

NR 8 - NOVEMBER 2002 - 56. ÅRG.

Økonomisk forum

- **Nasjonalbudsjettet**
- **Pasientknapphet?**

VALUTASEMINARET

29. – 31. januar 2003

Rainbow Gausdal Høifjellshotell

For 30. gang skal forvaltning og finansnæring bringes sammen til faglig dyst med tid til skisport, samtaler og sosialt samvær

ONSDAG 29. JANUAR KL 15.00-18.00

Erfaringene fra omleggingen av den økonomiske politikken

For 1½ år siden ble budsjettpolitikken underlagt en langsiktig «handlingsregel» for bruken av oljepengene, og pengepolitikken ble lagt om til inflasjonsstyring. Nyhetsbildet reiser tvil om omleggingen har vært vellykket.

Finansminister Per-Kristian Foss:

- Valgmuligheter og rollefordeling i den økonomiske politikken

Professor Ragnar Nymo, Universitetet i Oslo:

- Er inflasjonsmål velegnet som styringsmål i en liten, åpen økonomi

Konsernsjef Jan Reinås, Norske Skog:

- Eksportindustriens overlevelsesmuligheter under de nye rammebetingelsene

TORS DAG 30. JANUAR KL 09.00-12.00

Langsiktig formuesforvaltning

Pensjonskommisjonen har nylig lagt frem sin underveisrapport, og har dermed initiert en viktig debatt om folketrygden skal fonderes eller finansieres løpende, og om forvaltningen av pensjonsmidlene skal skje i statlig eller privat regi.

Fylkesmann Sigbjørn Johnsen,

leder av Pensjonskommisjonen:

- Mulige forvaltningsmodeller sett med Pensjonskommisjonenes øyne

Direktør Grete Faremo, Storebrand:

- Behov for konkurranse om forvaltning av pensjonene

Kredittilsynsdirektør Bjørn Skogstad Aamo:

- Utfordringer i tilsyn med forsikring og pensjonssparing i lys av uroen på verdipapirmarkedet og mulige forslag fra Pensjonskommisjonen

TORS DAG 30. JANUAR KL 15.00-18.00

Industribygging med statlig kapital

En annen side ved forvaltningen av offentlige midler er diskusjonen om passivt kontra aktivt statlig eierskap. Dette er adressert i Torgeir Reve og Erik W. Jakobsens bok *Et verdiskapende Norge* og i Arne Jon Isachsens «tilsvar» *Hva gjør oljepengene med oss?*

Professor Arne Jon Isachsen, Handelshøyskolen BI:

- Hva gjør oljepengene med oss?

Adm. direktør Gunn Ovesen, Statens Nærings- og Distriktsutviklingsfond:

- Statens betydning som såkornkapitalist (+ ytterligere en foredragsholder).

FREDAG 31. JANUAR KL 09.00-12.00

Utøvelsen av pengepolitikken i den aktuelle konjunktursituasjonen

Det er ulike synspunkter på hva som er riktig rentesetting i dagens konjunktursituasjon. Det er nylig lagt frem beregninger som taler for et lavere rentenivå enn det Norges Bank argumenterer for.

Postdoktor Hilde C. Bjørnland, Universitetet i Oslo:

(Foredragstittel ennå ikke bestemt)

Sentralbanksjef Svein Gjedrem:

- Sentralbanksjefens time

Sjeføkonom Inge Furre, Sparebanken Møre:

- Inflasjonsstyring med nedsiderisiko

YTTERLIGERE OPPLYSNINGER PÅ FORENINGENS HJEMMESIDE:

www.samfunnsokonomene.no

I dette nummer...

REDAKSJONENS GJEST

4

JON NORSETH:
Hva kan private sykehus bidra med i dagens Helse-Norge?

INFORMASJON

8

HILDE BOJER:
Litt informasjon om Eurofaculty

NASJONALBUDSJETTET

10

PER RICHARD JOHANSEN:
Inkonsistens mellom finans- og pengepolitikken?

13

KJETIL HOUG:
Fra konjunktur til struktur

16

KAI LEITEMO:
Pengepolitikken mer dominerende

19

PER SCHREINER:
Nasjonalbudsjettet sett fra Gaza

AKTUELLE KOMMENTARER

21

ANITA M. HALVORSSSEN:
Fra ord til handling i Johannesburg

TEMA: PASIENTKNAPPHEIT?

26

HILDE LURÅS OG TOR IVERSEN:
Legemangelen som ble til pasientmangel: Variasjoner i listeønsker og pasientknapphet ved innføring av fastlegeordningen

32

DAG BRATLID:
Har sykehusene for få pasienter? En kritisk gjennomgang av ressursbruk og pasientbehandling ved norske sykehus

MÅNEDENS BOK

38

Einar Lie og Hege Roll-Hansen:
Faktisk talt. Statistikkens historie i Norge. Anmeldt av Jan Eivind Myhre

Forsidebilde: Morten Holm / Scanpix

ØKONOMISK FORUM
ISSN 1502-6108

Helse og utdanning

I 1997 kom det en EU-rapport som viste at selv om nordmenn har god helse, er Norge et av de landene i Europa hvor helseforskjellene er størst mellom de som er høyest og lavest på rangstigen. Etter dette har det kommet en mengde rapporter og utredninger som viser at det er store helseforskjeller her i landet, først og fremst mellom de som har høy og lav utdanning: Velutdannede lever lenger (i Oslo er det opp til 12 års forskjell i levealder mellom bydeler i øst og vest) og forskjellene ser ut til å øke. De med høy utdanning går mer på tur, trener mer, spiser sunnere og røyker mindre, og menn med en velutdannet kone har mindre risiko for å få hjertesykdommer (!). En ny studie viser også at en gruppe på 10 prosent av de sysselsatte her i landet står for 82 prosent av sykefraværet. Denne gruppen utfører tungt fysisk arbeid, har lav utdanning og en usunn livsstil. Slike resultater kom nok overraskende på myndighetene som gjennom en årrekke har satset på generell folkehelse, uten å ha fokusert noe særlig på sosiale grupper i befolkningen.

Hva kan dette skyldes? Helseøkonomer har bekreftet sammenhengen mellom utdanning og helse empirisk, men veldig lite er gjort for å studere individenes valg av helse og utdanning. I teorien kan man tenke seg følgende tre sammenhenger mellom utdanning og helse. Individene som tar høy utdanning, får mer kunnskap om helse, samtidig som de får høyere inntekt (noe som også er korrelert med god helse i empiriske undersøkelser), og kanskje mindre risikofylte jobber. Utdanning kan også gi økt status i samfunnet, noe som kan ha betydning for trivsel og psykisk og fysisk helse. Implikasjonen går altså her fra utdanning til helse. Men det kan også være omvendt: De med god helse er mer villige eller i stand til å ta en lang utdanning. Det tredje alternativet er at det er bakenforliggende faktorer eller egenskaper ved individene som påvirker folks muligheter eller valg av både høy utdanning og en helsefremmende livsstil. Man kan f.eks. være mer opptatt av framtiden, man kan ha hatt en vanskelig barndom, eller man kan være utstyrt med flere ressurser fra fødselen av.

Hvilke politikktiltak kan settes inn for å motvirke trenden? Av de tre årsaksforholdene ovenfor, er det nok enklest å sette inn tiltak under det første. Informasjonskampanjer kan her være et virkemiddel, men har ofte vist seg å gi liten effekt. Inntektsutjevning vil selvsagt kunne hjelpe, men Norge er i internasjonal sammenheng et land hvor inntektsforskjeller og avkastning av utdanning har vært lave og stabile over en lengre periode. Det kan se ut som om det må rettes forebyggende tiltak direkte mot enkeltgrupper i samfunnet, og ikke føres en generell politikk.

I tillegg må vi være oppmerksomme på trender i samfunnet som gjør at de ressurssterke prioriteres i helsevesenet. De fleste av oss kan vel komme med eksempler på at helsekøene ikke nødvendigvis er like lange for alle. Pasientbroen til utlandet prioriterer de friskeste (de som er i stand til å reise), og personer i ansettelsesforhold får adgang til raskere behandling betalt direkte av folketrygden. Disse er som regel friskere enn folk som ikke er i jobb. I sitt forslag til statsbudsjett, legger Regjeringen også opp til at de som er i jobb ikke lenger trenger å skatte av helseforsikring betalt av arbeidsgiver. Slike forsikringer vil kunne redusere ventetiden for behandlinger, men vil selvsagt gå på bekostning av de som ikke har dem. Samtidig økes egenandelene, noe som vil få størst effekt for de som ikke er i jobb. Det er vel tvilsomt om redusert helseulikhet lå til grunn for disse politikktforslagene.



Under denne vignetten vil Økonomisk forum invitere personer innenfor politikk, næringsliv, forskning og forvaltning til å presentere sitt syn på samfunnsøkonomiske spørsmål.

■ ■ ■ JON NORSETH:

Hva kan private sykehus bidra med i dagens Helse-Norge?

Det finnes i Norge i dag 6 offentlig godkjente private sykehus med totalt 63 sykehussenger. Sammen med de private driftsavtalespesialistene utfører denne del av det private Helse-Norge oppdrag for det offentlige i betydelig omfang, spesielt innenfor elektiv kirurgi. Private sykehus skal være et supplement til det offentlige og avlaste og forkorte køer. Gjennom konkurranse skapes et insitament som gjør at alle parter må skjerpe seg og gi bedre tilgjengelighet, service og kvalitet til beste for kundene. Private sykehus skal være et «verksted» for å teste ut ny organisasjonsformer, insentivsystemer, IT-systemer og arbeidsformer. Private sykehus kan også medvirke til spennende fagutvikling innen for spesifikke områder som f.eks. dagkirurgi. Sist men ikke minst skal de private sykehusene ta seg av alt det som det offentlige helsevesen ikke kan eller vil betale for. Det er ønskelig at private eiere får drifte ett eller flere av de større sykehusene i Norge som i dag er offentlig eid. Forutsetningen er at private sykehus gis rammebetingelser det er mulig å leve med. Et slikt helsevesen vil være til beste for pasientene.

Innledning

Private helseaktører blir i økende grad akseptert som viktige samarbeidspartnere i dagens Helse-Norge, både innenfor primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Primærhelsetjenesten er i dag kommunenes ansvar. I alle år har det vært en blanding av fast ansatte kommunaleleger og private allmennleger i primærhelsetjenesten. Etter innføring av fastlegeordningen 1.7.2001 er tilnærmet alle praktiserende primærleger i dag fastleger med tre inntektskilder: Fast pr. capita tilskudd per år på kr. 296,- pr. pasient på legens liste, RTV-takster (Rikstrykdeverket) og fastsatte egenandeler som pasienten betaler. Dette har for legene vært en meget gunstig økonomisk ordning med inntekter på inntil kr. 700.000 før de har sett en eneste pasient, og rett til å selge sin praksis (les: pasientlistene) ved opphør av virksomhet. For samfunnet har fastlegeord-

ningen vært en meget dyr nyordning sannsynlig uten vesentlig effektiviseringsgevinst, men endelig evaluering av ordningen gjenstår.

Ansvar for spesialisthelsetjenesten ligger etter 1.1.2002 på de fem regionale helseforetakene Helse Øst, Helse Sør, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helseforetakene har i økende grad vist både evne og vilje til å ta i bruk private helseleverandører for å nå sine helsepolitiske målsettinger. Vi snakker her først og fremst om private sykehus og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale med det offentlige.

Samfunnstrender

Det er mange forklaringer på den økte bruk av private helseleverandører. Det skjer generelt i samfunnet en utvikling av friere former for markedsøkonomi også innenfor bransjer der dette tidligere ikke har vært vanlig. Tjenester som

transport, vask og vaktmestertjenester på våre sykehus har i mange år vært satt ut til private. Nå følger også den kliniske virksomheten etter. Alderssammensetningen i befolkningen endres med flere ressurssterke eldre. Pasientene krever økt innflytelse og blir kunder. Folk vil ha rett til å bruke sparepengene sine til hva det skal være, også om nødvendig å kjøpe seg bedre helse. Pasientene er bedre informert enn tidligere gjennom internett og de muligheter telekommunikasjonsteknologien gir. Legene blir i større grad helsemeglere. Det er videre en tendens til at ethvert problem defineres som et helseproblem og forventes løst og betalt av det offentlige. Den raske biomedisinske og teknologiske utvikling gjør at det offentlige ikke lenger har råd til å betale for alt som er mulig å utføre. Det finnes ikke lenger rene kliniske beslutninger, en hver beslutning har også en økonomisk implikasjon og en alternativkostnad. Samtidig viser både politikere og andre beslutningstakere manglende evne og vilje til å prioritere hva som er offentlige oppgaver. På de offentlige sykehusene er det ofte dårlig organisering og stadig mangel på penger. Sterke fagforeninger og profesjonsinteresser driver lønningene oppover, bygger barrierer og skillevegger og gjør kostnadseffektiv drift vanskelig. Mangel på forståelse og kultur for ledelse, alt for stor grad av subspecialisering, vaktordninger på legenes premisser og håpløse arbeidstidsregler gjør ikke situasjonen enklere. Alt dette skaper grobunn for den kraftige vekst av private aktører som vi ser innenfor spesialisthelsetjenesten i dag. Kort sagt kan man si at det handler om når pasi-

enter blir kunder og stiller krav. Da blir monopolet konkurranseutsatt og markedsmekanismer brukes i økende grad.

Privatisering

Det hersker stor forvirring om begrepet privatisering innen helsevesenet. De rene private sykehusene er både privat drevet og privat finansiert. Pasientene betaler da selv for de tjenestene de tar ut, eller disse betales gjennom forsikringsordninger/bedrifter. Private sykehus har selv sagt en kommersiell målsetting og må tjene penger for å overleve. På den andre siden står de offentlige sykehusene med offentlig styrt drift og økonomi. Dette har inntil nå vært mer eller mindre rene forvaltningsorganer som i stor grad har vært rammefinansiert. Først i de senere år er det innført en delvis stykkprisfinansiering gjennom DRG-systemet (ISF).

Veksten i dag skjer først og fremst i de *offentlige finansierte, men privat drevete* helsetilbudene. Dette skjer gjennom anbud/tilbudsforhandlinger mellom den offentlige betaler og den private aktør. Denne type «privatisering» bør ikke skremme noen idet det offentlige fremdeles har full kontroll på hvem som skal få tilbudet og til hvilken pris og kvalitet. Det er først når pasienten selv eller gjennom sitt forsikrings-selskap betaler vi kan snakke om egentlig *privatisering*. Først da kan egalitetsprinsippet, økonomisk og geografisk, være truet.

Private helseforsikringer har ikke slått an i Norge som i våre naboland. Totalt er det i Norge solgt ca. 20 000 helseforsikringer. I forslag til statsbudsjett for 2003 legger Bondevik-regjeringen opp til å fjerne skatten på helseforsikring betalt av arbeidsgiver, og det er mulig dette kan øke salget av helseforsikringer i årene som kommer.

Private sykehus

Tabell 1 viser en oversikt over de seks godkjente private sykehusene som i dag finnes i Norge. Tilbudene på hvert enkelt av disse sykehusene varierer, noen har i tillegg til spesialisttilbudene også tilbud innenfor bedriftshelsetjeneste og allmennlegevirksomhet. Tallene kan derfor ikke uten videre sammenlignes. Volvat Medisinske

Senter (VMS) var det første private sykehus i Norge (1985), og har i dag klart det største og bredeste tilbudet. I 2001 utgjorde offentlige oppdrag ca. 25% av omsetningen på VMS, andelen øker til ca. 30% i 2002. Oppdragsgivere er de regionale helseforetakene, lokale foretak (sykehus) og fylkestyngdekontorer som kjøper langtidssykkelte ut av operasjonskøene. På den helprivate siden er medlemskapsordningen en bærebjelke i VMSs virksomhet. VMS har også legesentre spredt ut over landet (Fredrikstad, Tønsberg, Hamar, Bergen). De andre private sykehusene er i langt større grad enn VMS offentlig finansiert og avhengig av avtaler med det offentlige. Derav følger også at de er mer sårbare for offentlige budsjetter og endrede rammebetingelser.

Ventelister i det offentlige

Stadig flere pasienter behandles i dag på private sykehus eller hos driftsavtalespesialister for det offentliges regning. Årsaken til dette er lange køer og ventelister i det offentlige, men ledig kapasitet hos private. Regionaliseringen av norsk helsevesen i 5 selvstendige enheter har muliggjort at sentrale og lokale foretak kan kjøpe seg ut av køproblemer ved å benytte private leverandører. Køene i det offentlige er også på vei ned. Dette dreier seg først og fremst om elektiv kirurgi. Særlig innenfor ortopedi, øre-nese-hals og plastikkirurgi er det lange køer i det offentlige. Dog er det viktig å huske på at kapasiteten hos private leverandører også er begrenset. Som det fremgår finnes det bare ca. 60 private sykehussenger mot ca. 13.000 i det offentlige. Køene kan raskt forskyves over på den private siden. Antall sykehussenger er imidlertid ikke lenger så viktig fordi store operasjoner gjennom moderne operasjonsteknikker og anestesiformer nå kan utføres poliklinisk.

Ulike konkurransevilkår

Bondevik-regjeringen har uttalt at offentlige og private sykehus skal konkurrere på like vilkår. Det er i dag ikke tilfelle. De avtaler som foreligger mellom foretakene og de private sykehusene er et resultat av forhandlinger/tilbud og svært kortsiktige. Finansielt er avtalene



Jon Norseth er
adm.dir. ved
Volvat Medisinske Senter

knyttet til DRG-systemet, og gir de private sykehusene en betaling på 70 – 80% av DRG for hvert enkelt type inngrep. DRG-systemet er utformet slik at 100% av DRG er ment å dekke alle kostnadene ved et inngrep bortsett fra kapitalkostnader knyttet til bygninger og utstyr. Alle diagnoser/prosedyrer har sine egne DRG-vektorer. De offentlige sykehusene får i dag 55% av DRG gjennom stykkprisfinansiering (ISF) og resten 45% gjennom rammebevilgninger fra staten. Årsaken til at private leverandører har måttet klare seg med mindre enn 100% av DRG sies å være at de ikke har øyeblikkelig hjelp og lite eller ingen undervisningsoppgaver. De private sykehusene må imidlertid ta hensyn til investeringer og overheadkostnader som husleie o.l. hvilket de offentlige sykehusene ikke har måttet ta hensyn til. Først fra 1.1.2003 skal de offentlige foretakene presentere et balanseregnskap og må ta hensyn til investeringer/avskrivninger.

DRG-systemet er *ikke* fullgodt idet en del inngrep har dårlige DRG-vektorer som ikke dekker kostnader, mens andre har svært god DRG. Dette gir en fare for seleksjon av lønnsomme DRG-diagnoser både på offentlige og private sykehus. Det er farlig når økonomiske insentiver i for stor grad blir drivkraften og regulerer type aktivitet. Det viser seg stadig at takstendringer

endrer legenes kliniske adferd. Private sykehus kan i tiden fremover ikke leve med mindre enn 80 – 100% av DRG avhengig av type inngrep. I dag går ett av to private sykehus med underskudd. Ønsker man private sykehus i et konstruktivt samspill med det offentlige helsevesen må man sørge for tilfredsstillende betalingsnivå og langsiktige avtaler.

Et annet problem er ulike konkurransevilkår mellom private sykehus og private driftsavtalespesialister. Driftsavtalespesialister driver ofte små nisjepraksiser alene eller i kontorfellesskap med noen få andre leger. Driftsavtalespesialistene får i dag fra foretakene 50 – 55% av DRG på offentlige oppdrag, og har i tillegg rammefinansiering fra det offentlige. Det stilles ikke samme krav til kvalitetskontroll, avviksregistrering og internkontrollsystemer til en driftsavtalespesialist som til et stort privat sykehus. De har derfor et langt lavere kostnadsnivå enn et bredt privat sykehusstilbud. Driftsavtalespesialistene kan også velge å finansiere et inngrep gjennom takster fra Rikstrykgeverket (RTV-takst) for den type aktivitet som har høy RTV stykkpris. RTV-finansiering i spesialisthelsetjenesten bør avskaffes og midlene legges inn i DRG-systemet. Hagen-utvalget, som jobber med ny finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten i Norge og skal komme med sin innstilling 1.1.2003, bør se nærmere på dette problem.

Utenlandsmilliarden har helt meningsløst medført at pasienter som kunne vært operert på private sykehus i Norge er sendt ut av landet. Samfunnsøkonomisk har dette vært meget kostbart og trolig også i strid med gjeldene EØS-regelverk. Det gode med utenlandsmilliarden er at den har avdekket ledig kapasitet innenlands, både på offentlige og private sykehus. Resten av utenlandsmilliarden bør nå frigjøres for bruk innenlands.

Anbud/outsourcing

Regionaliseringen av Helse-Norge skulle muliggjøre økende grad av anbudsutsetting og reell konkurranse mellom private og offentlige tilbydere. Slik har det ikke blitt. Eksisterende avtaler mellom foretakene og de private

sykehusene er et resultat av tilbud/forhandlinger og i stor grad et diktat fra foretaket. Foretakene er organisert som konsern (med ett unntak) med gjennomgående styrerepresentasjon. Det regionale foretaket vil først benytte de lokale foretakene (sykehusene) i egen region før eventuelt private leverandører trekkes inn. Det er *ikke* gjennomført et fullstendig skille mellom bestiller og utfører. Man kan ikke samtidig være både tilbyder og etterspørter, da blir det ikke troverdig likebehandling av interne og eksterne utøvere. Reelle anbudsforhandlinger og reell konkurranse mellom offentlige og private leverandører vil det derfor aldri bli. Det er også en klar tendens til at de offentlige foretakene selv vil beholde inngrep med lønnsom DRG, men sette ut ulønnsomme DRG'er til private. Kortsiktige avtaler som hvert år må reforhandles avhengig av statsbudsjettet umuliggjør nødvendige og langsiktige investeringer. Det er en klar tendens til ensidig å fokusere på pris fra foretakenes side. Andre faktorer som i større grad må vektlegges er service, bredde i tilbudet («one stop shop»), kvalitetskontrollsystemer og avviksregistreringer. Det må lages et system der slike faktorer tas hensyn til ved inngåelse av nye kontrakter.

Til tross for en del startproblemer er det likevel gledelig at foretakene nå ønsker å utnytte den totale kapasitet inklusive de private leverandører som finnes i hver region.

Fritt sykehusvalg

Fritt sykehusvalg er i dag en illusjon. Bondevik-regjeringen sa i Sem-erklæringen at «det frie sykehusvalg skulle omfatte alle godkjente sykehus, også de private».

Etter hvert er dette omskrevet til at «det frie sykehusvalg og den innsatsstyrte finansiering av sykehus skal utvides til også å omfatte private sykehus som har avtale med regionale helseforetak». Helse Vest har f.eks. forlangt i sine avtaler at pasienter skal være henvist fra lokalt foretak/sykehus i regionen som egentlig er konkurrenter til private sykehus. Helse Øst har satt et økonomisk tak på avtalene med VMS, og dette taket ble nådd allerede i oktober. Pasienter må avvises fordi det

offentlige ikke lenger vil betale. Foretakene har også lagt begrensninger på type inngrep og på betaling av nødvendige tilleggsundersøkelser som røntgen og laboratorietjenester når dette er nødvendig fordi pasienten ikke er ferdig utredet. Tilsvarende polikliniske utredninger på de offentlige sykehusene er RTV-finansiert. Det medfører ulike konkurransevilkår.

Fritt sykehusvalg forutsetter at de private leverandører gis tilfredsstillende priser og forutsigbarhet. Først da kan vi snakke om fritt sykehusvalg inkluderende private sykehus som en reell og viktig konkurranseskapende pasientrettighet.

Private sykehus er seriøse samarbeidspartnere

Det samspill man nå legger opp til mellom private og offentlige helseleverandører er viktig og riktig, *først og fremst for pasientene*. Det vil medføre kortere køer, bedre tilgjengelighet og service og bedre kvalitet. Konkurranse er sunt og effektivitetsfremmende. Når pasientene får anledning til å velge bort noe som er dårlig til fordel for noe bedre, må alle parter skjerpe seg. Kvalitetspresset er atskillig sterkere for en konkurranseutsatt bedrift på oppsigelig kontrakt enn for en statlig etat med monopopol. Private sykehus blir ofte feilaktig beskyldt for å tappe fagfolk fra det offentlige. Argumentet faller på sin egen urimelighet når man vet at det i private sykehus finnes ca. 60 private sykehussenger mot 13.000 senger i det offentlige! Private sykehus er heller ikke lenger lønnsledende. Lønnsveksten på private sykehus har vært meget moderat de senere år betinget av avtagende og dårlige resultater som har nødvendiggjort kostnadsreduksjon. De store private sykehusene har et bredt og variert tilbud og opprettholder også nødvendige pasienttjenester som ikke er profitable av hensyn til pasientene. Private sykehus har minst like god kvalitet som de offentlige, og er underlagt samme kontrollsystemer. Faren er langt større for at mindre og mer nisjepregede private spesialisttilbud som ikke er underlagt samme kontrollrutiner, ikke har overnattingsenger eller heldøgns anestesitjenester kan flytte grenser for å maksimere profit.

