

SNF-Arbeidsnotat nr. 51/06

Bør kommuner kjøpe helseforsikring

av

**Jan Erik Askildsen
Tor Helge Holmås
Lene Kristin Nordanger**

Prosjekt nr. 2716

Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd

SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
BERGEN, DESEMBER 2006
ISSN 1503-2140

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo. Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale og i strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

Bør kommuner kjøpe helseforsikring?

Jan Erik Askildsen, Tor Helge Holmås og Lene Kristin Nordanger

Sammendrag

Private helseforsikringer har så langt hatt et relativt beskjedent omfang i Norge, også sammenliknet med våre skandinaviske naboland. Den viktigste årsaken til at relativt få tegner private forsikringer mot sykdom, er selvsagt at alle innbyggerne er dekket gjennom den kollektive forsikringen i Folketrygden. Køer og ventelister er imidlertid forhold som en skulle forvente ville gi grunnlag for et økende marked for ulike typer private forsikringer. I denne artikkelen analyserer vi effektene av en behandlingsgaranti kjøpt av to norske kommuner; Eidskog og Trysil. Særlig fokuserer vi på om det å etablere en behandlingsforsikring har redusert sykefraværet og den gjennomsnittlige ventetiden for behandling for innbyggerne i disse kommunene. I analysene sammenligner vi utviklingen i Eidskog og Trysil med fire nabokommuner. I disse analysene finner vi ingen effekt av behandlingsgarantien, verken med hensyn på sykefravær eller ventetid.

1. Innledning

Private helseforsikringer har et lite omfang i Norge, sågar sammenliknet med våre skandinaviske naboland. Den viktigste årsaken til at relativt få tegner private forsikringer mot sykdom, er selvsagt at alle innbyggerne er dekket gjennom den kollektive forsikringen i Folketrygden. Køer og ventelister er imidlertid et forhold som en skulle forvente ville gi grunnlag for et marked for private forsikringer. Det at ventetiden er gått ned de siste årene, og at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp nå skal få en garanti om behandling innen en gitt individuell frist, kan imidlertid være forklaringer på at det private markedet har vokst svakere enn mange kunne trodd. På den annen side har det de senere år vært en stor økning i sykmelding, og spesielt i antall langtidssykmeldte. Selv om Folketrygden dekker mesteparten av utgiftene ved langtidssykemelding, så er der kostnader for arbeidslivet ved at folk er fraværende. Dette er kostnader knyttet til at det kan være vanskelig å få tak i erstatning for de som er sykmeldte. Der er også en direkte merkostnad for mange bedrifter, og for offentlig sektor, ved at de egenforsikrer ansatte med lønn ut over det som kompenseres fra Folketrygden, som er opp til 6G (ca. kr 370.000).

Denne egenforsikringen, samt problemer med å få tak i vikarer, skulle en isolert sett ville tro fører til etterspørsel etter behandlingsforsikring fra bedrifter og kommuner. Riktignok er ca to-tredeler av avtalene om behandlingsforsikring tegnet med de større forsikringselskapene i Norge kollektive avtaler, men antall avtaler er relativt få, ca. 35 000 blant selskap som er med i Finansnæringens Hovedorganisasjon, og ca 43 000 hos et uavhengig selskap¹. Et spesielt interessant tilbud i denne forbindelse er hvorvidt en kommune bør eller kan tegne en kollektiv forsikring for sine innbyggere. Det vil kunne være av økonomisk interesse for kommunen i sin rolle som en stor arbeidsgiver, og som egenforsikrer for ansatte med lønn over 6G. Dernest kan det være av interesse for de øvrige bedrifter i kommunen som sysselsetter folk med bosted i kommunene. Til sist kan det selvsagt være et gode for innbyggerne som sådan, ved at de som tildeles rett til nødvendig helsehjelp, vil kunne bli tilbudt behandling enda raskere enn garantien som gis fra helseforetakene.

Eidskog kommune tilbød en slik behandlingssgaranti til sine innbyggere fra 1. januar 2001 og fram til utgangen av 2004. Bakgrunnen for kjøpet var et ønske om å korte ned på den gjennomsnittlige ventetiden, samt å redusere sykefraværet for sine innbyggere. Som følge av en antatt god virkning i Eidskog kommune, kjøpte Trysil kommune den samme behandlingssgarantien med virke fra 1. august 2003. Denne kontrakten utgikk juni 2006.

I denne artikkelen presenterer vi resultater fra en analyse av effekter av den behandlingssgarantien som er kjøpt av Eidskog og Trysil kommuner. Vi stiller spørsmålet om det å etablere en behandlingssforsikring vil redusere innbyggerne i kommunen sin gjennomsnittlige ventetid for behandling, og sykefraværet i kommunen.

