



Innhold:

**Sosialpolitikken
og den offentlige
sektors økonomi**

HØSTKONFERANSEN 1972

SOSIALØKONOMEN

Redaksjon:

Finn R. Førsund
 Knut Eggum Johansen
 Tor Kobberstad
 Leif Asbjørn Nygaard

Redaksjonsutvalg:

Arne Amundsen
 Erling S. Andersen
 Svenn G. Anderssen
 Knut Elgsaas
 Harald Fure
 Kåre Gisvoll
 Stein Hansen
 Tore Lindholt
 Svein Longva
 Per Halvor Vale

SOSIALØKONOMEN

Utgitt av
 Norske Sosialøkonomers
 Forening
 Formann:
 Erik Østberg

●
 Urkommer med 10 nummer
 pr. år og sendes gratis til
 foreningens medlemmer.

●
 Sekretariat:
 Storgt. 26 IV
 OSLO 1
 Telefon 20 22 64

Abonnementpris kr. 70,—
 pr. år. Enkeltnummer kr. 8,—

INNHOLD

BERGFRID FJØSE: ÅPNING AV KONFERANSEN	3
ARNE ØIEN: DEN OFFENTLIGE SEKTORS ROLLE I NORSK ØKONOMI	5
TRYGVE HAUAN: MÅLSETTING OG PRIORITERINGER BELYST VED EKSEMPLER FRA HELSEVESENET	12
TRYGVE HAAVELMO: SOSIALPOLITISKE KONSEKVENSER AV ØKONOMISK VEKST 19	
PER SUNDBY: MÅLSETTINGER — PLANER — RESSURSDISPONERING	23
LARS AARVIG: MÅLSETTINGER — PLANER — RESSURSDISPONERING	26
ÅKE E. ANDERSSON: HÄLSOVÄRD OCH SOCIALPOLITIKK I ETT FÖRDELINGSTEORETISKT PERSPEKTIV	27
INGEMAR STÄHL: MARKNADSEKONOMINS MÖJLIGHETER INOM SOCIAL- OCH HÄLSOSEKTORERNA	35
BERNT H. LUND: VIRKNINGENE PÅ RESSURSDISPONERINGEN I SOSIAL- OG HELSESEKTOREN AV FUNKSJONSFORDelingEN MELLOM STAT, FYLKE OG KOMMUNE	42
HANS WAALER: ØKONOMISCHE ANALYSER I SOSIAL- OG HELSESEKTOREN — HVOR RELEVANTE ER DE?	47
THORVALD MOE: KOSTNADS- OG EFFEKTIVITETSANALYSER: NYTTIGE HJELPE- MIDLER I DEN OFFENTLIGE BESLUTNINGSPROSESS?	51
JO E. ASVALD: PLANLEGGING — METODER	55
INGOLV HÆREID: PLANLEGGING — METODER	58

Manuskript med innledende resymé sendes Norske Sosialøkonomers Forening,
 Storgt. 26 IV, Oslo 1 (tlf. 20 22 64). Artikler, kommentar- og/eller debattinnlegg
 må være redaksjonen i hende senest den 10.de i måneden før utgivelsen.

SAUDA KOMMUNE

KONTORSJEF

Kontorsjefstillingen i Sauda kommune, Rogaland, er ledig. Kommunen har omlag 5900 innbyggere.

Søkere bør ha god utdanning: Jurist, økonom eller kommunalkandidat med allsidig erfaring fra kommunal virksomhet og gode administrative egenskaper.

Tilsettingen skjer på de vilkår som går fram av lover og reglement. Den som blir tilsett må kunne legge fram tilfredsstillende legeattest av ny dato.

Stillingen lønnes etter lønnsklasse 23 — sjefsregulativet lønnsklasse 1 i det offentlige regulativ, f. t. kr. 66.430 — kr. 77.410. Pensjonsordning. Kommunen har egen formannskapssekretær og er nøytral når det gjelder administrasjonsmålet.

Ny bolig følger stillingen.

Gode skoletilbud som gymnas m.m. Godt utbygd helsevesen med sykehus. Gode muligheter for friluftsliv såvel sommer som vinter. Hurtiggående båt(Westmaran) to ganger daglig til Stavanger. God veiforbindelse med Haugesund, med ca. 2 timers kjøring til den påbegynte flyplass på Karmøy. Sommerveiforbindelse østover i ca. 6 måneder over Røldalsveien. Allsidig miljø.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til ordfører Hans Frette, 4200 Sauda, telefon 044 - 54 671, 52 414 eller 52 461.

Søknad med bekrefte avskrifter av vitnemål og attester sendes

SAUDA FORMANNSKAP,
4200 Sauda, innen 1. februar 1973.

STATENS RASJONALISERINGSDIRECTORAT

Økonomiforvaltning - programbudsjettering

Statens rasjonaliseringsdirektorat søker konsulent til sin virksomhet innenfor ovennevnte felt, med programbudsjettering som et særlig viktig prosjekt. Et utvalg har avgitt en utredning (NOU 1972:5) og på grunnlag av den skal det arbeides videre med prøveprosjekter for enkelte viktige, statlige virksomhetsområder. I Statens rasjonaliseringsdirektorat er en gruppe i gang med prosjektarbeidet som også omfatter medvirkning i utbyggingen av et databehandlingssystem for økonomiforvaltningen. Arbeidet vil inngå som et ledd i en generell styrking og systematisk utbygging av planleggingsbudsjettering- og evalueringsfunksjonen i staten.

Til dette søkes en konsulent som kan dekke områdene:

- Budsjetteringsmetoder og regnskapsvesen
- Moderne informasjonsbehandling

Søkere bør ha høyere utdanning og praksis fra administrativt arbeid. Nærmere opplysninger ved henvendelse til direktør Skare i telefon 67 96 20. Lønn etter avtale.

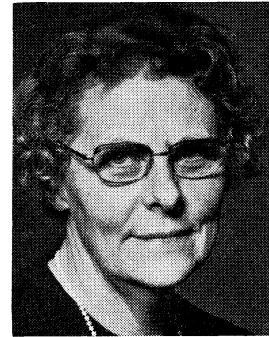
Søknader sendes innen 15. februar til

STATENS RASJONALISERINGSDIRECTORAT,
Grenseveien 97, Oslo-Dep., Oslo 1.

Åpning av konferansen

VED

STATSRÅD BERGFRID FJOSE



Det som har særmerkt utviklinga av sosialpolitikken vår no i mange år er ei sterkt politisk vilje til å byggje ut dei sosiale trygdene og hjelpe tiltaka. Bakom denne utviklinga har det stått ein sterkt folkeopinion.

Dei totaløkonomiske aspekta ved sosialpolitikken har tidligare vore lite framme i lyset. Det er mange årsaker til dette. Ikkje minst heng det saman med at ein har teke sak for sak utan å sjå dei i ein større samanheng. Men i nokon mon heng dette saman med at sosialøkonomane tidligare ikkje har synt særleg interesse for sosialpolitikken.

Interessa har difor ikkje retta seg mykje mot dei økonomiske konsekvensane av dei einskilde tiltaka som ønskjeleg. Men før eg freistar å seie litt om den økonomiske sida av sosialpolitikken vil eg få sitera kva Sosialkomitéen i Stortinget sa i si innstilling om folketrygdas økonomi og finansiering:

«Komitéen finner grunn til å minne om at folketrygden representerer et stort sosialt fremskritt som det var alminnelig politisk enighet om å gjennomføre. De forbedringer — og dermed økte utgifter — som senere er kommet, har det heller ikke vært særlig uenighet om: Det er ingen tvil om at folketrygden har betydd en vesentlig bedring av levestandard og trivselsmuligheter for store grupper av den eldre befolkningen, for etterlattepensionister, for uføre og funksjonshemmede og for andre kategorier som har behov for hjelp og støtte. Dette er grunnleggende fakta som aldri burde bli borte i den offentlige debatt om folketrygden.»

Dette vil eg og be alle dei som i dag er så oppteke av samanhengen mellom dei store sosialutgiftene og biverknader av trygder og andre stønader om å koma i hug.

Same korleis trygdesystemet vert utforma vil vi alltid stå framfor problem med grenseoppgangar mellom dei som treng stønad og dei som ikkje gjer det. Viktigare enn å nyttja mykje ressursar på å finna einskilde «syndalar» som ikkje treng stønad, er det å finna ut om trygdene verkeleg dekkjer dei behov som ligg føre og kva vi kan

gjera for å hindra at stadig fleire treng hjelp og utgiftane difor stig. På bakgrunn av Stortingsdebatten i går og Helge Seips tanke om å skipe ein parlamentarisk kommisjon som skal finna ut av samanhengen mellom trygdesystem og samfunnsøkonomi, kunne temaet for denne haustkonferansen ikkje vore meir midt i blinken.

Samstundes nyttar vi etter kvart så mykje ressursar til sosiale føremål og helsevern at det har vorte klårt at vi må sjå mykje meir alvorleg på dei økonomiske sidene av utbygginga av denne verksemda. I 1971 nyttar vi kring 14 milliardar kroner til desse føremål. Tiltak i sosial-og helse-sektoren får såleis etter kvart stor verknad for heile økonomien. Det er difor viktig å sjå meir på omfanget og fordelingen av tiltaka, og sjå om vi kan nyttja midlane det er spørsmål om på eit betre vis.

For å nå måla for den vidare utbygginga av sosial-og helsetenesta må vi få ei betre økonomisk styring med korleis midlane vert nytta.

Her trur eg vi kan ha stor nytte av å trekke sosialøkonomane inn i større grad i arbeidet med dei sosialpolitiske problema.

Såvel i sosialpolitikken som på andre område må vi sjá i augo at vi ikkje har nok ressursar, korkje personell eller økonomiske midlar, til å løysa alle dei oppgåver som ligg føre oss så snøgt som vi kunne ønskje. Når vi planlegg utbygginga av sosial-og helsetenesta, må vi difor til ei kvar tid retta oss etter kor mykje ressursar vi kan nyttja dersom planane skal verta meningsfylde.

Dette krev eit nært samarbeid mellom politikarar og dei einskilde faggrupper innom forskning og administrasjon for å klárleggja behova, og stilla opp målsetjingar og laga planar som er meiningsfylde ut ifrå dei ressursane vi har til å løysa problema.

Etter kvart som vi nyttar stadig meir ressursar i sosial-og helsetenesta og dei mest naudsynte behova vert dekte, må vi spørja oss sjølv om kor mykje vi ønskjer å nyttja på dei einskilde områda. Det vil seia: i kor stor mon skal dei einskilde behov verta dekte? Vert mykje ressursar nyttar på eit område, kan det innebera at vi må nyttja mindre på eit anna, der dei kunne gjort større nytte.

Dette er prioriteringsproblem som politikarane sjølv må løysa i siste hand, men både økonomane og andre faggrupper må hjelpe til med å klarlegga såvel dei samfunnsøkonomiske som menneskelege følgjer av dei val ein gjer.

Når eg her nemner samfunnsøkonomiske følgjer heng det saman med at sosial- og helsesekturen har vorte ein så viktig del av heile vår økonomi at offentlege tiltak her får store verknader for andre delar av økonomien. I åra framover vil vi stå framfor det problemet at ein relativt minkande del av innbyggjarane i landet må fø ein relativt aukande del eldre, born og ungdom under utdanning. Også her har ein sjølvsagt eit vanskeleg avvegningsproblem, eit problem som i høg grad er av økonomisk karakter.

Denne sida av problemet skulle innebera at vi stadig treng ein sterk økonomisk vekst for å løysa alle oppgåvene. På den andre sida vert vi etter kvart klår over at samfunnsutviklinga i seg sjølv er med å skapar nye problem for den einskilde si helse og dei sosiale tilhøva vi lever under. Den økonomiske veksten som samfunnsutviklinga har vore prega av i etterkrigstida, har dei siste åra fått mykje av skulda for dei problema vi har i dag. Det er nok mykje sanning i at fleire av dei trekka ved samfunnsutviklinga som har gjeve sterk økonomisk veskt òg har skapt nye problem for helse og sosiale tilhøve. Men det er ei altfor enkel problemstilling å tale om økonomisk vekst eller ikkje vekst når det gjeld ei løysing av dei sosiale problema vi står framfor i dag og vil stå framfor i åra framover. Mellom anna er det spørsmål om kva og kor mykje av ressursane vi kan nytta til det vi ønskor mykje ressursane vi kan nytta til det vi øns-

kjer i dag uten at framtidige generasjonar skal lida for det.

Skal diskusjonen om vekst eller ikkje vekst verta meir meiningsfyld og gjevande enn no i dag må både økonomar og andre faggrupper hjelpe til med å gi ei begrepsavklaring og presisera problemstillinga. Samstundes må vi satsa meir på sosialforskning som kan avdekka betre dei tilhøva ved samfunnsutviklinga som skaper sosiale problem.

Det er meiningskilnader både mellom politikarar og mellom dei einskilde faggrupper om alle dei problem eg her har vore inne på. Samstundes vonar og trur eg og at innlegga på denne konferansen kan vera med å retta opp nokre av dei misoppfatningar som fins og kasta nytta lys over dei problemstillingene vi arbeider med både i sosialpolitikk og økonomisk politikk i vidare samanheng.

Det er viktig at ny fagkunnskap vert dregen inn i arbeidet med sosialpolitikk. Dei sosiale problema er så samansette at vi stadig må vera viljugo til å vurderra utdanninga til dei fagfolka som arbeider i sosial-og helsesekturen og dra nye faggrupper inn i arbeidet. Dette krev at dei einskilde fagfolka ikkje låsar seg fast i sine eigne båsar og sine eigne oppfatninger, men er viljuge til å gå inn i eit samarbeid med andre utan å la seg hemma av prestisje eller faglege fordommar.

Eg er difor svært glad over dette tiltaket og vonar at konferansen kan vera med å skapa større innsikt i desse problema, og kanskje også større interesse frå sosialøkonomane si side for sosialpolitikken. Med dette vil eg ønskje Norske Sosialøkonomers Forening lykke til med konferansen.

Statistiker til Zambia

Et engasjement ved Central Statistical Office i Lusaka skal besettes i april/mai, eller så snart som mulig deretter.

Stillingen er knyttet til kontoret for industristatistikk.

Det kreves gode engelskkunnskaper.

Søknadsfrist: 5. februar 1973.

Søknadsskjema fåes ved henvendelse til Personellkontoret, postboks 8142, Fridtjof Nansens vei 14, Oslo-Dep., tlf. 46 18 00.



NORAD
Direktoratet
for utviklingshjelp

Den offentlige sektors rolle i norsk økonomi

AV

EKSPEDISJONSSJEF ARNE ØIEN,
FINANSDEPARTEMENTET

I

De offentlige budsjetter har vokst raskt — og langt raskere enn bruttonasjonalproduktet — fra dette århundrets begynnelse og fram til i dag. Dette forhold gjenspeiles i diagram A som viser utviklingen i de samlede skatter og avgifter regnet som prosent av bruttonasjonalproduktet.

I 1910 utgjorde skattene 8 pst. av bruttonasjonalproduktet, mens de i 1973 utgjorde 41,7 pst. Stigningen har ikke kommet jamt, men snarere etappevis. Veksten har således vært særlig sterk under de to verdenskriger og i perioden etter 1960. Vi merker oss dessuten at veksten i skatter og avgifter, selv når disse uttrykkes som prosent av bruttonasjonalproduktet, jamt over har vært tiltagende, se tabell 1.

Tabell 1: Samlede skatter som prosent av bruttonasjonalprodukt. Stigning i antall prosentenheter pr. år over ulike perioder.

1923 — 73:.....	0,5 prosentenheter pr. år
1963 — 73:.....	1,1 »
1968 — 73:.....	1,6 »

En del av veksten som diagram A viser, skyldes omlegginger i skatte-og stønadssystemet som neppe har hatt stor reell betydning. La oss som et tankeeksperiment anta at veksten i skattleggingen framover — uten slike endringer — vil bli $\frac{3}{4}$ prosentenheter av bruttonasjonalproduktet pr. år. I så fall vil skatter og avgifter i 1985 utgjøre 51 pst. av bruttonasjonalproduktet, mens de i år 2 000 vil nå opp i hele 62 pst.

Situasjonen for Norge avviker ikke dramatisk fra den i andre land, se tabell 2 som gjengir en del tall fra en OECD-rapport. Ifølge denne tabellen er nok skattenivået i Norge høyt, men ikke ekspesjonelt høyt i europeisk sammenheng. Veksten i skattenivået var fra midten av femtiårene til annen halvdel av sekstiårene noe langsommere i Norge enn i Sverige og Danmark. Veksten i Norge har derimot vært rask sammenliknet med OECD totalt.

Tabell 2: Skattenivået i ulike land. Prosent av BNP¹⁾

	1955—57	1967—69	Stigning over 12 år
Norge	30,1	38,7	8,6
Sverige	28,3	40,7	12,4
Danmark	24,2	34,1	9,9
Storbritannia	26,0	30,3	4,3
Vest-Tyskland	32,4	35,1	2,7
USA	25,4	30,0	4,6
Alle OECD-land ...	25,8	30,5	4,1

Kilde: Expenditure Trends in OECD countries 1960—1880. OECD 1972.

1) Tallene i tabell 2 er basert på OECD-definisjoner og de er derfor ikke fullt ut sammenliknbare med de tall som diagram A gjengir.

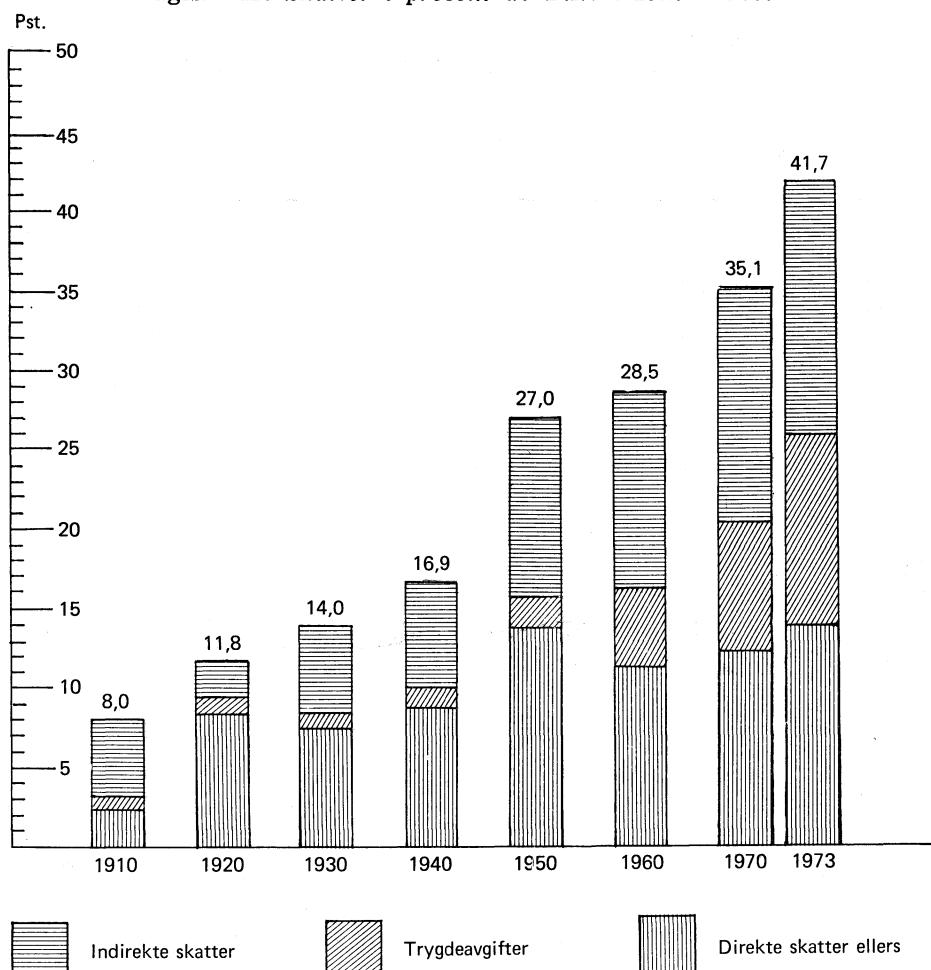
OECD-rapporten peker ellers på at den del av det private konsum som finansieres av inntekter som husholdene selv tjener, gjennomgående for OECD-landene har steget langsommere enn bruttonasjonalproduktet etter 1960. Ett trekk i samme bilde er at husholdene har måttet avgive en stigende del av sine inntekter til skatter og trygdeavgifter. Andre etterspørrelskskomponenter har når vi ser dem under ett, steget vesentlig sterkere enn bruttonasjonalproduktet. Dette gjelder: (1) den del av det private konsum som finansieres av stønader, (2) det offentlige konsum og (3) de samlede investeringer (her er ikke minst de offentlige investeringer utslagsgivende).

OECD-rapporten regner med at denne trend vil fortsette i de europeiske land i 1970-årene. OECD peker på den ene side på at den ventede utvikling må ses i sammenheng med et alminnelig ønske som nå gjør seg gjeldende om å forbedre «the quality of life» (en målsetting som står i motsetning til en unyansert vekstmålsetting). På den andre siden peker OECD på at landenes regjeringer åpenbart vil bli stilt overfor finansieringsproblemer i årene framover.

Diagram B viser sammensetningen av de offentlige utgiftene i Norge i 1970. Om lag 44 pst. av de samlede offentlige utgiftene gikk til stønader og subsidier til private, og noe mer gikk til kjøp av varer og tjenster.

Innenfor hovedposten «Stønader og subsidier»

Diagram A: Skatter i prosent av B.N.P. 1910—1973.



veide syketrygden med 9,1 pst. av de samlede offentlige utgifter mens pensjonstønader og andre stønader til konsumenter (som er dominert av alders- og uførretrygd og barnetrygd) står for 21,5 pst. av totalen. Posten «boligformål og prisregulering m.v.» omfatter momsrefusjoner ved boligbygging og prissubsidier på melkeprodukter og korn. En bør vel peke på at en del av stønadene og subsidiene omfatter utbetalingar som i hvert fall delvis kan oppfattes som korreksjoner til skattene, eller som negative skatter. Dette gjelder særlig momsrefusjoner ved boligbygg, matvaresubsidier og barnetrygd.

Innenfor hovedposten «Kjøp av varer og tjenester» stod administrasjonen i 1971 for 5,4 pst. av de samlede offentlige utgiftene, forsvar for 6,9 pst. undervisning og forskning for 12,0 pst., trafikkformål for 6,1 pst., mens helsevern og andre sosiale formål stod for 7,9 pst. Legger vi sammen ytelsene til helsevern og sosiale formål, dekket disse poster til sammen 44,3 pst. av de samlede offentlige utgifter i 1971.

II

Jeg skal prøve å gi noen antydninger om de krav til offentlige utgifter vi må regne med å stå

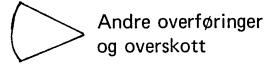
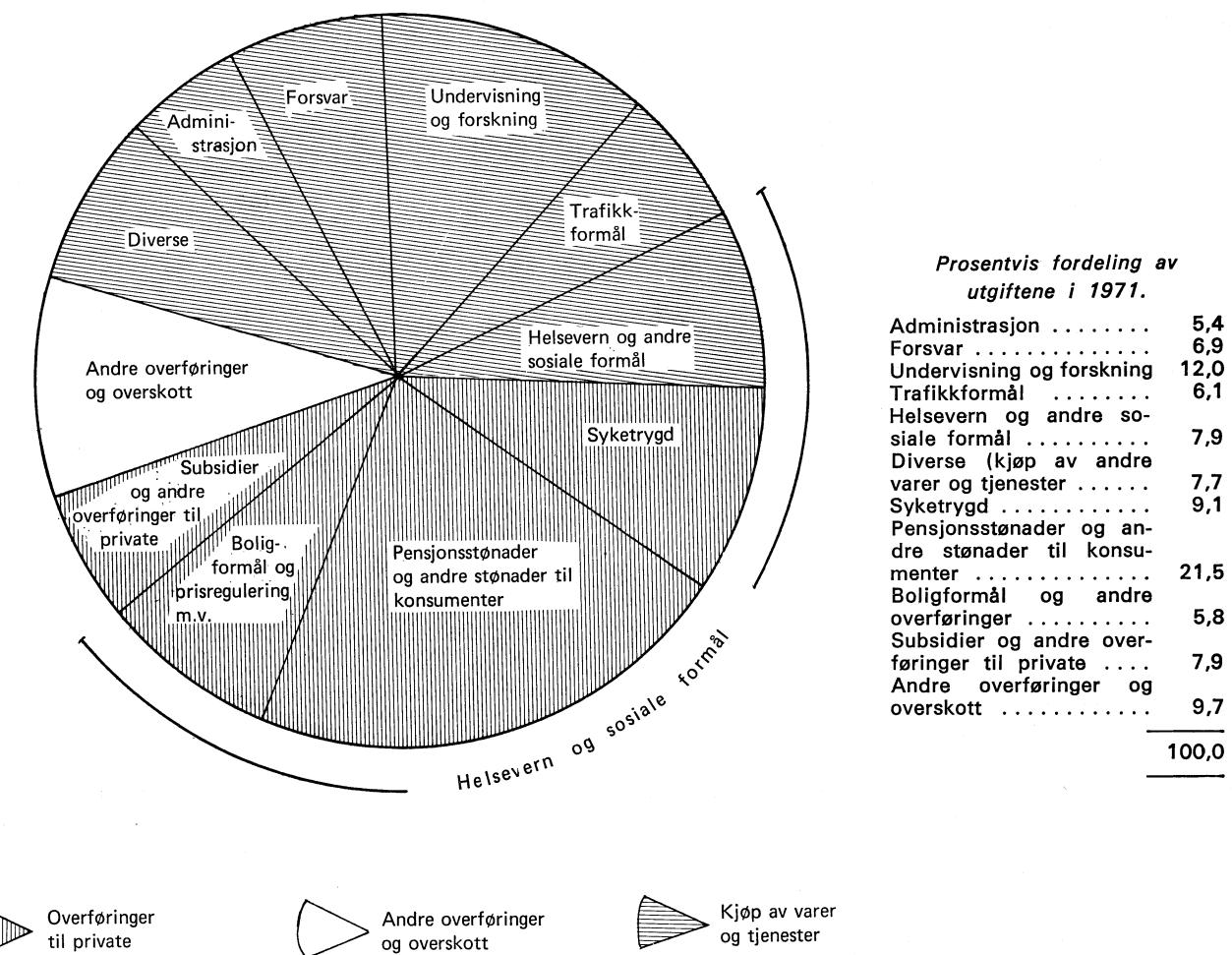
overfor på de ulike områder i de nærmeste 15—20 år.

Innen området *administrasjon* må vi regne med sterke ønsker om å bygge ut den lokale forvaltning. Viktige spørsmål utredes for tiden av Hovedkomitéen for reformer i lokalforvaltningen. Planleggingsfunksjonene i primær-kommunene og fylkeskommunene har lenge vært hemmet p.g.a. mangel på kvalifisert personell. Fylkes- og landsdelsplanlegging stiller dertil lokalforvaltningen overfor nye oppgaver. En ønsker dessuten en desentralisering av visse statlige oppgaver og en tilsvarende styrking av lokale organer.

For *forsvaret* regnet en med en volumvekst på 2,5 pst. pr. år i forrige langtidsprogram, altså vesentlig mindre enn veksten i bruttonasjonalproduktet. I siste langtidsbudsjett for staten har en i påvente av det nye langtidsprogram foreløpig ført opp 0 volumvekst. Vi får håpe at en vil finne det forsvarlig å la denne sektoren avta i relativ betydning i årene framover.

Innen *undervisning* og *forskning* er forholdet nå at grunnskolen snart er utbygget til 9-årig skole over hele landet. Utgiftsstigningen innen denne delsektor skulle derfor kunne bli moderat. Ønsker gjør seg likevel gjeldende om standard-

Diagram B: Den offentlige forvaltnings utgifter etter art og formål 1971.



øking, og utgiftene til skoleskyss har vist en stigende tendens i de siste årene.

I Ot. prp. nr. 5 (1972-73) er det gjort framlegg til felles system for den videregående skolegang for aldersgruppen 16-19 år. Denne gymnasioringen må vi regne med vil føre til økt skoletilbøyelighet for disse aldersgruppene med de utgifter dette trekker med seg, og vi må dessuten regne med høyere gjennomsnittskostnader pr. elev.

For voksenopplæring må vi regne med økende virksomhet på en ganske bred front.

Den fortsatte utbygging av universiteter, høyskoler og lærerskoler vil stille store krav til ressurser. Tallet på studenter vil, selv med en forholdsvis restriktiv politikk, måtte stige.

På enkelte områder bør undervisningsstandarden innen universitetene bedres. På andre områder bør forskningsinnsatsen styrkes, noe som bl.a. vil kreve investeringer i utstyr. Utgiftene til nye universitets- og høyskoler vil sikkert stige vesentlig i årene framover.

Innenfor annen postgymnasial utdanning vil veksten i elevtallet trolig måtte bli meget sterk etterhvert.

Innen trafikkformål vil veiene stille store krav til ressurser. En utbygging i samsvar med Norsk Vegplan vil kreve en vekst, regnet i faste priser,

på om lag 5 pst. pr. år. Dette vil innebære at vegutgiftene vil utgjøre en stadig stigende andel av bruttonasjonalproduktet. Bevilgningene har i de siste årene vært utilstrekkelige til at tempoplanen i Norsk Vegplan har kunnet opprettholdes. Vi står nå overfor spørsmålet: hva gjør vi med vegutbyggingen og med Norsk Vegplan? Ut fra de ønskemål som i dag gjør seg gjeldende kan det forøvrig bli aktuelt både å satse mer på trafikksikkerheten og å satse mer på miljøvennlige løsninger enn det kostnadsoverslagene i Nosk Vegplan forutsetter.

Utbyggingen av flyplasser er også en oppgave som presser på. På den ene side står en overfor en videre utbygging av flyplasskapasiteten i Oslo og i Bergensområdet. Her er særlig utbyggingen i Osloområdet ressurskrevende. Dette spørsmålet er ellers nærmere behandlet i Stortingsmelding nr. 68 (1971-72). På den andre siden tar en sikte på å få et nett av stamrute- og kortbaneplasser, slik at en vesentlig del av landets befolkning vil ha rutebetjent flyplass innenfor en tidsavstand av to timer. Mye arbeid er her allerede gjort, men mye står også igjen.

Ellers er etterspørselen etter teletjenester (som i diagram B er regnet med under «diverse») sterkt stigende. Televerket vil måtte investere store be-

løp både for å møte etterspørseksen, og for å modernisere sitt utstyr.

Miljøverntiltak (i diagram B også under «diverse») vil også kreve økte offentlige utgifter. Hensikten er å satse på «polluter pay»-prinsippet. Dette skulle innebære at industriens rensing ikke vil medføre store offentlige utlegg. Derimot kommer det offentlige inn når det gjelder vannforsyning, avløp og renovasjon. Vann- og kloakkalliggene er særlig kostbare. Ved bygningsloven av 1966 ble det satt igang et løft som allerede har bragt utgiftene opp på et høyt nivå. En målsetting for samlet utbygging av vann- og avløpsanlegg er utarbeidet av Eliassenkomitéen. Hvis denne komitéens forslag skal gjennomføres noenlunde raskt, vil utgiftene måtte stige nokså sterkt i tiden framover.

Pensjonsutbetalingene til *alders- og uføretrygden* har vokst meget raskt i de senere årene. Over fireårsperioden 1967—1971 ble således disse utgiftene mer enn fordoblet. Standardbedringen for de trygdede har da også vært vesentlig høyere enn for industriarbeidere. Uføretrygden har dessuten etterhvert blitt tildelt langt videre grupper enn en hadde tenkt seg da reglene ble utformet. Eksempelvis betraktes i dag — etter en kjennelse fra trygderetten — eldre hjemmeverende gifte kvinner som yrkesmessig uføre og tildeles uførepensjon hvis mannen har lav inntekt. Uførepensjon kan også tildeles personer som er alderslitte. Pensjonsaldernedsettelsen fra 1. januar 1973 vil øke antall alderstrygdede i de nærmeste år. Utgiftsstigningen framover vil avhenge av flere faktorer: Pensjonsaldernedsettelsen og demografiske forhold vil for det første virke til at de alderstrygdede som andel av befolkningen vil stige. For det andre vil utviklingen avhenge av den standardstigning som myndighetene bestemmer seg for å gi pensjonistene. I årets nasjonalbudsjett og gul bok tilrås det at en heretter går inn for å gi pensjonistene en standardutvikling mer på linje med de yrkesaktive. Begrunnelsen er at de trygdede nå er bragt opp på et såvidt bra nivå at en slik linje vil være sosialt forsvarlig. Ellers vil pensjonsutgiftene avhenge av hvilke kriterier en etterhvert vil nytte for å tildele uføretrygd.

Innenfor *helsesektoren* (i diagram B dels innenfor «helsevern og andre sosiale formål» dels innenfor «syketrygd») har utgiftsstigningen i de senere år nesten vært eksplosjonsartet. I femåret 1966—1971 var stigningen hele 17 pst. pr. år og senere har den vært enda sterkere. Også i årene framover ventes en sterk vekst i utgiftene til helsesektoren, selv om utgiftsstigningen vel må reduseres i forhold til de tallene vi har sett i det siste. Det må anses som sikkert at helsesektoren mot slutten av dette århundre vil være en av landets store næringssektorer.

En fullt utbygget helsesektor — ut fra de planer en har i dag — vil innebære en sterk øking av antall plasser i somatiske sykehus, sykestuer og fødehjem. I tillegg tar en sikte på kvalitetsfor-

bedring i form av økt spesialisering og bedre muligheter for medisinsk service.

Innenfor det psykiske helsevern tar en sikte på en sterk ekspansjon i antall plasser i psykiatriske sykehjem og åndsvakeinstitusjoner. Dessuten mener helsemyndighetene det er et sterkt behov for å bygge ut den primære helsetjenesten. Den langsigte målsetting er å bygge ut lokale helse- og sosialsentra i alle strøk av landet.

Når det gjelder andre *sosiale tiltak* vil jeg rent stikkordmessig nevne noen av de krav som gjør seg gjeldende: (1) Utbygging av daginstitusjoner for barn, (2) videre utbygging av ordningen med husmorvikarer og hjemmehjelpere for eldre og funksjonshemmde, (3) flere trygdeboliger, (4) forebyggende arbeid blandt barn og ungdom for å hindre narkotikamis bruk og (5) bedre alkoholstomsorg.

I tilknytning til arbeidet med det nye langtidsprogrammet har en forsøkt å summere opp de planer og idéer som en rundt omkring i departementene i dag regner med å få gjennomført. Det ser ut til at disse planene stort sett vil kunne gjennomføres hvis skatter og avgifter som prosent av bruttonasjonalproduktet tillates i gjennomsnitt å øke med omlag $\frac{3}{4}$ prosentenheter pr. år fram til år 2 000. Som tidligere nevnt vil skatter og avgifter da i tilfelle måtte utgjøre vel 60 pst. av bruttonasjonalproduktet ved utgangen av dette århundre. I dette overslaget har en sett bort fra nye gebyrer og statens inntekter av olje — som kan bringe skatteprosenten ned — men en har heller ikke avsatt noen reserve til uforutsette tiltak som senere kan vise seg sterkt ønskelige og som vil bidra til å få skatteprosenten opp. Dessuten gjør det seg gjeldende en utålmodighet. De fleste vil ha sine oppgaver løst relativt raskt slik at skattene som prosent av bruttonasjonalproduktet for å holde tempokravet måtte økes med mer enn $\frac{3}{4}$ prosentenheter pr. år i de nærmeste årene framover.



III

La oss ta for oss de problemer som et høyt skattenivå fører med seg. Et viktig poeng er at etterspørseksen og produksjonen har en tendens til å vri seg bort fra slike varer som er særlig hardt skattlagt. I noen grad kan denne effekten utnyttes til bevisst samfunnsmessig styring, men i mange sammenhenger får vi mer eller mindre uheldige og utilsiktede sidevirkninger av skattleggingen.

Vi ser et klart eksempel på dette i etterspørseksen etter slike tjenester som kan erstattes med eget arbeid i fritiden. Hvis for eksempel en maler skal pusse opp et kjøkken mot betaling på lovlig måte, skal det regnes trygdeavgifter og inntektsskatt på malerens fortjeneste og dessuten moms på hele regningen. Det beløp kunden betaler blir etter dagens forhold kanskje 2,5 ganger så stort som det beløp maleren netto beholder. Under slike forhold finner mange det lønnsomt å pusse opp eget hus eller leilighet selv på fritiden. De fleste

finner det også lønnsomt å tilberede maten selv, å vaske og stelle eget tøy, å holde sitt eget hus rent, osv. Skattleggingen virker med andre ord til å bremse for spesialisering og kommersialisering på de områder et er tale om. Rent økonomisk medfører dette et effektivitetstap — vi kunne trolig produsere mer ved noe lengre regulær arbeidstid og ved mindre fritidsinnsats. (En bør kanskje føye til, at til tross for effektivitetstapet, vil nok en del frabe seg økt kommersialisering på noen av de områder som her er nevnt).

På tilsvarende måte gir skattesystemet utilsiktede — og til dels uheldige — sidevirkninger i flere retninger. Høye marginalskatter kan eksempelvis i visse situasjoner gi en uønsket lav arbeidsinnsats. Uheldige avskrivningsregler kan oppmuntre til investeringer som samfunnsmessig sett gir lav rentabilitet.

