

Hvad ved vi om økonomiske incitamenter?

Professor Mickael Bech

Syddansk Universitet, Institut for Sundhedstjenesteforskning

Incitamenter – herunder økonomiske incitamenter – er kommet i fokus blandt andet på grund af en række reformer af det danske sundhedsvæsen med introduktion af nye styringsmekanismer med indbyggede incitamenter, som adskiller sig fra tidligere tider; aktivitetsbestemt afregning med diagnoserelaterede gruppe (DRG)-takster, intern kontraktstyring, NyLøn, udvidet frit sygehusvalg, monitorering og offentliggørelse af informationer om kvalitet og produktivitet, interne afregningspriser, decentralisering af budgetansvar osv.

Med incitamenter menes en tilskyndelse til at handle på en bestemt måde. Incitamenter kan deles op i tre kategorier; økonomiske, sociale og normbestemte. Økonomiske incitamenter (ØI) består af økonomiske gevinster eller tab, som enkeltindivider, grupper eller organisationer kan opnå eller pådrage sig ved at følge bestemte handleformer. Sociale incitamenter består i, at individer eller organisatoriske enheder motiveres til at handle på en bestemt måde, hvorved de opnår social accept og anerkendelse, som således udgør »gevinsten«. Endelig påvirker normer individers adfærd ved, at normer motiverer individet til at opføre sig i overensstemmelse med en række socialt institutionaliserende normer og værdier, der er gældende i samfundet, professionen eller organisationen.

Som noget meget væsentligt påvirker alle tre typer af incitamenter menneskers adfærd og ofte i et komplekst samspil. ØI kan ændres ganske hurtigt, f.eks. er det muligt meget hurtigt at ændre størrelsen af en bonus, eller det der udløser en bonus, og disse incitamenter er således et effektivt instrument til hurtigt at ændre adfærd hos individer eller organisationer. Sociale og normmæssige incitamenter ændres langsommere, og de kan ikke kontrolleres og forandres direkte på samme måde som økonomiske incitamenter. En bevilgende myndighed eller en arbejdsgiver kan i princippet ændre ØI fra det ene øjeblik til det andet. I praksis vil der dog være ganske mange bindinger, som forhindrer en hurtig omstilling af ØI, såsom overenskomster, kontrakter og reguleringsmæssige forhold. De sociale- og normmæssige incitamenter ændres kun ganske langsomt ved, at professionelle normer og standarder, organisationskultur og tankesæt gradvist ændres over en længere tidsperiode.

Ambitionen i denne statusartikel er kort at opstille en række »hovedregler« for (økonomiske) incitamenter, som kan bruges i analysen af de forventede virkninger af styringsmekanismer. Hovedreglerne er udvalgt ud fra min egen subjektive opsamling fra min forskning. Hovedreglerne er ikke uni-

verselle, og de vil ikke nødvendigvis være relevante i alle tilfælde. Af pladshensyn gives kun eksempler på reglernes betydninger og ikke fyldestgørende analyser. For at ingen bliver i tvivl om mit ståsted, så er mit udgangspunkt min forskning som sundhedsøkonom. Fra økonomien ved man, at økonomiske incitamenter påvirker adfærd og i hvilken retning [1, 2].

Hovedregel 1: Økonomiske incitamenter påvirker adfærd

Der bør efterhånden ikke herske nogen tvivl om, at ØI påvirker adfærd også i sundhedsvæsenet, som er præget af stærke professionelle normer. Det klassiske danske eksempel er ændringen af de praktiserende lægers afregning i Københavns Kommune fra per capita-afregning til ydeshonorering, som ændrede de praktiserende lægers aktivitetsmønster [3]. Der findes tilsvarende tilstrækkeligt gode belæg for adfærdspåvirkning af den ændrede afregning af sygehusene [4, 5]. Tilsvarende viser undersøgelser, at relative priser påvirker lægers valg mellem delvist konkurrerende behandlinger [6]. Positive økonomiske belønninger medfører, at der ydes en større indsats for at øge det, som belønnes. Hvis en aktivitet belønnes, eller hvis belønningen stiger, så vil denne aktivitet stige.