Tabell 1. Godkjente private sykehus

Navn	Eier	Oms. 2001 (mill NOK) (EBIT-A i parantes)	Antall oms. 2002 (mill. NOK)	Antall senger (overnatting)
Volvat Med.Senter (Volvatgruppen)	Capio AB (børsnotert)	194 (8)	205	8
OMNIA Sykehuset AS (Røde Kors Klinikk)	Industrifinans (39%)	61 (-0,8)	70	30
Axess-klinikken (inkl. legesenter + BHT)	ISS + pers. eiere	14 (-2,4)	20	11
Ringvoll-klinikken	Personlige eiere	?	15	5
Drammen Private Sykehus	Personlige eiere	15 (1,5)	20	4
Medi 3 (inkl. legesenter + BHT)	Personlige eiere	28 (1,5)	30	5
Total		312 +	360	63

Hva kan det offentlige lære av de private sykehusene

Private sykehus har mye å lære det offentlige helsevesen. Det dreier seg først og fremst om en effektiv *mål og resultatstyring*. Private sykehus bruker moderne IT-systemer innenfor logistikk, produksjon og økonomistyring og annen virksomhetsstøtte. Også innenfor kundeorientering, merkevarebygging, lønn- og insentivsystemer ligger de private sykehusene langt foran de offentlige. Organisasjonsutvikling er et annet stikkord. Det gjelder å ha riktig person på riktig sted til riktig tid. Det er ikke nødvendig å bruke offentlig godkjente sykepleiere til å re opp senger eller servere mat. Spesialutdannede hjelpepleiere kan utmerket godt assistere under enklere operasjoner. På VMS har vi sett den store betydning insentivsystemer har fått for å øke produktiviteten. Det er insentiver knyttet ikke bare til lønnsomhet, men også til kundetilfredshet, klagefrekvens, komplikasjonsfrekvens, medarbeidertilfredshet m.m.. «Balanced score card» tankegangen er på full fart inn i de private sykehusene.

Erfaringer fra det store private sykehus St.Göran i Sverige tyder på en

effektiviseringsgevinst på 10-12 % gjennom en privat driftsform. Årsaken til dette er først og fremst klarere ansvarsforhold, bedre ledelse, mål- og resultatstyring og bruk av moderne IT-teknologi som gjør hverdagen enklere. Den private driftsformen gir større grad av fleksibilitet, mindre basinndelinger og færre vanntette skott som gjør det mulig å *jobbe smartere*, ikke nødvendigvis raskere.

Fremtid

Regionaliseringen av Helse-Norge vil medføre store strukturelle forandringer. Øyeblikkelig hjelp funksjoner vil sannsynlig samles i ett eller noe få (avhengig av geografi og infrastruktur) akutt sykehus i en region. Rundt disse akutt sykehusene vil det være effektive og rene elektive sykehus, f.eks. egne sykehus for ortopedi, hjertekirurgi, øyesykdommer, anoreksiklinikk osv. Høyt spesialiserte tilbud må sentraliseres, også på tvers av de fem regionene. Et land med totalt vel 4 mill. innbyggere kan ikke tilby avansert hjertekirurgi på hvert gatehjørne. Det vil trolig vokse fram rene polikliniske enheter for utredning og behandling innenfor ikke-kirurgiske fag.

En lang rekke pasienter som i dag hospitaliseres, ofte på grunn av finansieringsordningene, kan behandles ambulant og følges opp på sykepleiernivå (eks. diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom). Det har i mange år vært et helsepolitisk mål at pasienten skal behandles på lavest mulige effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), men finansieringsordningene har ikke stimulert til dette. Ansvaret for sykehjem bør overføres til de regionale helseforetakene for å få til et tettere samspill og raskere utskrivning av ferdigbehandlede pasienter fra sykehusene. Det viktigste er at *både elektive og akutte tilbud like gjerne kan være privateid og privat drevet som offentlige.* Den offentlige finansieringen også av de privat drevete sykehusene vil ivareta egaliteten. Private bør slippes til og gis muligheter for å overta og drive offentlige sykehus i Norge. Dette er tilfelle i Sverige (St.Göran sykehus og Lundby sykehus), og i Danmark legges nå det første offentlige sykehus, Hørsholm sykehus i Fredriksborgs Amt, ut på anbud til private. I Tyskland er det ca. 430 private sykehus som står for 19% av akuttjenesten. I England er det ca. 320 private sykehus som utgjør 24% av akutt sykehu-

sene, mens private sykehus i Frankrike står for hele 35% av akutttilbudet.

Med en slik regional organisering av helsevesenet i fremtiden vil forholdene ligge til rette for at ventelistene forsvinner og pasienten gis reelle valg. Samtidig blir medisinen mer og mer prosedyrepreget og standardisert. Kanskje kan dette medføre at vi kan utdanne spesialisert arbeidskraft på en enklere måte og med kortere utdannelsestid. Kombinert med en voldsom økning i antall nyutdannede leger (1,2% av årskullet) i de nærmeste år, og derav bedre tilgang på kompetanse skulle alt

ligge til rette for et helsevesen på pasientens og ikke fagpersonalets eller helsebyråkratens premisser.

Konklusjon

Private sykehus i dagens Helse-Norge har kommet for å bli. Private sykehus skal være et supplement til det offentlige og avlaste og forkorte køer. Gjennom konkurranse skapes et insitament som gjør at alle parter må skjerpe seg og gi bedre tilgjengelighet, service og kvalitet til beste for kundene. Private sykehus skal være et "verksted" for å

teste ut ny organisasjonsformer, insentivsystemer, IT-systemer og arbeidsformer. Private sykehus kan også medvirke til spennende fagutvikling innen for spesifikke områder som f.eks. dagkirurgi. Sist men ikke minst skal de private sykehusene ta seg av alt det som det offentlige helsevesen ikke kan eller vil betale for. Det er ønskelig at private eiere får drive ett eller flere av de større sykehusene i Norge som i dag er offentlig eid. Forutsetningen er at private sykehus gis rammebetingelser det er mulig å leve med. Et slikt helsevesen vil være til beste for pasientene.

Informasjon

Litt informasjon om Eurofaculty

Eurofaculty er en organisasjon med formål å forbedre undervisningen i samfunnsvitenskap i de baltiske land. Som kjent ble samfunnsfagene så godt som lagt øde under sovjetstyret. Deler av økonomifaget overlevde under dekknavnet Økonomisk kybernetikk. Lærere i det faget er viktige medarbeidere for Eurofaculty. Ellers er det vanskelig å regne med at den eldre staben skal kunne omskolere seg: Da måtte de greie å lære seg både engelsk og matematikk i tillegg til en helt annen form for økonomi enn den marxistiske de selv ble lært opp i.

Eurofaculty engasjerer økonomer fra samarbeidslandene for et par år av gangen. Disse skal drive vanlig undervisning i sentrale økonomiske emner: Mikro, makro, økonometri, offentlige finanser m v. Undervisningen foregår på engelsk. Eurofacultys kurs inngår i den vanlige graden på vedkommende universitet, og målet er at hele undervisningen etter hvert skal bestå av de

internasjonalt anerkjente økonomiske fag, og at den skal overtas av lokale krefter. Det første målet var å få til kurs på bachelornivå, etter hvert også til mastergraden. Nå gis det også enkelte PH.D kurs i Tartu.

Eurofaculty har avdelinger i en universitetsby i hvert baltisk land: Tartu i Estland, Riga i Latvia og Vilnius i Litauen. Når Tartu er med i stedet for hovedstaden Tallin er det fordi Tartu har det eldste universitet i Baltikum. På grunn av det gode samarbeidet med finske universitet er Tartu den avdelingen som er kommet lengst i å etablere et moderne studium i samfunnsøkonomi.

Eurofaculty ble opprettet av Østersjørådet i 1993. Samarbeidsland er Tyskland og Nederland foruten de tre nordiske Finland, Norge og Sverige. Fra Norge har deltatt jurister og statsvitere, men hittil har det vært vanskelig å få rekruttert økonomer. Dette innlegget er for å gjøre norske økonomer opp-

merksomme på sjansen til et par år i spennende land og med rimelig gode økonomiske vilkår. Både Riga og Vilnius er uvanlig vakre byer, passe store, med rikt kulturliv og en fargerik historie. Tartu er en vakker småby, med kort veg til historiske steder som Tallin og Pskov. Eurofaculty tilbyr også mer kortvarige engasjement som gjesteforeleser eller til 3 ukers kurs, foruten deltakelse på forskerkonferanser.

Interesserte kan henvende seg til Eurofacultys danske direktør, Gustav Kristensen: e-mail guk@eurofaculty.lv. Arild Sæther ved Høgskolen i Agder var direktør ved Eurofaculty i flere år, og kan også fortelle mer om opplegget. Endelig finner du flere opplysninger på nettsiden www.eurofaculty.lv

Hilde Bojer
Økonomisk institutt,
Universitetet i Oslo

Nasjonala budsjettet

2003

■ ■ ■ PER RICHARD JOHANSEN:

Inkonsistens mellom finans- og pengepolitikken?

En realappresiering av norske kroner er en nødvendig følge av økt bruk av oljeinntekter. Forutsetningen for pengepolitikken var at denne realappresieringen kunne skje i form av høyere inflasjon enn hos våre handelspartnere. At Norges Bank har en annen vurdering av behovet for realappresiering kan bidra til å forklare hvorfor vi det siste året opplevd en kraftig styrking av krona, som – på toppen av høy lønnsvekst – nå truer konkurranseutsatt virksomhet i vid forstand.

Nasjonal- og statsbudsjettet for 2003 kan vel neppe sies å være dokumenter som makter å profilere de politiske målene til (d)en sittende regjering. Den mest treffende oppsummeringen av budsjettet fant jeg i Aftensposten under stikkordet: «Flaggsakene borte. - Hvis det er noen overraskelse i budsjettforslaget, så er det hvor hardt Regjeringen har gått frem på mange budsjettposter. Regjeringen står nesten ribbet for egne flaggsaker, og piner seg selv og kommunene». Det er tydelig at hensynet til renter, kronekurs og konkurranseutsatt virksomhet er det som har satt den po-

litiske rammen for budsjettforslaget, og at regjeringens øvrige politiske prioriteringer i denne omgang har måttet spille en underordnet rolle. Slik sett kan en si at finanspolitikken er blitt underordnet pengepolitikken.

Spørsmålet om det er politisk bærekraftig for en regjering å legge fram et slikt budsjett skal jeg la ligge, jeg skal heller gå inn på følgende spørsmål: Hvordan kan det ha seg, at en finanspolitikk som i hovedsak har fulgt den finanspolitiske handlingsregelen som har fått bred tilslutning i Stortinget, kan komme i klem av den pengepolitiske handlingsregelen, som nettopp var ment å understøtte denne finanspolitikken?

Det er nå halvannet år siden vi fikk den nye handlingsreglen for finanspolitikken. Det å bruke forventet realavkastning av Petroleumsfondet antas å innebære en mer ekspansiv finanspolitikk framover enn det som fulgte av den gamle, mindre eksplisitt formulerte regelen, der det olje- og aktivitetskorrigerte budsjettunderskuddet ble forsøkt holdt uendret som andel av BNP for Fastlands-Norge. I en situasjon med rimelig full utnyttelse av ressursene i utgangpunktet, vil en slik mer ekspansiv finanspolitikk måtte presse fram en realappresiering av krona, enten i form av høyere pris- og lønnsvekst enn hva vi ellers ville hatt, og/eller en nominelt sterkere krone.

Samtidig fikk vi ny forskrift for pengepolitikken, der det i §1 blant annet heter:

«Pengepolitikken skal sikte mot stabilitet i den norske kronens nasjonale og internasjonale verdi, herunder også bidra til stabile forventninger om valutakursutviklingen. Pengepolitikken skal samtidig understøtte finanspolitikken ved å bidra til å stabilisere utviklingen i produksjon og sysselsetting.

Norges Bank forestår den operative gjennomføringen av pengepolitikken.

Norges Banks operative gjennomføring av pengepolitikken skal i samsvar med første ledd rettes inn mot lav og stabil inflasjon. Det operative målet for pengepolitikken skal være en årsvekst i konsumprisene som over tid er nær 2,5 prosent.»

Det første leddet beskriver at formålet med pengepolitikken blant annet er at den skal bidra til stabilitet i kronas internasjonale verdi. Til tross for dette har vi opplevd at krona siden de nye politikreglene ble lagt fram har styrket seg med hele 11-12 prosent, avhengig av hvilken kursindeks som brukes, herav hele 9-10 prosent bare i løpet av inneværende år. I tillegg har vi hatt en sterkere lønnsvekst enn hos våre handelspartnere. I samme periode har imidlertid inflasjonen holdt seg rundt målet på 2,5 prosent. Formålet med pengepolitikken er altså ikke oppfylt, mens målet for inflasjonen – altså kvasimålet for pengepolitikken – er det.

Mens det første leddet beskriver formålet med pengepolitikken, er det det siste leddet som beskriver Norges Banks mandat: Å holde inflasjonen nær 2,5 prosent. Punktum. Jeg er derfor ikke av dem som kritiserer Norges Bank for å være nøyd i pengepolitik-



Per Richard Johansen er forskningsleder i Gruppe for makroøkonomi, Statistisk sentralbyrå

ken når de gir full vekt til inflasjonsmålet, i mulig motstrid til det uttalte formålet med pengepolitikken. Norges Banks mandat er krystallklart. Om inflasjonsmålet skulle vise seg å være i strid med formålet for politikken, så er det ikke Norges Bank, men instruksene - og dermed regjeringen - som i utgangspunktet har et problem.

Men graver vi litt dypere, så er spørsmålet likevel ikke så enkelt. Det er opplagt at da de nye handlingsreglene ble lagt fram, så var det (den forrige) regjeringens oppfatning at de to reglene var konsistente. Hvorfor skulle de gi Norges Bank mandat om 2,5 prosent prisvekst, hvis de ikke mente at det var konsistent med det de definerer som formålet for politikken? At det forelå en slik forestilling om konsistens understøttes av beregninger som samtidig ble lagt fram i Langtidsprogrammet, og som nå presenteres i oppdatert versjon i Nasjonalbudsjettet for 2003.

Der anslås det - basert på ulike beregninger på MODAG og MSG-mo-dellene - at handlingsreglene innebærer et realappresieringsbehov fra 2001 til 2010 på 1,4-3,3 prosent målt ved konsumprisene (og 2,9-8 prosent målt ved lønnskostnadene). Selv i øvre del av intervalleret gir dette et årlig realappresieringsbehov på under 0,4 prosent. Ved å sette inflasjonsmålet til 2,5 prosent, drøye 1/2 prosent høyere enn hos våre handelspartnere, burde det være rom for at hele realappresieringsbehovet skulle kunne tas ut i form at høyere inflasjon, og ikke i form av en nominell kroneappresiering. En nominell appresiering burde altså være unødvendig, ifølge Finansdepartementet og regjeringen.

Norges Bank ser det imidlertid tydeligvis annerledes. I lederartikkelen i Inflasjonsrapport 2/2002 skriver visesentralbanksjefen om følgene av økt bruk av oljepenger: «Når vi skal ha en omstilling i økonomien med overflytting av ressurser fra konkurranseutsatt til skjermet sektor, er en realappresiering av kroner mekanismen som får dette til. Realappresiering får vi når det er en høyere prisstigning i Norge enn i utlandet, eller ved at den nominelle kronkursen styrker seg.... Inflasjonsmålet er satt til 2 1/2 prosent. Hvis det er tillit til at inflasjonsmålet vil bli nådd, må vi vente at mye av realappre-

sieringen kommer gjennom styrking av kronkursen.» Nominell appresiering er altså - ifølge banken - en nødvendig følge av handlingsreglene, dersom inflasjonsmålet skal nås.

Selv om nominell appresiering er nødvendig, kan styrkingen av krona likevel ha gått lenger enn det handlingsreglene alene skulle tilsi. På Konjunkturseminaret til Samfunnsøkonomenes forening i september i år uttalte således visesentralbanksjefen: «Utviklingen i lønnsoppgjøret har vært en drivkraft bak kronestyrkingen. Valutamarkedet har opptrådt som forventet. Når det er tillit til at inflasjonsmålet nås, skaper høy lønnsvekst forventninger om en stram pengepolitikk og relativt høy rente.... Hvis lønnsveksten avtar, og vi kan ha tillit til at den vil forbli lav de nærmeste årene, kan rentedifferansen mot utlandet reduseres. Det vil normalt føre til at kronkursen faller tilbake.»

Selv om vi holder spørsmålet om en eventuell endring i lønnsdannelsen utenfor, står vi imidlertid tilbake med en betydelig forskjell i vurderingen av appresieringsbehovet mellom sentralbanken og Finansdepartementet. Det blir klart når vi ser på vurderingene av hvilke konsekvenser den finanspolitiske handlingsreglene vil få for industrien på ti års sikt, altså i et perspektiv der vi kan se bort fra midlertidige svingninger i den reelle valutakursen. I sin årstale i februar i år uttalte sentralbanksjefen: «Handlingsreglene tilsier at bruken av oljeinntektene over statsbudsjettet økes med rundt 3 1/2 prosent av BNP for Fastlands-Norge fram til 2010. Det kan bety opp mot 60 tusen ekstra årsverk i tjenesteytende sektorer. Så lenge det er knapphet på arbeidskraft, vil vi trolig få en tilsvarende nedgang i sysselsettingen i industrien.»

I beregningene i Nasjonalbudsjettet anslås det derimot at handlingsreglene vil redusere sysselsettingen i industrien med bare 2.500-8.300 personer i 2010 (basert på MODAG), noe som kommer på toppen av en forventet nedgang på 22.000 sysselsatte uten handlingsreglene, til sammen 25-30.000 personer. Den langsiktige, partielle virkningen (basert på MSG) av å følge handlingsreglene fram til 2010 er samtidig anslått til en nedgang i industrisysselsettingen på 13.000-16.900 personer.

Det er ikke opplagt om sentralbanksjefens anslag var å betrakte som et anslag på den partielle virkningen av reglene, eller som en prognose. Hvis det var ment som en prognose kan anslaget på 60 tusen jevnføres med Finansdepartementets anslag på 25 - 30 tusen i redusert industrisysselsetting i 2010. Hvis det var ment som en virkningsberegning, kan anslaget jevnføres med Finansdepartementets anslag på 2.500-8.300 som umiddelbar virkning i 2010, eller anslaget på 13.000-16.900 som den langsiktige - underliggende - virkningen. Uansett tolkning er det altså en betydelig vurderingsforskjell mellom Norges Bank og Finansdepartementet hva gjelder virkningene av handlingsreglene og utsiktene for industrien.

Nå er ikke poenget mitt at jeg tror Finansdepartementet har rett, og at sentralbanken tar feil. Poenget er at hvis Finansdepartementet har rett, så har vi allerede nå fått en realappresiering som er langt sterkere enn behovet helt fram til 2010. Og denne realappresieringen må nødvendigvis sees på bakgrunn av at sentralbanken gjentagne ganger har signalisert - både overfor aktørene i arbeidsmarkedet og valutamarkedet - et langt sterkere realappresieringsbehov. Hvis banken bidrar til at aktørene får større tillit (reduert risikopremie) til en sterkere krone i framtida enn de ellers ville ha forventet (reduert potensiale for depresiering), vil det trekke kraftig i retning av en sterkere krone i dag.

At bankens vurderinger antakelig har en slik tillit er det mange eksempler på, ikke minst rapporten fra gruppen som nylig leverte rapporten «Norges Bank Watch 2002», som hudfletter de gjeldende politikreglene: «The confusing and mistaken rhetoric about exchange-rate stability in the new guidelines for economic policy, seems designed to mislead the Norwegian general public about the economic realities that the new fiscal policy implies.» Det er et oppsiktsvekkende dokument, tatt i betraktning at det bygger hele sin framstilling på en forutsetning om behov for nominell appresiering, uten å bringe et eneste tall eller referanse som underbygger forutsetningen.

Det er forøvrig et tankekors, at selv om det er mangel på arbeidskraft som i

Nasjonalbudsjettet

utgangspunktet legger begrensningen på bruk av oljeinntektene, så står vi i dette tilfellet i fare for at politikken som helhet kan gi overskudd av ledige hender i årene framover. Dette minner for så vidt om situasjonen da vi trappet opp bruken av oljepenger kraftig på 1970-tallet; da førte politikken alt i alt til at den nødvendige realappresieringen av norske kroner gikk sammen med en nominell depresiering av krona, slik at pris- og kostnadsveksten ble sterkere enn hva som var nødvendig.

På den annen side, dersom Norges Bank har rett, så er den nominelle appresieringen i hovedsak en nødvendig følge av inflasjonsmålet. Men i så fall bygger handlingsregelen for pengepolitikken på gale forutsetninger. Stabil

krone og 2,5 prosent inflasjon lar seg ikke forene med den finanspolitiske handlingsregelen. Jeg har vanskelig for å skjønne hvorfor ikke Norges Bank har valgt å legge denne problemstillingen klarere fram. Det vil i dette tilfellet være naturlig å reise spørsmålet om inflasjonsmålet bør oppjusteres. Alternativet er å akseptere at norsk industri ikke kan sikres stabile rammebetingelser i form av en rimelig stabil valutakurs over tid.

Jeg trekker ikke resonnementet mitt så langt at vi allerede nå bør vurdere å reversere hele omleggingen av pengepolitikken. Riktig nok mener jeg konsekvensene av å endre styringsmål fra stabil valutakurs (eller mer presist, styrt flyt) til inflasjonsmål i sin tid var

for dårlig utredet. Det er ikke opplagt at erfaringer fra land som skiller seg vesentlig fra Norge hva gjelder både næringsstruktur, spareadferd, mm., er et tilstrekkelig grunnlag for å begrunne den omleggingen vi fikk. På den annen side så må vi ikke nå gjøre samme feil på nytt, men i motsatt retning, ved å legge om dagens politikk kun basert på – så langt – mangelfulle, egne erfaringer. Det synes opplagt at det nye pengepolitiske regimet må læres, både av markedsaktører og myndigheter, og vi må ha en romslighet for at slik læring - og påfølgende justering av mål og atferd - må finne sted. En honnør er for så vidt på sin plass til regjeringen, som i en slik situasjon holder behovet for egne politiske markeringer tilbake.

CICERO

Senter for klimaforskning
Center for International
Climate and Environmental
Research – Oslo

CICERO Senter for klimaforskning er en privat stiftelse ved Universitetet i Oslo. Senteret har til formål å drive forskning, utredning, rådgivning og informasjon om nasjonal og internasjonal klimapolitikk. CICERO har en tverrfaglig stab som spenner over naturvitenskap, geogra , statsvitenskap, sosiologi og sosialøkonomi. Senteret har 40 ansatte og holder til i Sognsveien 68 (vis-à-vis Ullevaal Stadion). CICERO har en årlig omsetning på ca. 19 mill. kr.

Forskningsleder CICERO Senter for klimaforskning, Oslo

For en samfunnsviter eller økonom som søker faglige utfordringer kombinert med interesse for ledelse har CICERO ledig stilling som leder for en av våre to forskningsavdelinger. Veri kasjon, gjennomføring og design av internasjonale klimaavtaler, og nasjonal klimapolitikk, er hovedtema i programmet. Dette temaet vil ha stor aktualitet når Kyotoavtalen skal gjennomføres, nye avtaler skal utarbeides, og nasjonal klimapolitikk utvikles for å følge opp internasjonale forpliktelser.

Arbeidsoppgavene består av å lede forskere og utvikle fagfeltet i CICERO. For stillingen kreves doktorgrad eller tilsvarende kompetanse. Søkeren må kunne dokumentere samfunnsvitenskapelig kompetanse i form av publikasjoner, helst innen økonomi eller statsvitenskap. Det er ønskelig med ledererfaring og/eller internasjonal erfaring. Mulighetene for egen forskning vil være gode.

Kvinner oppfordres til å søke.

Lønn etter avtale.

For nærmere opplysninger kontakt direktør **Pål Prestrud**: 22 85 87 53 , e-post: pal.prestrud@cicero.uio.no. Søknadsfrist 20. november 2002. Mer informasjon om CICERO nnes på www.cicero.uio.no.

CICERO Senter for klimaforskning

Postboks 1129 Blindern, 0318 Oslo
admin@cicero.uio.no

■ ■ ■ KJETIL HOUG:

Fra konjunktur til struktur

Regjeringen og Finansdepartementet klarer ikke helt å ta de praktiske konsekvensene av at den økonomiske politikken i Norge faktisk er lagt radikalt om de siste 3 årene, men de går langt i å erkjenne forandringene. Dette gjør at man i utgangspunktet bør være positivt innstilt til de signalene Regjeringen gir om den økonomiske politikken. Imidlertid viser årets budsjett at det har vært nødvendig å overstyre handlingsregelen. Vi har derfor et stykke igjen før vi når noen grad av «optimal» finanspolitikk under inflasjonsstyring. Selv om handlingsregelen fra mars 2001 er forlokkende i sin enkelhet og fortolking, har den noen vesentlige svakheter. Et mulig alternativ kan være å formulere en regel for maksimal stimulans fra finanspolitikken.

Handlingsregelen er og blir en gjøkunge i budsjettet. Det er ingen andre motiver bak regelen enn å finne et passende nivå på hvor mye oljepenger som skal fases inn hvert år. Regelen sier absolutt ingenting om hva oljepengene skal brukes til, og utformingen gjør at det blir en direkte kobling mellom finanspolitikken, oljeprisen og finansmarkedene som er uheldig.

Det er lett å forstå den politiske begrunnelsen for at Regjeringen foran Stortinget i 2001 trengte et virke-

middel for å demme opp for FrP's frammarsj. Handlingsregelen var kriseløsningen som skulle forhindre at den daværende AP-regjeringen skulle bli beskyldt for å «spare seg til fant». Ut fra samme logikk ble det umulig for andre partier på Stortinget å gå imot forslaget, og handlingsregelen fikk bred politisk oppslutning. Politikkerne kunne nå møte velgernes krav om mer oljepenger med at man faktisk hadde en plan for hvordan pengene skulle brukes *samtidig* som man ivaretok hensynet til framtidige generasjoner. Prinsippet har åpenbart mange fordeler. Ved å tilbakeføre (den beregnede) realavkastningen til statsbudsjettet, holdes fondskapitalens kjøpekraft konstant, dermed vil oljepengene tilhøre også framtidens generasjoner. Dagens generasjon får også i noen grad nytte godt av fondsmidlenes avkastning; nærmere bestemt om lag 35 mrd. Kroner i 2003. Denne forlokkende enkelhet skjuler imidlertid mange svakheter:

Svakheter med handlingsregelen

- En viktig effekt av regelen er at det blir en direkte sammenheng mellom utviklingen i oljeprisen (via avkastningen av fondskapitalen) og behovet for realappresiering. Denne sammenheng var ikke like åpenbar før 2001. Med den nye

regelen skal det oljekorrigerede overskuddet være direkte koblet til fondets kapital som igjen er relatert til oljeprisen. Dermed har valutahandlerne fått et godt argument for å la sin etterspørsel etter kroner i større grad styres av oljeprisen.

