–1722.
- Bakken, I. J., F. E. Skjeldestad, U. Schøyen, og M. G. Husby (2007). Strong decline in female sterilization rates in norway after the introduction of a new copayment system: a registry based study. *BMC women's health* 7 (1), 12.
- Beales, S., og P. C. Smith (2012). The role of primary health care in controlling the cost of specialist health care. In T. Iversen og S. A. C. Kittelsen (eds.): Challenges in health care financing and provision. *Nordic Economic Policy Review* 2/2012, 153-186. Nordic Council of Ministers 2013. <http://www.norden.org/en/publications/publikationer/2013-514>
- Beck, R. G. (1974). The effects of co-payment on the poor. *Journal of Human Resources* , 129–142.
- Blais, L., J. Couture, E. Rahme, og J. LeLorier (2003). Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among individuals receiving social assistance. *Health Policy* 64 (2), 163–172.
- Blue Shield Massachussets (2014a)
https://www.mahealthconnector.org/HomePortal/content/conn/UCM/path/Contribution%20Folders/Content%20Folders%20for%20Connector/Learn/Plan_Info/Summary_of_Benefits_and_Coverage/summary_of_benefits_and_coverage.html (Nettside besøkt 24.4.2014)
- Bluecross Blue Shield Massachussets (2014b)
<https://www.bluecrossma.com/bluelinks-for-employers/plans-products/medical-plans/value-based-benefits.html>
- Bolin, K., A. Lindgren, B. Lindgren, og P. Lundborg (2009). Utilisation of physician services in the 50+ population: the relative importance of individual versus institutional factors in 10 european countries. *International journal of health care finance and economics* 9 (1), 83–112.
- Buchbinder, R. (2013). Meniscectomy in Patients with Knee Osteoarthritis and a Meniscal Tear? *New England Journal of Medicine* 368, 1741-1742.
- Chandra, A., J. Gruber, og R. McKnight (2010). Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly. *The American economic review* 100 (1), 193.
- Chernew, M. E., A. B. Rosen, og A. M. Fendrick (2007). Value-based insurance design. *Health Affairs* 26 (2), w195–w203.

- Chernew, M. E. og J. P. Newhouse (2008). What does the rand health insurance experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes. *American Journal of Managed Care* 14 (7), 412–414.
- Chernew, M. E., I. A. Juster, M. Shah, A. Wegh, S. Rosenberg, A. B. Rosen, M. C. Sokol, K. Yu-Isenberg, og A. M. Fendrick (2010). Evidence that value-based insurance can be effective. *Health Affairs* 29 (3), 530–536.
- Choudhry, Niteesh K., MA Fischer BF Smith og G Brill, CGirdish (2014). "Five Features Of Value-Based Insurance Design Plans Were Associated With Higher Rates Of Medication Adherence." *Health Affairs* 33.3 (2014): 493-501.
- Cockx, B. og C. Brasseur (2003). The demand for physician services: evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics* 22 (6), 881–913.
- Connolly, M. P., G. Griesinger, W. Ledger, og M. Postma (2009). The impact of introducing patient co-payments in germany on the use of ivf and icsi: a price-elasticity of demand assessment. *Human reproduction* 24 (11), 2796–2800.
- Contoyannis, P., J. Hurley, P. Grootendorst, S.-H. Jeon, og R. Tamblyn (2005). Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, canada. *Health Economics* 14 (9), 909–923.
- Christensen, B. (1995). Characteristics of attenders and non-attenders at health examinations for ischaemic heart disease in general practice. *Scandinavian journal of primary health care* 13(1), 26–31.
- Cutler, D. M. og R. J. Zeckhauser (2000). The anatomy of health insurance. *Handbook of health economics* 1, 563–643.
- Einav, L. og A. Finkelstein (2011). Selection in insurance markets: Theory and empirics in pictures. *Journal of Economic Perspectives* 25, 115-138.
- Fendrick, A. M., M. E. Chernew, J. Bian, W. H. Dow, D. B. Matchar, T. Rice, K. Desmond, R. E. Hurley, S. M. Retchin, P. J. Neumann, et al. (2006). Value-based insurance design: a "clinically sensitive" approach to preserve quality of care and contain costs. *American Journal of Managed Care* 12 (1), 18.
- Fendrick, A. M., D. G. Smith, og M. E. Chernew (2010). Applying value-based insurance design to low-value health services. *Health Affairs* 29 (11), 2017–2021.
- Finkelstein, A. (2007). The aggregate effects of health insurance: Evidence from the introduction of medicare. *The Quarterly Journal of Economics* 122 (1), 1–37.
- Finkelstein, A. og R. McKnight (2008). What did medicare do? the initial impact of medicare on mortality and out of pocket medical spending. *Journal of public economics* 92 (7), 1644–1668.
- Finkelstein, A., S. Taubman, B. Wright, M. Bernstein, J. Gruber, J. P. Newhouse, H. Allen, K. Baicker, mfl. (2012). The oregon health insurance experiment: Evidence from the first year*. *The Quarterly Journal of Economics* 127 (3), 1057–1106.
- Fiorio, C. V. og L. Siciliani (2010). Co-payments and the demand for pharmaceuticals: evidence from italy. *Economic Modelling* 27 (4), 835–841.
- Gaynor, M., J. Li, og W. B. Vogt (2007). Substitution, spending offsets, and prescription drug benefit design. In *Forum for Health Economics & Policy*, Volume 10.
- Gibson, T. B., R. J. Ozminkowski, R. Z. Goetzel, et al. (2005). The effects of prescription drug cost sharing: a review of the evidence. *American Journal of Managed Care* 11 (11), 730–740.
- Gilman, B. H. og J. Kautter (2007). Consumer response to dual incentives under multitiered prescription drug formularies. *American Journal of Managed Care* 13 (6), 353.
- Gilman, B. H. og J. Kautter (2008). Impact of multitiered copayments on the use and cost of prescription drugs among medicare beneficiaries. *Health Services Research* 43 (2), 478–495.
- Goldman, D. P., G. F. Joyce, og Y. Zheng (2007). Prescription drug cost sharing - associations with medication and medical utilization and spending and health. *Journal of the American Medical Association* 298 (1), 61–69.