Ulik avgiftsbelastning på forskjellige varer, kan innebære at forbruk og produksjon i forsterkning grad konsentreres om slike varer som har relativt lav eller ingen avgiftsbelastning. Dette kan lede til velferdstap fordi vi — samfunnsmessig sett — bruker våre ressurser til å skaffe oss en annen vareforsyning enn den vi helst skulle ha hatt.

Ytterlige sidevirkninger av skattleggingen får vi ved at mange innlater seg på mer eller mindre tvilsomme arrangementer eller direkte ulovligheter for å unngå skattlegging.

Vi må regne med at skatteunndragelsenes omfang for det første vil avhenge av hvor mye det er å tjene på unndragelser som lykkes, for det andre vil inndragelsene avhenge av kontrollmulighetene og for det tredje av straffereaksjonene. En avgjørende faktor er dessuten hvordan skattytternes nærmeste omgangskrets ser på ulike former for skatteunndragelser fra moralske synspunkter.

Skatteunndragelser representerer et nokså alvorlig problem allerede med det skattenivå vi har i dag. Det er nærmest uråd å få skattlagt effektivt en del tjenester som enkelt-personer eller små firmaer utfører direkte for forbrukere. Det er vanskelig å hindre at mindre og mellomstore næringsdrivende bokfører en del private utgifter som forretningsutgifter. En del av vareomsetningen foregår illegalt, utenom alle offisielle regnskaper. Dette gjelder eksempelvis i noen grad for norske jordbruksprodukter. Det er en kjent sak at brennevin produseres illegalt i ganske stor utstrekning.

Skatteunndragelsene fører på den ene siden til at det offentlige for å oppnå en gitt inntekt må ta i bruk høyere skattesatser. Vi må på den annen side regne med at skatteunndragelser og problemet med utilsiktede sidevirkninger, blir alvorligere jo høyere skattesatsene er.

De problemer som er nevnt, setter grenser for hvor høyt det vil være mulig — eller i hvert fall hensiktsmessig — å presse opp skattesatsene innenfor den enkelte skatteform. Vi må også regne med at det ikke kan være mulig å presse opp den samlede skattleggingen.

Sosialøkonomien Colin Clark har drøftet dette problemet. Han skrev i 1945 at 25 prosent av bruttonasjonalproduktet trolig var den øvre tilrådelige grense for skattlegging. Vi kan smile av Colin Clarks påstand i dag, men vi må regne med at han hadde rett i prinsippet. Det finnes trolig en grense for hvor høy skattlegging et samfunn av vår type kan tale.

IV

Hvilke muligheter har vi i årene fremover for å heve skattenivået — eller på annen måte å finansiere økt offentlig virksomhet — uten uheldige sidevirkninger? Nye skatteformer vil i noen grad gjøre det mulig å heve skattenivået ytterligere uten særlige betenkelskaper. Avgifter på miljødeleggende utslipp og produkter er en slik type skatter. Jeg nevnte ovenfor at skatter og avgifter i noen grad bevisst kan brukes til å forbedre den økonomiske tilpasning som markedsmekanismen gir. Det forhold at vi ennå ikke har utnyttet alle slike muligheter, tilsier selvsagt at nye skatter kan innføres med dette formål for øye uten store betenkelskaper. Finansielt vil det imidlertid være begrenset hvor meget slike skatter og avgifter kan komme til å monne.

En annen skatteform som trolig kan trappes opp er eiendomsskattene. Min personlige gjetning er at denne skatteformen vil tilta vesentlig i betydning i slutten av 1970-årene eller i 1980-årene. Også her er imidlertid potensialet begrenset.

Oljefunnene i Nordsjøen vil gi staten inntekter, som etterhvert kanskje kan gå opp i milliarder, og derved lette statens finansieringsproblemer. Vi må likevel legge til grunn at inntektene fra dette hold vil bli små, javnført med de enorme krav til offentlige innsats som vi står ovenfor.

Ved siden av å øke skattene, må det offentlige etter hvert kunne ta mer betalt for en del individualiserte ytelser. Dette vil muliggjøre økt offentlig innsats uten at skatteprosentene går opp. Betaling for offentlige ytelser er imidlertid ingen trylleformel. I sykehussektoren vil eksempelvis et slikt prinsipp kunne innebære at en relativt nøytral standard for komfort fortsatt ble gratis for pasientene, mens pasientene må betale for den ekstra komfort de måtte ønske. I undervisningssektoren ville vi i tilfelle komme tilbake til skolepenger. Ordningen burde i tilfelle begrenses til utdannelse som ikke er obligatorisk og den kunne kombineres med stipend- og låneordninger. Prinsippet med betaling for offentlige ytelser vil i de fleste tilfelle føre til mindre utjamning av levekårene, enn det vi får når offentlige tjenester ytes gratis. Det vil trolig være grenser for hvor langt vi i årene fremover vil ønske å satse på dette.

Enkelte har pekt på at våre subsidie- og stønadsordninger er relativt ineffektive ut fra det utjamningsformål de er ment å tjene. Dette gjelder eksempelvis forbrukersubsidiene på melk og korn.

For å sette saken på spissen kan vi si at de samme mennesker som nyter godt av subsidiene,

stort sett må betale høyere skatt for å få dem. Det er klart at hvis en er villig til å sløyfe forbruker-subsidiene, kan det offentlige nytte disse midlene til andre formål uten at bruttoskattene totalt sett heves. Hvis en samtidig ved å droppe forbruker-subsidiene skulle bestemme seg for en lavere moms-sats på matvarer, er jeg likevel ikke sikker på om vi ut fra en totalvurdering vinner noe på en slik operasjon. Fra et kontrollsynspunkt kan en gradert moms bli vanskelig å handtere. Fordelingsmessig virker trolig lav matvaremoms mindre effektivt til utjamning enn subsidier på korn og melk.

Enkelte har ment at barnetrygden bør gjøres behovsprøvet. Hvis en finner dette forsvarlig uten at det gis kompensasjon i tilsvarende fradrag i skatt for bedre bemidlede, vil et slikt tiltak selv-sagt frigi midler til andre formål. Imidlertid kan jeg ikke se at vi løser noen problemer hvis barnetrygden skal erstattes med fradrag i skatten for de som har midlere og høye inntekter.

Jeg skal i det følgende tale om *skattesystemet* på den ene side og *offentlige yteler* på den annen side.

Skattesystemet tenkes da avgrenset slik at barnetrygd og prissubsidier oppfattes som negative skatter — disse ytelsene regnes altså med til skattesystemet. Med offentlige yteler tenkes i første rekke på det offentliges kjøp av varer og tjenester, på utgifter til pensjonstrygder, syke-trygd og sosialhjelp.

Våre problemer med skattleggingen vil stille seg mer alvorlig fremover jo større vekt vi legger på at skattesystemet skal være gradert slik at det fremmer en utjamning av levevilkårene. En slik utjamning krever relativt store fradrag, unntak fra skatt eller tilbakeføringer. Men dette virker til å presse skattesatsene opp. Vi må som tidligere nevnt, gå ut fra at det er grenser for hvor høye skattesatser det er klokt å gjøre bruk av. Vi har derfor en konflikt mellom ønsket om et sosialt gradert skattesystem og ønsket om økte offentlige yteler. Personlig tror jeg ikke at kravet om et sosialt gradert skattesystem vil bli tillagt mindre vekt — eller at kravet bør tillegges mindre vekt — enn det som hittil har vært tilfelle.

V

Hva bør vi gjøre for å få en rimelig utvikling i våre offentlige finanser i årene framover? Det er strengt nødvendig at vi reduserer de planer og idéer om offentlig yteler som i dag gjør seg gjeldende i Storting, i departementene og i andre offentlige organer. Det er to grunner til at dette må skje. Den første grunnen er at vi må regne med alvorlige problemer på skattleggingsiden om disse planer for offentlig innsats søkes realisert fullt ut. Mulighetene for å øke de offentlige yteler uten å heve bruttoskattenivået er riktignok til stede. Innenfor rammen av en vettig politikk er det imidlertid etter mitt skjønn begrenset hva som kan oppnås av denne vei. Bruttoskattenivået kan fortsatt heves betydelig. Men det kan neppe være

vettig politikk å ta sikte på et skattenivå som vil ligge i nærheten av for eksempel 60 prosent av bruttonasjonalproduktet mot slutten av dette århundre. Med de skatteformer som kan komme på tale, tror jeg at skjevhetene på grunn av skattemotivert tilpassing da vil bli så framtredende at en slik politikk nærmest vil forby seg selv.

Den andre grunnen til at planene om offentlig innsats må modereres, er hensynet til velstandsutviklingen for den yrkesaktive befolkning. Tenker vi oss at alle yrkesgrupper har en parallel inn-tektsutvikling, kan vi illustrere forholdene ut fra en vanlig industriarbeiderfamilie. Jeg synes det må være en rimelig målsetting at en slik familie kan øke sitt reelle forbruk — utenom helsekonsumet — med i hvert fall 1 prosent pr. år framover. En standardvekst for industriarbeidere på 1 pst. er under halvparten av den standardvekst som fant sted i 1960-årene. En vekst på 1 pst. pr. år vil føre til at den typiske industriarbeider, som i dag tjener ca. 24 000 pr. år etter skatt, vil få omlag 32 000 1972-kroner i år 2 000. Men selv en slik beskjeden målsetting for veksten i de yrkesaktives levestandard, vil fordrer at de planer for offentlig yteler som jeg har omtalt foran, må modereres. Tar vi utgangspunkt i noenlunde rimelige anslag for veksten i bruttonasjonalproduktet framover, og avsetter passende ressurser til investeringer, vil vi oppdage at de planer som foreligger for offentlig yteler, til sammen ikke gir rom for konsumvekst på 1 pst. pr. år for en typisk industriarbeider. Dette illustrerer klart hvor urealistisk disse planer for offentlig innsats er, når de vurderes under ett. Avsetter vi for lite rom til velstandsøking for lønnstakerne i vår økonomiske planlegging, vil vi kunne få uro i arbeidslivet og et inflasjonsdrivende kostnadspress.

Planer for offentlige yteler må skjæres ned for det første ved at tempoet for gjennomføringen av forskjellige programmer modifiseres. Men viktigere enn dette er det at ambisjonsnivået i en del tilfelle må reduseres. Den standard det tas sikte på i dag er i mange tilfelle for høy. Et viktig utgangspunkt ved fastlegging av standarden for offentlig tjenesteyting, har vi i de opplysninger jeg nettopp har gitt: Vi planlegger for et sammfunn der en typisk industriarbeiderfamilie har en inntekt etter skatt på ca. 24 000 kroner pr. år i dag, mens en slik familie i år 2 000 trolig vil ha en inntekt på omlag 32 000 1972-kroner. Valg av et høyere utgiftsalternativ for offentlige yteler kan ovenfor slike familiør innehæbre at de oftere enn ellers må holde seg hjemme i ferien, eller at flere av barna ikke får eget rom. Det er på dette nivå tilpasningen av levestandard vil måtte skje når våre industriarbeidere stilles ovenfor høyere skatter og avgifter — også omkring år 2 000.

Når det gjelder trygdeytelsene må vi nå stille oss selv spørsmålet om hvilket levestandardsnivå vi mener de alders-og pensjonstrygdde bør ligge på sammenliknet med en industriarbeiderfamilie. Ytelsene har kommet såvidt høyt at det heretter vel vil være rimelig å la de alders- og pensjons-trygdde under ett, få en standardøking som er

parallel med den industriarbeiderne får. Jeg regner som nevnt med at utjamning av levekårene fortsatt vil være et sentralt politisk mål. Det kan imidlertid reises tvil om hvor effektiv dette mål kan fremmes ved ytterligere utbygging av generelle stønadsordninger — det er mulig at en del av disse ordningene allerede er gjort for omfattende. En kan i dag se eksempler på at trygdestønadene ikke alltid går til den som ville ha trengt den mest. Mye taler for at en heretter må legge større vekt på behovsprøvede stønadsordninger. Et hovedproblem kan bli å finne fram til kriterier for stønadstrengende. Det er nødvendig at ytelsene ved behovsprøvede stønader fastlegges blant annet ut fra realistiske begreper om hva som er gjengs levestandard blant slike lavinntektsgrupper som ikke er stønadsberettiget.

Den strengere prioritering som må legges til grunn ved godkjenning av offentlige programmer og prosjekter, må ikke bare gjelde nye tiltak. Vi trenger større villighet til å kutte ut eller å revide programmer og prosjekter som er mislykket, eller som på grunn av utviklingen har fått mindre betydning. De langsigte planer en har for utvikling av program-budsjettering innen staten, kan gi oss nyttige instrumenter i dette arbeidet.

I de siste årene har vi sett stygge eksempler på at de offentlige utgiftene har steget vesentlig mer enn forutsett. Det er nødvendig at vi sikrer oss bedre kontroll over utviklingen i de offentlige utgiftene. Dette krever bedre planlegging. For de store kostnadskrevende programmene, må en dessuten i større grad enn hittil være villig til å nytte budsjett-anslagene som styringsmiddel.

Hittil har en ofte arbeidet slik at en har utarbeidet et program for offentlige ytelser, som inneholder et regelsett eller visse standarder. Slike regler og standarder har i visse tilfelle vært lovfestet. Dessuten har en laget budsjettanslag for kostnadene. Ofte undervurderes de kostnader programmet innebefatter. I slike situasjoner har som regel programmet blitt gjennomført uten modifikasjoner, mens budsjettanslagene har blitt overskredet. I flere tilfelle enn hittil bør visse nøkkelfaktorer i programmet gjøres elastiske. Budsjettanslaget kan da gjøres bindende, mens programmet — i de tilfelle planleggingen svikter kan jenkes. En slik teknikk kan utvilsomt føre til vanskelige justeringer innenfor den enkelte sektor, men den kan spare oss for langt mer smertefulle tilpassinger, som ellers vil måtte finne sted innenfor samfunnet som helhet.

Generaldirektør FOR NORGES STATSBANER

Stillingen som generaldirektør for Norges Statsbaner blir ledig fra 1. mars 1973. Stillingen skal besettes på åremål for 6 år om gangen. Lønnen m.v. fastsettes på grunnlag av individuell avtale.

Pensjonsordningen blir etter lov om pensjonsordning for åremålstilsatte av 9. november 1956.

Søknader sendes

SAMFERDSELSDEPARTEMENTET

Myntgaten 2, Oslo-Dep.,
Oslo 1 innen 2. februar.

Målsetting og prioriteringer belyst ved eksempler fra helsevesenet

AV

DIREKTØR TRYGVE HAUAN,
RIKSHOSPITALET



Jeg vil først forutskikke den bemerkning at eksemplene og omtalen i det hele tatt vil dreie seg om den del av helsestellet som utgjøres av sykehusvesenet. Med dette forstår de alminnelige sykehus for somatiske sykdommer. Når jeg har valgt dette, er det fordi de langt på vei utgjør den del av helsevesenet som er mest ressurskrevende, både når det gjelder materielle ressurser og personalressurser. Det er også den del av helsevesenet som sosialøkonomene er begynt å vise stor interesse.

Det har i de senere år vært adskillig uro omkring sykehusvesenet og dets funksjoner her i landet. Dette skyldes vel den prosess som vi er midt oppe i med omstrukturering av sykehusvesenet og som Sykehusloven av 1969 ga støtet til. Dels skyldes det også de situasjoner som oppstår i ferietid, men også ellers, på grunn av den knapphet på personell særlig i pleiesektoren som sykehusene lider under. Det skyldes også at massemediene viser stor interesse for forholdene i sykehusene hvilket igjen reflekterer befolkningens store interesse for disse helseinstitusjonene.

Det er en alminnelig erfaring at det som karakteriserer vår tid er at forholdene på nær sagt alle områder endrer seg og at endringene skjer i et akcelererende tempo. Dette har også gjort seg gjeldende innen legevitenskapen som i våre dager stiller til rådighet nye og mere effektive metoder til diagnostikk og behandling. Dette har medført blant annet at sykdommer og tilstander som det tidligere ikke var mulig å behandle, har kunnet gjøres til gjenstand for rasjonell diagnostikk og terapi. Disse medisinske landevindinger beror for en stor del på en teknologisk utvikling innen legevitenskapen og fordrer til dels et meget kostbart utstyr og et samarbeide mellom medisinske spesialister og med disse og andre grupper personell med teknologisk innsikt og erfaring.

Denne utvikling har i vesentlig grad vært knyttet til sykehusene med derav følgende øket behov for ressurser til disse institusjoner. Det kan i denne forbindelse være tilstrekkelig å nevne at i perioden 1956 — 65 var nettotilgangen på leger her i landet ialt 1 063. I samme tidsrom ble antallet legestillinger i sykehusene øket med 924.

Dette er betegnende for den spesialisering og institusjonalisering som har funnet sted og også for det forhold at det kostbare og kompliserte utstyr som kreves i våre dagers diagnostikk og terapi, har gjort det nødvendig å legge en stadig større del av den medisinske virksomhet til institusjonene.

Etterspørseksen etter sykehustjenester målt med antall innleggelses er også øket meget sterkt. Antall innleggelses utgjør ca. 500 000 pr. år, hvorav de fleste i de alminnelige sykehus, sykestuer og klinikker. Dette svarer til ca. 12 pst. av befolkningen. Den har steget gjennom alle de siste decennier fra 1 pst. i 20-årene. Med de til dels lange ventelister sykehusene har, må vi anta at tilbuddet ikke dekker etterspørseksen. Antall innleggelses har øket langt sterkere enn økningen i antallet sykehusplasser pr. 1 000 i befolkningen. Det blir nå behandlet et langt større antall pasienter pr. sykehusplass enn tidligere. Dette er gjort mulig ved en stadig senkning av den gjennomsnittlige liggetid pr. pasient. Denne senkning skyldes endringer i behandlingsmetodene og er vel den største rasjonaliseringsevinst vi har høstet i sykehusene. Ett eksempel vil illustrere dette. En gjennomsnittlig liggetid på 12 dager betyr at en plass kan ta imot 30 pasienter pr. år. Kan liggetiden senkes til 10 dager, vil den kunne ta imot 36 pasienter pr. år, d.v.s. en økning på 20 pst.

Vil etterspørseksen etter sykehusplasser øke i tiden fremover, eller vil den avta?

Det er et vanskelig spørsmål å besvare med sikkerhet. Det vil være avhengig av de faktorer som er bestemmende for etterspørseksen. Disse faktorer er av forskjellig natur med basis dels i medisinens utvikling, dels i befolkningens størrelse, bosetting og ikke minst befolkningsstrukturen. All erfaring viser at etterspørseksen eller konsumsjonen av sykehusservice øker med alderen slik at de eldre aldersklasser er relativt større konsumenter av sykehusservice enn yngre årsklasser. Den er også større i de store befolkningskonsentrasjoner enn i grisgrendte strøk.

Det vil også bero på sykdomspanoramaet i befolkningen. Det er her å merke seg at prognosene viser en betydelig øking i antallet krefttilfeller.

På den annen side vil utbyggingen av primærhelsetjeneste og poliklinisk virksomhet ved sykehusene kunne bidra til å minske etterspørselen. I samme retning vil det også virke om man kan redusere den gjennomsnittlige liggetid.

I alt har en i dag (1970) 370 enheter med i alt 30 651 plasser hvorav ca. 21 000 i de alminnelige sykehus, klinikker og sykestuer.

I alt dreier det seg i de institusjonene om ca. 10 000 000 kurdager pr. år, hvorav ca. 6 800 000 i de alminnelige sykehus, sykestuer og klinikker.

Trygdens utgifter for behandling og pleie var i 1971 2,2 milliarder. Som kjent refunderer trygden 75 pst. av godkjente driftsutgifter. Anslaget for 1972 er 2,7 milliarder og i 1973 3,2 milliarder kroner.

Nå er et system ikke definert bare ved de elementer det inneholder. Man må også kjenne dets struktur, dvs. hvorledes det er organisert. Applisert på sykehusvesenet er det ikke tilstrekkelig å vurdere det bare ut fra det antall plasser det samlet har i vårt land, men man må også vurdere det etter hvorledes det er strukturert. Dette spørsmål om struktureringen av sykehusvesenet er blitt overordentlig viktig og har enkelte steder ført til store kontroverser på det lokale plan.

Den raske utvikling som fant sted i 20-årene gjorde at vi fikk mange og relativt små enheter uavhengig og isolert fra hverandre. Hvert sykehus var i stor utstrekning seg selv nok. Denne strukturering eller mangel på struktur var vel adekvat for løsningen av de oppgaver som sykehusene den gang hadde. I det utviklingstrinn som legevitenskapen nå har nådd, er denne struktur ikke lenger tilfredsstillende. Det ble etterhvert klart at en omlegging måtte til. Den medisinske og teknologiske utvikling som jeg nevnte tidligere, gjør at de små enheter ikke lenger kan gi pasienten en tilstrekkelig differensiert, medisinsk service. Sykehusmedisinen har gjennomgått en stadig sterkere spesialisering. Dette er et grunnleggende trekk ved den medisinske utvikling i de senere år. Antallet medisinske spesialiteter har øket meget raskt, og det ser ut til at den stadig vil fortsette. Årsaken til dette ligger i at den medisinske forskning raskt øker massen av tilgjengelig viten slik at det ikke lenger er mulig for den enkelte å holde seg ajour på brede felter.

Til dels er det oppstått spesialiteter som dekker sykdomsgrupper som er såvidt lite hyppig forekommende, at de trenger et større befolkningsgrunnlag enn det enkelte sykehus hittil har hatt. For enkelte av disse spesialiteter — og som er meget viktig for befolkningen — er kravet til befolkningsgrunnlaget så stort at et enkelt fylke alene ikke kan tilfredsstille det. Spesialistens avtagende kompetanse innen andre felter av medisin, må kompenseres ved et utstrakt samarbeid mellom spesialister. Et slikt samarbeid blir raskest og mest effektivt når spesialistene samles mest mulig, både geografisk og organisatorisk. Dette, sammen med kravet om samarbeid mellom ulike medisinske spesialister innenfor samme sykehus, har hatt til følge at sykehustjenesten må baseres

på større enheter enn tidligere har vært vanlig i vårt land.

Det kan ikke nok understrekkes at det har funnet sted en vidtgående endring i sykehusenes funksjoner i de siste 20 år. Dette har ført til at et sykehus i dag er noe helt annet enn tidligere. Det gjelder både selve sykehusbygningen, utstyret, typer av personell, forholdet til andre former av medisinsk virksomhet her og til det omliggende samfunn.

Disse problemene blir særlig fremtredende i et land som Norge som har få innbyggere pr. km.². Også landets form og geografiske og klimatiske forhold bidrar til å skjerpe konflikten mellom de to forskjellige hensyn som begge har krav på å bli tatt i betrakting. For det første befolkningens naturlige ønske om å ha et tidsmessig sykehus innen rimelig kommunikasjonsmessig avstand, først og fremst av hensyn til transporten av de syke selv, men også av hensyn til slektninger som vil opprettholde kontakten med den syke under sykehusopp holdet. For det annet det ovenfor nevnte krav om en stadig mer vidtgående oppdeling i spesialiteter og slik at flest mulig spesialavdelinger arbeider under samme tak. Disse motstridende interesser kan i noen grad overvinnes ved en videre utbygging av kommunikasjonene. Dernest ved en klarere arbeidsdeling mellom sykehusene, idet ikke alle sykehus innen et område kan inneholde alle spesialiteter, og slik at mere kompliserte sykdomstilfelle som krever høygradig spesialinnsikt og forutsetter særlig kostbar utstyr blir behandlet i større og mere differensierte sykehus, mens de mindre lokale sykehus tar seg av enklere tilfeller. Dette er den eneste måte hvor på befolkningen i alle deler av landet kan få den sykehusbehandling som den moderne medisin i dag kan gi. *Regionaliseringen* og struktureringen er en forutsetning for at befolkningen i de ulike deler av landet kan få denne mulighet for slik behandling.

Hva forståes ved begrepet regionalisering i denne forbindelse? Med regionalisering menes en plan som desentraliserer til hensiktsmessige geografiske enheter utførelsen av et oppsatt program. Regionaliseringen tar således sikte på å skape områder av en størrelse passende for en effektiv koordinering av oppgavene uten unødig spredning av krefter og personell.

En regionalisering av sykehusvesenet tar sikte på å skape avgrensede områder med en befolkningstmengde stor nok til å danne grunnlag for en vidtgående differensiering innen sykehusene, slik at hele registret av de viktigste sykehusfunksjoner kan bli representert i området og således bli tilgjengelig for befolkningen der. Regionaliseringen innebærer en funksjonell koordinering av sykehusene innen regionen og skaper forutsetningen for en vidtgående spesialisering innen regionen med de muligheter for befolkningen til å oppnå den beste undersøkelse og behandling som dette innebærer.

Konsekvensen av dette resonnementet er at man i den fremtidige utbyggingen av sykehusene må sørge

for at de mest alminnelige spesialiteter også utenom kirurgi, indremedisin og røntgen blir representert så vidt mulig i alle fylker. Dette kan skje ved at et av sykehusene i fylket utbygges med dette for øye til sentralsykehus for fylket.

De erfaringer som er vunnet under den ekspansjon som har funnet sted på sykehussektoren i Norge etter den annen verdenskrig viser at lokale hensyn ofte gjør seg meget sterkt gjeldende på tvers av de faglige hensyn ved plasseringen av sykehus. Sykehuset blir betraktet som et verdifullt skatteobjekt og som et ettertraktet statussymbol. Innen et fylke vil antallet og plasseringen av sykehus under disse forhold lett kunne bli sterkere bestemt av de motstridende lokale interesser enn av de medisinske og økonomiske hensyn som ville tjene fylkets befolkning som helhet best. Blant annet har det vært en tendens til å ville tilgodese slike lokale hensyn ved plasseringen av spesialavdelinger. Det uheldige ved dette er at spesialavdelingene spres på for mange sykehus i et fylke, slik at samarbeid med andre spesialavdelinger blir vanskelig eller umulig. Videre fører det til at disse spesialavdelinger ikke blir av den størrelsесorden som er rasjonell hverken ut fra medisinske eller økonomiske betraktninger. Det driftsøkonomiske teller her sterkt også av den grunn at den vitenskapelige og tekniske utvikling forutsetter anskaffelse av et til dels meget kostbar apparatur, vel utstyrt laboratorier med høyt lønnede spesialutdannet personale m.v. Spres slike kostbare spesialutstyr på for mange steder vil det i sakens natur medføre at apparaturen ikke blir utnyttet til kapasitet, hvilket blir så meget uøkonomisk fordi slik apparatur som regel raskt foreldes og må avløses av nye forbedrede typer. Det høyt spesialiserte personell som trenges ved slike spesialavdelinger må også i fremtiden anses å bli mangelvare og må derfor utnyttes ved spesialavdelinger av rasjonell størrelse.

Alt i alt anses det derfor når det gjelder de alminnelige sykehus nå som nødvendig og hensiktsmessig med noe sterkere sentralisering enn den man hittil har hatt i vårt land. På den annen side vil særlig grisgrendte strøk av landet med mindre lokalsykehus fremdeles representere den eneste mulige løsning.

Man kommer derved inn på målsettingen for sykehusvesenet i vårt land. Det er klart at denne målsetting må bli holdt i generelle vendinger. Helsedirektøren har i proposisjon om lov om sykehus av 1967/68 som målsetting for sykehusvesenet anført følgende:

«Målsettingen for de alminnelige sykehus må være å skape muligheter for at befolkningen i alle deler av landet har noenlunde lett adgang til slik undersøkelse og behandling som disse sykehus kan yte».

Denne generelle målsetting må anses å være akseptert av de bestemmende myndigheter. Ut fra denne målsetting er det nødvendig å foreta en omstrukturering av sykehusvesenet i vårt land, og denne omstrukturering er vi faktisk midt oppe i.

Den tar sikte på følgende kategorier sykehus med stigende kompetansenivå:

Lokalsykehus
Sentralsykehus
Regionalsykehus eller
Landsdelssykehus

Disse siste vil på grunn av sin størrelse og sterke differensiering være egnet som universitetsklinikker.

Jeg vil understreke at denne strukturering eller regionalisering betyr en desentralisering til fylkene av sykehustjenester som hittil kun er blitt ydet ved de store befolkningssentra her i landet, fortrinnsvis i Oslo. Denne strukturering er derfor i full samsvar med målsettingen for sykehusvesenet, ja er en betingelse for at befolkningen kan få en tilfredsstillende sykehustjeneste. Den bringer den differensierte sykehusservice ut fra de større sentra og ut til fylkene.

Det sier seg selv at det vil ta tid å gjennomføre denne omstrukturering av sykehusvesenet som er nødvendig for å oppnå den generelle målsetting som er fastsatt.

Det må i denne forbindelse erindres at mange av våre sykehus har tilhold i bygninger som må karakteriseres som gamle og dårlig skikket til sitt formål, idet de ikke lenger tilfredsstiller de krav som sykehusfunksjonene i våre dager stiller til den bygningsmessige utforming. De fleste av sykehusenhetene ble opprinnelig anlagt i 20-årene. I den forbindelse kan nevnes det forhold at mens sengeavdelingene tidligere utgjorde opp imot 80 pst. av den samlede gulvflate i et sykehus, tar de i moderne sykehus bare 30—40 pst. av gulvflaten. Resten tas nå av laboratorier, arbeidsrom m.v. som man tidligere ikke hadde i sykehusene. Sentrallaboratoriene for klinisk kjemi, fysisk medisinsk behandling, spesielle avdelinger for overvåking av pasienter i en kritisk fase i de såkalte intensivavdelinger. Større krav til forsyningstjeneste innen hospitalet og poliklinikker.

Tiden tillater meg ikke å gå nærmere inn på utformingen av sykehusbygningene. Det er et problem som opptar våre sykehusarkitekter meget sterkt.

Målsettingen på kortere sikt må være å oppnå en større differensiering av sykehusene i de områder som er tilbakeliggende. Dette kan etter min mening mest hensiktsmessig oppnås ved å bygge ut sentralsykehusene først, minst ett i hvert fylke. Dessverre ser man i enkelte tilfelle at de lokale sykehus gis prioritert. Årsaken til dette er muligens at investeringene i slike sykehus fortøner seg som mer overkomelig for de bestemmende myndigheter.

Det er en sterk bevegelse i gang for å bygge ut sykehusenes ambulante service i form av organiserte poliklinikker. Hensikten er blant annet å oppnå en reduksjon i antallet innleggelse. Det er klart at noe kan oppnås ad denne vei, og likeledes ved å bygge ut sykehjem for å avlaste sykehusene for de pleiepasienter som unødig opptar plass i sykehusene. Jeg tror dog ikke at antall inn-

leggelser vil avta vesentlig ved disse tiltak, men man vil uten tvil oppnå en betydelig gevinst ved en nedsettelse av den gjennomsnittlige liggetid. Som jeg før har nevnt, betyr en reduksjon av bare noen få dager en meget vesentlig gevinst i øket utnyttelse av sykehusplasser.

Jeg vil dog fremholde som min oppfatning at den polikliniske virksomhet må støtte seg til et vel utrustet og differensiert sykehus. Det samme gjelder også helsetjenesten utenfor sykehus.

Fra fylkenes side ble det stillet store forventninger til Sykehusloven når det gjaldt takten i utbyggingen av de alminnelige sykehus, og helseinstitusjoner forøvrig. Flere av dem hadde i årene forut for Sykehusloven forholdt seg avventende med det resultat at utbyggingen av sykehusene hadde stagnert.

Sykehusloven pålegger som bekjent fylkene å foreta planleggingen av helseinstitusjoner. Disse planer skal godkjennes av de sentrale myndigheter. Fylkene har vært forholdsvis raske til å lage planer for de alminnelige somatiske sykehus. Disse planer er nu under behandling av de sentrale helsemyndigheter. Den endelige godkjennung av planene er det Regjeringen som foretar.

Hvor hurtig kan planene realiseres?

Realiseringen av planene er sterkt avhengig av de lånemidler som stilles til rådighet for det formål av det offentlige.

Etter de opplysninger jeg har fått fra kompetent instans er behovet for investeringer meget stort, ca. 6,8 milliarder frem til 1980. For de alminnelige somatiske sykehus alene er behovet angitt til ca. 4,3 milliarder.

For somatiske sykehjem	1,4 milliarder
Psykisk helsevern	800 millioner
og åndsvakevesenet	300 millioner

Lånebehovet av offentlige midler er anslått til
325 millioner i 1972
433 millioner i 1973
415 millioner i 1974 og
436 millioner i 1975.

Haukeland sykehus 600 millioner er ikke tatt med og heller ikke Oslo kommune.

Hvis det som i de senere år er stillet til disposisjon av offentlige lånemidler er en pekepinne også for de kommende år, er jeg redd for at det innebærer en relativ tilbakegang, idet takten i utbyggingen blir for langsom, og befolkningen må vente desto lengre på å få et sykehusvesen som er tilfredsstillende.

I denne situasjon er det klart at prioriteringen i denne sektor av helsevesenet blir meget viktig. Det blir også av den største viktighet å fastlegge på hvilket grunnlag denne prioritering skal skje. Den kan skje på forskjellig grunnlag. På det rent medisinske faglige grunnlag hvilket ville væreiktig hvis målsettingen på kortere sikt skal nås innen rimelig tid, nemlig som jeg før har nevnt å oppnå en større differensiering av sykehusene i de områder som er tilbaketiggende på dette området.

Eller er det så at prioriteringen finner sted ut

fra prinsippet at den som kommer først til mølla får først male?

Dette vil kunne føre til at de rikeste fylker blir prioritert fremfor de økonomisk svakere fylker. Det må i denne forbindelse erindres at den ulikhet det er fra før i sykehustjenester i fylkene, vel hovedsakelig har sin årsak i fylkenes ulike økonomiske evne. Men det var jo dette man skulle komme bort fra. Det blir også spørsmål om prioritering mellom de ulike typer av helseinstitusjonene. Det er klart at de bestemmende myndigheter her står overfor en vanskelig oppgave.

Det man kan konstatere, er at prioritetet for tiden er gitt til utbyggingen av universitetsklinikene i Tromsø og Bergen, og man må vel vente at også den i Trondheim vil bli prioritert høyt. Når disse institusjoner er prioritert er det vel ut fra motivet å skaffe flere utdannelsesplasser for medisinsk personell. Ut fra den personellsituasjon vi har i helsesektoren må dette være en riktig prioritering.

Derved får man også på plass de viktige regionalsykehus som vil bli hjørnestenene i sykehusvesenet her i landet.

II.

Jeg vil nu gå over til et helt annet sett problemer som kan kaste lys over forholdene vedrørende målsetting og prioritering av oppgaver innenfor den enkelte institusjon.

Den tekniske utvikling innen medisin har gjort det mulig å angripe stadig vanskeligere medisinske problemer. Det er ikke dermed gitt at det som er teknisk mulig å utføre også bør komme til utførelse. Det blir ofte de økonomiske forhold som blir utslagsgivende. Men også andre overveielser kan være bestemmende for om det som er teknisk mulig også skal tilbys befolkningen. Det kan f.eks. være metoder som krever tilgang på ressurser som er såvidt sparsomme at det bare kan bli tale om å anvende metodene i meget få tilfeller, slik at de i virkeligheten ikke har noen praktisk betydning.

På grunn av at den medisinske teknikk utvikler seg vesentlig raskere enn samfunnets vilje eller evne til innsats i helsesektoren, blir man tvunget til en sterkere økonomisk prioritering mellom de forskjellige muligheter for medisinsk tilbud til befolkningen.

Dette at man må velge mellom oppgaver og ikke kan løse alle, kan føre til at man må avstå fra å utvikle og yte visse former for behandling eller dekning av visse behov. Videre at man ikke på alle områder kan regne med å gi et behandlings-tilbud som teknisk sett er det beste som kan gis innen området. Og for det tredje at man må godta ventekøer og ventetider på grunn av utilstrekkelig kapasitet.

Dette reiser da spørsmålet om hvem eller hvilken instans er det som bestemmer hvilket tilbud som gis til befolkningen innen et område av medisin.

Utviklingen av nye behandlingsmetoder skjer her i landet hovedsaklig ved universitetsklinikene,

og det faller da naturlig for meg å hente eksemplene fra Rikshospitalet, som er det sykehus jeg kjenner best.

I begynnelsen av 60-årene tok en av de kirurgiske avdelinger ved Rikshospitalet opp en teknikk hvorved man erstatter syke hjerteklaffer med kunstige hjerteventiler. Jeg skal ikke her gå inn på hvorledes slike syke hjerteklaffer oppstår og årsakene til det, men bare nevne at på grunn av den unormale strømning av blodet gjennom hjertets hulrom vil det etterhvert gjennom mange år utvikle seg en tilstand hvor hjertet ikke lenger klarer det merarbeid som den unormale sirkulasjon medfører og man får en sirkulasjonssvikt med stuvning av blodet, hvilket igjen fører til at disse pasienter blir sterkt invalidisert og endog sengeliggende. Det nye teknikk med den såkalte hjerte-lungemaskin gjør det mulig å utføre operasjoner på åpent hjerte. Syke hjerteklaffer kan ved operativt inngrep erstattes med kunstige hjerteventiler. Medfødte defekter i hjertet kan korrigeres ved operasjon.

Da den kirurgiske avdeling det her er tale om etterhvert tok opp denne metode, begynte det i det små med noen få tilfeller pr. år, men etterhvert som metoden var innarbeidet, ble disse inngrep gjort hyppigere og hyppigere, slik at det siden 1966 er operert ca. 100 pasienter pr. år for slike lidelser. En del av disse pasienter kommer inn i hospitalet som øyeblikkelig hjelp.

