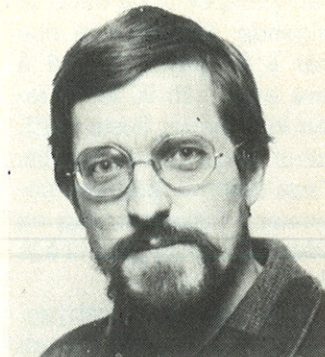


Aktuell kommentar:

# Forebyggende helsearbeid i forbrukerpolitikken. Noen refleksjoner om avgifter, subsidier og opplysning.



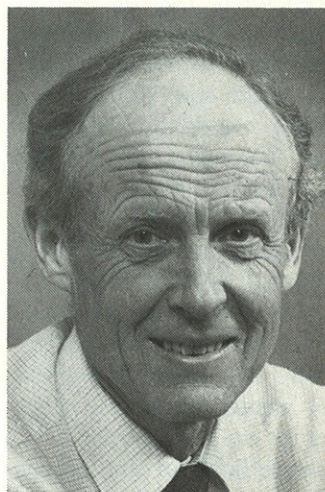
Erik Nord

## Sammendrag:

Målet for det forebyggende helsearbeid bør være å unngå unødig sorg, unngå unødig lange perioder av avhengighet og å få mennesker til å leve et verdig liv inntil tida faktisk er inne til å dø. Samfunnskollektivet har rett til å påvirke enkeltpersoners forbruksvaner for å få dette til. Denne retten er i særlig grad til stede når enkeltpersoners forbruk ikke bare er til skade for dem selv, men også for andre (f.eks. røyking) eller når de skader enkeltpersoner påfører seg selv til syvende og sist må betales av samfunnet (gjennom det offentlige helsevesen).

På en rekke forbruksområder kan det antakelig være på sin plass å justere frie markedspriser (ved hjelp av avgifter og subsidier) for å få enkeltpersoner til å ta mer hensyn til helsemessige konsekvenser av sitt forbruk. Tida er moden for at f.eks. et interdepartementalt utvalg utreder dette nærmere.

Det er også behov for forskning om hvor dypt folks forbruksvaner (preferanser) stikker, og om hvordan informasjon og pristiltak best kan kombineres for å oppnå ønskede omlegginger av forbruk. Her trengs det konkrete, praktiske forsøk.



Peter F. Hjort

AV  
ERIK NORD OG  
PETER F. HJORT\*

## 1. Bakgrunn

Uhelse er ubehagelig, av og til tragisk og svært ofte dyrt. Å få folk til å leve sunt kan derfor gi meget høy avkastning, både for enkeltindivider og for samfunnet som helhet.

Peter F. Hjort har tidligere formulert følgende «bud for helsevett»:

1. Ta ansvar for din egen helse.
2. Bruk kroppen din.
3. Stump røyken.
4. Maten er halve helsa.
5. Sov deg frisk.
6. Stress med vett.
7. Hold fred med familien din.
8. Unngå ulykker.
9. Vis respekt for alkohol.
10. Bruk ikke pille for alt som er ille.

Virkemidlene som står til disposisjon for å få folk til å leve i samsvar med disse reglene, er mange. De spenner fra indirekte, kollektive tiltak på områdene sysselsetting, bolig, utdanning og inntektspolitikk via generell helseopplysning (det engelskmennene kaller «Health Education») til direkte forbrukerrettede

tiltak i form av bl.a. produktpåvirkning, prispåvirkning og produktinformasjon.

Verdens Helseorganisasjon arrangerte høsten 1985 et seminar i Helsinki om «Price Policy in Health Promotion». Seminaret dreide seg om muligheter for å fremme helse ved å avgiftsbelegge helseskadelige varer og tjenester og subsidiere helsefremmende goder. Hensikten med denne artikkelen er å følge opp dette initiativet og drøfte *forbrukerpolitikken* muligheter i det forebyggende helsearbeid. Det betyr at vi vil la fire av budene på lista ovenfor ligge, nemlig det å ta ansvar for egen helse, det å sove seg frisk, det å stresse med vett og det å

holde fred med familien. Vi ser ikke bort fra at folk kan påvirkes på disse områdene ved hjelp av forbrukerpolitiske tiltak. Men det synes nokså opplagt at en hovedsakelig må basere seg på andre typer virkemidler.

Det vi da står igjen med som området for «helseorientert forbrukerpolitikk», er tiltak for å få folk til å gjøre følgende:

1. Slutte å røyke.
2. Drikke mindre alkohol.
3. Ha et sunnere kosthold.
4. Unngå overdreven medikamentbruk.
5. Unngå ulykker.
6. Mosjonere mer.