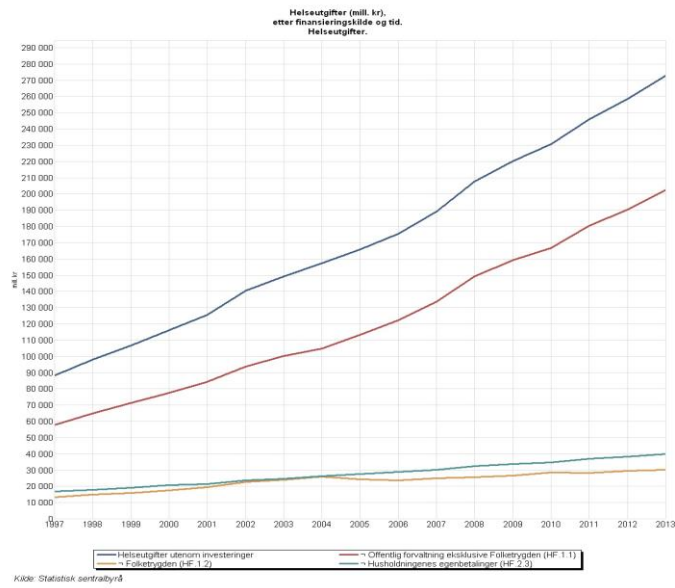
- Grootendorst, P. V. og M. Levine (2002). Do drug plans matter? effects of drug plan eligibility on drug use among the elderly, social assistance recipients and the general population. Technical report, McMaster University.
- Hall, R. E. og C. I. Jones (2007). The value of life and the rise in health spending. *The Quarterly Journal of Economics* 122 (1), 39–72.
- Helms, L. J., J. P. Newhouse, og C. E. Phelps (1978). Copayments and demand for medical care: the california medicaid experience. RAND Corporation
- Helfo, 2014, “ Hver fjerde voksne innbygger fikk frikort i 2013” (oppslag på internett.)
<http://helfo.no/privatperson/frikort/Sider/hver-fjerde-voksne-innbygger-fikk-frikort-i-2013.aspx>
 (nettside besøkt 1.5.2014)
- Helsedirektoratet (2014),
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default.aspx?Kategori=Veiledere&Tema=Kvalitet+og+planlegging&undertema=Prioriteringer> (nettside besøkt 29.5.2014)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006), St.prp. nr. 1 (2006–2007)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005), St. Melding 18 (2004-2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006), St.prp. nr. 1 (2006-2007), kapittel 10.
- Hoel, M. (2007). What should (public) health insurance cover? *Journal of Health Economics* 26, 251–262.
- Iversen, T. (1997). The effect of private sector on the waiting time in a National Health Service. *Journal of Health Economics* 16, 381–96.
- Johnsen, J. R. (2004). Egenandeler i helsetjenesten i ulike land. Bergen: Program for helseøkonomi i Bergen .
- Keeler, E. B. og J. E. Rolph (1988). The demand for episodes of treatment in the health insurance experiment. *Journal of Health Economics* 7 (4), 337–367.
- Kiil, A. og K. Houlberg (2013). How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? a systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *The European Journal of Health Economics* ,1–16.
- Kruutilova, V. (2010). Impact of user fees in health care system on health care consumption. *Review of Economic Perspectives* 10 (4), 113–132.
- Layte, R., A. Nolan, H. McGee, og A. O’Hanlon (2009). Do consultation charges deter general practitioner use among older people? a natural experiment. *Social Science & Medicine* 68 (8), 1432–1438.
- Leibowitz, A., W. G. Manning, og J. P. Newhouse (1985). The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing. *Social science & medicine* 21 (10), 1063–1069.
- Lin, C. og S. Hsu (2012). Constructing “behavioral” comparison groups: A difference-in-difference analysis of the effect of copayment based on the patient’s price elasticity. *Evaluation & the health professions*
- Lohr, K., R. Brook, C. Kamberg, G. Goldberg, A. Leibowitz, J. Keeseey, D. Re- boussin, og J. Newhouse (1986). Effect of cost sharing on use of medically effective and less effective care. *Medical Care* 24 (9 Suppl), S31–38.
- Maciejewski, Matthew L., Wansink, Daryl, Lindquist, Jennifer H., Parker, John C., og Farley, Joel F, (2014) Value-Based Insurance Design Program In North Carolina Increased Medication Adherence But Was Not Cost Neutral. *Health Affairs* , 33 (2), 300–308.
- Manning, W. G., J. P. Newhouse, N. Duan, E. B. Keeler, og A. Leibowitz (1987). Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *The American economic review* , 251–277.
- McGuire, T. (2012). Demand for health insurance. *The Handbook of Health Economics* , 317–396.
- McManus, P., N. Donnelly, D. Henry, W. Hall, J. Primrose, og J. Lindner (1996). Prescription drug utilization following patient co-payment changes in australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 5 (6), 385–392.

