

Bruk av helsetjenester i Norge

Michael 2006; 3:Suppl 3: 90–6.

Sammendrag

Norge har oppgradert sitt helsevesen fra turist- til forretningsklasse. Den sterke veksten i norsk nasjonaløkonomi har gitt det realøkonomiske grunnlaget, mens nye finansieringsordninger og sjenerøse lønnsoppgjør har vært blant mekanismene som har gjort oppgraderingen mulig. Mens Norge var en helsemessig stormakt etter andre verdenskrig, har andre land innhentet oss og etter hvert distansert oss når det gjelder levealder. Foreløpig har den sterke satsingen i norsk helsevesen ikke endret dette bildet. Den viktigste konsekvens av økte norske helsebudsjetter er kanskje at langt flere behandles i sykehus og sykehuskøene er mindre fremtredende enn tidligere.

Økonomer gjør et klart skille mellom nødvendighetsgoder og luksusgoder. Nødvendighetsgoder er karakterisert ved lav prisfølsomhet. Om prisen på brød stiger med 20 %, vil forbruket neppe synke med mer enn 5-10 % fordi det er «nødvendig» å spise brød. Luksusgoder er, i økonomisk forstand, karakterisert ved stor prisfølsomhet. Om prisen på pelsjakker stiger med 10 %, kan salget komme til å falle med 30-40 %. Konsekvensen av disse forhold er at i takt med velstandsøkningen stiger forbruket av luksusgoder mer enn forbruket av nødvendighetsgoder.

De fleste helsetjenester faller i gruppen nødvendighetsgoder. Pasienten med alvorlig leddgikt vil fortsette å gå ofte til lege selv om legen skulle kreve en anseelig honorarøkning. I utgangspunktet skulle man derfor tro at nasjonenes forbruk av helsetjenester ville stige mindre enn det generelle forbruk ettersom velstanden øker. På 1950 hadde nordeuropeiske land et forbruk av helsetjenester tilsvarende 3-4 % av bruttonasjonalproduktet (BNP), mens andelen i dag er 7-10 %. Forbruket av helsetjenester har altså økt mer enn annet forbruk, og man kunne fristes til å tro at helsetjenester oppleves som luksusgode. Den norske helseøkonomen Jan Abel Olsen forklarer

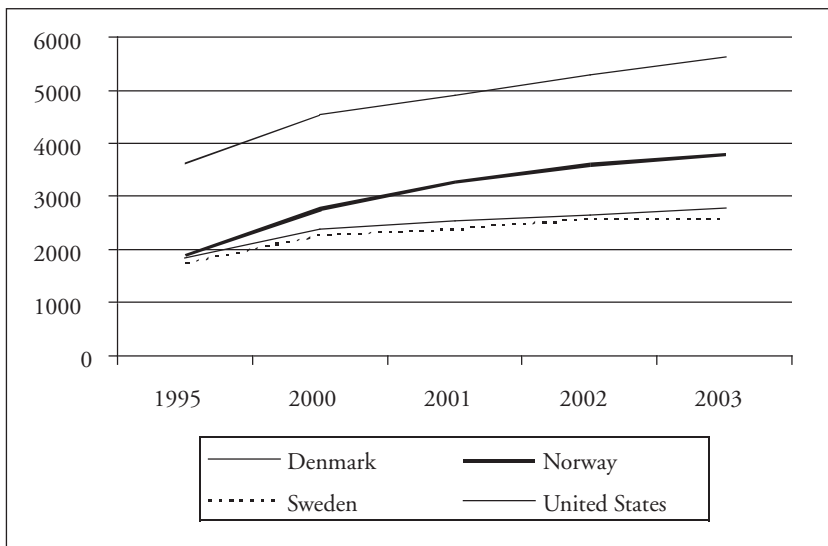
dette paradokset bl.a. med at økt forbruk av helsetjenester tenderer til å gi mindre ekstra helse jo mer man forbruker i forveien – noe økonomene kaller avtagende grenseproduktivitet (1). Teknologisk utvikling og nye behandlingstilbud er selvsagte forklaringer på at det totale forbruk har økt selv om pasientene er lite prisfølsomme for det enkelte helsetjenestetilbud.