2. Teoretisk balgrunn for vurdering av private tilleggssforsikringer

Det er en omfattende empirisk og mer teoretisk orientert litteratur innen helseøkonomi om utforming av helseforsikringer, og om hvordan de virker i ulike systemer. Arrow (1963) var den første som trakk fram de spesielle forhold knyttet til forsikring mot behandling og inntektsbortfall ved sykdom. Rees (1989) og Zweifel og Breyer (1997)

¹ Vertikal Helseassistanse AS

inneholder grundige diskusjoner og analyser av hvordan forsikringskontrakter bør utformes når der er asymmetrisk informasjon mellom forsikringselskap og forsikringstaker. En god forsikringskontrakt må løse problemer knyttet til ugunstige sammensetninger av forsikringstakere i gruppen av forsikrede, og forebygge mulig uønsket atferd blant de forsikrede. I tillegg vil det i et privat forsikringsmarked kunne oppstå uakseptable fordelingsvirkninger, noe en vil være spesielt opptatt av når det gjelder helse og tilgang til helsetjenester.

Ugunstig utvalg innen helseforsikring oppstår ved at individer som har en høy sannsynlighet for å bli syk, vil kunne ønske å utgi seg for å ha en lav sykdomsrisiko. På den måten vil de kunne få en lavere forsikringspremie. Forsikringselskapene vil svare på dette med å etterspørre så mye informasjon om forsikringstakerne som mulig, gjerne genetiske tester om det hadde vært tillatt. De vil også ønske å separere grupper av forsikringstakere, ved å tilby kontrakter som er slik utformet at de velges av den tiltenkte risikoklasse. Det skjer ved å variere grad av individuell medforsikring. I verste fall kan det imidlertid være slik at det ikke vil finnes en likevekt i markedet. En mulig løsning på det er da å tilby en kollektiv, obligatorisk forsikring slik vi har i Norge gjennom Folketrygden.

Når forsikring tegnes, så påvirker det også atferden til de forsikrede. En person som er forsikret, vil kunne ha reduserte incentiver til å forbygge sykdom, det vi kaller *ex ante* atferdsrisiko. Når et forsikringstilfelle eventuelt er oppstått, vil den forsikrede ønske så mye og omfattende behandling som mulig, *ex post* atferdsrisiko. Egenandeler og medforsikring er tiltak som i prinsippet motvirker disse former for markedssvikt. Et annet tiltak som ikke er avhengig av medforsikring og egenandeler for å fungere, er en tvungen kollektiv forsikring, selv om det ikke løser problemet med atferdsrisiko.

Det kan nemlig være store problemer knyttet til rettferdighet, fordeling og likhet i tilgang til helsetjenester ved at der er egenandeler og medforsikring. Egenbetalingen vil typisk rasjonere bruken av helsetjenester mer blant de med lav inntekt enn de med høy inntekt. Inntekt og økonomisk status vil også mer generelt påvirke hvor mye helsetjenester folk vil etterspørre, Grossman (1972). Flere studier viser at det er tilfellet, se den omfattende oversikten over empiriske studier av sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenesten i Wagstaff og van Doorslaer (2000). Sosial ulikhet i

helse er generelt ikke akseptabelt i vårt samfunn. Derfor er kollektiv og obligatorisk forsikring gjennom Folketrygden en mulig løsning både på en mulig markedssvikt, og på et fordelingsproblem. Det obligatoriske offentlige tilbudet løser ikke problemer med asymmetrisk informasjon, men det er en veg utenom problemet som sikrer at alle får en forsikring, og en tilgang til helsetjenesten.

En offentlig løsning med kollektiv og obligatorisk forsikring kan bli dyr, med mindre man finner metoder for å styre tilbudet av helsetjenester på en effektiv måte. Utforming av finansieringssystemene overfor fastleger og helseforetakene kan også sies å ha det formålet, altså å styre fordelingen av helsetjenester gjennom tilbudssiden, i en situasjon der alle er forsikret i et system med lave egenandeler. En konsekvens av denne styringen via tilbudssiden, er at noe av rasjoneringen av behandlingen skjer ved køer og ventelister. Dette kan på den annen side oppfattes av pasientene som en form for egenadel, altså at en ikke er de facto fullforsikret: En får ikke behandling så raskt som en egentlig ville. En konsekvens kan da bli at det er grunnlag for et marked på toppen av den kollektive forsikringen. En slikt ekstra tilbud kan faktisk også være ønskelig i effektivitetsforstand, siden det kan bidra til et bedre fungerende marked. Det kan imidlertid virke sosialt skjevt ved at personer med høy inntekt vil ha større tilgang til de forsikringer som tilbys, oftest behandlingsforsikringer. Et tilbud som derimot ikke trenger virke sosialt skjevt, er at store og heterogent sammensatte enheter, eksempelvis en kommune, kjøper en lokalt kollektiv forsikring for sine innbyggere, på toppen av Folketrygden. Dette er hva to kommuner i Norge har gjort, og som vi her skal studere effekten av i forhold til bruken av helsetjenester og mulig endring i sykefraværet i disse kommunene.

