

HELSEUTGIFTER I NORGE
RESSURSFORBRUKET SAMMENLIGNET MED
ANDRE LAND,

Bjarne Jensen



En foreløpig rapport fra Høgskolen i Hedmark
2012

INNHold

FORORD.....	3
1. PROBLEMSTILLING OG HOVEDKONKLUSJONER	4
1.1 Problemstilling	4
1.2 Bakgrunn	4
1.3 Hovedkonklusjoner	8
2. HVORDAN SAMMENLIGNE HELSEUTGIFTER SOM MÅL FOR RESSURSINNSATSEN TIL HELSETJENESTER MELLOM LAND?.....	12
2.1 Generelt	12
2.2 Helseutgifter eller helseutgifter eksklusive langtidspleie.....	16
2.3 Hvordan skal helseutgifter per innb. gjøres sammenlignbare mellom land – kjøpekraftsparitet for BNP eller for innsatsfaktorene til helsetjenestene?	20
3. HELSEUTGIFTER PER INNBYGGER I NORGE SAMMENLIGNET MED ANDRE EUROPEISKE LAND 2009	28
4. HELSEUTGIFTER SOM PROSENTANDEL AV BNP ELLER INNENLANDSK SLUTTANVENDELSE AV VARER OG TJENESTER.....	32
4.1 Hvordan sammenligne helseutgifter i forhold til landenes samlede ressursbruk.....	32
4.2 Helseutgiftenes andel av BNP/samlet innenlandsk ressursbruk.....	35
5. UTVIKLING AV HELSEUTGIFTENE 1997 - 2011.....	37
5.1 Generelt	37
5.2 Realvekst i helseutgiftene – OECDs beregninger.	37
5.3 Utvikling og vekst i helseutgiftene basert på tall fra SSB.....	39
6. SYSSELSETTING I HELSESEKTOREN	45
KAP 7 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER - KONSEKVENSER AV FOR LAV RESSURSINNSATS OFFENTLIGE HELSETJENESTER.....	50

FORORD

Denne rapporten er en oppfølging av rapporten ”Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer” fra mars 2010. Den dokumenterte bl.a. at Norges høye helseutgifter sammenlignet med andre land er en myte basert på sammenligninger av tall som ikke er sammenlignbare. Dersom det korrigeres for feilkildene i OECDs internasjonale sammenligninger er Norges helseutgifter på et gjennomsnittsnivå og lave når vårt høye inntektsnivå tas med i betraktningen. Våre sentrale myndigheter påstår fortsatt at vi har verdens høyeste ressursbruk per innbygger til helsetjenester etter USA, og har det som et viktig premiss for norsk helsepolitikk.

Denne rapporten er utarbeidet for å belyse dette spørsmålet ytterligere og dessuten vise hvordan vekst i og omfang av ressursbruk er i de norske helsetjenestene. Indikerer analysene et overforbruk til spesialisthelsetjenester slik det er vanlig å hevde eller er situasjonen det motsatte?

Terje L-M Berstad har i en kortere tid vært involvert i arbeidet. Han har bl.a. utarbeidet lignende analyser for internasjonale sammenligninger i helseutgifter i euro. Denne rapporten tar utgangspunkt i OECDs tall i Health at a Glance 2011 som er basert på omregninger til dollar. Konklusjonen fra de internasjonale sammenligninger er de samme.

Jeg vil takke Halvard Bakke, Stein Østre, Kåre Ellingsgård, Arnfinn Ihle, Svenn Arne Lie, Fanny Voldnes, Linda Oksnes for verdifull støtte i og hjelp i arbeidet. Tina Andersson Jensen har bistått med redigering og utarbeiding av tabeller og figurer. Det har vært avgjørende for å få arbeidet ferdig. Jeg vil også takke biblioteket på Avdelingen for Økonomi og Ledelse, Høgskolen i Hedmark for hjelp med ferdiggjøring av rapporten.

Jeg er selvsagt fullt ut ansvarlig for innhold og konklusjoner i rapporten.

Rena, 19.05.12

Bjarne Jensen

1. PROBLEMSTILLING OG HOVEDKONKLUSJONER

1.1 Problemstilling

I denne rapporten skal følgende problemstillinger belyses:

- (1) Hvor stor er norsk ressursbruk til helsetjenester sammenlignet med andre land. Ulike indikatorer og rapporter gir forskjellige resultater. Derfor vil vi vise hva indikatorene forteller om og hva som er årsaken til at de gir ulike resultater. Vi vil konsentrere oss om få fram de resultater relevante indikatorer gir.
- (2) Videre skal vil vises hvordan norske utgifter til helsetjenester har utviklet seg fra 1997 og fram til i dag og påstandene om at denne utviklingen er i ubalanse og ikke bærekraftig i framtiden. Herunder vil vi også kort se på misforståelser knyttet til sysselsetting i helse – og pleie og omsorgstjenester
- (3) Til slutt vil vi peke på mulige konsekvenser av et tilbud av helsetjenester som er for lavt i forhold til befolkningens behov og ønsker og til det inntektsnivå innbyggerne har.

1.2 Bakgrunn

Det er blitt vanlig å hevde at Norge har høyere ressursbruk til helsetjenester enn andre land med unntak for USA uten at vi oppnår gode nok resultater. Videre hevdes at det er en sterk økning i ressursbruken til helsetjenester i Norge og at denne utvikling ikke er bærekraftig på lang sikt. Dette hevdes både fra fagmiljøer knyttet til helsesektoren, en del helseøkonomer og fra sentrale politiske helsemiljøer. Oppfatningene har vært gjeldende i hvert fall siden diskusjonene omkring Helseforetaksreformen ved årtusenskiftet.¹

I den senere tid er det særlig statssekretær Robin Kåss i Helse og omsorgsdepartementet som har målbåret dette budskapet.

I debatt om omstillingene ved Oslo Universitetssykehus i Aftenposten 2. oktober 2011 skrev han: «Norge bruker dobbelt så mye på helse som EU-landene.»²

¹ Se for eksempel referat fra debatten om helseforetaksreformen i Stortinget 6 juni 2001- Lov om helseforetak s.666-689. Saksordfører(s 666), helseminister (s 677) og Arbeiderpartiets parlamentariske leder (s 681)trakk dette fram som ett av hovedargumentene for at de gikk inn for reformen.

² Innlegget er tilgjengelig på: <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article4244772.ece>

En må kunne anta at han bygger på vurderinger fra sine fagmyndigheter. Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten har for eksempel konkludert i 2009 med :

*”Med langt høyere ressursbruk på helsetjenester enn de fleste andre land, er det likevel usikkert om vi får tilsvarende mer helse.”*³

I Helsedirektoratets rapport Nøkkeltall for helsesektoren for 2011 s. 11 gjentas påstanden om våre høye helseutgifter: *”Norge var, etter USA, det land som brukte mest penger på helse per innbygger i 2009”*⁴

I mars 2012 lanserte Helsedirektoratet rapporten Prioriteringer i Helseektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer⁵. Rapporten starter med følgende setning: *”Norge er et av verdens rikeste land og blant de landene som bruker mest ressurser til helsetjenester i forhold til folketallet”*⁶

Det virker dermed som dette er et grunnleggende premiss for Helsedirektoratets prioriteringsdebatt.

I 2011 hevder helseøkonomer tilknyttet SINTEF helse: *”Det er dokumentert at Norge har høyere totale utgifter til helsetjenester enn de andre nordiske land og er blant de høyeste i OECD-området. Målt per innbygger synes forskjellene store og økende.”*⁷

Da helse og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen lanserte samhandlingsreformen ble den introdusert på følgende måte:

”Vi bruker mest - men er ikke best.”

Senere er det modifisert til:

*”Vi bruker mest-men er vi best?”*⁸

I stortingets debatt om helseforetaksreformen i 2001 dukket utsagnene om vår høye resursbruk i den politiske debatt. Saksordfører Asmund Kristoffersen uttalte følgende i sitt hovedinnlegg:

³ Helgeland, Jon; Nguyen, Khang Ngoc: *”Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land»* Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009. s. 3.

⁴ Helsedirektoratet: Nøkkeltall for helsesektoren. 2011. Februar 2012

⁵ Helsedirektoratet: Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer. Mars 2012. s 15.

⁶ Helsedirektoratet: Prioriteringer i helsesektoren. Mars 2012

⁷ Kallseth, Birgitte, Anthun, Kjartan, Hope, Øyvind; Kittelsen, Sverre: Spesialisthelsetjenesten i Norden. 2011 . s 14

⁸ Bjarne Håkon Hanssen. Foredragsfoiler Samhandlingsreformen. Helse og omsorgsdepartementet.2008

”- og helseutgifter også helt i verdenstoppen-nr.3 i verden etter USA og Sveits, målt i forbruk pr. innbygger - er det et paradoks at vi har lange ventelister, korridorpasienter og pasienter som må sendes ut av landet for å få kurant behandling”⁹

Statsråd Tønne uttalte følgende i sitt innlegg som et hovedpremiss for reformen:
”Vi ligger på topp i verden når det gjelder å bruke ressurser i norsk helsesektor. Det bør vi også gjøre. Men vi bør da også ha som ambisjon å være i fremste rekke når det gjelder å få mest mulig ut av disse ressursene”¹⁰

Til slutt ble det trukket fram av Hill-Marta Solberg, riktignok på en mer reservert måte:

”Norge er et av de landene i verden som bruker mest ressurser på helsetjenester, inkludert omsorgstjenester”¹¹

Min påstand er at slike holdninger har vært og er en av hoveddrivkreftene i måten styringen av den norske helsesektoren er utviklet på fra 2001.

Endring og utvikling er selvsagt viktig og nødvendig for å sikre befolkningen gode helsetjeneste. Organiseringen burde baseres på et gjennomtenkt planmessig grunnlag hvor det sentrale er:

- Den medisinsk faglige utvikling
- Befolkningens behov for helsetjenester
- Finansieringsgrunnlaget for dem.

Organisering må bidra til at medarbeidernes faglige kompetanse utnyttes og utvikles, at det stimuleres til engasjement og innsatsvilje og at pasienten behov står i sentrum for innsatsen.

De største endringer etter 2000 har hatt en annen agenda. De har bestått i å erstatte de etablerte systemer for styring av fellesfinansierte velferdsgoder med systemer hentet fra forretningsvirksomhet. En av hovedhensiktene med slike reformer er å gi den administrative ledelse i sykehusene sterkere posisjon på bekostning av folkevalgte politikere og den medisinskfaglige ekspertise. Det har nå utløst prosesser hvor sykehus nedlegges og endres slik at en får færre og større enheter. Mange av endringene er faglig og politisk omstridte. Planer og konsekvensberegning er blitt svært mangelfulle. De ansatte klager på manglende medvirkning. Det er stor uenighet om endringene vil gi de resultater som

⁹ Referat fra stortingsdebatten om Lov om helseforetak m.m 6. juni 2001 s 666.

¹⁰ Referat fra stortingsdebatten om Lov om helseforetak s. 677.

¹¹ Referat fra stortingsdebatten om Lov om helseforetak s. 681.

hevdes. Påstanden ”**Vi har høyere ressursbruk til helsetjenester enn sammenlignbare land uten at vi kan dokumentere bedre resultater**” brukes som et siste trumfargument for at upopulære og faglig omstridte endringer er nødvendig og til beste for folk flest.

At Norge har høyere ressursbruk til helsetjenester ble tilbakevist bl.a. i rapporten ”Helsereform – utfordringer og løsninger” (2007)¹². Der var konklusjonen at Norge ikke har uforholdsmessig høye helseutgifter hensyn tatt til det norske inntektsnivået. I en senere rapport; ”Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer (2010)¹³ ble konkludert på følgende måte:

”Hovedkonklusjonen fra denne undersøkelsen er at Norges utgifter er helt normale sammenlignet med andre land når vi tar hensyn til det norske lønns- og kostnadsnivå, og bruker samme definisjon på helseutgifter i de land som undersøkes.”

og videre

”Det er mer overraskende at utgiftsnivået ikke er høyere tatt i betraktning at vi er et av landene med høyest inntektsnivå. Vår geografi og desentraliserte befolkningsstruktur tilsier at det er mer kostnadskrevende å yte gode helsetjenester i Norge enn for eksempel i de andre nordiske land”

Dersom en ikke definerer hva som menes med helseutgifter per innb. , kan en selvsagt påstå hva som helst. Vi har antatt at det som menes med høye helseutgifter i Norge sammenlignet med andre land er at ressursbruken per innb. til helsetjenester i Norge er høyere enn i sammenlignbare land.

Med dette utgangspunkt bør det være svært interessant å analysere nøyere om påstanden om de høye norske helseutgifter er riktig. Hovedanliggendet i denne rapporten er å dokumentere feilkildene for Norge i den måte OECD sammenligner helseutgifter mellom land på, vise hvordan de kan korrigeres og hva resultatene blir etter korrigerings av disse feilkildene. Dessuten gjennomgås hva offisiell statistikk viser om utviklingen i helseutgiftene våre før og etter helseforetaksreformen og hva personellstatistikk viser om sysselsetting i helsesektoren.

¹² Jensen, B, Bollingmo, M:Helsereform. Utfordringer og løsninger, Rapport nr 13 Høgskolen i Hedmark. 2007.

¹³ Jensen, Bjarne; Østre, Stein; Hagen, Unni: «Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer.» 2010. Høgskolen i Hedmark. S. 19.

1.3 Hovedkonklusjoner

OECD s sammenligning gir et feil bilde av Norges ressursbruk til helsetjenester.

Tallene, som brukes i sammenligningene av helseutgifter, presenteres av OECD i den årlige rapporten "Health at a Glance"¹⁴. I disse tallene framstår Norge med de høyeste utgiftene per innb. etter USA, og vesentlig høyere enn for eksempel våre naboland. Helseutgiftene per innb. er en indikator på ressursbruken til helsetjenester. For å komme fram til ressursbruken må vi i sammenligningene korrigerer for forskjeller i pris- og lønnsnivå og valuta. Det gjøres med utgangspunkt i kjøpekraftspariteter¹⁵. Videre må en forsikre seg om at landene definerer utgifter til helsetjenester likt.

Nettopp på disse to områder er det store feilkilder for et land som Norge i OECDs tall:

- **Feilkilde 1:**

Langtidspleie defineres ulikt fra land til land. Her er også Norge en avviker i forhold til gjennomsnittet. Vi rapporterer så godt som alle utgifter til langtidspleie; dvs. utgifter til sykehjem, hjemmesykepleie m.v. som helseutgifter, mens svært mange andre land bl.a. våre naboland Sverige og Finland definerer dem eller deler av dem som sosiale utgifter. For å gjøre helseutgifter sammenlignbare er det derfor nødvendig å se på helseutgifter eksklusive langtidspleie (jf kap. 2.2).

- **Feilkilde 2:**

Den kjøpekraftsparitet OECD bruker, korrigerer ikke for forskjellene i pris og lønnsnivå knyttet til innsatsfaktorene som brukes til helsetjenester, men til en varekurv basert på de varer og tjenester som BNP er sammensatt av i de enkelte land. Det fører til at i land med høyt lønnsnivå, blir ressursbruken kraftig overvurdert, mens i land med lavt lønnsnivå blir ressursbruken kraftig undervurdert. Eksempler på førstnevnte land er Norge og Danmark, mens eksempler på sistnevnte land er Østeuropeiske land (Jf Kap 2.3).

¹⁴ OECD: Health at a Glance 2011 (årlige utgaver foreligger siden 2001).

¹⁵ Kjøpekraftsparitet er definert på s 23.