- Et annen spesielt utslag er at utviklingen i finansmarkedene direkte vil påvirke handlingsrommet til finanspolitikken. Den dårlige avkastningen i porteføljen til Petroleumsfondet medførte i realiteten et innstrammingsbehov på 4 mrd kroner i forhold til anslaget gitt i Revidert Nasjonalbudsjett for 2002. Dermed får vi et prosyklisk element inn i finanspolitikken som åpenbart ikke er ønskelig. Dette har Regjeringen tatt konsekvensen av ved å utjevne svingningene mellom estimert realavkastning for 2003 og 2004.

- Et tredje problem er at handlingsregelen virker ekspansivt¹ når petroleumsfondet bygges opp, mens den vil virke kontraktivt når vi ikke lenger har store oljeinntekter. Da er sannsynligheten stor for at hele handlingsregelen vil bli revurdert. Flere politikere har gått langt i å antyde at handlingsregelen vil bli gjenstand for revisjon i forbindelse med den varslede pensjonsreformen, men dette ligger foreløpig et stykke fram i tid.

Sier A, men ikke B om pengepolitikken...

I Nasjonalbudsjettet går nå Regjeringen langt i å erkjenne at vi har fått et entydig inflasjonsmål. I Meldingens innledning heter det om pengepolitikken at:

«Retningslinjene innebærer at pengepolitikken rettes inn mot lav og stabil in-

¹ Handlingsregelen vil virke mer ekspansivt (kontraktivt) jo mer av det strukturelle underskuddet som skyldes utgiftsvekst (skattelettelser).



Kjetil Houg er
sjeføkonom i
Alfred Berg Norge

flasjon. På denne måten har pengepolitikken fått en klar rolle i å stabilisere den økonomiske utviklingen.» (s. 5)

Dette er ikke til å misforstå. I motsetning til dette heter det fortsatt i Paragraf 1 i forskrift om pengepolitikken at pengepolitikken skal sikte mot stabilitet i kronekursen (s. 78). Ved å legge valutastabilitetsmålet dødt, signaliserer Regjeringen klart at forskriftens formulering om dette ikke har noen praktisk betydning. Det burde derfor bare være en formalitet å få rettet opp inkonsistensen i forskriften slik at usikkerheten om myndighetenes forståelse av Norges Banks mandat kan reduseres. Det mest ideelle ville vært å revidere Loven om Norges Bank til å inkludere et klart definert inflasjonsmål slik at man i større grad fikk forankret målet mot skiftende politiske vinder².

Med pengepolitikken rettet inn mot å stabilisere økonomien, blir presset på finanspolitikken mindre. Dette betyr selvsagt ikke det samme som at finanspolitikken kan bli mer ekspansiv! Det betyr bare at finanspolitikken stabiliserende oppgave er redusert og at man kan legge andre kriterier til grunn ved utformingen av statsbudsjettet. Dette er formulert i budsjettokumentet som at man vil følge handlingsregelen, men med vekt på at bruken av oljeinntekter særlig bør rettes inn mot å redusere skatter og avgifter og mot andre tiltak som kan øke vekstevnen i økonomien. Videre vil man innrette finanspolitikken slik at man unngår press på prisstigning og rente. Disse formuleringene er i tråd med tilsvarende retningslinjer for budsjettarbeidet i EU, formulert i «The Broad Economic Policy Guidelines» (BEPG). Her heter det : 1) Sikre en vekst- og stabilitetsorientert makroøkonomisk politikk, 2) Forbedre offentlige finanser, 3) Bedre arbeidsmarkedets funksjonsmåte, 4) Sikre effektive vare- og tjenestemarkeder, 5) Stimulere integrasjon av finansiell tjenesteyting, 6) Stimulere entreprenørskap, 7) Skape en kunnskapsbasert økonomi, og 8) Forsterke bærekraftig utvikling. Finanspolitikken stabiliseringsoppgaver (under pkt. 1) er i realiteten begrenset til at den ikke bør virke prosyklisk. I dagens situasjon i EU betyr dette at hensynet til langsiktig stabilitet i offentlige finanser sannsynligvis må vike noe slik at de automatiske stabilisatorene kan få virke.

Formuleringene i Nasjonalbudsjettet innebærer en klar forbedring ved at finanspolitikken stabiliseringsoppgaver er tonet ned. Dermed blir det noe mer intern konsistens i budsjettpolitikken. Det neste naturlige skrittet er at Finansdepartementets økonomer nå aktivt fraskriver seg ansvaret for konjunkturstabilisering og overlater det til Norges Bank, rett og slett fordi det er en altfor vanskelig oppgave til at finanspolitikken kan klare det. Argumentene bør være godt kjent for leserne av dette tidsskriftet. De viktigste er timing: Finanspolitikken virker med et betydelig etterslep. Budsjettprosessen er langdryg og med lav frekvens (bare én gang hvert år), og det reelle handlingsrommet i finanspolitikken begrenses sterkt av en økende andel rettighetsstyrte utgifter til pensjoner, trygder og offentlige tjenester. Det vil derfor ta lang tid fra en endring i produksjonsgapet oppstår til politikken er vedtatt, og det blir vanskelig å rette opp feil i doseringen. Hensynet til forutsigbarhet i skatte- og avgiftspolitikken tilsier at man ikke bør bruke endringer i skattesatser til konjunkturstabilisering. Videre er det et argument at den politiske beslutningsprosessen gjør finanspolitikken mer utsatt for kortsiktig opportunistikk og rent-seeking i forhold til pengepolitikken. Den eneste fornuftige arbeidsdelingen er derfor at a) pengepolitikken rettes inn mot stabil inflasjon, b) stimulansene fra finanspolitikken skal være mest mulig nøytrale. Utover dette bør finanspolitikken innrettes slik at den bidrar til verdiskaping og sysselsetting på lang sikt. Dette må selvsagt også gjelde skatte- og avgiftssystemet. Kanskje kan EU retningslinjene tjene som forbilde?

En litt forvirrende formulering i budsjettet er at Regjeringen fastholder målsettingen om – over tid – å holde den underliggende (reelle) utgiftsveksten lavere enn (real)veksten i Fastlands-Norge. Denne målsettingen var utelatt i den forrige Regjeringens budsjettokumenter. Kanskje ikke så rart i og med at utgiftsveksten da faktisk var større enn verdiskapingen i Fastlands-Norge. En brist i dette resonnementet er at målet åpenbart kan komme i konflikt med handlingsregelen i perioder hvor det er lav vekst i økonomien samtidig som oljefondet bygges opp. I slike perioder virker som nevnt handlingsregelen klart

ekspansiv, mens den vil virke kontraktivt etter hvert som oljeinntektene avtar. Den eneste måten å oppfylle begge kravene på er da gjennom relativt store skattelettelser. Det aner meg at KrFs økonomer har sovet i timen når disse målsettingene er satt opp parallelt.

Alternative handlingsregler for finanspolitikken

For å få finanspolitikken bedre i tråd med overnevnte «best practice» bør handlingsregelen skrives om. En mulighet er selvsagt å knytte Petroleumsfondet opp mot pensjonsforpliktelsene, slik Pensjonskommisjonen og andre har vært inne på. Dette vil imidlertid bare være et formelt byggverk, for i praksis behøver det ikke være noe samsvar mellom økende pensjonsforpliktelser og overføringer fra fondet. Man kan lett tenke seg at en bedre vekstevne i fastlandsøkonomien gjør oss i stand til å betale en større del av forpliktelsene gjennom den ordinære skatteinngangen. Da må det ikke være slik at oljepengene uansett skal fases inn på et bestemt tidspunkt. En enkel måte å løse dette på er å gjennomføre forslaget med både en fondering og en individualisering av tilleggs pensjoner i folketrygden. Dette har igjen den åpenbare svakheten at generasjonsaspektet forvitrer. Videre kommer komplikasjoner i forhold til privatisering av forvalteransvaret. I tillegg er det lite realistisk med en slik pensjonsreform på kort sikt. Pensjonskommisjonen skal ikke avlevere sin rapport før nest år, og deretter kommer garantert en tautrekking mellom ulike interessegrupper, parter og andre interessenter. Sannsynligvis vil reformen bli vannet ut underveis, slik at de reformistiske skritt nok blir betydelig kortere enn det utrederne kunne håpe på.

Det viktigste argumentet for å beholde dagens regel er at den allerede er implementert og at den har rimelig bred politisk oppslutning. Risikoen i forhold til rent-seeking ved å forlate regelen er stor.

Et mulig alternativ kan likevel være å formulere en regel for maksimal stimulans fra finanspolitikken, dvs. i

² Se Norges Bank Watch 2002, (Svensson, Steigum, Solheim og Houg).

form av prosentvis endring i det olje- og aktivitetskorrigerede underskuddet i forhold til BNP for fastlandsnorge. En slik handlingsregel vil gi større forutsigbarhet i den økonomiske politikken. Koblingen mot finans- og oljemarkedene blir mindre synlig, og fokuset kan rettes mot strukturreformer i offentlig og privat sektor. En slik regel vil ikke virke prosyklisk, og vil være mer robust over tid i forhold til handlingsregelen. For å tilfredsstille pressgruppene, kan det gis et visst slark, for eksempel ved at maksimalgrensene settes relativt bredt.

Valutaforvirring

Finansdepartementet har tydeligvis irritert seg over den siste tidens appresiering av kronekursen. Det vektlegges at «Norge har et inflasjonsmål for pengepolitikken som medfører at forventet, gjennomsnittlig prisstigning vil være noe høyere enn hos våre handelspartnere, noe som over tid bidrar til å dempe presset på kronekursen.»

Videre gjøres det et stort nummer av at realappresieringen gjennom 2001 og 2002 langt overstiger departementets beregnede behov for realappresiering som følge av handlingsregelen. De kvantifiserer realappresieringsbehovet til 4-10 % avhengig av om oljeinntektene brukes til skatter eller til utgiftsvekst. På side 79 heter det: «Den nominelle styrkingen av kronekursen den siste tiden bidrar imidlertid til en svekkelse av den kostnadmessige konkurranseevnen som er vesentlig større enn det som ifølge de utførte beregningene følger av økt bruk av petroleumsinntekter i tråd med handlingsregelen for budsjettpolitikken.»

Her har departementet dessverre sporet av. Det er selvsagt mulig at valutamarkedet har overreagert, og at kronen er ute av kurs. Undertegnede er personlig av den oppfatning at kronen sannsynligvis skal depreciere fra dagens nivå. Dette betyr imidlertid ikke det samme som at kronen har appresiert for mye³.

Det er selvsagt ikke slik at valutamarkedet har laget seg noen estimater over hvor mye realappresiering Norge vil få som følge av handlingsregelen isolert. Valutamarkedet styres i langt større grad av forventningsdannelse og kapitalstrømmer. Når regjeringen har sagt at

det skal fases inn oljepenger, sier de også at det blir behov for en høyere nøytral realrente i Norge. Den nøytrale realrenten er definert som den realrenten som gir stabilitet i inflasjon og produksjonsgap for økonomien. Når den forventede realrenten øker, øker også den nominelle rentedifferansen til utlandet under gitte inflasjonsforventninger. Dette forsterkes i noen grad også av at inflasjonsmålet er høyere enn for ECB, Bank of England og Svenske Riksbanken. Norske kroner øker følgelig i popularitet. Så langt er vi enige, men kronen vil jo ifølge teorien sannsynligvis appresiere langt MER enn det langsiktige realappresieringsbehovet skulle tilsi. Årsaken er at for at renteparitet skal holde, må det skapes rom for depresiering gjennom en initiell overshooting i markedet⁴. Hvis markedet forventer at realrenten i Norge skal ligge varig høyere enn i utlandet (noe som ikke er helt urimelig) blir behovet for slik overshooting større. Et enkelt regneeksempel er at hvis renten i Norge ligger ett prosentpoeng over utlandet, vil avkastningen på å sitte med kroner være om lag 15 prosent høyere om 10 år gitt uendret valutakurs. Dette tilsvarer (tilfeldigvis) om lag den nominelle svekkelse av den kostnadmessige konkurranseevnen den siste tiden.

Selv om Finansdepartementet argumenterer med at appresieringsbehovet bare er mellom 4 og 10 prosent, forsetter dette at handlingsregelen følges for all framtid. Dette må sies å være en streng forutsetning, gitt de fristelser som oljepengene gir både for dagens og framtidens politikere. En mer rimelig forutsetning er at alle oljepengene over tid skal brukes, noe som vil innebære et varig skift i realvalutakursen på lang sikt, og et enda sterkere skift på kort sikt.

Et annet aspekt ved departementets beregninger er at de lett kan brukes som argumentasjon mot sentralbankens utøvelse av pengepolitikken. Hvis departementet mener at kroner har appresiert for mye, er dette et sterkt signal til banken og til omverden om at man mener valutakursen bør bringes tilbake til et «riktig» nivå. Hvis vi antar at den relative reallønnen er konstant, og tar utgangspunkt i forskjellen mellom den faktiske kursutviklingen og departementets anslag, havner vi på en NOK-EUR kurs i

intervallet 7.87 – 8.32. Er dette å betrakte som en svingningsmargin for kronekursen? I så fall, mener departementet og Regjeringen at Norges Bank burde senke renten eller intervensere for å bringe kronekursen ned?⁵ Problemet med dette – hvis det reflekterer departementets syn – er at man da gir støtte til de som har uttalt at de ønsker at realappresieringen i større grad bør skje via høyere innenlandsk prisvekst framfor gjennom en nominell oppgang i valutakursen. Dette er svært kontroversielt og har alvorlige konsekvenser. Valget av mekanisme (inflasjon eller valutakurs) vil ikke påvirke det reelle behovet for appresiering. Det betyr at den nøytrale realrenten også må være uendret. Norges Bank kan derfor i beste fall utsette appresieringen en kort stund ved å holde valutakursen stabil, men etter 1 til 2 år vil dette i stedet medføre høyere inflasjon og kostnadspress. Aksellererende inflasjon vil kunne gi skadevirkninger på økonomien som det vil ta lang tid å rette opp.

Min klare anbefaling til Regjeringen og partiene på Stortinget er derfor: Innfør et lovfestet inflasjonsmål for Norges Bank i tråd med dagens forskrift, men uten noe referanse til valutakursen. Sørg deretter for at finanspolitikken er om lag nøytral på økonomien og revider handlingsregelen i tråd med dette. Innenfor denne rammen bør generelle lettelser i lønnsbeskatningen prioriteres over passive overføringer slik at vekstevnen i økonomien og sysselsettingen stimuleres.

³ Finansdepartementet formulerer seg ikke eksplisitt om at de synes kronen er for sterk, men lar likevel dette skinne ganske klart igjennom.

⁴ Dornbusch (1976).

⁵ Sentralbanksjef Svein Gjedrem intervenerte 16 oktober ved å advare mot den lave likviditeten i kronemarkedet. Dette medførte en kronesvekkelse på i underkant av 2 prosent. Kursen har fremdeles styrket seg med om lag 9 prosent hittil i år og om lag 14 prosent over de siste 2 år. Utspillet fra sentralbanken kan tolkes som at banken nå mener kronen har styrket seg for mye og/eller for raskt. Bankens har imidlertid ikke gitt tilkjennelse noe syn på hvor den mener kronekursen bør være. En mulig fortolkning av utspillet kan være at det er en prøveballong fra sentralbanken for å se hvordan markedet responderer, og et varsel om at man er vilig til å vurdere en mer aktiv strategi for å styre kursutviklingen på kroner. Erfaring fra tilsvarende operasjoner i andre land tilsier imidlertid at dette kun vil ha en kortsiktig effekt på valutakursen.

■ ■ ■ KAI LEITEMO:

Pengepolitikken mer dominerende

Retorikken rundt Nasjonalbudsjettet 2003 antyder at det har oppstått et nytt samspill mellom penge- og finanspolitikken. Rentenivået fungerer nå, sammen med ambisjonen om innfasing av oljepenger i norsk økonomi, som en indikator på behovet for stramhet i finanspolitikken. Større makt til sentralbanken fordrer et mer presist og etterprøvbart mandat for utøvelsen av pengepolitikken et samtidig representerer folks velferd i større grad. Det er fortsatt et stykke frem til at samspillet i den økonomiske politikken er formalisert som i Stabilitetsalternativet.

Sentralbanksjefen i førersetet

Dersom en skulle ta regjeringens retorikk i forbindelse med fremleggelsen av deres forslag til Nasjonalbudsjett for 2003 alvorlig, styres norsk makroøkonomi nå i stor grad fra Bankplassen 2 i Oslo. Der sitter sentralbanksjef Svein Gjedrem og feller rentedommen over nasjonalbudsjettet utover senhøsten. Spørsmålet Gjedrem stiller seg er hvorvidt budsjettet vil bidra til lavere inflasjonsforventninger som er kravet for å redusere rentene. Gjedrem har ved flere anledninger gitt uttrykk for at et stramt statsbudsjett vil medvirke til å redusere renten; alle forhold som påvirker etter-

spørselen vil ha innvirkning på renten under et inflasjonsmål. Dette budskapet har trengt godt inn i regjeringsskvartalet og regjeringen kommer nå sentralbanksjefen i møte med det den selv mener er et stramt budsjett.

For en relativt fersk makroøkonom er det interessant å merke seg hvor stor vekt politikerne i sin argumentasjon synes å legge på betydningen av rentenivået i utformingen av finanspolitikken. Tidligere var den gjeldende oppfatningen at norsk rentenivå i stor grad ble bestemt fra utlandet (gjennom fastkurspolitikken) og dermed i liten grad var påvirkelig. Med det nye pengepolitiske mandatet har dette blitt endret. Siden majoriteten av velgerne i stor grad er opptatt av et lavt rentenivå, er det naturlig for regjeringen å tilstrebe dette. For aktører som har hevdet at finanspolitikken i mindre grad bør reguleres av konjunkturforhold, men i stedet av mikroøkonomisk nytte og kostnadsbetraktninger, vil nok dette utgjøre dårlige nyheter. Dersom en antar at preferansene for stabil og lav rente er dominerende hos de finanspolitiske aktører, vil de gjøre alt som er mulig for å innrette finanspolitikken mot stabil, lav rente. Da må finanspolitikkerne selv oppnå inflasjonsmålet – ellers vil jo renten endres/økes. Det betyr at finanspolitikken selv må være kontraktiv (ekspansiv) dersom inflasjonsforventningene overstiger (underskyter) målet.¹ Derfor vil sterke preferanser for stabil

rente medfører muligens mer «finstyring» av økonomien enn en kunne forvente seg under den gamle ordningen. Det er også verdt å merke seg at arbeidsledighetsutviklingen spiller en mindre rolle i argumentasjonen rundt finanspolitikken innretning enn tidligere. Tidligere var jo ledighetsraten en god indikator på hvor ekspansiv finanspolitikken burde være. Siden pengepolitikken må utøve en nærmest komplett fortrenning av finanspolitikken virkning på ledigheten (siden ledigheten er en viktig komponent som forklarer fremtidig inflasjon), så vil en slik regel ikke være å anbefale. Derimot er rentenivået blitt den viktige indikatoren for om finanspolitikken bør legge vekt på konjunktursituasjonen. Dersom renten er høy er dette en indikator for om finanspolitikken bør være kontraktiv. Vi kan da si at pengepolitikken i så måte også virker gjennom en finanspolitisk kanal; høyere rente fører til lavere etterspørsel ved at også finanspolitikken blir mer kontraktiv. Da blir renten også mer stabil. Vi har blitt svært avhengig av at sentralbanken gjør en god jobb. Det er mange gode grunner til å inkludere sentralbanksjefen, og kanskje spesielt hans hovedstyre i aftensbønnen.

Finanspolitikken stramhet

Hvor stramt er egentlig budsjettet? Dersom en med stramhet mener i hvilken grad en reduserer ressursutnyttelsen og dermed inflasjonsforventningene, er det vanskelig å gi et entydig svar. Ulike forhold trekker i hver sin retning. Forventet vekst i offentlige utgifter er nå mindre enn forventet vekst i BNP og



Kai Leitemo er førsteamanuensis i makroøkonomi, Handelshøyskolen BI

¹ Med inflasjonsmålet forventningsvis oppnådd kan Gjedrem selv utøve sitt *skjønn* på en slik måte at også andre målsettinger kan oppnås.

offentlig sektors andel av totaløkonomien vil reduseres. Dersom vi legger til grunn at konsumentene er fremoverskuende, vil en slik reduksjon isolert virke dempende på ressursutnyttelsen. Grunnen til det er at private aktører forventer et mindre finansieringsbehov i offentlig sektor i fremtiden, som igjen medfører at aktørene justerer sine forventninger om den permanent-disponible inntekten opp. Denne inntektsøkningen vil imidlertid benyttes over tid, som bare i en viss grad medfører økt etterspørsel i dag. I en slik situasjon gjelder Ricardiansk ekvivalens, og regjeringens indikator for ekspansivitet, det oljekorrigerede, strukturelle budsjettunderskuddet, vil i beste fall ha en svært liten betydning for ressursutnyttelsen.

Dersom en antar at private aktører i mindre grad er fremoverskuende, og har mer Keynesianske egenskaper, vil budsjettunderskuddet i større grad gi et uttrykk for virkningen på ressursutnyttelsen. Gjennom den noe modifiserte handlingsregelen for innfasing av oljeinntekter er statsbudsjettet mer ekspansivt i år enn i fjor. Faktisk er handlingsregelen modifisert for å tillate en noe jevnere innfasing av oljeinntektene. I år medfører denne modifikasjonen at mer oljepenger benyttes enn det som tidligere var lagt til grunn av blant annet Norges Bank. Det skulle tilsi at statsbudsjettet ikke vil medvirke til lavere rente, tvert imot. Det er imidlertid så mange problemer knyttet til bruken av budsjettunderskuddet som en indikator på finanspolitikken ekspansivitet, blant annet ved at den ikke tar hensyn til at de ulike utgiftspostene har ulik virkning på innenlandsk etterspørsel, at det er vanskelig å komme med klare konklusjoner basert på denne indikatoren alene.

Dersom de to gjeldende indikatorene for finanspolitikken ekspansivitet gir ulikt og usikre resultat, kan en likevel gi et noenlunde presist svar på om statsbudsjettet medvirker til lavere rente? Svaret på det er ja dersom vi legger regjeringens vurdering til grunn. *Inflasjonsprognosene* i Nasjonalbudsjettet tilsier at inflasjonen i 2004-2006 vil underskyte inflasjonsmålet med rentemarkedets forventninger til renteutviklingen slik de var tidlig i september 2002, før statsbudsjettet ble

Forslag til ny pengepolitisk forskrift

- §1. Pengepolitikken overordnede målsetting er stabil vekst i konsumprisene, tilsvarende 2,5 % per år.
- §2. Inflasjonsmålsettingen er fleksibel, og i utøvelsen av pengepolitikken skal produksjonsstabilitet være en likeverdig målsetting i den grad inflasjonsprognosene fra og med 3 år frem i tid ikke avviker mer enn $\pm 0,5$ prosentpoeng fra målsettingen.
- §3. Regjeringen legger til grunn at utøvelsen av pengepolitikken i henhold til §1 og §2 vil innebære at inflasjonen målt som den årlige veksten i konsumprisveksten utenom avgifter og energivarer vil holde seg i intervallet 1-4 %. Dersom faktisk eller forventet inflasjon avviker fra dette intervallet i mer enn ett kvartal, skal virkemidlene i pengepolitikken innrettes med hensyn til å bringe inflasjonen rask tilbake i intervallet. Regjeringen skal snarest mulig informeres om tiltakene.
- §4. Sentralbanken skal regelmessig rapportere om utøvelsen av og vurderingene i pengepolitikken, herunder sentralbankens forventningsrette prognoser for inflasjon, produksjon samt sentralbankrenter og valutakurs.

fremlagt. Dette tilsier at regjeringen legger til grunn at Norges Bank må holde en lavere rente i 2003 enn det aktørene i pengemarkedet forventet for at inflasjonsmålet ikke skal underskytes. Dette taler isolert for at rentene skal nedover, i hvert fall etter regjeringens egen vurdering. Pengemarkedet reagerer imidlertid med høyere renter ved fremleggelsen av statsbudsjettet, noe som innebærer at disse aktørene ikke nødvendigvis deler regjeringens syn.

Hva bestemmer renteutviklingen på sikt? Grovt sett kan vi si at jo fortere vi får overført produksjonsfaktorene fra konkurranseutsatt til skjermet sektor (uten at de stopper i uføretrygd), desto lavere kan renten settes, eventuelt jo fortere kan oljeinntektene innfases (for gitt rente). I så måte vil arbeidsmarkedstiltak som fremskynder overføringen av ressurser medvirke til en lavere rente. Regjeringens arbeid med å effektivisere Aetat er i så måte svært viktig og for hensynet til renteutviklingen.