3. Private forsikringer i Norge

Vi skal her gi en kort beskrivelse av hva slags helseforsikring som typisk tilbys, samt en oversikt over markedet for privat helseforsikring i Norge. De store forsikrings-selskapene er involvert i forsikring av bedrifter og enkeltindivider. Den kollektive behandlingsforsikringen til kommuner tilbys av Vertikal Helseassistanse AS, som ikke er et vanlig forsikrings-selskap, men opptrer via Lloyds i London.

3.1 Ulike typer helseforsikring

Innen helseforsikring finnes det to hovedtyper. Den største og mest brukte helseforsikringen er behandlingsforsikring, den andre typen er kontantutbetalingsforsikring. En behandlingsforsikring garanterer rask behandling, slik at man slipper å stå i helsekø. Den dekker, etter henvisning fra lege, undersøkelse og behandling hos legespesialister, og behandling hos kiropraktor og fysioterapeut. Det kan spesifiseres hvilke typer behandling og diagnose som er omfattet. Det er med andre ord forsikringsselskapet som kjøper den forsikrede ut av en eventuell helsekø, og som organiserer behandlingen enten i form av ledig kapasitet i det offentlige eller ved privat behandling/institusjon, eventuelt i utlandet. Vanlige helseforsikringer som vi karakteriserer som kontantutbetalingsforsikringer, gir også mulighet til å kjøpe seg ut av helsekøen, men man vil da i stedet få utbetalt et beløp som kan brukes til selv å gå til et privat sykehus og kjøpe behandling. Pasienten er da ikke garantert en raskere behandling, men et beløp som individet kan bruke til privat behandling, eller til noe annet.

I denne artikkelen har vi fokus på behandlingsforsikringen som tilbys av Vertikal Helseassistanse AS. En slik behandlingsforsikring anser vi for å være relevant i forhold til de problemer som det offentlige helsevesenet i Norge antas å stå ovenfor, som er relatert til en ventetid mange oppfatter å være for lang, og til et høyt sykefravær.

3.2 Omfanget av behandlingsforsikring

På det private markedet for salg av helseforsikring er det per 31.12. 2005 syv aktører; Forsikringsbolaget Skandia Lifeline, Gjensidige NOR forsikring, If, Storebrand Helseforsikring AS, Vesta forsikring, Vital forsikring og Vertikal Helseassistanse AS. Forsikringsleverandørene, med unntak av Vertikal Helseassistanse, rapporterer to ganger i året en oversikt over antall forsikrede og bestandspremie til Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH). Vertikal er ikke et forsikringsselskap, og er derfor ikke medlem av FNH. Omfang og størrelsen på de aktuelle aktørene i markedet framgår av tabell 3.1.

Tabell 3.1: Antall individuelle og kollektive kontrakter pr. 30.06.2006

Selskap	Individuelle kontrakter	Kollektive kontrakter	Markedsandel
Skandia Lifeline	253	10 192	13,25
Gjensidige Forsikring	359	999	1,72
If	-	2 788	3,54
Storebrand Helseforsikring AS	10 674	10 049	26,28
Vesta Forsikring	5	540	0,69
Selskap i Finansnæringens Hovedorganisasjon	(11 291)	(24 568)	(45,47)
Vertikal Helseassistanse AS ²	8 000	35 000	54,53
Totalt alle selskap	19 291	59 568	100

Kilde: Finansnæringens Hovedorganisasjon

Vi ser i tabell 3.1 at det per 30. juni 2006 var 35 859 personer som var dekket av behandlingsforsikring tilbudt av selskap i Finansnæringens Hovedorganisasjon. Vertikal Helseassistanse AS opplyser å gi dekning til et enda større antall personer. Dette gjelder for individuelle og kollektive avtaler under ett. I tillegg kommer 43 000 avtaler fra Vertikal Helseassistanse AS. Dette selskapet framstår altså som det største på markedet. Ellers er et bare Storebrand og Skandia som er aktører av en viss størrelse på dette markedet. Det er i den forbindelse interessant å påpeke at en spørreundersøkelse blant forsikringsselskapene avslørte at de ser positivt på utviklingen av markedet framover, uten at det har vært noen betydelig vekst i markedet for private helseforsikringer de siste år, se Dalene (2006).

