

Allmenmedisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmenmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

En økonoms blikk på fastlegeordningen

■ INGER CATHRINE KANN *forsker, forskningssenteret (HØKH)*

Leger motiveres sannsynligvis i stor grad av andre forhold enn de økonomiske, men avlønningsordningen bidrar isolert sett til at *det lønner seg*¹ å ha lange lister, korte konsultasjoner, å beholde pasientene som er registrert på lista, og å tiltrekke seg nye. Mine forskningsresultater viser at fastleger som praktiserer i kommuner hvor det i sum er flere tilgjengelige listeplasser enn pasienter, skriver ut mer medisiner enn i områder med lavere legetetthet. Fastleger som har åpne lister, skriver ut mer vanedannede medisiner *per pasient*, mer medisiner på blå resept *per pasient*, samt flere forskjellige medikamenter (polyfarmasi) *per pasient* enn leger som har fulle lister. Jeg diskuterer i denne artikkelen om dagens avlønning av leger bidrar til bedre helse i befolkningen og god utnyttelse av helseressursene.

1 I betydningen «man tjener mer penger».

Fordi det har vært uttrykt bekymring knyttet til overmedisinering av eldre så jeg i denne studien på alle reseptbelagte medikamenter hentet ut på apoteket av pasienter over 70 år i tidsperioden 2004–2007. Ved å koble disse dataene til fastlegeregisteret, kunne jeg studere fastlegens rolle i forskrivning til denne aldersgruppen. Undersøkelsen viste en betydelig økning i antall døgndoser, antall ulike legemidler benyttet samtidig (polyfarmasi), og mengde vanedannende medisiner hentet ut per pasient over tid. Veksten i polyfarmasi viste seg å være størst for den delen av pasientene hvor fastlegen alene forskriver medisiner.

Et viktig spørsmål er om, og eventuelt hvordan, fastlegeordningens organisering og avlønningssystem påvirker forskrivningspraksis. Jeg så kun på medikamenter som fastlegen skrev til sine listepasienter, og kontrollerte for ulik pasientsammensetning på legens liste, legens kjønn, alder og spesialitet. Fordi jeg observerte hver lege 16 ganger, kunne jeg benytte metoder som også tok hensyn til uobserverte forskjeller mellom legene som var stabile over tid².

Jeg fant at fastleger skriver ut mer medisiner per pasient jo lengre liste de har. Fastleger som praktiserer i kommuner hvor det i sum er flere tilgjengelige listeplasser enn pasienter, skriver ut mer medisiner enn i områder med lavere legetetthet. Fastleger som har åpne lister, skriver ut mer vanedannede medisiner

2 Man kan si at hver lege kontrolleres mot seg selv på tidligere tidspunkt. Vi kan altså se bort fra alle forhold – målte, umålte og umålbare – som skaper vedvarende forskjeller mellom legene (fast effekt modell).

per pasient, mer medisiner på blå resept per pasient (1), samt flere forskjellige medikamenter (polyfarmasi) per pasient enn leger som har fulle lister. Siden det skjer høyst signifikante endringer i legers adferd når legetettheten forandrer seg i deres kommune, dersom listen åpnes og når listestørrelsen endres, indikerer dette at det ikke bare er pasientens helse, men også avlønningsordningen som påvirker legens adferd. Effektene er sterkere for mannlige enn kvinnelige fastleger, men når det gjelder listelengde, er effektene også sterke for kvinnelige leger.

Hvordan økonomiske insentiver er ment å virke

Betaling per konsultasjon/prøve bidrar til at legen tjener mer jo flere konsultasjoner, prøver og tester som tilbys. De som har stor tilgang på pasienter vil også tjene mer jo mindre tid de benytter på hver oppgave, siden de da kan ta inn flere pasienter i løpet av arbeidsdagen. Dette gir effektivitet i betydningen flere behandlede pasienter per tidsenhet, mens kvaliteten i behandlingen eller relevansen av prøvene som tas, ikke utløser betaling.