Mer om pengepolitikken

Med større makt til sentralbanksjefen, er det viktig at mandatet gir en presis og etterprøvbart utforming av sentralbankmålsettingene. Mange hadde vel kanskje forventet en endring, eventuelt en klargjøring av mandatet, fra regjeringens side. Den nylig avlagte rapporten om utøvelsen av pengepolitikk i Norge (Svensson m.fl., 2002)² har også

etterlyst endringer i mandatet. Det nåværende mandatet blir kritisert for å være uklart og inkonsistent. Blant annet er stabil valutakurs og inflasjonsmål klart inkonsistente målsettinger i tider med realappresiering, samtidig som at målsettingen om stabil sysselsetting kommer i bakgrunnen i forhold til hvilken rolle den spiller for folks velferd. Uklarheter og inkonsistens medfører at flere tolkninger må gjøres og skjønnet utøves på Bankplassen. Det reduserer graden av etterprøvbart og øker trolig sentralbankens makt kanskje i en for stor grad. Jeg har derfor tatt meg friheten til å foreslå en ny pengepolitisk forskrift (se tekstboks) som er mer i tråd med teoretisk forskning rundt utformingen av et inflasjonsmål. Det ville rekke for langt å gå i detalj omkring dette forslaget, men kort kan en si at denne forskriften bedrer etterprøvbart og muligheten for kontroll av sentralbanken. I henhold til §2 oppgraderes målsettingen om stabil sysselsetting til å være tilnærmet likeverdig med inflasjonsmålet, men likevel på en slik måte at inflasjonsmålet forventes å nås med en relativt høy presisjon. Litt slingringsmonn gir sentralbanken friheten til å avvike fra målet i noen grad dersom økonomien for eksempel skulle gå inn i en kraf-

² Svensson, Lars E.O., Kjetil Haug, Haakon O.Aa. Solheim og Erling Steigum (2002), An independent Review of Monetary Policy and Institutions in Norway." Norges Bank Watch 2002.

Nasjonalbudsjettet

tig resesjon. I henhold til §3 er etterprøvbareheten knyttet til om hvorvidt underliggende inflasjon holdes innenfor et gitt intervall. Sentralbankens kontroll over inflasjonen er som kjent langt fra perfekt, slik at det er viktig å tillate et slikt bånd om målsettingen. For å minimere sannsynligheten til å gå utenfor båndet, vil det likevel være naturlig for sentralbanken å sikte inflasjonsmålet, i samsvar med §1. Ifølge §4 gis sentralbanken oppgaven om å gi informasjon om forventingsrette prognoser på inflasjonen, og ikke basert på konstant rente slik som i dag. Ulempene ved konstant-rente prognosene bør nå være godt kjent. Prognoser basert på en konstant rente overvurderer blant annet hvor fort inflasjonen går tilbake til målsettingen. Dersom konstant-rente prognosene for eksempel viser at inflasjonen er tilbake til målsettingen om 2 år, kan den forventnings-

rette prognosen innebære et tidsrom på mellom 3-4 år, uten at utviklingen i sysselsettingen blir mer stabil av denne grunn. Det innebærer at informasjonen i konstant-rente prognosene kan være direkte villedende.

Understøtter Nasjonalbudsjettet Stabilitetsalternativet?

Jeg har ved flere anledninger³ gitt uttrykk for ønskeligheten av en ansvarsfordeling mellom den makroøkonomiske politikken, pengepolitikken og inntektspolitikken. Ifølge Stabilitetsalternativet gis de tre politikkområdene målsettinger og ansvar som de har muligheter for å innfri. Mens finanspolitikken skal sørge for skatteglatting (færrest mulige endringer i skattenivået som forventes å måtte reverseres) og klare oppfatninger av hvilke oppgaver

som skal løses i offentlig regi, skal pengepolitikken tilordnes et inflasjonsmål og inntektspolitikken tilstreber at arbeidsmarkedet institusjoner inntar målsettingen om lav arbeidsledighet. Mye tyder på at Stabilitetsalternativets ansvarsinndelingen er i ferd med å materialisere seg. Pengepolitikken har fått et inflasjonsmål, finanspolitikken har i noen grad fått en mer langsiktig innretning men understøtter dessuten inflasjonsmålet ved å ha renten som en indikator for innstrammingsbehovet, og forventninger om høyere ledighet har medvirket i noen grad til at spørsmålet om større lønnsmoderasjon igjen er i ferd med å komme i fokus. Men en formalisering av alle ansvarsforholdene er fortsatt et stykke unna.

³ Blant annet i Leitemo, K. (2001). «Stabilitetsalternativet: nytt samspill i den makroøkonomiske politikken.» *Økonomisk forum*, april 2001.

Er du medlem av
Samfunnsøkonomenes Forening
og har
BYTTET ARBEIDSGIVER?

Vennligst
gi beskjed til oss!



Telefon: **22 31 79 90** – Fax: **22 31 79 91**

E-post: **sekretariatet@samfunnsokonomene.no**

■ ■ ■ PER SCHREINER:

Nasjonalbudsjettet sett fra Gaza

Det kan av og til være nyttig å se Norge utenfra. Jeg fikk Nasjonalbudsjettet 2003 gjennom e-post mens jeg satt i Gaza og arbeidet med den økonomiske rammen for statsbudsjettet for de palestinske selvstyremyndighetene. Arbeidsløsheten er 50 prosent når en regner med dem som har gitt opp å søke jobb, nasjonalinntekten er falt med rundt 20 prosent to år på rad (og utsiktene fremover kan vel alle tenke seg som følger litt med), kontorbygg og kontorutstyr er systematisk sprengt og ødelagt, portforbud og lange køer ved en uendelighet av kontrollposter hindrer personalet i å komme på jobb. En stor del av inntektene på budsjettet skal komme fra mva og toll som begge kreves opp av Israelske myndigheter, men som nå blir holdt tilbake. Samtidig øker kravene til offentlige tjenester. For eksempel er over 20 000 skadet i Israelske gjengjeldelsesaksjoner i tillegg til de 1 800 drepte de siste to årene.

I denne nærmest håpløse situasjonen klarer selvstyremyndighetene likevel å opprettholde mye av virksomheten i departementene, og å bevare grunnstammen i sentrale tjenester, gjennom nøysomhet og improvisasjoner; og de viser evne og vilje til å danne seg en realistisk vurdering av mulighetene, eller mangelen på muligheter. Naturligvis er de avhengige av at utenlandske givere

stiller opp, både arabiske, europeiske, japanske og USA. Men det ville de ikke villet gjøre hvis ikke palestinerne selv viste en utrolig evne til å beskikke sitt hus der de fleste ville lagt seg flate og gitt opp.

Så, om kvelden, leser jeg det norske nasjonalbudsjettet og avis kommentarene til det på Internet. Her dreier seg også mye om problemer, vanskeligheter og uløste oppgaver, mindre om muligheter og perspektiver. Det er sykehuskøer, dårlig eldreomsorg, mangel på skolebøker og jeg vet ikke hva. Greit nok, samfunnet kan alltid gjøres bedre, og det må være lov å kjempe for sine hjertesaker. Men det skulle da være mulig å sloss for forbedringer ut fra en forståelse av at Norge utgjør en liten enklave av fred og rikdom i en verden av konflikt og fattigdom.

Jeg reagerer på at vi utvikler et samfunn som bare kan passe for Norge og nordmenn. Når vi lager et samfunn som andre aldri vil kunne få råd til, kan vi kanskje leve godt i vår lille getto, men vi gjør oss irrelevante for den store verden. Den skandinaviske samfunnsmodellen tjente lenge som en inspirasjon for andre og fattigere land,

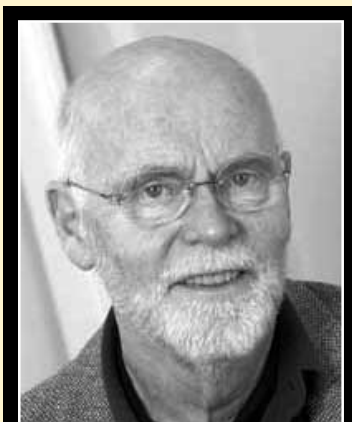
men når modellen blir avhengig av oljeinntekter og av å la andre land ta vare på våre syke og gamle, er modellen ikke til stor hjelp for andre.

Det blir litt flatt og trivielt når et avsnitt i innledningskapitlet om utfordringer i budsjettpolitikken bare nevner to retningslinjer:

- En jevn og opprettholdbar innfasing av petroleumsinntektene.
- Jevne ut svingninger i økonomien.

Det er jo ikke minst gjennom statsbudsjettet at politikerne former det samfunnet vi skal leve i. Derfor synes jeg et slikt avsnitt klarere skulle få frem Regjeringens forståelse av hvilke vanskeligheter og muligheter Norge står overfor, og så risse opp de perspektiver og visjoner budsjettet bygger på. Det er viktig med slike handlingsregler – krittstreker –, men de er ikke nok. Det ser man på den manglende forståelsen hos folk flest av hvorfor et rikt land som Norge fortsatt har sykehuskøer og dårlig eldreomsorg. Det er ikke bare FRP som mener at det burde gå an å løse slike problemer ved å bruke mer oljepenger.

Nå innholder Nasjonalbudsjettet heroiske forsøk på å forklare de uheldige virkningene av en slik politikk, og jeg har selv vært med på å lage slike fremstillinger. Men når de ikke overbeviser, skyldes det ikke vrang vilje; det er angrepsmåten som er ufullstendig. Naturlig nok, med min bakgrunn som ansvarlig for arbeidet med regjeringens langtidsprogrammer mener jeg at Nasjonalbudsjettet og debatten om det, mangler et langsiktig perspektiv. Det ville hjelpe med en mer konkret fremstilling av hva slags samfunn man ønsker å utvikle på grunnlag av vår



Per Schreiner er seniorøkonom ved ECON Senter for økonomisk analyse

Nasjonalbudsjettet

helt spesielt rike stat, både fra Regjeringen i nasjonalbudsjettokumentet, opposisjonen i sine innspill eller kommentatorene i media.

Gjør man det samvittighetsfullt, kommer man ikke utenom at uansett hvor rike vi blir, kan vi ikke få alt vi ønsker. Hvis vi i større grad tenker gjennom hva det kan være mulig, eller ikke mulig, å oppnå på lang sikt, vil vi lettere kunne forstå hva det er vi holder på med. Det er en slik nøktern vurdering av rammene for vårt samfunn jeg savner i Nasjonalbudsjettet.

Når det gjelder bruken av oljeformue, satses det trass i handlingsregelen fortsatt på to hester. For det første bør vi bevare formuen for fremtidige generasjoner, ikke minst fordi den trengs for å dekke pensjonsutgiftene. Men, for det andre, om vi så likevel skulle falle for fristelsen til å bruke av formuen, så går det utover norsk næringsliv. Det er riktig nok, jeg var selv med på å utvikle det resonnementet i St.meld. nr. 25 for snart tretti år siden. Men har vi ikke mer å si?

Jeg tror det ville hjelpe om vi kunne lage noen konkrete visjoner eller scenarier for det fremtidssamfunnet vi ønsker å skape. Hvordan skal helsetjenesten se ut: hvor mange helsearbeidere

vil trengs for å oppnå alle de målene som allerede nå foreligger både for somatiske og psykiske lidelser? Hvordan skal alle eldre som trenger det få skikkelig pleie og omsorg? Hvordan skal alle barn få adgang til barnehage og skolebarn en skikkelig og trygg fritidsordning? Osv., osv. Når vi da tar hensyn til at det er små muligheter for produktivitetsutvikling i denne slags tjenesteyting, gamle mennesker trenger pleie av levende mennesker, er jeg redd for at regnestykket ikke vil gå opp.

En skal ikke legge inn særlig høye ambisjoner før en kommer til at det vil trenges mer enn 100 ansatte i sosial tjenesteyting per 100 innbyggere. Noen tror at økt innvandring kan løse problemene. Men hvis innvandrerne skal ha samme standard på bolig, skole, helsetjenester og eldreomsorg som innfødte nordmenn, er vi omtrent like langt. Derfor er en del av våre forestillinger om det gode samfunn urealistiske, i alle fall om vi ikke går tilbake til et klassesamfunn der en stor gruppe underprivilegerte betjener en privilegert elite. Og jeg håper ikke det er mange som vil finne det godt samfunn.

Dermed er vi tilbake til Gaza og palestinernes arbeid med sitt budsjett. Heller ikke vi kommer utenom å ta inn

over oss rammene for vår virksomhet og for hvilke ønsker vi kan få oppfylt. Det må vi gjøre selv om det tvinger oss til å foreta ubehagelige valg, eller nettopp derfor. Det er noe uverdig over debatten om kommunenes økonomi og krise i velferdsstaten. Det må kunne gå an å drøfte et budsjett uten å bruke ordet krise når det ikke er mulig å oppfylle alle gode ønsker.

Hva så, hva betyr dette for Nasjonalbudsjettet? Det betyr at de utfordringene som trekkes opp for budsjettpolitikken må gå ut over retningslinjer for bruk av oljeinntektene. Allerede nå må en ta hensyn til at det rett og slett ikke er mulig å løse alle menneskelige problemer gjennom betalte tjenester, enten de betales over statsbudsjettet eller direkte av personlige inntekter. Jeg spøkte en gang med at hvis utviklingen fortsetter som nå, vil folk forlange betaling og dekning av reiseutgifter for å ta seg av sine gamle foreldre selv. Det er den visjonen vi må kvitte oss med, selv om det kan bli ubehagelig for mange som ønsker å kjøpe seg fri fra sine medmenneskelige forpliktelser.

**Er du medlem av Samfunnsøkonomenes Forening,
vil vi gjerne ha din e-postadresse.**

Send på e-post til:

anne-marie.meyer@samfunnsokonomene.no

■ ■ ■ ANITA M. HALVORSSEN¹:

Fra ord til handling i Johannesburg

Toppmøtet i Johannesburg representerer enda et skritt i retning av bærekraftig utvikling. Sluttdokumentet, Handlingsplanen, har innført nye mål med tidsfrister i forhold til resultatene fra Rio-konferansen. Det nye ved dette møtet var samarbeidsavtalene, «Type II Partnerships», mellom stater, internasjonale organisasjoner, næringslivet og de frivillige organisasjonene. Disse representerer en mulighet for gjennomføring av Handlingsplanen i tillegg til innsatsen til statene på tradisjonelt vis. Dessuten ble Kyoto-protokollen reddet i Johannesburg ved at Russlands statsminister uttalte at Russland vil ratifisere den.

Innledning

Med FNs toppmøte om bærekraftig utvikling i Johannesburg – World Summit on Sustainable Development (WSSD) – har verdenssamfunnet tatt enda et skritt i riktig retning. Mange frivillige organisasjoner har klaget på resultatet fra gigantkonferansen med over 20.000 deltagere.² Rio-konferansen for ti år siden førte i det minste til to bindende avtaler. Men det var ikke meningen at toppmøtet i Johannesburg skulle komme fram til nye bindende internasjonale avtaler (vi har hundrevis

av traktater allerede), men en handlingsplan med tidfestede mål, en politisk erklæring og «Type II Partnerships». Disse sluttdokumentene og samarbeidsavtalene klarte delegatene å bli enige om. Handlingsplanen, se WSSD (2002b) kunne vært bedre, uten tvil, men noen mål og tidsfrister ble de over 100 stats- og regjeringsjefer enige om tilslutt – bl.a. halvering av antall personer uten adgang til trygt drikkevann og sanitære anlegg innen 2015, redusert bruk av miljøgifter innen 2010 og gjenoppbygging av fiskebestandene innen 2015. Dessuten ble det kunngjort over 200 samarbeidsavtaler – «Type II Partnerships» ved toppmøtet. Disse representerer et nytt virkemiddel i det internasjonale arbeidet. Det er første gang samarbeidsavtaler mellom regjeringer, frivillige organisasjoner og næringslivet er blitt inngått formelt i regi av FN eller med FNs godkjenning.

Bakgrunn

Stockholms-konferansen i 1972 innledet miljøvernarbeidet på det internasjonale nivået, noe som også førte til at UNEP (FNs miljøprogram) ble opprettet. På det tidspunkt syntes u-land at store forurensende skorsteiner var et tegn på utvikling, noe de higet etter. Stockholms-konferansen dreide seg stort sett om industrilandenes forurens-

ningsproblemer. Et av sluttdokumentene fra toppmøtet var Stockholmsdeklarasjonen som inneholder en rekke prinsipper som senere ble tatt opp i Rio-deklarasjonen.

Brundtland-kommisjonen fremla sin rapport «Vår Felles Framtid» i 1987. Rapporten foreslo en internasjonal strategi for miljø og utvikling, og populariserte begrepet bærekraftig utvikling – «en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge muligheten for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov,» se Verdenskommisjon for miljø og utvikling (1987). Kommisjonen understreket at det å dekke behovene, særlig til verdens fattigste ved økonomisk vekst og utvikling, måtte skje innenfor grensene til naturgrunnet.

I 1992, etter initiativ fra Verdenskommisjonen, ble FN-konferansen om miljø og utvikling holdt i Rio de Janeiro. En rekke avtaler ble inngått ved denne konferansen – klimakonvensjonen, biodiversitetskonvensjonen (begge bindende avtaler), Agenda 21, Rio-deklarasjonen, og prinsippene for beskyttelse av skog. Agenda 21 er en



Anita M. Halvorssen
underviser ved
University of Colorado

¹ Dr. juris Anita Halvorssen er deltids «Lecturer» ved statsvitenskaps fakultetet ved University of Colorado, der hun underviser i folkerett og «Lecturer in Law» ved juridisk fakultet ved University of Denver, der hun underviser i handel og bærekraftig utvikling. Halvorssen er direktør for Global Legal Solutions, et internasjonalt «think tank» og konsulentfirma. Hun reiste til Johannesburg som korrespondent for «Colorado Journal of International Environmental Law and Policy», et juridisk fagtidsskrift ved University of Colorado, der hun sitter i det rådgivende styret.

² Totalt var det ca. 60.000 deltagere som møttes til forskjellige arrangementer i Johannesburg. De fleste av dem var representanter for de frivillige organisasjonene som deltok ved NACREC, et parallellmøte som ble holdt på et stort jorde som lå 45 minutter fra Sandton Convention Center, der verdenstoppmøtet fant sted.

handlingsplan på rundt 300 sider med 40 kapitler som satte nye mål for den framtidige innsatsen for bedre integrering av miljø og utvikling.

Mange var optimistiske med hensyn på framtiden. Men etter Rio-møtet har omfanget av internasjonal utviklingsbistand blitt redusert, enda behovet har økt. Dessuten legger produksjons- og forbruksmønstrer i industrilandene stadig mer press på naturgrunnet, på en måte som ikke er bærekraftig. Forsvinner naturgrunnet forsvinner også grunnlaget for all økonomisk utvikling. Fortsatt strever kloden med miljødeleggelser, særlig i storbyene i u-land, og avstand mellom fattige og rike har bare økt. Å fly inn til Johannesburg var som å fly inn i fortiden. Det var en tjukk brun sky som lå som et lokk over byen under en fin blå himmel – slik en pleide å se i Los Angeles, dessuten lå det svære hauger med søppel, og enda flere hauger med avfall etter gruvedriften som var opprinnelsen til byen og fortsatt er avgjørende for Sør Afrikas økonomi.

Etter Rio-konferansen er det særlig tre toppmøter som må trekkes fram, og som har direkte forbindelse til bærekraftig utvikling. Det første møtet var i 2000 da FNs generalforsamling vedtok «the Millenium Development Goals» (utviklingsmålene for det nye årtusen) for å motvirke fattigdom, bl.a. ved å halvere andelen av mennesker med en inntekt under en dollar dagen innen 2015, se United Nations General Assembly (2000). Det andre møtet fant sted i Doha, Qatar i fjor, da medlemsstatene til WTO ble enige om «the Doha Ministerial Declaration», se WTO (2001). Et av målene var å bli enige om hvordan u-land skulle få mulighet til å delta på lik linje med rike land i internasjonal handel. Verdenssamfunnet har etter hvert innsett at ikke alle land har dratt nytte av globaliseringen, særlig u-land. Globalisering, som bl.a. omfatter økt internasjonal handel og raskere overføring av teknologi og informasjon, er blitt en del av hverdagen, enda begrepet bare så vidt var påtenkt da Rio-konferansen fant sted. Det tredje viktige møtet var i Monterrey, Mexico i vår, se United Nations (2002). Målet var å framskaffe ressursene u-landene trenger til sin utvikling. Deltagerne vedtok «Monterrey

Consensus», der rike land forpliktet seg til å øke andelen av bruttonasjonalproduktet (BNP) som går til utviklingshjelp, gitt at u-landene forplikter seg til å forbedre sine politiske og økonomiske styresett.

Resultatene fra Johannesburg

I Johannesburg tok man sikte på å nedfelle løftene som ble gitt i de forutgående møtene (Rio, tusenårs målsettingene, Doha, og Monterrey) som forpliktelser i Handlingsplanen. Under Rio-konferansen i 1992, var målet å integrere miljø og økonomisk utvikling. Agenda 21 pekte på hva – hva var problemet og hvilke prinsipper måtte nedsettes for å nå en bærekraftig utvikling. Handlingsplan fra Johannesburg-konferansen forklarer hvordan – hvordan gjennomføre målene blant annet ved bruk av skattepolitikk og andre virkemidler for å sende de riktige signalene til næringslivet, og hvordan øke forbrukernes og produsentenes valgmuligheter, se Annan (2002a).

Begrepet bærekraftig utvikling har fått et videre omfang i forhold til Rio. Bærekraftig utvikling består nå av tre søyler som står i et gjensidig avhengighetsforhold - økonomisk og sosial utvikling i tillegg til miljøvern. De sosiale aspektene ble tillagt mye mer vekt ved Johannesburg toppmøtet enn ved Rio-konferansen, dermed var fattigdomsproblematikken helt sentral. Noen vil ta til orde for at miljøverninteressene har tapt på bekostning av de sosiale- og økonomiske interessene, men sammenhengen mellom fattigdom og miljødeleggelser er et velkjent fenomen. Fattigdom ødelegger miljøet og miljøproblemer forverrer situasjonen til de fattige.

Handlingsplanen tar utgangspunkt i Agenda 21 og innlemmer Rio-prinsippene og de andre resultatene fra Rio, i tillegg til tusenårs målsettingene, Doha, og Monterrey. Sluttokumentet fra Johannesburg foreslår konkrete tiltak for å gjennomføre de gjenstående målene fra Agenda 21. Til verdens toppmøtet i Johannesburg valgte FNs generalsekretær å rette søkelyset på fem temaer: Vann, energi, helse, landbruk og biodiversitet (biologisk mangfold), se Working Group on WEHAB

(2002). Agenda 21 er såpass stor at WEHAB områdene ble valgt da de vil ha den videste og mest omfattende virkning i forhold til fattigdomsbekjempelse samtidig som en beskytter miljøet, for dermed å fremme målet om bærekraftig utvikling. Handlingsplanen består av 54 sider med 10 kapitler, noe som er en brøkdel av Agenda 21. I forhold til Agenda 21 er det flere emner som er blitt betraktelig forkortet eller slått sammen, og fire nye kapitler er kommet til. Et av de nye kapitlene har fått overskriften «bærekraftig utvikling i en verden som er i ferd med å bli globalisert». Det andre handler om bærekraftig utvikling i små øystater (small island developing states – SIDS). Dessuten er et kapittel viet bærekraftig utvikling i Afrika og et annet er viet initiativer i andre regioner, bl.a. Asia og Latin Amerika. «Major Groups» eller frivillige organisasjoner som omfattet 30 sider i Agenda 21 blir bare omtalt i et lite avsnitt på slutten av Handlingsplanen, men til gjengjeld blir de nevnt gjennom hele planen særlig i tilknytning til samarbeidsavtalene. Handlingsplanen er tydeligvis ikke ment å gjenspeile Agenda 21 men skal være en videreføring av Rio-resultatene, der tusenårs målsettingene, Doha og Monterrey er inkludert. Sluttokumentet fra Johannesburg tilbyr mer praktiske løsninger og nye virkemidler.

Forhandlerne ved toppmøtet ble enige om konkrete mål med tidsfrister innenfor mange av WEHAB områdene. Forpliktelsen i Handlingsplanen om å halvere antallet personer uten adgang til trygt drikkevann og sanitære anlegg innen 2015, er en kombinasjon som vil mangedoble godene i forhold til bare å satse på vann eller sanitære anlegg i og med at disse tinge har så nær tilknytning til hverandre. Hundretusenvis av mennesker, særlig barn, dør hvert år på grunn av magesykdommer som skyldes mangel på rent drikkevann og dårlige sanitære forhold.

Fattigdom kan bekjempes på mange vis. For at også u-land skal nyte godt av globaliseringen, retter Handlingsplanen søkelyset på økt markedsadgang for disse og reduksjon av subsidier, særlig landbrukssubsidier, i industriland. På den måten kan u-land selge, ikke bare råvarer, men også bearbejdede varer.

Samtidig er det viktig at det satses på miljøvern, ellers ødelegges naturgrunnlaget, og utviklingen går i stå. På dette feltet sørget Norge og Sveit for en viktig seier ved toppmøtet. Et forslag til ordlyd i Handlingsplanen var nemlig at miljøtraktatene skulle underkastes handelsavtalene. Dette sto Norge og Sveits sterkt i mot, og klarte å overtale de andre forhandlerne til slutt. Dermed gikk vi ikke et skritt tilbake i forhold til Rio. Flere miljøtraktater benytter seg av handelssanksjoner som har vært kritisert for å stride mot handelsavtalene. Til dags dato har WTO ikke uttalt at en eneste miljøtraktat er ulovlig i forhold til WTO-avtalene.