- Morrisey, M. A. (2013). Health insurance in the united states. In Handbook of Insurance, pp. 957–995. Springer.
- Newhouse, J. and the Insurance Experiment Group (1993). Free for All: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Harvard University Press.
- Newhouse, J. P. (2006). Reconsidering the moral hazard-risk avoidance tradeoff. *Journal of Health Economics* 25 (5), 1005–1014.
- Nolan, A. (2008). Evaluating the impact of eligibility for free care on the use of general practitioner (gp) services: A difference-in-difference matching approach. *Social science & medicine* 67 (7), 1164–1172.
- Nygren, K. og A. Nyboe Andersen (2002). Assisted reproductive technology in europe, 2001. results generated european register by eshre. *Human Reproduction* 20,1158–1176.
- Paris, V., M. Devaux, og L. Wei (2010). Health systems institutional characteristics. OECD Health Working Papers 50.
- Pauly, M. V. og F. E. Blavin (2008). Moral hazard in insurance, value-based cost sharing, and the benefits of blissful ignorance. *Journal of Health Economics* 27 (6), 1407–1417.
- Phelps, C. E. og J. P. Newhouse (1972). Effect of coinsurance: A multivariate analysis. *Soc. Sec. Bull.* 35, 20.
- Phelps, C. E. og J. P. Newhouse (1974). Coinsurance, the price of time, and the demand for medical services. *the Review of Economics and Statistics* 56 (3), 334–42.
- Pilote, L., C. Beck, H. Richard, og M. J. Eisenberg (2002). The effects of cost-sharing on essential drug prescriptions, utilization of medical care and outcomes after acute myocardial infarction in elderly patients. *Canadian Medical Association Journal* 167 (3), 246–252.
- Puig-Junoy, J., P. Garcia-Gomez, og D. Casado-Marin (2011). Free medicines thanks to retirement: Moral hazard and hospitalization offsets in an nhs. Technical report, Tinbergen Institute Discussion Paper.
- Reed, M. (2005). An update on americans' access to prescription drugs. Issue Brief Cent Stud Health Syst Change 95, 1–4.
- Rees, R. (1989). Uncertainty; information and insurance. In J. D. Hey (Ed.), *Current Issues in Microeconomics*. Macmillan Education.
- Rice, T. og K. R. Morrison (1994). Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reform. *Medical Care Research and Review* 51 (3), 235–287.
- Ringard, Å., A. Sagen, I.S.saunes og A.K.Lindahl (2013). Norway. Health System review. Health system in Transition, Vol. 15, no 8 (1-162).
- Robinson, J. C. (2010). Comparative effectiveness research: from clinical information to economic incentives. *Health Affairs* 29 (10), 1788–1795.
- Roemer, M. I., C. E. Hopkins, L. Carr, og F. Gartside (1975). Copayments for ambulatory care: penny-wise and pound-foolish. *Medical Care*, 457–466.
- Rogers, W. H., T. W. O'Rourke, J. E. Ware Jr, R. H. Brook, og J. P. Newhouse (1991). Effects of cost sharing in health insurance on disability days. *Health Policy* 18 (2), 131–139.
- Romundstad, L. B. og A. Sunde (2012). Assistert befruktning - hva skal staten betale? Tidsskrift for den Norske Laegeforening 132 (8), 926.
- Rosen, B., S. Brammli-Greenberg, R. Gross, og R. Feldman (2011). When co-payments for physician visits can affect supply as well as demand: findings from a natural experiment in israel's national health insurance system. *The International Journal of Health Planning and Management* 26 (2), e68–e84.
- Reed MC. An Update on Americans' Access to Prescription Drugs (2005) Center for Studying Health System Change, Issue Brief 95. <http://www.hschange.com/CONTENT/738/>.
- Scheffler, R. M. (1984). The united mine workers' health plan: an analysis of the cost-sharing program. *Medical Care* 22 (3), 247–254.
- Schreyögg, J. og M. M. Grabka (2010). Copayments for ambulatory care in germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. *The European Journal of Health Economics* 11 (3), 331–341.

