

ØKONOMISK FORUM

NR. 9 • 2006 • 60. årgang

TEMA: HELSEØKONOMI

- Jan Erik Askildsen med flere
- Kari H. Eika
- Snorre Kverndokk
- Steinar Strøm

- ANSVARLIG NUMMERREDAKTØR
Ylva Søvik · ylso02@handelsbanken.se

- REDAKTØRER
Hans Jarle Kind · hans.kind@nhh.no
Egil Matsen · egil.matsen@svt.ntnu.no

- ORGANISASJONSKONSULENT
Mona Skjold
mona.skjold@samfunnsokonomene.no

- UTGIVER
Samfunnsøkonomenes Forening
Leder: Ragnar Ihle Bøhn

- ADRESSE
Samfunnsøkonomenes Forening
Skippergt. 33
Postboks 8872, Younstorget
0028 Oslo
Telefon: 22 31 79 90
Telefaks: 22 31 79 91
sekretariatet@samfunnsokonomene.no

www.samfunnsokonomene.no

Postgiro: 0813 5167887
Bankgiro: 8380 08 72130

- UTGIVELSESPÅN
NR. 1: MEDIO FEBRUAR NR. 6: MEDIO SEPTEMBER
NR. 2: MEDIO MARS NR. 7: MEDIO OKTOBER
NR. 3: MEDIO APRIL NR. 8: MEDIO NOVEMBER
NR. 4: MEDIO MAI NR. 9: ULTIMO DESEMBER
NR. 5: MEDIO JUNI

- PRISER

Abonnement	kr.	980.-
Studentabonnement	kr.	250.-
Enkeltnr. inkl. porto	kr.	150.-

- ANNONSEPRISER

1/1 SIDE	kr.	6080.-
3/4 SIDE	kr.	5490.-
1/2 SIDE	kr.	4900.-
Byråprovisjon		10%

- ANNONSEFRIST
10 dager før utgivelsesdato

Design: www.deville.no

Trykk: Grafisk formidling as, Bergen

Innhold

NR. 9 • 2006 • 60. ÅRG.

- **LEDER** 3
Svarteper
- **INFORMASJON** 4
Informasjon NØT nr. 2, 2006
- **DEBATT** 6
Universitetenes rangering, markeder
og målesystemer
av Kjell Hausken
- **TEMA: HELSEØKONOMI** 9
Bør kommuner kjøpe helseforsikring?
av Jan Erik Askildsen, Tor Helge Holmås
og Lene Kristin Nordanger
- **Dei statlege rammevilkåra** 17
- kommentar til St.meld. nr. 25 om
framtidens omsorgsutfordringar
av Kari H. Eika
- **Inntekt, inntektsulikheter og helse** 22
av Snorre Kverndokk
- **Apotekene** 32
av Steinar Strøm
- **BOKANMELDelse** 37
Helseøkonomi - effektivitet og
rettferdighet
Anmeldt av Fredrik Carlsen
- **Samfunnsøkonomi - en idéhistorie** 39
Anmeldt av Aanund Hylland

FORSIDEFOTO: SCANPIX

ØKONOMISK FORUM/ISSN 502-6108

Svarteper

En viktig grunn til at kvinner stemmer til venstre er ønsket om gode felles løsninger på omsorgsoppgaver, være det seg barnehage, skole, helsetjenester eller eldreomsorg. Foreløpig ser det ut til at politikken gir verken nok kapasitet eller høy kvalitet. Hva kan være grunnen til det?

Rekruttering til omsorgssektoren er antakelig for lav til å dekke behovene de kommende årene. Mange omsorgsyrker er nokså tunge, med skiftordninger, tunge løft og følelsesmessige belastninger. Arbeidet har heller ikke særlig høy status. For unge mennesker er det også klart at andre utdanningsløp av tilsvarende lengde enn for eksempel en sykepleieutdanning gir langt høyere inntekter. En viktig årsak til at det allikevel jobber mange kvinner i omsorgsyrker er nok at det oppleves som meningsfylt, - man hjelper andre til et bedre liv. Som Kari Eika skriver i dette nummeret kan det derfor være betydelig kostnader forbundet med at omsorg verdsettes lavt og arbeidet ikke oppleves som meningsfylt. Det kan blant annet svekke rekrutteringen.

Hvordan verdsettes så omsorg i den økonomiske politikken? Det er her interessant å merke seg at økonomiske analyser av omsorgsproduksjon i hovedsak består av hvordan vi kan gjøre omsorgen billigere, mens det for eksempel gjøres til et mål i seg selv å bruke mye ressurser på forskning og utvikling. Kostnadseffektivitet er selvfølgelig en god egenskap ved enhver virksomhet, men det kan altså synes som om man i liten grad vektlegger gevinstene med en god omsorgsproduksjon, mens det uten videre antas at ressurser brukt på forskning og utvikling vil kaste av seg. Manglende analyser av gevinstene av omsorgsproduksjon kan slik sett bidra til at både omfanget og kvaliteten på tjenestene blir for lav, fordi det legges for stor vekt på kostnadsbeparelser.

Nå kan offentlig finansiering av denne typen tjenester være et argument i seg selv for at man skal holde budsjettene så lave som mulige, av hensyn til langsiktig balanse i statsfinansene og fordi det er et effektivitetstap forbundet med skattefinansiering. Dette gjelder imidlertid i like stor grad når man subsidierer kraftkrevende industri eller forskning og innovasjon i næringslivet, og det er grunn til å tro at graden av markedsvikt er langt større innen omsorgsproduksjon enn innen store deler av industrien. Allikevel synes det som om vektleggingen av sparing i omsorg er langt større enn i næringspolitikken, særlig av en del toneangivende miljøer på venstresiden.

For stor vekt på å holde kostnadene nede kan også bidra til å holde lønningene for lave, i den forstand at man ikke får økt rekrutteringen når behovet for arbeidskraft øker. Et interessant fenomen i disse dager er at private utleiefirmaer gir høyere lønn til sine helse- og omsorgsarbeidere enn det de ville fått som fast ansatte i offentlig virksomhet. Vi skal ikke se bort fra at denne typen virksomhet vil bli helt nødvendig for å få til den nødvendige rekrutteringen i helse og omsorgsyrker.

Et annet spørsmål er om offentlig produksjon er den beste måten å tilveiebringe høy kvalitet og innovasjon innen denne form for tjenesteyting. Utviklingen i offentlig tjenesteyting synes å gå i mer negativ retning enn den private. Mens brukerne av offentlige hjemmehjelpstjenester i stadig større grad må forholde seg til utskiftninger av personell, tilbyr private tjenesteytere at det er en faste person som kommer hjem til brukeren. Den offentlige tjenesten blir også stadig mer begrenset og standardisert, og dermed mindre tilpasset den enkelte brukers ønsker. Private tilbydere konkurrerer med hverandre, og muligheten den enkelte har til å velge mellom tjenester kan tross alt bidra til at de beste tjenestene vinner frem. Riktignok vil mange brukere ikke ha muligheten til å foreta slike valg for seg selv fordi de er svært avhengige av andre, men det spørs om disse brukerne har større mulighet til å sikre kvaliteten på de tjenestene de mottar fra offentlige leverandører. Det er således behov for sertifisering og kvalitetskontroll både ovenfor offentlig og privat produksjon av tjenester til denne gruppen brukere.

Det er også interessant at det eksisterer en hel mengde teknologiske hjelpemidler som kunne redusert belastningen på arbeidstakerne og økt komforten for brukerne, som ikke benyttes ved norske sykehjem. Det er ikke åpenbart at private tjenesteytere ville funnet det lønnsomt å bruke disse verktøyene heller, men de ville i hvert fall hatt større budsjettmessig fleksibilitet til å gjennomføre de investeringene de selv fant lønnsomme.

Man kan altså spørre seg om kvinner har blitt sittende med svarteper i velferdspolitikken, nettopp fordi de har valgt frem at omsorg skal produseres av det offentlige, fordi det bidrar til at lønningene i omsorgssektoren forblir lave, at kapasiteten blir for liten og at kvaliteten for dårlig.

Informasjon NØT nr 2, 2006

Norsk Økonomisk Tidsskrift publiseres nå kun elektronisk.

Publiserte artikler er tilgjengelig på: <http://www.samfunnsokonomene.no>.

Norsk Økonomisk Tidsskrift nummer 2, 2006 inneholder følgende artikler:

Pengepolitikk under et inflasjonsmål: en dynamisk tilnærming

*ØYSTEIN RØISLAND,
Pengepolitisk avdeling, Norges Bank
TOMMY SVEEN,
Forskningsavdelingen, Norges Bank*

Mange land, deriblant Norge, har innført inflasjonsmål for pengepolitikken. Med et inflasjonsmål settes renten med sikte på å bringe inflasjonen til et tallfestet mål. I mange enkle teoretiske modeller kan pengepolitikken påvirke inflasjonen umiddelbart, slik at det er mulig å bringe inflasjonen på målet med en gang. I praksis virker imidlertid pengepolitikken med et tidsretterslep, slik at det tar ett til to år før renten får vesentlig effekt på inflasjonen.

Artikkelen analyserer de pengepolitiske avveiningene sentralbanken står overfor under et inflasjonsmål.

Analysen gjøres i en dynamisk modell slik at det eksplisitt tas hensyn til forløpet i de makroøkonomiske variablene over tid. Røisland og Sveen (2005), i en artikkel i en artikkel trykket i NØT, analyserte pengepolitikk under et inflasjonsmål i en statisk modell. Inneværende artikkel er ment som et supplement til nevnte analyse for de som ønsker en noe bredere forståelse av problemstillinger knyttet til inflasjonsstyring i en liten åpen økonomi. Den dynamiske rammen tillater dessuten å diskutere horisonten på inflasjonsmålet.

Insentivmekanismer og lønnsomhetskriterier for investeringer i gassnettverk som eies av et interessentfelleskap av brukere

*KÅRE P. HAGEN,
Institutt for samfunnsøkonomi, NHH
JAN GAUTE SANNARNES,
Institutt for samfunnsøkonomi, NHH*

Det meste av den norske naturgassen transporteres gjennom rørledningsnett til distribusjonsnettene i de europeiske konsumentlandene. Rørledningsnett eies av olje- og gasselskaper på norsk sokkel gjennom et interes-

sentskap, Gassled. Utvidelser av transportkapasiteten må treffes av eierne av interessentskapet i fellesskap. I mange tilfeller er det mest lønnsomt med sprangvise utvidelser pga. tekniske spesifikasjoner knyttet til rørledninger og

kompressorer. Dette kan medføre at det i noen perioder kan være optimalt for interessentskapet å ha knapp kapasitet eller ledig kapasitet i transportnettet.

Formålet med denne artikkelen er å diskutere utforming av beslutningsmekanismer som sikrer optimale investeringer i gassnett organisert som Gassled med ulike eier- og skiperinteresser, sprangvise investeringer og ulike former for regulering av tredjepartstariffer.

Dersom det er ledig kapasiteten i nettet etter en kapasitetstutvidelse, har det karakter av et fellesgode for eierne. Avsløring av betalingsvillighet for ny kapasitet avhenger av om eierne kan ekskluderes fra tilgang til ny kapasitet. Dersom eksklusjon ikke er et aktuelt alternativ, trengs en

mekanisme for avsløring av den enkelte eiers betalingsvillighet for kapasitetsutvidelsen. Hvis kapasiteten etter at investeringen er foretatt fortsatt er knapp, er det nærliggende å basere fordelingen av ny kapasitet på markedsmessige prinsipper.

Artikkelen påviser at avsløring av sann betalingsvillighet forutsetter en auksjonsmekanisme for kapasitetstilveksten basert på et alternativkostnadsprinsipp. Det underliggende prinsipp er basert på Vickrey's såkalte «second price auction» der høyeste bud vinner men vinneren betaler ikke sitt eget bud, men det nest høyeste budet som reflekterer alternativkostnaden. Dette alternativkostnadsprinsippet tar ulike former avhengig av om kapasiteten etter utvidelsen fortsatt er knapp eller ikke.

Keynes' General Theory – 70 år etter

*BJØRN-IVAR DAVIDSEN,
Høgskolen i Østfold*

I februar 1936 ga John Maynard Keynes ut sitt magnum opus *The General Theory of Employment Interest and Money*. De fleste betrakter vel denne boka som opphavet til det vi i dag kaller makroøkonomi. Man kan følge utviklingen av «keynesiansk» økonomi i denne forstand fra Hicks' IS-LM-modell via den såkalte store syntesen til den ny-keynesianske skolen. Denne tolkningstradisjonen har lagt vekt på de neo-klassiske elementene som finnes i *The General Theory*, og oversett eller i det minste tonet sterkt ned det som ikke passer inn i denne formen for økonomisk tenkning.

Dette kan synes noe paradoksalt da Keynes' *General Theory* også kan oppfattes som et oppgjør med neo-klassisk økonomisk tenkning, og som et forsøk på å lansere et alternativ til denne. I denne artikkelen hevdes det at det var slik Keynes selv mente denne boka skulle forstås. Videre argumenteres det for at *The General Theory* med en slik innfallsvinkel fremstår som en bok av fortsatt betydning for den løpende debatten om hvordan vår økonomiske tenkning kan utvikles videre. Selv om det i år er 70 år siden boka første gang ble publisert, er den derfor stadig verdt å lese.

Universitetenes rangering, markeder og målesystemer

At Norges beste universiteter rangeres lavere enn universiteter i flere U land tilkjenner at Norge utdanner kompetanse med for lav vitenskapelig kvalitet. Norge som nasjon, norsk konkurransedyktighet, norsk industri og næringsliv, og norsk forskning er best tjent med større innslag av internasjonale kriterier for fastleggelse av vitenskapelig kvalitet. Nasjonale kriterier er utilstrekkelig for å lykkes i internasjonal konkurranse. Fokuset på satsningsområder bør bibeholdes, men autoritetsregisteret for publisering bør i sterkere grad frikobles fra norsk kontroll og overlates til internasjonale konjunkturer. Incentivsystemene og identifikatorene for vitenskapelig kompetanse bør kvantifiseres for bedret målstyring, og internasjonale markeder bør anerkjennes.

KJELL HAUSKEN

*Professor ved Samfunnsvitenskapelig fakultet,
Universitetet i Stavanger*

Dr. Anita Solhaug, Studentrepresentant Benjamin Endré Jonsrud, og Professor Arild Tjeldvoll presenterer i Dagbladet

Dette innlegg presenterer et syn som vil forhindre at norske universiteter fortsetter å synke på internasjonale rangeringslister.

7. november, 26. oktober, og 18. oktober 2006 ulike syn på universitetsstyring. Dette innlegg presenterer et syn som vil forhindre at norske universiteter fortsetter å synke på internasjonale rangeringslister. Times Higher Education Supplement rangerer UiO på 177. plass,

ned fra 138. plass i fjor, og etter universiteter i flere U land. Solhaug har ikke tro på den type målstyring Tjeldvoll forfekter fordi den krever kvantifisering, fordi mye virksomhet ikke lar seg måle, fordi styring da blir basert på et tynt eller feilaktig grunnlag, fordi dette gir økt rapportering og en større og toppung administrasjon, hvilket gir et dårligere og mindre kreativt og nyskapende universitet. Solhaug hevder å ikke være mot mål, men presenterer ikke et eneste mål i sitt innlegg, ikke en gang kvalitative mål. Svakheterne ved Solhaugs laissez faire syn er at hun ikke presenterer noe akseptabelt alternativ, at hun ikke tar inn over seg viktigheten av høy rangering for norske universiteter, at hennes sammenligning med markedsstyring i næringslivet ikke er dekkende, at hun feiloppfatter hva kvantifisering består i, og at hennes implikasjoner for

økt rapportering og toppung administrasjon er feil.

Den norske regjering besitter et stort ansvar gjennom bevilgninger over statsbudsjettet. Den norske forskningsinnsatsen over statsbudsjettet og fra næringslivet var 1.51% av BNP i 2005, halvparten av EUs mål på 3%. Tallene i 2003 var 1.93% for Europa, 2.59% for USA, 3.15% for Japan. Det er i prinsippet enighet om at Norge med sine 4.7 millioner innbyggere bør satse på kapitalintensiv virksomhet som krever høyt utdannet arbeidskraft, i motsetning til befolkningsrike land som kan satse på arbeiderintensiv virksomhet med lavere utdannet arbeidskraft. Økte bevilgninger til forskning og utdanning gir redusert flukt av Norges beste hjerner til andre samfunnssektorer, og er mindre inflasjonsdrivende enn en del andre

bevilgninger. At flere deltidsstudenter blir heltidsstudenter som produserer egen kunnskap i stedet for varer og tjenester reduserer overoppheting av økonomien. At uteksaminerte kandidater fra høyt rangerte universiteter på

Den lave rangeringen til norske universiteter viser at Norge er i utakt både med behovet for høyt høyt utdannet arbeidskraft og med dagens kriterier for kvalitetsvurdering av universiteter. Incentivsystemene ved norske universiteter bør justeres med tanke på bedret rangering på internasjonale rangeringslister hvilket vil medføre at Norge opparbeider korrekt kompetanse som evaluert i et globalt perspektiv.

et senere tidspunkt produserer varer og tjenester av høy kvalitet er gunstig for Norge. Ved å øke bevilgningene, samt følge anbefalingene nedenfor, vil rangeringen for norske universiteter bedres.

Jonsrud hevder at UiOs rangering er likegyldig for UiOs studenter ettersom flertallet søker jobb i Norge, og i liten grad konkurrerer med kandidater fra utenlandske eliteinstitusjoner. Et slikt synspunkt er feil. Den lave rangeringen til norske universiteter viser at Norge er i utakt både med behovet for høyt høyt utdannet arbeidskraft og med dagens kriterier for kvalitetsvurdering av universiteter. Incentivsystemene ved norske universiteter bør justeres med tanke på bedret rangering på internasjonale rangeringslister hvilket vil medføre at

Norge opparbeider korrekt kompetanse som evaluert i et globalt perspektiv. Konsekvensene av lav rangering og feil innrettede incentivsystemer er at norske studenter og vitenskapelig personell i økt grad beveger seg utenlands til høyere rangerte universiteter, at utenlandske studenter og vitenskapelig personell i mindre grad beveger seg til Norge, at internasjonale ressurser for forskning og utdanning i mindre grad kanaliseres til Norge, at norske forskere bidrar med lavere kompetanse til norsk virksomhet, at kvaliteten på norsk utdanning synker, at uteksaminerte norske kandidater besitter lavere kompetanse enn i andre land, at uteksaminerte norske kandidater blir mindre konkurransedyktige enn kandidater i andre land ved produksjon av varer og tjenester, og at Norge mister sin konkurransedyktighet sammenlignet med andre land. Dette viser at rangeringslister har stor betydning. Dagens høyest rangerte universiteter i USA anvender rangeringslister og målesystemer langt mer ekstensivt enn i Europa.

Det er stor etterspørsel etter høy kompetanse i norsk næringsliv. Bergen Næringsråd (<http://www.bergen-chamber.no/>) foretok en undersøkelse blandt sine 2700 medlemmer. Kompetanse og rekruttering utkrystalliserte seg som de viktigste områdene. Et samarbeidsprosjekt oppstartet høsten 2006 mellom næringslivet, det offentlige, og nettverksorganisasjoner planlegger i årene fremover å arbeide for å løse rekrutteringsutfordringen i Bergensregionen. Hvis norske universiteter blir flinkere til å levere høyt kompetente kandidater som evaluert i et internasjonal perspektiv, blir det enklere å løse slike utfordringer knyttet til kompetanse.