OECD lager imidlertid nyanserte sammenligninger av ressursbruk mellom sine medlemsland og baserer dem på fire hovedindikatorer:

- Helseutgifter per innb. i absolutte utgifter (målt i kjøpekraftsjustert dollar)
- Helseutgifter som andel av BNP
- Gjennomsnittlig årlig realvekst i helseutgifter per innbygger de siste 10 år
- Samvariasjon mellom utgiftsnivå til helsetjenester per innb og BNP per innb.

Indikatorene utenom helseutgifter per innbygger gir et annet bilde av den norske ressursbruken. Målt ved andel av BNP ligger Norge omtrent på gjennomsnittet for alle OECD land og lavere enn andre land som har høyt inntektsnivå. Når det gjelder gjennomsnittlig årlig realvekst i helseutgifter per innb de siste 10 år er Norge blant de land med lavest realvekst i henhold til OECDs beregninger.

Et land kan selvsagt ikke være blant de med lavest realvekst i helseutgiftene og samtidig relativt sett få stadig høyere utgiftsnivå enn andre land. Derfor er det for Norge selvmotsigelser i det bilde de ulike OECD-indikatorene gir. Det skyldes at OECD bruker en kjøpekraftsparitet som ikke gjenspeiler pris og lønnsforskjeller i innsatsfaktorene til helsetjenester.

Den siste indikatoren fra OECD, samvariasjon mellom helseutgifter per innb. og inntektsnivå målt ved BNP viser at det norske utgiftsnivået er lavt sammenlignet med andre land med høyt inntektsnivå.

Hovedkonklusjoner når sammenligningene baseres på pris- og lønnsforhold for helsetjenester og rene helseutgifter.

I kap. 3 har vi laget sammenligninger av helseutgiftene for 2009 hvor vi ser på de rene helseutgifter; dvs. helseutgifter eksklusive utgifter til langtidspleie og basert prisomregningene på prisene på innsatsfaktorene til helsetjenester. Dette har vi gjort for europeiske land fordi det er bare for disse land det foreligger kjøpekraftspariteter basert på innsatsfaktorene til helsetjenester. Tallgrunnlaget for utgifter er det samme som brukes i OECDs rapport "Health at a Glance" 2011, mens Eurostats kjøpekraftspariteter for helseutgifter og BNP er brukt for å korrigere pris- og lønnsomregningene.

Når en sammenligner helseutgifter som er mer sammenlignbare; dvs. ser på helsetjenester eksklusive langtidspleie og bruker kjøpekraftsparitet for innsatsfaktorene til helsetjenester, er det et ubestridelig faktum at norske helseutgifter per innb. er på gjennomsnittet for de vestlige EU landene. Høyest utgiftsnivå har land som Sveits, Tyskland, Frankrike, Østerrike og Nederland.

Av de nordiske land ligger vi litt lavere enn Sverige og litt over Danmark og Finland. Lavest er utgiftsnivået i en del østeuropeiske land.

I forhold til inntektsnivå målt ved BNP, er Norge det land med lavest utgiftsnivå til helsetjenester eksklusiv langtidspleie av de europeiske land vi har tall for. Dette er vist i kap. 4. Vi ligger også blant de aller laveste om vi i stedet for BNP ser på innenlandsk anvendelse av BNP og holder det særnorske eksportoverskudd utenom. Da utgjør vår andel knapt 8 pst. De andre nordiske land har utgiftsandeler i forhold til BNP fra 8 pst til 9,2 pst. Høyest av de europeiske land ligger Frankrike og Tyskland med utgiftsandeler på over 10 pst.

Vekst i helseutgifter per innb er analysert i kap 5. Her viser tallene fra OECD og og Statistisk Sentralbyrå (SSB)¹⁶ det samme bilde for Norge. Vår vekst i utgifter i faste priser er å finne blant de land med aller lavest vekst. SSBs statistikk for helseutgifter viser at det i de senere år har vært en vekst i ressursbruken til sykehjem og hjemmesykepleie. Gjennomsnittet per år fra 2002 – 2011 i faste priser er 3,4 pst (jf tab s); dvs. i takt med veksten i privat konsum.

Dersom vi ser på de rene helseutgifter (eksklusiv sykehjem og hjemmesykepleie) blir bildet endret. Per innbygger er disse helseutgiftene i faste priser i 2011 på samme nivå som i 2002. De var høyest i 2007 med kr 28764 i 2005 priser. Etter det har utgiften blitt redusert hvert år og er i 2011 på kr 27078 per innb i 2005 priser. Det er litt lavere enn utgiftsnivået i 2002. En av hovedeffektene av helseforetaksreformen i 2002 har derfor vært en kraftig nedprioritering av ressursbruk i helsetjenester eksklusiv sykehjem og hjemmesykepleie. Mens ressursinnsats i sykehjem og hjemmesykepleie vokser om lag i samme takt som privat konsum. Dette er hovedårsaken til at lokalsykehus blir nedlagt og at en prøver ut en politikk hvor sykehus tjenestene skal sentraliseres til færre og større sykehus.

Det viktigste nye tiltak fra våre statlige helsemyndigheter gjennom samhandlingsreformen er å overføre midler fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Riktignok skal kommunene pålegges å betale deler av dette for spesialisthelsetjenester til sine innbyggere. Premissen for det er påstander om at vi bruker for mye på sykehusene og at det er mer effektivt og gir bedre helseeffekter for befolkningen å utvikle alternative kommunale tjenester. Dette fortoner seg som et paradoks i lys av at de internasjonale sammenligninger av ressursbruk nettopp viser at på dette område har Norge lav ressursinnsats sammenlignet med andre land med høyt inntektsnivå.

¹⁶ SSB:Helseregnskap 1977-2011. Tabell 1 Nøkkeltall 1997-2011 og tabell 2 Helseutgifter etter type 1997-2011.

OECD TALL FOR NORGE FRA HEALTH AT A GLANCE

	2001	2009
HELSEUTG. PER INNB. (Målt i pppBNP)	Tredje høyest (Etter USA og Sveits)	Nest høyest (Etter USA)
PROSENTANDEL AV BNP	På gjennomsnittet for OECD-landene (8,3 PST)	På gjennomsnittet for OECD-landene (9,6 PST)
VEKST HELSUTG. PER INNB	4,2 PST	2,4 PST
Gjennomsnitt siste 10 ÅR	(Over gj.snitt OECD)	(Blant de laveste i OECD)

HELSEUTGIFTER PER INNB KORRIGERT FOR LANGTIDSPLEIE OG PPPHELSE. 2009

	HELSEUTG pppBNP	LANGTIDS- PLEIE pppBNP	RENE HELSE- UTG pppBNP	REN HELSE pppHelse
SVEITS	5144	977	4167	3999
NEDERLAND	4914	1130	3784	3975
SVERIGE	3772	302	3470	3460
NORGE	5352	1445	3907	3330

pppdollar

2. HVORDAN SAMMENLIGNE HELSEUTGIFTER MELLOM LAND SOM MÅL PÅ RESSUR SINNSATS TIL HELSETJENESTER?

2.1 Generelt

OECD utarbeider årlig sammenligninger av medlemslandenes helseutgifter i publikasjonen Health at a Glance (HaG). Første rapport kom i 2001. I denne analysen tas utgangspunkt i rapporten fra 2011 som presenterer tall fram til 2009.

Helseutgiftene i det enkelte land brukes som en indikator på et lands ressursbruk til helsetjenester. Hensikten med å sammenligne slike utgifter er ønsket om å belyse forskjeller i ressursbruk. Sammen med andre forhold kan det gi opphav til å vurdere forbedringer i organisering, styring, prioriteringer og tilbud i et lands helsetjenester. Det kan også gi opphav til å diskutere om vi bruker for mye eller lite ressurser til helsetjenester.

For å framskaffe sammenlignbare data fra de ulike land har OECD etablert et felles system for helseregnskap (SHA- System of Health Accounts) . Med utgangspunkt i disse dataene utarbeider OECD indikatorer for å sammenligne landenes utgiftsnivå. I HaG brukes fire hovedtyper indikatorer:

- (1) Helseutgifter per innb. i absolutte tall
- (2) Helseutgifter som prosentandel av BNP
- (3) Vekst i helseutgifter de siste 10 år
- (4) Kombinasjon av helseutgifter per innb. og BNP per innb.

Den første av indikatorene brukes for å måle det absolutte nivået på ressursbruken i forhold til innbyggertall. Den andre brukes for å vise hvor stor andel av samlet ressursbruk i landet som anvendes til helsetjenester. Den tredje angir utviklingen eller realveksten i ressursbruk de siste 10 år. Mens den siste angir sammenhengen mellom inntektsnivået og den andel av inntektsnivå som brukes på helsetjenester. For å få en nyansert nok sammenligning av nivå og utvikling er det nødvendig å se på alle disse indikatorer.

Mellom indikatorene vil det være sammenhenger. En måte å vurdere validiteten i sammenligningene er om det er konsistens eller inkonsistens mellom de resultater indikatorene gir. I så måte bør OECDs sammenligninger vekke bekymring. Måten det prisomregnes for å gjøre helseutgiftene sammenlignbare, fører til at helseutgifter per innb. i Norge i 2009 er høyest av de europeiske

land. Norge har i disse sammenligningene fra 2001 og utover også fått et stadig økende utgiftsnivå i forhold til andre land. Når det gjelder vekst i helseutgifter de siste 10 år, er Norge likevel blant de land med lavest vekst. For indikatoren helseutgifter som prosentandel av BNP ligger Norge på gjennomsnittet for de samme landene. Når vi kombinerer helseutgifter per innbygger og inntektsnivå så ligger Norge lavere enn sammenlignbare land. Mao disse indikatorene gir ulike bilder av Norges ressursbruk sammenlignet med andre land og også bilder som er direkte selvmotsigende. Et land kan selvsagt ikke relativt sett få stadig høyere nivå på utgiftene enn land som har større realvekst i utgiftene.

Skal slike sammenligninger være interessante og meningsfulle, må to forhold av mer teknisk karakter være avklart:

- En må sørge for at de virksomheter som sammenlignes defineres på samme måte og at rapporteringssystemene er så godt utviklet at det samme rapporteres fra de ulike land.
- Dersom formålet med sammenligning av utgifter mellom land er å belyse forskjeller i ressursbruk mellom landene, så må det i tillegg til korrigeringer gjennom valutakurser tas hensyn til forskjeller i landenes lønns- og prisnivå på innsatsfaktorene til helsetjenestene.

Det er selvsagt ikke lett å oppfylle disse kriterier. Derfor vil det alltid være usikkerhet knyttet til sammenligninger av utgiftsnivå mellom land.

Selv om disse forhold skulle være oppfylt og tallene er sammenlignbare, kan en med utgangspunkt dem alene ikke konkludere om ulikheter i effektivitet mellom landene eller om en bruker for mye eller for lite. Forskjeller i utgiftsnivå kan for eksempel skyldes at standard/kvalitet og behov for helsetjenester er forskjellig. Behovene påvirkes av befolkningenes alders- og kjønnsfordeling og sosiale, geografiske og klimatiske forhold for å nevne noen. Skal vi vurdere eller sammenligne effektivitet mellom land må vi ta hensyn til slike forhold. Det ville kreve analyser som går langt ut over rammene for denne rapporten.

Hva slags helsetjenester et land kan utvikle for sine innbyggere, avhenger av landets inntektsnivå og befolkningens evne og vilje til å finansiere helsetjenester. De fleste studier av forskjeller mellom land konkluderer med at dess høyere inntektsnivået dess større andel av inntektene brukes på helsetjenester. Om et land bruker mye eller lite er derfor et relativt spørsmål og må sees i sammenheng med landets inntektsnivå. Siden Norge er blant de land med høyest inntektsnivå i verden, kan en forvente at vi bruker relativt mer til helsetjenester enn andre land. Norge er for eksempel det land i Norden som har

høyest inntektsnivå. Derfor kan vi forvente at ressursbruken i Norge er høyere enn i de andre nordiske land.

Det er to kilder som særlig gir opphav til feil i OECDs bruk og presentasjon av tall for helseutgifter i HaG:

- (1) Skal utgifter til langtidspleie regnes som helseutgifter eller sosiale utgifter? Det gjelder ikke bare eldreomsorgen, men også tiltak for funksjonshemmede og kommunal psykiatri.
- (2) Hvordan skal det korrigeres for ulikheter i pris - og lønnsnivå mellom landene? Helt konkret går det på hvilken kjøpekraftsparitet som skal brukes.

Den metodiske tilnærmingen som er valgt i denne rapporten, er å ta utgangspunkt i tallene for helseutgifter i Health at A Glance og analysere hva disse to feilkildene betyr og hvordan de kan korrigeres. Dette er drøftet i pkt 2.2 og pkt 2.3. I kap 3 og 4 er så beregnet hva utgiftsindikatorene viser når det er korrigert for feilkildene. Disse beregningene viser at utslagene av feilkildene er langt større for Norge enn for andre europeiske land med høyt inntektsnivå. For Norge overvurderes ressursbruken. Det gjelder også for vårt naboland Danmark. Det gir også store utlag for land med lavt inntektsnivå. Her undervurderes ressursbruken vesentlig.

Problemene med å lage meningsfylte sammenligninger er tidligere tatt opp i analyser i våre naboland Sverige og Danmark (Gerdtham og Jønsson¹⁷ fra Lund Universitet, Søgaaard¹⁸ ved Århus Universitet). I Norge har vi tatt det opp i 2007 og 2010 (Jensen og Bollingmo: Helsereform. utfordringer og løsninger og Jensen, Hagen og Østre: Helsesektorens økonomiske og administrative utfordringer). Miljøet av norske helseøkonomer og helsestatistikere og våre sentrale helsemyndigheter har stort sett brukt tallen fra OECD ukritisk. Unntaket er Melberg som i en rapport i 2009 og 2011 har drøftet feilkilden særlig knyttet til langtidspleie.

Det har dessverre tatt alt for lang tid for våre helsemyndigheter og våre statistikkmyndigheter å medgi at det har vært og er store feilkilder i rapporteringen av helseutgiftene. Det kan illustreres ved offentlige uttalelser fra våre statistikkmyndigheter etter at tallene i denne rapporten ble presentert i et foredrag på Fagforbundets sykehuskonferanse 29. februar. I en kronikk i Klassekampen den 9.mars gikk Hallvard Bakke gjennom de samme feilkildene.

¹⁷ Gerdtham, U-G, Jønsson, B. International Comparisons of Health Expenditure. Amsterdam 2000.

¹⁸ Søgaaard, Jes, International Reliability of SHA Total Expenditure on Health. 2008.

Det utløste allerede 10. mars et svar i Klassekampen fra sjefen i SSB hvor han går god for OECDs sammenligninger:

”Han (Hallvard Bakke) hevder at tallene fra Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) for Norge er feil, og at SSB regner utgiftene til langtidspleie som helseutgifter, mens andre land registrerer dette som sosiale utgifter. Dette er feil.”

Det blir motsagt i en ny kronikk i Klassekampen torsdag 15. mars hvor feilkildene knyttet til langtidspleie og bruk av kjøpekraftsparitet slik de framgår av denne rapporten, gås nøyere igjennom.

SSB (fagdirektør Anne Rømo) svarte i Klassekampen den 17. mars og fastholder at det ikke er noen feilkilde knyttet til langtidspleie og at vi i så måte bygger på feilt tallgrunnlag. Men SSB innrømmer at det kan være et problem at det brukes feil kjøpekraftsparitet:

”Å bruke kjøpekraftsparitet for helseutgifter, som Jensen skriver, kan være relevant for å sammenligne helseutgifter”.