Betaling per pasient på lista gjør at legen tjener mer jo flere pasienter de har på lista. Av økonomiske hensyn lønner det seg for legen å beholde pasientene de har på lista og eventuelt også tiltrekke seg nye pasienter. Dette gir en slags konkurranse om pasienter og gjør at legen må være lydhør ovenfor pasientens ønsker; gjøre pasientene fornøyd. For å sette det på spissen bør legen gi pasientene det pasientene vil ha. Ett problem med å designe et slikt



FOTO: COLOURBOX/78 (PENGER). MONTASJE: 07 AURSKOG

betalingssystem er at viktige elementer som kvalitet i helsetjenesten ikke er forhold som det kan utformes kontrakt på, det kan ikke måles direkte og kan ikke være basis for betaling (2).

Det er godt dokumentert at legers adferd påvirkes av avlønningsordning

Den økonomiske litteraturen viser nokså entydig at avlønning og organisering av allmennleger påvirker legers adferd (3). Eksempelvis analyserer Helmchen og Lo Sasso (4) et system der leger med samme pasientpopulasjon går fra et fastlønnssystem til et avlønningssystem med innsattsstyrt lønn. De fant at antall konsultasjoner økte med opp til 61 prosent uten at pasientsammensetningen ble endret. Bli man friskere av å gå oftere til legen? Scott og Conelly (3) oppsummerer hva vi vet om effekt av avlønning av leger i en nylig publisert artikkel. De drøfter erfaringer fra Australia, og anbefaler sterkt at man evaluerer effektene av økonomiske insentiver både med hensyn til helsegevinst, kostnadseffektivitet og utilsiktede negative virkninger. De hevder i sin artikkel at det er godt dokumentert internasjonalt at finansielle virkemidler bidrar til høyt servicenivå og styrer hvilke

aktiviteter legen prioriterer, men vi vet sjeldent hvordan dette påvirker pasientenes helse (5). Mullen m.fl. (6) hevder i sin artikkel at det ikke er dokumentert at finansielle virkemidler bedrer helsa til befolkningen: Når man innfører betaling for en tjeneste, vris aktiviteten mot det som gir belønning, men dette skjer på bekostning av aktiviteter som ikke belønnes, og totaleffekten for befolkningen tas ikke i betraktning.

I Norge vet vi ikke hvordan fastlegeordningen har påvirket pasientenes helse, eller om effektiviteten i helsevesenet som helhet ble påvirket. Vi vet heller ikke om prosedyretakstene i normaltariffen, hvor mange nettopp skal bidra til å øke kvaliteten faktisk bedrer pasientpopulasjonens helse.

Bør vi forvente bedre helse i befolkningen ved dyre reformer?

Kostnadene for stat, kommune og pasienter økte betydelig ved innføringen av Fastlegeordningen i 2001. Riksrevisjonen beregnet at når man korrigerer for takstøkningen, så økte statens utgifter med 42 prosent, kommunens med 33 prosent og pasientenes med 12 prosent (7).

Fastlegeordningen fra 2001 var en relativt dyr reform. Dersom den har hatt utilsiktede

negative effekter som overforbruk av enkelte tester og prosedyrer, kommer disse kostnadene i tillegg. Flere undersøkelser har imidlertid vist at pasientene ble mer fornøyd etter fastlegeordningen (8). I mange tilfeller er pasienttilfredshet noe legen bør strekke seg mot, men ikke alltid. Kunne en annen omorganisering gjort pasientene like fornøyd og samtidig gitt bedre utnyttelse av helseressursene? Dette er spørsmål man alltid bør stille seg. Effektivitet og kvalitet i fastlegeordningen bør holdes opp mot kostnadene. Dette er hittil ikke gjort (8).

Hva motiverer leger – kan detaljstyring redusere motivasjon?