Ved å legge vekt på energitilgang i u-land, tok verdenssamfunnet enda et skritt i kampen mot fattigdommen. Fortsatt er det over to milliarder mennesker i u-land som ikke har strømtilførsel og dermed må gå lange avstander for å skaffe brensel, se UNDESA (2002). Dette brenselet er ofte med på å ødelegge miljøet, og det er gjerne jenter som har oppgaven med å sanke det, noe som gjør at de ikke får anledning til skolegang. Alle disse tingene henger i hop. Med strømtilførsel spares naturgrunnlaget i vårt eksempel ved at trær ikke blir felt, og alle barn får mulighet til skolegang. Handlingsplanen legger opp til at adgang til billig og pålitelig energi skal bedres for å nå tusenårs-målet om å halvere antallet mennesker som lever i fattigdom innen 2015.

Produksjon av strøm vil likevel ha andre miljøvirkninger. Strøm produsert ved hjelp av fossile brensler gir karbondioksid som biprodukt, noe som er med på å øke den globale oppvarmingen. Derfor var det at de frivillige organisasjonen, Brasil, EU, og Norge presset på USA for å bli enige om å øke bruken av fornybar energi med 10% innen 2010. Det ble en hestehandel til slutt. I og med at USA forpliktet seg til vedtaket om adgang til trygt drikkevann og sanitære anlegg, måtte de andre godta en tekst som bare ber statene om å øke bruken av fornybar energi uten noen tidsfrist. Oljeinteressene vant den kampen. Men teksten oppfordrer likevel statene til å øke bruken av fornybar energi og i tillegg behandle dette som en hastesak, noe som er et skritt i riktig retning - energispørsmål ble ikke tillagt mye vekt i Rio. Tydeligvis er sammen-

hengen mellom energi og klimaproblematikken blitt anerkjent.

Andre mål det ble enighet om, var å redusere de negative utslagene ved produksjon og bruk av kjemikalier innen 2020. Det ble også enighet om gjenoppbygging av de ødelagte fiskebestandene innen 2015 og opprettelse av maritime verneområder innen 2012. Dessuten ble deltagerne enige om å redusere tap av biodiversitet innen 2010.

Felles ansvar, men ulike forpliktelser – Rio-erklæringens prinsipp nr. 7 – gjennomsyrrer hele Handlingsplanen. Det var noe motstand mot bruk av prinsippet, men tilslutt ble det enighet om at det måtte med i sluttokumentet. Enda en seier for bærekraftig utvikling! Tatt i betraktning at u-landene ikke er ansvarlig for mesteparten av miljøødeleggelsene, må de ha spesialbehandling («differential treatment») for å kunne nå en økonomisk utvikling som er bærekraftig, se Halvorssen (1999). For å få u-landene med på de internasjonale miljøavtalene, er det blitt vanlig å gi dem mer tid til gjennomføring av forpliktelsene, i tillegg til midler for å oppfylle dem. Kyoto-protokollen har f.eks. krav om reduksjon av klimagasser som bare gjelder for industriland, selv om også Kina og India, med sin økende forurensning, må redusere utslippene etter hvert.

Et annet viktig prinsipp fra Rio-erklæringen ble også stående i det siste utkastet til Handlingsplanen: Etter harde diskusjoner ble føre-var prinsippet godttatt. Prinsippet går ut på at når det er alvorlige trusler om irreversibel miljøskade, er mangel på forskning ingen unnskyldning for å utsette tiltak. Føre-var prinsippet er omtalt i kapitlet om implementering som en del av virkemidlene for å forbedre politikk og beslutningsprosesser.

Den største nyheten fra Johannesburg-møtet var at Russlands statsminister lovet at landet vil ratifisere Kyoto-protokollen i nærmeste framtid. Dermed er Kyoto reddet i og med at russisk ratifisering var avgjørende for at traktaten kan tre i kraft. Dette til tross for at USA trakk seg fra avtalen i fjor. Under toppmøtet uttalte også Kinas statsminister at Kina hadde ratifisert Kyoto-protokollen og Canadas

statsminister sa at de planla å ratifisere avtalen før årsskiftet.

«Type II Partnerships»

Ofte glemmes det nye elementet ved dette verdenstoppmøtet. Næringslivet og de frivillige organisasjonene ble invitert til å bidra til å nå målet om bærekraftig utvikling sammen med statene på en spesiell måte, nemlig ved «Type II Partnerships». Mange slike samarbeidsavtaler har vært gjennomført tidligere, men de har så langt vært uoffisielle. «Type II Partnerships» blir enten organisert eller godkjent av FN. («Type I Partnerships» er avtaler som inngås mellom stater.) Hvis en tar nedgangen i bistandshjelpen i betraktning, er det hos næringslivet det er penger å oppspore til investeringer i u-land. Mesteparten av pengeoverføringene fra rike land til utviklingsland har vært i form av «Foreign Direct Investments» (FDI), altså private investeringer. Hvis næringslivet kan bidra til å vende utviklingen i riktig retning, er det et større håp om at flere miljø-, sosiale og økonomiske problemer kan bli løst innen de neste 10 år, enn ved å vente på at regjeringene skal øke prosentandelen som brukes til u-hjelp.

I forhold til bistandsavtaler (Type I Partnerships) som er «top-down» samarbeidsavtaler der partene ikke står på lik linje, er målet med Type II Partnerships at beslutninger om f.eks. betingelser for bistand, størrelsen på den, og hvem som skal være mottager, skal avgjøres ved en diskusjon mellom partene. De nye samarbeidsavtalene vil gå enda lenger ved å inkludere representanter fra frivillige organisasjoner, som er nærmere folket enn politikerne, helt fra begynnelsen av i alle diskusjonene og fram til de endelige avtaleinngåelsene, se Markham (2002).

Mange frivillige organisasjoner har uttalt at bedriftene, med World Business Council for Sustainable Development i spissen, kapret verdens-toppmøtet. Ikke nødvendigvis, vil jeg påstå. Det blir avgjørende at en følger nøye med hvordan næringslivet og de andre partene gjennomfører «Type II Partnerships», hvilket betyr at bedriftsansvar og «good governance» (gjennomsiktig, ansvarlig, rettferdig forvalt-

ning og juridiske institusjoner) som er nedfelt i Handlingsplanen – blir nøkkelord. FNs generalsekretær Kofi Annan uttalte det slik i sin tale til plenumsforsamlingen ved WSSD: «We are not asking corporations to do something different from their normal business, we are asking them to do their normal business differently», se Annan (2002b).

Enkelte miljøgrupper har uttalt at samarbeidsavtalene representerer en måte for regjeringer i u-land å unngå å oppfylle sine forpliktelser overfor sine egne borgere ved å privatisere det som bør være statens ansvarsområdene, som f.eks. å tilby innbyggerne vann og moderne strømtilførsel. I den sammenheng er det regjeringene som selv må bestemme hvilke samarbeidsavtaler de inngår, og ta ansvar for hva som skjer under gjennomføringen av dem. Handlingsplanen retter søkelyset på korrupsjon. Målet er å oppnå en sunn økonomisk politikk og demokratiske institusjoner, særlig i u-land. Her kan de frivillige organisasjonene som deltar i «Type II Partnerships» spille en viktig rolle som overvåkingsinstans. Dessuten kan også FN spille en rolle ved å sørge for opprettelsen av velstrukturerte samarbeidsavtaler der partene står til ansvar for sine handlinger.

«Global Village Energy Partnership», GVEP (se UNDP, 2002), er et eksempel på en meget omfattende samarbeidsavtale som ble lansert i Johannesburg. Den tar for seg et av kravene til Handlingsplanen, nemlig bedre energitilgang i u-land. GVEP representerer en ny fremgangsmåte for økt energitilførsel i løpet av de neste ti årene til over 400 millioner mennesker i u-land som ikke har adgang til moderne strømforsyning. Dette skal skje ved å kombinere grasrotinnsatsen med metoden som ofte brukes i bistandshjelpen, nemlig «top down approaches». Målet er å finne fram til en modell som ligger mellom de to ovennevnte, der alle kan jobbe sammen for å løse problemene. UNDP er hovedpartner for samarbeidsavtalen der 60 stater, bl.a. Norge, er med, i tillegg til næringslivet, og internasjonale og frivillige organisasjoner.

Når det gjelder kravet i Handlingsplanen om å halvere antallet personer uten adgang til trygt drikkevann og

sanitære anlegg innen 2015, har EU tatt initiativet til «Water for Life» samarbeidet. Målet er å forsterke den politiske viljen til handling, lage styringen av vannsystemene mer effektive, øke institusjonell kompetanse og effektiviteten av eksisterende pengeoverføringer fra EU. Representanter fra flere afrikanske land har vist interesse for et slikt samarbeid, se WSSD (2002a).

Hovedutfordringene framover

Johannesburg satte enda en gang søkelyset på miljø- og utviklingsproblematikken, men nå har verdenssamfunnet anerkjent at bærekraftig utvikling betyr noe mer enn miljø og økonomisk utvikling – de sosiale forhold må også tas med i regnestykket. Kampen mot fattigdom og en inklusiv og rettferdig globalisering, er nå tydelig blitt en del av den politiske agendaen.

Gjennomføring av «good governance», særlig i u-land, og «corporate responsibility» eller bedriftsansvar, blir avgjørende for effektiviteten av «Type II Partnerships». Noen bedrifter har sett fordelene av å handle på en sosial og miljømessig forsvarlig måte – med overskudd attpå til, men enda finnes det mange sinkere. Handlingsplanen nevner spesielt at det internasjonale samfunnet bør sørge for å fullføre forhandlingene til FNs omfattende konvensjon mot korrupsjon.

Neste skritt blir oppfølgingen av Handlingsplanen. Hvilke organer skal overvåke at målene blir nådd innen tidsfristene? Kapitelet i Handlingsplanen om iverksettelse av forpliktelsene gir noen svar. Handlingsplanen fremhever at FNs kommisjon for bærekraftig utvikling («Commission on Sustainable Development») må styrkes. I følge Morall (2002), skal FNs generalforsamling fatte vedtak om et nytt mandat til kommisjonen, som er organet som har stått for oppfølgingen av Agenda 21. Samarbeidet mellom FN-institusjoner og andre internasjonale organer som f.eks. Verdensbanken, WTO og GEF, må også styrkes for å fremme gjennomføringen av Agenda 21 og resultatene av WSSD på alle plan.

På samme måte som Agenda 21, er Handlingsplanen ikke juridisk binden-

de. Dette betyr at de vanlige sanksjonsmidlene som benyttes mot stater som ikke oppfyller sine forpliktelser i forbindelse med traktater, f.eks. handels-sanksjoner, ikke kan benyttes. Politisk press er i grunn det eneste virkemiddel som kan brukes i forhold til Handlingsplanen. Men til gjengjeld kan partene i samarbeidsavtalene (som skal være med på å oppfylle Handlingsplanen) på lik linje med private avtaler, bli enige om konsekvensene av avtalebrudd. Dette vil åpne for nye muligheter for å gjennomføre konkrete løsninger.

Handlingsplanen oppfordrer industrilandene som ikke alt har gjort det, til å ta konkrete steg mot målet om 0,7% av BNP til bistandshjelp. Handlingsplanen understreket også behovet for fullfinansiering av HIPC, gjeldsletteordningen for de fattigste landene, gjennom nye tilleggsmidler. Dessuten må alle stater omgående gjøre framskritt når det gjelder nasjonale strategier for bærekraftig utvikling, og disse strategiene må gjennomføres innen 2005.

Konklusjon

Jeg reiste fra Johannesburg med en optimistisk følelse. Mange synes at det kan virke bortkastet med så mange toppmøter om de samme sakene. Det sies at lite skjer på grunnplanet. Men nye temaer trekkes inn hver gang. Å hankses med fattigdomsproblematikken med sin klare tilknytning til miljøødeleggelser, slik Handlingsplanen gjør det ved bruk av konkrete tiltak med mål og tidsfrister, gir grunn til håp. Den representerer enda et skritt i retning av bærekraftig utvikling.

Handlingsplanen tilbyr praktiske løsninger til velkjente problemer, se Economist (2002). Sluttdokumentet danner grunnlaget til handling, men det trengs politisk vilje. På det internasjonale planet er det først og fremst statene som må handle. Men nå har statene et nytt virkemiddel til gjennomføring av forpliktelsene, nemlig samarbeidsavtaler med næringslivet og de frivillige organisasjonene. Det er godt mulig at disse samarbeidsavtalene representerer fortgang i prosessen. Næringslivet og de frivillige organisasjoner handler jo gjerne raskere enn statsbyråkratier.

Referanser:

- Annan, K. (1) (2002a): «From Doha to Johannesburg by Way of Monterrey: How to Achieve, and Sustain Development in the 21st Century», Lecture at the London School of Economics and Political Science, London.
- Annan, K. (2) (2002b): Secretary-General Kofi Annan's address to the World Summit on Sustainable Development, United Nations Press Release, ENV/DEV/J/13.
- Economist (2002): Sustainable development – The bubble-and squeak summit http://www.economist.com/displaystory.cfm?story_id=1313786
- Halvorssen, A. (1999): Equality Among Unequals in International Law – Differential Treatment for Developing Countries. Boulder, Westview Press, Boulder, Oxford.
- Markham, S. (2002): UN Press Release – Daily Press Briefing by Summit Spokewoman, UN Department of Public Information, Johannesburg.

- Morall, G. (2002): Privat samtale med Gerry Morall, rådgiveren til Nitin Desai, generalsekretæren for WSSD, Johannesburg.
- UNDP (2002): Global Village Energy Partnership, <<http://www.gvep.org>>.
- UNDESA (2002): Global Challenge Global Opportunity – Trends in Sustainable Development.
- United Nations (2002): Report on the International Conference for the Financing of Development, U.N. Doc. A/Conf.198/11 <<http://daccess-ods.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/392/67/PDF/N0239267.pdf?OpenElement>>.
- United Nations General Assembly (2000): United Nations Millennium Declaration, U.N. Doc. A/Res/55/2.
- United Nations World Summit on Sustainable Development, WSSD (2002a): Type Partnerships, U.N. Doc. A/Conf.199/CRP.5 .

- United Nations World Summit on Sustainable Development, WSSD (2002b): World Summit on Sustainable Development Plan of Implementation, U.N. Doc. A/Conf.199/L.2.
- Verdenskommisjonen for miljø og utvikling (1987): Vår Felles Framtid, Tiden Norsk Forlag, Oslo.
- Working Group on WEHAB (2002): Water, energy, health, agriculture and biodiversity, Synthesis of the framework paper of the Working Group on WEHAB, U.N. Doc. A/CONF.199/L.4
- WTO (2001): Dohan Ministerial Declaration, WT?MIN(01)/Dec/1. <http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_e.htm>

Forts. side 39 →

et solid grunnlag for mange sider av norsk politikk og forvaltning, og for synspunkter hos medlemmer av den utdannede offentlighet. Mens Fredrik Stang – «Løfte-Stangen» – som sjef for Indredepartementet på 1840-tallet stort sett måtte nøye seg med Krafts bøker, arbeidet hans etterkommere under atskillig bedre statistiske forhold, så å si. Man kan kanskje si at Statistisk Sentralbyrå laget en slags tallmessig infrastruktur, en pendant til jernbaner, telegraf, bynettverk og skolesystem. Kanskje ved å se på statistikkproduksjonen som et «norsk statistisk system» kunne forfatteren integrert sin historie enda bedre inn i, eller forholdt seg til, den norske mainstream-historie.

Det «statistiske system» (inspirert av Thomas P. Hughes) som omtales for etterkrigstiden på s. 355-356 er noe annet, men illustrerer forfatterens evne til å se norsk statistikkshistorie i et internasjonalt perspektiv. Dels lå denne linje i dagen; byråets folk fra Kiær til Aukrust arbeidet dels internasjonalt, men sammenligningen med utenlandske statistiske systemer og kvantitativ tenkning er godt og iherdig gjennomført. Den norske måte å regne nasjonalregnskap på, kan boka fortelle oss, er den realøkonomiske måten til forskjell fra engelskmennenes finansøkonomiske måte. Vi måler varer og ikke penger.

En konsekvens er at ulønnet arbeid i Norge er blitt ansett som produktivt, i det minste i perioder.

Byrået og statistikkproduksjonen har en annen makt-side som understrekes godt av Lie og Roll-Hansen. Makten til å definere kategorier, for eksempel for alder, sosial tilknytning, etnisitet og nasjonalitet og sosiale avvik, er ingen bagatell. En annen maktens kraftlinje gjennom norsk statistikkshistorie er økonomiens forrang. Den ble tydelig allerede i Kiærs tid, da oversikten over det sosiale landskap gikk over til å bli en yrkesstatistikk, fra «hvem du er» til «hva du gjør» (s. 109 ff.). Det sosiale aspekt forsvant til fordel for det økonomiske, en utvikling som nådde sitt høydepunkt på 1950- og 60-tallet med byråets oppløsning av sosiale forskjeller. De kom riktignok tilbake senere. Et annet aspekt er økonomenes, og økonomiens ledende posisjon i kraft av sin ekspertrolle, med et ekspertpråk som nesten bare innvidde kunne forstå. Hvilken rolle som uimotsagt premissgiver for politikere og menigmann økonomene i byrået på denne måten har hatt, kunne kanskje vært utviklet noe videre. Men mye vil ha mer, også hos denne anmelder.

Derimot gjør Lie og Roll-Hansen et godt nummer ut av noe av det erkjennelsesteoretiske grunnlag for statistik-

ken, matematikken i statistikken, om man vil. Utviklingen tegner en linje fra verbal landbeskrivelse med enkle begreper om kvantitet i tiden for ca. 1850 [nærmest en forståelse på nominalnivå?], via enkel, men sikker tabellarisk behandling fram til århundreskiftet og videre til det 20. århundrets sannsynlighetsregning og kompliserte matematiske modeller. Scenene der Lie beskriver «avkledningen» [JEMs uttrykk] av Kiær som en primitiv matematiker mot slutten av hans karriere er megetsigende.

I Norlis bokhandel i Oslo sentrum er *Faktisk talt* klassifisert under overskriften «Hverdagsliv». Det er kanskje å trekke innholdet for langt. Men det sier noe om kategoriens makt - og avmakt. Einar Lie og Hege Roll-Hansen har med kyndighet og skrivetalent plassert statistikken også som en del av vårt hverdagsliv, samt i en rekke andre relevante sammenhenger.

Jan Eivind Myhre
Historisk institutt,
Universitetet i Oslo

■ ■ ■ HILDE LURÅS OG TOR IVERSEN:

Legemangelen som ble til pasientmangel:

Variasjoner i listeønsker og pasientknapphet ved innføring av fastlegeordningen¹

Før fastlegeordningen ble innført, var helsemyndigheter og andre bekymret for den store mangelen på allmennleger. Ett år etter innføringen viser tall fra Trygdeetaten at nærmere 75 % av norske allmennleger opplever mangel på pasienter. Den forventede mangelen på leger har utviklet seg til å bli en mangel på pasienter. Dette har trolig sammenheng med at per capita tilskuddet oppmuntrer legene til å ønske seg lange pasientlister. Kombinert med stykkprisavlønning kan pasientknappheten vise seg å bli kostbar for staten.

1. Introduksjon

Fastlegeordningen (FLO) ble innført i Norge 1. juni 2001. For allmennlegene medførte dette ansvar for en bestemt pasientliste samt endret avlønningsordning. 30 prosent av inntekten til en gjennomsnittslege skal nå komme fra et per capita tilskudd utbetalt per pasient på lista, mens 70 prosent

av inntekten skal utbetales som stykkpris avhengig av det antallet tjenester legen yter. Bakgrunnen for den store stykkpris komponenten er at legen ikke skal tape penger på å ta ansvar for pasienter med store behov. Stykkprisen finansieres dels fra pasientenes egenbetalinger og dels fra trygde-refusjoner.

Under forberedelsene til fastlegeordningen var myndigheter og andre bekymret for at legemangelen ville sette ordningen i fare. I Ot. prp. 99 (1998-99) anslo Sosial- og helsedepartementet det samlede behovet for nye legeårsværk i kommunene til 600². Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at i perioden 1997 til 2000 har antallet utførte legeårsværk i den kommunale helsetjenesten økt med 7 %. Samtidig var det i følge Rikstrygdeverket (RTV) 134 opprettede pasientlister som var uten lege i mars 2002.

I Iversen og Lurås (1998) argumenterte vi for at legemangel til en viss grad er systembestemt, slik at knapphet på leger i et system gjerne kan endres til knapphet på pasienter i et annet. Før fastlegeordningen ble etablert, var noen allmennleger kommunalt ansatt med fast lønn, mens de fleste var privatpraktiserende med inntekt fra kommunale driftstilskudd³ og stykkpriser. Både driftstilskudd og fastlønn ble utbetalt uavhengig av hvor mange pasienter legen påtok seg ansvar for. Overgang til per capita tilskudd stimulerer legene til å påta seg ansvar for flere pasienter enn før. Dette var bakgrunnen for vår hypotese om at enkelte leger kan oppleve å få kortere pasientlister enn de ønsker når fastlegeordningen innføres.

Denne hypotesen ble utviklet i forbindelse med evalueringen av forsøket med fastlegeordning i fire norske kommuner i perioden 1993 til 1996. Vi fant der at en betydelig



Hilde Lurås er forsker ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo

Tor Iversen er professor ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo

¹ Denne kommentaren er en omarbeidet versjon av et foredrag presentert på Den nasjonale helseøkonomikonferansen i Hurdal 13. og 14. mai i år. Takk til en anonym konsulent, samt tidsskriftets redaktør for nyttige kommentarer til en tidligere versjon.

² Dette baserte seg dels på kommunenes uttrykte behov for bortimot 400 ekstra legehjemler og dels på at 200 allmennlegestillinger sto ubesatt.

³ Driftstilskuddet utgjorde for en gjennomsnittslege 35 % av inntekten.

andel av legene var rasjonerte i den forstand at de hadde kortere pasientlister enn de ønsket ved forsøkets begynnelse. Vi fant videre at de rasjonerte legene utførte flere konsultasjoner og gjorde flere laboratorieanalyser per person på lista enn de urasjonerte (Iversen og Lurås, 2000)⁴. Korrigert for kjennetegn ved legen og pasienten fant vi altså store variasjoner i inntekter fra stykkpris mellom leger i en kommune.

Samtidig fant vi at uavhengig av rasjoneringsstatus innebar bedre legedekning i en kommune høyere inntekt fra stykkpris per person på lista. Det er dermed nivåforskjeller i legenes stykkprisinntekter både mellom kommuner og innad i en kommune. En lege kan med andre ord oppleve knapphet på pasienter – og ha en tjenesteintensiv praksis – selv om kommunen har dårlig legedekning og gjennomsnittslegen har nok pasienter⁵. Dette kan synes åpenbart, men internasjonal litteratur på dette feltet knytter stort sett tjenesteintensitet opp mot legedekning. En implisitt forutsetning i analysene som benytter legedekning som indikator på pasientknapphet er at kommunenes allmennleger er «et kollegium av gjennomsnittsleger». Man er dermed ikke i stand til å identifisere effekten av pasientknapphet på tjenesteintensitet, slik vi har gjort. Vår hypotese er at allmennlegene er forskjellige, og at noen leger er svært populære og derfor får mer enn nok pasienter å ta hånd om. Mens andre har problemer med å få en så stor pasientpopulasjon som de kunne ønske seg.

Vi antar at en leges faglige skjønn ligger til grunn når vedkommende uttrykker sine listeønsker; legen har tatt hensyn til hvor mange tjenester han i gjennomsnitt vil yte sine listepasienter. Vi sier ikke her noe om hva som er den «riktige» mengde tjenester ut fra en medisinsk eller samfunnsøkonomiske betraktning. Vi påpeker bare at de ekstra tjenestene som følger av rasjonering, er unødvendige i den forstand at legen ikke ville ha utført dem hvis han hadde oppnådd sitt ønskede antall pasienter. Samtidig er de neppe skadelige for pasientene, siden gråsonen for hvilke tiltak som har effekt, er betydelig innen allmennmedisin. Men samfunnsøkonomisk kan det være en kostnad hvis ressurser blir brukt på tjenester som legen ikke ville ha utført hvis vedkommende hadde hatt nok pasienter.

Senter for helseadministrasjon er et av flere forskningsmiljøer som på oppdrag fra Norges Forskningsråd, skal evaluere fastlegereformen. Siden det har gått kort tid siden ordningen ble innført, vet vi foreløpig ikke om de resultatene vi fant i fastlegeforsøket kan overføres til landet som helhet. Det vi kan presentere så langt, er en beskrivelse av i hvilken grad landets allmennleger faktisk fikk oppfylt sine listeønsker. Dette er interessant fordi det gir en indikasjon på omfanget av pasientknapphet etter overgang til fastlegeordning. Dermed får vi også en pekepinn på hvorvidt pasientknapphet kan påvirke allmennlegenes tjenesteyting i tida framover. Artikkelen er basert på et datasett vi fikk fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste⁶ (NSD) i mars/april i år. Datasettet inkluderer alle de 3.650 norske fastlegene.

2. Legenes ønsker om listelengde

Før fastlegeordningen ble iverksatt, ble de kommende fastlegene bedt om å gi Trygdeetatens et anslag over det maksimale antallet pasienter de ønsket å ha på sin liste. Legene har mulighet til å justere anslaget. Vi bruker begrepene

pasientknapphet og rasjonering hvis legens listeønsker overskrider den faktiske listelengden. I denne artikkelen benytter vi data for maksimalt eller ønsket⁷ antall pasienter på to tidspunkt: Juni 2001 og januar 2002. Data om faktisk listelengde er fra januar 2002. Legene skulle da hatt mulighet til å tilpasse sin praksis til de nye rammevilkårene fastlegeordningen innebærer, samt at listene rent administrativt (byttinger etc.) har fått stabilisert seg. Før fastlegeordningen ble innført, ble befolkningen bedt om å gi en tredelt rangering av sine legeønsker på et legevalgsskjema. Vi har derfor data for det antallet pasienter som har valgt en lege som sitt førstevalg. Dette kaller vi antallet direkte førstevalg av legen.