## 2. Målet for helseorientert forbrukerpolitikk

Det er litt ulike syn på hvor langt myndighetene

\*) Peter F. Hjort er professor dr. med. og forskningsleder ved gruppe for helsetjenesteforskning. Erik Nord er siviløkonom og forsker samme sted. Han er ikke identisk med cand. oecon. Erik Nord som bl.a. har foretatt en del intervjuer for Sosialøkonomen.

bør gå m.h.t. å drive helseorientert forbrukerpolitikk. Vårt perspektiv på dette er følgende: Det er ikke noe mål å få mennesker til å leve evig. I 80–90 års alderen vil de aller fleste nordmenn være fysisk nedslitt. Flere deler av kroppen begynner å fuske samtidig, og *tiden er inne* for livet til å ta slutt.

Målet for det forebyggende helsearbeid bør imidlertid være å få flest mulig mennesker til å leve inntil tiden faktisk er inne til å dø. Argumentet for dette er for oss ikke en eller annen abstrakt forestilling om livets egenverdi. Det er rett og slett at sorg forbundet med død er mye større – både hos dem som dør og hos deres pårørende – når folk dør tidlig enn når de dør «når tiden er inne».

Et annet mål for det forebyggende helsearbeid er å unngå at folk får lange perioder med nedsatt funksjonsevne forut for døden. Dette har betydning både for deres egen livskvalitet og for de pleiebyrder samfunnskollektivet blir pålagt. Vi tror at de som lever et sunt liv har en større sjanse til å unngå slike perioder med pleiebehov, fordi de med større sannsynlighet holder seg friske inntil de når den alderen da mange ting svikter samtidig og døden inntreffer forholdsvis raskt.

De to momentene vi her har nevnt, tilsier etter vår mening at man ikke behøver å være i tvil verken om *de gode hensikter* eller *de potensielle gevinster* ved forebyggende helsearbeid i forbrukerpolitikken.

### 3. Avveining av mål og midler

Helseorientert forbrukerpolitikk har en tapsside. Den består dels i administrasjonskostnadene forbundet med offentlig styring. Men framfor alt består den i at forbrukerne invi-

teres til å avstå fra en rekke av øyeblikkets gleder. Det er de fleste forbrukere i utgangspunktet lite interessert i, og de er spesielt lite interessert i at noen offentlig myndighet skal *tvinge* dem til forsakelse.

For det offentlige reiser dette et prinsipielt spørsmål om hvilken rett samfunnskollektivet har til å dirigere eller påvirke enkeltpersoners forbruk. Her må vi skille mellom tre tilfeller:

- (1) Når forbruket også er skadelig for andre, er svaret forholdsvis enkelt: Det er få som reagerer mot at samfunnskollektivet forsøker å begrense røyking og promillekjøring.
- (2) Når forbruket fører til høyt helsetjenesteforbruk seinere i livet – som samfunnskollektivet må betale – er det også forholdsvis lett å argumentere for kollektivets rett til å beskytte seg mot enkeltindividet. Det samme gjelder når forbruket fører til uhell/ulykker som påfører samfunnet store bergings- og/eller opprydningskostnader.
- (3) Når forbruket bare skader forbrukeren selv – f.eks. i form av tannråte – er det tvilsomt om kollektivet har noen rett til å bestemme på vegne av individet. Derimot vil vel de fleste anerkjenne eksperters rett til å gi råd og informasjon og kanskje til og med anerkjenne myndighetenes plikt til å gjøre det samme.

Eksemplene viser at virkemidlene i helseorientert forbrukerpolitikk må avpasses etter hvor *samfunnskadelig* ulike former for forbruk kan sies å være. Forbruk som en primært ønsker å redusere av hensyn til «synderen» selv, må en primært være innstilt på å møte med informasjons- og utdanningstiltak. Pristiltak bør etter vår oppfatning

i første rekke benyttes mot forbruk som rammer andre.