Norge har hatt en sterkere velstandsøkning enn de øvrige nordiske land når BNP tas som et uttrykk for velstand. I 1990 var BNP per innbygger per år 171 400 kroner mens det var steget til 342 200 kroner i 2003. Tatt i betraktning at inflasjonen har vært moderat i denne perioden, vitner tallene om sterk økonomisk vekst. Vi ville således vente at Norges forbruk har steget mer enn hos våre venner i syd og øst. Men det er teori! Realitetene påvirkes av viktige faktorer som tradisjoner, kultur og nøysomhet. Når antall tvangsinnleggelses i psykiatrisk sykehus var 26 (Danmark), 109 (Norge) og 248 (Sverige) per 100 000 innbyggere i 1982, var forklaringen neppe Sveriges overlegne rikdom. Den var nok heller kultur og vurderingen av normalitet. Hva sier så statistikken om vårt forbruk av helsetjenester?

Helsetjenesteutgifter

I 1980 brukte Norge 42,6 milliarder kroner på helsetjenester, mens tallet var steget til 160,8 i 2003 (begge tall målt i 1995-kroner). Figur 1 viser utviklingen i helsetjenestekostnader i Skandinavia og USA. USA har hele tiden vært i særklasse med helsetjenesteforbruk som er langt over alle andre land. Amerikanerne reiser på første klasse når de skal ha helsetjenester. Noen få andre land har valgt forretningsklasse. Sveits, Tyskland, Frankrike og Canada hører med til denne gruppen (ikke vist i figuren). De skandinaviske land har, sammen med de fleste andre land, valgt turistklasse. De siste ti år har det imidlertid skjedd en markert endring. Mens de skandinaviske landene tidligere lå forholdsvis likt, men med Sverige et lite hestehode foran oss andre, har Norge nå dratt fra sine venner i sør og øst og flyttet frem på forretningsklasse. Forbruket er nesten fordoblet i perioden 1995-2005. Spørsmålet er hvilke konsekvenser dette har hatt for forbruk av helsetjenester, for befolkningens helse og for tilfredshet med de tjenester nordmennene får.

Antall apotek i Norge har økt fra 355 i 1995 til 519 i 2003 (+46 %). Paradoksalt nok har denne økningen sin bakgrunn ønsket om å redusere legemiddelutgiftene der liberalisering av apotekmarkedet var virkemiddel. Norge har imidlertid, i likhet med de andre skandinaviske land, et lavt legemiddelforbruk (ca 1 % av BNP). På 1990-tallet økte legemiddelforbruket med ca 10 % per år målt i kroner, men diverse reguleringstiltak har brakt denne veksten nedover mot nesten null de siste 2-3 år. Legemiddel-



Figur 1. Utvikling i helsetjenestens totale kostnader målt i kjøpekraftjusterte amerikanske dollar (US\$ power purchasing parity). Datakilde: OECD Health Data

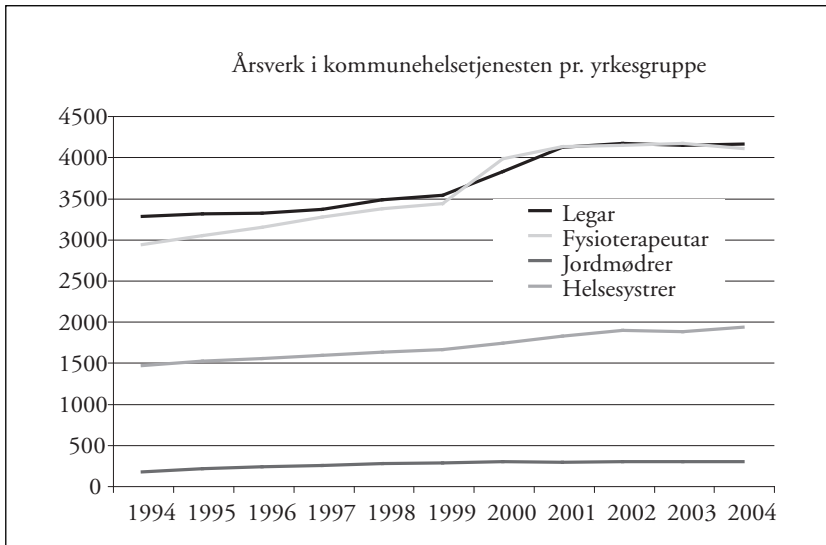
forbruket kunne således forklare noe av veksten frem til 2003, men legemidler kan totalt sett ikke forklare særlig mye av veksten.

Primærhelsetjenesten har hatt en moderat vekst i antall årsverk i perioden 1994-2004 (fig 2). Den mest kostnadskrevende del av primærhelsetjenesten er trolig sykehjemmene (dansk plejehjemmene), men her har antall plasser bare økt med ca 15 % (fra 33 000 til 38 000 plasser i perioden 1996-2004).