Tabell 1: Beskrivende statistikk om fastlegene (n = 3.650)

Variabel	Gj.sn. (st.avvik)
Ønsket listelengde, juni 2001	1330 (471) ¹⁸
Ønsket listelengde, januar 2002	1317 (434) ¹⁹
Totalt antall pasienter, januar 2002	1190 (414)
Andel leger med faktisk liste større eller lik ønsket	0,26
Antall direkte førstevalg	948 (590)
Tilgang av pasienter (juni – jan)	153 (130)
Avgang av pasienter (juni – jan)	128 (132)
Legens alder, januar 2002	46,2 (8,8)
Andel mannlige leger	0,71
Andel leger med fast lønn	0,10
Andel leger som er spesialist i allmennmedisin	0,53
Andel leger som er spesialist i samfunnsmedisin	0,08
Andel leger med andre spesialiteter	0,03
Andel kvinner på legens liste	0,50 (0,09) ²⁰
Andel eldre på legens liste	0,12 (0,06) ²¹

Kilde: Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste

Fotnote 18 til 21, se side 31

Av tabell 1 ser vi at i januar 2002 ønsket gjennomsnittslegen seg 1.317⁸ pasienter. Den faktiske listelengden var på 1.190 og 26 % av legene opplevde at faktisk listelengde var større eller lik ønsket. Dette innebærer at 74 % opplevde pasientknapphet. Vi ser også at størrelsen på den ønskede lista er blitt redusert i perioden. Dette skyldes dels at noen leger har justert ned sine anslag og dels at flere leger er inkludert i datasettet⁹, og disse har i gjennomsnitt lavere listeønsker enn

⁴ I en analyse som også bruker data fra perioden etter forsøket, finner vi at effekten også er tilstede på lengre sikt.

⁵ Følgende resultat (Iversen og Lurås, 2002) illustrerer forskjell mellom hva en pasient får av ytelse i «ekstremtilfeller»: Hvis du går til en lege som opplever pasientknapphet i en kommune med god legedekning (Åsnes) får du 36% flere ytelse enn om du går til en lege med nok pasienter i en kommune med dårlig legedekning (Tromsø).

⁶ NSD er gitt i oppdrag å drive en felles datatjeneste for dette forskningsprogrammet.

⁷ I artikkelen brukes ønsket og maksimal listelengde synonymt.

⁸ Den norske legeførenings anbefaling til sine medlemmer var at listelengden burde være 300 per kurativ dag, med andre ord at en lege med full allmennlegepraksis burde ønske seg 1.500 pasienter.

⁹ I juni 2001 var det ca. 200 legeløse lister. Mange av disse stillingene er besatt i perioden, og medfører at flere leger er inkludert i datasettet i januar 2002.

Tema: Pasientknapphet?

de allerede etablerte legene. Gjennomsnittslegen var førstevalg for 948 pasienter. I overkant av 70 % av legene var menn og 10 % hadde fast lønn. Dette er stort sett leger som praktiserer i små kommuner med lite pasientgrunnlag. Mer enn 60 % av legene hadde en spesialistutdanning, de aller flest i allmenntidmedisin.

Tabell 2: Resultater fra regresjonsanalyse. Avhengig variabel: Ønsket listelengde januar 2002 (n = 3.650).

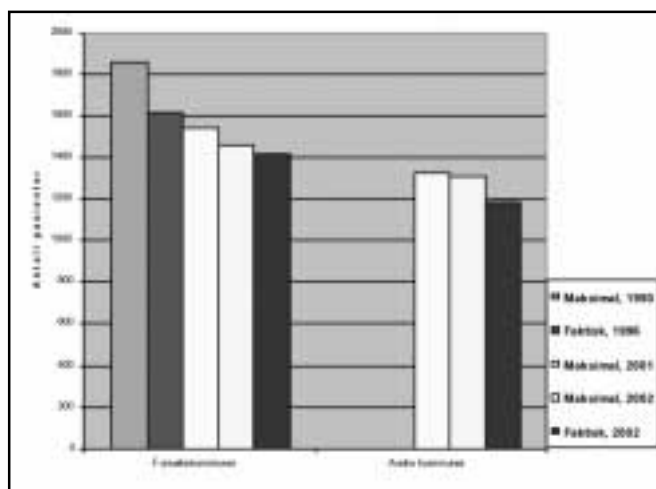
Variabel	Gj.sn. (std. avvik)
Konstant	1518,258 (103,584)
Legens alder	0,556 (0,967)
Legens kjønn (M=1)	211,326* (23,140)
Deltok i fastlege forsøket	-5,403 (31,323)
Handikap tilpasset kontor	-69,750 (54,562)
Fastlønn	-237,642* (26,384)
Fellesliste	97,541* (25,418)
Spesialist i allmenntidmedisin	32,610 (15,374)
Spesialist i samfunnsmedisin	-191,096* (25,700)
Andre spesialiteter	-140,127* (42,109)
Ønsker 30/70	-99,546* (15,258)
Andel eldre på lista	-589,790* (135,428)
Andel kvinner på lista	-51,197 (104,100)
Folkemengde i kommunene	2,092E-04* (0,000)
Kommunal levekårsindeks	-0,550 (0,417)
Kommunens sentralitet	20,137* (4,208)
Kommunens legedekning	-2,843* (0,392)
R ² =0,23	

*: Sign. på 5 % nivå

I tabell 2 har vi utfra en regresjonsanalyse¹⁰ analysert effektene på ønsket listelengde av kjennetegn ved kommunen, kjennetegn ved legen og kjennetegn ved legens liste. Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering grupperer norske kommuner i 7 nivåer hvor 1 er laveste og 7 er høyeste sentralitetsnivå. I klassifiseringen tas det både hensyn til befolkningsstørrelse, hvor tett eller spredt bygd befolkningen bor og hvor langt det er til en by med funksjoner av høyere grad. Siden det trengs et minimum antall leger for å ivareta øyeblikkelig hjelp funksjonen i en kommune, samt at det i spredtbygde strøk er lange avstander, har det historisk vært bedre legedekning i små kommuner med lite befolkningsgrunnlag enn i store folkerike kommuner. Resultatene viser at jo mer sentral kommunen er, jo flere pasienter ønsker legen å ha på sin liste; gjennomsnittet i små, usentrale kommuner på nivå 1 er ca. 1.000 personer, mens det i store sentrale kommuner er ca. 1.400 personer. På tilsvarende måte ser vi at jo større befolkning det er i kommunen, jo høyere er ønsket listelengde, og jo flere allmenntidlegeårverk det er per 100.000 innbyggere, jo færre personer ønsker legen på sin liste. Samsvaret vi finner mellom kommunenes legedekning og legenes ønsker tyder med andre ord på at forholdene i kommunen gjenspeiles i legenes ønsker.

Menn ønsker i gjennomsnitt 200 flere personer på lista enn kvinner. Dette skyldes nok først og fremst at kvinner jobber mindre enn menn. Legens alder har ingen signifikant effekt på ønsket listelengde. Vi ser videre at spesialister i samfunnsmedisin ønsker omtrent 200 personer færre, mens leger med andre spesialiteter ønsker 150 færre på lista enn andre leger. Årsaken til dette er trolig at disse legene ofte har bistillinger de ivaretar. I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen fikk legene mulighet til å be om at 30 prosent av lista skulle være personer legen tidligere ikke hadde hatt i sin pasientpopulasjon. Leger som valgte å benytte denne muligheten signaliserte indirekte at de opplevde sin tidligere pasientpopulasjon som relativt krevende. Vi ser at legene som brukte denne muligheten i gjennomsnitt ønsket seg færre på lista enn andre. Det er rimelig å anta at leger med mange krevende eller «tunge» pasienter vil ønske kortere lister. Pasienttyngde målt som andelen eldre på lista har den forventede effekten på ønsket listelengde; jo større andel eldre legen har på sin liste, jo kortere liste ønsker vedkommende¹¹. Pasienttyngde målt som andelen kvinner på lista har derimot ingen signifikant effekt¹². Helsetjenestebehovet i kommunen, målt ved kommunal levekårsindeks, har heller ingen signifikant effekt på ønsket listelengde. Fastlønnslengene ønsker om lag 200 pasienter færre enn andre leger¹³.

Figur 1: Forskjeller mellom tidligere forsøkskommuner og andre kommuner



Som tidligere nevnt ble det forut for fastlegereformen gjennomført et forsøk med fastlegeordning i fire kommuner. I de tidligere forsøkskommunene har det derfor vært fast-

¹⁰ Vi har utført flere analyser, og alle peker i samme retning.

¹¹ Det kan hevdes at pasienttyngden ikke kan brukes som forklaringsvariabel, siden denne blir bestemt etter at ønsket listelengde er oppgitt, og at vi dermed har et endogenitetsproblem. Dersom pasientsammensetningen ikke avviker noe særlig fra hva den var før FLO ble innført, er det likevel meningsfylt å bruke pasientsammensetning som forklaringsvariabel.

¹² Fra litteraturen vet vi at kvinner og eldre etterspør flere helsetjenester enn gjennomsnittet.

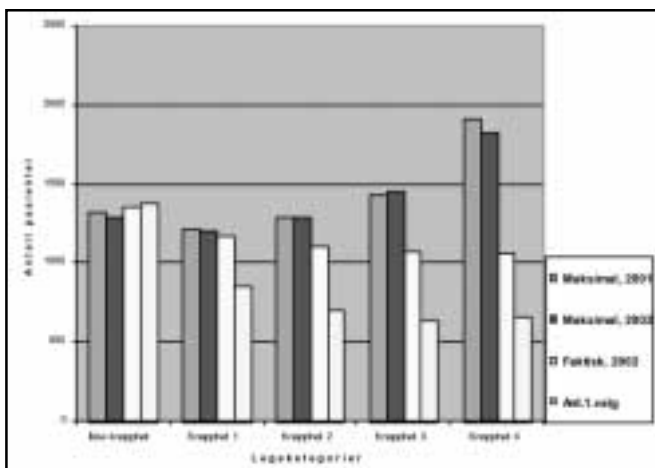
¹³ Også her kan vi ha et endogenitetsproblem, hvis leger har valgt fastlønn fordi de ønsker få pasienter. En presis modellformulering er en viktig del av evalueringsarbeidet. Dette berører vi ikke i denne artikkelen.

legeorganisering av allmennelegetjenesten siden 1993, og den eneste endringen som inntraff 1. juni 2001 var at avlønningsordningen for legene ble forandret. I forsøksordningen utgjorde per capita og stykkpris komponenten begge 50 % av legenes inntekter. Fordi inntekten per tjeneste øker, ligger overgangen fra 50/50 til 30/70 per capita/stykkpris avlønning til rette for at det kan bli lettere for legene «å leve av kortere lister» enn det som var tilfelle i forsøksordningen. Reduksjonen i per capita komponenten oppmuntrer dessuten til et ønske om kortere liste. I diagrammet i figur 1 presenteres utviklingen i faktiske og ønskede listestørrelser for de 180 legene som deltok i fastlegeforsøket. Den gjennomsnittlige listelengden i de tidligere forsøkskommunene var i januar 2002 1.423 personer og dette er betydelig høyere enn i resten av landet. Dette gjenspeiler blant annet at legedekningen i disse kommunene er dårligere enn i landet som helhet (71 mot 85 årsværk per 100.000 innbyggere). Vi ser at antallet ønskede pasienter er justert kraftig ned fra 1993 til 2001. Den gjennomsnittlige nedgangen er på drøye 300 personer, men fortsatt ligger listeønskene i disse kommunene høyere enn i landet for øvrig. Nedgangen i ønsket antall pasienter kan skyldes at legene i disse kommunene har hatt en for stor arbeidsbelastning og nå ser mulighetene til å få justert ned denne. Men nedgangen kan også være en effekt av en «sjenerøs» endring i avlønningsordning med større stykkpris- og mindre per capita komponent. Våre data kan ikke identifisere hver av disse effektene.

3. Fikk legene innfridd sine ønsker?

Av presentasjonen så langt kan en få inntrykk av at allmennelegene ikke har fått tilfredstilt sine ønsker om listelengde, og at vi generelt står overfor en situasjon med pasientknapphet i norske kommuner etter at fastlegeordningen ble innført. Imidlertid er situasjonen betydelig mer sammensatt; det er en gruppe leger som opplever ikke å få tilfredstilt sine ønsker om pasientantall, 1. januar 2002 utgjorde dette nærmere 2.000 leger. Mens en annen gruppe på knappe 1.700 leger faktisk opplever å overskride sine listeønsker. I gjennomsnitt ønsket den første gruppen seg flere pasienter enn den andre.

Figur 2: Forskjellen mellom leger gruppert utfra graden av pasientknapphet



I figur 2 har vi gruppert legene utfra graden av pasientknapphet. Legene er inndelt i 5 kategorier hvor kategori 0 ikke opplever pasientknapphet eller rasjonering. Kategori 1 mangler 0-100 pasienter, kategori 2 mangler 101-300, kategori 3 mangler 301-500, mens kategori 4 mangler flere enn 500 pasienter. Vi ser at legene som ikke opplever pasientknapphet, har noen flere pasienter enn de ønsker seg og at det faktiske antall pasienter går noe ned fra kategori til kategori. Men det som er mest iøynefallende, er den store forskjellen i ønsket antall pasienter mellom gruppene; jo lengre pasientliste en lege ønsker seg, jo større knapphet opplever vedkommende. Det høyeste gjennomsnittlige listeønsket har kategori 4 som ønsket seg mer enn 500 pasienter flere enn de urasjonerte legene i kategori 0. Et annet interessant funn er at en lege som ikke opplever knapphet, har blitt valgt av flere enn de som faktisk har fått tildelt denne legen; i gjennomsnitt har 30 personer blitt avvist. Dette er altså svært populære leger. Vi ser at antallet direkte førstevalg reduseres kraftig når vi kommer over til legene som opplever pasientknapphet. Så langt kan vi ikke gi så mange beskrivelser av de ulike kategoriene leger, men det vi vet er at:

- Andelen spesialister i allmennelegemedisin reduseres etter som rasjoneringen blir sterkere
- Listetyngden målt som andelen kvinner, reduseres etter som rasjoneringen blir sterkere
- De som opplever størst grad av rasjonering praktiserer i sentrale, folkerike kommuner med relativt god legedekning

Hvorvidt årsaken til at noen leger opplever pasientknapphet, mens andre av kapasitetshensyn, må avvise pasienter utelukkende skyldes det antallet år legen har praktisert i kommunen, eller om vi kan gi andre forklaringer, for eksempel at pasientene oppfatter legenes personlighet eller faglighet forskjellig er sentrale problemstillinger i evalueringen av ordningen¹⁴. I denne sammenheng blir det viktig å undersøke om de rasjonerte er et tilfeldig utvalg eller om det er en selv selektert gruppe.

I tabell 3 presenteres resultater fra en logistisk regresjonsanalyse hvor den avhengige variabelen har verdien 0 hvis det faktiske antall pasienter er større eller lik det ønskede, og verdien 1 hvis legen opplever pasientknapphet. Analysen viser:

Effekter av legekjenne tegn:

- Menn har mindre sannsynlighet for pasientknapphet enn kvinner
- Leger med fastlønn har større sannsynlighet for pasientknapphet
- Spesialister i allmennelegemedisin har mindre sannsynlighet for pasientknapphet
- Spesialister i samfunnsmedisin og andre typer spesialiteter har større sannsynlighet for pasientknapphet
- Leger som ønsker 30/70 fordeling har større sannsynlighet for pasientknapphet

¹⁴ Dette vil dels kunne belyses med utgangspunkt i spørsmål vi har inkludert i SSBs levekårsundersøkelse.

Tema: Pasientknapphet?

Tabell 3: Logistisk regresjonsanalyse. Avhengig variabel: Sannsynligheten for pasientknapphet (n = 3.650).

Variabel	Gj.sn. (std.avvik)
Konstant	4,101 (0,763)
Ønsket listelengde	0,001** (0,000)
Legens alder	-0,015 (0,007)
Legens kjønn (M=1)	-1,197** (0,166)
Deltok i fastlegeforsøket	0,444 (0,197)
Handikap tilpasset kontor	-0,540 (0,413)
Fastlønn	0,825** (0,208)
Spesialist i allmenntmedisin	-0,609** (0,101)
Spesialist i samfunnsmedisin	0,459* (0,171)
Andre spesialiteter	0,902* (0,341)
Ønsker 30/70	0,408** (0,103)
Andel eldre på lista	4,919** (0,925)
Andel kvinner på lista	-9,168** (0,748)
Kommunal levekårsindeks	-0,000 (0,003)
Kommunens sentralitet	0,132** (0,025)
Kommunens legedekning	0,019** (0,003)

** : Signifikant på 5 % nivå. * : Signifikant på 10 % nivå

Kategorielle variable: Levekår, kjønn, forsøket, handikap, fastlønn, spesialist i allmenntmedisin, spesialist i samfunnsmedisin, andre spes., ønsker 30/70.

Kontinuerlige variable: Legeårsverk, listetak, alder, andel kvinner, andel eldre

Effekter av listekjennetegn:

- Jo høyere andel kvinner, jo mindre sannsynlighet for pasientknapphet
- Jo høyere andel eldre, jo større sannsynlighet for pasientknapphet
- Jo større ønsket listelengde, jo større sannsynlighet for pasientknapphet

Effekter av kommunekjennetegn:

- Jo mer sentral kommune og jo høyere legedekning, jo større sannsynlighet for pasientknapphet

For å få et inntrykk av størrelsen på effektene kan vi tenke oss eksempler på leger og regne på hvilken sannsynlighet de ulike legene har for å oppleve pasientknapphet.

- Hvis vi ser på en mannlig lege som er spesialist i allmenntmedisin, som ønsker 1.300 pasienter på lista, som har en gjennomsnittlig pasienttyngde (50 % kvinner og 12 % eldre) og som praktiserer i en kommune med gjennomsnittlig legedekning, vil sannsynligheten for at legen opplever pasientknapphet være 0,2 hvis vedkommende praktiserer i en kommune på sentralitetsnivå 1 og 0,4 hvis sentralitetsnivået er 7.
- Hvis denne legen ikke er spesialist i allmenntmedisin øker sannsynligheten fra 0,4 til 0,6.
- Øker legens listeønsker fra 1.300 til 1.700, øker sannsynligheten fra 0,4 til 0,5.
- Er vår lege i stedet en kvinne, vil sannsynligheten øke fra 0,4 til 0,6

Eksemplet kan utvides og endres. Hovedkonklusjonen er at

legens kjønn, hvorvidt legen er spesialist i allmenntmedisin og praksiskommunens sentralitet er de faktorene som har størst betydning for hvorvidt legen opplever å ha nok pasienter.

4. Utviklingen i allmenntlegetjenesten i årene fremover

Når 75 % av allmenntlegene opplever pasientknapphet – og så mange som 40 % opplever at de mangler mer enn 100 personer for å nå sin ønskede listelengde, kan det vise seg at befolkningen vil få en økning i antallet ytelser fra allmenntlegetjenesten i de kommende år. Det sentrale spørsmålet blir da om vi er interessert i at legen gjør mer for oss bare fordi han har lite å gjøre og ikke fordi vi er sykere. Siden virksomheten i allmenntlegetjenesten stort sett er finansiert av offentlige midler, vil dette innebære økt offentlig ressursbruk. Denne økningen vil enten måtte skje på bekostning av annen virksomhet i helsesektoren eller ved at virksomhet i andre sektorer fortrenses. Det er derfor grunn til å følge utviklingen nøye.

Dette er også viktig i lys av utviklingen i ønsket listelengde i de tidligere forsøkskommunene. I disse kommunene er den ønskede listelengden redusert med 300 personer, mens den faktiske listelengden er redusert med 100 personer når vi sammenligner årene 1993 og 2002. Likevel har legene i disse kommunene i gjennomsnitt mer enn 200 flere personer på lista enn i landet som helhet. Til sammenligning har en dansk fastlege i gjennomsnitt 1.550 personer på lista (Amtsrådsforeningen statistikdatabase). Det kan derfor synes som om den enkelte allmenntlege ikke er så presset nå som vi hadde inntrykk av at de var før fastlegeordningen ble innført.

Det har blitt hevdet at legene ikke hadde kunnskap om hvor stor arbeidsmengde en gjennomsnittlig listepasient innebærer og at det derfor er helt tilfeldig hvilket tall de har oppgitt som ønsket listelengde. Det overraskende gode samsvaret mellom kommunens legedekning og befolkningsstørrelsen i kommunen og legenes ønske om listelengde (tabell 2), støtter ikke en slik påstand. Legene kan dessuten justere ønsket listelengde fortløpende, og det er et viktig teknisk tall for RTV¹⁵. Vi fester derfor lit til tallet og tror ikke det er tilfeldig valgt. Det har også blitt hevdet at leger som vet at det er knapphet på pasienter, ”tok litt i” for å være sikret den listelengden som de egentlig ville ha. En grunn til en slik strategi kunne være at enkelte kommuner valgte å gi alle leger den samme prosentandel av den ønskede listelengden. Hvis dette er et viktig moment, skulle vi forvente at de legene som ønsker flest pasienter, også har de lengste listene. Av figur 2 ser vi imidlertid at det er en negativ korrelasjon mellom ønsket og faktisk listelengde.

Hvis en lege opplever å ha ledig kapasitet, kan vedkommende utføre kommunalt legearbeid for eksempel som tilsynslege ved et sykehjem eller som helsestasjonslege. Men legen kan også yte flere tjenester til personer som allerede er på lista. En faktor som vil være avgjørende for hva vedkom-

¹⁵ Trygdeetaten bruker begrepene åpne og lukkede pasientlister, og dette beregnes med utgangspunkt i differansen mellom det maksimale og det faktiske antallet pasienter på legens liste. En lege som når sitt maksimale antall, får automatisk kjennetegnet lukket liste. Vi har så langt ikke benyttet denne variabelen i vår analyse.

mende velger, er inntektene de ulike alternativene vil frembringe: Hvis avlønningen per time for å utføre kommunalt legearbeid er lavere enn det vedkommende får ved å betjene sin egen liste, kan tilstrømningen til de kommunale bistillingene være liten selv om pasientknappheten er stor¹⁶. Det er derfor god grunn til å rette mer oppmerksomhet mot legenes relative avlønning i alternative aktiviteter.

I den senere tid har det i media (blant annet i Dagbladet 12. og 13. september) pågått en debatt knyttet til fastleger med svært lange pasientlister. Det har blitt fokusert på det umoralske i at en fastlege får utbetalt et stort per capita tilskudd før vedkommende overhode har behandlet en pasient. I tillegg har lange pasientlister blitt vurdert som negativt for pasientene, og blitt angitt som en viktig årsak til at folk må vente på time hos fastlegen. Vi ønsker å nyansere denne debatten. For det første er det ikke noe nytt at legene får utbetalt et tilskudd som ikke er direkte knyttet til pasientbehandling. Før fastlegeordningen ble innført fikk de privatpraktiserende legene utbetalt et kommunalt driftstilskudd som det overhode ikke var knyttet pasientansvar til, beløpet var kun avhengig av om legen hadde ansatt hjelpepersonell i sin praksis. For det andre er det ikke åpenbart at leger som har lange lister har lange ventetider, korte konsultasjoner og er dårlige leger for pasientene sine. Dette avhenger av hvordan legen organiserer arbeidsdagen sin, og av vedkommendes personlighet og faglige skjønn. For det tredje kan vi bytte lege hvis vi ikke er fornøyd med den legen vi har fått tildelt. Siden mange leger har ledig kapasitet, vil den enkelte pasient lett kunne bytte fra en lege med lang liste til en med en kortere hvis han/hun er misfornøyd. For det fjerde er det svært få av de norske fastlegene som har flere enn 2.000 pasienter på lista si. I mars 2002 utgjorde dette 114 leger eller om lag 3 % av alle fastlegene, og bare 12 av disse hadde flere enn 2.500 personer på lista si. Snarere enn å fokusere på det lille antall leger som har lange pasientlister, bør myndighetene se nærmere på det store antallet leger som har fått for få pasienter, og hvilke konsekvenser dette kan få for fremtidige helsebudsjett.

Per i dag finnes ikke data, annet enn enkelthistorier fra media, som dokumenterer om folk er misfornøyd med fastlegeordningen. Om ventetiden har endret seg og hva som kjennetegner populære og upopulære leger er spørsmål som skal studeres fremover. Vi kommer også til å se nærmere på om konklusjonen fra fastlegeforsøket om at leger som opplever pasientknapphet, har en mer tjenesteintensiv praksis enn leger som har nok pasienter, vil gjelde med et nasjonalt datasett. Vi vil dessuten se legenes ønsker om listelengde i sammenheng med befolkningens etterspørsel etter leger, eller som det fremkom på legevalgsskjemaene; etterspørsel av listeplass hos en bestemt lege. Det er ganske unikt når vi nå har data for befolkningens rangerte legevalg (1. – 3. valg). Det interessante spørsmålet er hvorvidt disse legevalgene er gjort helt tilfeldig eller om det er noe systematikk i valgene. Trolig vil det være mulig å finne bestemte mønstre, og på grunnlag av dette predikere hvilke karakteri-

stika ved en lege en person med bestemte karakteristika vil etterspørre.