En bedrift må forholde seg til et marked som fra bedriftens synspunkt er gitt (med mindre man har monopol eller er dominerende). Et universitet må forsåvidt også gjøre det, men forskjellen er at de markeder som gjelder for et universitet besluttes ved en prosess som forløper internasjonalt, nasjonalt, i departementene, ved universitetene, og i samfunnet forøvrig. Solhaug hevder at dagens målesystemer måler ikke prestasjoner i seg selv, men prestasjoner i for-

hold til markeder. Selvfølgelig. Man må alltid måle i forhold til noe. Uten målestav, kan man ikke måle. Solhaug beskriver dagens markeder som studentmarkedet, markedet for eksterne forskningsmidler, og markedet for internasjonale forskningstidsskrifter. I tillegg kommer markedet for formidling som gir økonomisk støtte, og mer generelt autoritetsregisteret for publisering. Nå kan man være enig eller uenig med vektleggingen av de markeder som for tiden er gjeldende. Prosessene som genererer dagens markeder, og hvorledes disse markeder vektlegges, forløper kontinuerlig. Den mest konstruktive løsning for norske universiteter er å analysere gjeldende rammebetingelser og markeder, samt beslutte hvorledes man ønsker å påvirke og forholde seg til rammebetingelsene og markedene for å øke kvaliteten i henhold til de internasjonale rådende kriterier for universitetskvalitet.

Solhaug synes å mene at ettersom det er vanskelig å måle, så bør man ikke måle i det hele tatt. Utfordringen består i å identifisere relevante representative identifikatorer for vanskelig målbare fenomener slik at disse likevel kan måles, og slik at disse ikke utgjør tynt eller feilaktig grunnlag. En slik bred, holistisk, og mer omfattende tilnærning til måling er mer formålstjenslig enn Solhaugs snevre og negative oppfatning av målebegrepet. Uten måling, hvorledes skal en student vite hvilket universitet som er bra og hvilket som ikke er bra, hvilket universitet som gir konkurransedyktig kompetanse, hvilke lærekrefter som er gode og hvilke som ikke er det, hvilke universiteter som er gode på formidling og hvilke som ikke er det, hvilke universiteter som har de beste forskerne, hvilke universiteter som er kreative og nyskapende, hvilke universiteter som har de beste fritidstilbudene, etc.? Alle disse faktorene, samt mange andre, kan bakes inn i hvilke markeder som skal være gjeldende for fremtidens universiteter. En Gourman rapport, eller analogi til denne, er nødvendig for å kunne sammenligne.

La oss betrakte en student som leser et utsagn om at et gitt universitet hevdes å være fremragende på områder som stu-

dentent verdsetter, f.eks. at universitetet er kreativt og nyskapende som er det eksempel Solhaug anvender. La oss videre si at studenten er iherdig og leser en rekke kvalitative utredninger fra departementet, ulike universiteter, og andre om kvaliteten på ulike universiteter som hevdes å være kreative og nyskapende, og der vedkommende vurderer å studere. Anta at rapportene ikke inneholder kvantitative mål, og ingen sammenligning av målbar karakter. Hvilke utsagn og rapporter skal studenten ta for god fisk? Kanskje er noen av utsagnene basert på synsing, eller er motivert ideologisk, økonomisk, politisk, etc.. Sannsynligheten er stor for at studenten går seg vill ettersom vedkommende finner intet målbar som kan sammenlignes. Målbare systemer krever kontinuerlig oppfølging for å sørge for at disse er klare, offentlig kjente, transparente, og i tråd med internasjonale kriterier for universitetskvalitet.

Et sentralt styringssystem er autoritetsregisteret for publisering (<http://dbh.nsd.uib.no/kanaler>). Et viktig tema for norsk forskningspolitikk i årene fremover er om et slikt autoritetsregister skal beholde sterk norsk styring, eller om registeret i sterkere grad bør justeres i henhold til internasjonale kriterier. Fremtidens forskningspolitikk kan i prinsippet frikoble registeret fra internasjonale kriterier, eller gjøre registeret direkte avhengig av internasjonale kriterier eksempelvisert med impact factors som f.eks. i ISI basen (www.scientific.thomson.com/). Dette innlegg argumenterer for at Norge som nasjon, norsk konkurransedyktighet, norsk industri og næringsliv, og norsk forskning er best tjent med at registeret er innrettet mot internasjonale kriterier. Autoritetsregisteret for publisering hadde i desember 2006 14037 tidsskrifter på nivå 1 og 1759 tidsskrifter på nivå 2. Kun to nivåer vil antakeligvis endre seg i fremtiden. Registeret kan innarbeide flere nivåer, f.eks. et tredje nivå som gir 100 ganger mer vekt enn nivå 2 hvilket vil gi eksepsjonelle personer uttelling. Registeret kan gjøres trinnløst, kan korreleres med impact factors, kan anerkjenne kvalitet progressivt, etc.

Ulike utvalg har påvist visse uheldige konsekvenser ved slavisk å anvende impact factors som styringssystem. F.eks. er konsekvensene forskjellige for ulike fagdisipliner, annerledes for små og store fag, samt for tverrfaglig vitenskap. Impact factors har likevel mange fordeler. For det første gir internasjonale kriterier direkte insentiver til norske forskere om å innrette seg mot vitenskapelig produksjon som anerkjennes internasjonalt, hvilket gir direkte innflytelse på internasjonale rangeringslister. For det andre oppdateres impact factors kontinuerlig i henhold til cutting edge objektiv research innsikt som befinner seg i det internasjonale rom, og ikke innen noe enkelt land. For det tredje unngås norsk administrasjon, byråkrati, politiske faktorer, og andre utfordringer der nasjonale fagråd, profesjonsråd, og komiteer årlig vurderer hvilke tidsskrifter som bør flyttes mellom nivå 1 og nivå 2, hvor mange tidsskrifter som skal inngå på nivå 1 versus nivå 2, samt relativ vektlegging av de ulike nivåene.

Å koble autoritetsregisteret for publisering sterkere til internasjonale kriterier gjør ikke norsk forskningspolitikk uinteressant. En rekke politiske beslutninger gjenstår der norsk innflytelse kan utøves. En av disse er relativ vektlegging av autoritetsregisteret versus de andre markedene, dvs markedene for formidling, studentmarkedet, etc.. En annen er fokuset på satsningsområder. Et lite land som Norge bestående av 0.08% av verdens innbyggere kan ikke bli best i alt. Norge har således lang tradisjon for å utvelge visse satsningsområder. Forskningsmidler kanaliseres til disse i tråd med politiske og vitenskapelige vurderinger av hva Norge er tjent med. Den mest fornuftige løsning for Norge i årene fremover er på den ene side å koble seg sterkt opp mot internasjonale kriterier for hva som konstituerer vitenskapelig kvalitet, og på den andre side å velge satsningsområder strategisk og optimalt i henhold til Norges egenart.

En klar spesifisering av hvilke markeder som er gjeldende og hvilke kriterier med relevans og vekt som gir uttelling

krever ikke mer rapportering. Tvertimot. Det er svært enkelt å rapportere resultater når kriteriene er krystallklare, og spesielt enkelt for de kriterier som er kvantifiserbare. Implikasjonen er mindre byråkrati og mindre behov for administrasjon. Solhaugs tilnærning impliserer enten en laissez fair holdning med lite rapportering, eller en rapporteringsform bestående av kvalitative, ikke-kvantitative, narrative utredninger om i hvilken grad man er kreativ eller nyskapende, eller i hvilken ikke-målbar grad i henhold til uklare kriterier man har oppnådd noe. Å skrive slike rapporter er svært tidkrevende, og gir en unødvendig topptung administrasjon når disse skal vurderes.

Solhaug har rett i at Darwin, Perutz, Marshall ikke ville scoret høyt på UiOs nye styringssystemer. Styringssystemer oppdateres kontinuerlig og kan ikke ta alle mulige hensyn. Vi vet ikke hvem som får fremtidens Nobel priser. Kanskje tildeles noen av disse til personer som ikke innretter seg etter dagens styringssystemer men opererer med en langsiktig plan som kan gi impact i fremtiden. At Darwin utsetter publisering 20 år, og at Perutz bruker 28 år på å få krystallografisk teknikk til å fungere, er mer utfordrende å bake inn i et styringssystem, men det er i prinsippet mulig. Spørsmålet er om det er ønskelig. Personer som Darwin og Perutz som ønsker å lykkes anbefales å publisere deler av sin forskning etter hvert som den utvikles. At Marshall utfordrer establishment er en utfordring også i dag, men med dages brede flora av tidsskrifter vil han nok kunne publisere likevel. Man vet ikke på forhånd hvem som genererer innsikt slik Marshall, Darwin, Perutz har gjort. Noen slike personer lykkes på tross av sine omgivelser, uavhengig av hvilke styringssystemer som implementeres.



JAN ERIK ASKILDSSEN
Professor ved Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen

TOR HELGE HOLMÅS
Forsker ved Samfunns- og næringslivsforskning AS

LENE KRISTIN NORDANGER
Master i samfunnsøkonomi fra Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen

Bør kommuner kjøpe helseforsikring?

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

1 INNLEDNING

Private helseforsikringer har et lite omfang i Norge, også sammenliknet med våre skandinaviske naboland. Den viktigste årsaken til at relativt få tegner private forsikringer mot sykdom, er selvsagt at alle innbyggerne er dekket gjennom den kollektive forsikringen i Folketrygden. Køer og ventelister er imidlertid et forhold som en skulle forvente ville gi grunnlag for et marked for private forsikringer. Det at ventetiden er gått ned de siste årene, og at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp nå skal få en garanti om behandling innen en gitt individuell frist, kan imidlertid være forklaringer på at det private markedet har vokst svakere enn mange kunne trodd. På den annen side har det de senere år vært en stor økning i sykmelding, og spesielt i antall langtidssykmeldte. Selv om Folketrygden

dekker mesteparten av utgiftene ved langtidssykmelding, så er der kostnader for arbeidslivet ved at folk er fraværende. Dette er kostnader knyttet til at det kan være vanskelig å få tak i erstatning for de som er sykmeldte. Der er også en direkte merkostnad for mange bedrifter, og for offentlig sektor, ved at de egenforsikrer ansatte med lønn ut over det som kompenseres fra Folketrygden, som er opp til 6G (ca. kr 370.000).

Egenforsikringen, og det at det gjerne er vanskelig å få tak i vikarer ved sykefravær, skulle en isolert sett ville tro fører til etterspørsel etter behandlingsforsikring fra bedrifter og kommuner. Riktignok er ca to-tredeler av avtalene om behandlingsforsikring tegnet med de større forsikringselskapene i Norge kollektive avtaler, men antall avtaler er

relativt få, ca. 35 000 blant selskap som er med i Finansnæringens Hovedorganisasjon, og ca 43 000 hos et uavhengig selskap¹. Et spesielt interessant fenomen i denne forbindelse er hvorvidt en kommune bør eller kan tegne en kollektiv forsikring for sine innbyggere. Det vil kunne være av økonomisk interesse for kommunen i sin rolle som en stor arbeidsgiver, og som egenforsikrer for ansatte med lønn over 6G. Dernest kan det være av interesse for de øvrige bedrifter i kommunen som sysselsetter folk med bosted i kommunen. Til sist kan det selvsagt være et gode for innbyggerne som sådan, ved at de som tildeles rett til nødvendig helsehjelp, vil kunne bli tilbudt behandling enda raskere enn garantien som gies fra helseforetakene.

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

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

2 TEORETISK BAKGRUNN FOR VURDERING AV PRIVATE TILLEGGSFORSIKRINGER

Det er en omfattende empirisk og mer teoretisk orientert litteratur innen helseøkonomi om utforming av helseforsikringer, og om hvordan de virker i ulike systemer. Arrow (1963) var den første som trakk fram de spesielle forhold knyttet til forsikring mot behandling og inntektsbortfall ved sykdom. Rees (1989) og Zweifel og Breyer (1997) inneholder grundige diskusjoner og analyser av hvordan forsikringskontrakter bør utformes når der er asymmetrisk informasjon mellom forsikringselskap og forsikringstakere. En god forsikringskontrakt må løse problemer knyttet til ugunstige sammensetninger av forsikringstakere i gruppen av forsikrede, og forebygge mulig uønsket atferd blant de forsikrede. I tillegg vil det i et privat forsikringsmarked kunne oppstå uakseptable fordelingsvirkninger, noe en vil

være spesielt opptatt av når det gjelder helse og tilgang til helsetjenester.

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

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

Det kan nemlig være store problemer knyttet til rettferdighet, fordeling og likhet i tilgang til helsetjenester ved at der er egenandeler og medforsikring. Egenbetalingen vil typisk rasjonere bruken av helsetjenester mer blant de med lav inntekt enn de med høy inntekt. Inntekt og økonomisk status vil også mer generelt påvirke hvor mye helsetjenester folk vil etterspørre, Grossman (1972). Flere studier viser at det er tilfellet, se den omfattende oversikten over empiriske studier av sosiale ulikheter i helse og i bruk av helsetjenesten i Wagstaff og van Doorslaer (2000). Sosial ulikhet i helse er generelt ikke akseptabelt i vårt samfunn. Derfor er kollektiv og obligatorisk forsikring gjennom Folketrygden en mulig løsning både på en mulig markedssvikt, og på et fordelingsproblem. Det obligatoriske offentlige tilbudet løser som nevnt ikke problemer med asymmetrisk informasjon, men det er en veg utenom problemet, og det sikrer at alle får en forsikring med tilgang til helsetjenesten.

¹ Vertikal Helseassistanse AS

Tabell 3.1 *Antall individuelle og kollektive kontrakter pr. 30.06.2006.*

Selskap	Individuelle kontrakter	Kollektive kontrakter	Markedsandel
Skandia Lifeline	253	10 192	13,25
Gjensidige NOR Forsikring	359	999	1,72
If	-	2 788	3,54
Storebrand Helseforsikring AS	10 674	10 049	26,28
Vesta Forsikring	5	540	0,69
Selskap i Finansnæringens Hovedorganisasjon	(11 291)	(24 568)	(45,47)
Vertikal Helseassistanse AS ²	8 000	35 000	54,53
Totalt alle selskap	19 291	59 568	100

Kilde: Finansnæringens Hovedorganisasjon

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

3 PRIVATE FORSIKRINGER I NORGE

Vi skal her gi en kort beskrivelse av hva slags helseforsikring som typisk tilbys, samt en oversikt over markedet for

privat helseforsikring i Norge. De store forsikringselskapene er involvert i forsikring av bedrifter og enkeltindivider. Den kollektive behandlingsforsikringen til kommuner tilbys av Vertikal Helseassistanse AS, som ikke er et vanlig forsikringselskap, men opptrer via Lloyds i London.

3.1 Ulike typer helseforsikring

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

I denne artikkelen har vi fokus på behandlingsforsikringen som tilbys av Vertikal Helseassistanse AS. En slik behandlingsforsikring anser vi for å være relevant i forhold til de problemer som det offentlige helsevesenet i Norge

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

antas å stå ovenfor, som er relatert til en ventetid mange oppfatter å være for lang, og til et høyt sykefravær.

3.2 Omfanget av behandlingsforsikring

På det private markedet for salg av helseforsikring er det per 31.12.2005 seks aktører; Forsikringsbolaget Skandia Lifeline, Gjensidige NOR forsikring, If, Storebrand Helseforsikring AS, Vesta forsikring og Vertikal Helseassistanse AS³. Forsikringsleverandørene, med unntak av Vertikal Helseassistanse, rapporterer to ganger i året en oversikt over antall forsikrede og bestandspremie til Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH). Vertikal er ikke et forsikrings-selskap, og er derfor ikke medlem av FNH. Omfang og størrelsen på de aktuelle aktørene i markedet framgår av tabell 3.1.

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

3.3 Kjøp av en kollektiv behandlingsforsikring i Eidskog og Trysil kommuner

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

Vertikal Helseassistanse AS er en medisinsk organisasjon som ble etablert i 1998. Til forskjell fra de andre aktørene på markedet, er Vertikal som nevnt ikke et forsikrings-selskap og opptrer kun som representant for Lloyds of

London. Vertikal uttrykker at de har et ønske om å påta seg rollen som «byggeleder» for pasienten under hele sykdomsforløpet. Med byggeleder tenkes på at de i sitt tilbud bruker helsepersonell som følger pasienten fra første konsultasjon og fram til eventuell rehabilitering i etterkant. Vertikal blir ofte sett på som en outsider i forsikringsmarkedet av de andre aktørene, hovedsakelig fordi de først og fremst benytter ledig kapasitet ved offentlige sykehus og behandlingstjenester.

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

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

Dersom ventetiden ved ordinære behandlingstid forventes å være lengre enn hva garantien tilsier, vil behandlingsforsikringen *Vertikal til kommune* tre i kraft. Det vil si at innbyggerne ved sykdom oppsøker fastlegen som vanlig, og dersom legen anslår ventetid for videre behandling for å være lengre enn hva garantien tilsier, kan pasienten ta kontakt med et servicekontor. Ved servicekontoret skal det være en ansatt sykepleier som har ansvar for å finne ledig kapasitet, enten i inn- eller utland, for den gjeldende

³ Vital forsikring har også vært en aktør i markedet.

behandlingen. Resultatet når det gjelder behandling vil selsagt avhenge av både faktisk tilgjengelighet, og hvor raskt de ansvarlige klarer å finne alternativer som gir kortere ventetid. Reise og opphold, nødvendig følge og eventuell tolk er inkludert i garantien, og medfører ikke ekstra kostnader for pasienten. Ved bruk av slik behandlingsgaranti vil pasienten også være sikret nødvendig rehabilitering fra første dag, samt hjelp fra pasientombudet dersom det er snakk om klage eller feilbehandling.

3.4 Effekter av behandlingsgaranti i Eidskog og Trysil kommuner

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

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

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

For innbyggerne i Trysil har det i perioden 1.8.2003 til 14.3.2006 blitt foretatt 1467 behandlinger fordelt på 1154 pasienter, noe som tilsvarer 17 prosent av befolkningen. Tabell 3.3 gir en aktivitetsoversikt for hvert av årene i den gjeldende perioden: Av de totalt 1467 behandlingene som gjaldt for innbyggere fra Trysil var 51 prosent av pasientene kvinner, mens 49 prosent var menn. En prosjektrapport viser at 54 prosent av behandlingen foregikk i det private markedet, selv om Vertikal hevder at de, i motsetning til andre forsikringsaktører, prioriterer å finne behandlingstilbud i offentlig sektor.

Det er interessant å se hvordan gevinst med en slik kollektiv forsikring for kommuner har blitt presentert.

Tabell 3.2 Pasientfordeling mellom ulike behandlingstilbud, pasienter fra Eidskog.

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

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

Tabell 3.3 Antall behandlinger 1.8.2003-14.3.2006, Trysil kommune.

	Antall behandlinger
2003	227
2004	490
2005	624
2006	126
Total	1467

Kilde: Prosjektrapport⁴

Aktørene har vært ganske optimistiske, og beregnet at det kan bli store innsparinger for kommune og andre ved å kjøpe folk ut av helsekøen ved denne formen for behandlingstilbud. I et anbud til Lom kommune⁵ viser Vertikal til beregnede innsparinger for Eidskog kommune både knyttet til betydelig reduksjon i ventetid for behandling, og i reduksjon av sykefravær for de ansatte i kommunen. Verdien av sistnevnte tilsvarer kostnaden ved kommunen sin betaling for forsikringen, som er på 2.5 millioner kroner pr år, ca. 7.5 millioner for treårsperioden 2001-2003. I tillegg kommer gevinsten for andre bedrifter knyttet til redusert ventetid og at folk kan komme raskere tilbake i jobb. Videre hevdes det at for Trysil er 118 621 dager i kø spart grunnet hurtigere behandling, sett i forhold til estimert ventetid ved ordinær venteprosedyre. Av disse var 12 386 dager for personer som var sykmeldte. I prosjektrapporten (se note 3), beregnes den daglige kostnaden ved sykefravær til kr 1.700, noe som innebærer en total kostnad ved sykefravær på kr 21 056 200. Til sammenligning er kostnaden ved å kunne tilby en slik

⁴ Prosjektrapport utgitt av Vertikal Helseassistanse og Trysil kommune, Behandlingsgarantien i Trysil 01.08 – 2003 til 14.03 – 2006. Et prosjektsamarbeid mellom Trysil kommune og Vertikal Helseassistanse AS. www.trysil.kommune.no/getfile.aspx/document/3/1310/pdf/true

⁵ Lom kommunes saksarkiv; anbud fra Vertikal vedr. kjøp av helseforsikring, se også Nordanger (2005).