Senere er det kommet oppslag om denne problematikken i P4, VG og Nationen. Det utløser nye oppslag i Klassekampen 21. april. Her innrømmer også SSB at det er en feilkilde knyttet til langtidspleie:

”Det er riktig at noen land ikke har vært klare nok, Sverige har for eksempel bare ført opp en liten del av sine utgifter til langtidspleie som helseutgifter, og resten som sosiale utgifter. Dermed har Sveriges helseutgifter blitt for lave i sammenligningene, sier Ann Lisbet Brathaug, sjef for Statistisk Sentralbyrås seksjon for nasjonalregnskap. Hun hevder imidlertid at de fleste OECD-land har ført utgiftene slik Norge gjør, og forteller at OECD har presisert føringen av pleie- og omsorgsutgifter.”

Mao. SSB innrømmer nå at det kan være feilkilder knyttet både til bruk av kjøpekraftspariteter og langtidspleie. De prøver imidlertid å bagatellisere det ved å påstå at det bare er noen få land som ikke fører utgiftene til langtidspleie som helseutgifter. I kap 2.2 har vi dokumentert at dette er en feil påstand jf f.eks fig 2 og 3 s 17.

Våre helsemyndigheter representert med statssekretær Robin Kåss i Helse og omsorgsdepartementet står likevel fortsatt på sitt. Uten snev av forsøk på å sette seg inn i problematikken konkluderer han like bastant som før i et intervju med P4 så sent som 12. mars 2012:

”Det er ingen grunn til å tvile på tallene fra OECD når det gjelder hvem som bruker mest på helse. Norge bruker mest penger på helse”¹⁹

I Nationen den 20. april forsterker han sin tillit til OECDs beregninger ved følgende uttalelse:

”Det er rett som OECD – tala syner, at vi ligg på topp i Europa”

I det etterfølgende skal vi vise at Robin Kåss tar grundig feil og vi får helt andre konklusjoner om norske helseutgifter dersom vi korrigerer for de to feilkilder som her er nevnt. Det må være bekymringsfullt å ha en person som statssekretær som mangler evne til å sette seg inn i komplekse tallmessige forhold.

2.2 Helseutgifter eller helseutgifter eksklusive langtidspleie

En viktig komponent i OECDs helseutgifter er utgifter til langtidspleie. I fig 1 er gjengitt tabellen som viser hvordan landenes løpende utgifter til helsetjenester er fordelt på funksjoner. Denne tabellen viser at Norge opererer med høyest andel utgifter til langtidspleie (sykehjem, hjemmesykepleie mv) med 27 pst av de løpende helseutgifter. Gjennomsnittet for OECD-landene er 12 pst; dvs under halvparten av det norske nivået. I Sverige er andelen bare 8 pst, mens Portugal oppgir utgifter som utgjør 1 pst som langtidspleie . OECD (Health at a Glance 2011 s 148 og 152)²⁰ skriver selv at noe av årsaken til disse forskjeller er ulik praksis mht å rapportere pleie og omsorgsutgifter som helseutgifter eller som sosiale utgifter og at dette begrenser sammenlignbarheten mellom landene når det gjelder de samlede helseutgifter.

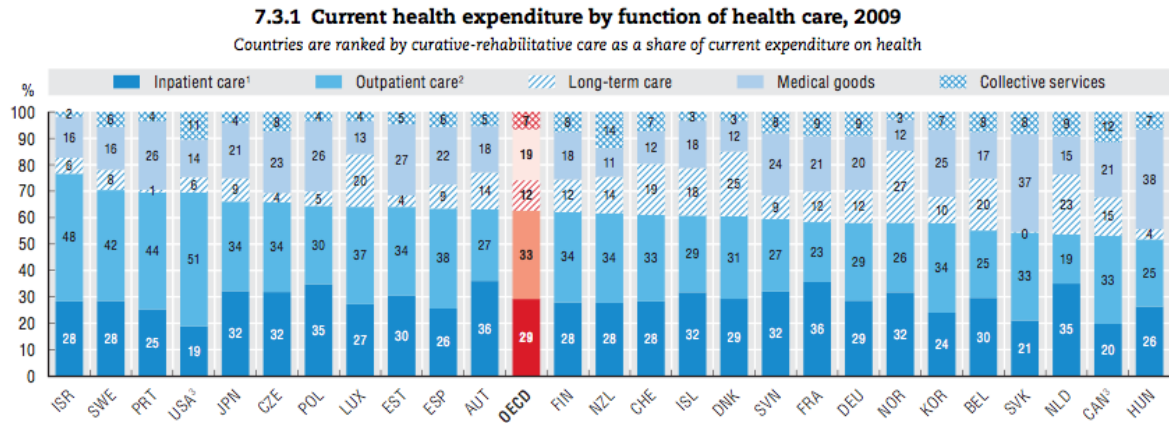
Dette har også OECD analysert eksplisitt i sin rapport. Fig 2 viser OECDs fordeling av utgifter til langtidspleie på helseutgifter og sosiale utgifter i 2009²¹. Der viser OECD at noen land oppgir alle utgifter som kan defineres som utgifter til pleie og omsorg som helseutgifter. Andre land tar overhode ikke slike utgifter med som helseutgifter eller tar bare med en mindre del av disse utgifter. Norge og Danmark er land som i disse oppgaver bare opererer med langtidspleie som helseutgifter, mens Sverige og Finland oppgir det meste av slike utgifter som sosiale utgifter.

¹⁹ <http://shar.es/pUX0K>

²⁰ Health at a Glance 2011 s 148: "Different estimation methodologies for long-term care spending, in particular the allocation of spending between health and social care, continue to limit the overall comparability of total health spending.

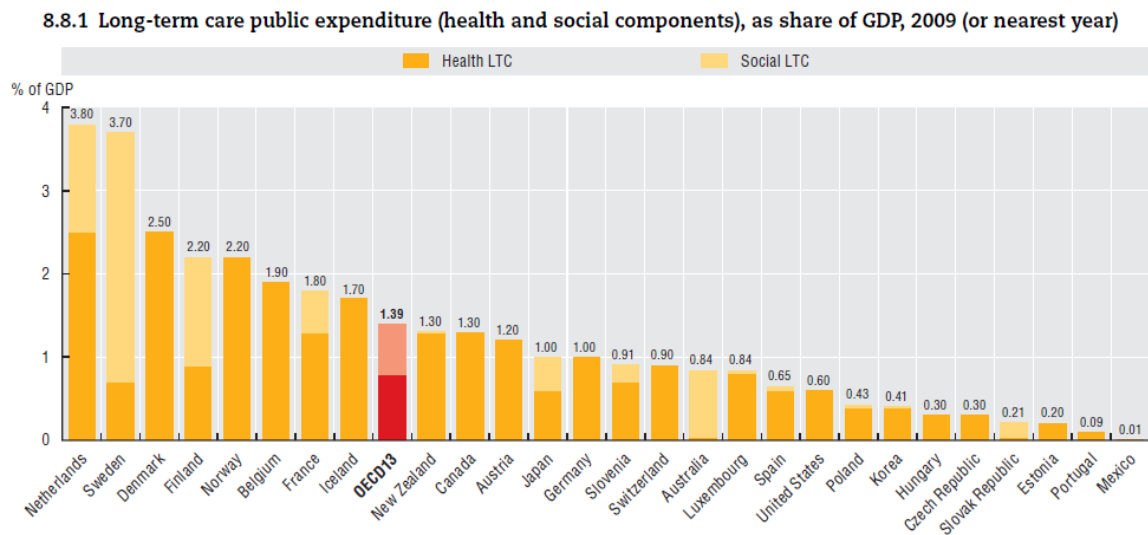
²¹ Health at a Glance 2011 s 177

Fig 1 Helseutgifter fordelt på funksjoner. 2009. Relativ fordeling i pst.



1. Refers to curative-rehabilitative care in inpatient and day-care settings.
 2. Includes home-care and ancillary services.
 3. Inpatient services provided by independent billing physicians are included in outpatient care for the United States and Canada.
 Source: OECD Health Data 2011.

Fig 2 Fordeling av langtidspleie som helseutgifter og sosiale utgifter 2009



Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526692>

Det er heller ikke noen nyhet for norske statistikkmyndigheter at det er store utfordringer knyttet særlig til hvor stor del av pleie og omsorgsutgiftene som skal henføres til sosiale utgifter og til helseutgifter. Bl. a. skriver Statistisk Sentralbyrå i en rapport i 2009²²:

”Det er verdt å nevne at i forhold til de andre landene bruker Norge relativt sett mer på helse og mindre på sosial omsorg (se også neste avsnitt om sosiale omsorgstjenester). Det må understrekes at mye kan knyttes til ulike grensedragninger i hvordan utgifter til pleie og omsorg for eldre og uføre føres. Norge har hatt som tradisjon å klassifisere utgiftene til drift av sykehjem som helseutgifter, mens andre land har klassifisert dette som sosiale utgifter.”

Dette betyr at når vi ser på de samlede helseutgifter inklusive langtidspleie så blir feilkildene så store at tallene OECD presenterer for samlende helseutgifter **ikke** er sammenlignbare. En må også kunne reise spørsmål om det er mulig å foreta sammenligning av utgifter til langtidspleie, som mål på ressursbruk, mellomland og faktisk også over tid. Det har sammenheng med at en må anta at måter å organisere dette på vil kunne variere svært mye fra land til land. Det helt spesielle er at i tidligere tider var dette i langt høyere grad omsorg innefor familiens dører. Hvor stor omfang familieomsorg har og hvordan den kan variere mellom land og over tid er kanskje ikke mulig å måle. Derfor er det kanskje en dårlig ide å definere utgiftene til langtidspleie som helseutgifter.

I sammenligningene må det derfor korrigeres for langtidspleie. I prinsippet kan det gjøres på to måter:

1. Holde utgiftene til langtidspleie utenom.
2. Framskaffe sammenlignbare utgifter til langtidspleie.

I vår analyse har vi valgt å holdt utgiftene til langtidspleie utenom og heller sammenligne de rene helseutgifter eller helseutgiftenme eksklusiv langtidspleie. Forutsetningen for at sammenligninger skal være meningsfylte er selvsagt at landene ikke tar med utgifter til langtidspleie (sykehjem og hjemmesykepleie) under andre kategorier av helseutgifter.

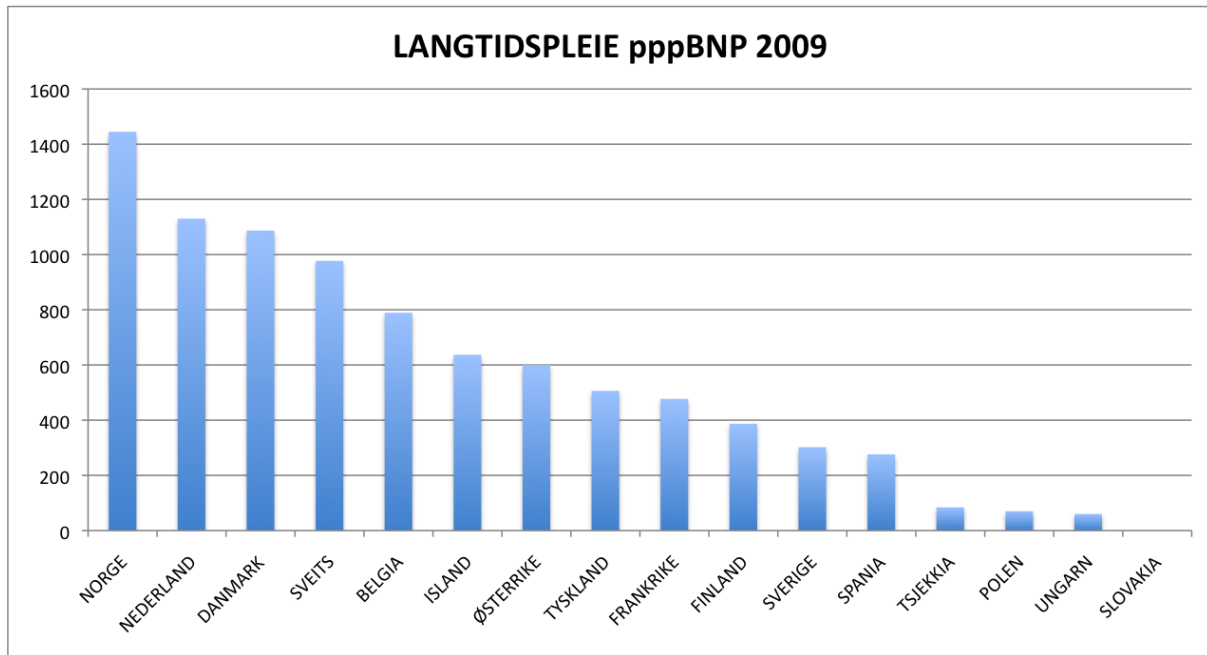
Jes Sjøgaard²³ konkluderte i en grundig analyse om dette allerede i 2008 på følgende måte:

²² Jakobsen, O.M: Offentlig konsum – en komparativ analyse av Norge, Sverige, Danmark og Sverige. SSB. 2009.

²³ Se fornote 18 s 15.

”The LTNC (Langtidspleie) component of Total Expenditure on Health is internationally unreliable. One possibility is to subtract this component from the total in order to improve overall reliability. The SHA Total

Fig 3 Utgifter langtidspleie per innb. 2009. pppBNP



Expenditure on Health is the only measure we have but still researchers, analysts and commentators should be more careful in their use of these data and more critical.”

Melberg²⁴ har fulgt opp Søgaards vurderinger og konkludert på lignende måte i analyser i 2011: *”If one uses the OECD numbers for total health spending (PPP adjusted, 2007), Norway appears to spend 47 % more than the other Nordic countries. This is misleading because the Norwegian figures include spending on long term nursing care which other countries categorize as long term social care”*

²⁴ Melberg, H O. Some problems with international comparisons of health spending. Oslo. 2011 s 3.

SINTEF forskerne²⁵, som uten reservasjoner, konkluderer med at Norge har verdens høyeste utgifter til helsetjenester etter USA er klar over dette forholdet. Likevel velger de å presentere sine vurderinger uten å korrigere for det.

I fig 3 er vist størrelsen på utgifter til langtidspleie per innbygger som er registrert i OECDs oversikt over samlede helseutgifter. OECDs anslag må reduseres med disse tallene for å bli sammenlignbare. Tallene viser at dette slår langt sterkere ut for Norge enn alle andre land enn Norge. For land som Sverige og Finland og de Østeuropeiske land betyr det lite. Det slår også sterkt ut for Danmark, Nederland og Sveits.

2.3 Hvordan skal helseutgifter per innb. gjøres sammenlignbare mellom land – kjøpekraftsparitet for BNP eller for innsatsfaktorene til helsetjenestene?

Måling av ressursbruk og valg av kjøpekraftsparitet.

Helseutgifter per innb. sammenlignes, som tidligere nevnt, fordi det skal være et mål på nivået for ressursbruk til helsetjenester. Landene har forskjellige valutaer og pris og lønnsnivå. For å kunne foreta sammenligninger av utgifter mellom land må vi derfor bruke en faktor for pris- og lønnsomregninger. Den mest nærliggende måte å gjøre dette på er å omregne med utgangspunkt i valuttakurser. Dersom det er ressursbruk eller varekvanta som skal sammenlignes, vet de fleste at denne omregningsmetoden ikke er brukbar fordi det i tillegg til valuttakursene er store forskjeller i pris- og lønnsnivå mellom landene. Derfor er det utviklet egne metoder for å foreta slike omregninger såkalte kjøpekraftspariteter (KKP-er).

En kjøpekraftsparitet er helt enkelt en omregningsfaktor som gjør at en enhet av en vare eller tjeneste koster like mye i land A som i land B. Generelt er det slik at kjøpekraftsparitetene varierer fra vare til vare. Det er særlig vanskelig å lage kjøpekraftspariteter for tjenester som ikke omsettes i markeder. Det gjelder storparten av helsetjenestene. For å lage slike pariteter er det inputprisene på arbeidsinnsats og andre varer og tjenester som brukes. For helsetjenester er lønn den helt dominerende faktor.