3.3 Kjøp av en kollektiv behandlingsforsikring i Eidskog og Trysil kommuner

Det er rimelig å anta at kostnader ved høyt sykefravær og lang gjennomsnittlig ventetid på behandling har stor betydning for kommuneøkonomien. Hovedårsaken til at Eidskog og Trysil gikk til innkjøp av behandlingsforsikring, var først og fremst et ønske om kortere ventetid og lavere kostnader ved sykefravær. Tilbudet gis via Vertikal Helseassistanse AS.

Vertikal Helseassistanse AS er en medisinsk organisasjon som ble etablert i 1998. Til forskjell fra de andre aktørene på markedet, er Vertikal ikke et forsikringsselskap og opptrer kun som representant for Lloyds of London. Vertikal uttrykker at de har et ønske om å påta seg rollen som ”byggeleder” for pasienten under hele sykdomsforløpet. Med byggeleder tenkes på at de i sitt tilbud bruker helsepersonell

² Tall for Vertikal Helseassistanse AS er gitt av Vidar Arnulf 04.12.2006

som følger pasienten fra første konsultasjon og fram til eventuell rehabilitering i etterkant. Vertikal blir ofte sett på som en outsider i forsikringsmarkedet av de andre aktørene, hovedsakelig fordi de først og fremst benytter ledig kapasitet ved offentlige sykehus og behandlingstilbud.

Vertikal til kommune er en kollektiv behandlingssikring som dekker alle kommunens innbyggere, uansett alder og helsetilstand. Vertikal Helseassistanse AS tilbyr ulike avtaler om hjelp innen to, fire eller seks uker. Prisen varierer mellom 500,- og 900,- kroner per innbygger per år, avhengig av omfanget av forsikringsdekningen. Det tilbys skreddersydde løsninger etter lokale behov.

En behandlingssikring innebærer løfte om inngåelse av spesialistgaranti innen 10, 20 eller 30 dager, garantert behandling innen 2, 4 eller 6 uker, ny undersøkelse hos annen, uavhengig lege dersom pasienten trenger en ny vurdering, service og oppfølging under hele behandlingssløpet, og rehabilitering. Forsikringsproduktet har også enkelte unntak. Sykdom hvor det er igangsatt behandling eller hvor det foreligger et avklart og dokumentert behandlingsbehov fra lege eller sykehus på det tidspunkt forsikringen tegnes, dekkes ikke. De samme gjelder kosmetisk kirurgi, med mindre det er indisert på bakgrunn av skader eller sykdommer den forsikrede har pådratt seg i forsikringsperioden. Videre er det unntak for tannbehandling, operasjoner knyttet til barnløshet, graviditet og oppretting av arvelige misdannelser, sterilisering, kjønnskifteoperasjoner, donasjoner eller transplantasjon av organer eller kroppsvev, og operasjoner som er et resultat av tidligere utførte operasjoner (før forsikringen trådte i kraft).

Dersom ventetiden ved ordinære behandlingstid forventes å være lengre enn hva garantien tilsier, vil behandlingssikringen *Vertikal til Kommune* tre i kraft. Det vil si at innbyggerne ved sykdom oppsøker fastlegen som vanlig, og dersom legen anslår ventetid for videre behandling for å være lengre enn hva garantien tilsier, kan pasienten ta kontakt med et servicekontor. Ved servicekontoret skal det være en ansatt sykepleier som har ansvar for å finne ledig kapasitet, enten i inn- eller utland, for den gjeldende behandlingen. Resultatet når det gjelder behandling vil selvsagt avhenge av både faktisk tilgjengelighet, og hvor raskt de ansvarlige klarer å finne alternativer som gir kortere ventetid. Reise og opphold, nødvendig følge og eventuell tolk er inkludert i

garantien, og medfører ikke ekstra kostnader for pasienten. Ved bruk av slik behandlingsgaranti vil pasienten også være sikret nødvendig rehabilitering fra første dag, samt hjelp fra pasientombudet dersom det er snakk om klage eller feilbehandling.

3.4 Effekter av behandlingsgaranti i Eidskog og Trysil kommuner

Avtalen mellom Eidskog kommune og Vertikal Helseassistanse AS ble inngått i desember 2000, med virkning fra 1.1.2001, og varighet fram til utgangen av 2004. Trysil tilbød behandlingsgaranti til sine innbyggere fra 1. august 2003, i første omgang fram til 31. juli 2005, men våren 2005 ble den forlenget til ut juni 2006, da den ble sagt opp.