Psykologen Edward Deci skiller mellom indre og ytre motivasjon (9). Indre motivasjon definerer han som motivasjon som kommer fra gleden man får fra oppgaven i seg selv eller fra følelse av tilfredshet ved å fullføre oppgaven. For eksempel kan mange legeoppgaver knyttet til å hjelpe og bedre menneskers liv, eller endog redde liv, kunne være helt eller delvis motivert ut i fra en slik indre motivasjon. Ytre motivasjon derimot definerer Deci som motivasjon knyttet til ulike belønningssystemer. Man jobber for å oppnå en belønning, for eksempel gode karakterer, gode

skussmål eller å tjene mer penger. Økonomen Bruno Frey (10) brukte denne inndelingen av motivasjon inn i klassiske økonomiske modeller, og viste at den ene motivasjonen kan fortrenge den andre. For eksempel kan økonomiske insentiver delvis fortrenge den indre motivasjonen legen har. Dette er vist i empirisk i studier utenfor legeområdet. I en studie av økonomiske insentiver ble det innført en avgift når foreldre kom for sent for å hente barna i barnehagen. Hypotesen var at når foreldrene måtte betale hvis de kom for sent, ville de anstrenge seg mer for å komme tidnok. Dette førte imidlertid til at andelen foreldre som kom for sent økte (11). Når man fjerner avgiften fordi den ikke hadde den ønskede effekten, bidro dette imidlertid ikke til at den initiale situasjonen ble gjenopprettet. Dette kan tolkes dit hen at den indre motivasjonen for ikke å komme for sent var sterkere enn den ytre knyttet til avgiften som ble innført, men at denne indre motivasjonen eller evt de moralske normene ble endret av at man innførte avgiften. Frey og Götte (12) fant i et annet eksperiment at arbeidsmengden til frivillige sank etter at finansielle insentiver ble introdusert. I en kjent artikkel fra 1970 sammenlignet Titmuss frivillige blodgiversystemer med systemer der man fikk betaling for å gi blod, og fant at systemet der man fikk betalt for å gi blod ga lavere kvalitet og kvantitet av blodet som ble levert, enn systemet uten betaling. Empiriske og teoretiske studier tyder på at betalingsmåte påvirker arbeidsmoral eller indre motivasjon (13, 14). Dette kan tolkes som at moralbegreper endres når betaling innføres, eller at den indre motivasjonen fortrenge av belønningssystemer.

Betalingsordningenes effekt på arbeidsmoral på lang sikt er også diskutert i litteraturen. Resultatene er relativt dystre. Avlønningssystemer der oppgaver er nært knyttet til økonomisk gevinst fører ofte til et snevrere fokus, og man mister helheten av syne. Man blir flinke til å gjøre det som gir økonomisk gevinst, men får et mindre helhetlig bilde på oppgaven som skal løses. Janssen og Mendys-Kamphorst (2004) hevder at det å innføre markeds mekanismer på områder der sosiale normer er avgjørende for innsats, ikke bare vil stimulere til egoistisk oppførsel, men også ha langsiktige effekter på arbeidsmoral. Kost-

naden ved å innføre en pris, er at normer for sosial aksept forsvinner (i følge Jansen og Mendy Kamphorst), slik eksempelet fra barnehagene også viste

Da Ostroms mottok Nobels minnepris i økonomi i 2009, kom hun med følgende appell:

«Det å designe insentivsystemer som motiverer individer til egennyttig adferd har vært et hovedmål i samfunnsanalyser det siste halve århundre. Omfattende empirisk forskning gjør at jeg mener det er grunn til å anbefale at man istedenfor gjør det til en sentral målsetting å tilrettelegge for utvikling av institusjoner som får frem det beste i mennesket³».

Kanskje bør vi i større grad finne systemer der legers indre motivasjon for å gjøre en god jobb trekker i samme retning som de finansielle virkemidlene.