Tabell 4.1 *Definisjon av variablene.*

Variabel	Definisjon
Ventetid	Gjennomsnittlig ventetid sykehusbehandling
Liggedager	Gjennomsnittlig antall liggedager sykehus
Sykefravær	Antall erstattede sykepengedager per innbygger
Andel_8o	Andelen i kommunen som er over 80 år
Dødelighet	Alders- og kjønnsstandardisert dødelighet per 1000 innbygger
Reform	Dummy-variabel, lik 1 for Eidskog og Trysil etter at behandlingsgaranti ble innført
Post	Dummy-variabel, lik 1 for perioden 2001-2004

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

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

4 DATA

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

4.1 Valg av sammenligningsgruppe

Vi har valgt å sammenlikne utviklingen i Eidskog og Trysil med fire nabokommuner. Fordelen med en slik sammenligningsgruppe er at nærliggende kommuner tilhører samme sykehusområde og derved skulle ha relativt lik tilgang til behandling. I tillegg har de kommuner vi ser på

relativt lik ressurstilgang, alderssammensetning og aldersstruktur. Det er imidlertid også en ulempe knyttet til det at kommunene eventuelt bruker de samme behandlingsinstitusjonene. Hvis innbyggerne i Eidskog og Trysil ble tilbudt hurtigere behandling utenfor Hedmark fylke, kunne det føre til at innbyggerne i de resterende kommunene lettere fikk tilgang til lokale behandlingsinstitusjoner. Dette ville i så tilfelle bety at vi undervurderer effekten av å innføre forsikringsordningen, men innenfor rammene av denne studien har vi ikke vært i stand til å kontrollere for dette. Vi har sammenlignet utviklingen i frie inntekter, tilgang på helsepersonell og utdanningsnivå i de seks kommunene. Dette er forhold vi kunne forvente skulle påvirke etterspørselen etter helsetjenester, og vi finner at både når det gjelder nivå og utvikling over tid, så er kommunene svært like på disse dimensjonene (se Nordanger, 2006 for en nærmere diskusjon).

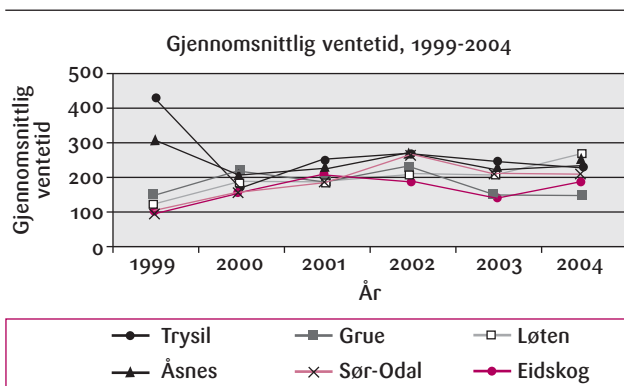
4.2 Variabler

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

4.3 Utvikling i ventetider og sykefravær

I figur 4.1 og 4.2 nedenfor har vi plottet gjennomsnittlig ventetid og antall sykepengedager per innbygger for de seks kommunene over perioden vi studerer. Om behandlingsgarantien hadde noen effekt, ville vi forvente at utviklingen i Eidskog (etter 2001) og Trysil (etter 2003) skulle

Figur 4.1 Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid, 1999-2004.



Kilde: Norsk pasientregister

være forskjellig sammenlignet med de andre kommunene. Fra figur 4.1 ser vi, kanskje noe overraskende, at den gjennomsnittlige ventetiden har vært stigende fram til 2002. Deretter er ventetiden relativt konstant. Det ser derimot ikke ut til at verken Trysil eller Eidskog kommuner har en utvikling i ventetid som er forskjellig fra sammenligningskommunene.

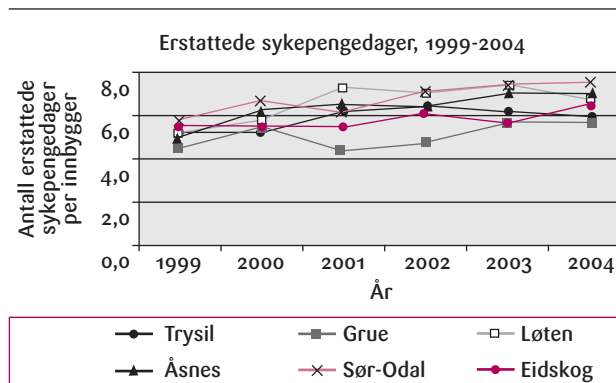
I figur 4.2 ser vi på antall sykepengedager per innbygger. Som forventet ser vi en økning i antall sykepengedager per innbygger over tid. Sammenligner vi utviklingen i Eidskog og Trysil med de øvrige kommunene, er det heller ikke her noe som indikerer at behandlingsgarantien har hatt noen effekt.

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

5 RESULTATER

For å estimere effekten av å innføre behandlingsgaranti i Eidskog og Trysil bruker vi en «difference-in-differences» tilnærming. Vi har generert en interaksjonsvariabel som vi kaller «Reform». Denne har verdien 1 for Eidskog og Trysil etter at behandlingsgarantien ble innført, og 0 for alle andre observasjoner. Om denne variabelen har en signifikant innvirkning på for eksempel ventetider, skulle det bety at behandlingsgarantien har hatt den ønskede effekt. Det kunne imidlertid tenkes at utviklingen i ventetid var svært forskjellig i perioden etter innføringen av forsikring sammenlignet med perioden før, eller at innbyggerne i

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



Kilde: Rikstrygdeverket

Eidskog og Trysil hadde ventetider svært forskjellige fra de andre kommunene. For å kontrollere for dette inkluderer vi en dummyvariabel (Post) som er lik 1 for 2001 til 2004 og 0 ellers, samt dummyvariabler for Eidskog og Trysil. Vi har estimert denne modellen både ved hjelp av OLS og fixed effect estimatorer. Siden resultatene ble svært like, velger vi her bare å presentere OLS estimatene.

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

Tabell 5.1 Behandlingsgarantiens effekt på gjennomsnittlig ventetid.

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

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

Tabell 5.2 Behandlingsgarantiens effekt på antall liggedager.

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

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

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

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

6 DISKUSJON OG KONKLUSJON

Til tross for stor optimisme i beregningene fra *Vertikal Helseassistanse* om store effekter av en garanti om behandling for innbyggerne i to kommuner, ser det ikke ut til at den kollektive behandlingsforsikringen har hatt noen målbar effekt. I den aktuelle perioden var utviklingen, når det gjelder behandling og sykefravær, temmelig lik mellom de to kommunene og andre relativt like kommuner i samme område. Vi skal imidlertid ikke trekke for sterke slutninger av denne analysen. Årsaken er at vi ikke har kontrollert for at innbyggerne i nabokommunene til Eidskog og Trysil kan komme raskere til behandling om en del av innbyggerne i Eidskog og Trysil behandles uten-

Tabell 5.3 Behandlingsgarantiens effekt på sykefraværet.

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

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

for det ordinære behandlingsapparatet. På den annen side finner vi heller ingen effekt på sykefravær, noe som etter vår mening klart styrker resultatet om at behandlingsgarantien ikke har noen effekt. Det faktum at Eidskog og Trysil kommuner ikke har forlenget avtalen, er en indikasjon på at resultatene fra denne analysen er riktige. Studien viser også hvordan man på en relativt enkel måte kan gjøre en illustrerende effektevaluering av et konkret tiltak, og som sådan betydningen av at en ikke vurderer virkninger ut fra bruttotall bare for en tiltaksenhet, i dette tilfellet en kommune.

REFERANSER:

- Arrow, K.J., (1963): «Uncertainty and the welfare economics of medical care», *American Economic Review* 53, 941-73.
- Dølene, L.R., (2006): «Privat helseforsikring», mastergradsoppgave, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.
- Grossman, M., (1972): «On the concept of health capital and the demand for health», *Journal of Political Economy* 80, 223-255.
- Nordanger, L-K., (2005): «En teoretisk og økonometrisk analyse av etableringen av behandlingsforsikring i Eidskog kommune, 2001-2003», mastergradsoppgave, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.
- Rees, R., (1989): «Uncertainty, information and insurance», in *Current issues in Microeconomics*, McMillan.
- Wagstaff, A. and E. van Doorslaer, (2000): «Equity in health care finance and delivery», ch. 34 in *Handbook in Health Economics*, Elsevier.
- Zweifel, P., and F. Breyer, (1997): *Health Economics*, Oxford University Press.



KARI H. EIKA
Postdoktor ved Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo.

Dei statlege rammevilkåra

– kommentar til St.meld. nr. 25 om framtidens omsorgsutfordringar

Kvaliteten på arbeidskrafta er den viktigaste føresetnaden for god omsorg. I følgje Regjeringa si melding om omsorgstenestene skal framtidig behov dekkast gjennom faglært, norsk personale. Det er likevel ikkje opplagt at det bør stillast strengare krav til formell utdanning på grunnplanet. Kompetanse er ikkje einsbetydande med utdanning, og det kan ekskludere verdifull arbeidskraft med gode personlege kvalifikasjonar. Frå eit fagleg perspektiv er mi viktigaste innvending mot meldinga at ein ikkje tek opp til drøfting det grunnleggande spørsmålet om korleis kvalitet i omsorgstenestene kan målast eller evaluerast. Dette har implikasjonar for kvalitetssikring og styring, for tilsyn, og meir allment, for korleis desse tenestene kan styrast politisk.

Svært mykje av omsorgspolitikken blir utforma av kommunane. Omsorgsmeldinga stadfester dette styringsprinsippet. For det fyrste skal tenestene fortsatt i hovudsak finansierast med dei frie midlane (rammefinansiering). Når regjeringa varslar ei kraftig auke i sysselsetjinga i desse tenestene, svarande til 10 prosent i 5-årsperioden fram til 2010, er det noko Regjeringa håpar skal skje, men i realiteten er det kommunane som bestemmer.

Ein god del av meldinga kan derfor lesast som ei oppfordring til kommunane. Bruk dei auka rammeløysingane i omsorgssektoren, tilsett folk med fagkompetanse, prioriter

etter- og vidareutdanning, reduser bruken av deltid, legg vekt på sosiale og kulturelle aktivitetar, såkalla aktiv omsorg, osv.

For det andre uttrykker Regjeringa sterk skepsis til kommersialisering av omsorgstenestene, men legg samstundes til at kommunane står fritt til å organisere forvaltning og tenesteutøving slik kommunane sjølv vil (kap 7). Ein konsekvens av dette er at omstridte spørsmål som grad av marknadsstyring og kommersialisering er lite drøfta i meldinga. Spørsmåla er knapt nemnt i samandragkapitlet og er fråverande i Omsorgsplan 2015 som oppsummerer

Regjeringa sin strategi dei neste ti åra. Dette står i kontrast til den politiske retorikken til regjeringspartia, ikkje minst i siste valkamp.

Ikkje noko av dette er uventa. Meldinga rokkar ikkje ved generelle prinsipp for det kommunale sjølvstyret. Det er i kommunane omsorgspolitikken i praksis blir meisla ut. Det er sjølvstøtt ei politisk utfordring for ei regjering som meiner mykje om dei kommunale omsorgstenestene, både når det gjeld prioritering og organisering.

Storting og regjering legg likevel sterke føringar på den kommunale tenesteytinga gjennom lovverk og andre rammevilkår. Eit viktig punkt gjeld utforming av kvalitetssystem og styringsinformasjon til det offentlege, og regelverk og nasjonale normer. Her saknar eg ei meir grunnleggande analyse, som i større grad kunne lagt premisser for politisk styring av tenestene. Dette skal eg komma tilbake til.

1 UTDANNING, REKRUTTERINGSBEHOV OG KOMPETANSE

Ein av dei store utfordringane i omsorgstenestene er rekruttering av nok folk, og gode folk til omsorgsarbeid. Demografisk sett kjem dei verkeleg store utfordringane for omsorgstenestene kring 2020 og framover. Det blir fleire gamle eldre, og færre omsorgsytarar i familien i høve til behovet for omsorg. Begge delar aukar rekrutteringsbehovet i omsorgstenestene.

Kvalifisert, motivert og stabil arbeidskraft er den viktigaste føresetnaden for god omsorg. Utan kontinuitet i tenestelasjonar er det ikkje mogleg å lære å forstå behova til den einskilde, og å skape trygghet og stabilitet. I tillegg til personlege og faglege kvalifikasjonar, må ein også kunne kommunisere med dei ein skal hjelpe. Polske handverkarrar kan ta kortidsoppdrag i Norge, men å importere polske omsorgsarbeidarar på same måte, vil ikkje fungere.¹ Omsorgskvalitet for tenester til svært hjelpavhengige er i praksis ikkje observerbar, sidan den som mottok tenesta har vanskeleg for å seia frå. Motivasjonen til den einskilde er derfor heilt avgjerande. Det betyr også at effektivitetslønsmekanismer er viktige.

Samla representerer framtidige pensjonsforpliktingar og utgiftsbehovet i omsorgstenestene «en av de største utfor-

dringene samfunnet står overfor», for å sitere meldinga. Det kan vera ein stor målkonflikt her i framtida, mellom finansieringsbehov og kvalitet i omsorga (Eika og Næs 2006). Ut frå finansielle omsyn er ein nærliggande strategi å kjøpe omsorgstenester så billig som mogleg, og dermed bidra til låge lønningar. Den samfunnsøkonomiske gevinsten ved dette vil vera mindre enn innsparinga på omsorgsbudsjettet. Med låge løner får ein nettopp den arbeidsstyrken ein ikkje ønskjer; meir tilfeldig arbeidskraft, med liten motivasjon for å jobbe med omsorg, og med høg jobbskifterate.

Regjeringa signaliserer med denne meldinga at ho er opp-tatt av rekrutteringa til omsorgsyrka og kvalifikasjonane til dei som jobbar der. Regjeringa ønskjer m.a. å bygge ut kapasiteten i helse- og sosialutdanningane, og drøftar tiltak for å auke andelen fagutdanna personell. Framtidig behov for arbeidskraft skal primært dekkast gjennom faglært, norsk personale, og ikkje gjennom import av arbeidskraft. Om regjeringa lykkast i dette, kan det redusere sannsynligheten for det scenariet eg nettopp skisserte. Utdanning aukar lønsnivå, og det gir status og yrkestolthet. Det er viktig for rekrutteringa til desse yrka, og for stabiliteten i arbeidsstokken.

Eit spørsmål er i kva grad ein skal styrke krava til formell kompetanse. Slike krav har ikkje bare føremoner. Ein openbar kostnad er dei direkte og indirekte utdanningskostnadene, men det er også ein annan kostnad. Viss ein ser bort frå tenesteutøving der medisinsk kompetanse er viktig, vil det i regelen vera slik at formell kompetanse korkje er eit tilstrekkeleg eller nødvendig vilkår for god omsorgskvalitet. Mange omsorgsoppgaver er enkle praktiske oppgaver som i prinsippet kan utførast av dei fleste; den krevjande biten gjeld særleg psyko-sosiale og relasjonelle kvalitetar, og det faktum at svært hjelpavhengige tenestemottakarar ikkje har ressursar til sjølv å kontrollere kvalitet. Omsorgsarbeidarar må først og fremst vera personleg eigna. Formelle kompetansekrav vil ekskludere folk som har gode personlege kvalifikasjonar, men som ikkje har fagutdanning, t.d. som vernepleiar eller barneverbspedagog. Særleg dersom det er knapt om folk med gode personlege kvalifikasjonar, er dette eit problem.

Tenestemottakarane sjølve kan også i liten grad delta i den politiske utdanningsdebatten. Det er ein fare for at fag- og

¹ Fram mot 2050 snakkar kanskje dei fleste arbeidsmigrantar og dei fleste gamle engelsk, så da er dette kanskje eit mindre problem.

profesjonsinteressene blir dominerande i desse spørsmåla, og føre til politiske avgjerder som ikkje nødvendigvis bidreg til god ressursutnytting eller god kvalitet.

2 KVALITET, STYRINGSSYSTEM OG TILSYN

Frå eit fagleg perspektiv er mi viktigaste innvending mot meldinga at ein ikkje tek opp til drøfting det grunnleggjande spørsmålet om korleis kvalitet i omsorgstenestene kan målast eller evaluerast. Korleis ein kan innhente informasjon om kvalitet, og kva status denne informasjonen har (t.d. om han er verifiserbar) har ikkje bare implikasjonar for kvalitetssystem, og for spørsmål om organisering, men også for kva slags type regelverk og tilsyn som er føremålstenleg.

2.1 Lovpålagte krav

Omsorgsmeldinga viser til «Avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten» som blei inngått mellom Regjeringa og KS samstundes med at melding blei lagt fram. I denne avtalen heiter det at regjeringa ikkje vil pålegge kommunane «unødig detaljert regelverk eller unødig bindende nasjonale normer.» Eg skulle gjerne sett ei meir grundig drøfting av dette enn det eg finn i meldinga. Eit viktig spørsmål gjeld korleis krav til kvalitet skal implementerast.

I lovverket finst omfattande krav til utarbeiding og dokumentasjon av prosedyrer for omsorg. Viss kvalitet er sterkt korrelert med eit prosessmål, t.d. utarbeiding av skriftlege, gode rutiner, så kan ein gjennom å stille krav til rutiner sikre jamnt god kvalitet i tenesteutøvinga.

Internasjonalt har det lenge vore ein trend mot større vekt på utfallsmål, t.d. i Australia og USA. Det er utfall som er av primær interesse, altså i kva grad dei som treng det får den omsorg som dei har behov for. Forsking har etter det eg veit ennå ikkje dokumentert ein stabil samanheng mellom krav til innsatsfaktorar, rutiner og kvalitet på omsorg.

2.2 Mål for kvalitet

Avtalen mellom Regjeringa og KS inneber at partane i fellesskap skal bidra til god og relevant styringsinformasjon,

herunder system for måling av kvalitet. Dette inneber ei vidareføring av pågåande arbeid med utvikling av kvalitetsindikatorar og andre typar standardisert informasjon (t.d. IPLOS²).

Viss alle relevante kvalitetsdimensjonar er lette å måle, er formelle styringskriterie uproblematisk, anten ein vel målstyring i offentleg sektor eller ulike former for konkurranseutsetjing. Ein har da heller ikkje tunge argument mot kommersialisering ettersom ein kan formulere alle relevante kvalitetskrav i ein kontrakt som kan handhevast. Når Regjeringa uttrykker sterk skepsis til kommersialisering og grunngjev dette med omsynet til sårbare brukarar, så må dette nettopp ha samanheng med betydelege informasjonsproblem.

På dette punktet er meldinga heller ikkje i samsvar med det som finst av forskning. Dei få studiene som undersøker validiteten av kvalitetsmål i omsorgstenestene er nokså eintydige, og urovekkande. Dei fleste mål på kvalitet er handfaste mål, dvs. dei ser på konkrete fysiske forhold som kan teljast eller er dikotomiske. Alle kvalitetsindikatorane på www.bedrekommune.no er handfaste mål. I følgje nettsida er formålet «å gi en pekepinn på tenestens kvalitet», sjølv om dei ikkje er «absolutte sannheter.» Men kan desse indikatorane egentleg gi ein peikepinn? Er dei omtrentleg riktige? Måla er ufullstendige, i beste fall. Dei fangar t.d. ikkje opp ikkje-handfaste kvalitetsdimensjonar. Dette er problematisk fordi dette også er blant dei mest vanskelege kvalitetsdimensjonane, og der tenestene ofte sviktar.

Dimensjonar som er vanskeleg å måle er ikkje kontraktbare, eller ikkje-verifiserbare. Det gjeld t.d. kvaliteten på sosiale relasjonar. Mangel på kontraktbarhet inneber at styringssystem som baserer seg på svært spesifiserte instruksjonar eller vedtak ikkje inkluderer desse dimensjonane.

