

Arne Jon Isachsen

## MÅNEDSBREVET

September 2009

### HELSEVESENET I USA – MULIG Å FORANDRE?

---

**Om USAs helsevesen ikke brukte mer ressurser enn det britiske, regnet i prosent av BNP, ville innsparingene vært mer enn nok til å finansiere hele det amerikanske forsvaret. En skjev inntektsfordeling og konsumentenes frie valg ved kjøp av helsetjenester er noe av forklaringen på den enorme ressursbruken i helsevesenet i Amerika. President Obamas satsing på å reformere dette vesenet oppleves av mange som "uamerikansk". Det fører til en meget følelsesladet debatt.**

---

President Barack Obama har gitt seg ut på farefull ferd når han nå satser tid og krefter, penger og prestisje på å reformere det amerikanske helsevesenet. Vil det gå med ham som det gikk med Hillary Clinton? Som fru president Bill Clinton tok hun mål av seg å bidra til en gjennomgripende reform av USAs helsevesen. Uten suksess. Vil hennes nye sjef lykkes bedre denne gangen enn hennes egen ektemann for halvannet tiår siden?

#### **Helsevesenet i USA koster for mye**

Forventet levetid i Storbritannia er vel ett år lenger enn i USA. Den allmenne helsetilstanden i UK er kanskje bedre enn i Amerika. Mindre fedme og mindre satsning på å holde folk i livet noen måneder ekstra kan tyde på det. Likevel, utgiftene til helse tar bare 9 prosent av bruttonasjonalproduktet i UK mot hele 16 prosent i USA. Når vi vet at det amerikanske forsvarsbudsjettet tar om lag 5 prosent av BNP, fremkommer følgende ligning, alt regnet i prosent av BNP:

Helseutgifter i USA (16 %) > Helseutgifter i UK (9 %) + Forsvarsutgifter i USA (5 %)

Om Amerika over natten kunne "importere" det britiske helsevesenet, ville besparelser i utgifter til helse dekke mer enn forsvarsutgiftene til verdens eneste gjenværende supermakt.

Problem nummer én med det amerikanske helsevesenet er at det legger beslag på altfor mye ressurser.

### **Følelsene settes i sving**

Problem nummer to er den ujevne fordelingen – ikke alle har tilgang på helsetjenester i Amerika. Ikke alle er trygdet, ville vi sagt. Ikke alle er forsikret, sier amerikanerne. Forskjellen i ordbruk her gjenspeiler forskjell i finansieringsmodell. I Norge står staten for hovedtyngden av produksjon og betaling av helsetjenester. I USA er helsevesenet i hovedsak et privat anliggende både hva gjelder produksjon og betaling.<sup>1</sup> En vanlig modell er at arbeidsgiver betaler helseforsikring for sine ansatte. Så lenge du har jobb, har du råd til å bli syk. Men om jobben flakser, går sykeforsikringen med i dragsuget. I så fall gjelder det mer enn før å holde seg frisk og rask.

I Norge betaler vanligvis ikke arbeidsgiver helseforsikring. Ettersom staten stort sett dekker helseutgiftene i Norge (som utgjør 10 prosent av BNP), er det en form for tvungen helseforsikring her i landet – vi betaler over skatteseddelen. Mens helsevesenet i stor grad er et privat anliggende i USA, er det et offentlig anliggende hos oss. At statens klamme hånd skal overprøve den enkeltes beslutninger, herunder disponering av egen inntekt, oppleves som ”uamerikansk” av mange. I Amerika skal folk ta vare på seg selv. Hjelp fra familie og venner, kirken og naboen er greit. Men ikke fra staten.

Det Obama prøver på, etter mange amerikaneres oppfatning, er å øke statens inngripen i den enkelte borgers liv. Det ble akseptert under krisen på 1930-tallet da president Franklin D. Roosevelt innførte sin New Deal politikk. Et stykke på vei reverserte president Ronald Reagan denne utviklingen. ”Regjeringen er ikke en del av løsningen, men del av problemet”, hevdet han fem tiår senere. Hvem tror Obama at han er? En ny Roosevelt? Helsedebatten i USA er mer følelsesladet enn nordmenn flest evner å forstå.

Om lag 45 millioner amerikanere av en befolkning på litt over 300 millioner har ingen helseforsikring. Ikke få av dem som er forsikret, har utilstrekkelig dekning. Den nøden det skaper ser man daglig på gaten i landets hovedstad, Washington D.C. Hvordan kan det ha seg at helsevesenet legger beslag på en større andel av ressursene i USA enn i noe annet land samtidig som 15 prosent av befolkningen står utenfor dette vesenet?