Nu er denne metode meget ressurskrevende, særlig i personell og særlig personell i pleiesektoren. Selve operasjonen foretas av et team av 6 leger og 6 sykepleiere og tar ca. 4 timer. Av materielle ressurser kan nevnes at det medgår i hjerteventiler, suturmateriell m.v. for tilsammen ca. kr. 6 000,- pr. operasjon. Dertil kommer selvsagt utgifter til alle de blodanalyser m.v. som utføres under og etter operasjonen og som vi ikke har beregnet, og generelle utgifter med enhver operasjon. Det som gjør seg meget sterkt gjeldende, er at disse pasienter i tillegg krever en meget stor innsats av et høyt kvalifisert pleiepersonell i fasen etter operasjonen.

Etter at denne metode er blitt innarbeidet og det er kjent at Rikshospitalet utfører slike operasjoner, er etterspørsmålet etter plass for denne kategorien pasienter øket meget sterkt. Hvorledes reagerer så en sykehusavdeling på denne økende etterspørsel? Den forsøker å ta seg av disse pasienter som ofte kommer fra andre sykehus i landet. Avdelingen prioriterer denne gruppen pasienter fordi de ikke kan la det være ut fra alminnelige legeetiske betraktninger. Resultatet slik som det har utviklet seg, er blitt at avdelingen konentrerer sine personell-ressurser i pleiesektoren omkring disse pasienter. Dette fører på den annen side til at avdelingen ikke kan holde alle sine sengeplasser bemannet med pleiere, og følgen er at en del sengeplasser ikke kan anvendes, men blir stående tomme. Avdelingen har altså omdisponert sine ressurser til fordel for disse pasientgrupper. Det må erindres at Rikshospitalet i flere år var det eneste sykehus her i landet som fore-

tok slike operasjoner. Ullevål sykehus har nu tatt opp metoden, men ikke i samme skala som Rikshospitalet.

Det blir som man vil forstå kapasiteten i pleiesektoren som blir bestemmende for antallet av pasienter innen denne gruppe som kan bli behandlet ved Rikshospitalet. Kapasiteten på legesiden er anslått å være dobbelt så stor som den kapasitet man har på pleiesiden.

Etterspørsmålet etter denne behandlingsform overstiger nu tilbuddet med den følge at det har dannet seg køer av pasienter som venter på å få denne behandling. En viss kødannelse kan man akseptere hvis ventetiden har en rimelig lengde. Situasjonen er i dag den at avdelingen har en venteliste på 493 pasienter og ventetiden er kommet opp i ca. 9 måneder. Jeg gjør dog oppmerksom på at en del pasienter blir tatt imot som øyeblikkelig hjelp.

Det jeg her har skildret viser årsakene til den krise som enkelte av Rikshospitalets avdelinger er kommet i når det gjelder pasientbehandlingen.

Denne utvikling er på mange måter lærerik fordi den viser at man må gå frem på en annen måte når det gjelder nye behandlingsmåter som kan tilbys befolkningen. Det eksempel som jeg har skildret kan forfølges ved Rikshospitalet. Det gjelder også for andre avdelinger, f.eks. for den annen kirurgiske avdeling som har nyretransplantasjoner og lidelser i fordøyelsesorganer som sitt spesielle i samarbeid med den annen medisinske avdeling. Også her har personalressursene måttet konserveres om de aktuelle behandlinger med det resultat at sengekapasiteten ikke kan utnyttes. Det samme gjelder også en av de medisinske avdelinger.

Hvordan kan man komme ut av denne situasjon? Jeg går ut fra at ingen vil stoppe disse behandlingsformene. Det som byr seg av løsning er selvfølgelig at hospitalet får ressurser som gjør det mulig å utnytte den kapasitet som de tomme senger representerer. Saken er imidlertid ganske komplisert, fordi en økning av denne behandlingskapasiteten på de kirurgiske avdelinger automatisk medfører at også kapasiteten på serviceavdelingene så som Røntgenavdelingen, Klinisk-kjemisk laboratorium og andre også må økes hvis ikke hele hospitalet kun skal beskjæftige seg med disse få grupper av pasienter. Dette kan ikke gjøres på grunn av de øvrige funksjoner hospitalet har i helsevesenet.

En beregning over nødvendige ressurser for å øke behandlingskapasiteten til det dobbelte er satt i gang, og resultatet vil foreligge i nær fremtid.

Videre bør denne behandlingsform snarest bygges ut ved andre av de store sykehus, universitetsklinikkene. Det tar dog erfaringsmessig noen tid å trimme opp et team for slike behandlinger og det forutsetter naturligvis at disse andre sykehus får de nødvendige ressurser til å løse oppgaven. Det må med andre ord skje en arbeidsdeling mellom de store sykehus når det gjelder å løse dette problem.

Vi må nu ta lærdom av det eksempel jeg har omtalt såvidt utførlig.

For det første: Hvorledes skal beslutningsprosessen være? Hvem skal bestemme hvilke metoder skal utvides? Når metoden er utviklet, må det være en instans som treffer beslutning om hvorvidt metoden skal settes ut i masseproduksjon og hvilke sykehus som i så fall skal påta seg oppgaven. Disse spørsmål må utredes nærmere.

Når det gjelder det første spørsmål, tror jeg det er riktig at sykehusene selv får anledning til å utprøve nye metoder ut fra sine vitenskapelige forutsetninger. Men det bør ikke være en enkelt person som treffer en slik beslutning. Det bør i de klinikker det her er tale om, etableres et organ eller forum hvor det blir drøftet og avgjørelsen treffes med hensyn til hvilke metoder som bør tas opp til undersøkelse. Denne avgjørelse blir å treffe på et rent medisinsk grunnlag.

Ikke alle de forsøk som gjøres fører frem. Når man er kommet frem til en ny metode som åpner muligheter for behandling av sykdommer som hittil ikke har vært traktable, må det være en instans som treffer beslutning om denne skal tilbys befolkningen. Etter min mening må det være Helsedirektoratet som vil være den rette instans og som sitter inne med overblikket og kan vurdere denne gruppe sykdommer mot andre grupper som det må tas hånd om og det må være Helsedirektoratet som treffer avgjørelsen med hensyn til prioriteringen.

Hvis det så bestemmes at denne behandlingsform skal settes ut i livet, blir det til sist de bevilgende myndigheter som på grunnlag av en analyse av de ressurser som kreves, bestemmer om slike skal stilles til disposisjon. Avgjørelsen her vil ventelig treffes ut fra økonomiske betrakninger — hvor meget samfunnet vil anvende av sine ressurser til helseformål.

På denne måte vil avgjørelsen bli truffet på det rette kompetansenivå, og man vil unngå de til dels opprivende stridigheter man har vært vitne til i den senere tid. Det blir da klart hvor ansvaret for de forskjellige avgjørelser ligger.

Spørsmålet reiser seg om vi har bestemmelser som gir de sentrale myndigheter muligheter til å styre utviklingen. I forberedelsene til Sykehusloven var disse forhold drøftet. Hvis de gjeldende bestemmelser i Sykehusloven ikke er tilstrekkelig som grunnlag for en slik styring som jeg her har skissert, mener jeg det er nødvendig at man tar sikte på å få slike bestemmelser, uten at jeg her kan angi hvorledes dette bør skje.

Man må nemlig i denne forbindelse erindre at det kreves en viss størrelsesorden av tilgangen på pasienter av slik kategori, for at det team som tar hånd om den, kan holde sine ferdigheter vedlike. Det er derfor ikke likegyldig hvorledes en slik spesialservice blir organisert her i landet. I dette forhold ligger det megen faglig sprengstoff, og jeg skal avholde meg her fra å gå nærmere inn på det.

HANDELSDEPARTEMENTET

FØRSTESEKRETÆR/ KONSULENT II

til avdelingen for utenrikshandel. Arbetsområdet vil omfatte handelspolitiske saker, særlig i tilknytning til importen og spørsmål i forbindelse med internasjonalt økonomisk samarbeid. Stillingen skal besettes med sosialøkonom, siviløkonom eller jurist. Gode språkkunnskaper, særlig i engelsk, er ønskelig. Nærmere opplysninger ved byråsjef Kvamme i tlf. 20 51 10.

Lønnsklasse 17-19.

Søknader innen 30. januar til

HANDELSDEPARTEMENTET,
Administrasjonskontoret,
Oslo-Dep., Oslo 1.

WORLD BANK

CAREER OPPORTUNITIES IN ECONOMIC DEVELOPMENT

The World Bank, based in Washington, D.C., is an international organization with worldwide operations in the field of economic development.

The World Bank seeks qualified candidates for the following positions:

Transportation Financial Analyst

Requirements: University degree in finance (corporate or public), accounting, business administration; financial experience at a senior level in public or private transport enterprises (railways, ports); investment banks, or other financial houses; thorough

knowledge of transportation finance, cost and rate structures, organization and management, transportation regulations, investment criteria; basic accounting is essential.

Public Utilities Financial Analyst

Requirements: University degree in business administration or accounting or economics; experience with financial operations of public utilities (power, telecommunications and water supply); thorough knowledge of finance (corporate or public), investment criteria, utility finance and rate structures, organization and management problems, public utilities regulations.

The World Bank offers interesting and challenging work, with frequent opportunity for international travel. It requires a good command of written and oral English; knowledge of other languages, particularly French or Spanish, is desirable.

The starting salary is fully competitive and benefits include health and life insurance; five weeks annual leave with transportation to home country every two years; pension plan and relocation expenses on appointment.

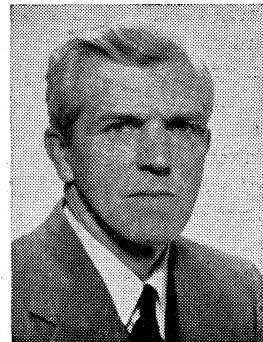
Additional information and curriculum vitae forms may be obtained from

Direktoratet for utviklingshjelp, NORAD,
Fridtjof Nansens v. 14, Oslo 3; Postb. 8142,
Oslo-Dep., OSLO 1. Telephone: 46 18 00.

Sosialpolitiske konsekvenser av økonomisk vekst

AV

PROFESSOR TRYGVE HAAVELMO,
UNIVERSITETET I OSLO



Litt om årsak og virkning.

Det kan være grunn til, innledningsvis, å si et par ord om det oppgitte emnet for dette foredraget. Dette gjør jeg ikke for å kritisere arrangementskomiteen, men for å få anledning til å presisere et par ting som kanskje ikke alltid kommer like klart fram i den offentlige debatt. Jeg tenker på mulighetene for, og meningen med, *alternative* størrelser av et sosialbudsjett innen den økonomiske ramme som eksisterer på et gitt tidspunkt. Den vanlige oppfatning her er vel stort sett denne: Jo lengre opp i samfunnsmessig produksjons- og inntektsnivå den økonomiske veksten bringer oss, jo bedre albuerom får vi til å løse ressurskrevende oppgaver, deriblant sosialpolitiske oppgaver. Det er flere ting å si til denne noe for enkle problemstilling.

Den første og mest åpenbare innvending er naturligvis at anvendelse av ressurser til sosialpolitiske formål konkurrerer ikke bare med annet løpende forbruk, men i høy grad også med den del av nasjonalproduktet som skal gå til vekstskapende investeringer. Spesielt kan en her altså si at sosiale ytelser i dag til en viss grad konkurrerer med mulighetene for slike ytelser i framtiden.

En annen komplikasjon er at den sosialpolitikk som drives og den som har vært drevet i fortiden, har en mer eller mindre direkte virkning på den løpende produksjonsaktivitet. Virkningene går her i mange retninger selv om vi vel håper at nettoeffekten er positiv. Jeg tenker da på slike ting som evnen til og lysten til å gjøre arbeidsinnsats. Jeg tenker på den virkning en gitt sosialpolitikk har for sammensetningen av nasjonalproduktet, noe som igjen har betydning for hvor rask vekst det er mulig å få.

Et tredje spørsmål, og kanskje det alvorligste, er om det i det hele tatt har en fornuftig mening å operere med et program for økonomisk vekst uten at et sosialpolitiske program er en integrerende del av selve målsettingen. En kan ikke engang rent kvantitativt måle økonomisk vekst uten at en har forholdsvis bestemte idéer om hva veksten skal brukes til. Noen ville her protestere og si at økonomisk vekst jo bare er veksten, målt i faste kroner, i produksjonen av nyttige ting. Men hva er nyttige ting? Og hvordan skal vi veie dem mot hverandre? Det kan vi bare gjøre ved en vur-

dering av de forskjellige formål som skal tilgodeses.

Det er derfor ikke sikkert at det har særlig god mening å tenke seg utviklingen som alternative historiske prosesser der en kunne ha ulike sosialpolitiske utviklinger for en og samme totale økonomiske vekstrate. Hvis en tar hensyn også til de politiske muligheter for å velge alternative sosialbudsjetter, er kanskje valgmulighetene mindre enn vi teoretisk kunne tenke oss. Til en viss grad er det kanskje slik at den sosialpolitikk som blir aktuell på ethvert tidspunkt er en del av en historisk prosess som går sin gang, selv om dette jo ikke egentlig er lystige ord å høre for en økonomisk planlegger.

Det jeg har forsøkt å si overfor er naturligvis bare en bestemt versjon av det som nødvendigvis må være en sosialøkonomi evige omkvede, nemlig påpekingen av den gjensidige avhengighet mellom de ulike økonomiske forhold i samfunnet. Men siden det jo ikke er mulig å snakke samtidig om alle ting, må jeg forsøke i tur og orden å drøfte noen av de hovedspørsmål som det oppgitte emnet reiser. Jeg vil da i det etterfølgende nøyne meg med å se på følgende saker: For det første vil jeg prøve å anstille noen betraktninger over hvor raskt en skal tenke seg et sosialbudsjett stiger i forhold til nasjonalproduktet. For det andre vil jeg se litt på den del av den sosialpolitiske målsetting som kommer til uttrykk i stikkordet jamnstilling. Og for det tredje vil jeg berøre det kontroversielle spørsmål om en eventuell sammenheng mellom sosialpolitikk og befolkningsutvikling. Jeg burde presisere at jeg i den foreliggende sammenheng selv sagt betrakter begrepene sosialpolitikk og sosialbudsjett som mye mer vidtfavnende enn de områder som formelt hører inn under Sosialdepartementet.

Relativ vekst i sosiale ytelser?

Det er et velkjent trekk i mange lands økonomi, i hvert fall i nyere tid, at de offentlige budsjettene andel av nasjonalproduktet vokser. Fra et politisk synspunkt er det mange som hevder at dette er en god ting i og for seg, mens andre implisitt kommer til samme konklusjon ved at de er med på bevilgninger som i tur og orden adderer seg opp til det nevnte resultat. Når det gjelder sek-

toren sosiale ytelser, har vi vel hatt en tilsvarende tendens med minst like sterke politiske oppfatninger i retning av at det bør være slik. Bygger en da på den etter vår oppfatning noe for enkle idé at sosialbudsjettet bestemmes av hva en til enhver tid har råd til, blir i grunnen hele saksforholdet litt merkelig. En kunne da like godt komme til den motsatte konklusjon, nemlig at et sosialbudsjets relative betydning burde falle etter hvert som samfunnet blir rikere og rikere. Aldri er vel behovet for sosiale ytelser og for deling av ressurser mer påtregende enn når det gjennomsnittlige inntektsnivå i et samfunn er lavt. Selv om da de absolutte ytelser ikke kunne bli så store, kunne en vel tenke seg at de relativt ville ta en meget stor del av samfunnets ressurser. Hvis dette er riktig, ledes en til å søke etter andre forklaringsfaktorer når det gjelder spørsmålet om hvorvidt et sosialbudsjets andel av nasjonalproduktet vil eller bør stige etter som tiden går.

En forklaringsgrunn som er enkel selv om den kanskje ikke er den viktigste, er at vi etter hvert har lært å administrere sosiale ytelser bedre og bedre rent teknisk, og at effektiviseringen her har gått i retning av å utføre oppgaven på kollektivt grunnlag. Denne gradvis overføring til offentlig regi, ville imidlertid ta slutt før eller senere med mindre de oppgaver som skal løses fortsatte å vokse.

En annen faktor er ønsket om å bli kvitt privat ansvar for vanskelige sosiale forhold, eller avhengigheten av andre på mikroplanet når det gjelder hjelp, og isteden få rettigheter gjennom det offentlige. Det er helt klart at utviklingen i denne retningen har vært sett på av de fleste som et stort framskritt, men samtidig gjelder det også her at en slik overføringsprosess gradvis måtte ta slutt med mindre de oppgaver som skal løses fortsatte å vokse.

Vi står da igjen med det store spørsmålet om selve behovet for ressurskrevende sosiale tiltak må antas å vokse etter som samfunnet blir rikere og rikere. En faktor som her vil virke dempende på overføringen til offentlig regi, er hensynet til det som ofte kalles konsumtentens sjølråderett og som antas å ha stor verdi i seg selv. Dette moment får særlig betydning hvis det dreier seg om sosiale ytelser som er spesifiserte rent konkret. Forholdet er mer innfløkt når det gjelder rene inntektsoverføringer. Dette kommer vi tilbake til senere. Et annet viktig moment er selv sagt at informasjonsmengden når det gjelder de sosiale forhold i samfunnet gradvis vokser. Den sosiale samvittigheten får et stadig større terreng å utvikle seg i.

Til slutt kommer vi til det som kanskje i dag er et av de mest sentrale spørsmål når det gjelder sosialpolitiske tiltak, nemlig spørsmålet om den økonomiske utvikling i seg selv er av en slik art at den skaper nye store sosialpolitiske oppgaver. Vi nevner noen synspunkter i fleng. Den industrielle utvikling fører med seg miljøforverring og skaper psykiske problemer som det på en eller annen måte blir aktuelt å prøve å kompensere for. På den annen side vil mange hevde at aldri har folk hatt bedre materielle muligheter enn i dag

for selv å kunne gjøre noe for å motvirke de nevnte forhold. Men så har vi her også spørsmålet om ikke miljøforverring og andre uhedige bivirkninger av den økonomiske framgangen nettopp er av en slik art at de bare kan bøtes på gjennom kollektive tiltak. Et annet ganske komplisert spørsmål er hvordan kostnadene ved å oppnå sosiale forbedringer kan antas å utvikle seg. Det vi da tenker på er om det å oppnå en viss sosial forbedring etter hvert kanskje krever en økende ressursmengde. Her kan vi ikke uten videre jevnføre med den private etterspørsel. Når det gjelder sosiale ytelser i offentlig regi, er det ikke nødvendigvis slik at etterspørselen automatisk hindres av en stigende pris. Det er opplagt uhyre vanskelig for sentrale organer eller for utenforstående i det hele tatt å vurdere noe slikt som intensiteten av behovet for sosiale ytelser.

Etter disse mange hvis og men kunne en vel ønske et mer håndfast utsagn når det gjelder framtiden for sosialbudsjetts andel av nasjonalproduktet. Noe særlig godt begrunnet forecast har jeg ikke. En kan vel si at det er to hovedgrupper av faktorer som trekker i hver sin retning. På den ene side har vi den økonomiske framgangen, med full sysselsetting osv., som i og for seg skulle tilsi at den enkelte etter hvert ble bedre og bedre i stand til å ta vare på seg selv. Det viktige spørsmål om personlig trygghet kunne da tenkes å bli løst ved en stadig økende innføring av alle mulige slags garantier uten at disse behøvde å slå ut i tilsvarende stigende faktiske uttellinger fra det offentlige. På den annen side har vi det forhold at vi vel etter hvert vil bli stadig flinkere til å klarlegge sosiale behov og til å finne opp prosjekter som har til formål å tilgodese slike behov. Et kompliserende element er at den stadige prisstigningen i en viss forstand gjør det lettere å love mer enn det som kan holdes på sosialsektorens område. De sosiale ytelsernas andel av nasjonalproduktet på bevilgningsstidspunktet kan derved lett bli større enn den faktiske andel på ytelsestidspunktet.

I det som er sagt ovenfor har vi først og fremst hatt de mer konkrete sosiale ytelser som har tilknytning til alderdom, til medisinske kriterier osv. for øye. Som vi har nevnt, kommer rene inntektsoverføringer i en litt annen stilling og krever overveielser som lett kan føre oss på dypere vann. Jeg vil likevel forsøke meg.

Inntektsoverføringer og økonomisk vekst.

Inntektsoverføringer kan vel i den foreliggende sammenheng deles i to slag. På den ene side har vi slike overføringer som i en viss forstand er øremerket for bestemte formål. Av slike overføringer kan vi jo tenke på barnetrygd, på støtteordninger i boligsektoren, på ymse stønader til utdanning o.l. På den annen side har vi de overføringer som har sitt grunnlag i mer gererelle rettferdsbetraktninger, altså inntektsutjamningspolitikken. Felles for dem begge er at det, i hvertfall i en viss grad, ikke er helt sikkert hva slike ytelser faktisk blir brukt til av mottakeren. Det er klart at her er vi

midt oppe i den moderne velferdsteoris sentrale problemstilling. Hvor store skal slike overføringer være og vil eller bør de vokse i framtiden? Det finnes som kjent ikke noe svar på dette spørsmål i den forstand at en kan finne det ut ved å «regne riktig». Spørsmålet får sin løsning gjennom de politiske maktforhold som hersker i samfunnet til en hver tid og der partene i en drakamp må antas å påvirkes av så vel egoistiske som altruistiske interesser. En kunne derfor på en måte si at vi vil få den inntektsfordelingspolitikk i tiden framover som det til enhver tid er politisk grunnlag for, og så er vi omtrent like kloke. Det en da ofte gjør, og det som vi vel får gjøre her også, er å tenke seg at det eksisterer en vis og myndig styringssektor som har det i sin makt å velge alternative utviklinger av en inntektsutjamningspolitikk, og så forsøke å antyde visse overveieler som kunne bli aktuelle.

I denne sammenheng vil jeg framlegge noen synspunkter som kanskje kan fortjene oppmerksomhet, vel forberedt på at de kanskje også fortjener blank anvisning.

Den hovedtanke som jeg da vil antyde er at vi i overføringspolitikken antakelig ofrer mer tid og omhu på å drøfte overføringsbeløpene størrelse enn på å drøfte hva disse til syvende og sist blir anvendt til på det realøkonomiske plan. Jeg tenker ikke her først og fremt på muligheter for direkte misbruk. Jeg tenker heller ikke på de mer eller mindre velvalgte vitser en hører om anvendelsen av barnetrygden. Det jeg vil inn på er noe som på en måte går mye dypere og som jeg vil forsøke å framstille på følgende måte:

La oss tenke oss en utgangssituasjon med en forholdsvis skjøn inntektsfordeling. Denne vil avspeile en rekke forskjellige forhold i samfunnet, noen av dem betinget av en lang utviklingshistorie. Undersøker vi forbruksmønsteret til de forskjellige inntektstakere i denne fordeling, vil vi finne trekk som ikke bare avhenger av inntektens øyeblikkelige størrelse, men av hvor lenge vedkommende har vært på et slikt inntektsnivå. Hele livsmønsteret vil avhenge av bakgrunn, yrke osv. Spørsmålet er nå om dette er noe godt etterapingsmønster for en som tidligere har hatt en forholdsvis beskjeden inntekt og som raskt får en betydelig tilskott. I dette utsagn ligger selvsagt ingen bebreidelse mot den enkelte. Det gjelder noen hver av oss at hva har vi vel å bygge på når vi tenker på et utvidet forbruk annet enn hva vi kjenner fra forbruksmønstret til andre som har erfaring? Her reiser seg to viktige spørsmål som jeg vil nevne.

Det første spørsmål gjelder hvor godt tjent den enkelte er med at anveldelsen av det inntekts tilskott han får så å si er beslaglagt ved sosialt press fra det ovenfor nevnte etterapingsmønster. For å ta eksempel fra et litt ømtålig tema: Er det sikkert at den ungdom som i det hele tatt ikke er interessert i høyere utdannelse vinner på å bli fratatt en kanskje kjærkommen unnskyldning i form av å kunne vise til dårlig økonomi? Vi har vel noen hver av oss hørt folk si at de ikke egentlig

fikk det ut av en inntektsøking som de hadde ventet «for det ble jo så mange bundne utgifter». Foreløpig er vel dette kanskje ikke noe stort problem og det er nok av folk som enda har så svakt inntektsgrunnlag at de slett ikke behøver noe særlig fantasi for å sette sammen en høyst påkrevet forbruksøkning. Men ettersom den økonomiske vekst fortsetter, kan dette bli et spørsmål som kanskje må vies noe større oppmerksomhet enn tilfellet har vært hittil.

Saken har imidlertid en annen side som kanskje er viktigere og som i hvert fall vil bli det etter hvert som tiden går. Jeg tenker på sammenhengen mellom produksjon, forbruk og miljøforverring. Det første spørsmålet her er om ikke det ovenfor nevnte etterapingsmønster og det derav følgende krav til nasjonalproduktets sammensetning uheldigvis nettopp er spesielt miljøfiendlig. Rent teoretisk kunne en kanskje tenke seg at en kunne påvirke direkte de som får inntektsoverføringer til å velge et fornuftigere forbruk, fra et miljøvernssynspunkt, enn det de har hatt som tjente mer før. Jeg tror de fleste ville være enig i at dette ikke er særlig praktisk mulig politikk. En annen tanke kunne være at etter hvert som inntektsutjamningen blir sterkere og sterkere, vil etterapingseffekten bli mindre. Det blir mindre sosialt press i retning av skrotproduserende statussymboler osv. Også her er vel imidlertid de praktiske muligheter neppe særlig store. Den inntektsutjamningspolitikk vi har hatt hittil i mange land har jo ikke tilnærmedsvis ført til noen slags jamnstillng når det gjelder inntekt. Mange lurer til og med på om avstanden mellom fattig og rik virkelig er blitt så mye mindre etter hvert. Når det gjelder hensynet til miljøvern, er det faktisk et spørsmål om skatter og avgifter som i særlig grad rammer de høyere inntektene ikke burde i større grad få sitt konkrete motstykke i offentlige kollektive ytelsjer som setter hensynet til å redde miljø og trivsel i forgrunnen. Altså i mindre grad til overføringer til private for fri anvendelse. Dette kan kanskje sies å være hardt. Mange er sikkert av den oppfatning at det er et langt stykke igjen med heving av de lavere inntekter før vi kan tillate oss en slik tankegang som den nettopp antydede. På den annen side må en jo ikke glemme at den gradvis miljøverring antagelig rammer oss alle mer eller mindre likt, slik at de rene inntektsoverføringer heller ikke er ren netto for dem som de tilfaller. En framgangsmåte som her skissert ville kunne ha to viktige virkninger. For det første ville den utjamning av den disponibele inntekt som ble resultatet til en viss grad svekke det etterapingspress som vi har nevnt før. Dernest ville det frigjøre ressurser for mer direkte innsats når det gjelder miljøbevarende tiltak. En kunne nok hevde at det samme kunne oppnås ved en operasjon i to trinn, nemlig først å foreta inntektsøverføringer til de enkelte og så pålegge alle en avgift svarende til det en kunne oppnå ved å bare å ta midlene fra de høyere inntektene. Jeg tror bare ikke at det er praktisk politikk å forsøke å gi bort for så å ta igjen på denne måten.

Inntektsomfordelingspolitikken har hittil, delvis i hvertfall, vært preget av ønsket om å tilgodese det høye ideal at hvert enkelt menneske skal ha størst mulig valgfrihet med hensyn til å disponere sin inntekt og at disse mulighetene skulle fordeles jevnere etter hvert. Så lenge en har kunnet gå ut fra at den enkeltes valg ikke hadde noe særlig med andres livsmiljø å bestille, er det jo heller ikke noen som helst grunn til å belaste den enkelte med frihetsberøvende skranker når det gjelder forbruk. Forholdet er noe annerledes i det moderne samfunn hvor hver enkelt av oss nesten ikke kan røre oss med hensyn til forbruk og livsutstilling uten at det i høyeste grad har bivirkninger for våre medmennesker. Uten større fordelingsmessig likhet er det imidlertid helt urimelig å forlange at flok på eget initiativ skulle legge om sin livsførsel i fellesskapets interesse. Spørsmålet blir da å søke etter en utjamningspolitikk som tilgodeser rettferdskrav samtidig med at denne politikken ikke leder til et stadig økende miljøfiendtlig forbruk.

Vil en uttrykke seg litt fargerikt, kunne en kanskje si at den såkalte lille mann, altså folk flest, står overfor tre store og arge fiender. Den første er «de rike», eller den skjeve inntektsfordeling, for å si det litt mer nøytralt. Den andre er de ubønnhørlige skranker som naturen setter og som gir lite håp om at folk flest noen gang vil flytte inn i slaraffenland selv om inntektene ble jamnet ut. Og den tredje er folks egne og mer eller mindre frivillige bestrebeler på å fylle opp denne klode med mennesker. Den første av disse fiender har vel hittil vært hovedmotstanderen som klasseskamp og bestrebeler for å oppnå sosial rettferd har vendt seg mot. Men de to andre er kanskje enda mer formidable. Deres stadige press blir nok delvis lettet ved en mer broderlig fordeling, men noe egentlig svar på spørsmålet om en bedre framtid for alle er en omfordelingspolitikk ikke. Men likevel er sosialpolitiske bestrebeler for større likhet uhyre viktige først og fremt fordi skjevhets og urett takoegger folks syn når det gjelder de to virkelig store motstandere og gjør helhjertet solidarisk innsats mot dem til en politisk mulighet.

Sosialpolitikk og befolkningsutvikling.

Jeg har nevnt en del synspunkter som det antakelig er til dels sterkt delte meninger om, men jeg har likevel gjemt det mest kontroversielle til slutt. Det gjelder spørsmålet om hvorvidt og i hvilken utstrekning en sosialpolitikk som den vi i dag stort sett tar sikte på, har virkninger i retning av økt befolkningstilvekst. Jeg vil ikke her gå inn på det store spørsmål om hvorvidt vi ønsker eller ikke ønsker slik vekst. Det er vel imidlertid vanskelig å påstå at flere folk er det som verden trenger mest, i hvert fall hvis vi ser saken i global målestokk. Det som imidlertid er spørsmålet, er om vi som følge av sosialpolitiske tiltak så å si får økt befolkningstilvekst på kjøpet. En faktor som virker i den retning tar jo en god del av sosialpolitikken direkte sikte på å styrke, nemlig den som skyldes at levealderen stiger etter

hvert. Den andre faktoren er barnetallet og eventuelle virkninger på dette. En rekke sosialpolitiske tiltak tar jo direkte sikte på å lette de økonomiske kår for familer med barn og kanskje særlig da for slike familier som ikke har særlig mye på forhånd. Vi må vel gå ut fra at slike tiltak trefges både av hensyn til foreldre i slike familier og ikke minst av hensyn til de barn som er der. Men sett nå at slike tiltak til en viss grad har den bivirkning at det årlige fødelstell øker og at dette i og for seg er en lite ønsket virkning. Hva skulle en gjøre for å unngå slike konsekvenser? Jeg må innrømme at jeg ikke ser noen løsning på dette problem, i hvert fall ikke hvis vi skal holde oss til økonomiske virkemidler i sosialpolitikken. Jeg leste for ikke lange siden i et anerkjent engelsk tidsskrift noe om dette. Det hadde overskriften «Tax the breeders». Dette er en gammel tanke som har vært framme i mange forskjellige versjoner og det har vært diskutert hvor effektivt det ville være å bruke slike økonomiske virkemidler. Det er imidlertid etter mitt skjønn ikke spørsmål om effektivitet som her er hovedsaken. Det som er hovedsaken er hvordan i all verden en skulle klare så å si å straffe foreldre uten samtidig å straffe barna. Og de sistnevnte er jo helt uforskyldt part i saken. Jeg må overlate til mer sakkyndige på området å finne ut hvordan en kunne tenke seg at dette skulle gjøres.

Hvis det derfor av andre grunner er aktuelt med et stadig økende sosialbudsjett, vil det ikke være mulig å bruke hensynet til befolkningstilvekst som motargument. Det siste problem, i den utstrekning det sees som et problem, må åpenbart angripes ad helt andre veier. Og da hører vel i tilfelle temaet hjemme under en annen høstkonferanse.

Sluttmerknader.

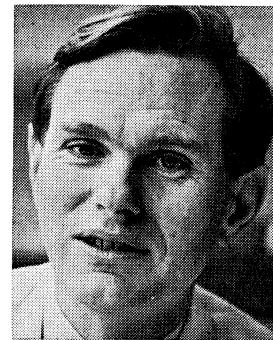
Jeg er redd for at det jeg har sagt ikke fører til særlig klare konklusjoner eller gir grunnlag for noen poengfylt oppsummering. Det måtte da være en understrekning av det jeg sa innledningsvis om nødvendigheten av å se sosialpolitikken som en integrerende del av et vekstprogram snarere enn som et spørsmål om alternativer under en gitt økonomisk vekst. Jeg hadde i grunnen snarere lyst til å avslutte med en litt filosofisk merknad som kanskje har noe av paradoksets skjær over seg. De sosialpolitiske problemstillinger virker kompliserte, men er de ikke likevel tross alt foreløpig forholdsvis enkle sammenliknet med hva vi kan vente å stå overfor i framtiden? Det jeg tenker på er at vi i dag og for den nærmeste framtid vel ikke har så store vansker med å spesifisere forholdsvis klare, uløste oppgaver på det sosialpolitiske området, oppgaver som vi bare mangler ressurser til for å kunne ta fatt på. Vi klarer oss foreløpig med en sosialpolitisk målsetting som er preget av idéen om å bøte på mangler. Hva med problemstillingen hvis vi kommer i en situasjon der det kan bli aktuelt ikke bare å vurdere hva vi ikke vil ha, men mer aktivt å ta standpunkt til et framtidig program for samfunnsmiljø og livsform?

Målsettinger – Planer – Ressursdisponering

Forberedt innlegg

AV

PROFESSOR PER SUNDBY,
SOSIALMEDISINSK INSTITUTT



Jeg er blitt bedt om å si noen ord om målsetting, planer og ressursdisponering slik en sosialmedisiner ser på det. Det kan nødvendigvis bare bli spredte refleksjoner, og jeg kommer til å begrense meg til det sosialpolitiske feltet — som jeg kjenner noe til — og utelate den offentlige sektors økonomi i videre forstand, som noe jeg ikke har særlig greie på. Forøvrig må jeg jo si at jeg som medisiner føler meg litt som en spurv i tråndans overfor dette forum av mennesker som vel tenker i helt andre og mer målbare kvantiteter og baner enn jeg er i stand til.

Når det gjelder målsettingen for sosialpolitikken — og med det mener jeg begge dens sektorer: understøttelsesytelsene eller de sosiale trygdene og helsetjenestene i og utenfor institusjon — kan det reises spørsmål om den ekspansive utvikling som skjer på disse to områder overhodet følger noen klar og bevisst målsetting. Såvidt jeg kan skjonne ekspanderer de poster som vokser raskest: utgiftene til helseinstitusjoner, legehjelp, medisiner, og til enhver stønad ved uførhet og tap av forsørger, ukontrollert — med en fordobblingstakt på 3—4 år — og som et resultat av enkeltbeslutninger som foretas av mange instanser og nemder over det hele land. Totalsummen pr. år er rett og slett summen av regninger utstedt på folketrygden i løpet av året. Klarest er dette for uføretrygdens vedkommende. Dens personmessige økning er 10—15 pst. pr. år til et beregnet antall av ca. 155 000 ved utgangen av dette år, eller ca. 6,5 pst. av den voksne befolkning i alderen 18—70 år. Dens budsjettmessige økning er enda sterkere, ca. 20—25 pst. pr. år, eller fordobling i løpet av 4—5 år. Denne utvikling skjer via ca. 30 000 enkeltvedtak i fylkesnemdene årlig; vedtak som treffes over individuelle søknader og har svært lite med målsetting og prinsipper for tiltaket som helhet å gjøre. Målsettingen — om en kan bruke dette ord — kan en til nød avlese etterpå ved å se hvordan de faktiske søknader fordeler seg i landet, på ulike regioner, yrkesgrupper, aldersgrupper, kjønn etc. Som bekjent viser slike tilbakeskuende analyser at uføretrygdens retrospektive målsetting er å dekke opp for inntektstap i fraflyttingsområder, å subsidiere ulike grupper av lavinntektstakere og lavlønnsgrupper —

inklusive flerbarnsfamilier — , og å fange opp marginelle arbeidstakere med ulike typer av mangel på tilstrekkelige ressurser. Såvidt sosialmedisinske analyser kan fortelle, er bare en del av de uføretrygdene tungt og uavvendelig uføre i medisinsk forstand, mens en annen del er folk med små og relative tap av ervervsevnen der disse bare delvis er medisinsk betinget.