Problema dette medfører for målstyring er vel kjent i økonomisk teori. Som ein sjukeheimstilsett i USA formulerte det, «viss vi spesifiserer evalueringskriteriet deira, så gjer dei ingen ting anna» (Braithwaite 1993). Dette er «multi-tasking»- eller fleioppgaveproblemet (Holmstrøm og Milgrom 1991); ein vektlegg arbeidsoppgaver som gir målbar resultat, til trengsel for mindre målbar, men ofte

² IPLOS – individbasert pleie- og omsorgsstatistikk – er eit sentralt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det brukast også som eit styringsverktøy i kommunane.

like viktige dimensjonar. Dersom måla ein brukar ikkje har ein klar og positiv samanheng med kvalitet, vil ikkje resultatet bare bli feilprioritering, men ressursøyding og dårlegare tenester. T.d. kan bruk av sovemiddel indikere psyko-sosial kvalitet i sjukeheim; lite bruk av sovemiddel tyder på høg trivsel. Dette kan vera interessante data for forskning, men som evalueringskriterie er det høgst problematisk. Det gir insentiv for heimen til å halde bruken av sedativer nede, men ikkje nødvendigvis gjennom tiltak som reduserer behovet. I Holmstrøm og Milgrom er konklusjonen eintydig: Når viktige dimensjonar er uobserverbare, bør ein vera svært varsam med å knytte avlønning til målbare dimensjonar.

Tenesteytarar – organisasjonar og einskildpersonar – bryr seg ikkje bare om avlønning i snever forstand, men om verdsetjing meir allment. Resultata i Holmstrøm og Milgrom er derfor relevante i målstyringssystem sjølv om desse ikkje avlønner tenesteytar på grunnlag av grad av måloppnåing.

Omsorgstenene er kjenneteikna ved knappe ressursar i høve til behovet. Dei mål ein brukar på kvalitet, og dei formelle krav som stillast til tenesteutøving, t.d. i svært spesifiserte bestillingar, gir uvergeleg signal om kva som bør prioriterast.

Dersom dette svekkar motivasjonen til dei som arbeider på grunnplanet, eller bidreg til å selektare bort folk med stort engasjement frå omsorgstenene fordi dei ikkje opplever at dette engasjementet blir verdsett, er kostnaden betydeleg. Som nemnt er kvaliteten på arbeidskrafta den viktigaste føresetnaden for god omsorgskvalitet. Motstanden mot «stoppeklokkeomsorg» og mediablesten dette fekk, handlar kanskje like mykje om ei kjensle av manglande verdsetjing blant dei som arbeider på grunnplanet, som det handlar om knappe tidsbudsjett enn før. Spesifiserte vedtak der kvar oppgave har si tilmålte tid stykkar bokstaveleg talt omsorga opp i sine konkrete einskildkomponentar av praktiske oppgaver, mens det meningsfylte arbeidet, som er langt meir enn summen av dette, forblir unemnt.

God kunnskap om kva som gir kvalitet er sjølv sagt også viktig ved investeringsavgjerder. Investeringar i humankapital har vore nemnt, men det er sjølv sagt også viktig når det gjeld investeringar i bygningar, som er ein av dei andre satsingsområda i meldinga.

Ein av kvalitetsindikatorane i sjukeheim er einerom. Det er nærmast ei sjølvinnlysande sanning at einerom på sjukeheim er einsbetydande med kvalitet. Eg vågar likevel å peike på at forskingsresultata ikkje er klare på dette punktet, og at det som finst av indikasjonar dreg i motsett retning når det gjeld menneske som er svært svekka av alder og sjukdom. Einerom kan føre til meir sosial isolasjon og mindre tilsyn. Alt anna likt, vil ein pleiar ha tid til å komma innom halvparten så ofte på eit enkeltmannsrom, som på eit dobbeltmannsrom, og ein har jo heller ikkje ein medpasient ein kan ha selskap med eller som kan seia frå om noko er galt. Det viktige kvalitetskriteriet er ikkje einerom i seg sjølv, men om ein kan velja, og kven ein ev. vil dele rom med. Gevinsten ved einerom avheng av kor mykje personalressursar det er på heimen, noko som i seg sjølv er ei politisk prioritering. Og einerom må vurderast opp mot samla kapasitet. Dei store investeringane i einerom dei siste åra synast vera ein politisk driven prosess, som ikkje har vore godt fundert i forskning eller i nytte-kostnadsanalyser.

Desse argumenta mot å legge for stor vekt på einerom er ikkje eit argument mot det som har blitt kalla «bustadgjerding» av omsorgstenene meir allment. Omsorgstenene er på viktige punkt svært heterogene. Menneske som er i sin siste fase av livet, og med så vesentlege funksjonstap at dei ikkje lenger kan vera heime, har andre bustadbehov enn t.d. funksjonshemma. Sistnemnde treng særleg hjelp til integrasjon og deltaking i samfunnslivet. Det stiller andre krav til offentleg bustadbygging enn eldreomsorga.

Regjeringa sin hovudstrategi er å utnytte den relativt stabile perioden dei neste 10-15 åra til å effektivisere tenestene gjennom betre kompetanse, kvalitets- og styringssystem. Særleg når det gjeld dei to sistnemnde, går meldinga etter mitt syn ikkje grunnleggande nok til verks i å drøfte tenestenes særtrekk, og kva implikasjonar det har for organisering at tenestekvalitet er ikkje kontraktbar og informasjon om kvalitet vanskeleg å standardisere.

Tenestemottakarane er ressursvake og har vanskeleg for å skape eit kvalitetspress frå brukarsida. Å utvide pasientombodsordninga til også å inkludere dei kommunale helse- og sosialtenestene er eit viktig tiltak i så måte, men ein kunne godt gå lenger i å vurdere kva dette betyr for informasjonssystem om kvalitet, og for tilsyn. I omsorgstenene er kvalitet hovudsakleg erfaringsbasert; det er

tenestemottakarane som sitt inne med primærinformasjonen.

Organisatoriske spørsmål er også viktig for den andre hovudstrategien til Regjeringa (Eika og Lurås 2006). I tillegg til å vektlegge universell utforming som reduserer konsekvensane av funksjonstap, ønskjer ein gjennom førebyggjande tiltak å redusere funksjonstap. Begge delar har som føremål å redusere behovet for omsorgstenester. Det finst mange gode førebyggjande tiltak i eldreomsorga der utfordringa i hovudsak er organisatorisk, m.a. å sikre stabil finansiering og god kvalitet.

REFERANSAR:

Braithwaite, John (1993): «The nursing home industry». I M. Tonry and A. J. Reiss (red), *Beyond the Law: Crime in Complex Organizations*. Chicago, University of Chicago Press, 11-54.

Eika, K.H. og R. Næs (2006): «Hvem vil vi skal ta vare på oss når vi blir syke og gamle?» Røst, Radikalt Økonominettverks skriftserie, 2006.

Eika og Lurås (2006): «Strategier for bedre helse blant eldre», *Økonomisk forum*, Nr. 5.

Holmström, B. and P. Milgrom (1991): «Multitask principal-agent analyses: Incentive contracts, asset ownership, and job design», *Journal of Law, Economics and Organization*. 7, 24-52.

Professor Wilhelm Keilhau's Minnefond

Fondet har i det vesentlige gitt støtte til dekning av trykkingsutgifter ved utgivelse av økonomiske forskningsavhandlinger samt til reise- og oppholdsutgifter ved aktiv deltagelse ved økonomisk faglige kongresser eller forskningsprosjekter. Dette vil fortsatt være hovedretningslinjen for fondets virksomhet.

Fondet kan også gi støtte til forskere som ønsker å utvide sine kunnskaper på et spesielt felt inne den økonomiske teori og av den grunn ønsker et kortvarig opphold ved en forskningsinstitusjon som har spesiell kompetanse innen dette felt.

Professor Wilhelm Keilhau's Minnefond er et «siste utvei fond» på den måten at det er først når andre former for støtte ikke er tilgjengelig eller ikke er tilstrekkelig at støtte fra fondet kan bli aktuelt.

Skriftlig søknad sendes til
Professor Wilhelm Keilhau's Minnefond

v/Karin Jahren - Postboks 4 Skøyen - 0212 OSLO



SNORRE KVERNDOKK

Seniorforsker ved Frischsenteret og HERO-Helseøkonomisk Forskningsprogram ved Universitetet i Oslo

Inntekt, inntektsulikhet og helse*

I denne artikkelen gir jeg en oversikt over sammenhengene mellom inntekt og helse på den ene siden og inntektsulikheter og helseulikheter på den andre siden. I hovedsak refererer jeg til teoretisk og empirisk forskning innen økonomi, men også annen forskning blir omtalt. Jeg ser først på absolutt inntekt og helse og skiller mellom de kausale sammenhengene som går fra inntekt til helse, helse til inntekt samt at det er andre faktorer som påvirker inntekt og helse i samme retning. Til slutt ser jeg på sammenhengene mellom relativ inntekt, inntektsulikhet og helse.

1 INNLEDNING

God utdanning, høy inntekt og formue er ofte kjennetegn på folk med god helse. Både medisinsk, epidemiologisk og samfunnsvitenskapelig forskning har i en årrekke vist denne sammenhengen. Mediene er også opptatt av dette og rapporterer stadig om store forskjeller i dødelighet mellom Oslo Øst og Oslo Vest, at det er de med høy inntekt og utdanning som går mest på tur, at sykefravær er høyest hos lavinntektsgrupper osv. Det snakkes om en sosial gradient i helse hvor de som står lavest på rangstigen målt ved ulike sosioøkonomiske indikatorer har dårligst helse (Marmot, 2004). De sosioøkonomiske forskjellene i helse ble satt høyere på den politiske agendaen i Norge gjennom Folkehelsemeldinga (St.meld. nr. 16, 2002-2003), og en oppfølging av denne foregår nå

gjennom utarbeidelsen av en nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse.

I denne oversikten vil jeg komme inn på ulike årsaker til at det er en positiv korrelasjon mellom inntekt og helse og i liten grad referere studier som viser en slik korrelasjon (se Sosial- og helsedirektoratet, 2005, for en slik oversikt). Jeg vil i hovedsak konsentrere meg om økonomiske studier. Økonomifaget er opptatt av å finne kausale sammenhenger, dvs. hva som påvirker hva, framfor å slå fast at det er en korrelasjon. Dette er viktig i utformingen av politiske virkemidler. En inntektsoverføring til lavtlønnede vil f.eks. ikke ha noen stor helseeffekt hvis det ikke er noen sterk kausal sammenheng fra inntekt til helse. Tidligere oversiktsartikler på dette feltet er Smith (1999), Grasdal

* Dette prosjektet er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og er en forkortet og oppdatert versjon av Kverndokk (2006). Takk til Kjell Arne Brekke, Leo Grünfeld, Erik Hernæs, Tor Iversen, Sverre Kittelsen, Knut Røed og en anonym konsulent for kommentarer på et tidligere utkast.

(2003) og Mullahy mfl. (2004). Her vil jeg prøve å supplere disse ved å fokusere litt bredere samtidig som jeg vil referere en del nyere teoretiske og empiriske arbeider.

Det blir ofte framhevet tre ulike kausale sammenhenger mellom absolutt inntekt og helse; fra inntekt til helse, fra helse til inntekt, men det kan også være bakenforliggende faktorer som påvirker inntekt og helse i samme retning. I kapittel 2 vil jeg vil gå gjennom disse, mens jeg i kapittel 3 vil se nærmere på sammenhengene mellom relativ inntekt, inntektsfordeling og helseulikhet.

2 ABSOLUTT INNTEKT, FORMUE OG HELSE

Virkningene av høyere inntekt og formue på individets helsetilstand

Det kan tenkes flere årsaker til at god inntekt kan gi god helse (Absoluttinntekt-hypotesen). Høy inntekt gjør det lettere å kjøpe helsetjenester. Selv om mange helsetjenester er dekket av folketrygden, blir fremdeles tannbehandling, fysioterapibehandling og en rekke alternative behandlingstilbud helt eller delvis belastet pasienten selv. Det viser seg også at det er sosiale skjevheter i bruk av private helsetjenester. Ringard m.fl. (2006) finner bl.a. i en studie for Oslo at yngre menn med god helse, høy utdanning og høy inntekt i større grad enn andre valgte private primærhelsetjenester framfor offentlige. Samtidig kan inntekt ha en betydning for mulighetene til å skaffe seg et sunt kosthold og mulighetene for å bruke treningsfasiliteter. Høyinntektsgrupper har ofte mindre risikofylte jobber enn lavinntektsgrupper, og det er kan også være tilfeller av at ressurssterke prioriteres i helsevesenet. Eksempler kan være når personer i ansettelsesforhold får adgang til raskere behandling betalt direkte av folketrygden eller helseforsikring betalt av arbeidsgiver.

Grossmanmodellen

Det finnes få bidrag innen økonomisk teori om sammenhengene mellom inntekt og helse. Det viktigste arbeidet er Grossman (1972) som har blitt standardmodellen når det gjelder individenes etterspørsel etter helse og helsetjenester. Helse blir betraktet som en kapitalbeholdning som kan økes ved hjelp av investeringer (helsetjenester, medisiner og helsefremmende aktiviteter), og som naturlig

depresieres med alder. Individet har dermed to budsjettrestriksjoner; tid og penger. Det vil ønske å fordele tid og penger på goder og aktiviteter til best mulig nytte for seg selv over levetiden, og finner dermed optimalt nivå av helse og konsumgoder.

I modellen er det tre grunner til at individet ønsker god helse. For det første betraktes helse som et *konsumgode* i betydningen av at helse slår positivt ut i individets nyttefunksjon på samme måte som materielle konsumgoder. God helse gir høyere nytte enn dårlig helse for et gitt konsumnivå. Helse kan også oppfattes som et *investeringsgode*. Det bestemmer hvor mye tid man har til rådighet både til arbeid og fritid; dårlig helse gir flere sykedager enn god helse. Tiden som er tilgjengelig øker med god helse, noe som representerer en pengeverdi. Dette kan tenkes på som en avkastning på investering i helse. Den tredje grunnen til at individer vil ønske seg god helse er at helsen bestemmer *livslengden*.

Grossman spesifiserer to ulike versjoner av modellen; *investeringsmodellen* og *konsummodellen*, og setter levetiden eksogen, dvs. den påvirkes ikke av helsebeslutningene. Han rendyrker dermed de to første grunnene til å etterspørre helse. I den rene investeringsmodellen inngår ikke helse lenger i nyttefunksjonen direkte. Fokuset blir derfor på helse som et investeringsgode. Tilsvarende tar ikke konsummodellen hensyn til at god helse øker tilgjengelig tid, slik at bare de direkte nytteeffektene av helse har betydning for individets valg. I begge modeller vil optimalt helsenivå bestemmes ved en avveining av nytten ved en marginal økning i helsebeholdningen mot tilsvarende kostnad. Merk at dagens helsebeholdning vil være en funksjon av forhistorien representert ved alle nåværende og tidligere priser, inntekter, helseatferd samt initial (medfødt) helse og humankapital. Økt inntekt i dag vil derfor ikke nødvendigvis få stor betydning for helsen, spesielt ikke ved høy alder.

Effektene av endringer i eksogene variable som inntekt og formue vil være noe forskjellig i de to variantene av modellen. Likevel vil begge variantene trekke i retning av at individer med høy *formue* (arbeidsfri inntekt), f.eks. i form av arv, vil ha en bedre helse enn individer med lav formue, se Kverndokk (2006).¹

¹ Ehrlich og Chuma (1990) har utvidet Grossmans opprinnelige modell ved bl.a. å anta stigende kostnader ved helseinvesteringer samtidig som at levetiden bestemmes i modellen. På den måten får de også tatt hensyn til at helse kan påvirke livslengden. Under disse antagelsene finner de at økt formue også vil øke etterspørselen etter helse i investeringsmodellen.

Effektene av økt *inntekt*, noe som tolkes som økt lønn i modellen, vil også avhenge av hvilke motiv man legger til grunn for å etterspørre helse. I investeringsmodellen vil økt lønnsnivå gi to ulike insentiver. Økt inntekt vil gi høyere avkastning av helse da verdien av tid øker, noe som trekker i retning av høyere etterspørsel etter helse. Men det å bruke tid på å forbedre helsa si vil ha en høyere alternativverdi. Denne tiden kunne blitt brukt til å arbeide til en lønn som er høyere enn før, og modellen predikerer derfor ikke nødvendigvis at folk med høyere inntekt trener eller mosjone- rer mer. Under rimelige forutsetninger vil likevel den første effekten dominere. I konsummodellen vil imidlertid virkningen være usikker. Fremdeles vil en lønnsøkning gi en høyere alternativverdi av tid. Ser man bort fra inntekts- effekten, vil konklusjonen avhenge av individets avveining mellom tid brukt til helsefremmende tiltak og annet bruk. Virkningen vil være positiv hvis bruk av penger har større betydning for helsen enn bruk av tid.

De tre motivene for å etterspørre helse vil gi noe ulike konklusjoner, men det virker rimelig at alle gjør seg gjel- dende samtidig. Alt i alt peker derfor teorien i retning av at både økt formue og økt inntekt vil gi en bedre helsetil- stand.

Empiriske resultater

Det er mange problemer ved å estimere den kausale effek- ten fra inntekt og formue til helse. Kausaliteten kan gå begge veier og det kan være flere individuelle kjennetegn som kan være avgjørende for resultatet, men som er ukjente for forskerne. Studiene nedenfor har prøvd å kor- rigere for dette på ulike måter.

Sammenhengen fra formue til helse har blitt testet i flere studier. Meer mfl. (2003) bruker amerikanske data for å se på betydningen av arv. Arv er valgt for å utelukke mulige virkninger fra helse på formue, som f.eks. at langvarig syk- dom kan tære på formuen. De finner en kausal sammen- heng fra formue til helse, men effekten er ganske liten. I en britisk studie av den eldre befolkningen konkluderer imidlertid Attanasio og Emmerson (2003) med at formue har en klar betydning for helse og dødelighet.

Flere empiriske studier har sett på den kausale sammen- hengen fra inntekt til helse, og de fleste finner at helsen

bedres med økende inntekt. To paneldatastudier som ikke finner en slik klar sammenheng er Adams mfl. (2003) og Contoyannis mfl. (2004). Sammenhengen støttes imidler- tid av andre studier. Frijters mfl. (2005) bruker data fra gjenforeningen av Tyskland for å kontrollere for andre effekter. Gjenforeningen resulterte i en stor inntektsover- føring til Øst Tyskland mens helseprogrammene ble gjennomført omtrent som før. Dette kan ses på som et naturlig eksperiment hvor inntekten øker mens andre for- hold holdes konstante. Studien konkluderer med en signi- fikant positiv, men liten effekt av inntektsoverføringen på helse. Lindahl (2005) ser på lotterigevinster som et eksog- ent skift inntekten, og finner ved hjelp av dette en klar positiv sammenheng mellom inntekt og helse.² En ny stu- die fra Island (Asgeirsdottir, 2006) finner også en positiv effekt fra inntekt til helse, men heller ikke her er den stor. Et interessant resultat er at det ser ut til å være en negativ effekt for høyinntektsgrupper. Dette leder oss inn på betydningen av inntekt ved ulike inntektsnivåer eller for ulike inntektsgrupper.

Virkingen av en lønns- eller formuesøkning vil avhenge av hvor rike individene er på forhånd. Som vanlig i øko- nomisk teori antar Grossman at effekten av tid og penger brukt på helse er avtagende. Rike vil dermed ikke få et like stort helseutbytte av en høyere inntekt som fattige. Begrepet terskelverdi eller grenseverdi har også blitt brukt, og det har blitt argumentert for at det over en viss grense- verdi ikke har noen betydning å øke inntekten, se f.eks. Elstad (2005). Chapman og Hariharan (1996) bekrefter det avtagende forholdet empirisk og finner at sammen- hengen mellom inntekt og dødssannsynlighet er større for fattige enn for rike, noe som kan tyde på at inntektsutjev- ning vil redusere forskjellene i dødelighet. Ludbrook og Porter (2004) har imidlertid gjennomgått flere studier for å se på helseeffekter av ulike sosiale støtteordninger. Helseeffektene av ulike tiltak blir ofte ikke vurdert, men studiene som finnes tyder ikke på at inntektsoverføringer er et effektivt politikkvirkemiddel for å bedre helsen for lavere inntektsgrupper.