### 4. Utredningsbehov vedrørende berettigelsen av pristiltak

Vi mener at det er behov for en nærmere gjennomtenkning av de ovennevnte seks områdene for helseorientert forbrukerpolitikk (tobakk, alkohol, kosthold, medikamenter, ulykker, mosjon) ut fra de perspektivene vi her legger an. Spesielt tenker vi her på berettigelsen av pristiltak. I forbindelse med hvert enkelt område bør en således forsøke å besvare følgende spørsmål:

1. I hvilken grad opptrer det skader av henholdsvis personlig, samfunnsøkonomisk og kollektiv art?
2. Hvilke konkrete varer og tjenester synes det ut fra en slik analyse berettiget å avgiftsbelegge eller subsidiere?
3. Hvordan harmonerer dagens faktiske avgifts- og subsidiopolitikk med konklusjonene under punkt 2?
4. Hva er de mest aktuelle substitutter for varer som det synes berettiget å avgiftsbelegge? Hvor skadelige er eventuelt disse substituttene, og hvor tilgjengelige er disse eventuelt for offentlige inngrep?
5. Kan ulikheter mellom sosiale grupper m.h.t. budsjettandeler og priselastisiteter tenkes å innebære at eventuelle avgifter får uønskede fordelingsvirkninger?

Etter vår oppfatning er tida moden for at et utvalg – bestående f.eks. av representanter for Finansdepartementet, Sosialdepartementet og Miljøverndepartementet – gis i oppgave å utrede disse spørsmålene. Det skulle forundre oss meget om ikke en slik utredning kom til å avdekke en rekke alvorlige skjevheter i vår samfunns nåværende prisstruktur.

### 5. En kommentar til forskning omkring priselastisiteter

På seminaret i Helsinki ble det presentert en del resultater fra undersøkelser om direkte priselastisiteter, og en av de inviterte hovedinnlederne ga i sitt innlegg uttrykk for at det var viktig med ytterligere forskning omkring slike elastisiteter.

Vi kan godt forstå de som ønsker dette – spesielt hvis en er opptatt av forskjeller mellom sosiale grupper. Vi vil likevel advare mot at man overvurderer betydningen av denne forskningsretningen.

En grunn til dette ligger i den skepsis forbrukerne generelt føler overfor forsøk fra myndighetenes side på å manipulere med priser på politisk grunnlag. Denne skepsisen – eller m.a.o. politiske motstanden – blir ikke myndighetene kvitt ved å skaffe seg kunnskap om priselastisiteter. Det myndighetene i mange tilfeller har mer behov for, er kunnskap om hvordan folks dypereliggende verdier og prioriteringer kan påvirkes og hvordan folk kan bringes til å betrakte kollektiv styring (reguleringer) som en støtte i kampen mot dårligere vaner (jfr. f.eks. den støtten som promillelovgivningen nyter).

Vi tror det her er snakk om prosesser hvor det er en naturlig riktig rekkefølge på tingene. Man må begynne med å forklare folk de langsiktige virkningene av former for forbruk som man vil til livs. På grunn av vanens makt, og fordi folk har lett for å legge større vekt på nåtid enn framtid, er slik informasjon vanligvis ikke nok til å endre forbruksmønstre i noen vesentlig grad. Men framført på riktig måte kan slik informasjon være tilstrekkelig til å skape politisk støtte for prisendringer. Slike endringer virker i seg selv som signaler til forbrukerne. I

tillegg vil de hjelpe forbrukerne til å bryte innarbeidende vaner og overvinne fristelser i konkrete kjøpsituasjoner. Sist, men ikke minst, vil de virke som barrierer for nye forbrukere, dvs. den oppvoksende slekt.

Et viktig poeng er etter vår mening at man i slike prosesser strengt tatt ikke trenger å vite på forhånd hva etterspørselsvirkningen av en bestemt prisøkning (priselasiteteten) vil være. Man kan godt forsøke seg fram. I løpet av et begrenset antall skritt vil antakelig enhver normalt utrustet myndighet være i stand til å fikseren prisen på det nivået som kreves for å gi et ønsket forbruksnivå.

En slik skrittvis framgangsmåte er ikke nødvendigvis noen «nest beste løsning» i forhold til det å handle ut fra sikker kunnskap om elastisiteter. Ofte vil det være den eneste farbare vei, gitt forbruksvanenes natur: Det tar tid å skape dem, og kanskje enda lenger tid til å vende dem. Politisk støtte vil bare den oppnå som tar tilstrekkelig hensyn til dette.

Vi mener ikke med dette å argumentere generelt mot estimering av priselasiteter. Det kan være mange gode grunner til å utføre slik forskning. Det vi imidlertid vil fram til, er at myndighetene etter vår oppfatning ikke behøver å vente med å iverksette eventuelle ønskede pristiltak til resultatene av denne forskningen foreligger.