Lignende betrakninger kan brukes på understøttelsene til etterlatte, ugifte mødre og skilte og separerte. I prinsippet er det utviklingen i samfunnet og nærmere bestemt på familiefronten — i familien som institusjon — som styrer disse utgiftene, og ingen bestemt målsetting. Krisen i familieinstitusjonen — den økende familiesplittelse — sammen medmannens og kvinnens ulike dødelighetsmønster som bevirker et økende antall uførsorgede enker, ligger bak det hele; og muligens virker folketrygden totalt sett med til å befordre denne utvikling snarere enn å bremse den. Det kommer av at det er en rekke terskelsituasjoner der det lønner seg å være understøttet klient uten forsørger fremfor å tre inn i en situasjon som forsørget igjen. Det samme gjelder som bekjent også i avveiningen av målsetting mellom understøttelse og attføring. Lovgivningen har en målsetting på dette området, nemlig å foretrekke attføring — aktive tiltak for å få en arbeidsufør tilbake i arbeid — fremfor permanent understøttelse. Men praksis viser at attføringen ikke utvikler seg. Den omfattet i 1970 i alt ca. 2 100 personer og 40 millioner i utbetalinger, mens det i samme år ble utbetalt over 2 milliarder i uføretrygd og nær 28 000 nye personer fikk uføretrygd. Dette har mange forklaringer, men én av dem er at det for mange lavinntektsgrupper og flerbarnsfamilier representerer et alvorlig økonomisk tilbakeslag å gå over fra attføringsunderstøttelse til lønnet arbeid. Dette som eksempel på at offisiell målsetting har et skjær av uvirkelighet over seg dersom den kolliderer med enkeltindividens høyst private målsetting i den situasjon de faktisk står.

Like uklart er det om utviklingen på helsetjenestesiden egentlig har noen målsetting. En kunne tro at utviklingen av sykehusvesenet skjer etter en målsetting etter at vi fikk sykehusloven, men

en må likevel tvile. Denne tyngende utgift — driften — utvikler seg tilfeldig, influert av enkeltavgjørelser, profesjonelle preferanser, nye behandlingstiltak som ofte angår få mennesker, men har høy profesjonell interesse, nye medikamenter, kostbart utstyr osv. osv. Det ligger ingen bevisst diskusjon og avveielse bak ressursdisponeringen fordi de avveielsesavgjørelser som måtte tas er av delikat og sublim natur og dreier seg — i alle fall på det medisinske felt — om ting man ugjørne drøfter, både privat og offentlig. Det er ikke lett å bestemme om man trenger mest hjemmehjelgere til syke gamle eller økte innsatser på nye kirurgiske pionérområder. Når det gjelder avveiningen mellom ulike typer helsetjenester, finnes det heller ingen bevisst målsetting. Vi tror og håper at vi kunne avlaste de dyre sykehussenger ved å utvikle bedre helsetjenester ambulant og utenfor sykehus. Men ser vi nærmere på dette, har vi ingen som helst styring over utviklingen av helsetjenestene utenfor sykehus. For 1973 er det anslagsvis avsatt ca. 500 mill. kroner til legehjelp, dvs. legebehandling utenfor sykehus. Posten er fordoblet i løpet av 3-4 år. Ingen vet hvor disse tjenester gis, hvordan de fordeler seg på landsbasis, på spesialisttjenester kontra tjenester i pasientens hjem og miljø, og om den økningen på ytterligere 25 pst. som vil skje i løpet av kommende år, vil skje der behovene er størst. Styringen på denne posten er utelukkende de legene hvis regninger sendes til trygdekontorene. Den posten som representerer en styringsmulighet — nemlig utgiftene til offentlige leger som en i det minste kan bestemme hvor skal etablere sin praksis — er på ca. 40 mill. kroner, og øker med 5—10 pst. pr. år. Så vi må erkjenne at målsetting og bevisst ressursdisponering er skrikende manglavare innen alle deler av helse- og sosialbudsjettene. De enkelte poster vokser som ville vekster der grubbenen i samfunnet og i den medisinske profesjon er best for deres vekst.

To prinsipielle synspunkter på den sterke vekst vi har og årsakene til den: Det ene gjelder helse-tjenestesektoren, det annet trygdebudsjettene.

Veksten i helsetjenesten skyldes bl.a. at helsevesenet blir pålagt oppgaver på flere og flere områder etter hvert, områder de vel neppe er kvalifisert til å utfolde seg på. Menneskelige atferdsproblemer av komplisert natur skal løses og kontrolleres ved behandling, det gjelder ekteskapsproblemer, unges tilpasningsvansker, fravær fra arbeid, funksjonshemmedes arbeidstilpasning. Alt dette er vel i bunn og grunn samfunnsanliggender som kanskje ikke kan løses på det individuelle, terapeutiske plan — hvor meget vi enn klynger oss til dette håp. Lite vet vi og lite er gjort for å undersøke effektiviteten av de mange nye behandlingstiltak som iverksettes; like fullt er kravet om behandling en vanlig reaksjon når et sosialt problem trenger igjennom og når den alminnelige opinion. Det er grunn til å være varsom med ekspansjonen av den såkalte sosialmedisinske behandling, fordi den må finne sin form — og ikke minst sin begrensning — før den gir etter for fore-

stillingen om at den kan løse alt den presenteres for. Det er også noe visst maskerende over dette å definere sosiale foretelser som behandlingsanliggender. I det store perspektiv synes det f.eks. helt urealistisk at noen behandling kan løse den økende tendens til familieproblemer vi opplever, selv om det i det små fortører seg høyverdig å hjelpe ektefeller som råker i krise med hverandre.

Når det gjelder understøttelsesoppgavene står vi også overfor sosiale mytedannelser som kan blende selv økonomer. Personlig tror jeg vi ville tjene på å kalte deler av vår nåværende uførebestand for arbeidsledige, fordi det ville gi politikere og administrasjon andre typer forståelse av fenomenet enn de nå har, når alle de 155 000 seiler under fellesbetegnelsen syke og uføre. Jeg tror det også ville reise forestillinger om andre og bedre måter å bruke noen av de 2 milliarder vi nå bruker til individuell understøttelse til uføre, til f.eks. kollektive sysselsettingstiltak for dem, tiltak som nådde dem der de bor og lever, og som kanskje ikke burde presses for hardt av lønnsomhetskravet. Å løse det problemet at noen folk ikke får tilbud om arbeid innenfor sin egen rekkevidde og kompetanse ved å kompensere dem med rene understøttelsesytelser, er på mange måter kvalitetsmessig en dårlig og ufullstendig løsning. Arbeid er i seg selv — eller burde være — et like stort menneskelig og sosialt behov som økonomisk trygghet. En for sterk understøttelsesekspansjon kan i det lange løp undergrave verdien av arbeid som sådant i samfunnet som helhet, noe som er farlig. Vi kan vri på et gammelt ord og si hva gagner det et folk om det stadig øker sin økonomiske vekst, hvis følgen er at det tar skade på sin sjel. Dette er en aktuell påminnelse når det gjelder hele spørsmålet om disponering av ressursene innen helse-og sosialbudsjettene.

Det ligger farer og lurer i form av umyndiggjørelse, problemmaskering og passivisering både i helsetjeneste-og understøttelsesbudsjettenes raske vekst. Det er kanskje farlig å si dette, fordi det kan tas til inntekt for at man helst ser at kårene til de lavinntektsgrupper som nå i stor utstrekning får sin levestandard sikret gjennom omsorg og understøttelse bør være dårlige. Men det er ikke det jeg mener, men at behandlingen og understøttelsen ofte hindrer at det større sosiale problem som ligger bak det at behovet for hjelpetiltak øker så raskt, blir erkjent.

Når det gjelder ekspansjonen på helsetjenestesiden, vil jeg fra mitt synspunkt skissere en slags målsetting, selv om den er vag og generell. La gå — som direktør Hauan understrekte så sterkt — at spesialiseringen av de medisinske behandlingstjenestene i sykehus er uavvendelig. Men jeg vil tilføye at den er direkte farlig dersom den får ráde grunnen alene. Vi må også få en motpol til spesialiseringen og den teknologiske medisinske ekspansjon i form av en sterk, generell helse- og sosialtjeneste med forankring i det lokale miljø. Dens hovedstyrke må være at den ikke er spesialisert, ikke symptomrettet, og ikke går utenom upopulære og kompliserte sosialmedisinske behand-

lingsoppgaver. Den må være ansvarlig i den forstand at den har ansvar i en gitt befolningsgruppe for alle de som trenger helse- og sosialtjenester, uansett hva de feiler. Den må også ivareta de menneskelige sider ved behandlingen og påta seg å følge opp de grupper som trenger mer varig omsorg.

Jeg vil avslutte med et eksempel på hva jeg vil kalle den absurde situasjon vi er i når det gjelder utviklingen av omsorg utenfor institusjon for spesielt trengende grupper. For tiden har vi ferdige — eller under utarbeidelse — planer for 8—9 ulike særomsorgs- eller behandlingstjenester som foreslåes styrket på landsbasis. Det gjelder epilepsiomsorg, revmatikeromsorg, omsorg for astmatikere, alkoholistomsorg, kriminalomsorg i frihet, omsorg for psykisk utviklingshemmede, de generelle sosiale tjenester, helsetjenesten utenfor sykehus, og visse typer familiebehandlingstjenester. Muligens er det flere.

Felles for de av disse som er typiske særomsorger, er at hver enkelt særomsorg i regelen bare har kontakt med en liten del av den større gruppe omsorgen prinsipielt skal omfatte. Resten av de respektive hjelpetrengende — det være seg epi-

leptikere, alkoholister, utviklingshemmede eller familier i krise med og uten barn — faller tilbake på landets generelle helse- og sosialtjeneste når de er i behov av omsorg og behandling. Det er etter min mening absurd å bygge ut flere særomsørger og plassere de økonomiske og personellmessige ressurser i disse. Det vi trenger er en generell helse- og sosialtjeneste som i alle lands kommuner kan påta seg alle disse oppgaver. De kan gjøre det fullt faglig forsvarlig når de bare får spesialistråd og -hjelp til den relativt lille del av oppgaven som faller utenfor deres generelle kompetanse. I all langtidsomsorg og -behandling for hvilken som helst pasientgruppe det gjelder, er ca. 80 pst. av oppgavene av generell natur, og antagelig bare 20 pst. av spesialnatur. Dette gjelder omsorg og behandling utenfor institusjon. For de korte og kritiske behandlingsfaser i institusjon er spesialist-behovet selvfølgelig mye større. Men utenfor institusjonene må vi ikke lenger la spesialiseringen og særomsorgshensynene råde grunnen i planlegging og ressursdisponering. Da vil vi til slutt få et så uoversiktlig og lite rasjonelt og menneskelig system at intet lenger kan planlegges eller fungere rasjonelt.

STATENS BYGGE- OG EIENDOMSDIREKTORAT

KONSULENT I

Stillingen er tillagt et nytt byggeomønisk kontor som opprettes blant annet for å styrke direktoratets arbeid med rammekostnader seom stylingsmiddel for prosjektering av rasjonelle og økonomiske bygg. Søkerne må ha sivil- eller sosialøkonomisk eksamen og erfaring i blant annet kostnadssstatistikk og kalkulasjon. Den som ansettes må rette seg etter de endringer med hensyn til stillingens arbeidsområde som måtte bli bestemt.

Lønnsklasse 20.

Helseattest vil bli forlangt.

Søknader innen 9. februar til

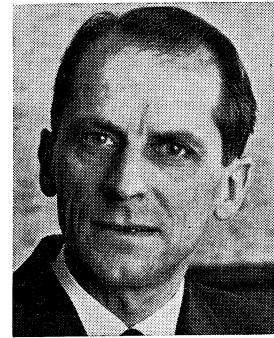
STATENS BYGGE- OG EIENDOMSDIREKTORAT,
Wergelandsvn. 1,
Postboks 8106, Oslo-Dep., Oslo 1.
Søknadene merkes «Konsulent I-B».

Målsettinger – Planer – Ressursdisponering

Forberedt innlegg

AV

DIREKTØR LARS AARVIG,
NORSK ARBEIDSGIVERFORENING



Det er hyggelig at noen interesserer seg for ressursdisponeringen og for prioritering av sosiale tiltak. Det er videre riktig å se at debatten preges av eksperter og sakkyndige i sosiale spørsmål, som kan sine ting utmerket, og har masse gode idéer til nye fremskritt – uten å se tingene i sammenheng. Summen stemmer ikke med våre ressurser. Hvis alle forlanger at nettopp *deres* forslag er det viktigste og må gjennomføres uten hensyn til økonomiske begrensninger, må det føre til at samfunnet overanstrenger seg.

Utviklingen de siste 10 år viser klart at vi har gapt for høyt. Aldri har kravene steget så fort. Da LO og NAF i 1962 satte ut i livet tariffestet pensjon på maks. 2 400 kroner pr. år, ble det hilst som et epokegjørende fremskritt. Det gikk ikke mer enn et par år, så var det et folkekrav å innføre alderspensjonen på $\frac{2}{3}$ av arbeidsinntekten, og vi fikk folketrygden i 1967. Den ble basert på en ti-års innkjøringsperiode med gradvis opptrappling av avgifter og ytelsjer. Men hva har skjedd? Nye ytelsjer er innført hvert år, og i dag, etter fem år, er det vedtatt å senke aldersgrensen til 67 år. Det har vært hevdet at Norge lå på bunnplass internasjonalt, fordi vi hadde 70 års grense. Jeg vil gjerne minne om at det bare er tre land i verden som har ratifisert alle deler av ILO-konvensjonen nr. 128 om alders- uføre- og etterlattepensjon, og det er Sverige, Nederland og Norge. Om vi ikke tar gull, ligger vi i hvert fall på medaljeplass.

Sosiale fremskritt er noe vi alle vil ha, men vil vi betale det de koster? Stortingsmeldingen fra 1971 om folketrygdens økonomi, viste stigning fra 25 til 45 prosent av lønnssummen i 1980. Her kommer og helsestellet inn som en viktig faktor. Dette er en gigantisk inntektsoverføring fra produksjonslivet til de trygdede. Den begrenser i sterk grad rammen for levestandardforbedringen i den aktive befolkning, hos lønnstakere og andre med forsørgeresbyrde til fordel for trygdede. Det er neppe mange som fullt ut forstår hva som foregår. Kanskje skyldes dette først og fremst at finansieringen i stor grad skjer ved økende arbeidsgiveravgifter, som får folk til å tro at de slipper å bære byrdene. Dette er jo en illusjon. Arbeidsgiveravgiftene reduserer den avkastning som partene i arbeidslivet skal dele. Hvor dan de virker på de forskjellige ledd i økonomien er et meget komplisert spørsmål. Enklest er det vel i de skjermende næringer hvor prisovervelting er mulig. Her får vi en forsterket prisstig-

ning som tar bort en del av realinntektsøkningen både for de aktive og de trygdede. Forsåvidt viser det seg at systemet også er noe av en illusjon for de trygdede.

Arbeidsgiveravgiften begynte på 7 pst. og steg de første 4 år med 0,6 prosent pr. år. Opptrappingen skulle fortsette i alt ti år. Senere har vi fått en ak-sellerende bevegelse og for 1973 er foreslått en økning på 2,4 prosent, *fire ganger* den opprinnelige. Selv om Korvaldregjeringen har endret forslaget til 19 pst. er det allikevel tre ganger så meget som i de første fire år. Denne utvikling skyldes ikke bare folketrygden, men også at man vil bruke arbeidsgiveravgiften som et alminnelig konjunkturregulerende middel. Det overskudd myndighetene ikke klarer å skape på det vanlige statsbudsjett, skal man ta igjen på trygdebudsjettet. Når det ikke er mulig å bremse sterkere på de offentlige utgifter, betyr dette at arbeidsgiveravgiften delvis går til å finansiere vanlige statsutgifter. Arbeidsgiveravgiften blir således en salderingspost, som man griper til fordi det er den minste motstands vei. Rasjonnell økonomisk politikk er det ikke.

Enkelte mener at øket arbeidsgiveravgift fører til dempet lønnsøkning slik at total-resultatet blir det samme. Erfaringene bekrefter ikke dette. I 1960-årene var lønnsøkningen på 6–7 prosent og økningen i de sosiale utgifter under 1 prosent. I dag regner vi med en økning i lønningene på 9–10 prosent og i de sosiale utgifter på omkring 2 prosent, neste år endog 2,4 prosent. Begge deler er steget, slik at totale lønnskostnader går opp med 11–12 prosent. Det er den dystre realitet.

I fire-årsperioden 1969-73 regner vi nå med bortimot 60 prosent stigning i lønnskostnadene.

Konklusjonen blir da følgende:

Dette var en mild kritikk. Den må ikke oppfattes slik at de sosiale fremskritt må stoppes. Det er *tempoet* som er for høyt.

For det første må man definere en *ramme* for videre utbygging, en langtidsplan for hvor store ressurser vi kan bruke.

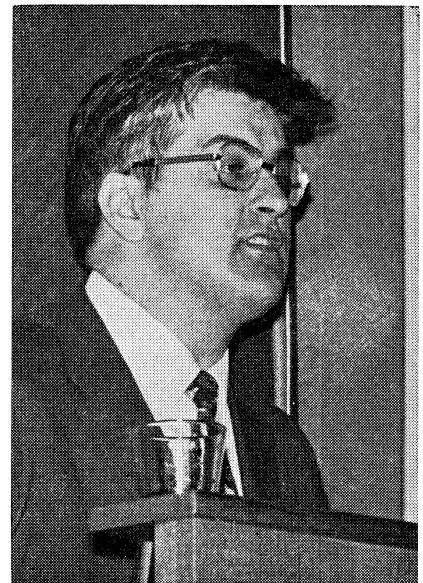
Dernest må vi foreta en *prioritering*, et valg, mellom tiltak som kommer først og de som må vente.

Endelig må vi *forenkle* systemene så det går an for normalt utrustede folk å forstå dem. I dag går endog ekspertene i vannet.

Hälsovård och socialpolitikk i ett fördelingsteoretiskt perspektiv

AV

PROFESSOR ÅKE ANDERSSON,
NATIONALEKONOMiska INSTITUTIONEN
GÖTEBORGS UNIVERSITET



1. Fördelningsproblem och social- och hälsovårdspolitiken.

Fördelningsfrågorna har under senaste årtiondet blivit alltmera uppmärksammade. Trots den snabba tillväxten i samhällets samlade resurser har en besvärande stor del av befolkningen levt under relativt svåra förhållanden. Visserligen har löneandelen i nationalinkomsten stigit under hela 60-talet i Europa, men en omfattande fattigdom är ändå en påtaglig realitet i de flesta av länderna i nedanstående tabell.

Tabellen antyder att arbetskraften ständigt fått en

allt större andel av det totala produktionsresultatet. Motsättningen mellan arbete och kapital skulle alltså vara på väg att upplösas i länder som England, Norge och Sverige.

Det är en besvärlig uppgift att kausalt förklara förändringar i löneandelen och det finns flera skolor:

Neoklassikern: Under förutsättning att substitutionsmöjligheterna mellan kapital och arbete är begränsade (substitutionselasticiteten är mindre än 1) skulle växande kapitalintensitet, fallande tillväxttakt och konstant sparkvot vara förenlig med stigande löneandel endast om den arbetsbesparande teknologiska utvecklingstakten sjunker.

Neokeynesianen: (Pasinetti, Kaldor) Löneandelen växer, därfor att investeringkvoten faller eller därfor att kapitalisternas sparkvot stiger.

Neomarxisten: (Kalecki) Löneandelen växer, därfor att utsugningen av u-länderna ökar eller därfor att monopoliseringssgraden faller eller på grund av kapitalistklassens sammansmältning genom nedläggning av jordbruk och tillväxten av den offentliga sektorn.

Ingen av dessa förklaringar är helt träffande, eftersom det statistiska materialet bygger på en idag föråldrad indelning i arbete och kapital. Löneandelen omfattar numera i de ekonomiskt utvecklade länderna en mycket stor andel «humankapital» bl. a. i form av allmän utbildning, tekniskt kunnande och annat informationskapital. En preliminär beräkning inom OECD (utförd av Olav Magnussen) visar att återanskaffningskostnaderna för *formell* utbildning i vissa länder som England och USA uppgår till en tredjedel av de materiella realkapitalets återanskaffningskostnad. En stor och växande andel av den totala kapital-

Tablå 1. Funktionell fördelning i några europeiska marknads-
ekonomier.

Land	Löneandel			
	1960	Rang	1969	Rang
Storbritannien	64	2	76	1
Norge	65	1	69	2
Danmark	58	5	67	3
Sverige	60	3	67	4
Nederlanderna	57	7	66	5
Österrike.....	59	4	66	6
Belgien	57	8	62	7
Frankrike	58	6	62	8
Luxemburg	54	9	61	9
Italien	52	11	59	10
Spanien	53	10	58	11
Tyskland	52	12	56	12
Finland	50	13	55	13
Irland	48	14	53	14
Grekland.....	35	15	40	15

Källa: OECD: NATIONAL ACCOUNTS 1960—1970.

tillgångens avkastning skulle då återspegglas i löneandelen.

Humankapitalets tillväxt och fördelning innebär på lång sikt lika stora problem som det materiella kapitalets tillväxt och fördelning.

Den fördelningspolitiske analysen bör därför ha sin utgångspunkt i hela kapitalbegreppet och de statistiska hjälpmedlen bör utvecklas, så att hela kapitalstockens utveckling och dess inkomsteffekter kan studeras. Följande indelning av kapitalet förefaller fördelningspolitiskt meningsfullt.

Genom att göra denna indelning har vi inte löst några mätproblem, men vi har kanske fått ett bättre grepp över den offentliga sektorns investeringsroll genom sin socialvård, hälsovård, utbildningsverksam-

	Dekumuleras genom	Akkumuleras genom
A. Fysiologiskt humankapital	Arbete, åldrande, omgivningsstörningar	Hälsovård, god kost etc.
B. Mentalt humankapital	Omgivningsstörningar, arbete, åldrande	Hälsovård, social terapi, miljövård
C. Information som humankapital	Åldrande och sjukdom	Utbildning, arbete, masskommunikation, uppfostran, social samvaro
D. Materiellt kapital	Åldrande, förslitning	Investering, reparation, underhåll, forskning, utvecklingsarbete
E. Naturresurser	Åldrande, förslitning	Reparation, underhåll, självrenning
F. Accessibilitet till kollektiva produkter	Överdriven centralisering av beslut och anläggningar	Utbildning, demokratisering, investering i kommunikationsapparaten
G. Sociala relationer	Segregation, diskriminering, miljöförstöring	Integration, socialterapi

het, kulturpolitik och miljöpolitik som på olika sätt ingriper i välfärdens tillväxt och fördelning. Det är min hypotes att de fördelningsproblem vi möter på detta område kan bli minst lika svår bemästrade som de problem som är knutna till det materiella kapitalets ojämna fördelning.

De viktigaste skälen till svårigheterna rymmer i följande stickord

1. Varaktighet och social ärlighet.
2. Individuell kortsynthet och sociala konsekvenser.
3. Komplementaritet och kumulativa fördelningsproblem.

2. Humankapitalets varaktighet och sociala ärlighet.

I debatten om vuxnas missanpassning, kriminalitet eller deras positivt värderade sociala beteende påpekar nästan alla beteendeforskare betydelsen av de halvt omedvetna erfarenheter som människan förvarar under sine första år. På samma sätt kan en rätt sammansatt kost under uppväxtåren innebära stora fördelar i allmänt hälsotillstånd ända in i ålderdomen. Dessa iakttagelser återspeglar bara humankapitalets varaktighet som socialt problem (eller som social tillgång).

Men de mera abstrakta delarna av individens hu-

Tablå 2. Akademisk utbildning för studenter från sociala förhållanden 1971.

Föräldrarnas socialgrupp	Studenternas utbildningsval i %			
	Långtidsutbildning vid universitet	Vanlig utbildning vid universitet	Annan avancerad utbildning	Ingen avancerad utbildning
I Inkomst/capita 100 (index) Antal utbildningsår/capita 100 (index)	15	64	10	11
II Inkomst/capita 54 (index) Antal utbildningsår/capita 69 (index)	3	17	14	76
III Inkomst/capita 39 (index) Antal utbildningsår/capita 54 (index)	1	8	2	89

Källa: SOU 1971:61.

mankapital har en teoretisk varaktighet som ofta överstiger den fysiologiska eller mentala livslängden.

Vissa färdigheter på problemformulerings och problemlösningens område har en av annat realkapital oöverträffad varaktighet. Newtons fysikaliska och matematiska kunskaper skulle — om han kunde återuppväckas — vara fullt tillräckliga för att lösa många ingenjörstekniska problem i dagens industri företag. Det är självklart att denna beständighet är en stor fördel för oss. Varje generation får härigenom ett kumulerat arv som är mera värdefullt som produktionsfaktor än arvet av snart odugliga maskiner och byggnader.

Men arvets fördelar som resurs innebär också med nödvändighet ett fördelningsproblem.

Det sociala arvets betydelse framgår av nedanstående tablå över rekryteringen till högre utbildning i Sverige.

3. Individuell kortsynthet och sociala konsekvenser.

Inverkan av en god eller dålig humankapitalposition sträcker sig sålunda utöver det egna livet. Härigenom får eventuella skillnader mellan socialgrupper (eller klasser) i planeringshorisont eller tidspreferens avgörande betydelse för välfärdsfördelningens utveckling.

Även privat investering i vanligt realkapital med långt liv tenderar att bli inoptimalt liten därfor att de individuella kostnaderna är omedelbara och säkra medan intäkterna kommer i en avlägsen och osäker framtid. Osäkerheten om framtiden är betydligt mindre i ett socialt perspektiv, där det på grund av «de stora talens lag» är rimligt att handla i en lighet med förväntade och väl beräknade nettofördelar. Det är klart att människor med materiell förmögenhet kan handla mera i enlighet med de förväntade nettofördelarnas princip, även vid så omfattande investeringar som det ofta är fråga om, när det gäller humankapital. För människor med liten förmögenhet blir det nödvändigt att undvika alla stora och odelbara investeringar som exempelvis i långtidsutbildning och förebyggande hälsovård.

De fördelningspolitiska aspekterna på osäkerhetsproblemet skärps ytterligare av det starka sambandet mellan informationsbrist och osäkerhet.

Det är väl vanligt att dålig utbildning inom familjen leder til en dimmig uppfattning om de dolda och öppna förmåner som kan bli en följd av en längre tids utbildning.

Det är inte heller osannolikt att det kan finnas sociala skillnader i ren tidspreferens. Tendensen för låginkomsttagare att (tvingas?) godta dåliga lånec villkor i samband med avbetalningar innebär ofta im-

plicita låneräntor om 15—20%. Den låga andelen av barn från socialgrupp III i akademisk långtidsutbildning antyder också inverkan av en högre ren tidspreferens.

4. Komplementaritet och kumulativa fördelningsproblem.

Skillnäderna i innehav av en typ av realkapital som hälsa eller utbildning skulle inte vara så allvarliga som bristerna tillräckligt mycket kompenserades av övertag i andra resurser. Statistiska undersökningar visar emellertid att det i allmänhet inte finns några kompenserande mekanismer av detta slag. Människor med dåliga materiella tillgångar skaffar sig i allmänhet inte högre utbildning och får därfor ofta arbeten som leder till snabb nedbrytning av hälsan såvida inkomsttaget ska hållas på rimlig nivå. Den svenska låginkomstutredningen visar tydliga komplementariteter mellan alla tillgångar av realkapital.

Tablå 3. Andel av olika grupper av anställda med brister i resurstillgångar.

	Lön under 7 kr/tim	Lön över 15 kr/tim
Hälsa:		
Dåligt psykiskt välbefinnande	32	19
Värk i rörelseapparaten	8	4
Rörelsehindrad el kraftigt rörelsehindrad	10	3
Dåligt tandtillstånd	9	3
Bostadsförhållanden:		
Trångbodda enl 1965 års trångboddhetsdefinition	21	9
Dålig standardutrustning i bostaden ..	17	2
Uppväxtförhållanden och familjerelationer:		
Fadern tillhörde socialgrupp II	62	43
Sysselsättning och arbetsplatsförhållanden:		
Ej rätt till en månads uppsägningstid	36	18
Ej rätt att vara långvarigt sjuk	13	4
Kroppslig utmattning av arbetet	24	10
Ekonomiska resurser:		
Har kontantmarginal på bank	39	77
Politiska resurser:		
«Politisk fattig»	29	4

Källa: Sundbom L., De extremt lågavlönade. Stockholm 1970.

De som är fattiga i ett hänseende är fattiga i alla hänseenden.

5. Sociala utgifter och omfördelning av humankapital och välfärd.

Investering i humankapital är en central del i den långsiktiga fördelningspolitiken. Den offentliga sektorn påverkar medvetet humankapitalbildningen genom sina utgifter i hälso- och utbildningssektorerna. Den direkta humankapitalbildningens andel i den totala realkapitalbildningen i ett antal europeiska länder framgår av nedanstående tablå.

Tablå 4. Hälsovården och utbildningens relativa andel i den totala realkapitalbildningen i olika europeiska länder 1960 och 1969. (Rörliga priser).

Land	1960	1969
Sverige	36 procent	35 procent
Finland	22 »	30 »
Belgien	20 »	23 »
Storbrittanien	27 »	29 »
Nederlanderna	18 »	23 »
Norge	14 »	22 »
Frankrike	11 »	12 »
Grekland	12 »	11 »
Spanien	11 »	12 »
Portugal	12 »	10 »

Källa: OECD: National accounts, 1960—1970.

Humankapitalets storlek påverkas också av andra, statistiskt mera svår fångade variabler som masskommunikation via radio och TV, mat och dryck, socialvård etc. Det är därför ytterst sannolikt att humankapitalbildningen i de utvecklade länderna totalt nått upp till samma nivå som den materiella realkapitalbildningen.

Det är — mot denna bakgrund — besynnerligt att planeringen i de sociala sektorerna sker med så grova hjälpmedel. Vanligen utnyttjas någon multiplikativ kedjeformel, exempelvis av typen

$$H = U \cdot S \cdot D \cdot BP$$

H = hälsovård

U = utgift per vårdplats

S = vårdplats per invånare

D = invånare per bostad

BP = bostadsbyggnadsplan för ett område

Det är välkänt att formler av detta slag leder till kumulerade mätfel om sluttvärdena inte konsistensprövas. Det procentuella felet i H -variabeln är därför alltid större än det procentuella felet i någon av U, S, D eller PB -variablerna. Men även i analytiskt avseende är formler av detta slag överförenklade. De teknologiska valmöjligheterna är nästan helt obe-

aktade och behovet av vård antas helt bestämt av demografiska faktorer. Det vore mera rimligt att ta utgångspunkten i acceleratorsprincipen i en mera förfinad form. För att belysa problemet skall vi anta att samhället eftersträvar en viss realinkomst för en socialgrupp. Inkomstbildningen antas ske i enlighet med en funktion

$$(1) \quad \bar{y}_\rho(t) = y_\rho(x(t), X(t))$$

där

$\bar{y}_\rho(t)$ = den eftersträvade realinkomsten för grupp ρ

$x(t)$ = input av arbete (flow)

$X(t)$ = input av «humankapital» (stock)

Ekvation (1) kan exempelvis ha det enkla utseendet.

$$(2) \quad \bar{y}_\rho(t) = A_\rho x(t)^\alpha X(t)^\beta$$

Bruttoinvesteringen skall svara mot nettoinvestering plus ersättning av förslitet humankapital.

$$(3) \quad I_B(t) = \dot{X}(t) + D(t - T)$$

I_B = bruttoinvestering

\dot{X} = nettoinvestering

D = ersättningsinvestering

T = humankapitalets livslängd

Om samhället — av fördelningspolitiska skäl — vill uppnå inkomstläget $\bar{y}(t)$ för socialgrupp ρ till lägsta möjliga kostnad gäller det att beräkna minimum för

$$(4) \quad G = r \int_0^\infty [px(t) + \pi(\dot{X}(t) + D(t - T))] e^{-rt} dt - \lambda[y_\rho(x(t), X(t)) - \bar{y}_\rho]$$

där ρ och π är priser medan r anger social tidspreferens. Nödvändiga villkor för minimum är

$$(5) \quad \rho e^{-rt} - \lambda y_{\rho x} = 0$$

$$(6) \quad r \pi e^{-rt} - \lambda y_{\rho x} \geq 0$$

Med Cobb Douglasfunktionen (2) blir investeringarna i humankapital bestämda av acceleratorfunktionen:

$$(7) \quad I_\rho(t) = \frac{1}{A_\rho(\alpha + \beta)} \cdot \pi \cdot \left(\frac{1}{r} \cdot \frac{\rho}{\pi} \cdot \frac{\beta}{\alpha} \right)^{\alpha/\alpha + \beta} \cdot \left(\frac{1}{A_\rho} \cdot y_\rho(t) \right)^{(1/\alpha + \beta) - 1} \cdot \dot{y}_\rho$$

Man ska sålunda satsa mer på humankapitalbildning i de grupper som har liten inkomst än på grupper med stor inkomst (såvida det finns stordriftsfördelar), dels därför att växande inkomstnivå dämpar investeringsbehovet och dels därför att högre inkomst ger socialt lägre eftersträvad höjning.

Priset på humankapital i förhållande till vanligt arbete liksom räntenivån inverkar också på det optimala valet.

Om Ap är högt ska man investera litet, d.v.s. man bör investera litet i humankapital hos grupper som har stor naturlig skicklighet!

Till nettoinvesteringen kommer ersättningsinvesteringen som för given miljö beror på åldrandet.

Vi kan därför formulera slutsatsen att hälsovård, socialvård, utbildning och annan humankapitalbildning ska i första hand reserveras för de grupper som har:

- 1) liten återstående mängd humankapital,
- 2) liten allmänbegärning och
- 3) låg inkomstnivå i förhållande till den eftersträvade nivån.

6. Implementering av en allokerings- och fördelningspolitiskt önskad plan för investeringar i humankapital.

För att illustrera implementeringsproblemet i humankapitalsektorerna redovisas fem steg på individens väg mot ett gott hälsoläge. Exemplet kan lätt förändras så att det passar in på andra sociala sektorer.

I. Skillnader i hälsoläge mellan socialgrupper.

Hälsoundersökningar visar nästan alltid flera sjukdomssymtom i socialgrupper med lägre inkomst och utbildning. Nedanstående tabell visar några (sannolikt underskattade) skillnader i hälsoläge som kommit fram i den svenska låginkomstutredningen.

Tablå 5. Hålsotillstånd i den vuxna svenska befolkningen.

	Socialgrupp	Socialgrupp
	1	3
Rörelsehinder.....	7 procent	18 procent
Nervösa besvär	16 »	23 »
Dålig hörsel	9 »	13 »
Rygg- eller höftvärk	20 »	30 »
Cirkulationsbesvär	21 »	36 »
Dåliga tänder.....	3 »	13 »
Övervikt	5 »	11 »
Dålig syn	5 »	9 »
Kroppsrig utmattning	4 »	8 »

Källa: Låginkomstutredningen, 1970.

Tabellen visar att det är mera befoget med sjuk- och hälsovård i de grupper som har låg inkomst, låg utbildning och manuella yrken (socialgrupp III).

II. Skillnader i aspiration mellan socialgrupper.

De redovisade skillnaderna i behov av hälsovård blockeras redan på ett tidigt stadium av skillnader i krav på livet. Genom den ständiga kontakten med hälsovårdliga miljöer och med människor som har yrkesskador kommer den manuellt arbetande att betrakta vissa skador som delar av ett «normalt» hälsotillstånd.

Sådana skillnader i aspirationsnivå har studerats av sociologer. I en relativt ny finsk undersökning visar Noponen¹⁾ att föräldrarnas ställning, bostadsorten och inkomstnivån var de tre viktigaste faktorerna bakom aspirationsnivån. Han sammanfattar sina undersökningsresultat på följande sätt: «Either one does not know enough to be dissatisfied with his lot or one has been accommodated or reconciled to what is inevitable».

III. Skillnader mellan socialgrupper i informationsnivå.

Om en person är otillfredsställd med sin hälsa, är det möjligt att han inte kan avgöra om han bör besöka en vanlig läkare, en specialist eller kanske rentav låta den eventuella åkommnan självläkas. Vilket beslut han än fattar finns det en risk för välfärdsförluster. Valet är särskilt svårt för en person med låg lön, reglerad arbetsstid och stor försörjningsbörd gentemot andra. Risken för felaktigt beslut kan reduceras om han har egna kunskaper som är tillräckliga för att avgöra om något vitalt kroppsorgan blivit angripet. Jag har tidigare påvisat att sjukdomsrisken är större inom de grupper som har dålig utbildning, d.v.s. dålig allmän informationsnivå.

De anatomiska kunskaperna visade sig i en social medicinsk undersökning vara utomordentligt små. Nedanstående tabell återger några av undersökningsresultaten.

Tablå 6. Anatomiska kunskaper bland befolkningen i Göteborgsregionen.

Kroppsorgan	Andel som kan lokalisera kroppsorganet
Hjärtat	95 procent
Sköldkörtel.....	40 »
Njurarna	31 »
Levern	17 »

Källa: Tibblin, G., Hälsa, Sjukdom och Sjukvård. Nordenstam (ed) Värde, Välfärd och Jämlikhet, Lund, 1972.

Denna undersökning visade också att socialgrupp III har en signifikant lägre anatomisk kunskap. Det betyder att denna grupp har svårare att avgöra om det är rimligt att besöka en läkare.

IV. Skillnader mellan socialgrupper i kommunikationsförmåga.

Behandlingen av en patient beror i högre grad på läkarens och patientens förmåga att samtala med varandra. Det är välkänt (och det illustreras också i tablå 2) att långvarig utbildning, som är regel inom läkaryrket, är mest vanlig bland studenter från socialgrupp

¹⁾ Noponen J., Needs, Welfare and Social Policy, Stencil, 1972.

I. Om kommunikationskapaciteten dämpas av växande social distans är det naturligt med kontaktsvårigheter mellan en arbetare och en läkare och en därmed följande sämre behandling. Tibblin menar t.o.m. att dessa svårigheter lett till en betydande frekvens av läkarsträck inom socialgrupp III.