Virkingene av helse på inntekt og formue

Den andre kausale sammenhengen mellom inntekt og helse går ut på at god helse fører til at man får høyere inn- tekt. Det kan være flere grunner til dette. I Grossman-

² Merk at eksogene skift inntekten som lotterigevinster etc. vil betraktes som skift i formue i Grossmanmodellen da dette ikke er arbeidsinntekt.

modellen vil god helse føre til at man har mer tid tilgjengelig som kan brukes til inntektsgivende aktiviteter. God helse vil også kunne gjøre det enklere å ta en lang utdanning, og utdanning er ofte korrelert med inntekt selv om sammenhengen ikke er like klar i Norge som i andre land (Hægeland, 2002). Effekten kan forsterkes ved at god helse gjør det lettere å arbeide ved siden av studiene, og på den måten blir man mindre avhengig av lån. Grossman (2003) foreslår at god helse gir et incentiv til å ta høyere utdanning da det øker sannsynligheten for å leve lenge, og dermed for flere forventede leveår hvor man kan innkassere avkastningen av utdanningen. Er man født med god helse vil man derfor kunne få et økonomisk fortrinn.

Det vil også være sammenhenger fra helse til formue, se Smith (1999). Redusert helse kan påvirke sparingen på flere måter. For det første vil det kunne medføre større medisinske utgifter eller andre utgifter til transport og ombygging av hjemmet, men også arbeidstilbudet vil kunne endres ved at man ikke er i stand til å jobbe så mye. Husholdningens inntekt kan også påvirkes av ektefelles inntekt som enten kan kompensere ved å arbeide mer, eller redusere sitt arbeidstilbud for å yte omsorg for sin syke ektefelle. I tillegg vil konsummønsteret kunne endres. Sykdom kan redusere nytten av konsum noe som kan øke spareraten, eller man kan tenke seg at man kompenserer for dårlig helse ved å konsumere mer. Til slutt vil den som blir kronisk syk kunne nedjustere sine forventede leveår. Dette kan føre til at man vil redusere sin sparing for framtiden, f.eks. i form av pensjonsforsikringer.

Kverndokk og Kittelsen (2004) bruker en utvidet Grossmanmodell for å studere de ulike sammenhengene mellom inntekt, utdanning og helse, hvor individenes valg av utdanning også bestemmes i modellen. Her antas det at helse vil ha en direkte positiv innvirkning både på utdanning og lønnsnivået av grunner nevnt ovenfor. Modellen predikerer at individer som er født med god helse vil få bedre helse og høyere inntekt gjennom livet, men vil kunne bruke mindre tid på mosjon da avkastningen av bedre helse ikke er like høy som hvis man er født med et lavere helsenivå. Tiden brukt på skolearbeid vil også kunne bli mindre da utdanning ikke vil gi en like stor helseavkastning for individer som har god helse fra før. Konklusjonene avhenger av hvor sterke de ulike sammenhengene er, men uansett vil god initial helse gi høyere inntekt i modellen.

Det finnes flere studier som estimerer sammenhengen fra helse til inntekt. Case m.fl. (2005) bruker britiske data og viser at når man kontrollerer for foreldrenes inntekt, utdanning og sosiale klasse, vil barn som har dårlig helse, definert ved flere ulike indikatorer, ha signifikant dårligere utdannelsesnivå, dårligere helse og lavere sosioøkonomisk status som voksne. En indikator på initial helse kan være fødselsvekt.³ I økonomiske studier brukes denne indikatoren ofte sammen med tvillingdata for å korrigere for effekten av gener og sosioøkonomiske faktorer. Almond mfl. (2005) bruker amerikanske tvillingdata og konkluderer med at de kortsiktige effektene av lav fødselsvekt er små, mens Behrman og Rosenzweig (2004) finner klare negative langsiktige effekter av lav fødselsvekt på bl.a. utdanning og lønnsnivå, også dette på amerikanske data. I en ny studie basert på norske data finner Black m.fl. (2005a) at de som har lav fødselsvekt gjør det signifikant dårligere både på kort sikt (dødsraten ved ett år) og lang sikt i form av bl.a. utdanningsnivå og inntekt. En epidemiologisk studie som også er basert på norske data (Kristensen m.fl., 2004) bekrefter resultatet, og viser at lav fødselsvekt reduserer sannsynligheten for å være i arbeid som 29-åring. De empiriske studiene ser derfor ut til å være i samsvar med de teoretiske prediksjonene.

Faktorer som kan gi både god helse og høy inntekt

Den tredje forklaringen på sammenhengen mellom inntekt og helse er at det kan være faktorer som påvirker begge utfallene i samme retning. Traumatiske barndomsopplevelser kan påvirke mulighetene for god helse og framtidig inntekt. Man kan også være født med visse egenskaper som påvirker ens valg både når det gjelder helse og utdanning.

En slik egenskap kan være verdsetting av nåtid i forhold til framtid. Individer som verdsetter nåtiden mye mer enn framtiden vil være mindre tilbøyelige til å investere i helse, utdanning og karriere enn individer som er framtidsorienterte. Slike prediksjoner følger fra Grossmanmodellen og er bekrefter empirisk bl.a. i Barsky mfl. (1997).

Selvkontroll vil også virke i denne retning (Thaler og Shefrin, 1981). Mange helseproblemer er relaterte til individenes manglende evne til å planlegge for framtiden, og å kunne holde seg til de planene som er lagt. Et eksempel er

³ Fødselsvekt kan være et mål på vekst og utvikling av hjernen og sentralnervesystemet i fosterlivet.

fedme som er mer utbredt hos lavinntektsgrupper og lavt utdannede enn hos høyinntektsgrupper og høyt utdannede (Sanz-de-Galdeano, 2005). Fedme i seg selv reduserer helsen og dermed også mulighetene i arbeidsmarkedet, men en alternativ forklaring kan være at det er den samme mekanismen som både fører til fedme og lavt utdannings- og inntektsnivå, nemlig manglende selvkontroll. Teorien om lært hjelpeløshet (learned helplessness, se Seligman, 1975) peker på at manglende suksess i selvkontroll på ett felt fører til redusert tro på selvkontroll generelt.

Både fedme, røyking, alkohol og flere andre problemstillinger som kan knyttes opp mot selvkontroll kommer under kategorien livsstilsproblemer. Livsstilen varierer for ulike sosioøkonomiske grupper. Folk med høy utdanning og også høy inntekt, går mer på tur, trener mer, spiser sunnere og røyker mindre enn andre (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Disse forskjellene i livsstil forsterker helseforskjellene mellom ulike inntektsgrupper. Mens selvkontroll kan være et av svarene på hvorfor det er ulikheter i livsstil, kan det også være andre forklaringer. Strukturelle restriksjoner slike som lav inntekt kan være en forklaring, men husholdningenes andel av budsjettet som går til mat har falt mye de siste tiårene. En annen forklaring kan være signalisering. Folk ønsker en viss identitet, og en måte å signalisere sin identitet kan være gjennom konsum, se f.eks. Brekke og Howarth (2002). Rulletobakk vil nok være mer etterspurt av en som ønsker seg en identitet som industriarbeider enn en som ønsker å signalisere at hun er bedriftsleder. Til slutt har også sosial kapital, definert som f.eks. nettverk eller nære kontakter, også vært trukket fram som et element bak helseatferd (Folland, 2006). Ideen er at man tar færre helse- og risikofølelser hvis man føler seg verdsatt av andre eller at ens eget liv har betydning for andre.

Er verdsetting av fremtiden og selvkontroll sosialt tillært og ikke nødvendigvis medfødte egenskaper? Foreldrenes sosiale klasse eller status vil kunne ha betydning for barnas holdninger og preferanser. Webley og Nyhus (2006) finner f.eks. at foreldre har en klar betydning for barnas framtidrettede atferd. På den måten vil medfødt sosial status være en faktor som har betydning for muligheter og valg når det gjelder helse og inntekt. Sosial status nedarves i generasjoner, selv i velferdssamfunn som de skandinaviske. I en mye omtalt studie viser Jäntti m.fl. (2005) at det fremdeles er slik at fedrenes inntekt er bestemmende for barnas framtidige inntekt. Den sosiale mobilitet mellom generasjoner er likevel større i Norden enn i USA og Storbritannia, spesielt

for den laveste inntektsgruppen. På den annen side finner Black m.fl. (2005b) at det i Norge ikke er noen klar kausal sammenheng mellom foreldre og barns utdanningsnivå, med unntak av en viss sammenheng fra mor til sønn, men det vil likevel kunne være en sterk positiv korrelasjon pga. arv, miljø, etc. Slike korrelasjoner er bekreftet av en britisk studie (Burgess m.fl., 2004) som forsøker å finne sammenhengen mellom familieinntekt og barns helse. Den konkluderer med at barn fra fattige husholdninger har dårligere helse, men at den direkte betydningen av inntekt er liten. Av større betydning er mors egen helse og hendelser tidligere i hennes liv.

3 RELATIV INNTEKT, INNTEKTSULIKHET OG HELSE

Grossmanmodellen så på sammenhengen mellom absolutt inntekt og helse (Absoluttinntekt-hypotesen - AIH). En prediksjon fra denne er at et velferdssystem som utjevner inntekter og beskatter formue vil ha mindre helseulikheter enn mer klassesdelte samfunn. En annen prediksjon er at gjennomsnittshelsen er høyest hvis inntekten er likt fordelt i befolkningen. En ulik fordeling av inntekten vil redusere gjennomsnittshelsen. Årsaken til dette er at effekten av penger brukt på helse vil være avtagende. Hvis vi har to identiske individer, og vi tar en krone fra den ene og gir til den andre, vil den som får mer penger få bedre helse, men økningen tilsvarer ikke fallet i helse hos den som får mindre.

En svakhet ved Grossmanmodellen er at individet ikke bryr seg om andre mennesker når det tar sine valg. Det opptrer som en *homo economicus* ved at andres valg eller posisjon ikke har betydning for dets beslutninger, helsetilstand eller nyttenivå. Andre individers inntekt vil imidlertid kunne ha betydning for ens helse. Det kan tenkes flere tilfeller. Relativinntekt-hypotesen (RIH) går ut på at relativ ulikhet har en negativ påvirkning på individenes helse, og at dette har større betydning enn absolutt inntekt for helsen i industrialiserte land (Rodgers, 1979; Wildman, 2001). Når man befinner seg på et høyt inntektsnivå vil inntektsendringer ikke ha særlig helsemessig betydning, men status representert ved relativ inntekt har betydning da lav status skaper stress, noe som gir en negativ helsevirkning (Marmot, 2004), se nedenfor. For en gitt absolutt inntekt vil da helsetilstanden bli lavere jo bedre inntekt de som du sammenligner deg med har.⁴ Merk at AIH og RIH ikke trenger å være konkurrerende hypoteser, begge kan gjelde samtidig. For at RIH skal ha betydning må inntekt

være en indikasjon, både for en selv og andre, på at man har lykket med sitt liv. Dette vil i større grad være tilfelle i samfunn der alle har like muligheter enn i samfunn der inntekt bare er noe man «arver», noe som kan peke i retning av at relativ inntekt kan ha større betydning i velferdsstater enn i mer klassesdelte samfunn. Det er mye verre å gjøre det dårlig når både man selv og andre vet at man hadde alle muligheter til å gjøre det bra.

Tilsvarende konklusjoner vil følge av Deaton (1999). Deaton setter opp en teoretisk modell som kan forklare hvorfor helseulikhet avhenger av inntektsulikhet både innen referansegruppen og mellom gruppene. Han antar at helsen til et individ er avhengig av dets inntekt relatert til gjennomsnittsinntekten i en referansegruppe. Det er kun status innenfor referansegruppen som har betydning for individets helse. Antar vi at gjennomsnittsinntekten i referansegruppen ikke er kjent, kan det vises at individets forventede helse gitt at man observerer inntektsnivået, faktisk avhenger av både spredningen i inntekt innenfor referansegruppen og spredningen av inntekt på tvers av referansegruppene. Intuisjonen bak dette er som følger. Vi kan observere individuell inntekt, men ikke referansegruppen. Hvis det er liten inntektsulikhet innen referansegruppene, men det er stor inntektsforskjell mellom gruppene, vil et individs inntekt gi oss lite informasjon, og høy inntekt er i liten grad korrelert med høy status. Er det stor spredning innen gruppene, men liten spredning på tvers, vil individets inntekt gi oss mye informasjon. I dette tilfellet vil høy inntekt gi høy forventet helse. På denne måten vil den forventede helsen for gitt inntekt avhenge både av spredningen innen referansegruppen og spredningen på tvers av referansegrupper. Dette betyr at helningen på den «sosiale gradienten» avhenger av graden av ulikhet innen referansegruppene i forhold til graden av ulikhet på tvers av referansegruppene. Et eksempel er skandinaviske land som er forholdsvis egalitære, og hvor det ikke nødvendigvis er stor spredning på tvers av referansegruppene. Absolutt inntekt kan derfor gi mer informasjon om status i Skandinavia enn i mer klassesdelte land, og den sosiale gradienten kan bli brattere.

Betydningen av status og psykososialt stress

Som nevnt over tar RIH utgangspunkt i at status skaper stress noe som igjen gir en negativ helsevirkning. Betydningen av status har fått økt fokus de siste årene, blant annet som følge av studiene til Michael Marmot. I 2004 publiserte han boken «*The status syndrom*», der han viser at helseforskjellene mellom ulike statusgrupper i vestlige land bare i begrenset grad kan forklares med tradisjonelle faktorer som tilgang til materielle ressurser og helsetjenester, livsstil og genetikk. Marmot hevder at helseforskjellene i industrialiserte land primært har en sosialpsykologisk forklaring som knytter seg til at folk i lavere sosiale lag har manglende sosiale nettverk og støttesystemer. De har begrenset kontroll over sin egen hverdag og de mangler muligheten til å delta i det offentlige liv. Dette fører igjen til sosialt stress som bidrar til svekket helse langs nærmest alle dimensjoner.⁵ Marmot viser at dette bildet bare blir tydeligere med tiden. Selv om økt velstand i vestlige land gjennom de seneste tiår har bidratt til bedre helse i alle sosiale lag, blir det stadig mer gunstig å tilhøre de øvre sosiale lag, da forbedringene i helse særlig har kommet blant disse. Den sosiale gradienten har blitt brattere. Deaton (1999) nevner noen forklaringer på dette som at tilfeller av hjertesykdommer blant høyt utdannede har falt, samtidig som avkastningen av utdanning har blitt større slik at inntektsforskjellene mellom høyt- og lavt utdannede er større enn før.

Eriksen og Ursin (2002) tar utgangspunkt i kognitiv stressteori for å forklare hvordan helseulikheter utvikles. Gjentatte erfaringer av ikke å mestre sosiale krav fører til hjelpeløshet eller håpløshet, og dette henger igjen sammen med utvikling av en usunn livsstil. Sosialt miljø og utdanning bidrar til å skille mellom dem som opplever mestring og dem som ikke gjør det. I engelskspråklig litteratur brukes begrepet «allostatic load» (se f.eks. Smith, 1999) som en betegnelse for det kumulative stresset som kroppen utsettes for. Den er i stand til å takle en del press, men gjentatt stress over en lengre periode gjør det vanskelig for kroppen å gå tilbake til normalsituasjonen. Empiriske studier basert på kognitiv dissonansteori (Festinger, 1962;

⁴ Man kan tenke seg flere muligheter. En er at kun helsen til de med lav relativ inntekt endres negativt, mens de med høy relativ inntekt ikke får noe helsepåslag. Den andre muligheten er at i tillegg til negative helsevirkninger av lav status, vil høy status gi helsemessige gunstige virkninger. I det første tilfellet, vil inntektsulikhet skape et fall i gjennomsnittshelsen under RIH utover det som skjer under AIH. Mens det i det andre tilfellet ikke er klart hvordan gjennomsnittshelsen endres. Effektene av inntektsomfordeling på helse vil imidlertid bli større under RIH enn under AIH.

⁵ En norsk studie som viser at lav sosial status kan gi opphav til en rekke stressrelaterte sykdommer som hjerte- og karrelaterte lidelser og hodepine er Hagen (2003).

Akerlof og Dickens, 1982) støtter opp under tilsvarende mønstre. Denne teorien tilsier at personer som ikke oppnår forventet resultat gjennom sine handlinger, gjerne søker forklaringer som ligger utenfor deres egen kontroll. Dersom muligheten for slike alternative forklaringer fjernes, opplever individene betydelig psykisk stress, gjerne over en lang tidshorison.

Betydningen av sosial kapital: Wilkinson-hypotesen

RIH danner grunnlaget for Wilkinson-hypotesen som har vært mye diskutert i litteraturen de siste 10 årene. Wilkinson (1996) påviste positiv korrelasjon mellom inntektsfordeling og forventet levealder i ni industrialiserte land, og fant at gjennomsnittelig dødelighet ikke er relatert til gjennomsnittlig inntekt, men til inntektsforskjeller. Egalitære land som Norge og Sverige har to til tre år høyere forventet levealder enn land som USA, Storbritannia og Vest Tyskland. Wilkinson hevdet at graden av økonomisk ulikhet i et samfunn har innvirkning på helsen i alle samfunnslag. For samme gjennomsnittlige inntektsnivå, vil folkehelsen være dårligere der det er størst skjevhet i fordelingen av inntekt. Dette stemmer med AIH og også under RIH under forutsetningene diskutert over, men i tillegg hevder Wilkinson at sosial ulikhet over et visst nivå vil føre til omgivelser preget av mistillit, manglende respekt og høyt aggresjonsnivå; den sosiale kapitalen i samfunnet vil gå ned. Inntektsulikhet skaper et høyt stressnivå i samfunnet via psykososiale mekanismer. Sammen med økt vold og kriminalitet vil dette påvirke helsen i alle samfunnslag negativt. Dette har også blitt kalt inntektsulikhetshypotesen hvor ulikhet blir sett på som et fellesonde som påvirker alle innbyggerne i samfunnet negativt. En implikasjon er derfor at også de rike vil få bedre helse av et mer egalitært samfunn.

Flere studier har forsøkt å teste hypotesen. I hovedsak har studier på aggregerte data, slike som Wilkinson (1996), funnet en positiv korrelasjon mellom inntektsulikhet og helse. Et problem med testing av hypotesen er at bruk av aggregerte data gjør det vanskelig å skille ut effekten av AIH på resultatene (Gravelle, 1998; Wildman m.fl., 2003). Aggregerte data kan derfor gi korrelasjon selv om RIH ikke gjelder. Studier på individdata finner som regel ikke en positiv sammenheng fra inntektsulikhet til helse. Jennifer Mellor og Jeffrey Milyo har f.eks. publisert flere arbeider hvor de ikke finner empirisk støtte for at inntektsulikhet påvirker helsen. I Mellor og Milyo (2002) har de brukt individdata fra USA hvor de korrigerer for regionale for-

skjeller mellom statene. De finner ingen støtte for at inntektsulikhet påvirker helsen, verken i befolkningen generelt eller for de fattige. Konklusjonene basert på individdata har derfor ført til at flere mener at hypotesen er feilslått (Mackenbach, 2002).

Det har nylig kommet to norske studier som har forsøkt å teste den ved hjelp av individdata (registerdata). Elstad mfl. (2005) finner at dødeligheten i Norge på 1990-tallet var høyere i områder med skjev inntektsfordeling. Dette gjaldt imidlertid hovedsakelig personer med lavere utdanning. Noe støtte for hypotesen finner Kravdal (2006) også, men ved å korrigere for forskjeller mellom kommuner blir sammenhengen svakere, og han finner faktisk mer støtte for at inntektsforskjeller kan redusere dødeligheten.