Vertikal har et ønske om å behandle flest mulige ved offentlige behandlingsinstitusjoner, og nært pasientens bosted. Tabell 3.2 viser fordelingen mellom de ulike behandlingsstedene som ble benyttet ved behandling av innbyggerne i Eidskog kommune for årene 2001 til 2003.

Tabell 3.2: Pasientfordeling mellom ulike behandlingssteder, pasienter fra Eidskog

Behandlingssted	Antall
England	5
Sverige	43
Tyskland	1
Hedmark	293
Ellers i landet	237
Total	579

Kilde: Lom kommunes saksarkiv; anbud fra Vertikal vedr. kjøp av helseforsikring

Vi ser i tabell 3.2 at over 90 % av all behandling skjer i Norge, og over 50 % skjer i Hedmark fylke. 53,5 % av behandlingen foregikk ved offentlige institusjoner, mens 46,5 % skjedde ved private institusjoner.

For innbyggerne i Trysil har det i perioden 1.8.2003 til 14.3.2006 blitt foretatt 1467 behandlinger fordelt på 1154 pasienter, noe som tilsvarer 17 prosent av befolkningen. Tabell 3.3 gir en aktivitetsoversikt for hvert av årene i den gjeldende perioden:

Tabell 3.3: Antall behandlinger 1.8.2003-14.3.2006, Trysil kommune

	Antall behandlinger
2003	227
2004	490
2005	624
2006	126
	1467

Kilde: Prosjektrapport³

Av de totalt 1467 behandlingene som gjaldt for innbyggere fra Trysil var 51 prosent av pasientene kvinner, mens 49 prosent var menn. Prosjektrapporten viser at 54 prosent av behandlingen foregikk i det private markedet, selv om Vertikal hevder at de, i motsetning til andre forsikringsaktører, prioriterer å finne behandlingsalternativer i offentlig sektor.

Det er interessant å se hvordan gevinst med en slik kollektiv forsikring for kommuner har blitt presentert. Aktørene har vært ganske optimistiske, og beregnet at det kan bli store innsparinger for kommune og andre ved å kjøpe folk ut av helsekøen ved denne formen for behandlingsforsikring. I et anbud til Lom kommune⁴ viser Vertikal til beregnede innsparinger for Eidskog kommune både knyttet til betydelig reduksjon i ventetid for behandling, og i reduksjon av sykefravær for de ansatte i kommunen. Verdien av sistnevnte tilsvarende kostnaden ved kommunen sin betaling for forsikringen, som er på 2.5 millioner kroner pr år, ca. 7.5 millioner for treårsperioden 2001-2003. I tillegg kommer gevinsten for andre bedrifter knyttet til redusert ventetid og at folk kan komme raskere tilbake i jobb. Videre hevdes det at for Trysil er 118 621 dager i kø spart grunnet hurtigere behandling, sett i forhold til estimert ventetid ved ordinær venteprosedyre. Av disse var 12 386 dager for personer som var sykmeldte. I prosjektrapporten (se note 3), beregnes den daglige kostnaden ved sykefravær til kr 1.700, noe som innebærer en total kostnad ved sykefravær på kr 21 056 200. Til sammenligning er kostnaden ved å kunne tilby en slik behandlings-

³ Prosjektrapport utgitt av Vertikal Helseassistanse og Trysil kommune, Behandlingsgarantien i Trysil 01.08 – 2003 til 14.03 – 2006. Et prosjektsamarbeid mellom Trysil kommune og Vertikal Helseassistanse AS. www.trysil.kommune.no/getfile.aspx/document/3/1310/pdf/true

⁴ Lom kommunes saksarkiv; anbud fra Vertikal vedr. kjøp av helseforsikring, se også Nordanger (2006).

ordning kr. 3.6 millioner per år, kr. 10 800 000 for tre år. Dette høres ut som å innebære store innsparinger hvis forsikringen virker etter hensikten.

Er det grunn til så stor optimisme knyttet til effekter av en kollektiv tilleggforsikring til innbyggerne i en kommune? Kan vi tilskrive økt behandling og redusert sykefravær den aktuelle forsikringen? Det vil vi undersøke nærmere med å sammenlikne utviklingen i Eidskog og Trysil kommuner med en sammenligningsgruppe bestående av geografisk nære kommuner som ikke deltar i tiltaket.

4. Data

Data er hentet fra Norsk Pasientregister (NPR), Rikstrygdeverket (RTV) og Statistisk sentralbyrå (SSB). For de to tiltakskommunene Eidskog og Trysil og de fire sammenligningskommunene Løten, Sør-Odal, Grue og Åsnes har vi for årene 1999-2004 hentet inn informasjon om *gjennomsnittlig ventetid, antall liggedager per innbygger, erstattede sykepengedager per innbygger, alders- og kjønnsstandardisert dødelighet per 1000 innbygger* og *andel innbyggere over 80 år*. Informasjonen fra sykehusoppholdene er delt i 16 sykdomsgrupper. Dette gir 16 årlige observasjoner per kommune over seks år, totalt 576 observasjoner. Når det gjelder data for sykefravær har vi en observasjon per kommune per år, noe som gir 36 observasjoner totalt.