I henhold til regelverket for EØS defineres en kjøpekraftsparitet på følgende måte²⁶:

”KKP-er er omregningsfaktorer som er nødvendige i internasjonale sammenlikninger der en ønsker å sammenlikne økonomiske størrelser som for

²⁵ Kittelsen, S et all: Spesialisthelsetjenesten i Norden s 15. Trondheim 2011

²⁶ Europalov.no. Basisinformasjon om kjøpekraftspariteter.

eksempel bruttonasjonalprodukt (BNP) eller konsum per innbygger. Slike økonomiske størrelser er i utgangspunktet uttrykt i hvert enkelt lands valuta og prisnivå. Dette fører til at land med høyt prisnivå vil få sin posisjon overvurdert i forhold til land med lavt prisnivå, og omvendt. Bruk av KKP-er som omregningsfaktorer i stedet for nominelle valutakurser sikrer at tallene for hvert enkelt land uttrykkes i et felles prisnivå og en felles (beregningsteknisk) valuta. Dette er nødvendig for å sikre sammenliknbarhetene mellom landene.”

Det kan lages kjøpekraftspariter både for enkeltvarer og for grupper av varer og tjenester. OECD og Eurostat (EUs statistikkontor) utarbeider de kjøpekraftspariteter vi vanligvis bruker. Det er mest vanlig å bruke dollar eller euro som beregningsvalutta. Ved sammenligning av helseutgifter mellom land er det kjøpekraftspariter for innsatsfaktorene til helsetjenester (arbeidskraft, medisiner, medisinsk utstyr osv) som er mest relevante. Det er imidlertid flere som er tilgjengelige:

- Kjøpekraftsparitet for BNP (Privat konsum + Offentlig konsum + Bruttoinvesteringer + Eksport-Import) pppBNP
- Kjøpekraftsparitet for innenlandsk bruk av varer og tjenester (Privat konsum + Offentlig konsum + bruttoinvesteringer)
- Kjøpekraftsparitet for Offentlig konsum (pppOff.konsum)
- Kjøpekraftsparitet for innsatsfaktorene til helsetjenester (pppHelseutgifter)

Dersom en skal sammenligne helseutgifter mellom land som mål for ressursbruk er det åpenbart at det riktige er å bruke kjøpekraftspariteten for helsetjenester. Hovedalternativet er å bruke kjøpekraftspariteten for offentlig konsum siden sammensetningen av varer og tjenester som inngår i offentlig konsum og helsetjenester er relativt lik. Bruk av kjøpekraftsparitet særlig for BNP, men også for Innenlandsk bruk av varer og tjenester, er mer tvilsom å bruke fordi sammensetningene av varer og tjenester vil avvike vesentlig fra det som gjelder helsetjenester. Utslagene vil kunne bli vesentlige for et land som Norge med stor eksport og import og hvor vårt lønnsnivå er vesentlig høyere enn i de fleste andre land.

Hvilken kjøpekraftsparitet er det så OECD bruker for å foreta sammenligninger av helseutgiftene mellom land? Det er nettopp kjøpekraftspariteten for BNP. Den baseres på en kurv av varer og tjenester som skal være representative for sammensetningen av det enkelte lands BNP. Forutsetningen for at den kan brukes til å beregne ressursinnsatsen til helsetjenester er at den gir samme prisomregning som en tilsvarende paritet for innsatsfaktorene til helsetjenestene.

For å belyse om det er tilfelle har vi sammenlignet kjøpekraftspariteter Eurostat utarbeider for europeiske land for BNP, helsetjenester og offentlig konsum.²⁷

I fig 4 har vi beregnet forskjellene mellom kjøpekraftspariteten for helsetjenester og BNP og offentlig konsum og BNP i prosent for årene 2001 og 2009.

Beregningen viser hva slags utslag vi får på utgiftsnivået i prosent ved å gå fra å bruke kjøpekraftsparitet for BNP til å bruke kjøpekraftsparitet for helse og offentlig konsum. Vi ser at virkningene er ganske dramatiske. Både for 2001 og 2009 gir valg av kjøpekraftsparitet store utslag. Forskjellene for Norge er vesentlig større i 2009 enn i 2001. Det har sammenheng med at lønnsøkningen har vært sterkere i Norge enn i de fleste andre land i denne perioden. Vi ser også at forskjellene i prosent er større for offentlig konsum enn for helsetjenester.

Fig 4 VIRKNING PÅ UTGIFTSNIVÅ VED Å GÅ FRA KJØPEKRAFTSPARITET FOR BNP TIL KJØPEKRAFTSPARITET FOR HELSE OG FOR OFF KONSUM ENDRING I PST. (1)

LAND	Fra pppBNP til ppp Helse		Fra pppBNP. til pppOff konsum	
	2001	2009	2001	2009
Norge	-6,0	-14,8	-8,8	-15,8
Belgia	0	-14,5	-7,4	-15,3
Østerrike	-3,52	-7,9	-8,3	-13,0
Danmark	-10,0	-7,2	-9,0	-9,1
Sveits	-9,2	-4,1	-19,2	-17,0
Island	-1,2	-1,8	1,2	-0,4
Sverige	-7,7	-0,4	-5,9	-4,6
Spania	0,8	-0,2	2,1	0
Finland	-9,5	1,0	-5,3	-0,4
Tyskland	-5,3	1,6	-14,3	-1,8
Frankrike	5,0	2,9	-3,6	-4,7
Nederland	10,9	5,4	-1,2	-3,8
Slovakia	40,0	22,6	55,7	43,7
Polen	30,0	23,7	48,3	39,9
Tsjekkia	63,1	24,5	44,4	26,9
Ungarn	49,3	26,9	49,7	33,7

(1) Positiv verdi angir merutgiftene i prosent ved sektorspesifikk paritet i forhold til BNPparitet, mens minusverdi viser mindre verdi i prosent ved bruk av sektorspesifikk paritet

²⁷ Tilgjengelig på Internett:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/purchasing_power_parities/data/database. Lest 6. Oktober 2011.

I figur 5 og 6 har vi vist grafisk hvor sterke utslagene er ved gå fra å bruke kjøpekraftsparitet for BNP til paritetene for henholdsvis helse og offentlig konsum i 2009. Når det gjelder helsetjenester er Norge det land som ressursbruken blir sterkest overdrevet (14,8 pst for høyt) i 2009, mens den blir sterkest undervurdert for Polen (30,0 pst.). For offentlig konsum blir overvurderingen størst for Sveits (17,0 pst) og Norge (15,8 pst). Mens den blir sterkest undervurdert i Slovakia (43,7 pst) og Polen (39,9 pst). For de andre nordiske landene gir bruken av kjøpekraftsparitet for BNP størst overdrivelse av utgiftsnivået for Danmark. For de øvrige nordiske landene betyr det lite i 2009 hvilken kjøpekraftsparitet som brukes, mens det i 2001 også ga stor overdrivelse av utgiftsnivåene i Sverige og Finland, For de største EU-landene betyr valg kjøpekraftsparitet mindre.

Rent konkret betyr dette at når vi sammenligner ressursbruk på offentlige virksomhetsområder, så blir det langt større forskjeller mellom land med høyt og lavt lønnsnivå når vi bruker BNPpariteten enn om vi bruker de sektorspesifikke pariteter for helsetjenester eller offentlig konsum. Den feilkilde BNP pariteten representerer er større i forhold til pariteten for Offentlig Konsum enn pariteten for Helse. En viktig og generell konklusjon er derfor at OECD bruker en metode for prisomregninger mellom landene som gir inntrykk av at forskjellene mellom landenes bruk av ressurser til offentlige tjenester er langt større enn den er i virkeligheten.

For et land som Norge med svært høyt inntektsnivå vil derfor bruk av pppBNP for å prisomregne helseutgifter gi tall som viser for høy ressursbruk til helsetjenester sammenlignet med de fleste andre land. Dette vil også gjelde for andre land med høyt inntektsnivå. Forutsetningen er at lønnsnivået i helsesektoren er på linje med det generelle lønnsnivået i landet. Årsaken til at forskjellen blir så liten for et land som Sveits med generelt høyt lønnsnivå kan for eksempel skyldes at det relative lønnsnivå for helsearbeidere der er lavt. En må da huske at flertallet av dem som arbeider med helsetjenester ikke er leger, men sykepleiere og andre helsearbeidere. Dette har vi imidlertid ikke analysert nærmere.

Fig 5 Prosentvis endring i helseutgifter ved å gå fra kjøpekraftsparitet i BNP til kjøpekraftsparitet for helse. 2009

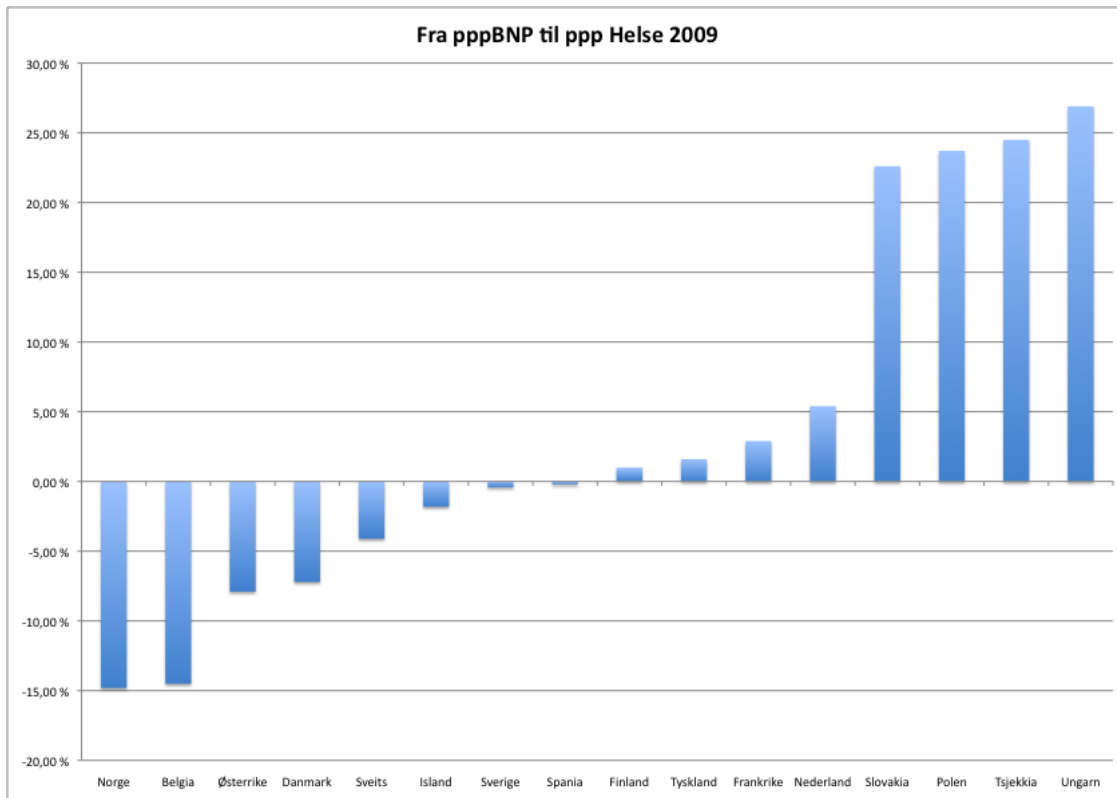
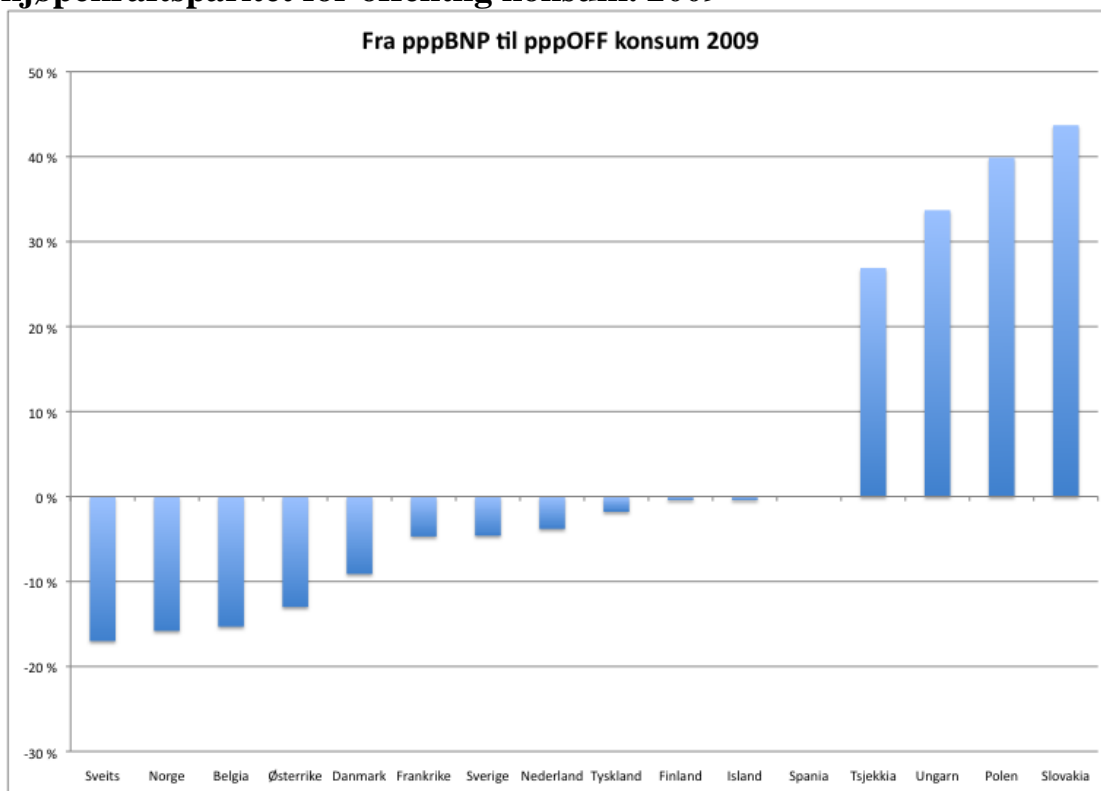


Fig 6 Prosentvis endring ved å gå fra kjøpekraftsparitet i BNP til kjøpekraftsparitet for offentlig konsum. 2009



I hovedsak har dette å gjøre med den relative lønnsutvikling og lønnsnivå mellom landene. Dette burde være velkjent for økonomer med innsikt i offentlig økonomi fordi det er Baumols kostnadseffekt som gjør seg gjeldende. Tjenesteytende virksomhet; enten det gjelder offentlig eller privat virksomhet, har ikke de samme muligheter til produktivitetutvikling som vareproduksjon. Når inntektsnivået øker bidrar det til at kostnadsnivået til produksjon av tjenester blir høyere enn kostnadsnivået til vareproduksjon.

Hvorfor brukes pppBNP og ikke pppHelse eller pppOff.konsum?

Hvorfor bruker OECD, våre helsemyndigheter og til og med vårt Statistiske Sentralbyrå likevel pppBNP til omregningene for å sammenligne helseutgifter og andre offentlige utgiftsområder? I realiteten vet vi da ikke engang hva vi måler. Et lands BNPparitet baseres for eksempel på en varekurv som skal gjenspeile sammensetningen av landenes BNP. Mao varekurvens sammensetning varierer fra land til land. Norges BNP er sammensatt på en annen måte enn de fleste OECD land. Olje og gass, fisk og metallproduksjon har større andeler i Norge enn i andre europeiske land. At den norske kjøpekraftspariteten for BNP skulle gi en kjøpekraftsparitet, som gjenspeiler lønns- og prisnivået for innsatsfaktorene til helsetjenester, er vanskelig å tro at noen vil hevde.