Hovedregel 2: Incitamenter skal altid afvejes

Sammen med hovedregel 1 følger dog også altid, at når noget belønnes, så er der andet, der ikke belønnes eller belønnes mindre. Det medfører, at der ydes en mindre indsats på områder, der ikke belønnes eller belønnes mindre. Dette kan være tilsigtet, men i flere tilfælde er det utilsigtet. Der findes ikke perfekte incitamentssystemer. Ethvert incitamentssystem vil have skyggesider.

Et eksempel skyggesider er indførelsen af aktivitetsbestemt afregning med DRG-takster. Dette styringssystem har haft mange gode effekter på aktiviteten, men det har tilsvarende medført større bureaukrati til registrering og i flere tilfælde en uhensigtsmæssigt stor indsats til kodning med DRG-*creep* til følge [7]. Tilsvarende har systemet i nogle tilfælde medført en uhensigtsmæssig praksis mht. valg mellem stationær og ambulant behandling.

I sommeren 2006 blev vagtlægernes honorar diskuteret med fokus på, hvorvidt taksten for telefonkonsultation henholdsvis uden og med besøg/konsultation på henholdsvis ca. kr. 87 og kr. 37 påvirkede vagtlægerne til på en uhensigtsmæssig måde at afslutte de telefoniske henvendelser uden henvisning eller besøg. Karsten Skarbo-Jensen, der er formand for Patientforeningen Danmark, argumenterede i Jyllands-Posten den 22. august 2006, at »Lægerne skal selvfølgelig kunne træffe sit skøn på et lægefagligt grundlag og ikke ved at skele til forskellige økonomiske incitamenter«. Problemet med dette argument er, at økonomiske incitamenter ikke fjer-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | PROFESSORTILTRÆDELSSESARTIKEL

nes ved at lade de to takster være ens. Lægen vil stadig være påvirket af økonomiske faktorer, på samme måde som praktiserende læger er påvirket af deres patientgrundlag [8].

Hovedregel 3: Økonomiske incitamenter drejer sig ikke kun om løn

ØI er meget mere end bare løn og direkte økonomisk afregning. ØI kan også være frikøb, tilskud, sanktioner, forfremmelser og betingelserne for forfremmelse. Mulighederne for forfremmelse kan tilskynde en større indsats i lige så høj grad som det at blive belønnet direkte for den øgede indsats.

Noget andet, som påvirker økonomisk adfærd, er i hvor høj grad budgetoverholdelse sanktioneres hårdt eller eftergives. Er der tendens til, at budgetunderskud eftergives uden større sanktioner, så vil det reducere individernes/organisationens indsats for i fremtiden at overholde budget. Er budgetoverskridelser derimod stærkt sanktioneret med eksempelvis fuld overførsel af underskud til næste års budget eller fyringer af de ansvarlige, så vil det tilskynde aktørerne til at undgå fremtidige budgetoverskridelser.

Økonomiske incitamenter er i mange tilfælde tæt knyttet til konkurrence. Hvis der er stærk konkurrence om at opnå en forfremmelse, så virker det stærkt motiverende til at yde en ekstra indsats. Er konkurrencen ikke særlig hård, så vil de (økonomiske) incitamenter, som tilskynder til en ekstra indsats, ikke være særlig stærke.

Når det gælder konkurrence via patienternes frie sygehusvalg, så gælder det på samme måde, at hvis der er rigeligt med patienter (dvs. lange ventelister), så vil konkurrenceelementet alt andet lige være mindre effektivt og dermed give en mindre tilskyndelse, end hvis der var patientknaphed (dvs. få patienter på ventelisterne).