4.1 Valg av sammenligningsgruppe

Vi har valgt å sammenligne utviklingen i Eidskog og Trysil med fire nabokommuner. Fordelen med en slik sammenligningsgruppe er at nærliggende kommuner tilhører samme sykehusområde og derved skulle ha relativt lik tilgang til behandling. I tillegg har de kommuner vi ser på relativt lik ressurstilgang, alderssammensetning og aldersstruktur. Det er imidlertid også en ulempe knyttet til det at kommunene eventuelt bruker de samme behandlingsinstitusjonene. Hvis innbyggerne i Eidskog og Trysil ble tilbudt hurtigere behandling utenfor Hedmark fylke, kunne det føre til at innbyggerne i de resterende kommunene lettere fikk tilgang til lokale behandlingsinstitusjoner. Dette ville i så tilfelle bety at vi undervurderer effekten av å innføre forsikringsordningen, men innenfor rammene av denne studien har vi ikke vært i stand til å kontrollere for dette. Vi har sammenlignet utviklingen i frie inntekter, tilgang på helsepersonell og utdanningsnivå i de seks kommunene. Dette er forhold vi kunne forvente skulle påvirke etterspørselen etter helsetjenester, og vi finner at både

når det gjelder nivå og utvikling over tid, så er kommunene svært like på disse dimensjonene (se Nordanger, 2006 for en nærmere diskusjon).

4.2 Variabler

Tabell 4.1 viser de avhengige (Ventetid, Liggedager og Sykefravær) og uavhengige variablene vi benytter for å måle effekten av behandlingsgaranti i Eidskog og Trysil kommune. I tillegg til variablene presentert i tabellen har vi inkludert en rekke forklaringsvariabler i regresjonene (som antall innbyggere, antall leger i kommunen, kommunens frie inntekter). Disse hadde imidlertid ingen signifikant effekt, og er derfor utelatt.

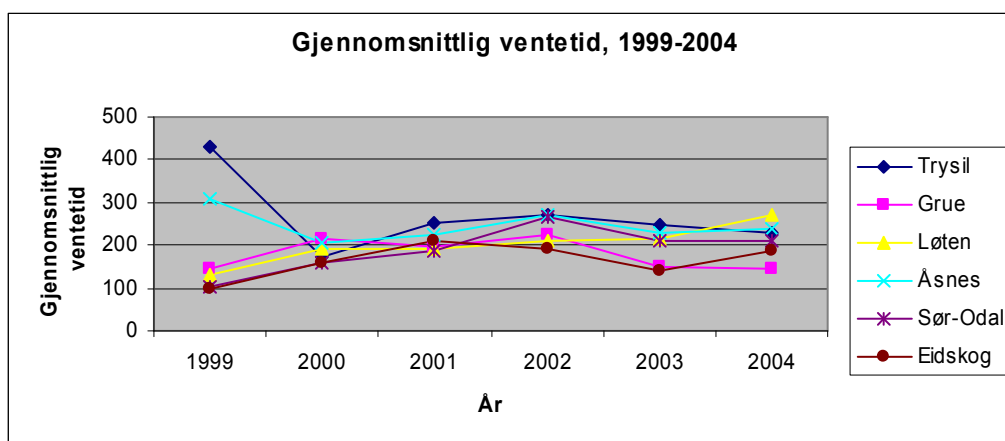
Tabell 4.1: Definisjon av variablene

Variabel	Definisjon
Ventetid	Gjennomsnittlig ventetid
Liggedager	Gjennomsnittlig antall liggedager
Sykefravær	Antall erstattede sykepengedager per innbygger
Andel_80	Andelen i kommunen som er over 80 år
Dødelighet	Alders- og kjønnsstandardisert dødeligheten per 1000 innbygger

4.3 Utvikling i ventetider og sykefravær

I figur 4.1 og 4.2 nedenfor har vi plottet gjennomsnittlig ventetid og antall sykepengedager per innbygger for de seks kommunene over perioden vi studerer. Om behandlingsgarantien hadde noen effekt, ville vi forvente at utviklingen i Eidskog (etter 2001) og Trysil (etter 2003) skulle være forskjellig sammenlignet med de andre kommunene. Fra figur 4.1 ser vi, kanskje noe overraskende, at den gjennomsnittlige ventetiden har vært stigende fram til 2002. Deretter er ventetiden relativt konstant. Det ser derimot ikke ut til at verken Trysil eller Eidskog kommuner har en utvikling i ventetid som er forskjellig fra sammenligningskommunene.