## 6. Virkninger av avgifter på prisstigning og sysselsetting

På seminaret i Helsinki ble det gjentatte ganger framhevet at avgifter på skadelige varer og tjenester vil kunne føre til høyere prisstigning og redusert sysselsetting.

Vi synes ikke at virknin-

ger på prisstigningstakten er noe reelt problem. En økning i prisen på en vare kan godt ledsages av en reduksjon i prisen på en annen. Det er ingen grunn til at endringer i relative priser skal slå ut i endringer i den generelle prisindeksen.

Vi synes heller ikke at sysselsettingshensyn skal hindre oss i å forfølge mål for folkehelse. For oss er dette mer et spørsmål om å gjennomføre tiltak i et tempo som gjør det mulig å skaffe annet arbeid til de sysselsatte som rammes av tiltakene. Dette er selvsagt ikke noen triviell oppgave. Men det er viktig å bevare det langsiktige perspektivet og å unngå å legge for stor vekt på vanskeligheter umiddelbart framfor en.

Problemet med sysselsettingsvirkninger er for øvrig ikke spesielt knyttet til pristiltak. En effektiv opplysningskampanje vil virke på samme måte. Og de færreste ville vel for alvor stille et spørsmålsteget ved en slik kampanje med den begrunnelse at det kunne føre til arbeidsledighet?

## 7. Forsøksvirksomhet med omlegging av vaner

En viktig forskningsoppgave innenfor helseorientert forbrukerpolitikk er etter vår oppfatning å klarlegge hvor dypt folks vaner (preferanser) på ulike områder stikker, hva slags informasjon de er mottakelige for, hvilke betingelser som må være oppfylt for at påvirkning av en bestemt type skal virke osv.

Vi kan videre tenke oss at prøving og feiling – gjennom konkrete forsøk – må være en dominerende metode i denne forskningen. Vi har i neste avsnitt satt opp en prosjektskisse som eksemplifiserer dette. Det er fritt fram for enhver som måtte ønske det å omsette skissen i et konkret prosjekt.

## 8. Omlegging av livsstil – hva er lett og hva er vanskelig?

Omlegging av livsstil omfatter en lang rekke små og store forandringer i folks dagligliv. Det er grunn til å tro at det er stor forskjell på slike forandringer m.h.t. hvor mye det koster den enkelte å gjennomføre dem. Noen forandringer – som f.eks. å stumpe røyken – byr på store overgangsproblemer. Andre forandringer – som f.eks. å avstå fra et stykke kake til ettermiddagskaffen eller mye meierismør på brødsnivene – innebærer kanskje for mange mennesker et varig tap av livskvalitet ved at nytelse blir svekket og små høydepunkter i hverdagen borte. En tredje type forandringer – f.eks. å drikke te i stedet for kaffe til formiddags – koster kanskje ikke annet enn at man bestemmer seg for å legge om. Den nye vanen kan være fort innarbeidet, og den kan være nytelsemessig likeverdig med den gamle.

Vi understreker at de eksemplene vi her nevner, bygger på rent subjektive antakelser om styrken i folks preferanser. Vårt poeng er at de som har ansvaret for helseorientert forbrukerpolitikk antakelig vil ha nytte av mer systematisk kunnskap for å unngå at forbrukerpolitikken kommer i konflikt med grunnleggende behov hos folk for ekte nytelse og glede. For det andre er det antakelig slik at en vellykket livsstilskampanje fra myndighetenes side forutsetter at man begynner i den riktige enden – dvs. at man forsøker å få folk til å begynne med de omleggingene som *erfaringsmessig* «koster» minst for dem selv. Hensikten med dette er å skape en god sirkel: Den som lykkes i å gjennomføre visse mindre forandringer, vil kanskje bli oppmuntret til også å forsøke seg på større. Gjennom de første forsøkene på

forandring vil bevisstheten omkring helse kunne øke, en ny holdning og ansvarfølelse vil kunne vokse fram og man vil kanskje kjenne en glede ved selve det å ha herredømme over sitt forbruk (i stedet for bare å «bruke munnen som trakt»).