Andre effekter på helse av relative inntektsforskjeller

Det å være fattig i et rikt strøk kan gi negative statuseffekter som beskrevet over. Men det kan også være andre mekanismer som kan spille inn og som ikke nødvendigvis er negative. Hvis prisene på lokalt produserte varer eller tjenester påvirkes av etterspørselen, kan f.eks. prisene på helsetjenester være lavest i områder med lav inntekt. For et individ kan det derfor være gunstig å bo i et lavinntektsområde, men det å bo i et slikt område kan likevel være helseskadelig pga. mer forurensning, vold etc. Et argument i favør av høyinntektsområder er at hvis kostnadene er fallende med produksjonen, kan prisene bli lavest i disse områdene. En alternativ teori kan være at i områder med høy inntekt vil tilbudet av offentlige goder være bedre, noe som kan gi bedre helse. Men høyinntektsområder stemmer tradisjonelt konservativt. Dette kan gi et lavere tilbud av offentlige goder. Miller og Paxson (2006) har sett på betydningen for helsen for svarte amerikanere av å ha relativt rike naboer. De finner ikke hold for at dødeligheten påvirkes negativt av dette. Tvert i mot finner de at det å ha rike naboer reduserer dødeligheten.

Internasjonale sammenligninger

Det finnes flere internasjonale sammenligninger av sammenhengen mellom inntektsulikhet og helseulikhet, se også Grasdahl (2003). Studier som baserer seg på aggregerte data, finner som regel at land med større sosioøkonomiske forskjeller også har større helseforskjeller, ofte målt ved dødelighet eller forventet levealder. Wilkinson (1996) faller innenfor denne tradisjonen. Studier som baserer seg på individdata får ikke like entydige konklusjoner. I en omfattende studie av sammenhengen mellom sosial ulikhet

og helseforskjeller i en rekke europeiske land, fant Mackenbach m.fl. (1997) at forskjellene i dødelighet så vel som sykkelighet mellom ulike sosioøkonomiske grupper i Norge og Sverige er blant de største i Europa. Doorslaer og Koolman (2004) bruker EUs husholdsundersøkelse og har et langt rikere datamateriale enn tidligere studier. De finner fremdeles en positiv sammenheng mellom inntektsulikhet og helseulikhet, men sammenhengen er mindre entydig enn resultatene fra tidligere analyser, bl.a. kommer Danmark ut som et land med stor helseulikhet. Inntektsulikheten synes ikke å være en viktig drivkraft bak de observerte ulikhetene i helse. Norge er ikke inkludert i studien, men Grasdahl (2003) gjør noen beregninger basert på SSBs levekårsundersøkelse og den samme metoden som van Doorslaer og Koolman (2004). Hun finner at Norge vil plassere seg midt på treet sammenlignet med andre europeiske land når det gjelder helseulikhet, selv om vi er blant dem med lavest inntektsulikhet. Basert på disse studiene ser det ut til at land med mindre grad av sosioøkonomiske ulikheter, som de nordiske landene, ikke nødvendigvis har mindre forskjeller i helse.

Den teoretiske drøftingen i avsnittene over kan til en viss grad bidra til å forklare de empiriske resultatene. Brekke og Kverndokk (2006) gjør også et forsøk på dette. Ved å anta at lav status skaper stress som virker negativt inn på helse, sammenligner de to typer samfunn; egalitære og klassesdelte. Gode evner gir status, og status signaliseres ved høy inntekt eller konsum. I egalitære samfunn vil de med gode evner tjene mer enn de med dårlige, og også oppnå et bedre helsenivå gjennom høyere status og mindre stress. Arv vil være et forstyrrende element i klassesdelte samfunn. De fra overklassen med gode evner vil tjene mest og ha høy status og god helse, mens de fra arbeiderklassen med dårlige evner vil tjene minst, ha lav status og dårlig helse. I midten vil det være både folk fra arbeiderklassen med gode evner og folk fra overklassen med dårlige, men selv om disse gruppene vil kunne tjene omtrent det samme, vil ikke nødvendigvis helsen være lik. Hvis klasse er observerbart, vil de fra overklassen med dårlige evner fremstå som tapere og dermed få lav status og helse. Dette betyr at helse vil være dårligere korrelert med inntekt i klassesdelte samfunn enn i egalitære samfunn, men det trenger likevel ikke være flere med dårlig helse i egalitære samfunn. Velferdssamfunn skaper ikke problemet, men eksponerer det. Hvis derimot klasse ikke er observerbart, vil de fra overklassen med dårlige evner kunne blande seg med de fra arbeiderklassen med gode

evner i en felles middelklasse. Evnene vil ikke være observerbare for denne middelklassen. En fra overklassen med dårlige evner kan bli tatt for å være en fra arbeiderklassen med gode. I dette tilfellet vil faktisk klassesdelte samfunn ha mindre helseulikheter enn egalitære.

4 OPPSUMMERING

En konklusjon fra drøftingene over er at selv om det er en klar korrelasjon mellom absolutt inntekt og helse, er det ikke nødvendigvis sterke kausale sammenhenger, spesielt ikke fra inntekt og formue til helse. Det kan se ut som det er en sterkere sammenheng fra barns helse til inntekt og senere helseutfall, noe som bl.a. viser betydningen av god oppfølging av gravide og barn. Dette kan også tyde på at mange av de sosiale forskjellene vi ser i helse og inntekt kan skyldes at sosiale ulikheter overføres fra foreldre til barn, selv i et forholdsvis egalitært samfunn som det norske. Med andre ord kan det være faktorene som påvirker helse og inntekt i samme retning som har størst betydning. Om det er tilfellet vil man ikke nødvendigvis finne klare kausale sammenhenger mellom helse og inntekt. I så fall er det ikke enkle politikktiltak som skal til for å redusere helseforskjellene, men et bredt spekter av tiltak for sosial utjevning og integrering.

Selv om mange studier av individdata ikke finner noen klar sammenheng fra relativ inntekt til helse, utelukker det ikke at status har betydning for helsen. Det at man sammenligner seg med en referansegruppe og ikke nødvendigvis med hele befolkningen vil komplisere bildet, og kan være en årsak til at den kausale sammenhengen kan være svak. En utilsiktet negativ virkning av velferdsstaten kan være at referansegruppene blir større. Alle har i prinsippet like muligheter, noe som kan føre til at en som ikke lykkes i liten grad vil ha andre å skylde på. Mulighetene for alle til å ta en utdanning kan også gi en viss grad av seleksjon slik at det er de ressurssterke som kommer seg opp. Dette kan forsterke de sosioøkonomiske helseforskjellene. Disse forholdene kan føre til at absolutt inntekt kan gi et godt mål på status i velferdssamfunn, men ikke nødvendigvis i klassesdelte samfunn.

REFERANSER:

Adams, P., M. D. Hurd, D. McFadden, A. Merrill og T. Ribeiro (2003): «Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status», *Journal of Econometrics*, 112: 3-56.

- Akerlof, G. A. og W. T. Dickens (1982): «The Economic Consequences of Cognitive Dissonance», *American Economic Review*, vol. 72 (3), 307-319.
- Almond, D., K. Y. Chay og D. S. Lee (2005): «The costs of low birth weight», *Quarterly Journal of Economics*, 120(3): 1031-83.
- Asgeirsdottir, T. (2006): «Health and income: The case of Iceland», arbeid presentert på Nordic Health Economists Study Group Meeting (NHESG 2006), København, 17.-18. august.
- Attanasio, O. P. og C. Emmerson (2003): «Mortality, health status and wealth», *Journal of the European Economic Association*, 1(4): 821-850.
- Barsky, R. B., F. T. Juster, M. S. Kimball og M. D. Shapiro (1997): «Preference Parameters and Behavioral Heterogeneity: An Experimental Approach in the Health and Retirement Study», *Quarterly Journal of Economics*. Mai 1997; 112(2): 537-79.
- Behrman, J. R. og M. R. Rosenzweig (2004): «Returns to birth weight», *Review of Economics and Statistics*, 86(2), 586-601.
- Black, S. E., P. J. Devereux og K. G. Salvanes (2005a): «From the cradle to the labour market? The effect of birth weight on adult outcomes», Working Paper 11796, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Black, S. E., P. J. Devereux og K. G. Salvanes (2005b): «Why the apple doesn't fall far: Understanding intergenerational transmission of human capital», *American Economic Review*, Mars: 437-449.
- Brekke, K. A. og R. B. Howarth (2002): *Status, Growth and the Environment. Goods as Symbols in Applied Welfare Economics*, Edward Elgar, UK og USA.
- Brekke, K. A. og S. Kverndokk (2006): «Health inequality in Nordic welfare states - Better data or more inequality?», arbeid presentert på konferansen «Helseulikheter og velferdsstat», Soria Moria Hotell- og Konferansesenter, Oslo, 10.-11. oktober 2006.
- Burgess, S., C. Propper og J. A. Rigg (2004): «The Impact of Low Income on Child Health: Evidence from a Birth Cohort Study», Centre for Analysis of Social Exclusion, LSE, CASE Papers 85.
- Case, A., A. Fertig og C. Paxson (2005): «The lasting impact of childhood health and circumstance», *Journal of Health Economics*, 24: 365-389.
- Chapman, K. S. og G. Hariharan (1996): «Do Poor People Have a Stronger Relationship between Income and Mortality Than the Rich? Implications of Panel Data for Health-Health Analysis», *Journal of Risk and Uncertainty*, Januar 1996; 12(1): 51-63.
- Contoyannis, P., A. Jones og N. Rice (2004): «The Dynamics of Health in the British Household Panel Survey», *Journal of Applied Econometrics*. Juli-Aug. 2004: 19(4): 473-503.
- Deaton, A. (1999): «Inequalities in income and inequalities in health», NBER working paper 7141, National Bureau of Economic Research.
- Ehrlich, I. og H. Chuma (1990): «A model of the Demand for Longevity and the Value of Life Extension», *Journal of Political Economy*, 98(4): 761-782.
- Elstad, J. I. (2005): «Sosioøkonomiske ulikheter i helse - teorier og forklaringer», Sosial- og helsedirektoratet.
- Elstad, J. I., E. Dahl og D. Hofoss (2005): «Skjev inntektsfordeling og geografiske forskjeller i dødelighet», *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 22: 3082-84.
- Eriksen, H. R. og H. Ursin (2002): «Social inequalities in health: Biological, cognitive and learning theory perspectives», *Norsk Epidemiologi*, 12(1): 33-38.
- Festinger, L. (1962): *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford University Press, Stanford, CA.
- Folland, S. (2006): «Value of Life and Behavior toward Health Risks: An Interpretation of Social Capital», *Health Economics*. Februar 2006; 15(2): 159-71.
- Frijters, P., J. P. Haisken-DeNew og M. A. Shields (2005): «The causal effect of income on health: Evidence from German reunification», *Journal of Health Economics*, 24: 997-1017.
- Grasdal, A. (2003): «Sosial ulikhet og ulikhet i helse. Hva viser komparative studier?», *Økonomisk forum*, 2, 26-33.
- Gravelle, H. (1998): «How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact?», *British Medical Journal*, 316: 382-85.
- Grossman, M. (1972): «On the concept of health capital and the demand for health». *Journal of Political Economy*, 80: 223-255.
- Grossman, M. (2003): «Household Production and Health». *Review of Economics of the Household*, 1: 331-342.
- Hagen, K. (2003): «Head-HUNT - jakten på årsaker til hodepine», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123(8): 1072-4.
- Hægeland, T. (2002): «Inntektsulikhet og avkastning av humankapital i Norge 1970-97», *Økonomisk forum*, 6: 34-40.
- Jäntti, M., B. Bratsberg, K. Røed, O. Raaum, R. Naylor, E. Österbacka, A. Björklund og T. Eriksson (2005): «American exceptionalism in a new light: a comparison of intergenerational earnings mobility in the Nordic countries, the United Kingdom and the United States», Memorandum 34/2005, Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Kravdal, Ø. (2006): «A Fixed-Effects Analysis of How Income Inequality in a Municipality Affects Individual Mortality in Norway», HERO skriftserie 2006:5.

- Kristensen, P., T. Bjerkedal, og L. M. Irgens (2004): «Birthweight and work participation in adulthood», *Int. J. Epidemiol.* 33: 849-856.
- Kverndokk, S. (2006): «Sammenhengen mellom inntekt, inntektsulikhet og helse», HERO skriftserie 2006:8.
- Kverndokk, S. og S. A. C. Kittelsen (2004): «Investments in education and health», arbeid presentert på Nordic Health Economists Study Group Meeting (NHESG 2004), Reykjavik, 20.-21. august.
- Lindahl, M. (2005): «Estimating the Effect of Income on Health and Mortality Using Lottery Prizes as an Exogenous Source of Variation in Income», *Journal of Human Resources*. Vinter 2005; 40(1): 144-68
- Ludbrook, A. og K. Porter (2004): «Do Interventions to Increase Income Improve the Health of the Poor in Developed Economies and Are Such Policies Cost Effective?», *Applied Health Economics and Health Policy*, 3(2): 115-20.
- Mackenbach, J. P. (2002): «Income inequality and population health – Evidence favouring a negative correlation between income inequality and life expectancy has disappeared», *British Journal of Medicine*, 324: 1-2.
- Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A. E. J. M., Groenhouf, F. og J.J.M. Geurts (1997): «Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe», *The Lancet*, 349: 1655-59.
- Marmot, M. (2004): *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity*, Times Books, New York.
- Meer, J., D. L. Miller og H. S. Rosen (2003): «Exploring the health-wealth nexus», *Journal of Health Economics*, 22: 713-730.
- Mellor, J. M. og J. Milyo (2002): «Income inequality and health status in the United States – Evidence from the current population survey», *Journal of Human Resources*, 37(3): 510-539.
- Miller, D. L. og C. Paxson (2006): «Relative income, race and mortality», *Journal of Health Economics*, 25: 979-1003.
- Mullahy, J., S. Robert og B. Wolfe (2004): «Health, Income and Inequality», i K. M. Neckerman (red.): *Social Inequality*, Russell Sage Foundation, New York.
- Ringard, Å., G. Botten og T. P. Hagen (2006): «Sosial ulikhet i bruk av private helsetjenester i Oslo», arbeid presentert på Den åttende nasjonale helseøkonomikonferansen, 22.-23. mai 2006, <http://www.hero.uio.no/konferanse/>.
- Rodgers, G. B. (1979): «Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis», *Population studies*, 39: 343-51.
- Sanz-de-Galdeano, A. (2005): «The obesity epidemic in Europe», IZA discussion paper no. 1814, The Institute for the study of labor, Bonn.
- Seligman, M. E. P. (1975): *Helplessness: On depression, development and death*, W. H. Freeman, San Francisco.
- Smith, J.P. (1999): «Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation Between Health and Economic Status», *Journal of Economic Perspectives*, 13(2): 145-166.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): «Gradientutfordringen», Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosial ulikheter i helse.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge* (Folkehelsemeldinga), Helsedepartementet.
- Thaler, R. og H. M. Shefrin (1981): «An Economic Theory of Self-Control», *Journal of Political Economy* 89 (2),349-406.
- Van Doorslaer, E. og X. Koolman (2004): «Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries», *Health Economics*, 13: 609-628.
- Webley, P. og E. K. Nyhus (2006): «Parents' Influence on Children's Future Orientation and Saving», *Journal of Economic Psychology*. Februar 2006; 27(1): 140-64.
- Wildman, J. (2001): «The impact of income inequality on individual and societal health: absolute income, relative income and statistical artefacts», *Health Economics*, 10: 357-361.
- Wildman, J., H. Gravelle og M. Sutton (2003): «Health and Income Inequality: Attempting to Avoid the Aggregation Problem», *Applied Economics*. Juni 2003; 35(9): 999-1004.
- Wilkinson, R. G. (1996): *Unhealthy societies: the affliction of inequality*, London: Routledge.



STEINAR STRØM
Professor ved Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo

Apotekene*

Apotekloven fra 1. mars 2001 ha gjort at tilgjengeligheten til apotek tjenester og legemidler har økt, uten at ressursbruken har gått opp. På grunn av tredjepartsfinansiering av legemidler på blå resept, loyale leger, regulering av en intern pris i vertikalt integrerte grossist/apotek foretak, og en apotekpolitikk som ikke bruker konkurranse som virkemiddel til å få redusert prisene som pasientene og skattebetalerne betaler, har ikke det nye apotekmarkedet gitt merkbare reduksjoner i realprisene på reseptbelagte legemidler. Et effektivt virkemiddel som ikke er prøvd, er å øke egenandelen på kjøp av legemidler på blå resept.

1 EN OFFENTLIG UTREDNING

Vinteren 1995-1996 ble jeg spurt av daværende helse- og sosialminister Gudmund Hernes om å lede en utredning av rammevilkårene for omsetning av legemidler i Norge. Jeg hadde ikke noe annet valg enn å si ja. Utvalget som jeg ledet (heretter kalt L-utvalget), ble nedsatt i januar 1996. Utredningen, «Rammevilkår for omsetning av legemidler» ble ferdig i januar 1997 og er trykket i NOU 1997:6. Utredningen inneholdt mange forslag som regjeringen stort sett fulgte opp i den nye apotekloven av 1. mars 2001. Det forslaget i utredningen, og lovfestet i den nye apotekloven, som fikk mest oppmerksomhet, var forslaget om fri etablering av apotek.

Det var flere grunner til at regjeringen i 1996 ønsket å få utredet rammevilkårene for omsetning av legemidler. For

det første hadde apotekmarkedet vært uendret i flere århundre. Beslutningen om etablering av apotek var et offentlig anliggende. Statens Helsetilsyn besluttet hvor apotek skulle lokaliseres og det ble lagt vekt på at apotekene ikke skulle ligge for tett, selv i tett befolkete områder. Retten til å åpne og drive apotek var forbeholdt personer med cand.pharm. grad. I perioden 1985 til 1996 ble 13 av 300 apoteklisenser gitt til personer med tilknytning til nettopp Statens Helsetilsyn, noe som ikke er en helt grei offentlig forvaltningspraksis. Apoteketableringer var derfor basert på ikke helt patente beslutninger i et offentlig organ og hvor etableringen i for liten grad tok hensyn til endringer i befolkningens lokaliseringer og interesser for tilgang på apotek.

For det andre var det ikke tillatt å selge reseptfrie legemidler som nese- og paracetol og likende utenom apo-

* Se «The pharmaceutical market in Norway» av Dag Morten Dalen og Steinar Strøm for en grundigere drøfting av apotekmarkedet i Norge og spesielt av prisreguleringer (kommer i bok utgitt av Konkurransetilsynet).

tek. Det var åpenbare grunner for å tillate salg av reseptfrie legemidler utenfor apotek, det vil si i dagligvareforretninger, bensinstasjoner og kiosker. Motargumentet fra apotekerne og fra farmasøytisk hold var at en slik lett tilgjengelighet kunne gi overforbruk av legemidler, kanskje endog med dødelige utfall. Til det er å si at det er også mye annet enn legemidler som en lett kan kjøpe i alle slags forretninger og som i passende doser og bruksmåter kan ha fatale følger som tobakk, rusbrus, ugrasmidler, øks, hammer, biler og ski, snowboard, mmm.

For det tredje var det i Norge, som i mange andre land, en økende bekymring hos myndighetene for de konsekvenser et stadig og raskt økende forbruk av legemidler ville få for statlige utgifter. I Norge og de fleste andre land dekker staten en betydelig del av pasientenes utgifter til reseptbelagte medisiner. I dagens Norge blir omlag 70 prosent av alle utgifter til medikamentene dekket av skattebetalerne og ikke av brukerne av medikamentene. Utgifter til legemidler som staten refunderer, er på blå resept. I 2003 utgjorde egenbetalingene på disse reseptene beskjedne 8,5 prosent i gjennomsnitt.