Kommunikationssvårigheter finns också i ett mera enkelt men mycket betydelsefullt avseende. Glesbygderna har i allmänhet betydligt sämre vårdstandard inom rimliga reseavstånd. Nedanstående tabell visar sjukvårds kapaciteten inom 3 mils resavstånd i Norrlands inland (uttryckt i andelar av Stockholms-regionens kapacitet).

Tablå 7. *Sjukvårds kapaciteten inom pendlingsavstånd i Norrlands inland.*

Sysselsatta i sjuk- och hälsovård per invånare:	45% av Stockholms regionala kapacitet
Tandläkare per invånare:	30%
Läkare per invånare:	20%
Ögonläkare per invånare:	5%

Källa: SOU 1971:16.

V. Skillnader mellan socialgrupper i rehabiliteringsförståga.

Många sjukdomar tar mycket lång tid till fullständig utläckning. Ett exempel är hjärtinfarkt, som innebär stor risk för återfall inom de närmaste åren efter sjukhusbehandling. Det är självklart att små inkomster ger begränsade möjligheter att genomföra den omläggning av dieten, arbetsförhållandena och bostadsmiljön, som är en förutsättning för fullständig rehabilitering.

VI. Alla de nämnda faktorerna, *aspiration, information, kommunikation och rehabilitering* visar stora skillnader mellan socialgrupperna. Det är därför ganska sannolikt att yrkesverksamma från socialgrupp III i högre frekvens än från socialgrupp I hamnar utanför hälso- och sjukvården trots att deras hälsotillstånd skulle tala för motsatsen. En hälsovård (och för den skull all annan humankapitalbildning) som ska nå rätt socialgrupper måste innehålla utjämning av alla dessa faktorer.

VII. Den sociala sektorns prisbildningsproblem.

Det har blivit populärt att med hänvisning till fördelningsskäl tillämpa enhetliga priser långt under marginalkostnaderna inom utbildning, hälsovård och socialvård. Det är emellertid inte alls säkert att enhetliga, låga priser leder till jämn fördelning. Inom utbildning, långtidsvård och rehabilitering är den egna tiden den väsentligaste produktionsfaktorn. Häriigenom blir priser på vanliga konsumtionsvaror helt

avgörande för det sammanlagda priset och «priset över disk» blir ofta ett relativt ointressant problem. Det för konsumenter relevanta begreppet inbefattar därför som väsentligaste del *transaktionskostnaderna*. Aven producenten bör organisera sin produktion och distribution så att marginella kostnader, inklusive transaktionskostnader, beräknas för varje handlingsalternativ.

Det finns två olika faktorer som talar mot *enhetlig prissättning* inom de humankapitalproducerande sektorerna. Jag har visat att större dekumulerings, obalanserad resursstruktur och de fördelningspolitiska målen talar för stora investeringar i humankapital som hälsa, utbildning, sociala relationer m. m. hos de grupper som har dålig inkomstkapacitet. Det finns flera faktorer som talar mot individuellt optimala beslut på detta område. Dels är fördelningspolitiken en av de få rent kollektiva nyttheter i samhället och är därigenom definitionsmässigt inoptimal vid individuellt beslutsfattande. Dels medverkar socialt assymetriska informationsbrister, tidspreferenser och komplementariteter i resurser till individuellt orimliga beslut. Här kommer politikern in som den avgörande faktorn. Politikern ska ha med sin väljargrupp ekoiska preferenser (se Alstadheim), men han ska också använda sin tid till att skaffa sig mera information om indirekta individuella och fördelningspolitiska verningar av det av direkta verkningar motiverade individuella handlandet.

En av hans främsta funktioner är att åstadkomma en «rättvis» fördelning av välfärden. På den enklaste nivån formulerar han kanske sina ambitioner som i vår första modell, där samhällets välfärdseffekt av en nyttostegring kan uttryckas utan uppdelning på produkter:

Modell 1

Antag följande Walrasianska jämviktsekonomi:

$$(7) \quad W = W(U_\rho(Y_\rho^a)); \quad (\rho = 1, \dots, n) \quad (\alpha = 1, \dots, m)$$

där W = samhällets välfärd

U_ρ = individ ρ :s nytta

Y_ρ^α = individ ρ :s konsumtion av produkt α

$$(8) \quad \sum_\rho Y_\rho^\alpha = \Phi^\alpha(V_\delta^\alpha); \quad (\alpha = 1, \dots, m) \quad (\delta = 1, \dots, s)$$

Φ^α = produktionsfunktion för produkt α

V_δ^α = faktorinsats i produktion av α

$$(9) \quad \sum_\delta V_\delta^\alpha = \bar{V}_\delta$$

Första ordningens optimalitetsvilkor bestäms genom maximering av Lagrangeuttrycket

$$L = W - \sum_\rho \lambda^\alpha (\sum_\rho Y_\rho^\alpha - \Phi^\alpha) - \sum_\delta \lambda_\delta (\sum_\alpha V_\delta^\alpha - \bar{V}_\delta)$$

$$(10) \quad \frac{\delta W}{\delta u_\rho} \cdot \frac{\delta u_\rho}{\delta Y_\rho^a} - \lambda^a = 0; \quad \left(u_\rho^i/u_\rho^j = \frac{\lambda^i}{\lambda^j} \right)$$

Sats: *Marginella utbytesrelationen mellan två produkter i och j ska vara lika med prisrelationen för alla hushåll.*

Företagen skall kombinera faktorer så att

$$(11) \quad \lambda^a \Phi_\delta^a = \lambda_\delta$$

dvs. gränsproduktens värde ska svara mot skuggpriset på faktorn eller för godtyckliga produkter i och j ska marginella transformationskvoten

$$(12) \quad \lambda^i \Phi_\delta^i = \lambda^j \Phi_\delta^j \text{ eller } \lambda^i/\lambda^j = \Phi_\delta^i/\Phi_\delta^j$$

Alla konsumenter och producenter ska i jämvikts- och optimalitetsläget möta samma prisrelationer mellan godtyckliga produktpar, oavsett fördelningspolitisk ambition.

Det är emellertid möjligt att politikern anser att skevheter i fördelningen av vissa produkter kan tolereras i större utsträckning än i fråga om vissa för den långsiktiga sociala samvaron väsentligare produkter (Exempelvis bostads-, kultur- eller proteinkonsumtion för att nämna några exempel). I så fall bör följande modell formuleras:

Modell 2

Låt oss nu betrakta samma Walrasianska jämvikts-ekonomi med den skillnaden att vi nu utnyttjar en additiv nyttofunktion av följande typ.

$$(13) \quad U_\rho(Y_\rho^a) = U_\rho^1(Y_\rho^1) + U_\rho^2(Y_\rho^2) + \dots + U_\rho^m(Y_\rho^m)$$

samt med $W = \sum_{\rho a} w_\rho^a U_\rho^a(Y_\rho^a)$

Vilket t. ex. har innebörd att jämlighet i mjölkfördelningen socialt inte värderas på samma sätt som jämlighet i fördelningen av kultur. Det gäller nu att maximera Lagrange-uttrycket

$$(14) \quad L = \sum_{\rho a} w_\rho^a U_\rho^a(Y_\rho^a) - \sum_a \lambda^a [\sum \rho Y_\rho^a - \Phi_\delta^a(V_\delta^a)] - \sum_{\delta} \lambda_\delta [\sum_a V_\delta^a - V]$$

Optimaliteten i konsumtionen kräver nu att

$$(15) \quad w_\rho^a \frac{\delta U_\rho^a}{\delta Y_\rho^a} = \lambda^a$$

För två godtyckliga produkter gäller nu att

$$(16) \quad \left(\frac{w_\rho^i}{w_\rho^j} \right) \left(\frac{\delta u_\rho^j}{\delta Y_\rho^j} \middle| \frac{\delta u_\rho^i}{\delta Y_\rho^i} \right) = \frac{\lambda^i}{\lambda^j}$$

eller

$$(17) \quad -MRS_\rho^{ji} = \frac{\lambda^i}{\lambda^j} \cdot \left(\frac{w_\rho^j}{w_\rho^i} \right)$$

Om fördelningen gentemot konsument ρ av varor i är politiskt viktig i förhållande till fördelningsambitionen för produkt i ska priset på produkt j sänkas (och vice versa). Endast om $w_\rho^i = w_\rho^j = w_\rho$ får vi samma resultat som i den föregående modellen. Villkoren för producenterna är helt oförändrade.

Sats: *Marginella substitutionskvoten för konsument ρ mellan produkterna i och j ska sätta lika med prisrelationen mellan produkterna multiplicerat med produkternas sociala fördelningskvot.*

Slutligen kan politikerns kontakter med olika experter ge honom ett informationsövertag — gentemot sina väljare, som gör det rimligt att än mera korrigera marknadens priser. *Det bör understrykas att politikerns övertag i information och det därav föranledda «förmyndarskapet» är helt i enlighet med uppdraget från väljarna.*

Modell 3

Vi utgår nu från samma välfärdsfunktion som i modell 2, med den skillnaden att produkterna (Y) kan delas in i två grupper (Y^α och Y^β). Den förstnämnda gruppen har egenheten att ge direkt nytta samt dessutom en av konsumenterna okänd produktionseffekt på Y^β -produkterna. Normalt är naturligtvis dessa produktionseffekter delvis kända av vissa vanliga konsumenter. Optimeringsproblemet kan nu formuleras på följande sätt:

Maximera Lagrangeuttrycket:

$$(18) \quad L = \sum_{\alpha\rho} w_\rho^a u_\rho^\alpha(Y_\rho^\alpha) + \sum_{\beta\rho} w_\rho^\beta u_\rho^\beta(Y_\rho^\beta) - \sum_a \lambda^a (\sum_\alpha Y_\rho^\alpha - \Phi_\delta^\alpha(V_\delta^\alpha)) - \sum_\beta \lambda_\beta^\beta (Y_\rho^\beta - \Phi_\rho^\beta(Y_\rho^\alpha)) - \sum_\delta \lambda_\delta (\sum_a V_\delta^a - \bar{V}_\delta);$$

Första ordningens villkor för optimum säger att:

$$(19) \quad w_\rho^\alpha \frac{\delta u_\rho^\alpha}{\delta Y_\rho^\alpha} - \lambda^a + \sum_\beta \lambda_\beta^\beta \frac{\delta \Phi_\rho^\beta}{\delta Y_\rho^\alpha} = 0$$

$$(20) \quad w_\rho^\beta \frac{\delta u_\rho^\beta}{\delta Y_\rho^\beta} - \lambda_\rho^\beta = 0$$

$$(21) \quad \lambda^a \frac{\delta \Phi_\rho^\alpha}{\delta V_\delta^a} - \lambda_\delta = 0$$

Efter substitution erhålls villkoret för i och j dragna ur a att

$$(22) \quad -MRS_\rho^{ji} = \left[\frac{\lambda^i - \sum_\beta w_\rho^\beta \frac{\delta u_\rho^\beta}{\delta Y_\rho^\beta} \cdot \frac{\delta \Phi_\rho^\beta}{\delta Y_\rho^i}}{\lambda^j - \sum_\beta w_\rho^\beta \frac{\delta u_\rho^\beta}{\delta Y_\rho^\beta} \cdot \frac{\delta \Phi_\rho^\beta}{\delta Y_\rho^j}} \right] \left(\frac{w_\rho^j}{w_\rho^i} \right)$$

Sats: Marginella substitutionskvoten för konsumenten ligger mellan produkterna i och j ska sättas lika med prisrelationen korrigeras för produkternas (av konsumenteren okända) indirekta fördelningsvägda verkningar. Det korrigerade priset multipliceras med produkternas sociala fördelningskvot.

För producenterna gäller de vanliga effektivitetsvillkoren.

Något förenklat kan vi sammanfatta implementeringens problem på följande sätt: Politikern har fått sitt ämbete på grund av sina värderingar. Bland dessa värderingar ingår fördelningspolitiska ambitioner. En av hans väsentligaste arbetsuppgifter blir att skaffa sig så stor information, att samma informationsnivå vore orimligt att skaffa för hans väljare. I denna information ingår dels uppgifter om indirekta samband mellan viss konsumtion och annan konsumtion, dels uppgifter om mycket långsiktiga (kanske till och med enbart genetiska) verkningar på humankapitalet. För väljare med vissa tillgångar och egenskaper uppställer han en *politisk efterfrågefunktion* för investering i humankapitalet. Den återger den optimala mängden av exempelvis socialvård, utbildning, proteinkonsumtion eller hälsovård vid olika marginella kostnader (inklusive transferkostnader). Den verkliga skärningspunkten mellan den politiska efterfrågefunktionen och den sociala marginalkostnadsfunktionen bestämmer den optimala investeringen i individen eller socialgruppen ifråga. Priset får sedan bestämmas med hänsyn till kortsynthet, bristande information om komplementariteter och

fördelningspolitiska ambitioner så att konsumerten eller socialgruppen vill ha den politiskt önskvärda mängden.

En fördelningspolitiskt och allokeringspolitiskt bästa implementering kräver därfor behovsprövning enligt en kapacitetsprincip och därfter prisdiskriminering efter tillgång på materiella och humana resurser.

Det är mycket möjligt att denna typ av socialpolitik kräver nolltaxa och stor subsidiering av levnadskostnaderna för resursfattiga grupper, samtidigt som grupper i goda positioner böt betala avgifter långt över samhällets marginella kostnader.

Denna konsekvens av analysen gör det nödvändigt att arbeta med ett intermediärt organ mellan konsumenter och producenter av dessa produkter, så att det inte känns företagsekonomiskt lönsamt att sätta in större resurser på de grupper som genom höga taxor direkt bidrar till kostnaderna i produktionen.

Litteratur utöver källor:

Källor:

1. Allen R. G. D., Macroeconomic Theory, London 1967.
2. Benard J., Some Theoretical Aspects of Merit Goods and Tutelage i Kaser M., Portes R. (Ed.) Planning and Market Relations, London 1971.
3. Chenery H., Overcapacity and the Acceleration Principle, Econometrica 1952.
4. Haavelmo T., A Study in the Theory of Investment. Chicago, 1961.
5. Sngupta J., Fox K., Optimization Techniques in Quantitative Economic Models, Amsterdam 1969.
6. Smith V., Investment and Production, Harvard, 1961.

Marknadsekonomins möjligheter inom social- och hälsosektorerna

AV

PROFESSOR INGEMAR STÅHL,
UNIVERSITETET I LUND



Två huvudfrågor.

De huvudfrågor som mitt föredrag kommer att arbeta med är följande två:

- 1) Varför fungerar inte en marknadsmekanism — av samma slag som vi möter i flertalet andra sektorer som producerar varor eller tjänster — tillfredsställande inom social — och hälsosektorerna?
- 2) Men om en «okorrigerad» marknadsmekanism — säg en hög grad av «laissez-faire» — inte är önskvärd, är det då nödvändigt att helt gå över till att låta administrativa förvaltningsrutiner styra planering och resursfördelning (resursallokering) inom sektörerna? Finns det möjligheter att arbeta med korrigrade marknadssystem, som bibeckar en lång rad av de decentralisering- och optimeringsegenskaper, som vi normalt önskar förfana med någorlunda perfekta marknader?

Frågorna kan kanske tyckas naiva för de som dagligen arbetar inom social- och hälsosektorerna. Övergången från ett laissez-faire system till dagens socialpolitiska system — med barnbidrag, ålderspensioner, fri sjukvård, obligatoriska försäkringar för att skydda mot inkomstbortfall under sjukdom eller vid långvarig arbetsoförmåga — har ansetts vara något av de väsentligaste i de senaste årens utveckling i de skandinaviskan länderna; de socialpolitiska reformerna är något som vi gärna skryter med i internationella sammanhang. Jag är inte ute efter att riva ned detta reformarbetet; däremot har den snabba och den i många fall också något orefleksrade tillväxten inom flera av de socialpolitiska systemen i allt högre grad aktualiserat frågan om man inte med i stort sett oförändrade, långsiktiga välfärdspolitiska målsättningar kan göra relativt omfattande rationaliseringar och effektivitetshöjande systemförändringar.

1. Utvecklingen och möjliga tolkningar

Den bild som Arne Øien i sitt föredrag gav för Norge, har en i många avseenden helt parallell utveckling i Sverige. I själva verket har vi en diskus-

sion åtminstone i hela västvärlden om de stigande kostnaderna för social- och hälsovård och den ökande andel av de totala resurserna som går till desse sektorer.

Några uppgifter om sysselsättningsutvecklingen i Sverige i de två sektörerna kan belysa problemet:

Tabell 1.

Sysselsättningsutveckling inom social- och sjukvård i Sverige. 1 000-tal individer.

	Sjukvård		Socialvård	
	Alt. 1.	Alt. 2.	Alt. 1.	Alt. 2.
1960	130		40	
1965	170	153	61	52
		+ 43%		+ 70%
1970	240	218	103	89
			+ 25%	+ 35%
1975 (prognos)		272	120	
		+ 21%		+ 30%
1980 (prognos)		330	156	

Not: Alternativen skiljer sig åt bl.a. beträffande evalueringar av deltidanställd personal.

Källa: Trender och prognosser. Statistiska Centralbyrån: Information i prognosfrågor 1972:1;

Jag kan här inte närmare gå in på bakgrunden till den prognos som statistiska centralbyrån utfört och det är en öppen fråga om den skall tolkas som en varningssignal eller en oundviklig händelseutveckling. Det räcker med att konstatera att medan drygt 8 pst. av de sysselsatta 1970 återfanns inom de två nämnda sektörerna så har dessas sysselsättningsandel 1980 stigit till nästan 13 pst. Det finns dock strukturella drag i den svenska verkligheten som pekar på att prognoserna ej kommer att stämma. Sedan prognostillfället har kommunerna — som står för huvuddelen av utgifterna — sett sina möjligheter till ökad beskattning väsentligt beskurna genom direkta statliga ingripanden.

Andra data — som exempelvis sjukvårdskostnadernas andel av BNP — visar samma tendens. De sammanlagda privata och offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård uppgick 1955 till c:a 4 pst och

1967 till c:a 6 pst. av BNP¹). Samtidigt visar preliminära undersökningar att medan man 1955 kunde räkna med ett totalt bortfall i arbetskraft p.g.a. sjukdom eller förtidspensionering motsvarande 7—8 pst. av totala antalet arbetstimmor så hade detta bortfall 1967 stigit till 9—10 pst.²). Trots de ökande sjukvårdsinsatserna skulle således sjukligheten ha ökat. Parentetiskt bör också påpekas att den genomsnittliga arbetstiden sjönk under denna period, varför man inte helt kan förklara den ökande frånvaron som en slags individuell anpassning till en kortare arbetstid än den avtalsenliga. Därmed ökade andelen kvinnliga förvärvsarbetande under perioden.

De ökande sjukvårdsinsatserna har inte heller påtagligt förändrat dödligheten — mätt som återstående medellivslängd — för de äldre grupperna. En svensk femtioåring kunde i slutet av 1700-talet räkna med att leva ytterligare 18—20 år, i mitten av 1900-talet i stället 25-27 år. För en åttioåring är den återstående medellivslängden i stort sett konstant i det sekulära perspektivet. Därmed har vi haft mycket kraftiga förbättringar för de yngsta grupperna, förbättringar som dock i stort sett upphört under de senaste decennierna.

De starkt ökade sjukvårdsinsatserna har tydligt i hög grad inneburit att tidigare perioders dödlighet har omvandlats till ökad sjuklighet. Sjukvården tycks ha en snabbt avtagande marginal produktivitet, mätt med mått som total sjuklighet eller effekter på återstående medellivslängd. Man kan också säga att kostnaderna för att ytterligare sänka den totala sjukligheten eller ytterligare öka medellivslängden stiger mycket snabbt.

De senaste decenniernas utveckling kan förklaras med en lång rad faktorer och jag skall här peka på några och helt kort utveckla ett kvalitativt resonemang; kvantitativa, empiriska undersökningar återstår fortfarande att göra:

a) Innkomsteffekten

Det är troligt att efterfrågeinriktningen — vid ökande inkomster — men vid oförändrade priser förskjuts i riktning mot tjänster från hälso- och sjukvårdssektornerna och bort från sektorer som livsmedel, bostäder. Hälso- och sjukvården — eller åtminstone delar av den — kan ha en hög inkomstelasticitet. Man hävdar visserligen ofta sjukvårdens karaktär av nödvändighetsvara men det är också lätt att finna motexempel: valet mellan löständer eller omfattande bettsanering med dyra bryggor och jacketkronor är i hög grad beroende av inkomsten. Kostnaderna för en sofistikerad thoraxoperation eller en njurtransplantation (alt. kostgjord njure) är sådana att operationerna är helt omöjliga vid lägre inkomstnivåer. Plastikkirurgi och protesteknik kan också ge exempel på en starkt inkomstkänslig efterfrågan.

b) Pris eller produktivitetseffekt

För mycket stora delar av sjukvården (och också

¹⁾ Det skall här påpekas att en lång rad mätsvårigheter föreligger; bl.a. beträffande behandlingen av de offentliga sjukvårdsenheternas kapitalkostnader.

²⁾ J. E. Spek: Sjukvårdsökonomi i B. C. Ysander: Förvaltningsekonomiska problem, Stockholm 1972.

socialvård som barndaghem och åldringsvård på anstalter) gäller att produktivitetsutvecklingen är i det närmaste obefintlig. Denna egenskap har sektorna gemensam med en lång rad andra tjänsteproducerande sektorer: en Mozart-opera spelas varken fortare eller effektivare i Oslo i dag än i Salzburg för tvåhundra år sedan. Få nutida författare överträffar Shakespeare, Strindberg (och kanske också Ibsen) i produktivitet. Samtidigt har industrisektornerna (främst den exportorienterade verkstadsindustrin) en årlig produktivitetsökning på kanske 6-8 pst. Detta innebär en förskjutning av de relativas priserna (oavsett inflationstakten/) mot «dyrare» social- och hälsovårds-tjänster och «billigare» industriprodukter och en ökning av tjänstesektorarnas andel av de totalt tillgängliga resurserna.

Det postindustriella samhällets inriktning på tjänsteproduktion är i denna mening industrisamhällets sluttgiltiga triumf: en minskande sysselsättningsvolym kan i industrien förse oss med en växande mängd industrivaror.

c) Innovationer inom sjukvården.

Den låga eller obefintliga produktivitetsutvecklingen inom tjänstesektorerna utgör dock inte hela varningen. Språngvisa innovationer bidrar till radikala produktivitetsförbättringar av engångskarakter: ett nytt medium som TV kan på en kväll nå lika många operatittare som Kungl. Operan i bästa fall når på två-tre år! Framför allt inom sjukvården är sådana innovationer legio. Men innovationerna har något olika effekter och man kan särskilja åtminstone två typer.

1. Innovationer som «slår ut» kompletta sjukdomsbilder.

Vi skall vara glada att vi i dagens vårdssiffror slipper inkludera TBC- och poliofall. BCG-vaccin och skärbildsundersökningar har bidragit till att tuberkulos istort sett helt försvunnit och att sanatorier kunnat omvandlas till sjukhem för långtidsvård av andra grupper. Poliovaccinet har nästan 100 pst.-igt utraderat polio som sjukdom. Samhällsekonomiska lönsamhetskalkyler har visat extrema lönsamhetsvärden för medicinsk forskning som har denna karaktär.³⁾ Andra exempel på sådana framgångsrika, medicinska framsteg är användningen psykofarmaka mot vissa former av schizofreni som radikalt minskat delar av vårdbehovet i dyrbar, sluten mentalsjukvård. Framgången med antibiotika och andra kemoterapeutika (som sulfa) bör också nämnas. Till stor del sammanfaller denna typ av innovationer med insatser av medicinsk (snarare än kirurgisk) terapi och sjukvårdens produktivitetsproblem har delvis blivit en fråga för läkemedelsindustrin.

2. Innovationer som möjliggör dyrbar terapi i tidigare «hopplösa» eller omöjliga fall.

En annan typ av innovationer har bringat nya former av terapi inom det tekniskt — och i vissa

³⁾ Se exempelvis B. Weisbrod: Costs and Benefits of Medical Research: A Case Study of Polymyelitis. Journal of Political Economy 1971.

fall också det ekonomiskt — möjligas gränser. Transplantationer, hjärtoperationer, canceroperationer — och bestrålning är några exempel. Tidigare var priset oändligt högt — nu kan säker död förvandlas till i sämsta fall en lång tids sjukdom med högra vårdkostnader. Denna typ av innovationer — har — till skillnad från den ovan nämnda — snarast ökat efterfrågan på sjukvårdstjänster. Samtidigt har en lång rad etiska och ekonomiska prioriteringsproblem aktualiseringats. En effekt av desse innovationer är också att en mycket liten grupp av patienter har extremt höga sjukvårds-kostnader jämfört med genomsnittet.

2. Social-och hälsovårdens tre problemtyper.

Med anknytning till tre enkla diagram som visar individers inkomst — och utgiftsprofiler över livscykeln skall jag helt kort söka karakterisera tre huvudkategorier av problem som möter inom social-och hälsovård. Avsikten är inte att vara uttömmande: narkotikaproblem eller tillsynsproblem av barn från splittrade familjer etc. är exempelvis svåra att plocka in i schemat. Likväld tror jag att de tre typerna lyckas täcka en huvuddel av de offentliga social-och hälsovårdsbudgeterna. I detta sammanhang blir det också aktuellt att diskutera *varför* inte en helt okorrigerad marknadsekonomi kan klara de problem som föreligger.

a) Det intertemporala inkomstöverföringsproblem-met.

Den första bilden visar ett helt «normalt» intertemporalt eller «dynamiskt» inkomstöverföringsproblem. Individens inkomster är begränsade till en yrkesverksam period mellan 20 och 65 år, medan utgifter föreligger under barndom, under studieår och efter den yrkesverksamma perioden. I princip kan vi tänka oss att varje individ konsumeras och tjänar ihop identiska belopp (m.h.t. till diskontering) under sin livstid. Problemet är då att konsumtions-och inkomstströmmar ej sammanfaller. Samhället eller det ekonomiska systemet måste således innehålla något slag av mekanismer som möjliggör en i något mening optimal intertemporal omfördelning. I en viss abstrakt mening skulle en perfekt kreditmarknad kunna lösa detta problem; dockemot lånar ej nu existerande kreditmarknadsinstitutioner ut pengar till nyfödda mot säkerhet i framtida inkomster. Men i princip kan man tänka sig att det enda som många av våra sociala system gör är att tillåta att individen lånar under uppväxt-och studieår, påbörjar sin yrkesverksamma period med en negativ förmögenhet för att sedan amortera tidigare skulder och bygga upp ett positivt kapital som skall säkra ålderdomen.

Ett sådant betraktelsesätt kan i vissa sammanhang vara mer intressant än att tänka sig att inkomstfördelningen sker mellan grupper: från nu vuxna dels till barn och ungdom, dels till pensionärer.

Någon form av socialpolitisk system för optimal inkomstfördelning över tiden för varje individ måste således innehålla tre ingredienser.

I ett finansieringssystem för uppväxtperioden.

Till viss del sker denna finansiering genom att barnen är ett slags «konsumtion» för föräldrarna, dvs. föräldrarna avstår frivilligt inkomster till fördel för barnens konsumtion. Men med ett mer strikt individuellt betraktelsesätt kan man också finna att delar av vårt barnstöd i dag — typ barnbidrag som utbetalas kontant till föräldrarna — är ineffektivt när det gäller att höja barnens standard. En mer direkt omfördelning från varje individ vuxna tid till hans hennes barndom skulle erhållas om barnstödet gavs en styrande inriktning som syftar till att höja barnens (snarare än familjens) standard. Exempel på sådana utformningar är ökade fria skolmåltider, märkta pengar till klädinköp, konsumtionsstyrande, bostadsbidrag etc.

II ett studiefinansieringssystem.

I den utbildningsekonomiska litteraturen finns många förslag om hur man med «dragningsrätter», humankapitalbank etc. inom marknadsekonomins ram kan bygga upp finansieringssystem som korrigeras för de marknads imperfektioner som finns på nu existerande kreditmarknader⁴⁾.

III ett pensionssystem.

Jag skall inte ytterligare gå in på hur «perfekta» sådana intertempora inkomstomfördelningssystem kan konstrueras utan jag skall näja mig med att konstatera att stora delar av den inkomstomfördelande politiken vi ägnar oss åt i hög grad har karaktären av att omfördela över en och samma individens livstid snarare än att omfördela mellan individer.

b) Sjukdomsproblem.

Med denna typ av framställning kan sjukdomar (av temporär karaktär) beskrivas som ett *samtidigt* inträffande av inkomstbortfall och höga kostnader för vård. Dessutom är uppträdandet, karaktären och kostnaderna för en adekvat behandling i hög grad utanför individens kontroll och sjukdom kan således betraktas som (allvarliga) stokastiska (slumpmässiga) störningar av individens inkomst-och utgiftsplanering.

I en marknad utan försäkringar eller sociala system — typ skandinavisk sjukkassa — uppstår ett obehagligt likviditetsproblem: risk finns för att individen just för tillfället inte har likvida medel för en adekvat behandling. Banker lär inte heller vara särskilt villiga att ge lån till individer just i sjukdomssituationer.

Men inom ramen för en marknadsekonomi kan man tänka sig skilda typer av försäkringssystem som leder till en i någon mening optimal vårdinsats. Hur sådana kan konstrueras skall behandlas senare i framställningen⁵⁾.

⁴⁾ Denne fråga faller utanför den aktuella framställningen. För en generell behandling enligt samma mönster se I. Ståhl: Utbildningsprogram och arbetsmarknadspolitik i Tio ekonomer om arbetsmarknadspolitiken, Stockholm 1968, SOU 1968: 62).

⁵⁾ Problem av detta slag behandlas bl.a. i K. J. Arrow: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care AER, Dec. 1963. A. J. Culyer: The Nature of the Commodity Health Care and its Efficient Allocation Oxford Economic Papers 1971.

c) Handikappproblem

En mer extrem «sjukdomsbild» erhålls slutligen om det uppstår en permanent diskrepans mellan konsumtion och inkomster; exempelvis som följd av en allvarlig olycka, invalidisering etc. Men i princip kan även denna typ av socialt problem diskuteras i termer av försäkringar.

d) Åldersstrukturen

Delvis sammanhängande med de övriga faktorena är det ökande vårdbehov som sammanhänger med den ändrade åldersstrukturen. Forna dagars åttioåringar måste ha varit unikt kärnfriska; i dag kan vi antageligen låta flertalet sjuttioåringar — så länge vi bortser från kostnaderna — uppleva sin åttioårsdag, som dock i så fall med stor säkerhet kommer att firas i sjuksängen. Det är också stor sannolikhet att åttioåringen är mentalt omedveten om att ett födelsedagsfirande pågår.

e) Förvaltningsekonomisk effektivitet

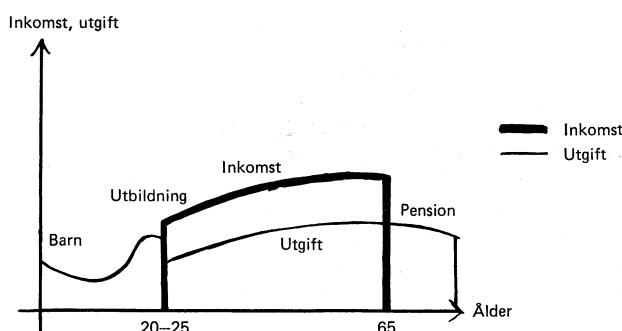
Man kan inte heller utesluta att själva det administrativa systemet — principerna för resursfördelning inom social- och hälsovård — spelar en stor roll för den låga produktivitetsutvecklingen och sektorernas snabba tillväxt. I det följande skall jag återkomma till om ökade insatser av från andra områden välkänd ekonomisk-administrativ teknik kan bidra till en snabbare produktivitetsutveckling. Mottot blir «mindre byråkrati» och «mer marknadskonforma resursallokeringsprinciper».

3. Sjukvård och optimal försäkring.

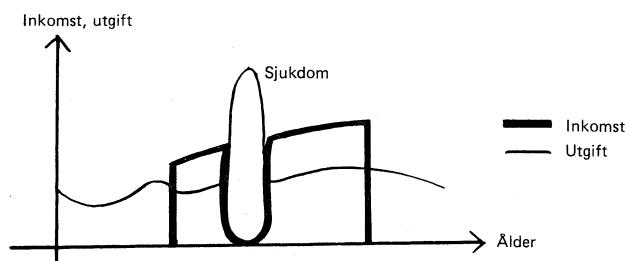
I den ökonomiska litteraturen finns en mycket utförlig diskussion om karakterar hos sjukvårdsmarknader och hur någon form av optimal resursfördelning kan nås genom mer eller mindre sofistikerade försäkringssystem. Atminstone jämfört med litteraturdiskussionen förefaller de skandinaviska systemen att tillhöra de *mindre sofistikerade*.

Sjukvårdstjänster skiljer sig från många andra varor och tjänster i ett flertal betydelsefulla avseenden som sätter sin prägel på möjligheterna för en marknadsmekanism att direkt leda till en optimal resursanvändning:

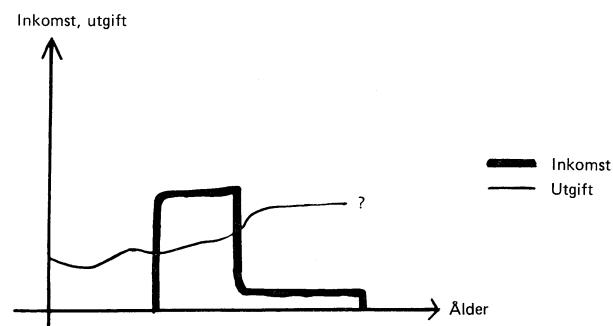
Figur. 1. Det intertemporala inkomstöverföringsproblem



Figur. 2. Sjukdomsproblem



Figur. 3. Handikappproblem



a) Stokastisk efterfrågan

Jag har tidigare framhävt det stora inslaget av risk-eller osäkerhet: individen kan ej i förväg göra säkra prognosar och efterfrågan från individen är klart oregelbunden. Dessutom är sjukdom i sig förenad med stor osäkerhet beträffande det slutliga utfallet: variationsvidden sträcker sig från död över lång invaliditet till fullt tillfrisknande.

b) Den medicinska behandlingens karaktär

Den medicinska behandlingens karaktär är sådan att läkarens ställning gentemot patienten alltid blir mycket stark: läkaren och inte patienten avgör vad som är adekvat behandling. Dessutom föreligger en osäkerhet eller risk beträffande utfallet även vid en given behandling som i sig konstituerar ett besvärligt beslutsproblem som jag skall återkomma till. Patientens informationsproblem är med andra ord mycket stora i marknaden för sjukvårdstjänster; som ett extremfall föreligger till och med möjligheter att individen inte ens vet att han är sjuk. Systematiska hälsokontroller ökar alltid sjukdomsefterfrågan.

Men även inom ramen för en marknadsekonomi finns betydande möjligheter att överkomma dessa egenskaper och de marknadsimperfektioner de skapar. Exempel på sådana åtgärder är utbyggnad av olika försäkringssystem som ger individen möjlighet till riskgärdning. För att undvika s.k. «free riders» som utnyttjar «barmhärtiga samariter» måste sådana försäkringssystem dock vara obligatoriska. För att skapa incitament hos läkarna kan man också tänka sig att betalning inte sker på

basis av given behandling utan i stället efter behandlingens resultat. Rökare bör lämpligen erlägga tilläggsförsäkring för lungcancerrisker, bilister för skilda slag av trafikolyckor, Mallorcaresenärer för paratyfus etc. Det faktiska valet mellan en differentiering i skilda riskklasser och en långt driven poolning blir avhängigt av de administrativa kostnaderna.

Skillnaden mellan en marknadslösning baserad på långt gående kontrakt av försäkringskaraktär och de skandinaviska sjukassesystemen kanske inte är så stor? Har vi även på detta sociala välfärdsområde kanske inte gjort mer än göra marknaderna mer perfekta? (I sig är det inget dårligt resultat!)

I det följande skall jag ta upp ett antal punkter på vilket det finns klara skillnader mellan «modeller för en perfekt försäkring» och de nuvarande systemen. I huvudsak blir jämförelsen baserad på de svenska förhållandena, men vissa slutsatser och rekommendationer torde också vara giltiga för andra länder med sjukassesystem och offentligt drivna sjukvårdsanläggningar.

Låt oss emellertid först slå fast ett lönsamhetsvillkor för en medicinsk behandling: En behandling är lönsam om värdet — «intäkten» — är större än kostnaderna. I en samhällsekonomisk lönsamhetskalkyl kan intäkterna vara den minskade sannolikheten för dödsfall multiplicerad med något subjektivt värde knutet till dödsfallsalternativet (i vissa undersökningar okäntligt approximerat med det diskonterade värdet av individens återstående konsumtion) eller värdet av en förkortad sjukperiod (som ofta kan relateras till minskat inkomstbortfall). I vissa fall som smittsamma sjukdomar skall hänsyn även tas till minskade risker för andra individer än den behandlade. Subjektiva värderingar från närliggande kan också tänkas komma in på intäktssidan. På kostnadssidan skall sjukvårdenes marginalkostnader beräknas.

a) Den oklara kostnadsbilden.