Vi brukte uttrykket «de omleggingene som *erfaringsmessig* koster minst». Den erfaringen vi her tenker på, må vi skaffe oss gjennom forskning. En måte vil være å plukke ut endel hva vi kan kalle *høyrisikohusholdninger*, dvs. husholdninger som bryter med en rekke av de livsstilsreglene som er viktige i det forebyggende helsearbeid. Disse husholdningene blir så motivert til å delta i en forsøksperiode på f.eks. 1 måned der de gjør sitt beste for å gjennomføre et sett av konkrete forbruksendringer av det slaget som er nevnt i lista nedenfor (vi understreker at lista er ment som et eksempel):

1. Erstatte fint brød med grovt brød.
2. Redusere bruk av smør/margarin på brødsnivene.
3. Erstatte søte desserter med frisk frukt.
4. Erstatte pasta og polert ris med poteter, grovt brød og upolert ris.
5. Erstatte kaffe med te ved noen anledninger i løpet av dagen.
6. Sløyfe sukker i teen.
7. Redusere saltinnholdet i maten.
8. Erstatte noe kokte grønnsaker med råkost.
9. Erstatte noe kjøtt til middag med fisk og grønnsaker.
10. Erstatte en drink/et glass vin om kvelden med en kopp te.
11. Erstatte helmelk med skummet melk eller lettmelk.
12. Drikke lettøl i stedet for pils etter den første halvliteren på restaurant.
13. Nøye seg med 1 drink

etter klokka 23 når man er på fest.

14. Mosjonere skikkelig en gang i uka.

15. Stumpe røyken.

Noe av poenget med forsøket bør være å prøve ut måter å legge om forbruket på som en tror kan gjøre omleggingen lettest mulig for de berørte. Her bør en bruke fantasien. Punktene 12 og 13 er forsiktige eksempler i så måte. Det er sikkert mange andre.

Ved målinger før, under og etter forsøksperioden undersøker en så:

1. Hvordan de ulike forand-

ringene skårer m.h.t. grad av suksess i forsøksgruppen i selve forsøksperioden.

2. Hvordan de ulike forandringene skårer m.h.t. grad av tilbakefall etter forsøksperiodens slutt.

3. Hvordan de berørte husholdningene vurderer eventuelt tap av nytelse og glede i forbindelse med omlegginger som er blitt permanente.

Forsøket innebærer selvsagt en god del praktiske problemer, både med motivering av deltakerne og måling av endringer. Men

vi tror ikke disse problemene er verre enn at de lar seg løse.

## 9. Oppsummering

Vitenskapen blir aldri ferdig med noe problem, men den kommer ofte til et punkt hvor konklusjonene er sikre nok til å brukes i praktisk handling. Vi mener at kunnskapen om det forebyggende helsearbeid har nådd fram til avklaring på vesentlige områder. Tida er inne for praktiske tiltak.

På en rekke forbruksområder er det antakelig på

sin plass å justere frie markedspriser (ved hjelp av avgifter og subsidier) for å få enkeltpersoner til å ta mer hensyn til helsemessige konsekvenser av sitt forbruk. Et interdepartementalt utvalg bør etter vår oppfatning nå utrede dette nærmere.

Det er også behov for forskning om hvor dypt folks forbruksvaner stikker, og om hvordan informasjon og pristiltak best kan kombineres for å oppnå ønskede omlegginger av forbruk. Her trengs det konkrete, praktiske forsøk.

## BYRÅSJEF (Vikar)

### TIL ARBEIDSAVDELINGEN

Seksjonens oppgaver omfatter utformingen av den generelle arbeidsmarkedspolitikken, herunder beredskapsplaner for arbeidsmarkedstiltak, arbeid i forbindelse med Statsbudsjett, Nasjonalbudsjett, Langtidsprogram, fylkesplaner m.v., arbeidsmarkedssopplæring i ulike former.

Oppgavene omfatter videre vurdering av arbeidsmarkedsutviklingen og metodespørsmål med hensyn til prognosearbeid og økonomiske modeller, arbeidsmarkedsstatistikk, evaluering og utforming av strukturen i arbeidsmarkedstiltakene og de enkelte tiltak, samt forholdet til tiltak i andre sektorer.

Søkere til stillingen må ha høyere utdanning, fortrinnsvis økonomisk, samt kjennskap til sentrale arbeidsmarkedsspørsmål.

Det vil være mulighet for senere fast tilsetting.

Nærmere opplysninger ved ekspedisjonssjef Birkeland eller underdirektør Haram i tlf. (02) 20 22 70.

Stillingen lønnes etter statens regulativ i Lønnstrinn 30 (Kr 215 940,-).

Fra lønnen trekkes kr 3 989,- i pensjonsinnskudd.

**Søknader med  
bekreftede kopier av attester og vitnemål innen 27. august\* til  
KOMMUNAL- OG ARBEIDSDEPARTEMENTET,  
Personalkontoret, Postboks 8112 Dep. 0032 Oslo 1**