Grunnene til den raske og sterke veksten i bruk av legemidler er aldrende befolkninger i de fleste vestlige land, økende inntekter og nye og dyrere legemidler, samt svake prisresponser i etterspørselen etter legemidler.

Årsakene til de svake prisresponsene er blant annet:

- styrkeforholdet mellom de mektige produsentene av legemidler på den ene siden og grossister, apotek og offentlige legemiddelmyndigheter på den andre siden,
- tredjepartsfinansiering av utgifter til legemidler, jfr de relativt lave egenandeler på legemidler på blå resept i Norge,
- lojalitetsbånd mellom pasientenes agenter i valg av legemidler, dvs legene, og legemiddelindustrien. I løpet av utvalgsarbeidet i 1996 ba L-utvalget en allmenlege i Oslo notere ulike typer henvendelser fra legemiddelindustrien. I løpet av 45 høstdager i 1996 fikk vedkommende 84 (ikke email) brev fra 33 forskjellige legemidelfirma, 19 invitasjoner til møter og konferanser, 6 invitasjoner til gastro-begivenheter, 22 invitasjoner til å høre på foredrag, 18 middagsinvitasjoner og 6 reisetilbud, hvorav 2 var til utlandet.

Det er åpenbart ikke lett å få pasienter/leger til å velge billigere medisiner blant ellers likverdige legemidler.

Legemidler er patentbeskyttet i et visst antall år etter at de er blitt utviklet og er kommet på markedet. Grunnen til at myndighetene i de fleste land har gitt legemiddelindustrien en slik beskyttelse er at en ønsker at det skal bli utviklet nye legemidler. Det er svært ressurskrevende å utvikle nye legemidler, ikke minst på grunn av at i de aller fleste tilfeller mislykkes en i å frembringe et nytt og salgbart legemiddel. Etter at patenttiden på et legemiddel, dvs på en kjemisk substans, er utløpt kan legemiddelet kopieres, noe som er relativt sett lite ressurskrevende. Dermed kan det opprinnelige preparatet erstattes av et kopipreparat (generisk substitusjon) og det kan bli en konkurranse mellom det opprinnelige preparatet og kopipreparatene (generisk konkurranse). Ulike originalpreparater, med ulikt kjemisk innhold, kan benyttes mot de samme lidelser. Et godt eksempel er legemidler mot høyt kolesterol. En konkurranse mellom originalpreparater som kan lindre samme problem, kalles terapeutisk konkurranse. Et originalpreparat kan selges i flere land og til ulike priser. Billigst har legemidler vært i Sør-Europa. Ved å importere originalpreparater fra land hvor de selges billig kan det oppstå konkurranse mellom et patentbeskyttet produkt markedsført i Norge og samme produkt importert fra et land i EU (parallellimport).

2 DEN NYE APOTEKLOVEN OG FRI ETABLERING AV APOTEK

Den nye apotekloven av 1. mars 2001 innførte fri etablering av apotek. En trengte ikke lenger en cand.pharm grad for å eie et apotek, og beslutningen om lokalisering av apotek og hvor tett de skulle ligge var ikke lenger en sak for et offentlig organ, men for markedsorienterte eiere av apotek. I tråd med utvalgsinnstillingen fra 1997 var det ingen hindringer for at grossister kunne eie et detaljistforetak, dvs et apotek. Legemiddelprodusenter og leger ble ikke tillatt som eiere.

Flertallet i L-utvalget, inklusive meg selv, var av den oppfatning at det kunne gi stordriftsfordeler på innkjøps- og logistikksiden om grossister eide apotek. Dessuten var jeg av den oppfatning at dersom eierne av apotek skulle bli internasjonale kjedeforetak kunne styrkeforholdet mellom apotek og legemiddelindustri endre seg i favør av innkjøperne. Videre var jeg av den oppfatning at apotek og grossister i Norge kunne være lettere å hankses med for norske myndigheter enn den internasjonale og mektige legemiddelindustrien. Legemiddelprisene i Norge kunne dermed bli lavere.

Nesten umiddelbart etter at apotekloven kom ble et stort antall apotek kjøpt opp av grossistforetak. Over natten ble en flere hundre års apotek struktur i Norge endret. Det var overraskende hvor fort apotekeierne i cand. pharm regimet solgte unna apotekene. I dag er mer enn 90 prosent av apotekene i Norge eid av tre grossistforetak og vi har dermed fått kjedeapotek (sykehusapotek er ikke kjøpt opp):

- Apotek 1 med grossist Apokjeden og med det finske grossistfirmaet Tamro OYJ som majoritetseier,
- Vitusapotek og Ditt Apotek, med grossist NMD, eid av det tyske grossistfirmaet Celesio,
- Norges Apotek og Alliance apotekene, grossist Holtung, eid av det britiske grossistfirmaet Alliance Unichem Plc.

I apotekmarkedet har vi dermed fått en horisontal integrasjon i detaljistleddet (apotekene) og en vertikal integrasjon mellom detaljistledd og grossistledd.

Den nye apotekstrukturen har gitt økt konkurranse med hensyn til lokalisering av apotek og tilgjengelighet til tjenestene i et apotek. Siden apotekloven kom har antall apotek økt fra omlag 370 apotek til 560. De fleste nyetableringene er kommet der folk flest bor, dvs i byer og tettsteder. Antall innbyggere per apotek har sunket fra over 11000 til godt under 9000. Det er likevel langt ned til nivået i USA og Kontinental Europa (rundt 5000 innbyggere per apotek). Åpningstidene har økt med rundt 2 timer per uke. Flere apotek og lengre åpningstider har gjort at det totale antall tilgjengelige "apotek-uke-timer" har økt fra rundt 17000 fra før apotekloven kom til rundt 23 000 i dag. Langt flere apotek er blitt selvbetjente (i dag er omtrent 80 prosent selvbetjente), noe som har redusert ventetiden i apotek. Den totale bruk av arbeidstimer i apotekene har imidlertid ikke økt og ansatte med cand. pharm grad har gått ned og gjort at denne høyt kvalifiserte arbeidskraften kan arbeide med mer krevende oppgaver. Antallet med lavere utdanning i apotekene har gått tilsvarende opp.

Den nye apotekloven har dermed gitt befolkningen mer og bedre tilgang på apotek tjenester samtidig som ressursbruken ikke har gått opp.

Da den nye apotekloven var i ferd med å bli innført, ble det lagt et tak på antall nye apotek som kunne etableres i sentrale strøk. Begrunnelsen var at en var redd for at utkant Norge ville få et svekket apotektilbud. Etablerings-

taket i sentrale strøk førte til at prisen som kjøperne av apotek (de tre kjedene) måtte betale til de gamle eierne ble ganske høye. Flere av de cand. pharmere som hadde fått seg et apotek i byområder og som solgte til kjedene, fikk svært godt betalt for apotekene. Flertallet i L-utvalget var av den oppfatning at slikt etableringstak i sentrale strøk var unødvendig og langt fra det mest effektive en kunne gjøre. Det fantes langt mer effektive virkemidler for å ivareta apotek tjenestene til distrikts-Norge. Rett etter at apotekloven kom tok da også en av grossistene, NMD, kontakt med myndighetene og garanterte for leveranser av apotek tjenester i tilfelle av leveringsproblemer i distriktene mot at myndighetene avvirket etableringstaket i sentrale strøk. Det ble da gjort og verdien av og prisen på apotek i sentrale strøk sank. Garantien om å betjene distrikts-Norge i tilfelle av leveringsproblemer har bare trådt i virksomhet tre ganger og er nå avvirket.

3 PRISREGULERING, VERTIKALTE INTERGRERTE FORETAK OG TILTAK FOR Å REDUSERE PRISENE

Siden 1928 har legemiddelpriser vært regulerte i Norge. Dagens reguleringsregime skriver seg fra desember 1994. Før dette var prisen som grossisten betalte legemiddelindustrien, regulert. I reguleringsregimet fra 1994 blir prisen som et apotek betaler grossisten regulert, samtidig som utsalgsprisen til apoteket er regulert. Det ble samtidig innført en gevinstdelingsmodell som var slik at dersom et apotek fikk kjøpt et legemiddel fra en grossist til en lavere pris enn den regulerte innkjøpsprisen, så skulle apoteket og legemiddelbrukeren (pasienten) dele differansen mellom den regulerte maksprisen ved salg til pasient og den utsalgspris som ville følge av å legge en regulert profitmargin på den faktiske innkjøpsprisen til apoteket.

L-utvalget, pekte på at med vertikalt integrerte apotek/grossist foretak hadde det ingen mening å regulere en pris innad i et vertikalt foretak, dvs innkjøpsprisen til apoteket, og at gevinstdelingsmodellen ikke ville gi billigere legemidler for apotekene; tvert om så ville det vertikalt integrerte foretaket være mest tjent med at innkjøpsprisen til apoteket ble satt internt lik den maksimalt mulige i henhold til reguleringen av innkjøpsprisen. Flertallet i L-utvalget foreslo i stedet at en skulle gå tilbake til regulering av den pris grossisten betaler legemiddelindustrien, samt regulering av apotekenes utsalgspris. Dette kombinert med gevinstdelingsmodellen ville kunne gi det vertikalt integrerte selskapet et motiv til å kjøpe inn billigere lege-

midler, samtidig som pasientene og skattebetalerne ville spare penger. Men slik ble det ikke og vi har fortsatt en regulering av en intern pris i et vertikalt foretak (og regulering av maksimale utsalgspriser i apotek). Med et slikt opplegg har det vertikalt integrerte foretaket et insentiv til å benytte sin innkjøpsmakt overfor legemiddelindustrien til å presse innkjøpsprisene ned og til å lete etter billigere alternativer til glede for seg selv, men ikke for pasienter og skattebetalere.

I tråd med L-utvalgets anbefalinger innførte regjeringen generisk substitusjon i 2001 i forbindelse med den nye apotekloven. For et utvalg av omtrent 100 legemidler ble apotekene gitt anledning til å levere til pasienten et billigere produkt med samme kjemiske substans enn det legen hadde forskrevet, så sant legen ikke aktivt hadde motsatt seg dette på resepten. Det vertikale delte foretaket fikk da et insentiv til å kjøpe inn og levere ut et legemiddel som for dem var billigere i innkjøp, men det var ingen direkte insentiver for det vertikalt delte foretaket å la de lavere innkjøpsprisene komme pasienter og skattebetalere til gode. Det eneste grunnen til å selge til lavere priser enn prisen på dyrere originalpreparater var å sørge for at pasienten så en lavere pris slik at en alternativ utlevering kunne rettferdiggjøres. Markedet for generiske produkter har derfor ikke blitt så livlig som det er i våre naboland, noe som henger sammen med forskjellen i eierstrukturen i apotekmarkedet i de skandinaviske landene og bibehold i Norge av reguleringsregimet fra desember 1994 med en regulering av en intern pris i et vertikalt integrert foretak.

I mars 2003 ble det innført et nytt insentiv system. Utsalgsprisen i apotek for et utvalg av legemidler ble satt lik gjennomsnittet av grossistenes innkjøpspris de foregående månedene pluss tillatte og regulerte påslag i grossist og detaljistleddet. Denne utsalgsprisen i apotek ble kalt indeksprisen. Klarte de vertikalt integrerte grossist-apotek kjedene å få kjøpt legemidler til lavere priser og selge dem i apotekene ville de apotekene (kjedene) oppnå en gevinst. Hvis innkjøpsprisene ble høyere, måtte apotekene bære tapet. Indeksprisen skulle oppdateres hver tredje måned. Indeksprisen-regimet har karakter av en målestokk-konkurranse. Arkitekten bak forslaget var Dag Morten Dalen. Etter altfor kort tid ble indekspris-regimet evaluert av

ECON¹ på oppdrag fra Helsedepartementet og konklusjonene var at indeks-prisregimet ikke virket. I andre analyser av ordningen finner en at indeks-prisregimet bidro til lavere utsalgspriser.^{2 3}

Det neste prisdempende tiltaket som kom, ble foreslått av apotekbransjen. Bransjen selv tilbød myndighetene å erstatte indeksprisen med en garantert nedtrapping av prisene på kopipreparater (generika) til et på forhånd fastsatt nivå, også kalt trappetrinnsmodellen. Myndighetene sa ja og ga dermed opp å bruke konkurranse som virkemiddel til å oppnå lavere utsalgspriser i apotekene. De vertikalt integrerte apotek-grossist foretakene visste hvilke innkjøpspriser de kunne oppnå og Norges Apotekforening har ikke lagt skjul på at denne trappetrinnsmodellen var lønnsom for apotekene i forhold til et regime hvor konkurranse skulle presse prisene ned. Statens legemiddelverk har da også gitt uttrykk for at trappetrinnsmodellen vil gi vedvarende høyere priser på generiske legemidler i Norge enn i andre land som det er naturlig å sammenlikne seg med, og hvor generisk substitusjon og konkurranse er virkemidlene.

Det at det er bare tre store aktører i apotek-grossist markedet er ikke til hinder for at det kan oppstå en effektiv konkurranse. I en analyse av det nordiske markedet for EPO finner vi at selv med to, senere tre, selgere av produktet har priskonkurransen virket⁴. Riktignok er kjøperne i EPO markedet mer prisbevisste (blant annet sykehus) enn i et vanlig personmarked, men likevel. Forøvrig bør det være en sak for Konkurransetilsynet å undersøke om det er prissamarbeid mellom de tre apotekkjedene. Det bør også være aktuell oppgave å foreta en evaluering av Norges Apotekforenings rolle i det nye apotekmarkedet som oppsto etter at den nye apotekloven kom i 2001.

4 SALG AV LEGEMIDLER UTENOM APOTEK

Allerede i 1996 uttalte Konkurransetilsynet at det burde vurderes å tilatte salg av reseptfrie legemidler utenom apotek. Også L-utvalget foreslo dette. I november 2003 tillot myndighetene at enkelte reseptfrie legemidler kunne selges utenom apotek. I 2006 har over 5700 utsalgssteder tilatelse til å selge reseptfrie legemidler.⁵ Det er Statens

¹ ECON: *Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet, Rapport nr 10, 2004*

² Brekke, K., Grasdahl, A., Holmås, T.H., Steen, F og K.Sunnevig: *Evaluering av ny apoteklov og indeksprissystemet, Rokkan Notat 21, 2003.*

³ Dalen, D. M., Haabeth, T. og S. Strøm: *Price Regulation and generic competition in the pharmaceutical market, European Journal of Health Economics, No 3, 2006.*

⁴ Sorisio, E. and S.Strøm: *Innovation and Market Dynamics in the EPO Market, Memorandum fra Økonomisk institutt, nr 12, 2006.*

Legemiddelverk som gir tillatelse til salg. Ordningen kalt LUA (Legemiddel Utenom Apotek) gjelder bare reseptfrie preparater med markedsføringstillatelse for produkter av typen smertestillende, febernedssettende, slimhinneavsvellende, syrenøytraliserende for mage og tarm, vitaminer og mineraler, samt røykeavvenningsprodukter. Alle utsalgssteder som vil delta i LUA ordningen er pliktige til å ha et visst minimumsutvalg av disse legemidlene. Mattilsynet har ansvaret for tilsynet med utsalgsstedene. Ordningen er en prøveordning og gjelder ut 2007. Alt tyder på at LUA er kommet for å bli og at ordningen kan bli utvidet.

Utsalgsteder i LUA har for tiden rundt 15% av markedet og er en konkurrent for apotekene. Apoteknæringen prøvde da også å få legemiddelindustrien til ikke å selge merkevarer som IBUX og PARACET til utsalgssteder utenom apotek. Saken ble klaget inn for Konkurransetilsynet som sendte ut varsel om at de ville forby apotekene å inngå enerettsavtaler (Konkurransetilsynet, 2003: Flere utsalgssteder for reseptfrie legemidler). Konkurransetilsynet var forøvrig kritisk til at utsalgssteder utenom apotek ikke fikk lov til å drive markedsføring og til at produktene måtte være innelåst, mens de er i selvbetjente hyller i apotekene. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at LUA ordningen ikke har bidratt til at det samlede salget av reseptfrie legemidler har økt. Legemiddelindustriforeningen (LMI: 2006) har ønsket en utvidelse av ordningen, trolig ikke bare av hensyn til forbrukerne men også for å få svekket forhandlingsmakten til innkjøpsiden i det norske legemiddelmarkedet.

I en hovedoppgave til mastergraden i økonomi ved Universitetet i Oslo⁶ finner Hild T. Linde at prisen til reseptfrie legemidler i LUA ordningen og som inngår i det faktiske utvalget som utsalgssteder utenom apotek selger, har hatt en fallende realpris ved salg i apotek etterat ordningen ble innført, mens de øvrige reseptfrie legemidler solgt i apotek i denne perioden har steget reelt sett i pris. Konkurransen har dermed virket.

5 KONKLUSJON

Den nye apotekloven førte til at tilgjengeligheten til apotek tjenester og legemidler har økt, uten at ressursbruken har gått opp. Dels skyldes dette flere nye apotek og dels skyldes det salg av reseptfrie legemidler utenom apotek. På grunn av tredjepartsfinansiering av legemidler på blå resept, loyale leger, regulering av en intern pris i vertikalt integrerte grossist/apotek foretak, og en apotekpolitikk som ikke bruker konkurranse som virkemiddel til å få redusert prisene som pasientene og skattebetalerne betaler, har ikke det nye apotekmarkedet gitt merkbare reduksjoner i realprisene på reseptbelagte legemidler. Et effektivt virkemiddel som ikke er prøvd, er å øke egenandelen på kjøp av legemidler på blå resept. En slik økning vil gjøre pasienter og deres agenter, legene, mer prisbevisste og kan føre til lavere priser på legemidler og et livligere kopipreparatmarked i Norge. Den totale andelen som pasientene betaler i Norge på utgifter til refunderbare legemidler, utgjorde 8,5 prosent i 2003. Til sammenlikning var de tilsvarende andelen 31,4 prosent i Danmark og 22,1 prosent i Sverige.⁷

⁵ Folkehelseinstituttet: *Medisinutsalg i butikk øker ikke forbruken*, 2006, folkehelse.no

⁶ H.T. Lind: *Reseptfrie legemidler*, Master Thesis, Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo, 2006

⁷ *Legemiddelindustrien: Facts and Figures*, 2006.

Jan Abel Olsen:

Helseøkonomi – effektivitet og rettferdighet

Cappelen Akademisk Forlag, 2006

ANMELDT AV FREDRIK CARLSEN
Institutt for samfunnsøkonomi, NTNU

Jan Abel Olsen er professor i samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Han har begått en bok som i følge forlaget gir: «.. en grundig innføring i faget helseøkonomi skrevet og tilrettelagt for studenter innenfor medisin og helsefagene. Lettfattelig og oversiktlig presenterer forfatteren sentrale modeller som

Boken gir en god fremstilling av avveiningene som må gjøres ved valg av finansieringsmodeller og ved prioritering mellom sektorer, tjenester og pasienter.

ligger til grunn for hvordan helsevesenet kan finansieres, og hvordan helseforbedringer og kostnadseffektivitet kan beregnes».

Jeg er enig med forlaget. Boken gir en god fremstilling av avveiningene som må gjøres ved valg av finansieringsmodeller og ved prioritering mellom sektorer, tjenester og pasienter. Budskapet bæres av et muntlig, flytende språk med humoristisk snert. Forfatteren er også forbillidlig når det gjelder å skille mellom faglige resultater og egne eller

«manges» oppfatninger. Dessuten er boken velsignet kort: forfatteren faller ikke for fristelsen til å briljere med hvor mye han kan ved å fylle på med faktaopplysninger og referanser, men konsentrerer seg om å få frem viktige resonnerer. På plussiden kommer også forslagene til videre lesning og henvisninger til nyttige websider etter hvert kapittel. Boken burde være godt egnet som lærebok i helseøkonomi for studenter uten særlige forkunnskaper i økonomi.