Vi har funnet følgende forklaringer og argumenter for bruk av pppBNP:

- Kjøpekraftspariten for BNP er lettest tilgjengelige og mest kjent.
- En har ikke kjent til de sektorspesifikke kjøpekraftspariteter Eurostat utarbeider bl. a. for helsetjenester, utdanning/undervisning og offentlig konsum.
- En har ikke visst at valg av kjøpekraftsparitet gir så store utslag i forhold til BNP paritet.
- For land med likt lønnsnivå og lik sammensetning av BNP gir ikke valg av sektorspesifikke eller BNP paritet særlig forskjell i resultat.
- Reallønsnivå gjenspeiler arbeidsinnsatsens produktivitet og skal ikke korrigeres for i sammenligningene. Dess høyere reallønn dess høyere er ressursinnsatsen.

- Overvurdering av ressursbruken er positiv fordi det gir argumenter for endringer og omstillinger som ellers ikke ville blitt akseptert, men som ledelsen mener er nødvendige og positive.

Den viktigste årsak til at BNPppp brukes, er sannsynligvis en kombinasjon at de er lettest tilgjengelig og at for en del av de største OECD-land betyr valg av parite lite. Dessuten har bevisstheten om den store effekt valg av paritet har på sammenligninger av utgiftsnivå ikke vært kjent. For fagfolk med innsikt i kjøpekraftspariteter kan årsaken ha vært at de ikke er oppmerksom på hvor stor feilkilden er blitt for et land som Norge.

Kanskje kan disse effektene litt uhøytidelig omtales som "Kjuttaefekten". Mange har sikkert hørt historien om Kjutta (byorginal fra Kristiansand) som lå under en lykestolpe og lette etter et krone han hadde mistet. Hans venn kom forbi og hjalp han å lete. Men da de ikke fant den, spurte han Kjutta hvor han hadde mistet kronestykket. Kjutta pekte da på et sted et lenger ned i gaten og utenfor lyskretsen. Kameraten spurte da hvorfor han lette under lykten. Kjuttas logiske svar var; nei der borte er det mørkt, men her kan jeg se fordi det er lys.

Fra noen av helseøkonomene, som har gått god for pppBNP justerte utgiftstall for helsetjenester, argumenteres det med at en ikke skal korrigere for reallønnsforskjeller. De synes å mene at reallønn er et bedre mål på ressursinnsats i form av personell enn enklere volumtall i form av arbeidsinnsats for de enkelte yrkesgrupper fordi reallønn gjenspeiler arbeidskraftens produktivitet. Dette kunne kanskje være et argument dersom en sammenligner land med helt ulik utdanningstandard og faglig sammensetning av helsepersonell og ulik tilgang på medisiner og medisinsk teknologi. Men det er vanskelig å forstå at det kan gjelde for OECD-landene. Her er utdanningsstandard for helsepersonell og sammensetning av fagpersonale relativ lik, og de har tilgang på samme medisiner og medisinsk teknologi.

En kan nok heller ikke se bort fra at det også har ligget taktiske vurderinger til grunn for at tallene ikke tidligere er bestridt. Det kan ha sammenheng med at det er sentrale helsemyndigheter og statsminister, helseministre og statssekretærer i Helse og omsorgsdepartementet som hyppigst har brukt høye helseutgifter som argumenter for upopulære tiltak i helsesektoren. Dermed blir det stor prestisje knyttet til å "ha rett", og det blir vanskelig å innrømme faglige feil.

Vi har også blitt møtt med argumentet at dette kjenner vi til, men det er bra å overdrive. Det bidrar til lavere utgifter og høyere effektivitetspress, og det trenger vi fordi utgiftsbehovet i framtiden vil bli mye høyere.

Konklusjon

Konklusjonen på denne analysen er at det for svært mange land, slik OECD gjør det, blir direkte feil å bruke kjøpekraftsparitet for BNP til å prisomregne helseutgiftene dersom det er landenes ressursinnsats til helsetjenester som skal måles og sammenlignes. Da må en bruke kjøpekraftspariteten for helseutgifter eller alternativt kjøpekraftspariteten for offentlig konsum.

På mer generell basis er konklusjonen at dersom vi bruker pppBNP som prisomregner for innsatsfaktorene til helsetjenester, vet vi ikke hva vi måler og hva tallene gir uttrykk for. Det vil være helt tilfeldig om vi da får et riktig mål på ressursbruken.

En må også kunne konkludere med at våre helsemyndigheter, deres rådgivere og ikke minst den politiske ledelse forsømmer seg og gir alvorlig feilinformasjon når de bruker OECD-tallene uten å opplyse hva som måles eller korrigerer for feilkilden.

3. HELSEUTGIFTER PER INNBYGGER I NORGE SAMMENLIGNET MED ANDRE EUROPEISKE LAND 2009

I denne rapporten tas, som tidligere nevnt, utgangspunkt i tallene for helseutgifter per innb i Health at a Glance 2011. De tallene må korrigeres for utgiftene til langtidspleie og med kjøpekraftsparitet for helse.

Kjøpekraftspariteter for helse foreligger bare for europeiske land og er utarbeidet av Eurostat. Vår sammenligning er derfor begrenset til europeiske land hvor utgiftene til langtidspleie er skilt ut. De består av de nordiske land, de mellomeuropeiske land og noen av de Østeuropeiske land. Det tallbilde som da framkommer er presentert i tabell 7. Første kolonne viser tallene for samlede helseutgifter per innbygger i 2009 slik de er presentert av OECD. Andre kolonne viser utgiftene til langtidspleie. Tredje kolonne viser utgiftene til helseutgifter per innb fratrukket langtidspleie. Alle disse tallene er i kjøpekraftsparitet for BNP i dollar. I den fjerde kolonnen er helseutgifter eksklusive langtidspleie per innb omregnet til kjøpekraftsparitet for helse i dollar.²⁸

Norge har høyest utgift av disse landene nå vi ser på de misvisende tallene for samlede helseutgifter per innb. Når det er korrigert for feilkildene knyttet til langtidspleie og brukt den relevante kjøpekraftsparitet så er utgiftene for

²⁸ Metodikken, som er brukt, er å starte med tallene for helseutgifter per innb målt i kjøpekraftsparitet i dollar for BNP slik de foreligger i tab 7.1.1 HaG 2011 s 149. Videre har vi trukket ut utgiftene til langtidspleie basert på de andeler som er oppgitt i tab 7.3.1 i HaG 2011 s 153. Denne tabellen viser fordelingen etter løpende utgifter (Current expenditure), mens de totale utgifter også omfatter investeringsutgifter. Dette betyr at investeringsutgiftene er fordelt mellom langtidspleie og øvrige helseutgifter etter den samme fordelingsprosenten. Dette kan imidlertid ikke representere en feilkilde av betydning. Omregningen fra kjøpekraftsparitet for BNP er gjennomført ved å bruke forskjellen mellom BNPparitet og Helseparitet (jf fig 3 s. 23) i prosent slik Eurostat har beregnet den for 2009.

Fig 7

	HELSEUTG pppBNP	LANGTIDS- PLEIE pppBNP	RENE HELSE- UTG pppBNP	REN HELSE pppHelse	Endring pst
SVEITS	5144	977	4167	3996	-22,3
NEDERLAND	4914	1130	3784	3988	-18,8
TYSKLAND	4218	506	3712	3772	-10,6
FRANKRIKE	3978	477	3501	3603	-9,4
SVERIGE	3772	302	3470	3456	-8,4
ØSTERRIKE	4289	600	3689	3398	-20,8
NORGE	<u>5352</u>	<u>1445</u>	<u>3907</u>	<u>3329</u>	<u>-37,8</u>
DANMARK	4348	1087	3261	3026	-30,4
ISLAND	3538	637	2901	2849	-19,5
FINLAND	3226	387	2839	2867	-11,1
SPANIA	3067	276	2791	2785	-9,2
BELGIA	3946	789	3157	2699	-31,6
SLOVAKIA	2084	0	2084	2555	+22,6
TSJEKKIA	2108	84	2024	2520	+19,5
UNGARN	1511	60	1451	1841	+21,8
POLEN	1394	70	1324	1721	+ 23,5

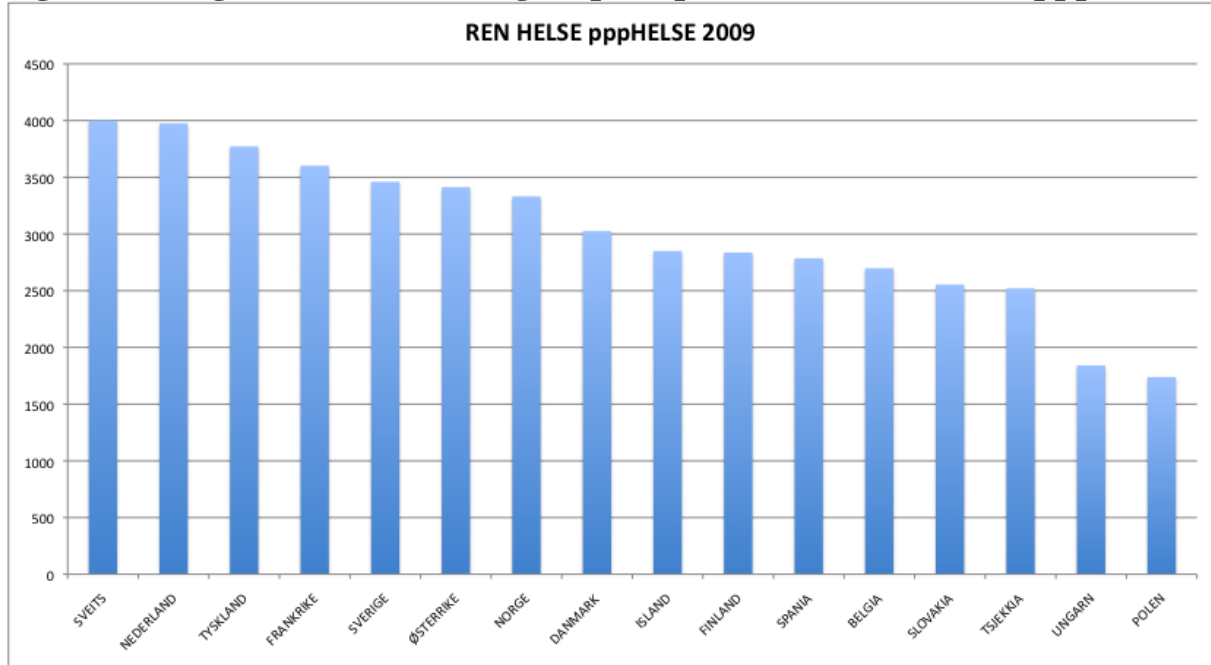
Norge på et nivå mellom de land som har høyest utgifter (Sveits, Nederland, Tyskland og Frankrike) og de land som har lavest utgifter (Polen, Ungarn, Tsjekkia og Slovakia). Gjennomsnittlig utgiftsnivå for disse landene er 3025 \$ målt i pppHelse. Norge sammen med Danmark, Island, Finland, Spania og Belgia ligger i et intervall av 10 pst avvik fra dette gjennomsnittet.

Vi ser også at i henhold til de misvisende tallene fra OECD for samlede helseutgifter per innb så har Norge, som ligger høyest, nesten 4 ganger så høyt nivå på ressursbruken som Polen som ligger lavest. Etter at det er korrigert for langtidspleie har Sveits, som nå ligger høyest, vel 3 ganger så høyt nivå på ressursbruken som Polen som fortsatt ligger lavest. Når vi også korrigerer med kjøpekraftspariteten for helse så er nivået på ressursbruken i Sveits noe over dobbelt så høyt som i Polen som fortsatt ligger lavest. Med andre ord de dramatiske forskjellene i utgiftsnivå mellom disse europeiske land som OECD tallene skaper inntrykk av blir langt mindre dramatisk og mer forståelig når det er korrigert for de to feilkildene.

De fleste med innsikt burde også intuitivt forstå at det ikke kan være riktig at ressursbruken per innb. til helsetjenester i Norge er nesten fire ganger så høy som i Polen. Med korrigeringer for de to feilkildene har Norge dobbelt så høy ressursbruk. Vi kan også sammenligne med Sverige. I henhold til de misvisende

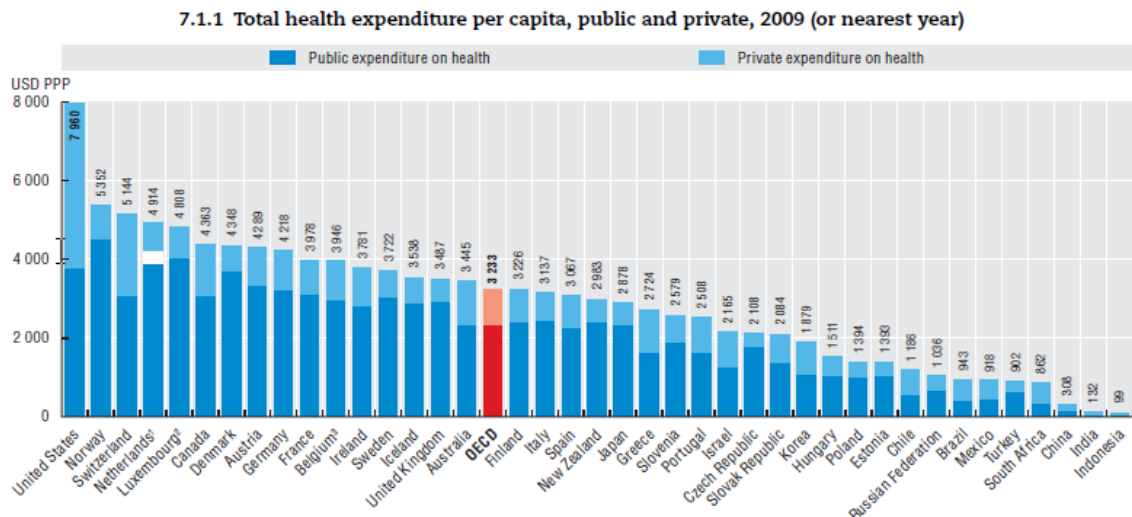
OECD tallene for samlede helseutgifter så er ressursbruken i Norge 41 pst høyere enn i Sverige. Etter korrigeringene er ressursbruken i Sverige litt høyere enn i Norge. Sluker vi OECD tallene rått, så forteller de også at Norge har fem

Fig 8 Helseutgifter eksklusiv langtidspleie per innb. 2009. Dollar pppHelse



Figur 9 Samlede helseutgifter per innb i OECDs beregninger

Kilde OECD Health at a Glance 2011



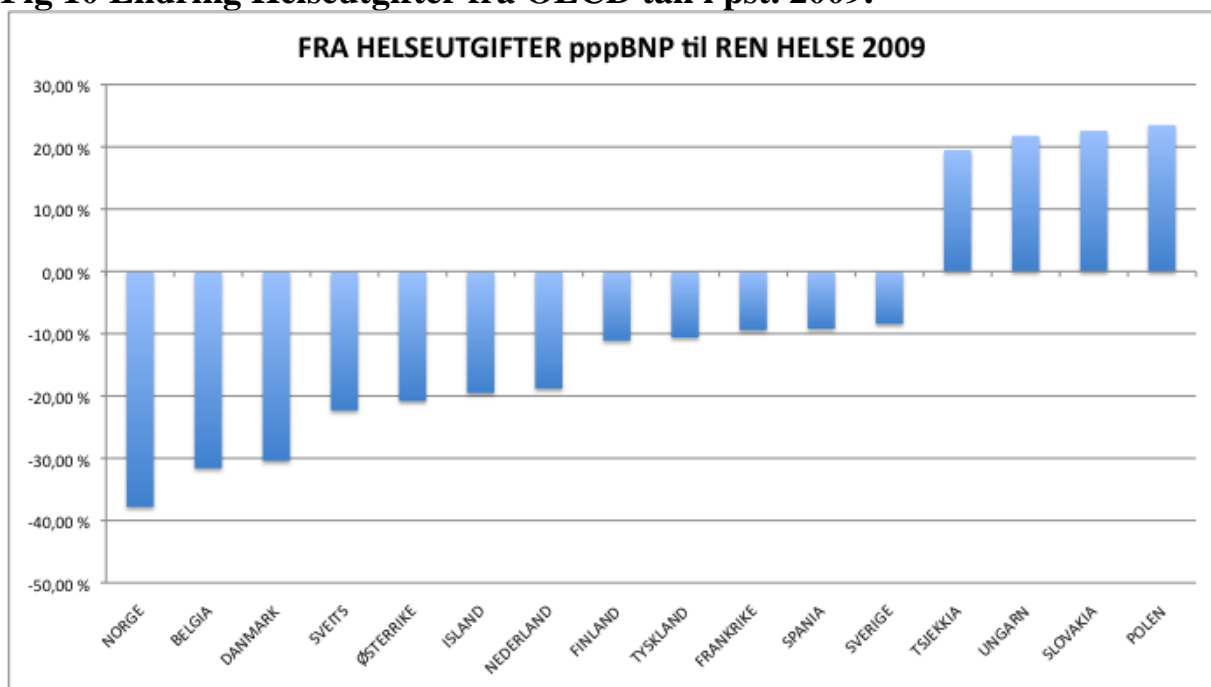
ganger så høy ressursbruk til pleie og omsorg som vårt naboland Sverige. En må mangle grunnleggende innsikt i forholdene i våre to land om slike tall tas alvorlig.