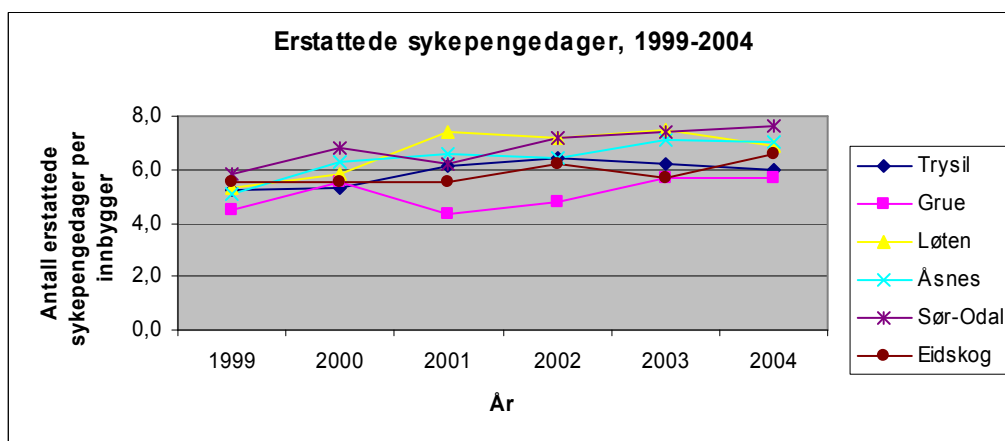
Figur 4.1: Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid, 1999-2004



Kilde: Norsk pasientregister

I figur 4.2 ser vi på antall sykepengedager per innbygger. Som forventet ser vi en økning i antall sykepengedager per innbygger over tid. Sammenligner vi utviklingen i Eidskog og Trysil med de øvrige kommunene, er det heller ikke her noe som indikerer at behandlingsgarantien har hatt noen effekt.

Figur 4.2: Utviklingen i erstattede sykepengedager per innbygger, 1999-2004



Kilde: Rikstrygdeverket

Ut fra utviklingen i ventetid og sykefravær synes det altså ikke som innføringen av behandlingsgaranti har hatt de ønskede effekter. Her har vi imidlertid ikke korrigeret for at andre forhold som kan påvirke ventetider og sykefravær har endret seg ulikt i Eidskog og Trysil, sammenlignet med de andre kommunene.

5. Resultater

For å estimere effekten av å innføre behandlingsgaranti i Eidskog og Trysil bruker vi en "difference-in-differences" tilnærming. Vi har generert en interaksjonsvariabel som vi kaller "Reform". Denne har verdien 1 for Eidskog og Trysil etter at behandlingsgarantien ble innført, og 0 for alle andre observasjoner. Om denne variabelen har en signifikant innvirkning på for eksempel ventetider, skulle det bety at behandlingsgarantien har hatt den ønskede effekt. Det kunne imidlertid tenkes at utviklingen i ventetid var svært forskjellig i perioden etter innføringen av forsikring sammenlignet med perioden før, eller at innbyggerne i Eidskog og Trysil hadde ventetider svært forskjellige fra de andre kommunene. For å kontrollere for dette inkluderer vi en dummyvariabel (Post) som er lik 1 for 2001 til 2004 og 0 ellers, samt dummyvariabler for Eidskog og Trysil. Vi har estimert denne modellen både ved hjelp av OLS og fixed effect estimatører. Siden resultatene ble svært like, velger vi her å bare presentere OLS estimatene.

Årsaken til at både Eidskog og Trysil kommune har kjøpt behandlingsforsikring, er først å fremst et ønske om å korte ned ventetiden for sine innbyggere. Vi forventer derfor at den gjennomsnittlige ventetiden vil falle etter at behandlingsgarantien trer i kraft, det vil si at vi forventer at interaksjonsvariabelen *Reform* er signifikant negativ. Fra tabell 5.1 ser vi at denne variabelen riktignok er negativ, men at den ikke er signifikant. Det betyr følgelig at vi må konkludere med at reformen ikke har hatt den ønskede effekt på ventetid for sykehusbehandling.