1. Intern prissättning för skilda behandlingar.

Låt oss först konstatera att sjukvårdenes marginalkostnader är mycket ofullständigt kända. Dels är bokföringssystemen ofta mycket dåliga, dels saknar läkarpersonalen allmänhet större intresse i ekonomiska frågor. Dette gäller då främst den tunga slutna vården i offentliga sjukvårdsinrättningar. Man nöjer sig ofta med mycket grova styckkostnadsberäkningar: kostnad per sängplats el. dyl. Ett första steg mot en effektiva sjukvård måste vara att föra in patienten som kostnadsbärare samt att genomföra ett system för intern-debiteringar mellan olika avdelningar; exempelvis mellan röntgenavdelningar, kliniska laboratorier och behandlingsavdelningar. Principerna för sådana interndeberiteringar är välkända inom ekonomisk teori och tillämpas med framgång inom industri och annan offentlig förvaltning. När en patient skrives ut bör läkaren ha en kostnadsbild över den genomgångna behandlingen.

2. Avräkning mot sjukkassan.

Ett system med behandlade individer som kostnadsbärare ger också andra möjligheter till kostnadskontroll mellan olika behandlingsmetoder, avdelningar och sjukhus. Ett nästa steg mot att inom den offentliga sektorns ram «simulera» ett marknadsbeteende kan vara att låta sjukhusens rörliga kostnader finansieras direkt av sjukkassan. För varje behandlat fall skickar sjukhuset en räkning till den betalande sjukkassan, som i sin tur kan göra jämförelser. Ett följdriktigt nästa steg är att låta sjukkassan arbeta med fasta avräkningspriser gentemot sjukhusen i normal gallstenoperation utan komplikationer: 4 000 kr; abort 8-12 veckan 500 kr etc. enligt en fastställd prislista baserad på de kostnader som de mest effektiva sjukhusen kan åstadkomma. Även om lasaretten inte kan bli vinst-maximerande kan det föreligga en press att de åtminstone blir kostnadsminimerande och söker minska de fasta kostnader som ej kan täckas med priser på gränskostnadsbasis. Ett system med fasta, administrativt fastställda priser måste dock begränsas till vissa vanliga förekommande standardbehandlingar.

3. Arbetstid-sjuktid.

Ett lika följdriktigt tredje steg mot bättre ekonomisk kontroll av sjukvården är att sjukkassan sammanför individuella uppgifter om sjukpenning för förlorad arbetsförtjänst och behandlingskostnader, och får en total, samhällsekonomiskt inriktad kostnadsbild av sjukdomsfallet. Det är ofta möjligt att genom något ökade vårdkostnader förkorta frånvaron från arbete. Några direkta incitament till sådana substitutioner föreligger ej i dag där sjukvårdsorganisationen är ansvarig för själva behandlingskostnaden och sjukkassan för den förlorade arbetsförtjänsten. Det är här möjligt att sjukkassan kan uppträda som en patientombudsman; — ett slags mellanhand mellan sjukvård och patienter — för att förhandla om lämplig behandling; exempelvis snabba insatser av rehabilitering i syfta att minska utbetalningar av sjukpension eller invaliditetsersättning.

De här tre nämnda punkterna internprissättning, avräkning mot sjukkassa och ett försök till optimering mellan direkta behandlingskostnader och arbetstidsbortfall kräver självklart en annorlunda rollfördelning inom vården och också nya former för utbildning. Förslaget visar också på möjligheterna att klarare separera själva sjukvårdsproduktionen från finansieringen. Jag kan här peka på en uppenbar fördel jämfört med det nuvarande svenska systemet: I dag med landstingsfinansierade sjukvårdsinrättningar har individen mycket små valmöjligheter utan är bunden till det lokala sjukhuset. Med en sjukassefinansierad behandling bör i princip valet mellan sjukvårdsinrättningar (eller privat vård) vara helt fritt. För enklare, polikliniska behandlingar bör också en hälsosam konkurrens kunna uppstå mellan sjukhus och privata läkargrupper.

b) Nolltaxans problem

Även inom ett «perfect» försäkringssystem föreligger ett allmänt problem förenat med nolltaxan: efterfrågan på sjukvård är trots allt priskänslig och nolltaxa skapar incitament till överkonsumtion, framför allt av vad som kallas «trivial» sjukvård: småförykningar, smärsår, huvudvärk blir lätt sjukhusfall. Till viss del kan detta styras antingen genom att patienterna avvisas eller genom att de får sitta i kö, dvs. betala indirekt med ökad förlust av arbetsförtjänst. Den senare metoden är samhällsekonominsk helt förkastlig. Det nuvarande svenska systemet har mycket speciella egenskaper: sju kronor som avgift per besök vid offentlig sjukvårdsinrättning oberoende av behandlingens eller sjukdomens karaktär. Köerna har därmed blivit det fungerande tilldelningsinstrumentet.

Det vanliga sättet att möta problemet av detta slag inom försäkringssystemet, dvs. det faktum att individen får speciella incitament och att fullständig ersättning utlovas inom försäkringen, är att arbeta med självrisker. En enkel metod att få bort ev. miss bruk *utan* att göra några större ingrepp i inkomstfördelningen eller förhindra väl motiverad vårdefterfrågan är att höja avgifterna upp mot den verkliga kostnaden för förstagångsbesök (i samband med viss behandling) och eventuellt helt ta bort avgiften vid återbesök då s.a.s. efterfrågan är under sjukvårdsapparatens kontroll. På sikt kan man också tänka sig att en klarare differentiering beträffande patienternas betalningsansvar. En möjlighet kan vara att inom försäkringens ram arbeta med individuella skadekonton — en begränsad individuell «fond» — för att möta efterfrågan just på enklare behandlingar eller korta och temporära sjukdomar. Egentligen finns det inga djupare motiv för att några dagars snuva skall betraktas som samma sociala problem som en livshotande njurskada!

I detta sammanhang kan det vara värt att peka på några andra frågor som har konsekvenser både för inkomstfördelning mellan olika grupper och resursallokeringar i samhället. I vissa fall — främst olyckor i trafik och arbetsliv — är det möjligt att härföra uppkomsten av sjukdomsfallen till vissa specifika aktiviteter. Det är möjligt att nå en bättre allokerings- och i viss mening rättvisare inkomstfördelning om dessa aktiviteter *själva* får stå för sina sjukvårdkostnader.

Jag kan här ta den svenska yrkesskadeförsäkringen som ett exempel.

Yrkesskadeförsäkringens premier utgår numera i proportion till lönesumman, utan någon differentiering mellan skilda branscher, företag eller yrken. Det är naturligtvis inte otänkbart att de allokeringsvinster som kan uppnås genom en differentiering med hänsyn till skilda risker inte uppväger de ökade administrativa kostnaderna. Personligen vill jag emellertid gärna tro att ett mer sofistikerat premiesystem kan vara en enkel väg att

inom marknadsekonomins ram kunna förbättra arbetsmiljön. Vad man främst kan tänka sig är ett premiesystem med bonus av den typ som finns exempelvis för bilförsäkringar: Företagen skulle därmed erhålla enkla ekonomiska incitament att hålla nere olycksfallens antal och omfattning. Det är också möjligt att ett osofistikerat premiesystem som det nuvarande lätt leder till omfattande byråkrati med inspektionssystem, detaljregleringar etc. för att undvika sådana risker som är uppenbart oekonomiska från samhällsekonomisk synpunkt men kan förefalla värla att ta hänsyn til i en rent företagsekonomisk kalkyl baserad på odifferentierade premier.

Ett annat problem gäller själva omfattningen av ersättningar som betalas ut i relation till de totala kompensationsbeloppen. En stor del av kostnaderna för sjukdomsfall orsakade av arbets situationen täckes via den ordinarie sjukvården (dvs. med proportionella inkomstskatter) eller med sjukförsäkringssystemet. En överflyttning av sjukvårdkostnaderna till en utbyggd yrkesskadeförsäkring kan också bidra till en för företagen gynnsammare incitamentsstrukstur med bättre allokeringsresultat. Inte minst torde skilda slag av förebyggande åtgärder därmed premieras, framförallt om ett bonussystem kan utnyttjas vid premiesättningen.

Slutsatsen blir att nuvarande yrkesskadeförsäkring och sjukvårdsfinansiering antagligen leder till för små incitament till arbetsmiljöförbättringar. Endast till viss del torde denna underoptimering kunna kompenseras genom direkt inspektion och reglering.

I princip kan ett likartat resonemang tillämpas på trafiken: effekterna bör rimligtvis bli en minskning av den totala sjukvårdsefterfrågan genom att trafiksäkra eller yrkesskadefria lösningar premieras samtidigt som kostnaderna i högre grad bärer av de som nu orsakar olyckorna.

Jag skall avsluta med några synpunkter på läkarnas roll och de höga sjukvårdkostnaderna.

a) Två slag av fel.

En läkare kan vid en behandling göra två slag av fel: han kan välja för dyr behandling som ej ger önskad resultatförbättring, han kan välja för billig behandling som ger för dåligt resultat; i värsta fall avlides patienten. Man kan nu göra troligt att läkarna har starka incitament — allt för starka incitament — att minimera fel av det andra slaget och därmed ofta i stället göra fel av det första slaget. Bl.a. beroende på den dåliga kostnads- och resultatuppföljningen vet vi tyvärr mycket litet om de prioriteringar som sker på mikronivå. Men den dåliga kostnaduppföljningen innebär också att fel av det första slaget sällan upptäckes medan fel av det andra slaget lätt kan observeras och medför minskade karriärchancer. Ingen blir överläkare på att ha så små och billiga kliniker som möjligt.

I dagens sjukvård finns troligen en rad interna mekanismer som snarast leder över till ökad byråkratisering och en förstärkning av läkarens roll i den alltid osymmetriska relationen läkare-patient. Nolltaxa och efterfrågeöverskott som klaras genom köer och diskretionär tilldelning förstärker läkarkårens ställning; detta är ett helt allmänt fenomen i byråkratiska strukturer med administrativa tilldelningsprinciper.

b) Läkarutbildningen.

Ett annat fenomen som också drivit upp sjukvårdskosterna är «läkarbristen». Samtidigt som samhället starkt stimulerat efterfrågan på sjukvårdstjänster har man hållit tilbaka utbudet av läkare genom en hårt spärrad utbildning. Dagens svenska läkare tjänar c:a 40 000 kr mer per år än andra akademiker i genomsnitt, dvs. vi överför ett slags monopolränta på 400 miljoner kronor till de 10 000 läkarna. Man kan också uttrycka förhållandet så att det är värt omkring en halv miljon att komma in på medicinska högskola för individen; dvs. en vinst lika stor som högsta vinsten i penninglotteriet.

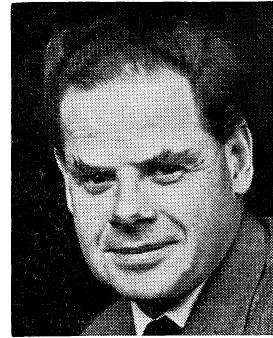
De relativt höga läkarlönerna har i kombination med antagningsprinciperna — som premierar extremt teoretiska begåvningar från gymnasiet — fått andra negativa konsekvenser. Vi får något av en «brain drain» från andra vetenskapsområden till medicin, samtidigt som det ej är uppenbart att de bästa gymnasiestudenterna också blir de bästa provinsialläkarna. Kraftigt ökad läkarutbildning är samhällsekonomsikt lönsam, allra helst i ett läge där vi redan nått nära eller under lönssamhetsgränsen för en lång rad andra ospärrade akademiska utbildningar.

Det finns en rad ekonomiska administrativa metoder för att åstadkomma en ökad rationalisering och höjd effektivitet i sjukvården. Det bör starkt betonas att syftet med förslag i kostnadsbesparande syfte *inte* är att sänka den sociala standarden: Tvärtom: om vi skall kunna hålla nuvarande standard och eventuellt förbättra den framöver måste vi genomföra en klarare ekonomisk styrning och prioritering inom sosial- och hälsovården.

Virkningene på ressursdisponeringen i sosial- og helsesektoren av funksjonsfordelingen mellom stat, fylke og kommune

AV

FINANSRÅDMANN BERNT H. LUND,
OSLO KOMMUNE



I. Hva er funksjonsfordeling.

I den sammenheng som begrepet funksjonsfordeling er nytet i det tema som jeg er blitt tildelt, betegner det fordelingen av oppgaver som det offentlige har påtatt seg på henholdsvis statlig, fylkeskommunalt eller primærkommunalt plan.

Funksjonsfordeling og utgiftsfordeling er ikke det samme. Ved vurderingen av funksjonsfordelingen vil slike forhold som tradisjon, geografiske forhold, økonomiske forhold, ideologi, institusjonelle forhold og tiltakenes og tjenestenes art og målsetting spille en rolle. Det er ikke noe vilkår for å overlate en funksjon til f. eks. den lokale enhet, at vedkommende lokale samfunn skal bære alle utgifter selv. Utgiftsfordelingen bestemmes ofte av mer utpregede hensiktsmessighetsbetraktninger.

Det er i norsk forvaltning ingen positiv generell bestemmelse om funksjonsfordelingen mellom stat og kommune. Det finnes ingen generell lov hverken i grunnlovs eller lovs form som sier noe prinsipielt om fordelingen av samfunnsoppgavene mellom staten og kommunene. Disse bestemmelser finnes i en rekke særlover for de forskjellige forvaltningsgrene. Funksjonsfordelingen kan dessuten være bestemt ved stortingsvedtak, departementsskriv eller sedvanerett.

Funksjonsfordelingsspørsmålene har vært behandlet av flere offentlige komitéer i årene etter krigen. I første rekke av skatteutjamningskomitéen (1946) som avgja sin hovedinnstilling i 1956, av funksjonsfordelingskomitéen (1965) som avgja sine innstillinger i 1967 og 1968 og av sosialreformkomitéen (1969) som behandler disse spørsmål i sin innstilling av 1972.

Skatteutjamningskomitéen mente at det avgjørende moment for hvilke oppgaver som skal legges på kommunene og hvilke som skal legges på staten må være hva som er mest formålstjenlig, dvs. hva som antas å tjene målsettingen for de enkelte oppgaver best. Komitéen pekte på at den begrensede økonomiske evnen som særlig mange mindre kommuner har, ikke bør bety at det er formålstjenlig eller rasjonelt å avgrense kommunenes befatning med løsning av saken tilsvarende sterkt. Komitéen tok imidlertid det forbehold at ansvarshensyn i alminnelighet tilsa at en måtte ta sikte på å ordne utgifts-

fordelingen mellom staten og kommunene slik at det i regelen blir den som har herredømme over en utgift som skal dekke den vesentligste del av utgiftene. Når det gjaldt statstilskott til kommunene anså komitéen det for sannsynlig at en sats på 50 % som oftest ville gi et tilstrekkelig incitament for kommunene til å disponere med den nødvendige forsiktighet.

Funksjonsfordelingskomitéen støttet det samme prinsipp og slo fast at: «Den instans som er tillagt de praktiske avgjørelser og som dermed har herredømme over utgiftene også bør ha et vesentlig økonomisk ansvar. Spesielt gjelder dette på områder der skjønnsmessige avgjørelser spiller stor rolle. En nødvendig og logisk konsekvens av dette prinsipp må videre være at den instans som ikke har noen innflytelse på avgjørelsene eller utgiftenes størrelse som hovedregel heller ikke pålegges å delta i utgiftene. Avgjørelsersett og innflytelse for øvrig måstå i et rimelig forhold til den plikt instansen skal ha til å dekke utgiftene. Det er av den største betydning å få en god balanse i disse forhold for å unngå de uheldige virkninger som lett blir følgen av at en instans kan disponere på en annens bekostning.»

Komitéen kobler her ansvaret for oppgavene sammen med ansvaret for utgiftene. La oss nå først se på hvordan oppgave- og utgiftsfordelingen faktisk er i dag.

II. Funksjons- og utgiftsfordelingen i dag.

Foretar man en historisk analyse av vår sosial-politiske utvikling, tror jeg at en i store trekk vil sitte igjen med inntrykk av at de fleste tiltakene er begynt som enkeltstående tiltak på privat eller kirkebasis. De behov som etterhvert er blitt identifisert på denne måten og søkt dekket gjennom vedkommende tiltak, har så etterhvert blitt alminnelig erkjent, og parallelt med denne erkjennelsen vokser det fram en følelse av at det offentlige må overta ansvaret for deknning av behovene. Når det gjelder de mer omfattende inntektsoverførende tiltakene er det ofte kommunene som har gått i bresjen, det vil i første rekke si de rike kommunene som har hatt høve til det. Etterhvert har så staten kommet inn og overtatt ansvaret for disse programmene. En kan med andre ord betrakte det offentliges underskri-

velse av ansvaret for et tiltak som sluttstenen i en utvikling med stadig voksende erkjennelse av et problems omfattende karakter.

Det kan være hensiktsmessig å dele oppgavene i sosial- og helsesektoren i følgende grupper:

1. Overføringer.
Her sikter jeg til trygdeytelser og individuell sosialhjelp.
2. Reising av sosial- og helseinstitusjoner, dvs. nybygg og nyanlegg.
3. Drift av institusjonene.
4. Tjenesteyting vis à vis enkeltpersoner og grupper.

I dag er som kjent forholdet det at staten har påtatt seg ansvar for de store overføringsprogrammene innenfor hele vårt trygdesystem, mens kommunene sitter med ansvaret for den individuelle sosialhjelp som ytes med hjemmel i lov om sosial omsorg, barnevernsloven og lov om edruskapsnemnder, og som tar sikte på å fange opp de klienter som av en eller annen grunn faller igjennom vårt nett av trygder. Riktig brukt kan den individuelle sosialhjelpen også settes inn som en effektiv forebyggende virksomhet.

Når det gjelder reising av sosial- og helseinstitusjoner er ansvaret fordelt etter institusjonenes karakter. Takket være behandlingsmulighetene som nå foreligger, vil en rekke institusjoner ha et relativt høyt spesialisert tilbud. Dette forutsetter igjen en relativt stor nedslagsflate når det gjelder rekrutteringen av klienter. Vi har spesialinstitusjoner på riksplanet med så pass sterkt spesialisert tilbud at det rekrutterer klienter fra hele landet, f. eks. Radiumhospitalet. Vi har de store sentral-sykehusene som har fylkene eller til og med landsdeler som rekrutteringsgrunnlag. Vi har sykehjem på fylkesplanet og aldershjem på kommuneplanet. Innenfor de enkelte grender og bydeler har vi barne-institusjoner. I samsvar med denne spesialiseringens graden er da også ansvaret for driften av institusjonene plassert på henholdsvis riket, fylkene og kommunene. Den direkte tjenesteytingen vis à vis den enkelte klient eller den enkelte klientgruppe har stort sett vært kommunens ansvar. Det vesentligste brudd på funksjonsfordelingsprinsippet er kommunenes bidrag til folketrygden. Som regel vil kommunenes bidrag til de lovbestemte trygder andra til mellom $\frac{2}{3}$ og $\frac{3}{4}$ av kommunenes utgifter til de sosiale formål. Kommunen har overhodet ikke noe herredømme over disse trygdeutgiftene.

III. Ressursdisponeringen på basis av gjeldende ordninger.

De ressurser det i første rekke dreier seg om er penger, materialer og arbeidskraft til byggevirksomheten og arbeidskraft i den tjenesteytende virksomhet. På lang sikt kan kanskje alt føres tilbake til bevilningsproblematikken, slik at det er tilgangen på penger som vil være den regulerende faktor, men på kort sikt kan tilgangen på materialer og arbeidskraft i byggesektoren og ikke minst tilgang på arbeidskraft i den tjenesteytende virksomhet

være avgjørende for tilbudenes omfang og sammensettning.

Meg bekjent foreligger det ikke noen eksakte beregninger av hvilke virkninger endringer i funksjonsfordelingen mellom f. eks. staten på den ene side og kommunene på den annen side har på ressursdisponeringen i sosial- og helsesektoren.

Det må være relevant å stille spørsmålet om det å plassere ansvaret for løsningen av en sosialpolitiske oppgave på henholdsvis stat-, fylkeskommuneplanet fører til stor, evt. liten innsats av ressurser, eller til en forvridning av ressursforbruket fra en type ressurser til en annen.

En vesentlig forskjell mellom en statlig ordning og en kommunal ordning er at den statlige ordning sikrer like ytelsjer over hele landet mens de kommunale ordninger stiller de enkelte kommuner fritt med derav følgende variasjoner fra kommune til kommune. Sosiale tiltak som kommunene har ansvaret for er derfor best utviklet i de deler av landet der vi finner kommuner med den mest bærekraftige økonomi. Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom de eksisterende behov og tilbuddet av de kommunale sosiale tjenester.

I kommunalråd Eldrid Nordbøs magistergradsavhandling fra 1968 om kommunenes ytelsjer i sosialsektoren påviser hun at det var meget store variasjoner i kommunenes samlede ytelsjer på dette felt. Hun fant at det var kommunenes økonomi som hadde størst innflytelse på de kommunale aktivitetene i sosialsektoren. Deretter fulgte urbaniseringsnivå, politiseringssnivå og innbyggertall. Partiforholdene i kommunene, dvs. om det var sosialistisk eller borgerlig flertall, omfanget av kvinnelig innslag i kommunestyrene (det var før kvinneoppørret som bragte henne selv til topps i Oslo) og utbredelsen av private hjelpeorganisasjoner hadde ingen selvstendig innflytelse på kommunenes aktivitet i sosialsektoren.

I denne sammenheng kan det være nyttig å minne om at Stortinget til enhver tid setter et tak for de kommunale inntekter ved å fastsette en maksimal skatteprosent som kommunene ikke får overskride. Noen grense for hvilke oppgaver kommunene kan pålegges finnes derimot ikke. Men i den utstrekning oppgavene øker og inntektsgrunnlaget stagnerer, må det gå ut over både kvalitet og kvantitet i de tjenester som ytes.

Skal en danne seg noe bilde av de virkninger som kan tenkes å oppstå, bør en nok ta for seg endringer som er gjennomført innen de enkelte områder og studere hvilke utslag disse endringene i funksjonsfordelingen har hatt. La meg som eksempel ta gjennomføringen av den første sykehush Lov vi har fått i dette landet, Lov om sykehus av 1969. Denne loven plasserte ansvaret for utbyggingen av sykehusene på fylkeskommunen, men slik at finansiering av bygging og drift av sykehus skjedde ved en refusjon fra syketrygden med 75 % av godkjente utgifter. De resterende 25 % blir å dekke av fylkeskommunen. For kapitalutgiftene er det en spesialregel, slik at 75 % av kapitalutgiftene kan amortiseres over driften.

Da denne loven begynte å virke i 1970 fant det

sted en nesten eksplosjonsartet vekst i utgiftene til sykehussstallet i landet vårt. Noe kan det nok skyldes at sykehuseierne i påvente av lovens ikrafttreden hadde ventet med å sette ut i livet nye tiltak, men en stor del av ekspansjonen kan sikkert tilbakeføres til det faktum at sykehuseierne bare ville sitte igjen med 25 % av utgiftene til driften. Den sterke ekspansjonen var tilsiktet fra statens side, — den var et resultat av et sterkt følt behov for utbygging på dette området. Men det er tvilsomt om man hadde bygd inn i loven tilstrekkelige garanter mot en helt uteomettet ekspansjon. I virkeligheten lå kontrollen i første rekke i Helsedirektoratet som skulle godkjenne så vel driftsutgiftene som nye investeringsplaner. Manglende kapasitet i direktoratet gjorde imidlertid kontrollen illusorisk. Det dette eksemplet viser er at våre politiske myndigheter kan treffe et vedtak basert på en vurdering av at et område trenger en sterk opprustning, et vedtak som går ut på å endre funksjonsfordelingen med en derav tilskirt øking i aktiviteten på vedkommende område.

Imidlertid er ikke alle bestemmelser om funksjonsfordelingen basert på en gjennomtenkt politisk prioritering av de forskjellige virksomhetene innenfor sektoren. Det er en kjent sak at dersom en behandlende instans har valget mellom to behandlingsformer for en klient og behandlingsformene eller tilbudene ikke er vesentlig ulike når det gjelder klientens behov, så vil denne instansen trekke inn i vurderingen hvilken økonomisk belastning den ene eller andre behandlingsform vil ha for vedkommende instans. Sitter en med valget mellom å plassere en klient i et kommunalt finansiert aldershjem eller et folketrygdfinansiert sykehjem, så vil selvfølgelig fristelsen til å plassere vedkommende klient på sykehjemmet være stor dersom det er kommunens tjenestemenn som skal foreta plasseringen.

Ved første øyekast har disse eksemplene ikke ført til noen forvridning av etterspørsele fra en ressurs til en annen. I begge tilfelle dreier det seg om ekspansjon i etterspørsele etter penger, institusjoner og personell. Det siste eksemplet innebærer imidlertid en endring i etterspørsele sammensetning, idet sykehjemmene er karakterisert ved et større forbruk av medisinsk personell enn aldershjemmene. Det stilles også større bygningsmessige og utstyrsmessige krav til sykehjemmene.

Den gjeldende betalingsordning vil også ha betydning for etterspørsele sammensetning. En person som henvender seg til en lege må betale for den hjelp han eller hun mottar. Blir vedkommende derimot lagt inn på et sykehus slipper en å betale. I samband med opprettelsen av poliklinisk virksomhet i offentlig regi vil dette ha sin betydning. For det offentlige vil ambulant behandling falle rimeligst. For pasienten vil behandling i institusjon bli rimeligst. Spørsmålet om hva som er medisinsk mest hensiktsmessig kan komme i annen rekke.

I den kommunale sosialomsorgen vil tilsvarende resonneringer gjøre seg gjeldende. Så lenge hjemstavnsretten var avgjørende for kommunenes underholdningsplikt var klientens hjemstavn et viktig

moment ved fastsettelsen av stønaden. Kunne en avbryte opparbeidelse av hjemstavnsrett ved å yte forsorgshjelp lettet det kommunen på lengre sikt. Hjemtransport av klienter med utenbygds hjemstavn var ikke uvanlig. Gikk ikke det, kunne kommunene krangle i årevis om relativt beskjedne beløp. Nå er dette heldigvis historie.

I dag vil det istedenfor fortone seg gunstig å kunne få klienten over fra sosialhjelp til en eller annen passende del av folketrygdsystemet. Det er i første rekke uførepensjonen som kan være alternativet. Så ganske enkelt er ikke dette. Før uføret trygd blir innvilget skal i prinsippet attføringsmulighetene være vurdert og eventuelt prøvet. Å leve opp til dette kravet vil neppe være mulig i alle tilfelle. På grunn av selve funksjonsfordelingen vrir en altså om etterspørsele i retning av en kontantytelse.

Den kvalifiserte arbeidskraften er blitt en minusfaktor i helse- og sosialektoren. Spørsmålet er om funksjonsfordelingen kan antas å ha noen betydning for forbruket av eller etterspørsele etter denne ressurs. Sannsynligvis forholder det seg på samme måten med arbeidskraften som det gjør med penger eller bygninger. Hvis den instans som får seg pålagt eller påtar seg oppgaven også må finansiere den, vil dette mane til forsiktighet. Men kan ikke forsiktigheten er like stor hos henholdsvis stat, fylke og kommune. Jeg mener f. eks. å ha kunnet merke en større evne til å motstå presset om nye stillinger i staten enn iallfall i de rike kommunene. De bevilgende myndigheter i staten sitter fjernere fra problemene enn man gjør i kommunene. En slik beskyttelse fører til større motstandsevne.

Hvis en instans kan opprette en ny stilling uten å måtte betale de fulle utgifter for den, kan det være fristende å begynne å regne på hvor stor refusjonssats det skal til før det faktisk lønner seg for vedkommende instans å opprette stillingen. Nyter man godt av den skatteinnbetaling som er en direkte følge av den nye skattemønsteret inntekt, vil en snart kunne oppleve at skatteinntekten oppveier det meste av den lønnsutgiften en må dekke. Imidlertid er det neppe riktig å regne slik. Skatteinntekten er ikke en nettoinntekt, men må i denne sammenheng kunne betraktes som en betaling for de fellesgoder som vedkommende instans tilbyr borgeren på forskjellig måte.

I konkurransen om den kvalifiserte arbeidskraft vil som regel arbeidsforhold, avansementsmuligheter og utviklingsmuligheter spille en stor rolle for potensielle søker. Her vil den store arbeidsgiver, staten, være bedre rustet i konkurransen enn de enkelte kommuner. Vi finner da også at kommunene i meget liten utstrekning har klart å trekke til seg kvalifisert arbeidskraft i helse og sosialektoren. Dette gjelder i første rekke utover i distriktenes hvor medarbeiderne føler seg isolert og uten muligheter for faglig vekst. På de store arbeidsplassene i tettstedene dannes det derimot et miljø som kan virke stimulerende og attraktivt for den profesjonelle medarbeider.

Det er vanskelig å si noe om hvorvidt den nå-

værende funksjonsfordeling fører til den mest effektive bruk av ressursene sett i forhold til de oppgaver som skal løses. Til stadighet hører en hevdet at forebyggende virksomhet er langt mer effektiv enn behandelnde virksomhet i sosialpolitikken. Det er vanskelig å trekke noen grense mellom forebyggende sosialpolitikk og generell samfunnspolitikk. Men en del tiltak, f. eks. innenfor helsesektoren må sies å være forebyggende i snever forstand, — f. eks. skjermbildeundersøkelser. I dag er det ansvaret for forebyggende virksomhet ikke klart plassert hos den ene eller annen instans. Både stat, fylkeskommune og kommuner har ansvaret for denne virksomheten på forskjellige områder. Det er imidlertid nærliggende å tro at den instans som er nærmest klienten, dvs. kommunene, burde være best egnet til å drive en effektiv forebyggende virksomhet på det individuelle plan. Med den nåværende noe uklare funksjonsfordelingen oppnår en neppe fullt ut den ønskede effektivitet.

Når det gjelder de mer generelt forebyggende tiltak av mer samfunnspolitisk karakter er det staten som har og må ha ansvaret. Inntektsutjamning har ved siden av sitt klart fordelingspolitiske aspekt også en forebyggende effekt. Norsk sosialpolitikk har alltid hatt inntektsutjamning som ett av sine mål. Jeg stiller meg imidlertid noe tvilende til hvor sterk denne inntektsutjamnende virkning egentlig er. I et moderne samfunn er det vel så effektive virkemidler for å nå et slikt mål, f. eks. lønnspolitikken og hele sysselsettingspolitikken.

I vårt samfunn må også distriktpolitikken regnes som en sentral del av den generelt forebyggende virksomhet. Kanskje den viktigste årsak til mange av de sosiale problemer det offentlige i dag sliter med er flyttstrømmene i landet vårt. Flyttingene påvirker aldersstrukturen og vil i utflyttingskommuner gi et forholdsvis stort innslag av eldre, mens yngre og yrkesaktive flytter til de større sentra. Utflyttingskommunene får dermed behov for en vesentlig innsats overfor de eldre, samtidig som de med forskjellige tiltak søker å holde på de unge. I presskommunen fører den sterke innflyttingen til press på boligmarkedet og til økt behov for nye skoler, sosiale institusjoner, veier, vann og kloakk osv.

Det har vært fundert på om det lønner seg å flytte arbeidsplassene til de strøk der folk er bosatt, eller omvendt, å flytte befolkningen til arbeidsplassene. Fra et større boligområde som skal bygges ut i Oslo med det første er det beregnet at kommunens utgifter til anlegg og institusjoner utgjør kr. 107 000 pr. bolig. Sammen med byggekostnadene for boligen gir dette en totalinvestering pr. bolig på ca. 250 000 kroner. En bolig er antatt å frigjøre mindre enn én yrkesaktiv. Hver bolig vil frigjøre 1–1,5 yrkesaktive, men på grunn av det økte servicebehov og det sysselsettingsbehov som dermed oppstår vil nettotilførselen være langt mindre, sikkert mindre enn én. I større byregioner i verden er den anslått til negative verdier. Det innebærer at tilflytting og boligbygging forverrer situasjonen. Amortisering av investeringen vil skje over forholdsvis lang tid. I tillegg kommer de sosiale pro-

blemer flyttingen fører med seg. I mange tilfelle kan sosialkontorene fortelle at yrkesaktive med fast jobb og god inntekt ikke klarer å dekke levekostnadene de første år etter etableringen. I slike tilfelle må kommunen tre støttende til. Dermed bidrar i realiteten kommunen til en utvidelse av statens inntektsfordelingspolitikk forårsaket av manglende resultater i distriktpolitikken.

Den videre sammenhengen en kan trekke fram her er at manglende tiltak fra et offentlig organ leder til utgifter i sosial- og helsesektoren for et annet offentlig organ. Dette er en sammenheng som kan belyses med flere eksempler. Tradisjonelt har økonomisk hjelp til underhold vært den dominerende utgift på kommunenes sosialbudsjett. Størrelsen på denne utgift har hatt nøyne sammenheng med det alminnelige aktivitetsnivå. I dag har staten både formelt, iflg. grunnloven, og reelt og politisk et ansvar for å holde aktivitetsnivået oppe. Skulle staten ikke lykkes i denne oppgaven, vil det bli kommunene som over sine sosialbudsjetter måtte redde situasjonen.

Eller la oss ta et annet og mer aktuelt eksempel. En av de største trusler mot befolkningens liv og helse i dag er trafikken, i første rekke bilismen: Hvis de myndigheter som i dag har det primære ansvaret for trafikksikkerheten ikke makter sin oppgave, vil fortsatt ofrene for denne feilslalte politikk bli en sterk belastning for vårt helsevesen.

Jeg har her gitt eksempler på at manglende tiltak fra et offentlig organ leder til utgifter på sosial- og helsesektoren for et annet offentlig organ. Tilsvarende problemstilling, men med motsatt fortegn, bør også tas med for fullstendighetens skyld, nemlig at et tiltak fra et offentlig organ fører til besparelser i sosial- og helsesektoren for et annet offentlig organ. Settes det f. eks. større ressurser inn fra statens side når det gjelder slike ting som kosthold og edrueighet, er i allfall teorien den at færre mennesker skal måtte ty til våre behandlingsinstitusjoner. Her er det også stort sett tale om helt ulike ressurser på de forskjellige feltene.

Kanskje det ville være naturlig å anta at den instans som har ansvaret for den forebyggende virksomhet også burde gis ansvaret for de behandlingstiltak som tar sikte på å fange opp de som ikke nås av den samme forebyggende virksomhet.

IV. Indirekte virkninger av funksjonsfordeling og finansieringssystemet.

Det emne jeg er blitt tildelt omfatter funksjonsfordelingens virkninger på ressursdisponeringen i sosial- og helsesektoren. Jeg har valgt å begrense meg til de direkte virkningene som kan tenkes å forekomme. Bildet blir imidlertid ufullstendig hvis en ikke også ser noe på den effekt finansieringsmåten kan tenkes å ha.

Valg mellom finansieringskilder er relativt begrenset for de respektive offentlige organer. Fylkeskommunene og kommunene er stort sett henvist til den kommunale skattekraft, og her spiller den proporsjonale inntektskatt en dominerende rolle. Kommunene opplever nok fylkeskommunene som

noe mer lettsindige i sin omgang med penger. Men det dreier seg jo stort sett om de samme skattekilder og de samme personer i de besluttende organer. Noen vesentlige virkninger på forholdet mellom tilbud og etterspørsel totalt sett ved denne finansieringsmåte finner vi neppe.

Mer interessant er de virkninger på etterspørrelsiden en kan oppnå gjennom valg av alternativer for trygdefinansiering. Med de 4 hovedkilder en har — statsbudsjettet, kommunene, arbeidsgiverne og de trygddele selv kan en oppnå tildels svært forskjellige virkninger. Hvis hovedtyngden av utgiftene bæres av den part som dekker sine utgifter med den mest progressive beskatning, blir omfordelingseffekten og dermed nedgangen i sparetilbøyeligheten størst. De realøkonomiske virkninger av en slik løsning er åpenbare.

Omvendt kan en tvinge fram en sterk sparing ved å legge hovedtyngden direkte på den trygddele selv og kombinere dette ved et fondsopplegg. Entusiasmen for fondsopplegg har variert noe med troen på en stabil kroneverdi. Det er jo heller ikke uvesentlig hvordan fondsmidlene disponeres.

Arbeidsgivernes bidrag må vel nå i motsetning til hva tanken var for 80 år siden nærmest betraktes som en form for skatt. Arbeidsgiverne vil i den utstrekning det er mulig igjen velte disse utgiftene tilbake på sine kunder og på oss som forbrukere, avhengig av etterspørselselastisiteten på de varer eller tjenester som produseres.

Finansieringssystemet kan i høy grad virke inn på ressursdisponeringen, bl. a. gjennom forbrukernes etterspørsel etter de sosiale tjenester. Den private disponible inntekt reguleres i dag i en ikke uvesentlig grad over trygdebudsjettet, og etterspørselen etter tjenestene påvirkes dertil av prisfastsettingen.

Et alternativ til den nåværende system ville være å legge ansvaret for utgiftene i sterkere grad over på de grupper eller faktorer som direkte eller indirekte bidrar til at sosiale og helsemessige problemer oppstår. Bilistene fikk bare utgiftene til å bøte på skadene i trafikken, sukkertøyfabrikantene fikk dekke tannlegeregningene og Vinmonopolet kurhjemmene. Å rendyrke dette prinsippet ville vel bli nokså komplisert.