I fig 8 er forskjellene i utgiftsnivå mellom de europeiske landene framstilt grafisk. Her er det korrigert for feilkildene langtidspleie og brukt relevant kjøpekraftsparitet. Det viser at Norge i forhold til de mellom-europeiske land har lav ressursbruk til helsetjenester. Det samme har de øvrige nordiske land.

I fig 9 er de misvisende tallene fra OECD gjengitt. De viser et helt annet bilde ikke bare for Norge, men gir også inntrykk av langt større forskjeller enn det som er reelt. Vi kan derfor trygt konkludere med at OECDs tall for helseutgifter per innb. ikke kan brukes til å si noe om nivået på den samlede ressursbruk til helsetjenester for Norge sammenlignet med andre land. Deres statistikk gir også et inntrykk av alt for lav ressursbruk i land med lavt inntektsnivå og alt for store forskjeller mellom landene. OECDs tall for samlede helseutgifter per innb. er som mål på ressursbruk et vrengebilde av virkeligheten.

I fig 10 har vi vist hvor store feilkildene har vært i OECD tallene for de land vi har korrigert for feilkildene.

Fig 10 Endring Helseutgifter fra OECD tall i pst. 2009.



4. HELSEUTGIFTER SOM PROSENTANDEL AV BNP ELLER AV INNENLANDSK SLUTTANVENDELSE AV VARER OG TJENESTER

4.1 Hvordan sammenligne helseutgifter i forhold til landenes samlede resursbruk.

Når helseutgifter sammenlignes mellom land, er det vanlig å basere sammenligningene på den prosentandel helseutgiftene utgjør av bruttonasjonalprodukt (BNP). Da kan man forholde seg til landets eget pris og lønnsnivå og er ikke avhengig av kompliserte omregninger basert på kjøpekraftspariteter. Da blir dette også relative tall som til en viss grad tar høyde for at landene har ulikt inntektsnivå.

For et land som Norge er det imidlertid også her feilkilder. Problemet knyttet til at helseutgifter må defineres likt, er fortsatt til stede. Feilkilden knyttet til langtidspleie må det derfor korrigeres for om slike andelstall skal bli sammenlignbare. Da kan vi benytte oss av den samme korrigeringsfaktor som er brukt for å sammenligne helseutgifter per innb.

Den andre utfordringen er at BNP i enkelte land ikke gir et riktig bilde på den samlede ressursanvendelse innenlands fordi de har store og permanente eksportoverskudd. Dette skaper en vesentlig feilkilde for et land som Norge.

OECD bruker systematisk BNP i slike sammenligninger. Det er også et naturlig valg for de land hvor eksport og import over tid er relativt like i størrelse og utjevner hverandre. Da vil det heller ikke bety noe om en bruker innenlandsk anvendelse av varer og tjenester eller BNP som utgangspunkt for beregningene. I Norge er det imidlertid blitt vanlig å belyse ressursbruken i Norge som prosentandeler av BNP Fastlandsnorge. Begrunnelsen for bruk av BNP FastlandsNorge er å holde verdiskapningen fra olje- og gassvirksomheten utenom.

Det begrunnes med:

- Verdiskapningen fra olje og gass kan svinge svært mye fra år til år og det vil derfor framstå som om utviklingen i Norge er lite stabil
- Olje - og gass er kapitalreserver på havbunnen, og vesentlige deler av det som regnes som produksjon eller verdiskapning er bare omplassering av kapital. Selv om vi har lignende produksjon i for eksempel bergverk, så utgjør olje- og gassinntektene så stor andel av produksjonene (ca 25 pst) at den bør korrigeres for.

- Norge plasserer en vesentlig andel av olje - og gassintektene i finansiell sparing utenlands. Det som skal brukes innenlands er avkastningen av denne sparingen.

BNP Fastlandsnorge holder også verdiskapningen i utenriks sjøfart utenom. Det som gjør et slikt begrep umulig som utgangspunkt for sammenligninger med andre land, er at de ikke bruker tilsvarende begreper. Derfor er det spørsmål om det finnes andre samlebegreper for verdiskapning som kan fange opp noe av intensjonen med bruk av begrepet BNP Fastlandsnorge og som samtidig er sammenlignbar mellom land. Et reelt alternativ er å bruke begrepet ”Innenlandsk sluttanvendelse av varer og tjenester”. Det består av summen av Privat Konsum, Offentlig konsum og Bruttoinvesteringer i Norge og benevnes heretter som IBP. Hensikten med å måle helseutgifter som andel av BNP er nettopp å måle hvor stor andel av resursbruken i et land som brukes på helsetjenester. Da er forholdet til innenlandsk bruk av varer og tjenester til og med et bedre mål enn BNP.

I fig 11 er BNP, BNP Fastlandsnorge og IBP (Innenlands sluttanvendelse av varer og tjenester samt lagerendringer) for 2006, 2010 og 2012 gjengitt.

Forskjellen mellom BNP og IBP er differansen mellom eksport og import. Dersom eksporten er større enn importen blir IBP mindre enn BNP. Mens der importen er større enn eksporten vil IBP være større enn BNP. For land hvor det er balanse mellom eksport og import vil det, som nevnt, ikke bety noe om vi bruker IBP eller BNP. For Norge ser vi at i 2012 bruker vi ca. 15 pst mindre innenlandsk enn vi selv produserer. Vi ser også at dette tallet kan varierer mye. I 2006 brukte vi innenlands nesten 22 pst mindre enn vi selv produserte. Det betyr at vi har et tilsvarende stort eksportoverskudd. På den annen side er vår innenlandske anvendelse betydelig høyere enn verdiskapningene knyttet til BNP Fastlandsnorge, ca 11/12 pst høyere nivå for disse tre årene. Dersom vi bruker BNP Faslandsnorge, som utgangspunkt for å analysere offentlig ressursanvendelse, vil en alltid overvurdere den i forhold til om en ser den i sammenheng med innenlandsk anvendelse i Norge. Derfor gir det et misvisende bilde å sammenligne med BNP Fastlandsnorge.

Fig 11 BNP, Innenlandsk sluttanvendelse (IBP) og BNP fastlandsnorge. Milliarder kroner og prosentandel av IBP

	2006	2010	2012
BNP	2159,6 (122,0 pst)	2496,2 (115,4 pst)	2811,6 (115,1pst)
IBP(Innenlandsk sluttanvendelse)	1769,9 (100 pst)	2163,9 (100 pst)	2443,1 (100 pst)
BNP fastlandsnorge	1580,7 (89,3 pst)	1937,5 (89,5 pst)	2148,9 (88,0 pst)

Det gir også misvisende å sammenligne med BNP inklusive vårt store eksportoverskudd. Innenlandsk sluttanvendelse av varer og tjenester er etter min vurdering et mulig og godt kompromiss mellom dem.

Dersom vi går tilbake til årene før olje- og gassintektene, så var forskjellen mellom BNP og innenlandsk sluttanvendelse liten. Dvs. eksport og import utjevnet hverandre. Slik er det også i de aller fleste land. Dersom vi skal gi et riktigere bilde av ressursbruken innenlandsk, og også når vi skal sammenligne den med andre land kan vi derfor bruke størrelsen sluttanvendelse innenlands som alternativ til samlet BNP. Da vil også tallene være så noenlunde sammenlignbare med andre som bruker BNP. Videre vil den også kunne henges på tidsserier fra før vi fikk en situasjon med betydelig eksportoverskudd. Forutsetningen må være at vi også gjør tilsvarende omregninger for andre land med større eksportoverskudd eller - underskudd. For de landene vi sammenligner helseutgifter med gjelder det i tillegg til Norge Tyskland og Sveits.

I denne analysen vil vi likevel bruke den andel helseutgiftene eksklusiv langtidspleie utgjør av BNP som hovedutgangspunkt for sammenligningene slik OECD gjør det. For å få en riktigere sammenligning for Norge vil vi imidlertid også vise hva resultatet blir dersom vi korrigerer for Norges store eksportoverskudd; dvs. bruker innenlandsk sluttanvendelse av varer og tjenester.

4.2 Helseutgiftenes andel av BNP/samlet innenlandsk ressursbruk.

I fig 12 er tallene som viser helseutgifter slik OECD oppgir dem som prosentandel av BNP og helseutgifter eksklusive langtidspleie som prosentandel av BNP gjengitt. Igjen får vi store og forskjellige utslag for landene. Dersom vi ser på helseutgifter inklusive langtidspleie er forskjellen mellom landet med høyest andel; Frankrike og det med lavest andel Polen 4,4 prosentpoeng. Dersom vi ser på helseutgifter eksklusive langtidspleie og holder Norge utenfor så blir forskjellen mindre; 3,4 prosentpoeng. Brukes de misvisende OECD tallene så ligger Norge omtrent på gjennomsnittet. Men bruker vi de mer sammenlignbare tallene dvs. ser på helseutgifter eksklusive langtidspleie så ligger vi lavest av disse landene med 6,9 pst. Dersom vi korrigerer og i stedet bruker andel av samlet ressursbruk innenlandsk så økes vår prosentpoengandel til 8. Fortsatt ligger vi lavest av de landene som har høyt inntektsnivå. Vi har lavest ressursbruk av alle de nordiske landene og vesentlig lavere andel enn de mellomeuropeiske landene. Dette er vist grafisk i fig 13.

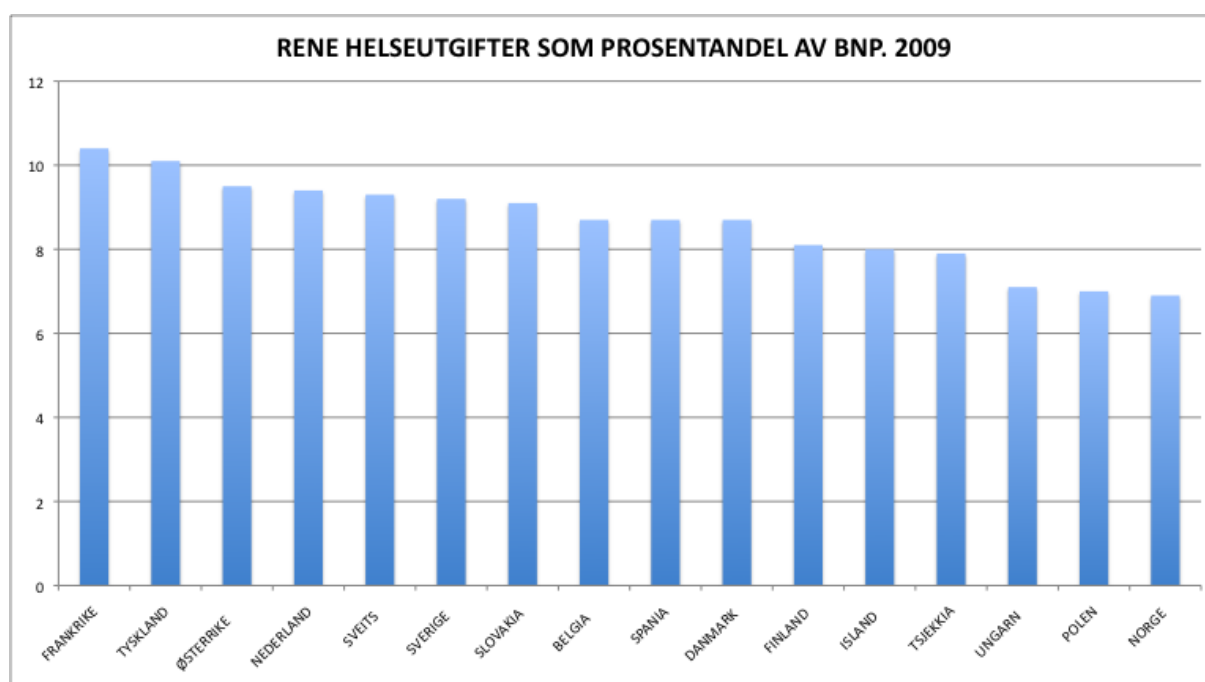
Norge er det av disse landene som har klart høyest inntektsnivå. Derfor skulle en forvente at Norges andel er høyest. Det gir en klar indikasjon på at Norge har vesentlig lavere helseutgifter enn det som kunne forventes ut fra vårt høye inntektsnivå. I stedet for det som helseministre, statssekretærer i Helse og omsorgsdepartementet, ledelsen i Helsedirektoratet og flertallet av helseøkonomer stadig hevder, at vår ressursbruk er den høyeste etter USA så indikerer de sammenlignbare tall det motsatte. Norge er en avviker ved at vårt utgiftsnivå er vesentlig lavere enn utgiftsnivået i andre land med høyt inntektsnivå. I stedet for et overforbruk av helseutgifter så indikerer sammenligningene et vesentlig underforbruk. Derfor burde det heller ikke overraske at vi sliter med for høye ventelister på viktige områder, at akuttmottak bygges ned og sentraliseres og at befolkningens misnøye med de offentlige helsetjenester er så store at stadig flere skaffer seg private helseforsikringer eller kjøper sine spesialisthelsetjenester hos private leverandører.