Tabell 5.1 Behandlingsgarantiens effekt på gjennomsnittlig ventetid

	Koeffisientestimat (standardavvik)
Reform	-0.0683 (0.2263)
Eidskog	-0.0378 (0.2501)
Trysil	0.2296** (0.1035)
Dødelighet	-0.0187 (0.0220)
Andel_80	-0.0105 (0.0463)
Post	0.2235*** (0.0799)
Konstantledd	5.2164*** (0.2670)
Antall observasjoner	576

*** 1 % signifikansnivå, ** 5 % signifikansnivå, * 10 % signifikansnivå

Man kan også argumentere for at det å innføre behandlingsgaranti kunne føre til en økt etterspørsel etter helsetjenester. I tabell 5.2 presenterer vi resultatene fra en regresjon der vi tester for om innføring av behandlingsgaranti påvirker antall liggedager på sykehus. Siden reform-variabelen heller ikke her har en signifikant innvirkning, må vi konkludere med at behandlingsgarantien ikke har hatt noen effekt.

Tabell 5.2 Behandlingsgarantiens effekt på antall liggedager

	Koeffisientestimat (standardavvik)
Reform	-0.1139 (0.1345)
Eidskog	0.1433 (0.1486)
Trysil	-0.0149 (0.0615)
Dødelighet	0.0153 (0.0131)
Andel_80	-0.0248 (0.0275)
Post	-0.1585 ^{***} (0.0474)
Konstantledd	1.6350 ^{***} (0.1586)
Antall observasjoner	576

^{***} 1 % signifikansnivå, ^{**} 5 % signifikansnivå, ^{*} 10 % signifikansnivå

Kjøp av behandlingsforsikringen *Vertikal til Kommune* har også hatt som mål å redusere sykefraværet i kommunene. For å måle effekten av behandlingsforsikringen med hensyn på kommunens sykefravær, ser vi på om behandlingsgarantien har hatt noen effekt på erstattede sykepengedager. Siden vi nå kun har en observasjon per år per kommunene, vil vi, som tidligere nevnt, ha betraktelig færre observasjoner enn hva som var tilfellet ovenfor. Fra tabell 5.3 ser vi at innføringen av behandlingsgaranti heller ikke synes å ha hatt noen effekt når det gjelder å redusere sykefraværet.

Tabell 5.3 Behandlingsgarantiens effekt på sykefraværet

	Koeffisientestimat (standardavvik)
Reform	-0.0462 (0.1333)
Eidskog	-0.0560 (0.1473)
Trysil	-0.0155 (0.0609)
Dødelighet	-0.0191 (0.0129)
Andel_80	-0.0431 (0.0273)
Post	0.1910 ^{***} (0.0470)
Konstantledd	2.2232 ^{***} (0.1568)
Antall observasjoner	36

^{***} 1 % signifikansnivå, ^{**} 5 % signifikansnivå, ^{*} 10 % signifikansnivå

6. Diskusjon og konklusjon

Til tross for stor optimisme i beregningene fra Vertikal Helseassistanse om store effekter av en garanti om behandling for innbyggerne i to kommuner, ser det ikke ut til at den kollektive behandlingsforsikringen har hatt noen målbar effekt. I den aktuelle perioden var utviklingen, når det gjelder behandling og sykefravær, temmelig lik mellom de to kommunene og andre relativt like kommuner i samme område. Vi skal imidlertid ikke trekke for sterke slutninger av denne analysen. Årsaken er at vi ikke har kontrollert for at innbyggerne i nabokommunene til Eidskog og Trysil kan komme raskere til behandling om en del av innbyggerne i Eidskog og Trysil behandles utenfor det ordinære behandlingsapparatet. På den annen side finner vi heller ingen effekt på sykefravær, noe som etter vår mening klart styrker resultatet om at behandlingsgarantien ikke har noen effekt. Det faktum at Eidskog og Trysil kommuner ikke har forlenget avtalen, er jo også en klar indikasjon på at resultatene fra denne analysen er riktige. Studien viser også hvordan man på en relativt enkel måte kan gjøre en illustrerende effektevaluering av et konkret tiltak, og som sådan betydningen av at en ikke vurderer virkninger ut fra bruttotall bare for en tiltaksenhet, i dette tilfellet en kommune.

Referanser

- Arrow, K.J., 1963, "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review* 53, 941-73.
- Dalene, L.R., 2006, "Privat helseforsikring", mastergradsoppgave, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.
- Grossman, M., 1972, "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy* 80, 223-255.
- Nordanger, L-K., 2006, "En teoretisk og økonometrisk analyse av etableringen av behandlingsforsikring i Eidskog kommune, 2001-2003", mastergradsoppgave, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.
- Rees, R., 1989, "Uncertainty, Information and Insurance", in *Current issues in Microeconomics*, McMillan.
- Wagstaff, A. and E. van Doorslaer, 2000, "Equity in Health Care Finance and Delivery", ch. 34 in *Handbook in Health Economics*, Elsevier.
- Zweifel, P., and F. Breyer, 1997, *Health Economics*, Oxford University Press.