- Scitovsky, A. A. og N. M. Snyder (1972). Effect of coinsurance on use of physician services. *Soc. Sec. Bull.* 35,3.
- Selby, J. V., B. H. Fireman, og B. E. Swain (1996). Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *New England Journal of Medicine* 334 (10), 635–642.
- Shapiro, M. F., J. E. WARE, og C. D. Sherbourne (1986). Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms results of a randomized controlled trial. *Annals of internal medicine* 104 (2), 246–251.
- Siciliani, L., 2012. An economic assessment of price rationing versus non-price rationing of health care. In T. Iversen og S. A. C. Kittelsen (eds.): Challenges in health care financing and provision. *Nordic Economic Policy Review* 2/2012, 213-242. Nordic Council of Ministers 2013. <http://www.norden.org/en/publications/publikationer/2013-514>
- Siu, A. L., F. A. Sonnenberg, W. G. Manning, G. A. Goldberg, E. S. Bloomfield, J. P. Newhouse, and R. H. Brook (1986). Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *The New England journal of medicine* 315 (20), 1259.
- Skipper, N. (2010). On utilization and stockpiling of prescription drugs when co-payments increase: Heterogeneity across types of drugs. Technical report.
- Sosialdepartementet (1990). Egenbetaling i helse og sosialtjenesten, St. Melding 44 (1989-90).
- Svalund, Jørgen (2005). Velferdsstatens siste hull? Samfunnsspeilet 3/2005, Statistisk sentralbyrå
- Statistisk sentralbyrå, 2014, Tabell: 05369: Helseutgifter, etter finansieringskilde (mill. kr)
- Statistisk sentralbyrå, 2004, Tabell: 03298: Steriliseringer, etter kjønn og alder
- Tamblyn, R., R. Laprise, og J. Hanley (2001). Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 285(4), 421–429.
- Trivedi, A. N., H. Moloo, og V. Mor (2010). Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *New England Journal of Medicine* 362(4), 320–328.
- Van De Voorde, C., E. Van Doorslaer, og E. Schokkaert (2001). Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. *Health Economics* 10 (5), 457-471.
- Winkelmann, R. (2004). Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits—evidence from a natural experiment. *Health Economics* 13 (11),1081–1089.
- Zeckhauser, R. (1970). Medical insurance: A case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives. *Journal of Economic Theory* 2 (1),10–26.
- Zeratsion, H. T. (2013). The effect of exemption from co-payment on adolescent utilisation of primary health care - the case of norway. Master thesis, Department of Health Management and Health Economics, University of Oslo.
- Zweifel, P. og W. G. Manning (2000). Moral hazard and consumer incentives in health care. *Handbook of health economics* 1, 409–459.

Appendix

Figur A1. Helseutgifter (Mill. Kr) etter finansieringskilde 1997-2013. (SSB)



Tabell A1. Andel av samlede helseutgifter for ulike finansieringskilder 1997-2013 (SSB)

	År																
Finansieringskilde	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Offentlig forvaltning eksklusive Folketrygden (HF.1.1)	65%	66%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	68%	70%	71%	72%	72%	72%	73%	74%	74%
Folketrygden (HF.1.2)	15%	15%	15%	15%	15%	16%	16%	16%	15%	14%	13%	12%	12%	12%	11%	11%	11%
Husholdningenes egenbetalinger (HF.2.3)	19%	18%	18%	18%	17%	17%	17%	17%	17%	16%	16%	16%	15%	15%	15%	15%	15%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%