Arbeidsmarkedet for norske leger er i endring. Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- og specialistutbildningsfrågor (2002) har beregnet at vi allerede i 2005 vil få et overskudd på 1.200-1.900 leger og at dette vil øke til 4.200-6.700 leger i 2015. Dette har gjort Legeforeningen bekymret, mens politikere jubler over mulighetene til å oppnå tilfredsstillende legedekning i distriktene. Faktisk er det slik at kommunene nå er interessert i så god legedekning som mulig, siden deres utgifter til allmennlegetjenesten avhenger av befolkningens størrelse (per capita tilskuddet) og ikke som tidligere av antallet leger. Vi kan derfor komme til å oppleve at det er legene og ikke som tidligere, kommunene som motsetter seg en økt legedekning. Kostnadene ved en økt legedekning vil staten betale i form av økninger i stykkprisutbetalingene, både på grunn av flere leger og på grunn av en mer tjenesteintensiv allmennpraksis¹⁷. En slik utvikling vil kanskje dempe jubelen blant enkelte politikere.

Referanser:

- Iversen, T. og H. Lurås (1998): Innføring av fastlegeordning – hva med legenes tilpasning? *Sosialøkonomen* 7/98, 26-31.
- Iversen, T. og H. Lurås (2000): Economic motives and professional norms: The case of general medical practice, *Journal of Economic Behavior and Organization* 43, 447-470.
- Iversen, T. og H. Lurås (2002): The importance of micro-data for revealing income-motivated behavior among GPs. In B. Lindgren (ed): *Individual decisions for health* (Routledge, London and New York) 182-193.
- Ot prp nr 99 (1998-99): Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).
- Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- og specialistutbildningsfrågor (2002): *Legearbeidsmarkedet i Norden*. <http://www.legeforeningen.no/>
- Amrådsforeningens statistikdatabase oppdatert 23.04.02. <http://www.arf.dk>
- Statistisk sentralbyrås oversikt over utvikling i kommunehelsetjenesten <http://www.ssb.no>

¹⁶ I forbindelse med fastlegeforsøket viste det seg vanskelig å få fastlegene til å påta seg denne typen arbeid. Det ble antydnet at årsaken til dette var at avlønningen for det kommunale legearbeidet (fast timelønn) var mye dårligere enn det en lege kunne inntjene i sin praksis. Kommunene utnyttet i liten grad lovverket til å pålegge legene å utføre dette arbeidet. Signalene fra forsøkskommunene gikk derfor i retning av at fastlegeordningen gikk på bekostning av det kommunale legearbeidet.

¹⁷ I følge tall fra RTV har den samlede refusjonsutbetalingen til allmennlegene økt med 30 % første halvår i år sammenlignet med i fjor (Bergens Tidende 20.august).

¹⁸ Min:150, Max:5.000

¹⁹ Min:135, Max:2.519

²⁰ Juni 2001. Min:0,18. Max: 0,91

²¹ juni 2001. Min:0,01. Max: 0,42.

■ ■ ■ DAG BRATLID:

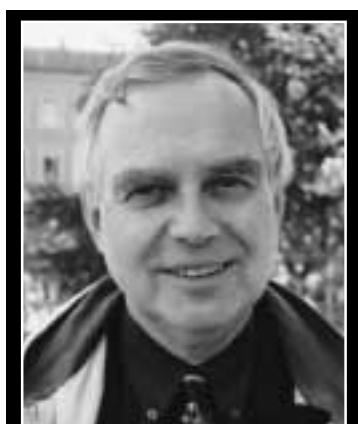
Har sykehusene for få pasienter?

En kritisk gjennomgang av ressursbruk og pasientbehandling ved norske sykehus

Pasientbehandling og ressurstilgang ved norske sykehus er illustrert med data fra de siste års utvikling ved Regionsykehuset i Trondheim/St. Olavs Hospital. Tallene viser at sykehusene preges av en økende ineffektivitet der stadig flere helsearbeidere hver enkelt behandler stadig færre pasienter til en stadig økende kostnad. Samtidig tyder utviklingen på at vi er på vei fra en situasjon med tilsynelatende ressursmangel og endeløse pasientkøer, til en situasjon med ressursoverskudd, legeoverskudd og relativ pasientmangel. Denne utviklingen vil kreve organisatoriske og økonomiske reformer på et overordnet plan, som bl.a. den nye sykehusreformen, men kanskje særlig på grunnplanet, på den enkelte avdeling, sengepost eller poliklinikk der pasienten behandles og kostnadene genereres.

1. Dagens situasjonen i norske sykehus.

Helsevesenet har i de siste årene vært gjennom en periode som, selv om ressurstilførselen har vært større enn noensinne, tilsynelatende og i økende grad likevel har vært preget av et manglende samsvar mellom tilførte ressurser og volum i pasientbehandlingen.



Dag Bratlid er professor ved Institutt for Kvinne- og barnesykdommer, Det medisinske fakultet ved NTNU, Trondheim

Sett fra pasientenes side har ressurssituasjonen blitt tydeliggjort gjennom de lange ventelistene for behandling av en rekke lidelser, og til dels manglende tilbud til mange pasientgrupper. Sett fra sykehusenes side har ressur utfordringen blitt tydeliggjort gjennom økende økonomiske vanskeligheter, og nesten alle landets sykehus drives med store underskudd. Ressurskrisen har også kommet til utrykk gjennom stadige

krav om økning i personellressurser, både for å forsvarliggjøre dagens drift, men også for å kunne foreta de nødvendige kapasitetsøkningene som de lange ventelistene og de manglende tilbud etterspør.

På den annen side har det i de senere år også blitt stadig tydeligere at vi i Norge nå er i en situasjon der vi snart er ledende i verden når det gjelder å prioritere helsesektoren, både når det gjelder penger og når det gjelder personell. Det er således bare USA og Sveits som nå bruker en større del av sitt brutto nasjonalprodukt til helsesektoren (Bjørnstad 2000), og legetettheten i Norge er sannsynligvis blant de høyeste i verden. Likevel synes helsevesenet i mange andre land å fungere bedre enn i Norge. Samtidig utdanner vi nå ved våre egne universiteter omtrent én prosent av totale årskull til leger. Medregnet utenlandsstudenter og import av leger fra andre land blir den årlige tilgangen på leger i Norge omkring to prosent av årskullet. Det har vært påpekt at dersom denne utviklingen fortsetter risikerer vi å få en situasjon der «alle nordmenn er leger». Med bakgrunn i at slike spådommer sjelden har vist seg holdbare, har slike analyser ikke blitt sett på som seriøse (Børset 2000). Det har imidlertid også blitt pekt på at de data som nå er tilgjengelig tyder på at det nå kan være større grunn til å ta denne utviklingen på alvor enn det man tidligere har gjort (Bratlid 2000a,b). Med samme virkelighetsoppfatning har den politiske ledelse i økende grad også definert det generelle ressurskravet som lite relevant, i det gapet mellom tilbud og etterspørsel alltid vil være der og aldri vil kunne løses (Magnussen 1999). Samtidig har det likevel vært en politisk enighet om at økte bevilgninger til helsesektoren generelt er en prioritert oppgave. Det er først i den senere tid at det fra politisk hold har blitt stilt spørsmål ved effektiviteten i helsesektoren, og den sykehusreformen som nylig har blitt gjennomført (Om lov om helseforetak 2001) er bl.a. et konkret resultat av dette.

2. Sykehusdata versus nasjonale tall som grunnlag for analyser

Ressurssituasjonen og problemene innen helsevesenet har stort sett blitt tydeliggjort gjennom nasjonale makrotall og

trendanalyser (Hansen 2000, Tønne 2001), og i mindre grad blitt basert på analyser av utviklingen ved de(n) enkelte institusjon(er). Makroanalyser vil imidlertid ofte kunne overskygge og usynliggjøre enkelte utviklingstrekk som på grunnplanet (den enkelte institusjon eller avdeling) dessuten kan gå motsatt vei. Analyser av utviklingen ved den enkelte institusjon vil derfor ikke bare kunne gi interessante innspill til en dypere forståelse av problematikken, men også gi en mulighet til å finne løsninger på noen av problemene. Dessuten vil makroanalyser og beskrivelse av generelle utviklingstrekk ofte ikke bli oppfattet som reelle av de helsepolitikere og ledere som er ansvarlige for driften ved de enkelte institusjonene. Innen helsesektoren er det således en kultur for å oppfatte ens egen avdeling og institusjon som så "spesiell" at generelle trender og gjennomsnittstall ofte avvises som irrelevante. Dette fører igjen til at nødvendige reaksjoner og tiltak som burde vært satt i verk på grunnlag av makroanalysene og utviklingstrendene, ofte settes i gang på et altfor sent tidspunkt.

3. Ressurs- og aktivitetsutvikling ved regionsykehuset i Trondheim/St. Olavs Hospital

På denne bakgrunn ble det derfor foretatt en kartlegging av utviklingen ved et større sykehus som Regionsykehuset i Trondheim, nå St. Olavs Hospital HF, for å se om den generelle nasjonale utviklingen, med økende ressurstilførsel og liten eller ingen vekst i antall behandlede pasienter (Magnussen 1999), også kunne gjenfinnes ved dette sykehuset. Ved i tillegg å analysere de enkelte avdelingene ved sykehuset og de enkelte profesjonene ville det antagelig også være lettere å identifisere forhold som kunne forklare utviklingen, ikke minst siden det sannsynligvis bare er på dette nivå, der «pasienten møter legen», at de faktorene som bestemmer både kostnadsvekst og behandlingsvolum egentlig lar seg identifisere. Slike analyser av virksomheten på avdelingsnivå kunne derfor muligens avdekke årsakssammenhenger som generelle trendanalyser ikke får frem. Dessuten, ved å studere et enkelt sykehus med et veldefinert opptaksområde og befolkningsgrunnlag, ville det også være mulig å undersøke utviklingen mht. pasienttilgangen over tid for den enkelte avdeling og fagområde, et forhold som har vært lite undersøkt også i de nasjonale trendanalyser. Det ville særlig være interessant å undersøke om det fantes trekk i pasientbehandlingen og pasientprofilen (øyeblikkelig hjelp vs. elektive innleggelser, innleggelser vs. poliklinisk behandling, nyhenviste pasienter vs. kontrollpasienter) som kunne belyse utviklingen i befolkningen for behovet av de tjenestene den enkelte avdeling og sykehuset tilbyr.

Det ble derfor foretatt en analyse av utviklingen over to fem-års perioder ved Regionsykehuset i Trondheim. Data over pasientbehandling og personellressurser ble hentet fra sykehusets offisielle årsrapporter, samt fra de rapporter som sykehuset sender til Norsk Pasientregister (NPR, SINTEFUnimed). Arbeidet er delt i to delstudier. I delstudie 1 «Personellressurser og pasientbehandling ved et regionsykehus» er perioden 1995-1999 undersøkt (Bratlid 2000c). Her er økningen i antall innleggelser og polikliniske behandlinger sammenliknet med økningen i antall ansatte ved syke-

huset, analysert for de forskjellige yrkesgrupper og avdelinger. I delstudie 2 «Pasienttilgang og pasientbehandling ved et regionsykehus» er perioden 1996 til 2000 studert (Bratlid 2002). Her er antall innleggelser og polikliniske behandlinger sammenliknet med pasienttilgangen til sykehuset (registrerte omsorgsperioder) analysert for de forskjellige avdelinger. Det er i tillegg sett på forholdet mellom nyhenviste pasienter og kontrollpasienter ved poliklinikkene og mellom pasienter som innlegges elektivt og som øyeblikkelig hjelp. I herværende presentasjon er dessuten en stor del av tallmaterialet oppdatert med hensyn til utviklingen til og med 2001 med tall hentet fra sykehusets årsrapport.

4. Hvordan er sammenhengen mellom ressurstilgangen og pasientbehandlingen?

Undersøkelsen (Bratlid 2000c) viste at sykehuset i perioden 1995-1999 hadde en betydelig ressurstilførsel, særlig på lønnsiden. Som vist i tabell 1, som er videreført til 2001, økte sykehusets brutto utgifter med 77,9%, brutto driftsutgifter med 56,2% og brutto lønnsutgifter med 89,8%. Samtidig var det en betydelig økning i antall årsverk i de fleste personellgrupper, med unntak av noen grupper f.eks. assistenter (ufaglærte). Som vist i tabell 2 var det imidlertid vanskelig å finne igjen denne ressursøkningen i tallet på behandlede pasienter, bl.a. var antall operasjoner nærmest konstant og antallet røntgenundersøkelser gikk faktisk ned. Det ble i tillegg vist at det i denne perioden var en betydelig nedgang i pasientrettet virksomhet for hver enkelt gruppe av helsearbeidere, definert som behandlinger/undersøkelse pr. ansatt. I tabell 3 er disse produksjonstallene videreført til og med 2001, og tallene viser at utviklingen synes å fortsette.

Undersøkelsen bekreftet at en økende ineffektivitet, definert som stadig færre pasientbehandlinger pr. ansatt og krone, var et fremtredende trekk ved de fleste avdelingene, som for eksempel Gynekologisk avdeling, Anestesiavdelingen og Røntgenavdelingen. Likevel var det flere avdelinger som viste en produksjonsøkning som var større en økningen i tilførte personellressurser, som ved Hjertekirurgisk avdeling (St. Elisabeth) og Øyeavdelingen. Det negative inntrykket som dominerer kan derfor ikke generaliseres til alle deler av virksomheten. Sannsynligvis er organiseringen av pasientbehandlingen på det lokale plan (avdeling, post) viktigere for produktivitet og effektivitet enn de overordnede tiltak ved sykehusene. Nærmere analyser av organisasjons- og arbeidsplaner også ved andre sykehus og særlig ved avdelinger som er ressurseffektive, kan gi verdifulle innspill til andre avdelinger. Slike analyser bør antagelig detaljeres helt ned på nivået for den enkelte deltaker i behandlingsteamet. Det er kanskje viktigere å ha en god teamleder på det nivået der pasienten faktisk behandles og utgiftene genereres, enn en god avdelingssjef. Det synes å være store oppgaver å gripe fatt i for å få kartlagt dette.

I 1999 hadde Regionsykehuset i Trondheim gjennomsnittlig 797 innlagte pasienter. Hadde personellet i 1999 vært like effektive som i 1995, ville de ha kunnet betjene et sykehus med et gjennomsnittlig belegg på 1 073 pasienter. Dette kan tyde på at sengemangel og ikke personellmangel kan forklare mange av problemene ved sengeavdelingene som lange

ventelister og periodevis overbelegg. Imidlertid har det vært en overordnet målsetting ved de fleste sykehus å redusere sengetallet, bl.a. for å få ned kostnadene. Kanskje har man redusert sengetallet så mye at det nå ved mange avdelinger er for få senger i forhold til antall ansatte leger og sykepleiere, slik at man ikke får utnyttet disse personellressursene godt nok. I den forbindelsen er det interessant å se at mange sykehus nå planlegger å utvide sengekapasiteten ved å ta i bruk lettposter og sykehotell uten å øke staben tilsvarende.

Som vist i tabell 1 og 2 har det også vært en betydelig nedgang i både antall røntgenundersøkelser og røntgenundersøkelser pr. årsverk røntgenlege. Samtidig er medisinsk røntgen en av de disiplinene som på landsbasis har stor mangel på personell, særlig røntgenleger. Også ved St. Olavs Hospital har pasienttilgangen i forhold til undersøkelseskapasiteten i perioder vært så stor at røntgenavdelingen har måttet avvise pasienter. Noe av denne utviklingen kan muligens forklares ved at mange røntgenundersøkelser har blitt mer kompliserte gjennom de siste årene, bl.a. ved innføring av ny teknologi. På bakgrunn av tallene fra denne undersøkelsen er det imidlertid et spørsmål om ikke de betydelige kapasitetsproblemene som røntgenfaget har ved de fleste sykehus ikke skyldes mangel på personell, men snarere mangel på utstyr (røntgenapparater) eller mest sannsynlig for

dårlig utnyttelse av det utstyret man har. På samme måte tyder heller ikke tallene for utviklingen innen de operative fag at kapasitetsproblemene skyldes personellmangel innen de kirurgiske fagområdene. Dette er også helt i tråd med resultatene av en tidligere undersøkelse som har sett på sammenhengen mellom operasjonskapasitet og operasjonsressurser (Hauge 1999).

5. Er det en sammenheng mellom pasienttilgang og pasientbehandling?

I det private næringsliv vil det vanligvis være slik at når man på tross av økning i produksjonskapasitet (personell og teknologi) ved en bedrift likevel ikke klarer å øke salget eller omsetningen, skyldes det oftest at markedet for bedriftens produkter er for lite. I helsevesenet har imidlertid holdningen vært at når man ikke har sett et samsvar mellom tilførte ressurser og produksjonsøkning har man forsøkt å løse dette problemet ved å tilføre enda mer ressurser. Både helsepolitikkerne og de administrative og faglige ledere av helseinstitusjonene har stort sett vært samstemte i sin oppfatning av at det alltid vil være et udiskutabelt og økende behov for helse-tjenester i befolkningen over tid, og behovet for helsetjenester vil øke mer enn befolkningstilveksten. Man har derfor nærmest tatt det som naturgitt at det ikke finnes noen øvre grense for hvor mye ressurser helsevesenet har behov for. Dette har medført at innsatsen fra sykehusenes ledelse hovedsakelig har blitt rettet mot å skaffe sykehusene flest mulig ressurser totalt sett, fremfor å legge arbeid i å definere det virkelige ressursbehovet for de enkelte deler av virksomheten, for ikke å si definere det pasientvolumet som virksomheten skal betjene. Det har også vært liten interesse for å se nærmere på mulighetene for å omdisponere ressurser (særlig stillinger) mellom de forskjellige fagområder med bakgrunn i den medisinsk-faglige og teknologiske utvikling. Også ved regionsykehuset i Trondheim/St. Olavs Hospital har det som tidligere pekt på de siste årene derfor vært en betydelig og økende ressurstilførsel med minimal effekt på behandlingsvolumet.

Det er i utgangspunktet imidlertid ingen grunn til at ikke markedsmekanismene også gjør seg gjeldende i helsevesenet, og at den manglende produksjonsøkningen derfor faktisk kan skyldes at det nå ikke er nok pasienter i forhold til de behandlingsressursene som er bygget opp ved våre sykehus. På denne bakgrunn ble det foretatt en analyse av sammensetningen av de pasientkontaktene som St. Olavs Hospital hadde hatt i perioden 1996-2000 (Bratlid 2002). De fleste tallene er for denne presentasjonen nå oppdatert til og med 2001 med data fra sykehusets årsrapport. Som vist i tabell 3 hadde sykehuset som helhet en økning i både innleggelser og polikliniske konsultasjoner også i denne perioden. Imidlertid, som vist i tabell 4 hadde pasienttilgangen, beregnet ut fra registrerte nye omsorgsperioder (nye pasienter), som helhet falt med 13,7%. Parallelt med dette var det for sykehuset som helhet en nedgang i antall nyhenviste pasienter som ble behandlet ved poliklinikkene mens antall kontrollpasienter økte betydelig. Volumøkningen ved poliklinikkene i dette tidsrommet kunne derfor i sin helhet tilskrives at pasientene ble kontrollert oftere enn tidligere. Under-

Tabell 1. Kostnadsvekst (regnskap, ikke justert for prisstigningen) samt økning i antall årsverk totalt og fordelt på yrkesgrupper ved St. Olavs Hospital i tidsrommet 1995-2001.

	1995	2001	Endring (%)
Totale utgifter	1 576	2 803	+77,9
Driftsutgifter	562	878	+56,2
Lønnsutgifter	1 014	1 925	+89,8
Leger	373,25	509,8	+36,6
Pleiere*	1 596,4	2 067,1	+29,5
Kontoransatte	358,3	536,95	+49,9
Medisinsk teknisk	124,8	155,2	+24,4
Radiografer	63,25	78,2	+23,6
Bioingeniører	205	249,5	+21,7
Assistenten	365,8	350,7	-3,2
Totalt ansatte	3 337,41	4 096,9	+22,8

* omfatter både sykepleiere og hjelpepleiere

Tabell 2. Utviklingen i antall innleggelser, polikliniske konsultasjoner, operasjoner og andre aktivitetsparametre for tidsrommet 1995-2001 ved St. Olavs Hospital.

	1995	2001	Endring (%)
Innleggelser	37 816	44 349	+17,2
Poliklinikk	234 890	270 142	+15,0
Operasjoner ¹	20 833	21 855	+4,7
Røntgen us.	154 074	150 452	-2,4
Laboratorie us.	3 276 202	3 894 923	+18,8

¹ eksklusiv Røros Sykehus

søkelsen viser derfor at pasienttilgangen (markedets størrelse) ikke nødvendigvis er ubegrenset, og begrensninger i pasientgrunnlaget kan være av større betydning for aktiviteten ved sykehusene enn det man tidligere har antatt.

I denne sammenhengen er det et problem for forståelsen av denne utviklingen, både hos sykehusledere og helsepolitikere, at aktiviteten ved sykehusenes virksomhet og produksjonsvolumet utelukkende beskrives i antall innleggelser og antall polikliniske konsultasjoner. Det som vil gi et riktigere bilde av situasjonen ville selvfølgelig være i tillegg å beskrive hvor mange enkeltindivider (pasienter, personnummer) sykehusene klarte å betjene, for eksempel i løpet av et år. Ikke minst er dette viktig når undersøkelsen ved St. Olavs Hospital viser at den økte kontrollhyppigheten av pasienter som allerede har vært på sykehuset kan forklare hele økningen i produksjonsvolumet ved poliklinikkene. Disse tallene er nylig bekreftet gjennom tall fra Norsk Pasientregister/SINTEF-Unimed (Karl-Gerhard Hem, personlig meddelelse). I et større oppslag i Aftenposten morgen ble det nylig (Hafstad 2002) under overskriften "Sykehusene behandler flere" vist til at det fra 2000 til 2001 hadde vært en økning i antall innleggelser på 6,1% og denne "aktivitetsøkningen" var langt større enn ressursøkningen. Det totale tallmaterialet fra SINTEF Unimed viser imidlertid at selv om det fra 1999 til 2001 er en økning i antall pasientkontakter (innleggelser og polikliniske konsultasjoner) ved norske sykehus var det imidlertid i den samme perioden, samtidig med økningen i antall pasientkontakter, likevel en nedgang i antall behandlede pasienter (enkeltindivider, personnummer). Aktivitetsøkningen som avisen omtalte skyldtes altså ikke at sykehusene behandlet flere pasienter, men at den samme pasienten behandles flere ganger. I 1999 var det således registrert noe over to sykehuskontakter (innleggelser, polikliniske konsultasjoner) pr. pasient, i 2001 var dette øket til over 2,5 kontakter pr. pasient. Disse tallene viser også at det er høyst usikkert om behovet for helsetjenester egentlig er økende, dvs. om det egentlig stadig blir flere syke mennesker her i dette landet. Ut fra de foreliggende tall er behovet for helsetjenester i hvert fall ikke økende dersom man knytter behovet til det antallet mennesker som gjennom året trenger sykehusets diagnostikk og behandling. Dette er unektelig en annen virkelighet enn den som vanligvis gjør seg gjeldende, ikke minst hos de fleste helsepolitikere.

6. Hvorfor avtar ikke ventelistene når pasientmengden ikke øker?

Et av de forhold ved helsevesenet som de siste årene har fått betydelig medieoppmærksomhet er de lange ventelistene. Det som imidlertid er et typisk trekk er at disse ventelistene er relativt stabile. Ventelistene ved St. Olavs Hospital har de siste fire årene ligget ganske stabilt på omkring 20-25.000 pasienter, med visse svingninger gjennom året. Det er bare det siste året at ventelistene synes å ha avtatt noe. Det skyldes særlig at ventelistene for poliklinisk behandling har blitt kortere. For pasienter til innleggelse og til dagbehandling er ventelistene relativt uendret også det siste året. Det at ventelistene holder seg relativt uendret viser at sykehuset produksjon faktisk holder tritt med pasienttilgangen. Hadde den

Tabell 3. Antall innleggelser og polikliniske konsultasjoner ved Regionsykehuset i Trondheim for perioden 1996-2001. Tallene er oppgitt for sykehuset uten virksomheten ved Akuttavdelingen (blandet kirurgisk/ortopedisk legevakt/poliklinikk).

Pasientkategori	1996	2001	Endring (%)
Innleggelser totalt	40 855	44 349	+8,6
Ø. Hjelp	25 739	26 609	+3,4
Ø.hjelp (%)	62	60	-4,8
Poliklinikk totalt	188 922	232 044	+22,8
Nyhenviste	75 571	74 437	-1,5
Kontroller	113 351	157 607	+39

Tabell 4. Utviklingen i antallet pasienter som henvises til behandling (ikke inkludert øyeblikkelig hjelp) ved St. Olavs Hospital i 2001 sammenliknet med 1996, oppgitt som registrerte nye omsorgsperioder.

Pasientkategori	1996	2001	Endring (%)
Totalt	78 034	67 361	- 13,7
Innleggelser	8 693	3 866	- 55,5
Poliklinikk	69 341	63 495	- 8,4

ikke gjort det ville ventelistene øket. Ventelistene er derfor på mange måter en «ordreserve» som sykehuset hele tiden skyver foran seg. Denne ordreserven er heller ikke så stor at den står i forhold til den oppmerksomhet som ventelistene har fått, bl.a. i media og på det politiske plan. Faktisk ville de fleste sykehus stå uten listepasienter, og derved få bortimot halvert sitt pasientgrunnlag i løpet av noen få måneder, dersom ingen pasienter lenger ble henvist til sykehuset, for eksempel ved at de gjennom fritt sykehusvalg valgte seg et annet sykehus. For St. Olavs Hospital utgjør ventelistene til poliklinikkene således mellom én til to måneders produksjon (behandlingskapasitet), ventelistene for pasienter til innleggelse representerer ca. to måneders produksjon. De fleste bedriftsledere ville antagelig sove dårlig med en såpass mager ordreserve. Problemet med ventelistene er derfor ikke deres størrelse, men snarere det faktum at selv om ventelistene egentlig er korte, er det fortsatt mange pasienter som må vente i mange måneder og mange år på behandling. Ved St. Olavs Hospital hadde ved utgangen av 2001 over 20% av pasientene på ventelistene ventet i mer enn 12 måneder. Tallene ovenfor tyder imidlertid ikke på at dette er et ressursproblem, men snarere først og fremst et organiseringsproblem. Hva kan det da komme av at ventelistene ikke avtar når det ser ut som om pasientmengden kanskje avtar, slik som tallene i denne undersøkelsen kan tyde på?

