
Penger, prinsipper og prioritering

MEDISIN OG TALL

GUDRUN WAALER BJØRNELV

gudrun.m.w.bjornelv@ntnu.no

Gudrun Waaler Bjørnelv er førsteamanuensis i helseøkonomi ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU og postdok ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HANS OLAV MELBERG

Hans Olav Melberg er professor i helseøkonomi ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet.

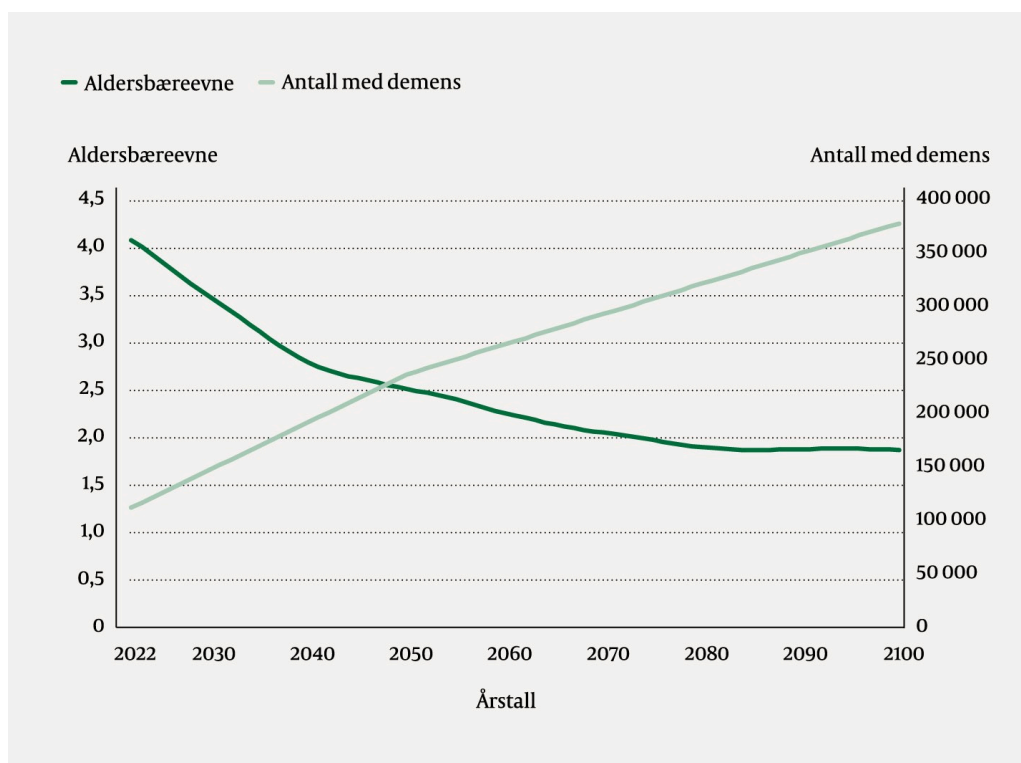
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helsetjenestekostnadene øker stadig. Er denne økningen problematisk? Og hvorfor bruker vi kostnad-effekt-analyser i prioriteringen av helsetjenester?

Helsetjenestekostnaden per person økte fra 58 300 kr i 2011 til 64 600 kr i 2021 i faste 2015-priser [\(1\)](#). Hva skyldes denne økningen?

Økt etterspørsel

Økt inntekt øker etterspørselen etter helsetjenester. Når vi blir rikere, ønsker vi mer av såkalte normale goder: litt finere hjem, litt bedre bil og helse- og omsorgstjenester med litt bedre kvalitet. Videre utvider teknologisk utvikling grunnlaget for hvem som får helsetjenester. Vi screener for eksempel mer nå enn før. Gjennom populasjonsbasert screening undersøkes en stor, frisk gruppe i befolkningen for å finne noen få som har sykdom. Mange blir undersøkt, flere enn før blir diagnostisert og behandlet, og kostnadene øker. Også demografiske endringer og en aldrende befolkning vil øke behovet for pleie- og omsorgstjenester, og dermed økes etterspørselen ytterligere. Antallet personer med demens forventes å dobles innen 2050 [\(2\)](#) (figur 1).



Figur 1 Etterspørselen etter helsetjenester øker, mens de tilgjengelige ressursene minker. Her vises aldersbæreevnen (antall yrkesaktive personer i alderen 16–66 år per person over 67 år) og forventet antall personer med demens basert på middelsalternativet, hvor det antas middels fruktbarhet, levealder og innvandring. Kilder: Gjøra og medarbeidere (2) og Statistisk sentralbyrå (4).