Fig 12

**HELSEUTGIFTER SOM PROSENTANDEL AV BNP, OECD S TALL.
KORRIGERT FOR LANGTIDSPLEIE 2009.**

	HELSEUTG. OECD	RENE HELSEUTG.
FRANKRIKE	11,8	10,4
TYSKLAND	11,6	10,1
ØSTERRIKE	11	9,5
NEDERLAND	12	9,4
SVEITS	11,4	9,3
SVERIGE	10	9,2
SLOVAKIA	9,1	9,1
BELGIA	10,9	8,7
SPANIA	9,5	8,7
DANMARK	11,5	8,7
FINLAND	9,2	8,1
ISLAND	9,7	8
TSJEKKIA	8,2	7,9
UNGARN	7,4	7,1
POLEN	7,4	7
NORGE	9,6	6,9

Fig 13



5. UTVIKLING AV HELSEUTGIFTENE 1997 - 2011

5.1 Generelt

I dette kapitlet skal utviklingen i helseutgiftene i de senere år analyseres nærmere. Tallgrunnlaget er i all hovedsak norsk offisiell statistikk. Vekstanalysene i Health at a Glance skal også trekkes inn, slik at veksten kan sammenlignes med veksten i andre land. Av den politiske debatten er det skapt et inntrykk av en svært sterk vekst. De offisielle tallene gir imidlertid et helt annet bilde. Veksten i helseutgiftene i faste priser har vært vesentlig lavere enn for eksempel i privat konsum, innlandsk disponering av varer og tjenester og BNP. Helseutgiftene har heller ikke økt sin andel i forhold til slike størrelser. Disse andelene har vært relativt stabil. At veksten er lavere enn det prosentandelene angir, har sammenheng med at pris- og lønnsstigningen for helsetjenester er høyere enn for gjennomsnittet for privat konsum og innlandsk disponering av varer og tjenester.

5.2 Realvekst i helseutgiftene – OECDs beregninger.

Når vekst skal beregnes står en ikke overfor de samme vanskeligheter som når nivået på helseutgiftene skal sammenlignes. For det første kan en anta at sammensetningen av de ulike komponenter som utgjør helseutgiftene er såpass stabile at en ikke trenger å være så opptatt av om alle land definerer og registrerer helseutgifter likt. Det er viktigere at landene hvert år bruker samme definisjon av helseutgifter. For det andre kan det deflateres med indekser for innenlandsk prisstigning for helsetjenester. En må kunne anta at landene utarbeider indekser for prisstigning etter de samme prinsipper. En trenger da ikke å gå omveien med kjøpekraftspariteter. Derfor er det riktigst å se på veksten med utgangspunkt i innenlandsk statistikk, For ordens skyld skal vi imidlertid først vise hva OECD sammenligningen viser.

På dette området kan også OECDs tall bli misvisende. Siden de prisomregner med utgangspunkt i kjøpekraftspariteten for BNP, må de også deflatere med prisindeks basert på BNP. For et land som Norge hvor en stor andel av BNP består av olje og gass kan vi få spesielle og merkverdige utslag for enkelte år. F.eks har vi gjengitt gjennomsnittlig årlig vekst i helseutgiftene per innb for perioden 1998 - 2008 i OECD i 2010 jf fig 14 . Der kommer Norge lavest ut av alle land med et årlig gjennomsnitt på 0,8 pst, mens gjennomsnittet for EU f.eks var på 4,8 pst. Disse tallene kan gi for lav vekst for Norge pga bruk av prisindekser basert på BNP og ikke helsetjenester.

Fig 14 Kilde OECD. Health at a Glance 2010

4.1.2. Annual average growth rate in real health expenditure per capita, 1998-2008

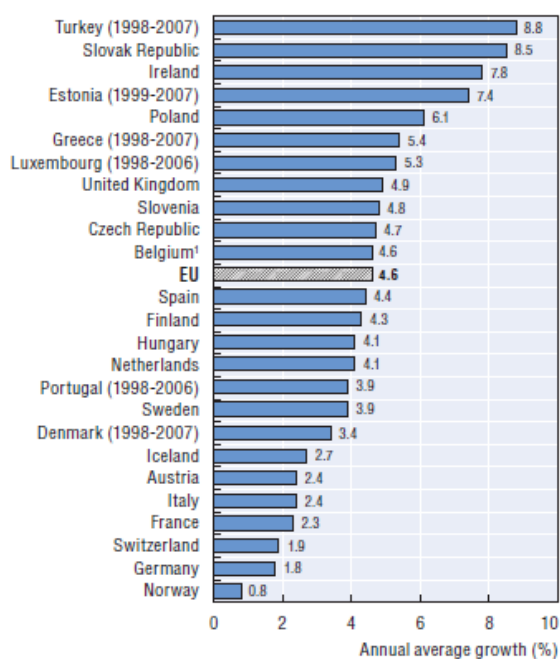
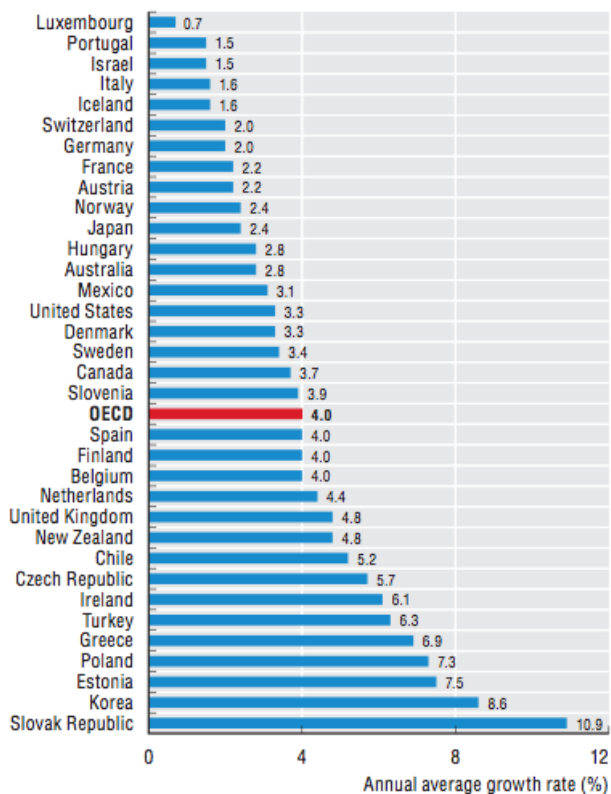


Fig 15

7.1.2 Annual average growth rate in health expenditure per capita in real terms, 2000-09 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2011.

I Health at a Glance 2011 er det kommet nye veksttall. Der er tallene for Norge blitt høyere. Det vises til figur 15 som er en kopi av figuren fra OECD. Norges gjennomsnittlige årlige realvekst i helseutgiftene per innb for perioden 2001 til 2009 er nå økt til 2,4 pst. Beregningsgrunnlaget må derfor være endret i forhold til tallene for perioden 1998-2008. Gjennomsnittet for OECD landene er på 4,0 pst, mens veksten i Sverige er 3,4 pst, Danmark 3,8 pst og Finland 4,0 pst. Det betyr likevel en vekst i helseutgiftene i Norge som er lav i forhold til andre OECD land.

5.3 Utvikling og vekst i helseutgiftene basert på tall fra SSB.

Statistisk Sentralbyrå presenterte torsdag 19. april 2012 sine tall for helseregnskap 1997-2011²⁹. De viser utviklingen i helseutgifter samlet, fordelt på typer utgifter. Tallene presenteres per innb og i faste priser (2005-priser) og løpende priser. De kan derfor brukes både til å analysere utviklingen i utgifter til langtidspleie (sykehjem og hjemmesykepleie) og rene helseutgifter; dvs. eksklusiv langtidspleie. De kan også brukes for å belyse utviklingen i forhold til samlet ressursbruk i Norge og utvikling per innb.

I tabell 16 er gjengitt utvikling for helseutgiftene eksklusiv langtidspleie og på langtidspleie separat både i faste 2005 priser og løpende priser. Vi har også tatt med tall for helseutgifter eksklusiv langtidspleie per innb. I tabell 17 er tilsvarende tall for utgifter til langtidspleie vist.

Hva viser så tallene i tabell 16? Linje en viser de samlede utgifter til rene helsetjenester. Andre linje viser de rene helseutgifter som prosentandel av samlet innenlandsk ressursbruk. Det var en kraftig økning i andelen i disse utgifter fra 2001 til 2003. Etter det har andelen falt fra 8,6 pst til 7,6 pst. i 2011. Tallene viser mao en kraftig kostnadsøkning knyttet til helseforetaksreformen. Deretter er ressursbruken redusert. Noen vil kanskje tolke dette som at Helseforetaksreformen har gitt en betydelig effektivisering av vår helsesektor. Min hovedtolking, og da baserer jeg meg også på sammenligninger med ressursbruken internasjonalt, er at den statlige overtagelse av sykehusene kombinert med en mer lukket foretaksstyring har bidratt til nedprioritering av spesialisthelsetjenestene.

²⁹ SSB: Helseregnskap 1997-2011. Tabell 1 Nøkkeltall 1997-2011 og tabell 2 Helseutgifter etter type 1997-2011.

Dette understøttes også av tallene i linje tre, fire og fem, som viser veksten i de rene helseutgifter i faste priser og i faste priser per innbygger. For det første viser de at vekst i våre helseutgifter eksklusive langtidspleie etter 2002 har vært lav og langt lavere enn veksten i privat konsum. Veksten i utgiftene til langtidspleie har vært høyere. Dersom vi ser på helseutgiftene eksklusiv langtidspleie per innb og i faste priser så har utgiftene blitt redusert etter 2007. Da utgjorde disse utgiftene kr 28764 per innb i 2005 priser. Etter 2007 er utgiftene sunket og er tilbake til nivået i 2002. Dette betyr at etter at staten overtok sykehusene fra fylkeskommunene så er ressursinnsatsen til dem blitt prioritert ned. Innsatsen til kommunenes pleie og omsorgstjenester har hatt en vekst mer i takt med veksten i samfunnsøkonomien mer generelt.

Figur 16

Nøkkeltall utvikling i helsesektoren 1997 - 2011 (i milliarder)

HELSEUTGIFTER

ÅR	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Helseutgifter eksklusiv utgifter til langtidspleie.	73,2	81,6	88,2	93,9	101,7	112,5	119,2	125	131,3	137,4	148,9	159,6	164,8	168,9	177,1
Helseutgifter eks. utgifter til langtidspleie som prosentandel av innenlandsk sluttanvendelse.	7,13	7,29	7,67	7,65	7,97	8,48	8,60	8,23	8,00	7,61	7,48	7,53	7,89	7,64	7,59
Helseutgifter eksklusiv utgifter til langtidspleie i faste priser.	99,3	103,9	108,9	110,4	114	122,9	125,7	128,6	131,3	132,1	135,5	135	136	136	134,8
Helseutgifter eksklusiv utgifter til langtidspleie i faste priser. Årlig vekst i prosent.		4,6	4,8	1,4	3,3	7,8	2,3	2,3	2,1	0,6	2,5	-0,1	0,7	0	-0,9
Helseutgifter eksklusiv langtidspleie per innbygger i faste priser (kroner).	22550	23445	24413	24603	25271	27083	27399	28003	28404	28342	28764	28174	28040	27674	27078
Helseutgifter per innbygger. Årlig vekst.		3,9	4,1	0,8	2,7	7,2	1,7	2,2	1,4	-0,2	1,5	-2,1	-0,5	-1,3	-2,2

Figur 17

Nøkkeltall utvikling i helsesektoren 1997 - 2011 (i milliarder)

UTGIFTER TIL LANGTIDSPLEIE

ÅR	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Utgifter til langtidspleie løpende priser.	20,8	23,9	27,5	30,8	33,5	39,6	40,4	43,4	45,7	49,3	52,9	61,3	65,7	68,6	72,4
Utgifter til langtidspleie løpende priser i prosentandel av innenlandsk sluttanvendelse.	2,02	2,13	2,39	2,51	2,62	2,98	2,91	2,86	2,79	2,73	2,66	2,89	3,15	3,10	3,10
Utgifter til langtidspleie faste priser.	28,2	30,5	34	36,2	37,6	41	42,6	44,5	45,7	47,4	48,1	52,5	54,2	55,3	55,1
Utgifter til langtidspleie. Faste priser. Vekst.	8,2	11,6	6,6	3,9	9	3,9	4,4	2,6	3,7	1,5	9,2	3,3	2	0	

De internasjonale sammenligninger i kap 3 og 4 viser at de rene norske helseutgifter er lave sammenlignet med andre land med høyt inntektsnivå. Det betyr at vi bruker mindre ressurser på slike tjenester enn sammenlignbare land. Det er en stadig utvikling i medisinsk teknologi og medisinske behandlingsmuligheter. Videre er det også en demografisk utvikling hvor den eldre befolkning, som har relativt størst behov for helsetjenester, øker mest. Dette kombinert med at våre realinntekter øker sterkt, innebærer også en økning i etterspørsel etter helsetjenester. Dette går selvsagt ikke sammen med ressurstildelingen og utløser et sterkt press for nedbygging i spesialisthelsetjenester og for å samle disse tjenestene til færre og større enheter. Det er dette som i hovedsak utløser den pågående nedlegging av lokalsykehus og samling av sykehusene til færre og større enheter. Den medisinske teknologiske utvikling tilsier selvsagt at en del sykehus tjenester bør samles og sentraliseres. Samtidig er det andre som kan ivaretas bedre og med mindre kostnader på lokalsykehusene. Dette kombinert med økning i behovet for helsetjenester pga aldringen i befolkningen, tilsier at vi også burde styrke og opprettholde vår desentraliserte sykehusstruktur.

Samhandlingsreformen bygger på en forutsetning om at det i Norge er overforbruk av sykehus tjenester og at pasientenes behov kan ivaretas bedre i kommunenes helse- og pleie og omsorgs sektor. Den er en retningsreform for å flytte ressurser fra sykehusene til kommunehelsetjenesten. Det skal så gi befolkningen kvalitativt bedre helsetjenester. Disse tallene, både sammenligningene med andre land med høye inntekter og utviklingen i ressursinnsats til nettopp sykehussektoren, indikerer at dette er å gå i helt feil retning.