Konkurrence kan også dreje sig om andet end pris og økonomisk belønning. Et godt eksempel er offentliggørelse af informationer om kvalitet, eksempelvis data fra Det Nationale Indikatorprojekt, hvor sygehuse konkurrerer indirekte med hinanden om at have den bedste kvalitet i håbet om at tiltrække flest patienter, det bedst kvalificerede personale mv. Offentliggørelse af information om kvalitet tjener andre formål end kun at facilitere konkurrence, men når informationen offentliggøres, så er det ud fra en tanke om, at offentliggørelsen i sig selv kan tilskynde til en større indsats for kvalitetsforbedringer gennem eksempelvis konkurrence om patienter og kvalificeret personale. Som nævnt i hovedregel 2, så medfører offentliggørelse tilskyndelse til at øge behandlingskvaliteten gennem konkurrenceelementet, men det giver samtidig tilskyndelse til at selekttere blandt patienter, nægte behandling til nogle patienter, henvise patienter til andre sygehuse, snyde med indrapporteringer mv. [9].

Hovedregel 4: Økonomiske incitamenter kan påvirke normer og motivation på utilsigtede måder

Økonomer er de seneste ti år blevet inspireret af socialpsyko-

logien til at se på risikoen ved at bruge ØI i form af motivfor-skydninger og demotiverende påvirkninger [10]. *Richard Titmuss* påviste, at en økonomisk belønning for at afgive blod kan medføre en række utilsigtede påvirkninger. Individer, som tidligere afgav blod af idealistiske eller altruistiske grunde, kan føle sig krænget ved at få tilbudt penge og kan stoppe med at afgive blod. Nye individer, som begynder at afgive blod efter indførelsen af en økonomisk belønning, gør det mest for pengene skyld, og dette tiltrækker bestemte typer af individer, hvilket ikke altid er hensigtsmæssigt.

Indførelsen af NyLøn med belønning for varetagelse af en bestemt funktion kan have meget skadelige og demotiverende effekter, da de, der ikke modtager et tillæg for varetagelse af en funktion, ikke føler noget ansvar for at løse den pågældende opgave, der tidligere blev opfattet som en fælles opgave.

Hovedregel 5: Økonomiske incitamenter indgår i et komplekst samspil

ØI bør ses i sammenhæng med de andre typer af incitamenter. ØI virker bedst og med færrest utilsigtede påvirkninger, når de understøtter allerede eksisterende sociale og normmæssige incitamenter. Dette er dog ikke nogen garanti for, at ØI ikke har utilsigtede påvirkninger. ØI er fascinerende, da de hurtigt kan indføres og ændres og derfor også hurtigt påvirker adfærd, men de fleste overser, hvor vanskeligt det er at udforme dem rigtigt, sådan at de fremmer en ønsket adfærd uden samtidig at have (for mange) utilsigtede bivirkninger.

Korrespondance: *Mickael Bech*, Syddansk Universitet, Institut for Sundheds-tjenesteforskning, DK-5000 Odense C. E-mail: mbe@sam.sdu.dk

Antaget: 4. oktober 2008
Interessekonflikter: Ingen

Artiklen er skrevet på basis af forfatterens professortiltrædelsesforelæsning for at belyse aktive frontlinjeforskningsområder i Danmark.

Litteratur

1. Burgess S, Ratto M. The role of incentives in the public sector: Issues and Evidence. *Oxf Rev Econ Policy* 2003;19:285-300.
2. Gibbons R. Incentives in organizations. *J Econ Perspec* 1998;12:115-32.
3. Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ* 1990;300:1698-701.
4. Pedersen KM, Bech M, Hansen MB. Incitamentsstyring i sygehusvæsenet: Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamenter. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2006.
5. Steenberg A. Når læger tænker i penge. *Ugeskr Læger* 2008;170:1010.
6. Hadley J, Mandelblatt JS, Mitchell JM et al. Medicare breast surgery fees and treatment received by older women with localized breast cancer. *Health Serv Res* 2003;38:553-73.
7. Steinbusch PJM, Oostenbrink JB, Zuurbier JJ et al. The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study. *Health Policy* 2007;81:289-99.
8. Bech M, Hansen BB, Lauridsen J et al. Udbudspåvirkning af forbruget i almen lægepraksis. *Norsk Økonomisk Tidsskrift* 2008 (i trykken).
9. Epstein AJ. Do cardiac surgery report cards reduce mortality? Assessing the evidence. *Medical Care Research and Review* 2006;63:403-26.
10. Bech M, Pedersen KM. Not just for the money. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen* 2006;82:147-50.