Skulle en våge seg på en konklusjon med omsyn til virkningene på ressursdisponeringen i sosial- og helsesektoren av funksjonsfordelingen mellom stat, fylke og kommune, må det være at det å legge ansvaret for en oppgave på staten eller på folketrygden ikke bare later til å markere den definitive erkjennelse av det offentliges ansvar for løsningen av et problem, det betyr også en garanti for en enhetlig løsning og et sikkert finansielt grunnlag for gjennomføringen og opprettholdelsen av programmet. Derfor betyr s. r. også det å legge hele eller det meste av ansvaret for løsningen av en oppgave på staten en kvalitetsmessig bedring av løsningen. Gang på gang opplever vi reformforslag i den retning. Spørsmålet blir da om en etter en samlet prioritering ønsker å legge opp til en slik forbedring.

V. Prinsipper for funksjons- og utgiftsfordeling i sosial- og helsesektoren.

De krav en bør stille til et mest mulig hensiktsmessig funksjons- og utgiftsfordelingssystem springer delvis fram av de negative virkninger jeg har ment en kan observere når det gjelder dagens system.

For å holde meg til sosialreformkomitéens innstilling, vil jeg hevde at

1. systemet må virke likt for samtlige kommuner i landet, slik at den enkelte klients hjemsted ikke skal influere på de muligheter og tjenester han tilbys. Dette likhetsprinsippet vil nok komme i konflikt med den kommunale selvbestemmelsesretten, men denne er så likevel illusorisk i de fleste kommuner. I praksis vil dette si at staten eventuelt via trygdebudsjettet tar på seg en vesentlig del av utgiftene til sosialhjelpen og at det ytes statlig støtte til oppbyggingen av et kvalitativt sterkt hjelpeapparat rundt omkring i kommunene.
2. systemet må virke nøytralt med omsyn til valg av tiltak som bør settes inn i forhold til den enkelte klient. Dersom en tar sikte på å prioritere utbyggingen av ett bestemt område, må dette skje som resultat av en samlet vurdering av den mest effektive ressursinnsats.
3. systemet bør være så oversiktlig at de avgjørelser som tas, f. eks. i forhold til en enkelt klient eller ved løsningen av et sosialt problem blir faglig konsistente. Det vil si at ressursinnsatsen, og ikke minst den marginale effekt av ressursinnsatsen ved hvert alternativ blir klargjort og vurdert.

Sosialreformkomitéen foreslår i sin annen innstilling (NOU — 1972: 30) at de sosiale tjenester i kommunene i prinsippet skal finansieres på samme måte som sykehushvesenet, dvs. at staten eventuelt via trygdebudsjettet skal overta $\frac{3}{4}$ av finansieringen. Det en vil fram til er en utvisking av grensene mellom sosial- og helsevesenet og en heving av sosialhjelpen til trygdens grunnsatser. Selv dette, som bare er et skritt på veien mot full integrering, kan på grunn av den merbelastning den vil representere for trygdebudsjettet i en allerede anstrengt situasjon bli vanskelig å få gjennomført nå.

Målet burde kanskje være mer ambisiøst — nemlig en minsteinntektsordning. Da ville behovet for en egen trygdeforvaltning og et komplisert oppgjør mellom de enkelte ledd som i dag deltar i trygdefinansieringen reduseres eller falle bort. Og det alene ville være et naturlig mål: Å skape et system som er enkelt å administrere og som dertil ikke diskrimineres mellom de «fine» på trygden og de «mindreverdige» på sosialhjelpen. I årene som kommer vil behovet for arbeidskraft i sosial- og helsesektoren være enormt. Vi må gjøre hva vi kan for at alle de som er knyttet til denne virksomhet blir utnyttet maksimalt for klientellets beste.

Økonomiske analyser i sosial- og helsesektoren — hvor relevante er de?

AV

FORSKER HANS WAALER,
STATENS SKJERMBILDEFOTOGRAFERING



Det faktum at tittelen er formulert som et spørsmål antyder at det kan herske tvil om svaret. Er økonomiske analyser på dette området meningsfylte, og i tilfelle med hvilke begrensninger?

I kontakt med helsearbeidere, leger og sykepleiere møter man som økonom ofte reaksjoner av negativ karakter.

Skal helsearbeidet dirigeres av *økonomiske interesser*? sies det, som om økonomiske interesser var et skittent begrep. Videre, skal *profitt-interesser* avgjøre menneskers helse? Kan man måle *menneskelig lidelse* i kroner? Gjør Finansdepartementets økonomer annet enn å kutte ned på våre berettigede krav? Jeg vil ikke påstå at slike negative syn er enerådende innenfor helsevesenet, men man møter dem ofte og jeg tror nok man kan si at de er ofte avgjørende i viktige beslutningssituasjoner.

Jeg vil på den annen side heller ikke ubetinget påstå at de twilende utsagn er helt uten berettigelse.

Men jeg vil påstå at den negative innstilling, som ofte uttrykkes ved de foran nevnte utsagn for en vesentlig del bygger på misforståelser med hensyn til hva økonomi er, hva økonomiske analyser innebærer og hva de kan brukes til.

Disse misforståelser er delvis økonomens egen skyld, med skyldes også utvilsomt ofte helsearbeidernes, særlig legenes manglende vilje til å forstå andre fag enn sitt eget, kort sagt: kommunikasjonssvik.

F.eks. tror jeg at når økonomene snakker om penger, som alle vet hva er, istedet for ressurser, som ofte er det de mener, så gjør økonomene det for å forenkle, men med det faktiske resultat at det oppstår misforståelser. «Penger» er det jo ikke begrensninger på, men «ressurser» er noe som det alltid vil være mangel på. Det er videre et faktum at økonomene i sine analyser opererer med ord og begreper som er befengt fra den politiske debatt, det gjelder f.eks. ordet profitt som er særskilt utsatt i forbindelse med helse og menneskelige lidelser.

En annen grunn til misforståelser kommer muligens av en rekke eksempler i litteraturen på økonomiske analyser som er av en slik karakter at de

automatisk vil føre til konklusjoner som det vil være alminnelig enighet om er uakseptable. Slike analyser medfører selvfølgelig en redusert tillit til fagets anvendelighet. Det verste eksempel på dette er fra en amerikansk analyse av menneskets økonomiske verdi. Her ble kalkulert det fremtidige forventede nettotilskudd til nasjonalprodukt hvor såvel forbruket og produksjonen som funksjon av alderen, samt forventet overlevelse var med i formelen. Analysen viste som man kunne vente en høy økonomisk verdi av unge mennesker, og en negativ verdi av eldre mennesker, ellersed noen år før pensjonsalderen. Få års gjenstående produktivitet ble oppveiet av flere års gjenstående forbruk. Analysen ble brukt som grunnlag for et forslag om prioritering innenfor helsevesenet med et automatisk innebygget sørgelig resultat for helsearbeide blant eldre mennesker. Det kan trekkes fram en rekke eksempler på økonomiske analyser hvis vesentligste effekt har vært å forstyrre kommunikasjonsforholdet mellom økonomer og helsearbeidere. Jeg skal la det være og heller ta et mer positivt utgangspunkt.

For en økonom er foredragstittelens spørsmålstegn egentlig temmelig meningslös. Selvfølgelig er økonomiske analyser relevante i helse- og sosialsektoren. Kanskje kan man si at økonomiske analyser er særlig relevante akkurat for denne sektor. I denne sektoren har man f.eks. bevisst delvis satt prismekanismen ut av funksjon i stor grad. «The invisible hand» som så elegant leder til tilbud og etterspørselsbalanse på tomatmarkedet vil ikke lede til noen automatisk og optimal ressurs-allokering i helsesektoren. Markedsmekanismen må med andre ord erstattes av andre beslutningsformer og beslutningsmekanismer.

Jeg har selv ikke egentlig arbeidet i helsevesenet qua økonom, men praktisk talt utelukkende som bio-statistiker. Men den nære kontakt med denne sektor har gjort det klart at det faktisk kryr av problemer som venter på økonomiske analyser: allokeringsproblemer, prioritersproblemer, beslutningsproblemer. Problemene kan være av forskjellig karakter, av forskjellig innhold og av forskjellig hentydning. Men de har alle det grunnleg-

gende økonomiske prinsipp til felles: de har alle sin basis i begrensede ressurser i forhold til det man vil oppnå. Det er analyser av den faktiske fordeling av ressurser og av metoder for å oppnå optimal ressurs-allokering som er kjernepunktet også i denne sektor.

Det er med andre ord slik at heller ikke helse- og sosialsektoren kommer man utenom det elementære faktum at ressurser er begrenset, og det faktum at der også må eksistere en mekanisme for fordeling av disse ressurser. Den ganske utbredte tanke om at det i denne sektor, i motsetning til kanskje en rekke andre sektorer, eksisterer et slags absolutt krav som «man» (Stortinget, Regjering, Finansdepartement) er forpliktet til å tilfredsstille, er selvfølgelig helt uakseptabel. Det bør derfor ikke herske tvil om at analyser som tar sikte på å oppnå en optimal ressursfordeling er i høyeste grad relevante.

Hvis så denne generelle forutsetning er klar og akseptert må man også være villig til å godta de automatisk følgende konsekvenser.

Og økonomiske ressursfordelings-løsninger vil ha konsekvenser som delvis vil virke forbausende og paradoksale på legfolk hvis man ikke har vært gjennom tankegangen før, konsekvenser som er elementære i økonomiske teori.

Man kan for å ta et eksempel — ofte observere at den aktuelle prioritering innenfor helse- og sosialsektoren dirigeres etter problemenes størrelse. En utbredt og alvorlig sykdom vil lettere få et stort budsjett enn en sjeldent sykdom. Videre vil der være en tendens til å prioritere etter problemets tids-trend. En sykdom som er på vei til å bli utryddet vil ha vanskeligere for å opprettholde budsjettet enn en sykdom som er økende. Imidlertid vil sykdommens utbredelse og dens tids-trend være temmelig irrelevant for mengden av de ressurser som bør settes inn (utenom forskningen). Det som betyr noe er selvfølgelig ressursenes avkastning, anvendt i de forskjellige retninger, f.eks. på forskjellige sykdommer. På grunn av forskjelligheter i eksisterende bekjempesteknologi kan det ofte være større avkastning av ressurser i retning av en sjeldent sykdom som til og med kan være på vei nedad av seg selv. Dette betyr at analyser av forventet avkastning, uttrykt på en eller annen måte som en helseforbedring, for en gitt ressursmengde derfor er av vesentlig betydning. Dette gjelder ikke bare i retning av forskjellige sykdommer, men også i ulike retninger med hensyn til behandling i kontrast til forebyggning, sykehusbehandling i kontrast til domisiliær eller poliklinisk behandling etc. Å antyde at en sykdoms popularitet påvirker prioriteringen er selvfølgelig en grov insinuasjon, men selveste professor Hjort har jo antydet at hæmorider nok kommer i enden, også av en prioriteringsliste. Det kan vel ikke være tvil om at ressursfordelingen i dag skjer i en viss utstrekning på basis av gamle vaner, fordommer, maktkamp osv. med en betydelig løsning med ressurser som resultat.

En annen konsekvens av den økonomiske teori er, uttrykt en smule forenklet, at i en optimal for-

delingssituasjon skal intet behov være dekket fullt ut, og alle skal i en viss grad være misfornøyd. Når således barnekirurgene på Rikshospitalet er misfornøyd med sitt budsjett og viser til lidende barns problemer, så er dette intet bevis på en gal (ikke optimal) budsjettering. At der er ventetid på å komme inn på sykehus er heller ikke noe automatisk tegn på en gal ressursfordeling i seg selv. Det er egentlig bare et bevis på den selv-følgelighet at ressursene er begrenset.

Uttrykt misnøye er derfor generelt sett en dårlig hjelp i allokeringsprosessen. Poenget her er, at i en optimal situasjon skal alle i en viss forstand være like misfornøyd, — noe som vil oppnås dersom grenseavkastningen av ressursene er den samme i alle retninger. (I en viss forstand kan man si at det gjør ikke noe at Helsedirektøren og Vegdirektøren er misfornøyde, bare deres misnøye har samme størrelse).

Man må innrømme at forholdene i helse- og sosialsektoren er meget innfløkte, og man kan være i tvil om man noen sinne vil være i stand til å fastslå den optimale alloking. Men det er i allfall nyttig at man prøver å bevege seg i den riktige retning. Barnekirurgene må tvinges til å analysere den forventede forbedring i helsesituasjonen ved en endring i deres budsjett, og de må lære å forstå at deres ressurser konkurrerer med andre alternative anwendelser, f.eks. bygging av trafiksikre skoleveier som har en nærliggende forebyggende virkning for det samme klientell. Det er her snakk om økonomiske analyser som i høyeste grad må sies å være relevante. Og — i allfall på en rekke felter vil selv ganske enkle begrensninger av denne art lede til bedre beslutninger enn de som er gjeldende i dag. De program-budsjett-metoder som er under utvikling i Finansdepartementet og R-direktoratet vil her kunne spille en avgjørende rolle.

En spesielt kompliserende faktor er gitt ved tidsaspektet. Alle helsetiltak og aktiviteter vil ha virkninger som strekker seg over mange år framover i tiden. Tidsaspektet gir her spesielle problemer for de økonomiske analyser: en neddiskontering eller kapitalisering av fremtidige økonomiske transaksjoner vil måtte foretas. Så lenge det gjelder økonomiske målbare fenomener er problemene ikke så store, i allfall ikke større enn i andre sektorer. Imidlertid kommer tidsaspektet inn også på en annen måte som delvis er spesiell for denne sektor. Avstand i tid og sted reduserer den vekt man tillegger en lidelse, et alment menneskelig fenomen. Dette er kjent i det folkelige uttrykk «etter den sote kløe kommer den sure svie»: Man tar med den lille nytelse som man har av en røyk i suget og betrakter den fremtidige lungecancersannsynlighet med liten interesse. En lidende pasient på venteværelset er av større interesse enn ti ikke oppståtte kasus av samme slag. Ens barns uskyldige kikkhoste har den samme effekt på ens nattesøvn og fordøyelse som ti tusen flom-drepte barn i Bangla Desh.

For alloking mellom terapi og profylakse er

dette problem temmelig avgjørende. Hva betyr dette for den optimale ressurs-allokering? Svaret på dette er ikke særskilt enkelt, og lar seg ikke gjennomdiskutere i dette foredrag.

Jeg tror at analyser av økonomisk karakter under varierende tids-preferanse-forutsetninger vil kunne kaste noe lys over den betydning dette forholdet har. Det er iallfall rimelig å anta at de terapeutiske aktiviteter gis i dag en overdreven vekt sammenliknet med de profylaktiske. Det er vel rimelig å anta at dette henger sammen med den prestisje som er bundet til terapien. Å behandle et lidende menneske med success gir mer prestisje og klinisk-medisinsk tilfredshet (samtid inntekt) enn å forebygge ti liknende tilfeller ved f.eks. vaksinasjon. Analyser av økonomisk karakter vil her kunne medvirke til at man iallfall beveger seg i retning av en optimal ressursallokering.

Et omfattende område av analyser går under navnet av *cost-benefit-analyser*, hvor poenget er å sammenlikne en cost-side av et prosjekt eller en aktivitet med dens benefit-side. Det finnes i litteraturen en rekke slike analyser, delvis utført ex ante, som grunnlag for beslutninger om fremtidig politikk, delvis ex post for å vise hvor riktige eller gale ens beslutninger var. En *cost-benefit* analyse av den norske BCG-politikk etter krigen har vært utført og har vist en betydelig direkte økonomisk avkastning. En innsats på 10-14 millioner kroner har gitt i direkte økonomisk utbytte en avkastning på henimot 100 millioner kroner. Da en benefit det her er snakk om ikke er bokførte verdier, men skjulte verdier gitt ved besparte omkostninger ved ikke oppståtte tilfeller av tuberkolose, vil et slikt statlig prosjekts enorme avkastning selvfølgelig ikke få den presseomtale som bokførte underskudd ved f.eks. Det norske jernverk har fått.

Det finnes eksempler i helsesektoren hvor en *cost-benefit* analyse ikke er påkrevet for å gi svar på om tiltaket var pengene verdt. Dette gjelder f.eks. tiltak som poliovaksinasjon hvor man ved en minimal omkostning med overveldende sannsynlighet har hatt en kolossal økonomisk avkastning pr. investert krone, samt en betydelig avkastning i reduserte lidelser. Der finnes områder hvor en *cost-benefit* analyse i aller høyeste grad er påkrevet. Dette gjelder f.eks. en *cost-benefit* analyse av alternative fluor-profylakse-programmer for bekjempelse av tannråte. Det finnes her sannsynligvis store muligheter for besparelser av ressurser som kan anvendes på annen måte.

Et stort og delvis u-utforsket område er *cost-benefit* analyser av røykpåvirknings-tiltak. Det er erkjent i dag at tobakken påfører samfunnet kolossale omkostninger ved for tidlig død og ved sykdom.

Amerikanske undersøkelser ha antydet at røykere har 50 pst. større fravær enn ikke-røykere. Den britiske helsedirektør har uttrykt at hvert 10de dødsfall i Storbritannia er direkte forårsaket av sigarett-røyking. Den økonomiske belastning for det norske samfunn (produksjonstap og behand-

ling) dreier seg om beløp sannsynligvis i retning av ca. ½ milliard kroner pr. år. Mulighetene for å påvirke folks røykevaner er ikke særlig kjent, men noe vet man. Preliminære analyser har vist at selv den beskjedne effekt man kan oppnå ved en mot-propaganda og andre mot-tiltak vil ha en samfunnsøkonomisk betydelig profitt. Cost-benefit analyser på dette felt vil kunne gi Stortinget et svar på spørsmålet om Statens tobakkskaderåds budsjett på 250 009 kroner i året står i rimelig forhold til det 50 ganger større beløp som tobakksindustrien bruker bare i reklame i våre aviser og tidsskrifter.

Et annet felt hvor økonomiske analyser ville være meningsfylte er beslutningsprosesen på forskjellige områder, dvs. i konstruksjonen av regler som medfører at beslutningene blir optimale. Selv uten en direkte dirigerings-politikk vil det ofte være mulig å konstruere regler som gjør at de som tar beslutningene så og si automatisk foretar optimale eller ønskede beslutninger. Allerede for 20 år siden ble det konstruert slike regler innenfor tuberkulosesektoren som ga legene en viss handlingsfrihet, men allikevel induserte («narret») dem til å gi en korrekt behandling. Hele den omstruktureringen av tuberkolosearbeidet over de siste 20 år har vært foretatt ved liknende prinsipper. Her skal i tillegg gis et enkelt eksempel fra sykehus-sektoren. Det dreier seg om liggetiden på sykehus for en pasient. Jeg påstår ikke at økonomer skal fastlegge liggetiden for pasienten, men da poenget er at det også her dreier seg om en begrenset ressurs vil likevel økonomiske analyser være relevante. Man må forutsette at der kan defineres for en pasient en slags optimal liggetid. Nå er ikke dette noe klart og entydig begrep. Det er mange mulige definisjoner avhengig av fra hvilket synspunkt man betrakter problemet. Man kan snakke om optimal liggetid for pasienten, for trygdekassen, for sykehuset, eller for alle pasienter i området, inklusive pasienter på ventelister, eller for legen som skal ta sin doktorgrad. La oss anta at man kan enes om en entydig «objective function» for optimalisering. Det er da rimelig å anta at betalings-systemet i seg selv påvirker beslutning om utskrivningstidspunktet for en pasient. Sykehusets eier har økonomisk fordel av at alle senger holdes varme. Det er stort sett de første dager som påfører sykehuset de største reelle omkostninger, — den siste liggedag vil alltid være relativt billig for sykehuset, og kurpengene som refunderes sykehuset er de samme. Videre er det slik at kurpengene utbetales både for innleggelsesdag og utskrivningsdag, slik at dobbel betaling oppnås ved skifte av pasient i samme seng. Det vil her oppagt være hensiktmessig og mulig å konstruere beslutningsregler som er slik at uhenriktsmessig forlengelse av et pasientopphold ikke finner sted. Og for å oppnå dette vil en rekke økonomiske analyser være påkrevet, bl.a. analyser av beslutningsmyndighetenes respons på økonomisk stimuli. Slike analyser er forøvrig underveis i Helsedirektoratet.

I dette foredrag er gitt et forsøk på å forklare

hvorfor i det hele tatt spørsmålet om relevans av økonomiske analyser på helse- og sosialsektoren er reist. Videre er kort drøftet de tilgrunn-liggende ressurs-allokeringsprinsipper som økonomiske analyser er basert på, og slike analysers selvfølgelige plass også i denne sektor. Tilslutt er nevnt en rekke spesielle områder hvor slike analyser er særlig relevante.

De analyser og tilhørende beslutninger som her har vært drøftet er av typisk mikro-karakter og dreier seg om ressurs-allokeringsproblemer innenfor en enkelt sektor.

Det erkjennes at det er de makro-økonomiske analyser og de makro-økonomiske beslutninger som dominerer den økonomiske og sosiale utvikling. Det er full sysselsettingspolitikk, distriktspolitikk, økonomisk vekstpolitikk og Nei til EF-

politikk som vil gi grunnlag for vår fremtidige sosiale-og helsesituasjon. Dette gjør ikke mikro-analyser unødvendige, snarere tvert i mot. Det er innenfor et akseptabelt makro-økonomisk analyse- og beslutningsnivå at det først blir meningsfylt og interessant): relevant å arbeide med mikro-økonomiske problemer.

Det finnes dog begrensninger i økonomiske analysers relevans: En rekke personer i viktige beslutningsposisjoner kunne ha som motto for sine avgjørelser: «Don't confuse me with facts, I have already made up my mind». I den utstrekning slike personer eksisterer kan man kanskje med en viss rett si at økonomiske analyser er irrelevante, de vil likevel ikke spille noen rolle. Jeg skal avstå fra å gi min mening om hvor utbredt dette er, jeg bare nevner det som en reell negativ faktor.

AKERSHUS FYLKE

KONSULENT

Fylkesmannen i Oslo og Akershus søker etter konsulent i 1.kl. 22—24.
Stillingen er fylkeskommunal og nyopprettet.

Arbeidsområdet vil omfatte saker av økonomisk og administrerende karakter m.v. Konsulenten vil bl. a. bli pålagt krevende utredningsoppgaver samt foreta samordning av en del sentrale funksjoner.

Det søkes etter en høyt kvalifisert medarbeider med høyere utdannelse, fortrinnsvis økonom. Vedkommende bør ha omfattende erfaring fra offentlig forvaltning. Det vil bli stilt krav om utpregede analytiske evner og samarbeidsvilje.

L.kl. 22 kr. 62 620.— — 66 430.— pr. år.

L.kl. 24 kr. 70 630.— — 74 340.— pr. år.

Fra lønnen trekkes 2 % pensjonsinnskudd.

Tilfredsstillende legeattest må kunne legges fram.

Bedriftslegeordning.

Fri hver lørdag.

Søknader med

kopier av vitnemål og attestter sendes:

FYLKESMANNEN I OSLO OG AKERSHUS,
H. Heyerdahls gt. 1,
Oslo-Dep.
innen 31. januar 1973.

Planlegging — Metoder

Forberedt innlegg

Kostnads- effektiviseringsanalyser: Nyttige hjelpe-
middel i den offentlige beslutningsprosess?

AV
BYRÅSJEF THORVALD MOE,
FINANSDEPARTEMENTET



«System analysis is simply a method to get before the decision maker the relevant data, organized in a way most useful to him».

Alice M. Rivlin: *Systematic Thinking for Social Action*, Brookings Institution, 1971

1. Jeg er blitt bedt om å snakke litt om kostnadseffektivitetsanalyser. Med den tid som er til rådighet i et kvarter innlegg, må dette selvfølgelig bli høyst summarisk og skissmessig. Jeg vil likevel starte med å forsøke å illustrere enkelte skritt eller elementer i en slik analyse med et tenkt eksempel fra tuberkulosesektoren.

Deretter vil jeg nevne enkelte innvendinger som har vært reist mot planleggingsmetoder av denne art, både fra sosialøkonomer og andre samfunnsvitere. Min konklusjon er at hovedpoenget med slike metoder er det — ofte enkle — tankeskjemaet de representerer, og at selv en fornuftig utført kostnads-effektivitetsanalyse aldri kan bli mer enn et av mange hjelpebidraker i den offentlige beslutningsprosess.

Det betyr ikke at slike hjelpebidraker ikke kan bli særlig nyttige. Jeg vil derfor avslutningsvis antyde en mulig strategi for det videre arbeid med innføring og bruk av slike analyser.

Noen elementer i en kostnads-effektivitetsanalyse belyst med et enkelt eksempel fra helsesektoren.

2. Spesifikasjon av operasjonelle mål.

Før arbeidet med selve analysen, bør en foreta en avgrensning for å sette de offentlige handlingsalternativer eller prosjekter inn i en større sammenheng. I vårt tenkte eksempel fra tuberkulosesektoren kunne en ta utgangspunkt i at kollektiv behovstilfredstillelse bl.a. forutsetter bedring av helsetilstanden. Derfra kan avledes at for å bedre helsetilstanden, bør en bl.a. redusere tuberkuloseproblemene.

Neste skritt blir da å forsøke å finne fram til *operasjonelle mål* for sykdomsproblemene. Et slikt mål på tuberkulosesektoren er antall tuberkulose-

årsverk, eller antall årsverk aktiv infeksjonssydom som et samfunn er utsatt for, eventuelt den kumulerte sum av årsverk over en viss tidsperiode. Dette er altså et konkret eksempel på et mål til praktisk bruk i vår tenkte analyse¹⁾

3. Identifikasjon av alternativer.

Neste skritt blir så å forsøke å identifisere offentlige handlingsalternativer. La oss i vårt tenkte eksempel for enkelthets skyld koncentrere oss om følgende sykdomsreduserende aktiviteter:

- 3.1 BCG-vaksinasjon som er forebyggende
- 3.2 Identifisering og behandling (IB) som pr. definisjon er behandlende

Dette er selvfølgelig et helt sentralt element i analysen. Eller for å sitere sjefen for planleggingsavdelingen i det canadiske Finansdepartementet: «If there are no alternatives, there are no choices, and evaluation of the particular program is not relevant to the decision-maker».²⁾

4. Kriterium for disse aktiviteteters effektivitet.

Med utgangspunkt i den definisjon av sykdomsproblemene som vi kom fram til under pkt. 2 ovenfor, vil vi nå finne et kriterium for de sykdomsreduserende aktiviteteters effektivitet med hensyn på tuberkuloseproblemene. La oss derfor definere *epidemiologisk effektivitet* (heretter e-effektivitet) som den effekt en aktivitet har, når det gjelder å redusere eller forhindre antall tuberkuloseårsverk.

Jeg vil ikke gå nærmere inn på problemer i forbindelse med å sammenligne fremtidige med dagens tuberkuloseårsverk — et problem Waaler behandlet i sitt foredrag. La oss derfor for å komme videre, bare forutsette at vi har løst problemet med å finne fram til en diskonteringsfaktor for neddiskontering av fremtidige tuberkuloseårsverk slik at vi ser på nåverdien av antall fremtidige tuberkuloseårsverk.

¹⁾ Eksemplet er hentet fra H. T. Waaler og M. A. Piot (7).

²⁾ D. G. Hartle (3).

5. Modellspesifikasjon.

I figur 1 er det gitt en høyst summarisk skisse av vårt tankeskjema. Av illustrasjonsmessige hensyn har jeg (til venstre i figuren) sondret mellom to typer «årsaker». Den ene er de offentlige aksjons-eller handlingsparametere som i vårt eksempel representeres av de sykdomsreduserende aktiviteter jeg presenterte ovenfor. Den andre type er de som helsemyndighetene ikke i særlig grad kan påvirke eller har kontroll over, eksemplifisert ved befolkningsutvikling o.l.

Meningen med den sentrale del av figuren er å antyde at vi opererer i en struktur eller et system hvor størrelsene til venstre i figuren er «årsaker» som når de virker på systemet, påvirker antall tuberkuloseårsverk i samfunnet. I planleggingsarbeid generelt, og i kostnads-effektivitetsanalyser spesielt, må vi representere denne strukturen på en forenklet måte ved en «modell».

I vårt tuberkuloseeksempel vil jeg benytte Waaler og Piot's epidemiologiske modell uten at jeg i denne forbindelse har tid til å gi noen nærmere teknisk og detaljert redegjørelse for denne.³⁾ La oss bare forutsette at den gir en relativt realistisk beskrivelse av tuberkulosituasjonen i land N.

6. Anslag for e-effektivitet under ulike forutsetninger.

Vi vil nå forsøke å bruke vårt tankeskjema til å illustrere neste skritt i analysen. Et første

³⁾ For mer detaljer, se Waaler og Piot (7).

spørsmål kunne være å se på hva som ville skje på tuberkulosesektoren hvis helsemyndighetene «ikke gjorde noe». Det vil si vi lager en enkel prosjeksjon for omfanget av tuberkuloseproblemet hvor de sykdomsreduserende aktivitetene holdes konstant.

Hvis resultatet vi kom fram til, ikke var tilfredsstillende fra helsemyndighetenes side, kunne vi så spørre: hvilke alternativer finnes for å redusere tuberkuloseproblemet med f.eks. 30 pst.? Eller for å si det mer teknisk, gitt at vi vil ha en e-effektivitet på 30 pst., hvilke vaksinasjonsprogrammer (BCG) og/eller identifiserings- og behandlingsprogrammer (IB) må vi sette i gang? Omfanget av disse programmer måles ved en visst prosent «dekning» av tuberkuloseaktivitetene, dvs. hvor mange prosent av relevante befolkningsgrupper som blir vaksinert eller behandlet.

Resultatet av et simuleringsexperiment er satt fram i figur 2.

Hovedpoenget med figuren er å illustre at samme e-effektivitetet kan oppnås på flere måter. Ca. 30 pst. reduksjon av tuberkuloseproblemet kan eksempelvis oppnås ved

- i) ca 90 pst. BGG-«dekning» og ingen behandling
- ii) ca 30 pst. BGG-«dekning» og ca 30 pst. IB-dekning
- iii) Ingen vaksinering og ca 45 pst. behandlings-dekning

(For sosialøkonomer i forsamlingen er vel likheten med det tradisjonelle isokvantdiagramet åpenbar).

Fig. 1.

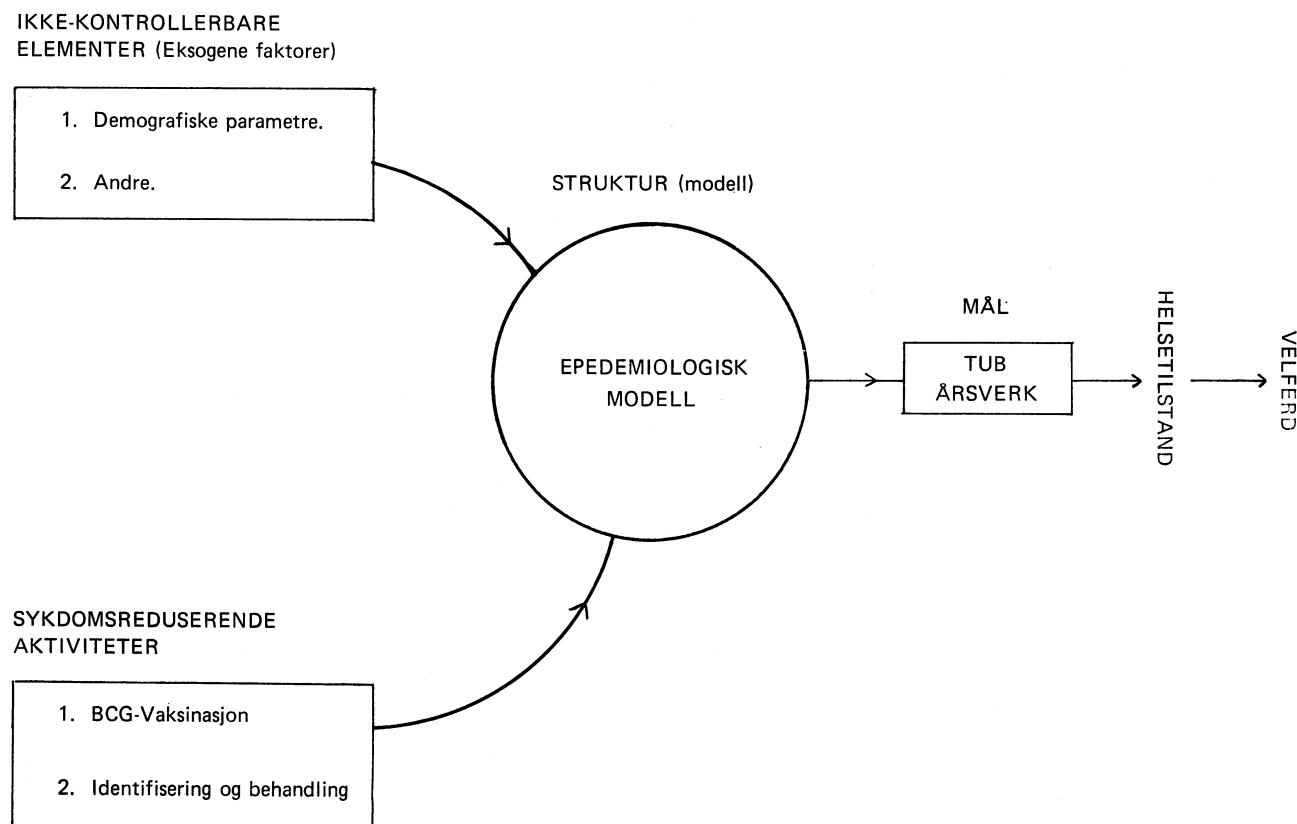
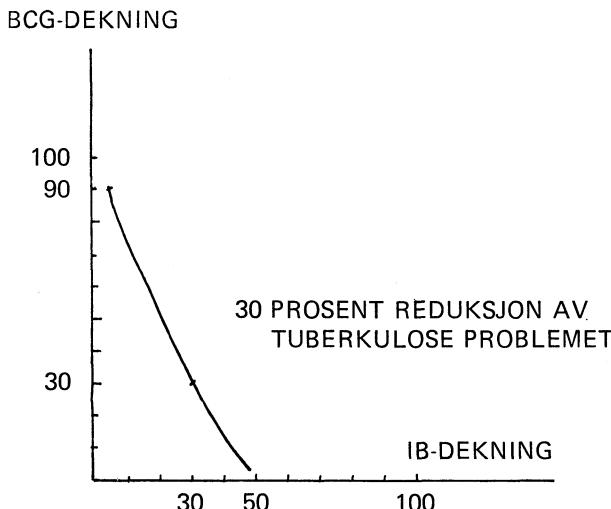


Fig. 2. Isoeffektivitet.



7. Kostnads-effektivitets-analyser.

Forutsetningen for å ta det neste skritt, er selvfølgelig at man har kostnadstall, helst grensekostnadstall, for hver av de sydmsreduserende aktiviteter som hittil er illustrert. Det er ikke her tid til å gå nærmere inn på problemer i denne forbindelse, men det er vel unødvendig å antyde overfor forsamlingen at slike kostnadstall er vanskelig å beregne i praksis slik mange offentlige regnskaper nå foreligger.⁴⁾

Med utgangspunkt i slike kostnadstall, kunne vi nå bl.a. stille følgende spørsmål:

- Med et gitt budsjett, hva er den maksimale reduksjonen av tuberkuloseproblemet og tilsvarende (optimale) kombinasjon av IB og BCG-aktiviteter. M.a.o. hvilket tuberkuloseprogram gir den største e-effekt pr. krone med det budsjett vi har? eller
- Hvis helsedirektøren gir beskjed om å redusere tuberkuloseproblemet med en gitt prosent, hva er den minste kostbare måte å gjøre dette på?

8. Cost-Benefit-analyser.

La oss nå til slutt vurdere muligheten for å ta skritt fra e-effektivitetet til «e-profiitt», m.a.o. gå fra kostnads-effektivitetsanalyser til cost-benefit-analyser ved å forsøke å måle nytten av reduksjon av tuberkuloseproblemet i kroner og øre. En måte å gjøre dette på, er å beregne hva 30 pst. reduksjon av sykdommene vil spare samfunnet for i produksjonstap ved reduksjon i dødelighet og morbiditet i form av sykefravær. En fordel ved et slikt forsøk ville være at vi får et fellesmål for nytte i form av kroner og øre som kan sammenlignes med tilsvarende mål på helt andre områder. Men ulempene er mange som bl.a. Waaler allerede har pekt på i sitt foredrag:

- Vi risikerer å ignorere de «ikke-produserende» (barn, studenter, pensjonister)

⁴⁾ Under sitt engasjement i Planleggingsavdelingen laget Rune Gerhardsen noen grove kostnadsanslag for de omtalte tub-aktiviteter. Se (1).

— Vi ville gi større vekt til de som tjener best (produkt = lønn)

— Nytte burde omfatte reduksjon av lidelse (i tillegg til reduksjon av produksjonstap) som er vanskelig å måle i kroner og øre.

Vi konkluderer derfor med at i dette tilfelle vil den tilleggsinformasjon vi ville få ved å måle nytte i kroner og øre, være liten i forhold til de restriktive forutsetninger vi i så fall måtte gjøre og de motforestillinger dette ville skape på forskjellig hold.

9. La meg avslutningsvis presisere hva en slik analyse kan brukes til. Den burde, hvis fornuftig utført, kunne være et nyttig hjelpemiddel for rasjonelle beslutninger innen tuberkulosesektoren. Men den kan selvfølgelig ikke si noe om hvordan tuberkuloseprogrammer skal avveies mot andre helseprogrammer. Eller — for de som er kjent med programbudsjetteringsterminologien — den kan bidra til effektiv ressursfordeling innen programkategorien tuberkuloseomsorg, men kan ikke hjelpe oss i avveiningen mellom programkategorier innen programområdet helsestell.