Sannsynligvis skyldes dette flere forhold. Et hovedtrekk synes å være at pasienter som først har kommet seg innenfor porten til sykehuset (og som derfor er kjent?) prioriteres til ny innleggelse eller poliklinisk konsultasjon fremfor pasienter man ikke kjenner. Dette er imidlertid neppe noen bevisst prioritering fra det enkelte sykehus eller den enkelte helsearbeider, men skyldes antagelig mangelfull organisering av

Tema: Pasientknapphet?

den daglige drift. Samtidig vet vi også at sykehusene har et stort problem med å holde kontinuitet i de legene den enkelte pasient møter i sin kontakt med institusjonen. Det er derfor ikke uvanlig at en pasient som kommer til en kontroll, for eksempel etter en operasjon, blir møtt av en helt annen lege enn den som behandlet pasienten på avdelingen. Selv om konsultasjonen for pasienten er en kontrollkonsultasjon, vil det for legene være en førstegangskonsultasjon med denne pasienten. Det vil derfor ikke være utenkelig at denne legen setter pasienten opp til en ny kontroll, som da snarere blir en kontroll av legens egen vurdering av pasientens tilstand etter behandlingen, enn en vurdering av pasienten.

En annen årsak til den økende kontrollhyppigheten er sannsynligvis også for dårlig samhandling mellom primærhelsetjenesten og sykehusene. For de store pasientgruppene burde man i større grad ha klare prosedyrer for hvilke pasienter som primært skal behandles på de ulike nivåene. Dessuten, for pasienter som har vært innlagt eller behandlet på sykehuset burde det også i større grad avklares hvor mange kontroller gjennomsnittspasienten bør ha og på hvilket nivå disse kontrollene skal finne sted. Dette er et altfor viktig punkt til at det bare kan overlates til den enkelte helsearbeiders skjønn, slik det stort sett er i dag. Dersom aktiviteten ved poliklinikkene ved St. Olavs Hospital i 2001 hadde vært fordelt noenlunde likt mellom nyhenviste pasienter og kontrollpasienter som i 1996, ville dette for sykehuset som helhet medført mellom 26-27 000 færre konsultasjoner ved poliklinikkene i 2001. Dersom de ressursene som i 2001 således ble brukt til å øke kontrollhyppigheten for pasientene i stedet hadde vært brukt til å ta inn nyhenviste pasienter fra ventelistene, ville disse ventelistene antagelig vært så godt som eliminert. Dette viser tydelig at de rutinene den enkelte avdeling og fagområde har for etterkontroll av pasienter i forhold til prioritering av nyhenviste pasienter, antagelig har like stor konsekvens for avdelingens kapasitet til å ta i mot nye pasienter fra ventelistene som avdelingens ressursituasjon.

Antagelig medvirker også sykehusenes finansieringssystem i betydelig grad til denne «gjenbruken» av pasientene. Ordningen med innsatsstyrt finansiering, der sykehusene nå får 55% av stipulerte behandlingskostnader (DRG) for hver innleggelse, medfører faktisk at man kan få like godt betalt for å legge den samme pasienten inn på nytt som man vil få for å legge inn en ny pasient. Refusjonen for poliklinisk behandling skiller også i liten grad mellom en kontrollpasient og en nyhenvist pasient, i noen tilfeller vil man også få en vesentlig større refusjon ved å ta inn en kontrollpasient fremfor en nyhenvist. Selv om hensikten med denne "stykkprisbetalingen" var å stimulere til økt pasientbehandling, viser det seg altså at resultatet faktisk har blitt en nedgang i antall behandlede pasienter, selv om det tilsynelatende ser ut som om man behandler flere, ved at antall innleggelser og polikliniske konsultasjoner øker (Hafstad 2002, Jørgenvåg 2001). Det er derfor viktig at finansieringen av helsetjenestene i større grad knyttes opp mot det faktiske antallet pasienter som blir behandlet, og ikke hvor mange ganger disse behandles. Slik ordningene virker nå, stimulerer de faktisk til gjenbruk av pasientene og derfor til ineffektivitet. Det er å håpe at det utvalget som er nedsatt av departementet for å komme med et forslag til endringer i helsevesenets finansie-

ringsordninger, og som ledes av professor Terje P. Hagen ved Senter for helseadministrasjon ved universitetet i Oslo, er oppmerksomme på disse uheldige effektene av dagens finansieringsordninger.

7. Har sykehusene nok pasienter?

Alle problemene i helsevesenet har hittil stort sett blitt diskutert på bakgrunn av en oppfatning av at pasienttilgangen og ressursbehovet er ubegrenset. Dataene fra undersøkelsene over tyder på at vi snart har en helt annen virkelighet, og at mange sykehus og fagområder kan oppleve pasientmangel innen overskuelig fremtid ved at sykkeligheten ikke øker i takt med ressursøkningen (Bratlid 2002). Utviklingen ved Gynekologisk avdeling ved regionsykehuset i Trondheim kan være et godt eksempel på denne utviklingen (Bratlid 2002). Fra 1996-2000 var det en klar nedgang i både innleggelser, polikliniske konsultasjoner og operasjoner (tabell 5). I tillegg var det en tydelig nedgang i pasienttilgangen til avdelingen, både til innleggelse og til poliklinisk behandling. Dette har medført en betydelig endring av pasientsammensetningen ved poliklinikken der andelen nyhenviste pasienter har avtatt med en tilsvarende økning i antallet kontrollpasienter. Denne utviklingen må også sees på bakgrunn av at man fra 1995-1999 fikk en økning i legestaben med 32,6% (Bratlid 2000c). Når denne ressursøkningen likevel ikke medførte noen økning i antall behandlede pasienter ved avdelingen behøver det derfor ikke henge sammen med ineffektiv ressursutnyttelse eller andre flaskehalsproblemer som det primære problem, men kan like gjerne og kanskje bedre forklares ved at pasientgrunnlaget for en slik økning i personellressursene faktisk ikke var til stede.

Dette er sannsynligvis en generell utvikling vi nå aner begynnelsen på (Bratlid 2002). Det er derfor grunn til å forvente at det i fremtiden vil kunne bli en større konkurranse mellom avdelinger og sykehus for å få tak i pasienter, ikke minst etter innføringen av prinsippet om fritt sykehusvalg. Vi ser allerede tendenser til en slik utvikling. Nylig gikk således hjertekirurgisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus, en avdeling som lenge har slitt med lange ventelister og liten kapasitet, ut i Dagbladet med en klar oppfordring om at hjer-

Tabell 5. Pasientdata for Gynekologisk avdeling, St. Olavs Hospital for perioden 1996-2000.

	1996	2000	Endring (%)
<i>Innleggelser totalt</i>	1 995	1 813	- 9,9
Ø. hjelp	738	64	- 14,0
Elektive	1 198	1 172	- 1,2
Operasjoner	3 075	2 728	- 11,3
<i>Poliklinikk totalt</i>	13 910	14 070	+ 1,2
Nyhenviste	10 237	7 990	- 21,9
Kontroller	3 673	6 080	+ 65,5
<i>Nye omsorgsperioder</i>			
Totalt	7 148	4 901	- 31,4
Innleggelser	652	472	- 27,0
Poliklinikk	6 496	4 429	- 31,8

tepasienter fra hele landet skulle søke seg til Ullevål, som nå hadde god kapasitet og en aktivitet så lav at det ville kunne skape problemer for spesialistutdanningen om man ikke fikk flere pasienter. Slike utspill vil antagelig bli hyppigere i tiden som kommer.

8. Konklusjon

Sykehusene er nå på vei fra en situasjon med tilsynelatende ressursmangel og endeløse pasientkøer, til en situasjon med ressursoverskudd, legeoverskudd og relativ pasientmangel. Det dominerende bildet av dagens sykehusvesen som ressursfattig og under et konstant og økende pasientpress samsvarer derfor dårlig med det inntrykket som en faktaanalyse av et av våre større sykehus samt nasjonale tall over pasienttilgang og pasientbehandling viser, der økende ineffektivitet, konstant eller muligens avtagende tilgang på nye pasienter og gjenbruk av de gamle pasientene dominerer i bildet.

Denne situasjonen er også understøttet av dagens finansieringsordninger. Helsevesenet og spesielt institusjonshelsetjenesten står derfor overfor store omstillinger. Skal denne utviklingen snus er det nødvendig med organisatoriske og økonomiske reformer på et overordnet plan, slik som den nye sykehusreformen og den planlagte endringen av dagens finansieringsordninger muligens vil kunne medvirke til. Men enda viktigere er det antagelig at dette følges opp av endringer i organisasjon og funksjon på grunnplanet der pasienten behandles og kostnadene genereres, dvs. på den enkelte avdeling, sengepost eller poliklinikk. Den omstillingen vi står overfor vil stille store krav til både politikere, ledere og ansatte i helsevesenet. Det kan bli en spennende tid.

Referanser:

- Bjørnstad S. (2000): Norge på Helsetoppen. Aftenposten (morgen) 17. august, Oslo.
- Bratlid D. (2000a): Snart er alle nordmenn leger. Tidsskrift for Den Norske lægeforening 120: 2821-2822.
- Bratlid D. (2000b): Snart er alle nordmenn leger. Tidsskrift for Norske lægeforening 120: 2941.
- Bratlid D. (2000c): Personellressurser og pasientbehandling i et regionsykehus. Tidsskrift for Den Norske lægeforening 120:3021-3026.
- Bratlid D. (2002): Pasienttilgang og pasientbehandling i et regionsykehus. Tidsskrift for Den Norske lægeforening 122:386-391.
- Børset M. (2000): Snart er alle nordmenn leger – et lynkurs i scenarieforskning. Tidsskrift for Den Norske lægeforening 120: 1574-1575.
- Hafstad A. (2002): Sykehusene behandler flere. Aftenposten morgen, 18. september.
- Hansen F.H. (2000): Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst – stabile fylkesvise forskjeller. Samdata sykehus NIS-rapport 1/00, Trondheim: SINTEF Unimed NIS Samdata.
- Hauge H.N. (1999): Strøket av programmet. Senter for helseadministrasjon, Rapport 1999:1, Universitetet i Oslo.
- Jørgenvåg J. (2001): Innsatsstyrt finansiering 2000. Aktivitetsutvikling, DRG-indeks og ISF-refusjoner til fylkeskommunene. SINTEF-rapport STF78 AO15801. Trondheim: SINTEF Unimed, 2001.
- Magnussen J. (1999): Samdata sykehus rapport. Sykehussektoren 1998 – fra rammefinansiering til ISF. NIS-rapport 3/99. Trondheim: SINTEF Unimed, NIS Helsetjenesteforskning. Om lov om helseforetak (2001): Odelstings proposisjon nr. 66 (2000-2001). Oslo.
- Tønne T. (2001): Utdfordringer i dagens helse-Norge. Foredrag i Sør-Trøndelag lægeforening, Trondheim, 20.november

Veiledning for bidragsyttere

1. *Økonomisk forum* trykker artikler om aktuelle økonomifaglige emner, både av teoretisk og empirisk art. Temaet bør være av interesse for en bred lesekrets. Bidrag må ha en fremstillingsform som gjør innholdet tilgjengelig for økonomer uten spesialkompetanse på feltet.
2. Manuskripter deles inn i kategoriene artikkel, aktuell kommentar, debatt og bokanmeldelse. Bidrag i førstnevnte kategori sendes normalt til en ekstern fagkonsulent, i tillegg til vanlig redaksjonell behandling.
3. Manuskriptet sendes i to eksemplarer til Samfunnsøkonomenes Forening, se adresser på tredje omslagsside. Det oppfordres til innsending av elektroniske manuskripter (fortrinnsvis i Word). Bidrag bør normalt ikke være lengre enn ca. 20 A4-sider, dobbel linjeavstand, 12 pkt. skrift. Debattinnlegg og bokanmeldelser bør normalt ikke være lengre enn 8 sider (samme format).
4. Artikler og aktuelle kommentarer skal ha en ingress på max. 100 ord. Inngressen bør oppsummere artikkelens problemstilling og hovedkonklusjon.
5. Matematiske formler bør brukes i minst mulig grad. Unngå store, detaljerte tabeller.
6. Referanser skal ha samme form som i Norsk Økonomisk Tidsskrift (kopi av NØTs veiledning kan fåes hos SFs sekretariat).



**Einar Lie og Hege Roll-Hansen:
FAKTISK TALT. STATISTIKKENS
HISTORIE I NORGE
Universitetsforlaget, Oslo 2001,
483 sider**

Lie og Roll-Hansens verk om norsk statistikkhistorie gir opphav til mange gjenkjennende nikk fra en pasjonert bruker av historisk statistikk, spesielt 1800-tallsstatikken. Samtidig setter forfatterne kjente opplysninger i et perspektiv anmelderen ikke hadde tenkt på eller bringer til torgs (kjente torg) helt ny informasjon. For ikke å snakke om at hele statistikkhistorien er bygget over en lest der både kontinuitet og brudd forklares på en opplysende måte.

Vi ivrige brukere av statistikken til Statistisk Sentralbyrå og dets forgjengere visste nok, et stykke på vei, å bruke statistikken både konstruktivt og kritisk. Vi visste for eksempel at yrkesoppgavene fra folketellingen 1865 sa mer om eiendomsforhold enn hva folk faktisk drev med. Saktens kunne vi sette tallene i kontekst. Det vi ikke eller sjelden gjorde, var å sette selve statistikkproduksjonen i samfunnsmessig sammenheng på den glimrende måten Lie og Roll-Hansen her har gjort. Forfatterne har for øvrig delt arbeidet mellom seg på den måten at Roll-Hansen har skrevet del 3 og velferdsstatistikkdelen av del 5, mens Lie står for resten.

Forfatterne tematiserer statistikernes grunnleggende forhold til tall, hva tall uttrykker og hva tall kan gjøre. De problematiserer de grunnleggende valg av kategorier for de verdier som måles. De tar opp statistikkproduksjonens forhold til samfunnsutviklingen i landet allment, og de diskuterer byråets forhold til de politiske myndigheter, som stort sett finansierte virksomheten og ikke sjelden også bestilte den.

Det er verdt å merke at det ikke er Statistisk sentralbyrås historie som skrives, men statistikkens historie. Byrået som oppdragsgiver inngår her i en god tradisjon for historisk oppdragskrivning, som lar forfatterne tematisk gå ut over oppdragsinstitusjonens indre historie, fra Husmorforbundets til husarbeidets historie, fra Lærerlagets til lærernes historie og nå fra Statistisk sentralbyrå til statistikkens historie. Nå er det først og fremst, ja nesten utelukkende, byrået som lager statistikk i boka, og byrået og byråets folk som utgjør hovedaktørene, enten de heter Mohn, Kiær, Rygg, Jahn, Gjermoe, Skappel, Aukrust eller Bjerve. Bare i den tidligste fase, lenge før byrået ble det Statistiske Centralbureau, finnes hovedpersoner utenfor byråets forgjenger Tabellkontoret, navn som Schweigaard og Sundt. Dette er et rimelig valg. Men når byrået er så sentralt som det faktisk er i denne historien, virker det som en forsømmelse at dets indre historie ikke er bedre ivarettatt. Det står noe om avdelinger i forbindelse med behovet for statistikk om dette eller hint; det sies noe om antall ansatte og organisasjonsstruktur i ny og ne, for eksempel i forbindelse med Bjerves overtagelse, da underdirektører kom inn i bildet. Men den indre struktur i byrået, som må ha farget korpsånd, produktivitet og mye annet, er ikke systematisk nok beskrevet. Og så mangler en statistikk over byrået selv!

Boka er delt inn i fem deler, som dekker omtrent fem påfølgende tidsepoker. Den første delen kalles «Fra statsbeskrivelse til sosialvitenskap» og omfatter grovt sett tiden fram til slutten av 1860-tallet, da Anders Nikolai Kiær, mannen som skapte institusjonen og navnet Statistisk Sentralbyrå, ble ansatt. Den sparsomme norske statistikk tidlig på 1800-tallet ble lenge dominert av den topografisk-statistiske tradisjon, en landsbeskrivelse i tall med hovedinspirasjon fra Tyskland. Den var bredt samfunnsbeskrivende og med beskjedent tallinnhold. Lie beskriver hvordan for eksempel flere av landets amtmenn manglet den mest elementære forståelse for kvantitativ tenkning.

Eilert Sundt, i sitt virke med statsstipend i 20 år fram til 1869, hadde derimot stor sans for tall. I sitt arbeid med å kombinere og analysere tallstørrelser

for å få fram sosiale fenomener som ikke var åpenbare gjennom enkle tallrekker, forente han den brede samfunnsbeskrivelse i den eldre tradisjonen med stor kvantitativ dyktighet. Sundt var ikke ansatt i departementets tabellkontor, men fikk til arvtakere to menn med stor sans for statistiske tabeller som utgangspunkt for analyser av samfunnet, Anders Nikolai Kiær og Jacob Neumann Mohn (Lie polemiserer mot Rune Slagstads oppfatning av Schweigaard som den offentlige statistikkens farsfigur, og ville heller plassere ham som sluttpunktet for den eldre, tyske, tradisjon). Med Kiær og Mohn gikk byrået inn i hva forfatterne har kalt «Statistikkens gullalder», bokas andre del. Gullalderbegrepet må knyttes til flere forhold. Den offentlige statistikk ble sterkt utvidet i mange retninger; ikke minst befolkningsstatistikken gjennomgikk noe nær en revolusjon. Kiær, byråets direktør gjennom en årrekke, vant myndighetenes gehør for ambisjonene om å drive *vitenskapelig* statistisk virksomhet. Han kunne også spille på nasjonale strenger (se nedenfor). Kiær selv stod for en innovasjon han kalte den representative undersøkelsesmetode.

Perioden fra slutten av 1800-tallet fram til omtrent 1920, dels overlappende med gullalderen, kalles «Sosialstatistikkens epoke». Her tas moderniseringens allehånde sosiale spørsmål opp til telling; fattigdomsproblemet, spørsmålet om de nye industrielle klassers levekår, alkohol- og sedelighetsproblematikken, by- og barneproblemer (gjerne i kombinasjon) og spørsmålet om levestandard, især studert gjennom forbruksundersøkelser.

«Fra sektorøkonomi til makroøkonomi» heter fjerde del, og omfatter tidsrommet fra mellomkrigstiden til rundt 1970. Den antyder at økonomenes tid var kommet i Statistisk sentralbyrå. Og den var kommet for å bli, kunne vi tilføye. I tidlig etterkrigstid formante direktør Gunnar Jahn sin etterfølger Petter Jacob Bjerve at «Byrået må aldri glemme Eilert Sundt». Det er bokas tese at Jahns frykt var velbegrunnet og at den brede samfunnsforståelse bygget på et stort tilfang av statistisk materiale, gled i bakgrunnen etter første verdenskrig. Tittelen på denne delen av boka sikter

Bokanmeldelse

for øvrig til overgangen fra konsentrasjon om statistikk om de enkelte næringer (jordbruk, fiske, industri etc.) til å legge vekt på matematiske modeller som omfattet hele økonomien.

En viss vending finner riktignok sted i femte og siste del av boka, "Moderne tider". I den statistikken som beskrives i kapitlet «velferdsstatlig velferdsmåling» kommer de sosiale variable, i nyere terminologi «socioøkonomiske indikatorer», tilbake, sammen med levekårsmålinger, utdanningsstatistikk og mye annet. Delen konsentrerer seg ellers om konjunkturovervåking og ikke minst de interessante problemer som reiste seg med IT-alderens komme, i spennet mellom de oppmuntrende løfter det ga for statistikkproduksjonen og de skrekvisjoner om «vidunderlige nye verden»-registrering og databaser som syntes å avtegne seg.

I Lie og Roll-Hansens kyndige og spennende gjennomgang av 200 års statistikkhistorie ligger også mer langsgående temaer på vent, noen holdt på strak arm av forfatterne, andre plukket opp i ny og ne, og igjen andre mer forsømt. La oss se på noen av dem.

Statistikkens historie er en viktig, men hittil forsømt, del av Norges historie. Hvordan forholder den seg til viktige trekk ved Norges historie, til de store fortellinger og sentrale fortolkninger i politisk, økonomisk, sosial, kulturell og intellektuell historie?

Statistikk og *nasjon*, tabeller og nasjonsbygging, dukker opp med ujevne mellomrom i boka om norsk statistikk. Den topografisk-statistiske tradisjon var langt på vei en patriotisk øvelse [Krafts bøker om Norge virker jo nesten som rene turishåndbøker, reiseførere, til landets byer, fjorder og daler]. Kiær kunne med velberåd hu spille på nasjonalt behov og nasjonens status i opprettelsen av byrået midt på 1870-tallet, skriver Lie. Diskusjonen av nasjonalismens rolle i den statistiske defineringen av "de andre" - vekselvis samer, kvener og innflyttere til landet - er innsiktsgivende. Jeg er for øvrig uenig når Lie skriver (s. 152), etter Gullestad, at det franskinspirerte nasjonsbegrepet (nasjonen som territorielt bestemt og knyttet til sivile og politiske rettigheter) aldri har stått sterkt i Norge. Det stod nokså sterkt på mesteparten av 1800-tallet. Etter innførelsen av den

første statsborgerskapslov i 1888 fikk vi et blandet system. Statsborgere ble riktignok i utgangspunktet norsk fødte personer (men deres foreldre kunne komme hvorsomhelst fra), men borgerskapet var lett å erverve. Tyskland, skriver forfatteren, snudde 180 grader etter krigen, fra et blodssystem til det franske prinsippet. Problemet er at det tyske statsborgerskap helt til nylig, etter en lov fra 1913 som overlevde krigen, beholdt et strengt avstammingsprinsipp som grunnlag. Tredjegerasjons tyrkere ble ikke statsborgere, mens Volga-tyskere som bare snakket russisk, kunne bli tyske statsborgere på dagen, etter 200 års utlendighet. Noen gjennomgående drøfting av statistikk og nasjon finnes knapt i boka. Antagelig er det et litt urettferdig ønske. Forholdet statistikk-stat var nok mer påtrengende å belyse, og her forsømmer forfatterne seg ikke.

Forholdet mellom byrå og departement, men også Storting, har alltid vært nært. Forfatterne gjennomgår nøye hvordan politiske og forvaltningsmessige behov har stått i intim kontakt med produksjonen av statistikk. Det er for eksempel liten tvil om at sosialstatistikkens epoke svarer godt til den perioden i norsk historie som (av A.-L. Seip) er karakterisert som sosialhjelpstatens vekstepoke, en forløper til velferdsstaten. Koplingen er tydelig i mange perioder, og etter hvert særlig på den økonomiske statistikkens område.

Var Byrået en underdanig forsyner av statistikk til politikken og forvaltningens behov? Neppe, både Sundt og hans intellektuelle arvinger Mohn og Kiær tok opp sosiale problemstillinger som heller foregrep enn etterkom statens etterspørsel. Dette henger naturligvis sammen med byråets preg av forskningsinstitusjon, og har også vært tydelig i deler av etterkrigstiden. Statistisk sentralbyrå har hegnet om sin uavhengighet, dels i strid med bevillende og utøvende myndigheter, blant annet under henvisning til forskningens uavhengighet. Denne biten får forfatterne godt fram.

Det er ikke det minste tvil om at byråets tallrike publikasjoner allerede fra langt tilbake i det 19. århundre dannet

Forts. side 25 ➔

Økonomisk forum

Redaktører:

Lars-Erik Borge
Leo A. Grünfeld
Snorre Kverndokk

Organisasjonskonsulent:

Mona Skjold
E-post:
mona.skjold@samfunnsokonomene.no

Utgitt av

Samfunnsøkonomenes Forening
Leder: Bent Vale
Generalsekretær: Birgit Laudal

Besøksadresse:

Skippergt. 33
Postadresse:
Postboks 8872
Youngstorget
0028 OSLO
E-post:
sekretariatet@samfunnsokonomene.no
Telefon: 22 31 79 90
Telefax: 22 31 79 91
www.samfunnsokonomene.no
Postgiro: 0813 5167887
Bankgiro: 8380 08 72130

Utkommer med 9 nummer pr. år, ca. den 1. i hver måned bortsett fra dobbeltnummer jan. / febr. som utkommer 1. februar og novembernummeret utkommer allerede 21. oktober. Utkommer ikke i juli og august.

Abonnement kr 620,-
Studentabonnement kr 250,-
Enkeltnr. kr 80,- inkl. porto.

ANNONSEPRISER

(ekskl m v a):
1/1 side kr. 5 615,-
3/4 side kr. 5 070,-
1/2 side kr. 4 525,-
Byråprovisjon 10%

Frist for annonser:
10 dager før utgivelsesdato.

Trykk: MGH grafisk a/s, Bergen

B-BLAD

Retur: Økonomisk forum,
P.b. 8872 Youngstorget
0028 OSLO

FLYTTET?

Vi vet ikke om våre abonnenter flytter mer enn andre, men det virker slik. Hver måned får vi tidsskrifter i retur fordi adressaten har flyttet. Spar oss for ekstra porto og deg selv for forsinkelser. Meld flytting per telefon **22 31 79 90**, telefax **22 31 79 91**, e-post: **sekretariatet@samfunnsokonomene.no** eller skriv til oss.

SAMFUNNSØKONOMENES FORENING 

Postboks 8872 Youngstorget
0028 OSLO

Navn: Ab.nr./medl.nr

Ny adresse:

.....