Psykiatrisk helsetjeneste i Norge har fått mye kritikk de siste år. Liten kapasitet, lang ventetid og hyppige gjeninnleggelses er stikkord i denne forbindelse. Stortinget har derfor gjort psykiatrien til et satsningsområde, og dette har etter hvert gitt utslag i statistikken. I perioden 1998-2004 økte kostnadene i psykiatrien med 17 %, og veksten var særlig sterk for barne- og ungdomspsykiatrien. I de psykiatriske poliklinikker økte antall årsverk fagpersonell med 57 % i samme periode.

Somatiske sykehus

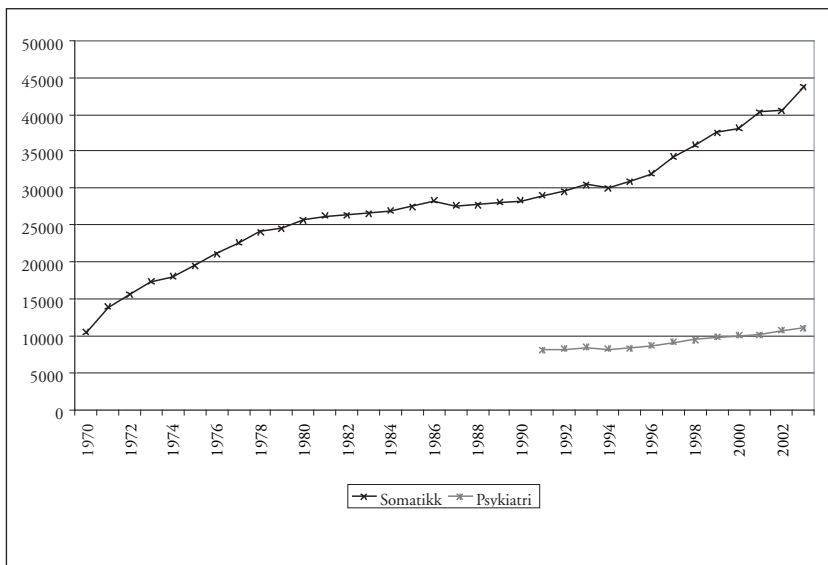
Betydelige sektorer som primærhelsetjeneste, psykiatri og legemidler har altså hatt en markert vekst, men ikke stor nok til å forklare den totalveksten vi ser i Figur 1. Forklaringen ligger et annet sted: i de somatiske sykehus.



Figur 2. Årsverk i primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten). Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Figur 3 viser at 1970-årene var den første «gullalder» for norske sykehus. I 1980 innførte man rammefinansiering som la en demper på veksten. Utover i 1990-årene ser man en ny vekst. Trolig skyldes denne generell økonomisk vekst, men ikke minst at Norge fikk innført innsatsstyrt finansiering («pengene følger pasienten») i 1997. Det var Arbeiderpartiets dynamiske helseminister Gudmund Hernes som overtalte sitt eget parti (og resten av Stortinget) til å stemme mot partiets motstand mot markedsekivalente ordninger. Veksten i sykehusutgiftene har fortsatt etter år 2000. I perioden 2000-2004 økte antall registrerte årsverk med 40 % samtidig som driftutgiftene økte med 10 %. I perioden 1999-2004 økte antall innleggelses i sykehus med 14 % og liggetiden sank fra 5,7 til 5,3 dager i gjennomsnitt fra 2001 til 2004. Mens kø og ventelister var en brennbar tema helt fra 1980-årene, har temaet mistet sin politiske kraft de senere årene. Nå er langt færre pasienter som venter på sykehusinnleggelse, og ventetiden er kortere enn før.

Økt oljerikdom har altså gjort det økonomisk mulig å gi mer til sykehusene enn før. Innsatsstyrt finansiering har utvilsomt gjort det budsjettmessig enklere for Stortinget å bevilge penger fordi flere pasientbehandlinger automatisk utløser mer penger. Legeforeningen forhandler årlig nye