Noen generelle innvendinger mot metoden.

10. Det er vel riktig å si at norske sosialøkonomer både i og utenfor statsadministrasjonen ikke hittil har vært spesielt opptatt av kostnads-effektivitets- eller cost-benefit-analyser. Det kan vel ha flere årsaker. De representerer bl.a. anvendelse av relativt enkle prisipper fra økonomisk velferds- og produksjonsteori og er kanskje ikke fra et metodisk-teoretisk synspunkt spesielt avanserte. Dessuten har man i Norge opp til nå konsentrert mye av interessen mot metoder for makro-økonomisk planlegging og makro-økonomiske problemstillinger.

11. Partielle analyser.

Ofte innvendes det at k-e-analyser er partielle analyser hvor en ved vurderingen bare tar hensyn til et begrenset antall reperkusjoner som følge av de tiltak en analyserer. Jeg skal ikke her gå inn på en mer teknisk diskusjon av «second-best» problematikk, men nøyter meg med å konsentrere at de fleste analyser som utføres i praksis er mer eller mindre partielle.⁵⁾ Og ofte kan en partiell analyse av et problem være bedre enn ingen analyse i det hele tatt.

12. Ser bort fra fordelingsmessige problemer.

Det hevdes at k-e-analyser bare tar hensyn til effektiv allokering av ressurser og overser fordelingsmessige mål og reperkusjoner ved de prosjekter eller alternativer som vurderes. Dette er vel kritikk mer mot enkelte analyser, enn metoden som sådan. I prinsippet skulle det ikke være noe i veien for å ta med fordelingsmessige aspekter ved et prosjekt, f.eks. ved å velge et prosjekt

⁵⁾ Arnold C. Harberger oppsummerer i sin nylige publiserte artikkel: «Three Basic Postulates for Applied Welfare Economics» noen av de prinsipper som cost-benefit-analyser tar sitt utgangspunkt i. Se (2).

som har lavere effektivitet pr. krone, men som tilgodeser enkelte mottakergrupper eller regioner som det av andre grunner er særlig ønskelig å hjelpe. Det at effektivitet pr. krone ikke er det eneste kriterium, kanskje ikke en gang det viktigste i alle tilfelle, betyr ikke at effektiv fordeling av ressurser er uinteressant eller irrelevant.

13. «The Science of Muddling Through».

Et eksempel på en tilsynelatende mer fundamental innvending mot den problem-og analyseorienterte metode som kostnads-effektivitetsanalyser er et eksempel på, har bl.a. blitt lansert av amerikaneren Charles Lindblom under stikkordet «the science of muddling through»⁶⁾) Vitenskapen for rot, rør og grums er en mulig norsk oversettelse

Svært forenklet og forkortet er noe av essen- sen i denne «ikke-metoden» at en god beslutning er en som oppfyller et effektivitetskriterium. Den politiske beslutningsprosess har utviklet seg i en slik retning fordi det i et relativt fritt og demokratisk samfunn er den beste måte å oppnå enighet mellom ulike interesser og verdier gitt hvor vanskelig det er å spesifisere «Riktige» mål for og konsekvenser av ulike aspekter av offentlig politikk.

14. Systemanalysens rolle beslutningsprosessen.

Man må vel uten videre være enig med Lindblom i at en analytisk angrepsmåte i praksis vil støte på mange skjær i sjøen. Men det er vel også mulig å tolke dem dithen at slike analyser ikke bør foretas fordi det kan føre til ytterligere teknokratisering og sentralisering av den offentlige beslutningsprosessen. Jeg tror derfor det er viktig å presiere hvilken rolle kostnads-effektivitetsanalyser o.l. kan (og bør) spille i denne prosess.

I realiteten blir vel de fleste individuelle og offentlige beslutninger tatt ut fra intuisjon og sunn fornuft. Jeg vil derfor antyde at hovedhensikten med analyse generelt og kostnads-effektivitetsanalyser spesielt er å bidra til å skjerpe denne intuisjon og fornuft ikke å ta dens plass. Og selv Lindblom vil vel være enig i at bare litt skjerping i enkelte tilfelle ville kunne få en meget høy samfunnsmessig avkastning.

En mulig strategi.

15. Hovedpoenget med kostnads-effektivitetsanalyser — og lignende metoder — er etter min mening at de representerer et nyttig tankeskjema, enten man bare skal lage noen foreløpige grove anslag eller skal utføre en mer detaljert analyse. Samtidig er det vel slik at vi hittil i Norge har gjort relativt lite for å sette oss inn i og anvende slike mikro-orienterte metoder for økonomisk og samfunnsmessig planlegging. Bør vi derfor nå ta et skippertak i arbeidet med slike analyser?

⁶⁾ Lindblom har skrevet flere artikler og bøker om emnet. Se f.eks. (4). En oversikt over hovedinnholdet i argumentasjonen kan finnes i Schultze (5), særlig kapittel 3, sidene 35—53.

Personlig tror jeg ikke det. I stedet vil jeg antyde en langt forsiktigere strategi hvor vi går stille i dørene og langsomt fram. Bl.a. burde vi lære av erfaringene i USA, hvor PPBS ble lansert med store fanfarer og klingende spill i 1965, og hvor man forsøkte en svært omfattende innføring av metodene i Statsadministrasjonen uten at de vel i tilstrekkelig grad var prøvet ut i praksis og uten nødvendige analysepersonell. Fordi ambisjonsnivået var så høyt, kom resultatene som en skuffelse på mange.

16. Det betyr ikke at vi ikke burde begynne å jobbe mer seriøst med disse metodene. Tvertimot. For oss sosialøkonomer betyr det bl.a. at vi er nødt til å være villige til å prøve ut metodene på ulike felter. «Learning is by doing» som bekjent. Ofte vil dette være felter hvor vi ikke har spesielle komparative fortrinn. I denne prosessen vil vi sikkert ofte bli tvunget til å legge av oss det sosialøkonomiske håndflir og være villige til å samarbeide med — og lære av — andre samfunnsvitere og faggrupper.

Vi burde også til enhver tid ta hensyn til de økonomiske og politiske alternativkostnader ved vår virksomhet. (Det å utføre en k-e-analyse har selvfølgelig også en kostnadsside som kan være reell nok). Eller som Charles Schultze sier i sin bok «The Politics and Economics of Public Spending»: «It may, indeed, be necessary to guard against the naïveté of the systems analyst who ignores political constraints and believes that efficiency alone produces virtue. But it is equally necessary to guard against the naïveté of the decision maker who ignores resource constraints and believes that virtue alone produces efficiency».

Referanser

- (1) Gerdhardsen, Rune: «Optimaliseringsstudier i helsestallet. Et eksempel fra tuberkuloseomsorgen». Planleggingsavdelingen, Finansdepartementet, mai 1971.
- (2) Harberger, Arnold C.: «Three Basic Postulates for Applied Welfare Economics». *Journal of Economic Literature*, Vol. IX, 1971, No. 3
- (3) Hartle, Douglas G. «A Proposed System of Program and Policy Evaluation». Planning Div., Treasury Board Secretariat, Gov. of Canada, Ottawa 1972 (mimeo)
- (4) Lindblom, Charles E. «The Science of Muddling Through», *Public Administration Review*, Vol. XIX No. 2 (Spring 1959)
- (5) Schultze, Charles L.: *The Politics and Economics of Public Spending*, Brookings Institution, Washington D.C., 1968
- (6) Williams, A.: «Cost-benefit analysis: bastard science? And/or insidious poison in the body politic?» *Journal of Public Economics*, Vol. 1, No. 2, August 1972.
- (7) Waaler, Hans Th. og Piot, M. A.: «The Use of an Epidemiological Model for Estimating the Effectiveness of Tuberculosis Control Measures», *Bull. World Health Org.*, Vol. 41, 1969

Planlegging — Metoder

Forberedt innlegg

AV
JO. E. ASVALD,
HELSEDIREKTORATET



Innledning.

En rasjonell drift av en forvaltningssektor som helsevesenet forutsetter 3 komplementære aktiviteter: Planlegging, implementering og evaluering. Satt på spissen kan vi si at man her i Norge har koncentrert seg hovedsakelig om implementeringen mens planlegging og evaluering har blitt for lavt prioritert.

Det kan imidlertid være grunn til å peke på at dette ikke er et spesielt norsk fenomen. Tvert imot, få er de land som hittil har gjennomført en gjennomgripende helseplanlegging. Unntak finnes, spesielt i Øst-Europa og til dels Sverige; England kan også tas med blant de som har forsøkt seg på landsomfattende koordinert planlegging. Hva evaluering gjelder er situasjonen enda verre; et WHO møte om evaluering i helsevesenet i september i år viste at ikke et eneste europeisk land har etablert egen enhet for denne oppgave.

På den meget korte tid som står til min rådighet vil det ikke være mulig å gi noen fullstendig oversikt over temaet planlegging i helsesektoren, og jeg vil derfor bare trekke frem en del av de faktorer som etter min personlige oppfatning er vesentlige i det problemkompleks vi står overfor.

2. Norske erfaringer.

Hvis man skal forsøke kort å skissere nøkkelproblemer fra vår hjemlige erfaring, vil det selvagt være mange unntak fra en generell regel.

Hovedinntrykkene synes imidlertid å være:

2.1. *Krise-planlegging*: Planleggingsprosessen har selv ikke vært tilstrekkelig planlagt. Ofte, spesielt innen institusjonsplanleggingen, har det dreiet seg om krisetiltak og ad hoc løsninger. Dels har den initierende faktor vært et generelt anerkjent behov som har utviklet seg så langt at situasjonen har blitt akutt, dels har pressgrupper — frivillige organisasjoner, helsearbeidere (spesielt leger), politikere o.a. — tvunget fram særtiltak på enkelte spesielle områder.

2.2. *Ukoordinert planlegging*: Dels p.g.a. ovennevnte har planleggingen ofte vært ukoordinert. Denne utilstrekkelige koordinering gjelder både forholdet mellom alternative behandlingstilbud (forebyggende/kurative tjenester, primærhelsetjeneste/institusjoner), og funk-

sjonsfordelingen mellom likeverdige eller beslektede serviceorganer (sykehus spesielt).

2.3. *Kort-tids planlegging*: Det har vært gjort få forsøk på langtidsplanlegging, med tilsvarende planlegging av ressurstilbudet. De mange krisesituasjoner som har oppstått hva gjelder tilbud helsepersonell kan delvis være et resultat av dette.

2.4. *Uhensiktsmessig organisasjon av planleggingsprosessen*: To forskjellige forhold har ført til uheldige arbeidsforhold hva gjelder planlegging og planers gjennomføring:

- På en del felter har mulighetene for å styre utviklingen ut fra hensyn til landets totale behov og ressurser vært for svake, slik at utbygging av servicetiltak dels har ført til «overlapping», dels «hull».
- På andre felter har den sentrale godkjenningsvirksomhet vært altfor omfattende. Dette har ført til en langvarig og byråkratisk godkjenningsprosess av nye planer. En alvorlig sekundærvirknings av dette forhold er for øvrig at dette omfattende godkjenningsarbeid har tappet den sentrale administrasjon for en så vesentlig del av dens totale arbeidskapasitet at den ikke i tilstrekkelig grad har maktet å utføre de analytiske styringsfunksjoner som burde være dens *vesentligste* oppgave.

3. Tekniske planleggingsproblemer.

Planleggingsprosessen kan sies å omfatte 3 hovedfunksjoner:

- Analysere det foreliggende (medisinske) problem og på dette grunnlag definere en hensiktsmessig målsetting. Analysen og forslag til alternative målsettinger er *planleggeres* oppgaver; å velge hvilke av de alternative målsettinger som skal legges til grunn, er *politikernes* sak.
- Formulere alternative aksjons/tidsplaner for de aktiviteter som kan realisere de vedtatt mål, samt beregne de tilsvarende ressurskrav. Dette er *planleggeres* arbeid.
- Velge de optimale aksjonsplan. Dette er en helsepolitiske sak som avgjøres av politiske myndigheter ut fra vurdering av

tilgjengelige ressurser og andre forvaltningssektorers behov.

To forhold gjør planlegging innen helsesektoren særlig vanskelig:

- Mange tiltak tar lang tid å gjennomføre etter at de er vedtatt. Det tar 5 — 10 år å bygge et sykehus, 10 år å utdanne en medisinsk spesialist osv. Imidlertid går den medisinske utvikling så raskt at modifikasjon av planer blir stadig nødvendige. Kravene til nærmest kontinuerlig revurdering av planer og fleksibilitet i aksjonsprogrammer blir derfor særlig sterke.
- Helsevesenet spenner over en lang rekke oppgaver av helt forskjellig natur, og å prioritere mellom dem er meget vanskelig. I praksis står man overfor valget mellom å reservere store ressurser for å redde én pasients liv eller å allokerere samme ressursmengde for å gjennomføre en mer moderat bedring av ufarlige plager for en større befolkningssgruppe. Dertil vil det ofte være et samspill mellom en lang rekke helsetiltak som til sammen gir et resultat; å bestemme den mest *effektive* og *minst ressurskrevende* kombinasjon kan være uhyre komplisert.

4. Forutsetninger for planlegging.

En forutsetning for å kunne gjennomføre en mål-analyse, utvikle en aksjonsplan og beregne dens ressursbehov, er god informasjon om de faktiske forhold på disse 3 felter. Det er betydelige problemer i så måte under de nærværende forhold:

4.1. *Kunnskap om helseproblemetene.* Denne kan dels i to grupper: Kunnskap om sykdommer og kunnskap om sykdomsfremkallende faktorer.

4.1.1. *Kunnskap om sykdommer:* Tilstede-værelse av sykdom og deres effekter deles i engelsk litteratur gjerne i de 6 D'er:

- Death
- Disease
- Disability
- Discomfort
- Dissatisfaction
- Disruption (social)

Hva de 2 første (sykdom og dødelighet) gjelder, har vi forholdsvis gode opplysninger på en del felter, f.eks. kreft, tuberkulose, farlige epidemiske sykdommer m.v. For hovedmassen av sykdommene — rheumatisme, høyt blodtrykk, mer banale smittsomme sykdommer osv. er imidlertid vårt kjennskap i dag meget mangelfullt hva angår deres forekomst og omfang. Undersøkelser i andre land tyder på at det kan være et til dels betydelig udekket behov i befolkningen. Det nytties i den forbindelse ofte allegorien om den usynlige, nedsenkede del av isberget og hvor den erkjente etterspørrelse tilsvarer den del av isfjellet som er synlig over vannflaten, dvs. kun

en liten del av totalen. Det har vært estimert at denne etterspørrelsen kun representerer ca. 15 — 20 pst. av total sykelighet for høyt blodtrykk og urinveis-infeksjoner; ca. 40 pst. av psykiske lidelser: ca. 10 pst. av psykiske depresjoner osv.

Hva de 3 sistnevnte faktorer — discomfort, dissatisfaction, disability — angår, er vår mangel på kunnskap om deres forekomst i befolkningen nærmest total. Dette til tross for at en rekke av helsetiltakene, for sosialpatologiske og psykosomatiske tilstander spesielt, tar sikte på å bedre nettopp disse virkningene.

4.1.2. *Kunnskap om sykdomsfremkallende faktorer.* For de rene infeksjonssykdommers vedkommende — difteri, vannkopper osv. — er den sykdomsfremkallende årsak relativt godt kjent. For det moderne industrialsamfunns hovedproblemer innen helsesektoren (kreft, hjerte/kar sykdommer, trafikkulykker, suicidalforsøk, narkomanier osv.) er imidlertid kunnskapen om de sykdomsfremkallende faktorer meget mangelfull. Muligheten for forebyggende tiltak er derfor i dag atskillig mindre enn det man ofte kan få inntrykk av i den offentlige debatt.

4.1.3. *Kunnskap om effektivitet av helsetiltak.* Medisinens er enda i aller høyeste grad en empirisk vitenskap. Mange av dagens behandlingsmetoder hviler på tvilsomt vitenskapelig grunnlag og har ikke vært gjengstand for komparativ statistisk analyse med henblikk på å klarlegge i tilstrekkelig grad deres reelle verdi og de faktorer som influerer på deres effekt. Bruken av «clinical trials» o.l. metoder var uhyre begrenset i medisinens inntil begynnelsen av 60-årene, og behovet er meget stort for en avklaring på dette felt.

En årsak til dette er problemet med å finne egnede enheter for måling av effekt av helsetiltak med henblikk på de før nevnte 6. sykdomseffekter (de 6 D'er).

4.1.4. *Kunnskap om aktiviteters ressursforbruk.* Det er i dag meget store forskjeller hva gjelder ressursforbruk for øyensynlig komparabile aktiviteter innen helsesektoren. Imidlertid har ikke regnskaper, rapporter o.l. vært ført slik at man lett kan fastslå hvilke ressurser som har medgått til én bestemt funksjon, kun større aggregater av aktiviteter.

Det er nå tatt initiativ fra sentralt hold for å bedre på denne mangel, men vi kan ikke vente tilfredsstillende forhold på flere år enda.

5. Nødvendige tiltak innen norsk helseplanlegging. Etter mitt syn er det 5 grupper av tiltak som må gjennomføres for å sette helsevesenet i stand til å gjennomføre en tidsmessig planlegging av sin virksomhet:

- 5.1. *Etablering av et fast planleggingssystem.* Planleggingen må komme inn i faste former og omfatte 3 typer:

- *Langtidsplanlegging:* Planer med 10 — 20 års perspektiv, med estimat av sannsynlig medisinsk utvikling og samfunnsutvikling, med forslag til helsepolitiske retningslinjer og en grov rammeplan for virksomheten.
- *Intermediær planlegging:* Med 4 — 5 års planer, med mer detaljert anførsel av aksjonsprogram, ressursbehov m.v.
- *Korttidsplanlegging:* 1 — 2 års planer med detaljspesifikasjon av det valgte planalternativ som grunnlag for budsjettgodkjennning og implementering.

I dagens situasjon har vi de 2 siste — om enn mangelfulle — men langtidsplanlegging har bare vært så vidt forsøkt i de såkalte perspektivanalyser.

- 5.2. *Utvikle informasjonssystemet.* Som anført er våre kunnskaper mangelfulle, både hva angår størrelsen av de helseproblemer vi skal bekjempe, effektiviteten av de midler vi bekjemper dem med og det optimale ressurskrav for disse midler. Informasjonene må derfor forbedres ved

- Innsamling av mer relevant informasjon (og utelukkelse av irrelevant informasjon) både ved gjennomføring av en lang rekke spesielle undersøkelser over effekt av tiltak, ressursforbruk m.v.
- Rasjonalisering av databehandlingen, for trinnsvis ved bruk av EDB.

Slik arbeid er påbegynt bl.a. ved utarbeidelse av det såkalte «økonomiske og medisinske informasjonssystem».

- 5.3. *Utvikle planleggingsmetodikk.* Skal man kunne skaffe seg oversikt over de mange, og til dels komplekse, interaksjoner som gjør seg gjeldende i helsesektoren, må bedre analytiske metoder utvikles. Sentralt i denne problematikk står systemanalyse og utvikling av planleggingsmodeller. Slike må lages både for detaljplanlegging av enkeltprosjekt — f.eks. sykehuskonstruksjon — og for totalplanlegging av helsesektoren som helhet. En forutsetning for dette er bl.a. etablering av oversiktlig registrering over sykdommer, sykdomsfremkallende årsaker, helsesektorens produksjon og dens ressurser (personell, utstyr, forbruksvarer, driftsbygninger og økonomi). Uten mer rasjonelle metoder vil det være meget vanskelig å skaffe seg den nødvendige totaloversikt om de enkelte faktorers relative betydning i bildet. Det er hevet over enhver tvil at helsesektoren her har mye å lære fra industriplanleggingen.

- 5.4. *Etablering av evalueringssystem.* En rasjonal planlegging og drift er helt avhengig av det korrektiv en god evaluering alene kan gi. Dette er da også anerkjent innen helsevese-

net i teorien, og mesteparten av den statistikk som innsamles formodes å ha dette formål for øyet. I praksis har imidlertid den analytiske evaluering vært neglisjert i utstrakt grad, og resultatet av implementeringen har ikke i ønsket omfang vært holdt opp mot de opprinnelige planer og deres forutsetninger. Dermed har heller ikke planleggingsprosessen i tilstrekkelig grad dratt nytte av de erfaringer som har vært gjort.

Også evaluering må derfor nøyde planlegges, både hva angår omfang, metoder og ressurser.

5.5. *Etablering av ressurser for planlegging.*

Dette er til syvende og sist det viktigste punkt. Planleggingsteorier hjelper lite hvis ikke man sørger for å stille tilveie de ressurser som er nødvendige. Helseplanlegging er nå anerkjent som egen funksjon internasjonalt, men begynnelsen her hjemme er enda meget sped. Helsedirektoratet fikk først i 1971 en egen planleggingsseksjon (med kun 3 ansatte) og Sosialdepartementets planleggingsavdeling ble heller ikke etablert før ifjor. På fylkesnivå er det først de siste par år at egne planleggingsorganer for helsevesenet har sett dagens lys, og de er foreløpig meget mangelfulle. Et sykehusforskningsinstitutt på ca. 10 mann ble etablert i Trondheim i 1971. Det er knyttet til SINTEFF.

Denne situasjon må sammenlignes med forholdene i f.eks. Sverige. Der har Sosialstyrelsens planleggingsavdeling 150 mann og det er ca. 100 i SPRI (et forsknings/rasjonaliseringssinstitutt for helsevesenet). I Bulgaria, med ca. 8 millioner innbyggere, ble det i 1970 etablert et planleggings-/forskningsinstitutt for helsevesenet på 330 personer, hvorav over halvparten vitenskapsmenn med universitetsutdannelse.

Det vi trenger er både sentrale og desentrale organer for planlegging og utredning, med kapasitet til å ta på seg oppgavene på et faglig forsvarlig måte.

De sentrale myndigheters rolle i planleggingen må være å utarbeide de generelle retningslinjer og de nødvendige plantekniske metoder. Den lokale implementering av disse bør imidlertid overlates de desentrale organer på regions, fylkes og lokalt plan. Dog må det fortsatt være en koordinerende ansvar på sentralt hold som kan sikre samarbeid mellom regioner og dekning av rent nasjonale oppgaver.

Utvikling av planleggingsmetoder og gjennomføring av forskning for bedre å klargjøre behovet for helsetjenester er store oppgaver som krever betydelig ressursinnsats. På bakgrunn av de mange fellestrekker som preger de nordiske land synes det derfor rimelig at Norge i langt større grad enn hittil inngår i et direkte samarbeid med de andre nordiske land på helseplanleggingens område.

Planlegging — Metoder

Forberedt innlegg

UNDERDIREKTØR INGOLV HÆREID,
SOSIALDEPARTEMENTET



Vår fremste oppgave som planlegger i den offentlige forvaltning er å bedre grunnlaget for de beslutninger myndighetene skal treffen om bruken av begrensede ressurser. Det er en serie elementer som inngår i planleggingsprosessen. De viktigste er klassifisering og formulering av oppgaver og mål, utforming og vurdering av ulike tiltak, herunder kostnads- og effektivitetsanalyser, valg av tiltak og program og budsjettutformingen. I tillegg kommer regnskaps- og, skal vi si oppfølgningsdelen av planleggingsprosessen.

Ved innføring av langtidsbudsjettering i staten, og vel etter hvert også i større kommuner, er det på budsjettsiden tatt et skritt i retning av en bedre planleggingsprosess i den offentlige forvaltning. Videre er det med utredningen fra statens programbudsjettutvalg (NOU 1972:5) utarbeidet et opplegg for programbudsjettering som omfatter hovedelementene i planleggingsprosessen. Dette opplegget tar sikte på selve statsbudsjettet, men det er behov for ensartede systemer i hele stats- og kommuneforvaltningen på dette området. Samtidig med innføringen av et programbudsjettsystem for statsbudsjettet bør det derfor, så langt mulig, arbeides for innføring av tilsvarende systemer også i andre deler av den statlige forvaltning og i kommunene.

Vi må imidlertid regne med at utviklingen av et programbudsjettsystem bare vil gå gradvis og til dels langsomt framover. Systemet vil kreve økt administrativ og faglig innsats på en rekke områder. Det blir nødvendig med en læreprosess i administrasjon og i de ulike etater, som nødvendigvis må ta lang tid.

Inntil videre kan vi bare konstatere at de fleste elementer i planleggingsprosessen er forholdsvis svakt dekket. Dette gjelder kanskje særlig de mer analysepregede deler.

Som vi alle vet, har virksomheten i helse- og sosialsektoren nå fått et slikt omfang og er inne i en slik utviklingsfase, at den har avgjørende innflytelse på hele vår økonomi og vårt samfunnssystem. De samlede offentlige utgifter til sosiale tiltak og helsestøtt økte sin andel av bruttonasjonalproduktet med 4-5 prosent enheter i løpet av perioden 1966-1971. Blant de offentlige sektorer er helse- og sosialsektoren nå en klar nummer to

i ressursbruk, etter undervisningssektoren. Med de ordninger og regler som allerede gjelder i helse- og sosialsektoren vil ekspansjonen fortsette, med et omfang av en slik størrelse at den neppe vil la seg realisere fullt ut. Fram til 1980 vil økingen i folketrygdens utgifter alene bety 15-20 prosentenheter av lønnsinntektene, om disse brukes som målestokk. Samtidig er det også andre store oppgaver innen sektoren, som ikke lar seg løse uten større offentlig innsats.

I denne situasjonen er det mer enn noen sinne nødvendig å planlegge ressursbruken i sektoren nøyne og sikre en bedre styring med gjennomføringen av tiltakene. Planleggingsprosessen trenger styrking i de fleste ledd og jeg finner ikke grunn til å stille spørsmålstege ved om de økonomiske betonte analyser skal være med i denne sammenheng — snarere tvert i mot. Spørsmålet er vel mer på *hvilket ambisjonsnivå* vi skal legge disse analyser i tiden framover. Vi kommer jo ikke utenom at det må gjelde en budsjettligning også for virksomheten i helse- og sosialsektoren. Valget står vel da mer mellom om tilpasningen innenfor rammen av budsjettligningen skal skje på en noenlunde kontrollert måte eller om det skal skje mer *tillfeldig*. I siste tilfelle vil skadevirkningene kunne bli betydelige.

Men likesom den økonomiske medvind folketrygden seilte i i de siste av 60-årene muligens bidro til de mange økonomisk krevende nye tiltak innen helse- og sosialsektoren, er det kanskje nå en fare for at vektskålen kan tippe for langt den andre vegen. Framfor alt må en være på vakt mot at det skapes en opinion som gjør at de mennesker virksomheten i helse- og sosialsektoren tar sikte på å tjene, føler noe av et ubehag ved det å motta ytelsjer fra sektoren. Dette gjelder pensjonistene, pasientene ved sykehusene, sosialomsorgsklientene osv. Men vi kan jo umulig f.eks. i helsesektoren tilby *alle* den maksimale standard av tjenester som til enhver tid er tilgjengelig i markedet. Målsettingen må være å gi pasienten adekvat behandling, *men til lavest mulig kostnader*. Derved kan det være mulig å frigjøre ressurser, slik at man oppnår en større gjennomsnittlig behovsdeksning i sektoren.

Jeg tror forøvrig at selve presentasjonsformen

eller formuleringen av problemene har betydning, når en vil gå inn for å få mer alminnelig akseptert økonomiske analyser i denne sektoren. Når økonomiske analyser lett kommer i miskredit, kan det skyldes at selve spare-eller kostnadsmomentet blir for framtredende. Det utlegges lett til at man sparer på syke menneskers bekostning. Sett fra en positiv synsvinkel skulle jo forholdet være det omvendte, nemlig at man legger forholdene til rette for en mer adekvat ressursfordeling og dermed en gjennomsnittlig høyere behovsdekning. Det er åpenbart riktig at det på dette området er betydelig kommunikasjonssvikt mellom de ulike faggrupper, som steller med disse problemer, og at det er en oppgave å rette på dette.

Spørsmålet er så hvordan vi gradvis kan bedre metodene i planleggingsprosessen, slik at de beslutninger som tas om ressursbruken i sosialpolitikken blir bedre fundert. Viktige elementer i en første fase av en slik metodeutvikling tror jeg bør være å få bedre orden på det en grovt kan kalle *klassifikasjonsproblemene og grunndataproblemene*.

Det bør finnes fram til *hensiktsmessige klassifikasjoner* for de offentlige oppgaver og mål innen sektoren. Samtidig bør de *tilgjengelige data* til belysning av oppgaveløsningen, det gjelder regnskapstall, kostnadstall m.v., sorteres systematisk etter de oppgavegrupper en kommer fram til.

Struktureringen av oppgavene i sosialpolitikken reiser en rekke kompliserte problemer ikke bare av ideologisk, men av rent logisk art. Bl.a. er det en fordel om oppgavene klassifiseres og formuleres slik at løsningen av dem i minst mulig grad påvirker løsningen av andre oppgaver. Ved strukturering av oppgavene bør det også tas hensyn til mulighetene for å beregne kostnadene ved de tiltak eller programmer som settes inn for å løse oppgavene.

En grundig gjennomtenkt oppgaveklassifikasjon vil danne utgangspunktet for spesifikasjonen av de ulike *tiltak* som enkeltvis eller i kombinasjoner kan danne grunnlag for programmer til løsning av oppgaven på det faste målsettingsnivå. Denne spesifikasjonen er viktig, ikke minst fordi en bare ved en samlet vurdering av ulike tiltak for løsningen av den bestmte oppgave en står overfor.

La oss som et eksempel ta de eldre og derves behov for servicetytelser. Slike tytelser kan omfatte hjelp i hjemmet eller andre servicetiltak utenfor institusjon, eller opphold på institusjon, det kan være i aldershjem, sykehjem eller kanskje sykehus. Delvis vil disse tiltak kunne erstatte hverandre, f.eks. hjelp i hjemmet istedenfor institusjonsplass.

La oss nå tenke oss at det brukes 100 millioner kroner mere i eldremørsorgen. En kan vanskelig oppnå en riktig fordeling av dette beløp i forhold til oppgaveløsningen, uten at fordeler og ulemper ved de ulike tiltak vurderes i sammenheng.

Med en gitt oppgavestruktur og en oversikt over alternative tiltak som kan løse oppgavene vil en også lettere kunne vurdere de styringssystemer som skal bidra til oppgaveløsningen. Som kjent

har kommuner og fylkeskommuner hovedansvaret for behovsdekningen når det gjelder behandling og servicebetonte tytelser innen helse- og sosialsektoren. Dette følger bl.a. av sykehusloven. Samtidig deltar staten på ulike vis i finansieringen av tytelsene. Det kan gis eksempler på hvordan uensartet statlige medvirkning i finansieringen kan gi utilsiktede bivirkninger, når kommunene skal iverksette tiltak for å nå en ønsket behovsdekning. Ut over en gitt minimums behovsdekning, kan en regne med at kommunene — som regel — satser på tiltak som gir de laveste kostnader sett fra vedkommende kommunes synspunkt. På sikt bør finansieringsordningene utformes slik at de bl.a. virker mest mulig kostnadsnøytralt overfor tiltak som dekker de samme behov. Men mitt hovedpunkt i denne forbindelse er, at dette er vanskelig å gjennomføre, uten med utgangspunkt i en klart definert behovs- og oppgaveklassifikasjon og en tilhørende kartlegging av de mest mulige alternative tiltak som kan brukes i oppgaveløsningen.

Arbeidet med en oppgaveklassifikasjon av statens utgifter er som kjent kommet i gang i tilknytning til langtidsstatsbudsjettet og trygdebudsjettet. Utgiftene deles etter programområder og programkategorier. Helse- og sosialsektoren er delt i programområdene sosiale tiltak og helsevern. Programkategorier under sosiale tiltak er f.eks. edruskapsvern og barnevern. Den gjennomførte oppdeling i målorienterte programkategorier er fra et ressursallokeringssynspunkt et stort skritt framover, sammenlignet med den tradisjonelle kapittel- og postinndeling på statsbudsjettet. Dette betyr imidlertid ikke at en ikke fortsatt kritisk bør vurdere mulighetene for ytterligere forbedringer i gjeldende klassifikasjoner. Det er f.eks. sannsynlig at løsningen av oppgavene i edruskapsvern ved forebyggende tiltak vil virke inn på løsningen av barnevernsoppgavene eller omvendt. Begge problemer kan ha sin rot i samme miljømessige og sosiale forhold. Ved tiltak av forebyggende art, f.eks. ved påvirkning av det sosiale miljø, vil en kunne angripe begge problemer samtidig. Det kan derfor være grunnlag for en revurdering av programklassifikasjonen på dette punkt.

Så mye om selve klassifiserings- og kartleggingsproblemene. Skal det være mulig å treffe forsvarlige beslutninger om løsningsformen for den enkelte oppgave må det dessuten stilles visse minimumskrav til den informasjon som skal belyse de ulike tiltak. I eksemplet om eldremørsorgen bør disse minimumsdata omfatte regnskapstall for kostnader etter gjeldende ordninger og beregning av enhetskostnader ved de ulike former for servicetytelser. Likeledes bør en ha oppgaver over hvor mange personer som berøres av tiltakene osv. Mulig beskrankninger som hører til de ulike tiltaksformer bør også belyses, f.eks. eventuell mangl på personell. Når det gjelder data over personell er dette et felt som i alminnelighet er dårlig dekket, foreløpig.

Sosialdepartementet har nå tatt initiativ til mer systematisk oppbygging av denne type basisinfor-

masjon. Jeg never bl.a. at departementet fra 1. november d.å. disponerer to engasjementsstillinger hvis hovedhensikt er å bedre systemene for tilgangen på data i forbindelse med folketrygdens inntekter og utgifter.

Jeg har trukket fram disse elementer — dvs. oppgavestrukturering og sortering av grunnleggende datainformasjon etter det enkelte oppgaveområde — fordi jeg tror det her kan oppnås myc på kort sikt. Når data for ulike virksomheter refereres til en felles oppgave, vil det gi bedre grunnlag for valg mellom forskjellige oppgaveløsninger, eller strategier. Valget mellom de ulike strategier en står overfor i denne sektor i tiden framover, spenner over et vidt spektrum, som valget mellom ulike drifts-eller bygningsformer i den enkelte institusjon, valget mellom institusjonslassering og serviceordninger for eldre, valget mellom disse typer tiltak og ulike former for kontantstønader osv. Det kan være felter som ellers er godt dekket med denne type informasjon, men for sektoren som helhet er at det står store problemer igjen å løse her.

En bedring i informasjonsgrunnlaget på disse felter betyr ikke at myndighetene ikke fortsatt må treffen sterkt skjønnsmessige valg. Valget bør imidlertid kunne bli lettere enn det er nå.

Det er vel grunn til å regne med at utviklingen av de mer avanserte metoder som kan bedre beslutningsgrunnlaget i denne sektor, herunder bruk av sosiale indikatorer, kostnads-effektivitetsanalyser og kostnads-nytteanalyser, vil kunne komme skrittvis, men først på langre sikt inngå i et operativt system.

De ulike anvendelser av cost-benefitanalyser og cost-effektivitetsanalyser i helsesektoren, synes å gjelde relativt veldefinerte avgrensede områder, områder hvor det er muligheter for å beskrive selve produksjonsresultatet. (Eksempler på slike anvendelser ble beskrevet av foruten Waaler, byråsjef Moe). Jeg er enig i at denne type analyse vil være til hjelp i forbindelse med ressursalloke-

ringen innenfor det enkelte problemområde, som f.eks. tuberkuloseomsorgen.

Nå vil jo en rekke av de viktige problemstilinger en står overfor ved utformingen av sosialpolitikken gjelde fordeling av ressursene mellom ulike områder eller sektorer. Vi kommer i den forbindelse ikke utenom en form for nyttevurdering av siste krones innsats på de ulike områder. Foreløpig er forholdet stort sett det at vi på de fleste områder for virksomhet innen helse-og sosialsektoren har få eller ingen utviklede kriterier for tilstanden på vedkommende område eller for måling av nytteeffekten av ulike tiltak. Forholdet er vel også det at kvantifisering av nyttevirkninger gjennomgående er vanskeligere i helse-og sosialsektoren enn på andre områder av samfunnslivet. Jeg tar ikke spå noe om hvor langt det kan være mulig å komme i retning av operative beregningssystemer innen dette felt, men det er jo å håpe at man også innen disse mer avanserte deler i planleggingsprosessen, kan vinne terreng i årene framover.

I min fremstilling har jeg tatt utgangspunkt i at det eksisterer behov innen helse-og sosialsektoren som samfunnet ser som sin oppgave å dekke etter en nærmere angitt målsetting. Jeg har ikke kommet inn på selve behovskartleggingen, som er et viktig utredning-og forskningsfelt i seg selv. Det vil føre for langt å komme nærmere inn på dette. Det samme gjelder det interessante emne professor Ståhl behandlet i sitt foredrag, om markedsmekanismens muligheter i sosial-og helsesektoren. La meg imidlertid generelt si at etter hvert som kontantstønaden i våre trygdeordninger, bl.a. ved oppbygging av tilleggsopspesjonene, kommer opp på et akseptabelt nivå, bør det på enkelte områder være aktuelt å overveie om pensjonistene selv i større grad bør betale for tiltak som settes i verk. Likeledes vil en jevnere inntektsfordeling i befolkningen generelt, gjøre det mindre betenklig også på andre områder, å ta sterkere i bruk prismekanismen som hjelpemiddel i fordeling av ressursene.

Framsendes som
dagsaviser!