### **For mange prøver og for mange jurister**

En viktig grunn til de store utgiftene til helse i USA er den skjeve inntektsfordelingen. Skjev inntektsfordeling kombinert med at den enkelte kan kjøpe så mye helsetjenester hun lyster bare lommeboken er fet nok, gjør at mange kanonrike bruker uforholdsmessig mye penger på helse. Hvis du får kreft og er rik, er det bedre å bo i Amerika enn i noe annet land. Mens vi må stå i helsekø, kan amerikanerne umiddelbart få de helsetjenester de ønsker, bare evnen og

---

<sup>1</sup> Medicare er et føderalt program som dekker helseutgifter til dem over 65 år. Medicaid er et program på delstatsnivå som dekker helseutgifter til fattige. For de neste ti årene forventes disse to programmene å vokse med 2,5 prosentpoeng *mer* enn BNP pr. år. Se side 4 hos Alan J. Auerbach og William G. Gale: [http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/papers/2009/06\\_fiscal\\_crisis\\_gale/06\\_fiscal\\_crisis\\_gale\\_update.pdf](http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/papers/2009/06_fiscal_crisis_gale/06_fiscal_crisis_gale_update.pdf)

viljen til å betale for dem er der. Åpenbart er den det. Produksjonen av helsetjenester tar som sagt hele 16 prosent av verdiskapningen i landet.

En annen grunn til store helseutgifter er en sterk – og etter vår oppfatning underlig – tradisjon for å gå til sak om noe går galt. Leger og andre helsearbeidere er meget vare for i etterkant å bli anklaget for ikke å ha gjort en god nok jobb. Nettopp derfor tar man tyve prøver selv om all erfaring tilsier at to er nok. De atten ekstra innebærer penger ut av vinduet. Leger og sykehus på sin side betaler dyrt i forsikring mot uventede utgifter om pasienter eller pårørende går til sak og vinner. Altfor mange prøver og altfor mange jurister gjør det amerikanske helsevesenet altfor ressurskrevende.

På prinsipiell basis kan man si at det å motta helsetjenester kan være en *rettighet* som alle har krav på. Eller helsetjenester kan vurderes *på linje med andre goder* som den enkelte selv må skaffe seg. I Norge har vi alle rett på tjenester fra helsevesenet. I USA må den enkelte selv sørge for å få tilgang på slike tjenester, vanligvis gjennom en forsikringsordning.<sup>2</sup>

## Helsereformen er ikke gratis

President Obamas anliggende er todelt.

- Få ned veksten i helseutgiftene
- Se til at alle amerikanere har helseforsikring

Disse to målene lar seg vanskelig forene. Obama skjønner det og har egentlig gitt opp på det første. Et engangshopp i utgifter til helse er vanskelig å unngå om ytterligere 45 millioner amerikanere skal bringes inn i systemet. I den nylig fremlagte planen for en omorganisering av helsevesenet regner man med en økning i utgiftene på 900 milliarder dollar over de neste ti årene for å få 30 millioner flere amerikanere dekket av helseforsikring. Men, sier presidenten, disse pengene skal vi hente ved sterkere skattlegging av de rike. Og kanskje også ved økte avgifter på sukkersøt og feit mat som folk ikke har godt av. Helsereformen skal således ikke forverre statsfinansene.

Vel, vel.

De økte skatteinntektene kunne i stedet ha gått til delvis dekning av underskuddene i de amerikanske statsfinansene som ligger an til å bli på over fem prosent av BNP per år de nærmeste ti årene. Således klinger president Obamas utsagn om at helsereformen ikke skal forverre statsfinansene, noe hult.

## Helsereformer – hva med Norge?

Tredjepartsfinansiering kalles det når to parter samhandler økonomisk, men sender fakturaen til tredjemann. I USA til forsikringsselskapene som sikkert prøver å få utbetalingene så lave som mulig. Slik skadeforsikringsselskap her til lands gjør når verdien av en bil som er kjørt i fjellveggen, skal fastsettes. Men det er nok langt vanskeligere å holde utgiftene nede for høyteknologisk kirurgi enn det er å enes om verdien av en bil som må kondemneres.

---

<sup>2</sup> Noen superrike velger ikke å ha noen forsikring. De betaler heller helseutgiftene fortløpende.

I Norge er staten mottaker av fakturaer fra helsevesenet. Verken lege eller pasient har noen økonomisk interesse i at det skal spares på skillingen hva gjelder behandling. Men sykehus har det så lenge de er rammefinansiert og ikke kan kreve refusjon fra et forsikringsselskap eller folketrygden. Rett nok går mange sykehus med millionunderskudd, hvilket avføder mye skrik og skrål. Helse-Hansen har en oppgave få misunner ham – å få sykehusvesenet her i landet organisert på en bedre måte. Men hvordan tror du utgiftene til helse i Norge hadde vært om pengene fulgte pasienten, uten overordnet styring av rammene?

Det er vanskelig å komme utenom en form for rasjonering i helsevesenet dersom vi skal unngå omfattende sløsing. Når vi av gode fordelingspolitiske grunner ikke kan bruke prisen som rasjoneringsmekanisme, må vi akseptere noe rasjonering i form av køer og avviste behandlingsønsker. Fravær av prismekanisme og forbrukersuverenitet gjør det nødvendig at myndighetene stiller krav til sykehus og andre helseinstitusjoner. Og følger opp med kontroll av kvalitet og av ressursbruk. Imidlertid vil vi aldri klare å oppnå samme økonomiske effektivitet som i et marked der forbrukerne selv betaler tjenester fra konkurrerende, private produsenter.

23. september 2009

Home Page: <http://home.bi.no/fag87025/>