Fastlegereformen omtales som svært vellykket, og man viser da blant annet til den økte pasienttilfredsheten. Men hva er grunnen til at en slik store omlegging i helsevesenet ikke er blitt evaluert med hensyn på kostnader og helseeffekter for befolkningen? Er det fordi økonomiske insentivsystemer betraktes som så positivt per se at evalueringer ikke gjennomføres? Vi trenger mer kunnskap om hvordan fastlegenes betalingsordninger virker på legers motivasjon og pasienters helse. Å gå bort fra dagens ordning uten å vurdere hva man skal gå til, er neppe lurt. Men å vurdere alternative avlønnings- og arbeidsformer, og innføre disse noen steder i landet, og evaluere eventuelle endringer på helse og legers samarbeid og motivasjon bør kanskje vurderes?

Det kan kanskje utvikles samarbeidsmodeller hvor fastlegen får fastlønn og inngår i team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og der fastleger og spesialister samarbeider om å få best mulig behandlingsresultat. Eventuelt kan lønna avhenge av utvikling i helse mål i befolkningen som dødelighet, liggetid på sykehus, innleggelses, sykkelighetsindikatorer, feilmedisineringsindikatorer og så videre, i tillegg til «fornøydhetsindikatorer» for pasientene.

³ «Designing institutions to force (or nudge) entirely self-interested individuals to achieve better outcomes has been a major goal posited by policy analysts for governments to accomplish for most of the past half century. Extensive empirical research leads me to argue that instead, a core goal of public policy should be to facilitate the development of institutions that bring out the best in humans» (15).

REFERANSER

1. Kann, I.C., Biørn, E., Lurås, H., 2010. Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. *J. Health Econ.* 29, 751–764.
2. McGuire, T.G., Chapter 9 Physician agency. In: Anthony, J.C.a.J. (Ed.), *Handbook of Health Economics* Elsevier, pp. 461–536. 2000
3. Scott, A., Connelly, L.B., 2011. Financial incentives and the health workforce. *Aust. Health Rev.* 35, 273–277.
4. Helmchen, L.A., Lo Sasso, A.T., 2010. How sensitive is physician performance to alternative compensation schedules? Evidence from a large network of primary care clinics. *Health Econ.* 19, 1300–1317.
5. Janssen, M.C.W., Mendys-Kamphorst, E., 2004. The price of a price: on the crowding out and in of social norms. *Journal of Economic Behavior & Organization* 55, 377–395.
6. Mullen, K.J., Frank, R.G., Rosenthal, M.B., 2010. Can you get what you pay for? Pay for performance and the quality of healthcare providers. *The RAND Journal of Economics* 41, 64–91.
7. Helse- og omsorgsdepartementet, 2005. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Administrativ rapport nr. 1 2005 (2004–2005).
8. Sandvik, H., Evaluering av fastlegereformen 2001–2005: sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter (Summary in English). Research Council of Norway 2006.2006.
9. Deci, E.L., 1971. Effect of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology* 18, 105–115.
10. Frey, B.S., Not just for the money: an economic theory of personal motivation. Edward Elgar, Cheltenham, U.K. 1997.
11. Gneezy, U., Rustichini, A., 2000. Fine Is a Price, A. *J. Legal Stud.* 29, 1.
12. Frey, B.S., Goette, L., 1999. Does pay motivate volunteers.
13. Holmås, T.H., Kjerstad, E., Lurås H., Straume, O.R., 2010. Does monetary punishment crowd out pro-social motivation? A natural experiment on hospital length of stay. *Journal of Economic Behavior & Organization* 75, 261–267.
14. Brekke, K.A., Nyborg, K., 2010. Selfish bakers, caring nurses? A model of work motivation. *Journal of Economic Behavior & Organization* 75, 377–394.
15. Ostrom, E., 2010. Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems. *Am. Econ. Rev.* 100, 641.

inger.cathrine.kann@ahus.no