Bokas kapitler kan sies å falle i to deler. I første del (kapitlene 2-3) forklares grunnleggende effektivitetsmål (teknisk-, kostnads- og allokeringseffektivitet) og alternative mål på rettferdighet (utilitarisme, likhet, Rawls og mellomformer). Deretter brukes begrepsapparatet til å diskutere hvorvidt det offentlige bør finansiere og/eller produsere helsetjenester (kapittel 4), hvorvidt sykehus bør ramme- eller stykkprisfinansieres (kapittel 5), og hvorvidt allmennleger bør få fast lønn, få betalt per listepasient eller få betalt for utført behandling (kapittel 5).

Andre del starter med en diskusjon av ulike måter å verdsette helseforbedringer (kapittel 6). Deretter kommer en for-

klaring av begrepene gjennomsnittskostnad, grensekostnad og indirekte virkninger (kapittel 7). Til slutt (kapitlene 8-9) brukes stoff fra de to foregående kapitler til å diskutere valg mellom alternative ressursanvendelser etter hvor alvorlig sykdommen er, når kostnader og gevinster inntreffer, pasientens alder, hvorvidt sykdommen er helt eller delvis selvforskyldt og hvorvidt samfunnet skal ta hensyn til at bedre helse betyr høyere verdiskapning. Forfatteren avslutter med å peke på at effekten av en marginal økning i ressursinnsatsen til helseformål er langt høyere i fattige land enn hos oss og gir derfor forfatterhonoraret uavkortet til Leger Uten Grenser.

Personlig hadde jeg helst sett at fremstillingen om kostnadsstruktur (kapittel 7) var plassert sammen med diskusjonen om effektivitet (kapittel 2) og før kapitlene om finansiering (4-5). Det er vanskelig å forstå konsekvensene av ulike finansieringsmodeller uten å kjenne til hva som menes med gjennomsnittskostnad og grensekostnad. Begrepet grensekostnad brukes da også til å forklare hvordan sykehusenes tilpassing avhenger av finansieringsmodeller før begrepet er definert.

Av mindre innvendinger kan nevnes at diskusjonen om ramme- versus stykkprisfinansiering av sykehus kunne vært mer presis. Forfatteren skriver at i teorien skulle stykkprisfinansiering gi lavere kostnader enn rammefinansiering fordi sykehuset får beholde differensen mellom stykkprisen og påløpte kostnader. Imidlertid får sykehusene beholde kostnadsbesparelser også under rammefinansiering så lenge totalkostnadene ikke overstiger tildelt budsjett. Årsaken til at stykkprisfinansiering kan gi bedre kostnadseffektivitet er at alternativkostnaden ved en økning i behandlingsvolumet i form av tapt slakk er lavere enn ved rammefinansiering. Ved rammefinansiering må hele kostnaden ved

økt produksjon hentes fra slakk, ved stykkprisfinansiering bidrar stykkprisen

Det er neppe forfatteren eller forlagets intensjon at boken skal brukes som lærebok for økonomistudenter.

til å dekke ekstrakostnadene ved produksjonsøkning.

Jeg kunne også ønsket en noe mer utfyllende diskusjon om økonomers vurdering av QALY (kvalitetsjusterte leveår). Her blir fremstillingen så knapp at leserne trolig får lite ut av diskusjonen

hvis man ikke kjenner momentene på forhånd. For øvrig er drøftingen av kostnad-nytte analyser og kostnad-effekt analyser meget leseverdige.

Det er neppe forfatteren eller forlagets intensjon at boken skal brukes som lærebok for økonomistudenter. Stoffet om kostnader og effektivitet vil være velkjent fra innføringskurs, og diskusjonen av finansieringsmodeller er i begrenset grad forankret i formell økonomisk teori. Derimot er kapitlene om helseforbedringer og prioritering mellom behandlingsformer og pasienter godt egnet som en første innføring i problemstillinger som mange økonomer ikke toucher i løpet av studiet.

Ingegerd og Arne Skaugs Forskningsfond

Tidligere direktør i Statistisk sentralbyrå, Arne Skaug, og hans hustru, Ingegerd Skaug, har gitt en testamentarisk gave i form av et forskningsfond tilknyttet Statistisk sentralbyrå. Ifølge statuttene har fondet til formål å fremme økonomisk forskning, fortrinnsvis til studier av forhold og utvikling i Norge eller andre land som deltok i Det europeiske gjenreisningsprogram (1947-52).

Fondsmidler for 2007 kan gis til:

1. Stipend til samfunnsøkonomisk studieformål til yngre forsker, fortrinnsvis med avlagt dr.grad. eller som er i ferd med å avslutte et dr.gradsstudium. Det kan også gis bidrag til trykking av forskningsrapport.
2. Dekning av utgifter ved invitasjon av utenlandsk forsker til forskningsvirksomheten i Statistisk sentralbyrå, eventuelt i samarbeid med andre samfunnsøkonomiske forskningsmiljø.

Søknad om fondsmidler med begrunnelse og budsjett sendes senest 28. februar 2007 til

Ingegerd og Arne Skaugs forskningsfond
Statistisk sentralbyrå
Forskningsavdelingen
Postboks 8131 Dep
0033 OSLO

Statutter og nærmere opplysninger fås ved henvendelse til Forskningsavdelingen, tlf. 21 09 49 12.
E.post: ogv@ssb.no. Se også www.ssb.no/forskning

Agnar Sandmo:

Samfunnsøkonomi – en idéhistorie

Universitetsforlaget, 2006

ANMELDT AV AANUND HYLLEND

Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo

Dagens samfunnsøkonomer vet ikke mye om fagets historie, og temaet har liten eller ingen plass i studiet,

Dagens samfunnsøkonomer vet ikke mye om fagets historie, og temaet har liten eller ingen plass i studiet. Når man overhodet har hørt navn på økonomer fra tidligere tider, er det stort sett fordi de inngår i betegnelser på begreper som blir diskutert i moderne lærebøker (Walras' lov, Pareto-optimalitet, Engel-elastisitet). Det varierer om de som på denne måten har fått sitt navn gjort udødelig, også er de viktigste for faget og dets historie.

Den begrensede interessen for og kunnskapen om fagets historie har sine grunner. For de fleste er tid en begrensende faktor; ingen kan sette seg inn i alt som i og for seg kunne fortjene nærmere studium. Pensum ved studiet må nødvendigvis være begrenset i omfang. Faghistorie kan lett framstå som unyttig og overflødig luksus. Den som ønsker å studere fagets historie ved å lese de gamle mestere i original, vil dessuten oppdage at det kan være svært tung. Framstillingsform og problemstillinger var andre enn dem vi er vant til.

Pedagogikken har gjort framskritt; det meste av det verdifulle fra eldre skrifter er sagt bedre siden.

I andre samfunnsfag, i hvert fall i deler av dem, er holdningen til fagets historie en helt annen. Man oppfatter de store navn fra tidligere tider som eldre kolleger man stadig går i dialog med. Det er lett å ha sympati for dette, og mange vil mene at økonomer burde interessere seg mer for fagets historie. På den andre siden kan det ta overhånd, med evig-lange diskurser om hva Hobbes, eller for den saks skyld Rawls, måtte ha ment med en (uklar og sannsynligvis dårlig gjennomtenkt)formulering.

Sandmo nevner (på side 16-17) tre «grunner til at det er fornuftig å bruke en del av vår tid og lesekapasitet» på faghistorie. Den første er prinsipplos, men etter mitt syn viktig: «Det er rett og slett interessant.» Videre er det en del av den faglige allmenndannelsen, og det gir «en klarere forståelse for at samfunnsøkonomi er et fag i stadig utvikling, og dermed en dypere innsikt i hva forskning består i». En ahistorisk framstilling «kan lett gi et falskt inntrykk av faget som noe som er avsluttet og ferdig».

Jeg vil legge til et moment knyttet til, men ikke identisk med, det siste.

Vitenskapsteori, som bl.a. omfatter refleksjon over hva man gjør når man driver forskning, samt kritisk vurdering av fagets grunnlag og forutsetninger, står også svakt blant samfunnsøkonomer. I prinsippet kan disse temaene studeres uavhengig av faghistorien, men i praksis tror jeg den vitenskapsteoretiske bevisstheten blir skjerpet av kjennskap til hvordan tidligere fagfeller har strevd med problemene, kanskje fomlet og tatt feil i henhold til dagens vurdering, eller til og med brukt krefter på problemer som i dag framstår som uinteressante eller irrelevante.

Når noe er interessant og viktig, er det lett å si at dette burde vi vite mer om, og

forutsetningene for å sette seg inn i fagets historie, og for å innføre faghistorie i samfunnsøkonomiske studieprogrammer, vesentlig forbedret ved at Agnar Sandmos bok foreligger. Det er virkelig en begivenhet at en av våre aller fremste forskere i faget har tatt seg tid til å skrive en slik bok.

dette burde studentene lære mer om. (I det aktuelle tilfellet dreier det seg altså bare om mer enn praktisk talt null.) Det er lett å si dette, og det er lett-vint. Tidsbegrensingene er der og kan ikke forutsettes bort. Her som ellers må fordelene og ulemper, nytte og kostnader, veies mot hverandre. Det sosialøkonomiske studiet (som det da het) omfattet en gang et fag som het dogmehistorie. Alt i alt tror jeg vi bør rydde plass til å gjeninnføre det, kanskje under et mer tidsmessig navn.

I alle fall er forutsetningene for å sette seg inn i fagets historie, og for å innføre faghistorie i samfunnsøkonomiske studieprogrammer, vesentlig forbedret ved at Agnar Sandmos bok foreligger. Det er virkelig en begivenhet at en av våre aller fremste forskere i faget har tatt seg tid til å skrive en slik bok.

Forfatteren har måttet avgrense temaet for boka i en rekke retninger. Dersom vi tar det for gitt at historie skal framstilles kronologisk, blir det for det første spørsmål om når historien begynner og når den slutter. Hovedvekten hos Sandmo ligger på perioden «fra 1700-tallet til begynnelsen av 1970-årene» (side 353). Det er riktignok to korte kapitler det som kommer foran og følger etter («Samfunnsøkonomi før Adam Smith» og «Langtidstrender og nyere perspektiver»), men de dekker til sammen mindre enn ti prosent av det samlede sidetallet.

Det er vanlig å regne Adam Smith som den første moderne samfunnsøkonom, og Sandmo er åpenbart enig. Man kan også merke seg at den første økonom som tok doktorgrad i Norge, Oskar Jæger i 1894, ga sin avhandling tittelen «Den moderne statsøkonomis grunnleggelse ved Adam Smith». Derfor kan man vanskelig kritisere forfatteren for å begynne den egentlige framstillingen der. Det ville likevel ha vært interessant å se en mer detaljert framstilling fra Sandmos side av økonomisk tenkning fra de eldste tider. Han har nok rett i at det først var på 1700-tallet at faget

framsto «som en egen disiplin med en noenlunde klar avgrensning overfor tilgrensende felter som historie, filosofi og rettsvitenskap» (side 24), men moderne økonomer kunne ha godt av å bli konfrontert med tanker og ideer som ikke er preget av en slik avgrensning.

Historien må skje før den kan skrives. Det må også gå tid til avklaring, modning og refleksjon. En framstilling som hadde fortsatt vesentlig lenger enn til begynnelsen av 1970-tallet, måtte i stor grad bli diskusjon av dagens faglige kontroverser og dermed en annen bok enn den Agnar Sandmo nå har skrevet.

I tillegg til den tidsmessige avgrensningen kommer den temamessige. Hva er samfunnsøkonomi? Forfatteren refererer (side 13) en berømt definisjon der det heter at det er «studiet av anvendelsen av knappe ressurser til alternative formål». Ingen slik definisjon passer helt med våre intuitive oppfatninger av hva faget er, og man kan være fristet til å løse problemet ved å si at samfunnsøkonomi er det samfunnsøkonomer driver med. Hvem som er samfunnsøkonom, kan man så la avhenge av selvoppfatning, institusjonell tilknytning o.l.

Personer som ikke er samfunnsøkonomer i denne forstand, kan også drive med samfunnsøkonomi i en eller annen betydning, inkludert å studere «anvendelsen av knappe ressurser til alternative formål». Det er noen navn jeg savner i innholdsfortegnelse, litteraturliste og stikkordregister. Feks. er det ingen henvisning til Eilert Sundt, Max Weber eller Herbert Simon. Alle navn kan ikke nevnes, heller ikke alle viktige navn, men jeg vil spørre om Sandmo kanskje har vært påvirket av en institusjonell definisjon av hvem som er samfunnsøkonomer og dermed av hva samfunnsøkonomi er, og om dette kan være grunnen til at (bl.a.) de nevnte ikke er omtalt. Som nevnt tror jeg det ville være en fordel om fagets historie kunne diskuteres uten å legge vekt på om det fins en «klar avgrensning overfor tilgrensende felter».

Det betyr ikke at forfatteren har en snever oppfatning av hva faget omfatter. Vi får høre om Condorcets paradoks og Arrows umulighetsteorem, Thomas Malthus og Thorstein Veblen er behørig omtalt; offentlig økonomi, spillteori og velferdsteori er sentrale temaer. Den som tror at samfunnsøkonomi bare handler om markeder, tar grundig feil. Denne feilen blir først og fremst gjort av folk utenfor faget, og ingen har kunnet mistenke Agnar Sandmo for en slik feilslutning. Likevel tror jeg altså det kunne ha vært en fordel med et enda videre perspektiv, frigjort fra institusjonelle rammer.

Forfatteren skiller mellom to «stilarter» i økonomisk faghistorie (side 18-20), faglig relativisme og faglig absolutisme. Det første innebærer «å vurdere eldre økonomers tanker ut fra det man [ser] på som deres egne forutsetninger og uten å relatere dem til moderne teori», mens det siste er å bestrebe seg på «å fremstille eldre teorier i en moderne teoretisk ramme». Konklusjonen er takk begge deler; det mest fruktbare er «å kombinere elementer av relativisme og absolutisme og nærme seg eldre tiders litteratur slik man bør nærme seg samtidens: forstående, men kritisk».

Mitt inntrykk er at Sandmo er mer av en absoluttist enn han selv synes å innrømme. Gjennomgående er tidligere tiders tanker presentert og analysert i lys av faget slik det framstår i dag. For å være nøyaktig er de sett i lys av hovedstrømmen («ortodoksien») i dagens samfunnsøkonomi. Ulike varianter av kritiske eller alternative økonomer vil nok se tingene annerledes.

Dette er ingen ulempe. Særlig dersom boka skal brukes i undervisningen, er det ønskelig med en framstilling som tar utgangspunkt i dagens hovedstrøm i faget. Desto bedre er det at den er skrevet av en sentral representant for denne hovedstrømmen.

Agnar Sandmo er en meget god pedagog. Framstillingen er klar og lett for-

ståelig, i hvert fall for den som har litt bakgrunn i faget. På omslaget hevder forlaget at også «lesere som ikke har studert samfunnsøkonomi, [vil] få en bred historisk introduksjon til økonomisk tenkning». Her har jeg mine tvil. Deler av boka er ikke lett tilgjengelig uten et minimum av bakgrunn i faget. Riktignok er det ikke tett i tett med formler, slik vanlig er i moderne samfunnsøkonomisk forskning. Tvert imot er det bare noen få diagrammer og enda færre formler. Likevel er det noen. Framstillingen av Cournots duopolteori (side 130-135) er f.eks. frapperende lik det jeg nettopp har forelest for studenter som ikke var helt i begynnelsen av studiet. Også der formler ikke er brukt, er teksten noen steder preget av forfatterens formelle kompetanse og trolig vanskelig tilgjengelig for lesere uten slik bakgrunn. Det er neppe mulig å gi en skikkelig framstilling av samfunnsøkonomiens faghistorie uten slike innslag. Jeg kritiserer derfor ikke teksten, men kanskje reklamen på omslaget.

Forfatteren legger stor vekt på at samfunnsøkonomi er et kumulativt fag. I den sammenhengen heter det (side 15-16) at «ny erkjennelse følgelig [vil] ha en tendens til å gjøre eldre tiders oppfatninger feilaktige og foreldede». I de utvilsomt kumulative naturvitenskapene er det ikke nødvendigvis slik. Einstein har ikke gjort Newton feilaktig og foreldet. Newtons fysikk gjelder fortsatt under alle forhold vi møter til dag-

lig, men må modifiseres når hastigheter nærmer seg lysets og under andre ekstreme forhold. Det er riktig at samfunnsøkonomi er kumulativ i den forstand at begreper er avklart og metoder utviklet gjennom en prosess der man bygger på arbeidet til forgjengerne, slik Einstein bygde på Newton. Derimot hender det at en teori erstatter en annen på en måte som vanskelig kan kalles kumulativ, og der den gamle teorien nettopp blir karakterisert som feilaktig og foreldet. Som eksempel kan nevnes oppfatningen av sammenhengen mellom inflasjon og arbeidsløshet. Her har en dominerende teori avløst en annen, på en måte som vanskelig kan kalles kumulativ. Man kan heller ikke se bort fra at dominerende holdninger svinger fram og tilbake. Derfor kunne jeg ha ønsket meg en nærmere drøfting av hva som er og hva som ikke er kumulativt i faget.

Samfunnsøkonomifaget, inkludert dets grunnlag og forutsetninger, blir ofte kritisert, særlig fra forskere innen andre samfunnsfag, men også innenfra og fra samfunnsdebattanter av ulikt slag. Det er naturlig, særlig fordi økonomer har, og blir oppfattet å ha, makt i samfunnet. Når man er innenfor faget, irriterer man seg ofte over kritikk basert på feilslutninger, misforståelser og gale oppfatninger om hva faget er (f.eks. den allerede nevnte oppfatningen at samfunnsøkonomi bare handler om markeder). Aktiv kritikk som ikke alltid er godt

begrunnet, er likevel å foretrekke framfor fravær av kritikk og kommentar.

Den som først og fremst er interessert i fagkritikk, bør lete andre steder enn i denne boka, jf. det som tidligere er sagt om at framstillingen tar utgangspunkt i dagens hovedstrøm i faget. Likevel tar forfatteren i siste kapittel opp en del av kritikken, bl.a. påstanden om at der tre økonomer uttaler seg, er det minst fire meninger (side 367). I den grad det er slik, kan det diskuteres om det er en fordel eller ulempe, men det framføres i hvert fall ofte som kritikk. Det er interessant at en slik oppfatning eksisterer og er utbredt, samtidig som det også er en utbredt oppfatning at samfunnsøkonomer som gruppe er enhetlig og monolittisk, et lukket laug uten intern kritikk og diskusjon og uten vilje til å ta hensyn til kritikk utenfra. I en anmeldelse av Sandmos bok i en dagsavis heter det om økonomi som fag og profesjon: «Det som preger dette sosiale miljøet i dag er at alle går rundt og gratulerer hverandre og klapper hverandre på skuldra. De har etablert den skulderklappende klassen.»

Enten nå fagmiljøet i samfunnsøkonomi spriker for mye eller for lite, eller kanskje passelig mye, fortjener Agnar Sandmo både gratulasjoner og klapp på skuldra for å ha skrevet denne boka.

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

Send på e-post til:

nina.risasen@samfunnsokonomene.no

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 leserkrets. 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 elektronisk format til Samfunnsøkonomenes Forening, ved sekretariatet@samfunnsokonomene.no. Det kan også sendes direkte til en av redaktørene (se side 2). Det oppfordres til innsending av elektroniske manuskripter (fortrinnsvis i Word). Artikler bør ikke være lengre enn 20 A4-sider, dobbel linjeavstand, 12 pkt. skrift. Aktuelle kommentarer skal ikke overstige 12 sider av tilsvarende format. Debattinnlegg og bokanmeldelser bør normalt ikke være lengre enn 6 sider av samme format.
4. Artikler og aktuelle kommentarer skal ha en ingress på maks. 100 ord. Ingressen 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. Veiledning for bidragsyttere for NØT, se www.samfunnsokonomene.no.

Økonomisk forum
ønsker sine lesere en God Jul
og et Godt Nytt År



SAMFUNNSØKONOMENE

B-BLAD

Retur: Samfunnsøkonomenes Forening
PB. 8872 Youngstorget
0028 OSLO