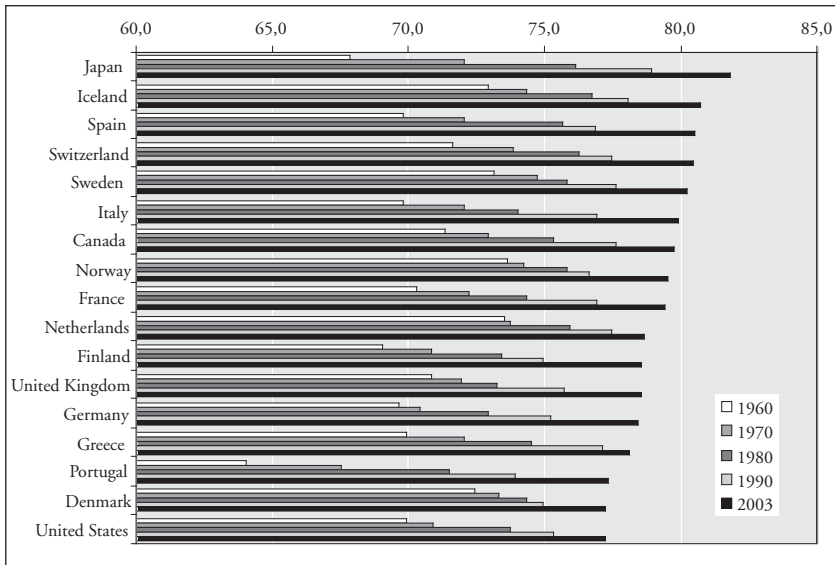


Figur 3. Driftsutgifter i somatiske sykehus 1970-2003 og i psykiatrisk omsorg 1992-2003. Utgifter målt i 2003-kroner. Kilde: Statistisk Sentralbyrå og SINTEF helse

lønnsavtaler for sine sykehusleger. I 1997 og 2002 var nok motparten ikke kompetente nok til å forstå konsekvensene av legenes krav. Resultatet ble begge ganger lønnstillegg på minst 10 %. Disse tilleggene smettet over på forhandlingene for andre personellgrupper hvilket har gitt sykehusansatte en meget hyggelig lønnsutvikling de siste ti år.

Har folkehelsen blitt bedre?

Det er ingen lett oppgave å vurdere i hvilken grad satsingen på helsevesen har påvirket befolkningens helse. Effektene kan være mange: lengre liv, bedre livskvalitet, mindre plager, tidligere diagnoser, flere helbredet for alvorlig sykdom eller flere sykdomstilfeller forebygget. Vi vil her begrense oss til et enkelt mål: levealder (dansk: middellevetid). I 1960 var vi på verdens toppen med 73,6 år. I 2003 var tallet økt til 79,5 år, men vi må nå se oss slått av åtte andre land, herunder våre nordiske venner Sverige og Island. Finland har hentet opp det meste av forspranget de øvrige nordiske land hadde i 1960, og har endog passert Danmark med god margin. Faktisk ligger Danmark nå i bunnsjiktet med sine 77,2 år. Mest bemerkelsesverdig er det kanskje at Japan og Spania har stormet forbi alle nordiske land med



Figur 4. Forventet levealder ved fødsel i et utvalg av OECD-land. Kilde: OECD Health Data

unntak av Island. I perioden 2000-2003 var økningen 0,8 år for Norges vedkommende, men seks land hadde større økning. Det kan tenkes mange forklaringer på endringer i levetid, men foreløpig har ikke den norske veksten i helsetjenestekostnader gitt åpenbare effekter på levetiden.

I alle industrialiserte land fortøner helsetjenesten seg som et minebelagt politikkområde. Folkelig misnøye møtes ofte med reformer når politikerne ønsker å vise handlekraft. Selv om bedre helse kan være argument for reformene vil ofte ønske om større effektivitet oftere være hovedargumentet. Norge kan være et eksempel i så måte. Fastlegereform i primærhelsetjenesten, innsatsstyrt finansiering av sykehus og foretaksreform er bare noen eksempler på reformer vi har gjennomgått de siste 25 år. Selv om oljeinntektene formodentlig er hovedforklaringen på den sterke kostnadsveksten i norsk helsevesen, er det i alle fall ikke mye som tyder på at alle reformene har redusert kostnadene. Det har trolig en enkel forklaring. Offentlige systemer yter motstand mot endring, og politikerne føler seg tvunget til å «smøre gjennomføringen med friske penger». I den forbindelse er det interessant å se sydover til våre danske venner. De har i stor grad unnlatt å gjennomføre reformer, og deres helsevesen har hatt en langt mer moderat

kostnadsvekst. Nå er Danmark i ferd med å gjennomføre dyptgripende reformer med dannelse av større enheter i helseforvaltningen. Det blir spennende å se hvordan de danske helsetjenestekostnadene vil utvikle seg i årene fremover!

Litteratur

1. Olsen JA. But health can still be a necessity ... J Health Econ 1993; 12: 187-91.

*Ivar Sønbo Kristiansen
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
N-0317 Oslo
Norge*

og

*Institut for Sundhedstjenesteforskning
Syddansk Universitet
J B Winsløw vej 9b
DK-5000 Odense C
Danmark
ivarsk@c2i.net*

Seniorforsker Jon Magnussen har velvilligst stilt figur 3 til disposisjon