Baumols kostnadssyke

Selv om etterspørselen etter helsetjenester hadde vært konstant, ville kostnadene i helsetjenesten ha økt som andel av hele økonomien på grunn fenomenet *Baumols kostnadssyke*: På samme måte som at et symfoniorkester ikke blir mer produktivt ved å spille raskere, blir ikke en trøstende samtale mer effektiv om man snakker raskere. Både helse – og spesielt omsorg – er sektorer hvor kvaliteten er uløselig knyttet til arbeidskraften som puttes inn. I andre sektorer vil derimot ny teknologi effektivisere produksjonen (som innen produksjon av biler, sykler og telefoner) og føre til økte lønninger. For å unngå en flukt av arbeidere fra helsetjenesten må lønningene øke også der, selv om produktiviteten ikke øker stort: En samtale tar fortsatt like lang tid (3).

Problematisk med kostnadsøkning?

Er det problematisk at kostnadene øker? I utgangspunktet ikke. Men det avhenger av befolkningens preferanser. For å få til kostnadsøkningen må enten inntektene til det offentlige øke eller pengebruken på andre offentlige sektorer reduseres. Om noen av disse alternativene er i tråd med befolkningens preferanser, er utviklingen uproblematisk.

En vanskeligere faktor er at vi har knappe ressurser. Og ressurser er ikke det samme som penger, men derimot for eksempel rom, senger og folk. Med eldrebølgen vil aldersbæreevnen, som viser raten av yrkesaktive personer i alderen 16–66 år per person over 67 år, synke fra 4 nå til omtrent 2,5 i 2050 (4) (figur 1). Vi vil da ha færre personer til å utføre flere oppgaver.

Mye penger fritar oss derfor ikke fra nødvendigheten av å prioritere.

Alternativkostnad og tause tapere

Prioritering foregår kontinuerlig på ulike nivå: pasientnivå, gruppenivå og populasjonsnivå. På alle nivå er det lett å opp-prioritere. Problemet er at ressurser har en alternativ anvendelse – en alternativkostnad: Om man bruker en ressurs på én måte, velger man samtidig å ikke bruke den på en annen måte. Man taper verdien som denne ressursen kunne ha produsert i sin nest beste anvendelse. Et mye brukt eksempel på dette er den politiske prioriteringen av å redusere ventetiden for brystrekonstruksjoner for kvinner med brystkreft. Denne opp-prioriteringen førte til en nedprioritering av ungdommer med leppe-kjeve-gane-spalte, som måtte vente lenger på sin siste operasjon. Grunnen var knappe ressurser på plastikkirurgisk avdeling (5, 6).

Norge har lenge ønsket å gå fra implisitt (skjult) prioritering til eksplisitt (transparent) prioritering for å minske risikoen for at personer blir «tause tapere» fordi de ikke taler sin sak i samfunnet (7).

Kostnad-effekt-analyser

Noen grupper vil være mer utsatt for å bli «tause tapere» enn andre, for eksempel barn, enslige eldre og personer med mentale helseutfordringer. Implisitt prioritering hvor de sterkeste gruppene vinner fram, fører trolig til en urettferdig fordeling av ressurser som ikke er i tråd med egalitarismen (lik behandling for like behov), som står sterkt i Norge. Ved hjelp av kostnad-effekt-analyser løfter vi debatten om prioritering av knappe ressurser til en eksplisitt debatt basert på fastsatte kriterier.

REFERENCES

1. Statistisk sentralbyrå. Helseregnskap. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap> Lest 25.3.2023.
2. GjØra L, KjØlvik G, Strand BH et al. Forekomst av demens i Norge. Aldring og helse 2020. https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf Lest 21.4.2023.
3. Baumol W. Children of Performing Arts, The Economic Dilemma: The Climbing Costs of Health Care and Education. *J Cult Econ* 1996; 20: 183–206. [CrossRef]
4. Statistisk sentralbyrå. Nasjonale befolkningsframskrivninger. <https://www.ssb.no/statbank/table/13599/>. Lest 25.3.2023.

5. Bordvik M. Ungdom må vente i fire år på operasjon. Dagens Medisin 19.3.2014. <https://www.dagensmedisin.no/politikk-og-okonomi/ungdom-ma-vente-i-fire-ar-pa-operasjon/409600> Lest 21.4.2023.
 6. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2014: 12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/> Lest 21.4.2023.
 7. Ottersen T, Førde R, Kakad M et al. A new proposal for priority setting in Norway: Open and fair. Health Policy 2016; 120: 246–51. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 12. juni 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0210
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. juli 2026.