Fig 18

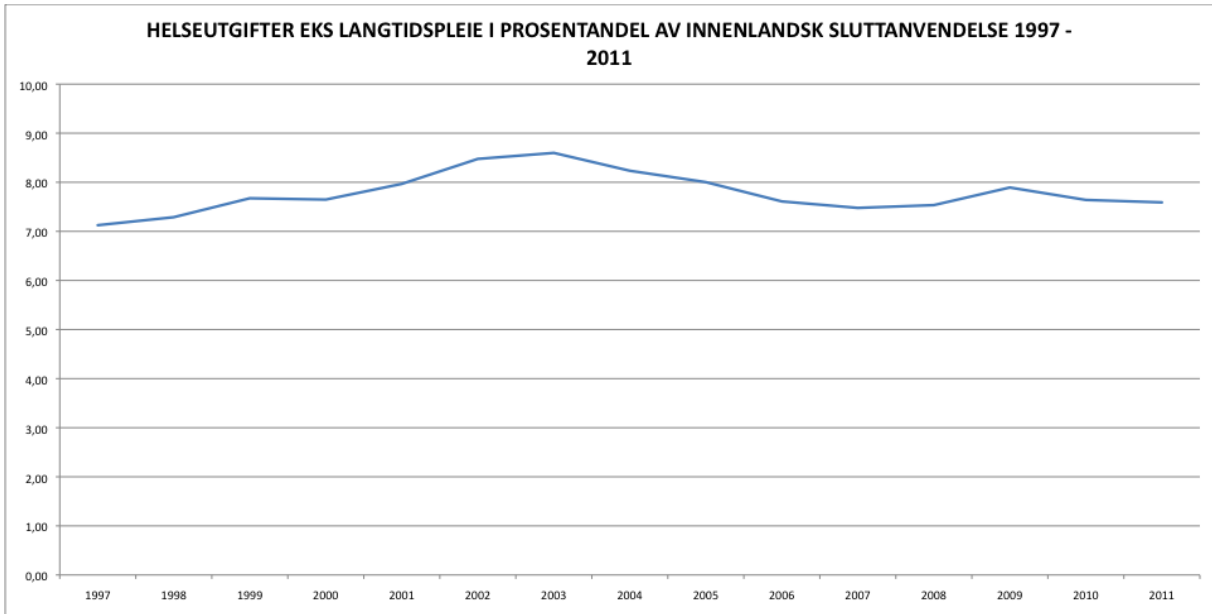


Fig 19

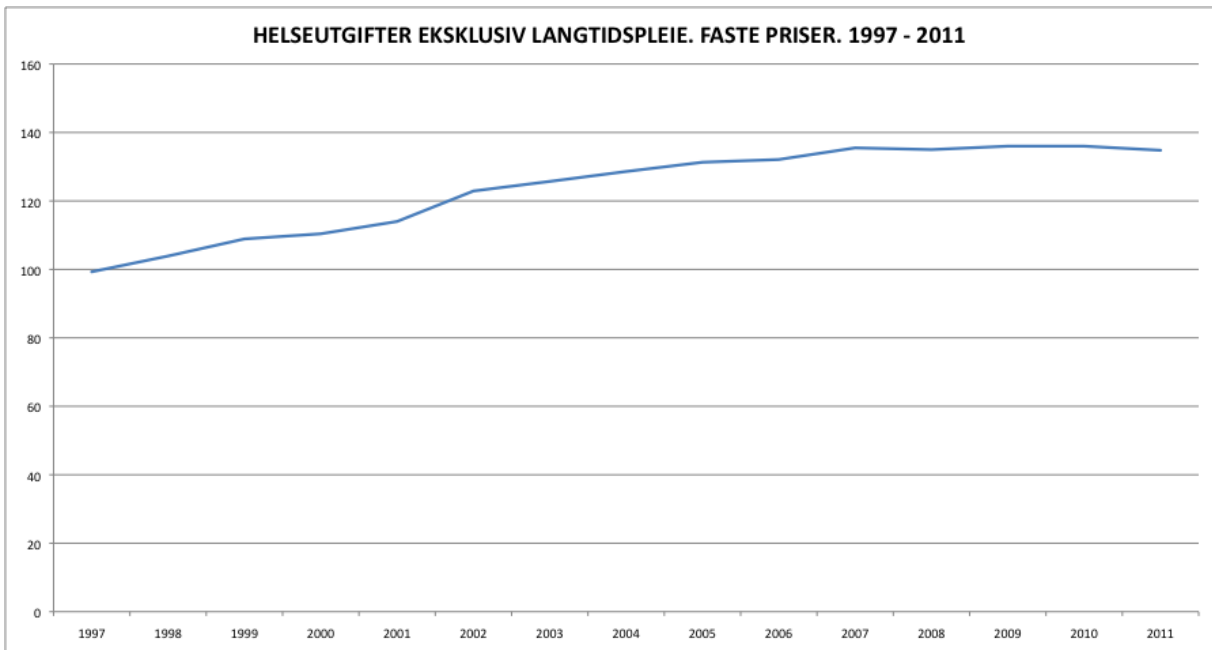


Fig 20

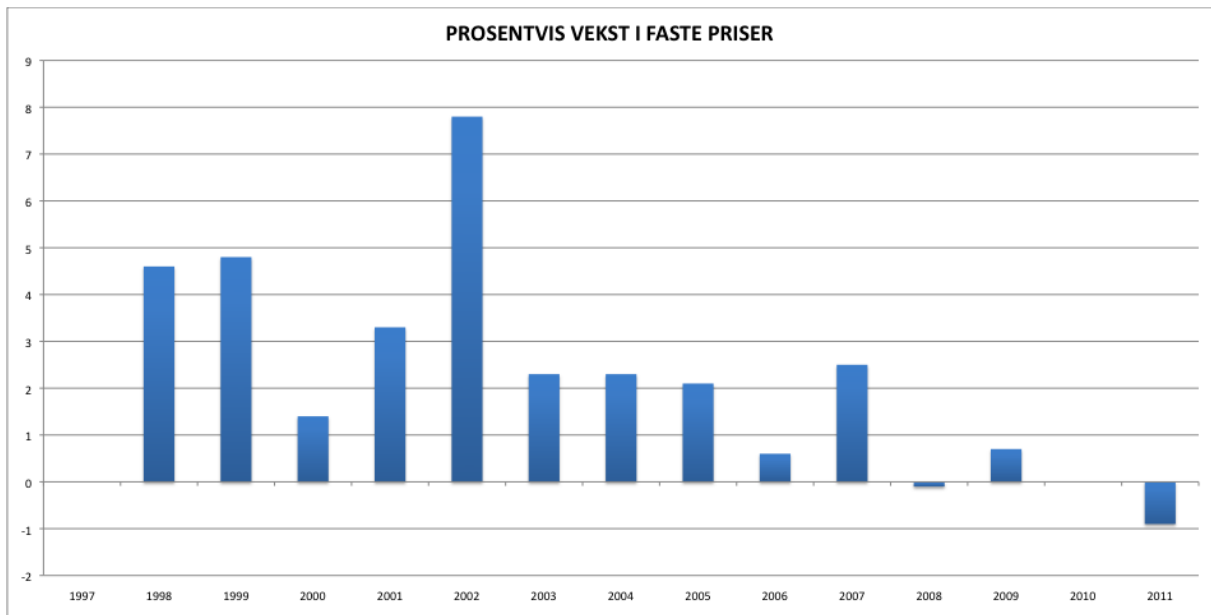


Fig 21

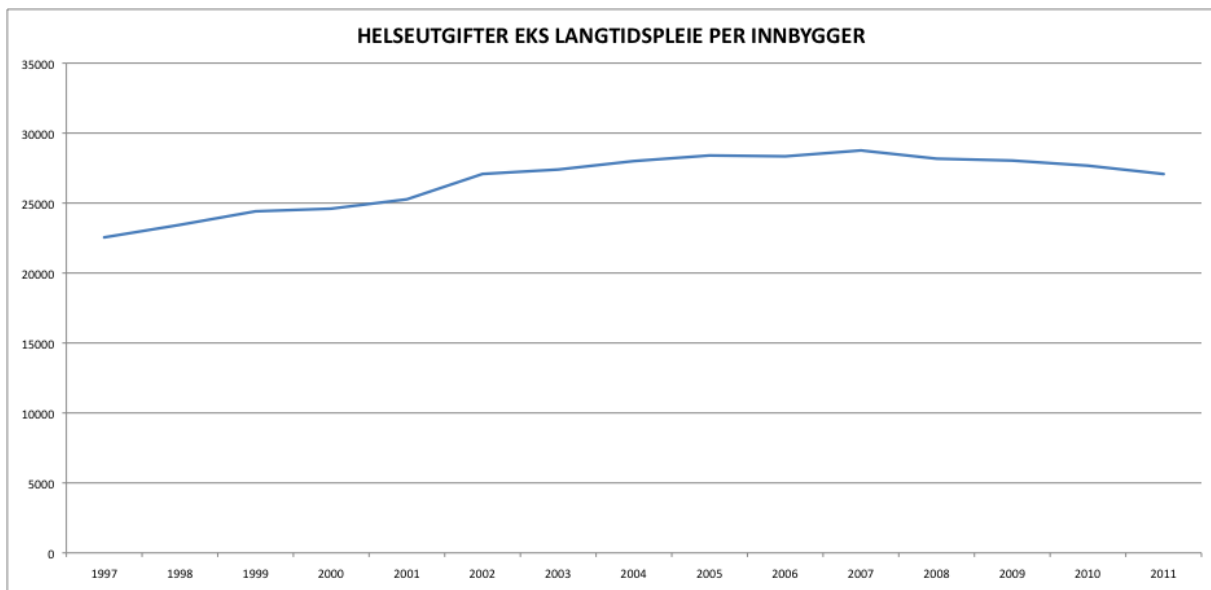
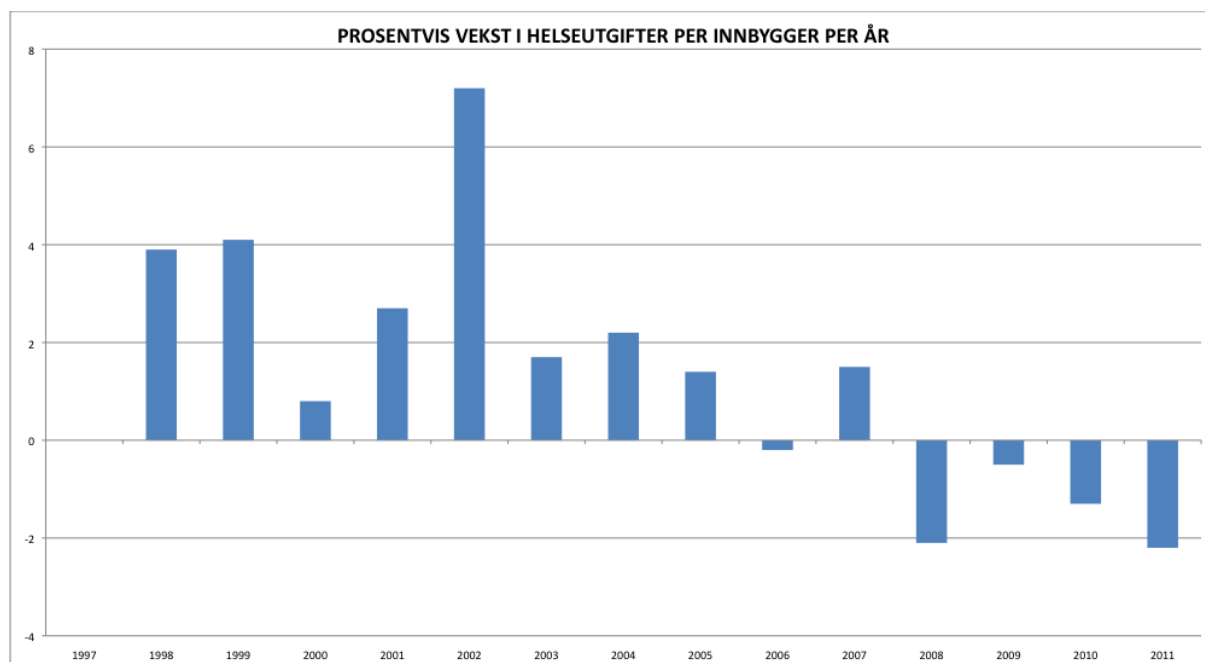


Fig 22



6. SYSSELSETTING I HELSESEKTOREN

På lignende måte som for helseutgifter er det vanskelig å sammenligne sysselsettingsnivået mellom land. Det har både sammenheng med hvordan helsesektoren defineres og organiseres, om en måler årsverk eller antall ansatte og om en har samme betegnelser for stillinger. Utfordringen knyttet til telling av hoder er den omfattende bruk av deltidsstillinger med til dels svært lave stillingsbrøker og bruk av ekstrahjelp. På dette området er det heller ikke bygget opp noe system for å lage sammenlignbare målinger.

OECD gjør derfor ikke en gang forsøk på å lage sammenlignbare tall for sysselsettingen i landenes helsetjenester. De presenterer imidlertid en oversikt over sysselsettingsnivået i helse - og sosialsektoren basert på utvalgsundersøkelser. Det opereres med antall ansatte og ikke årsverk.

De norske sentrale helsemyndigheter lar seg imidlertid ikke stoppe av det. Den 29. og 30. november 2011 var det store oppslag i så godt som alle norske presseorganer. Overskriften var felles ”20 prosent er ansatt i helse”. Kilden var et kapittel i ”Health at a Glance 2011”- ”Employment in the health and social sector”. I dagens Næringsliv, som i de andre presseorganer, var oppslaget basert på et intervju med helseminister Anne Grethe Strøm- Erichsen hvor hun analyserte konsekvenser av dette. Her er gjengitt innslaget i DN (29.november s. 27):

”20 prosent av sysselsatte i Norge jobber i helse- og sosialsektoren. Det er dobbelt så stor andel som OECD-snittet. Samtidig vil etterspørselen etter helsetjenester øke. Helseministeren er bekymret.

Det er ingen andre land i OECD som har en høyere andel sysselsatte i helse- og sosialsektoren. Dette fremgår av OECDs statistikk "Health at a Glance" for 2011. Etter Norge følger Danmark (18,4) og Nederland (15,9). Deretter følger de øvrige nordiske landene. OECD-gjennomsnittet er 10,1 prosent.

”Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen er bekymret over tallene. Hun viser til at Norge står på terskelen av eldrebølgen, samtidig som den medisinsk-teknologiske utviklingen fører til at folk lever stadig lengre med sykdommene sine og derfor også trenger mer hjelp i årene som kommer. Hvis vi ikke gjør endringer i helsevesenet, vil behovet for sysselsatte i sektoren bare øke, inntil hver tredje nordmann er ansatt i helse- og sosialsektoren, sier helseministeren.

Dette ser hun som umulig.

- Vi trenger jo også folk til å være lærere, kunstnere, ansatte i eksportindustrien, ingeniører og mye annet, sier statsråden.

Hun advarer derfor opposisjonen mot å være bremsekloss for omstilling i helsesektoren. Opposisjonspartiene har gått inn for utsettelse av Samhandlingsreformen og har krevd "time-out" i den gigantiske omstillingen ved Oslo Universitetssykehus (OUS).

- Vi kan ikke utsette reformer og trykke på pauseknapper når vi ser de utfordringene vi har på sikt. Vi trenger Samhandlingsreformen, og vi trenger omstillinger i sykehussektoren, blant annet i OUS.

Striden om lokalsykehusene er også et hett politisk stridstema.

- Vi kommer ikke til å klare å ha så spesialiserte tjenester alle steder som vi har i dag. Det er derfor vi gjør endringer. Vi trenger både en funksjonsfordeling mellom de mindre sykehusene og omstilling og samling av fagmiljøene ved OUS, og gjennom Samhandlingsreformen må vi sørge for at folk får rett behandling til rett sted til rett tid. Primærhelsetjenesten må ta en større del av oppgavene. Hvor går grensen for hvor stor andel som kan være sysselsatte i helse- og sosialsektoren?

- Det vil fortsatt bli vekst, men vi må være klar over at det er en grense. Ellers er ikke dette bærekraftig, sier Strøm-Erichsen.

- Hvorfor er andelen så mye høyere enn i andre land?

- Det er ikke tvil om at Norge satser mye på helse- og sosialsektoren, Vi lovt å øke antall sysselsatte i 2005, og det har skjedd. Men det er også andre grunner. Norge er et langstrakt land, og vi har hatt et mål om en desentralisert struktur i helse- og sosialsektoren. ”

Hvor stor er så sysselsettingen i den offentlige helse- og omsorgssektoren som ministeren uttaler seg om? For å avklare det er det nødvendig å ta stilling til to forhold:

1. Skal sysselsetting måles i antall personer som er innom helse og sosialsektoren eller skal sysselsetting måles i time- eller årsverk. Resultatene blir forskjellig ut fra hvilke av disse mål som velges.
2. Hvordan skal vi definere helse- og sosialsektoren.

Dersom en skal måle ressursinnsatsen, så må arbeidsinnsatsen i form av timeverk eller årsverk velges. Det er også nødvendig dersom en skal sammenligne mellom virksomhetsområder og mellom land. Det skyldes at andelen deltidsstillinger varierer både mellom land og mellom virksomhetsområder. Det gir også noe forskjell over lengre tidsperioder om en velger time- eller årsverk. Det har sammenheng med at antall timer per normalårsverk har gått ned.

Helse – og sosialsektoren slik den er definert i OECDs oversikt er ganske omfattende:

1. Human health activities
2. Veterinary activities
3. Social work activities

Det som særlig skaper uklarheter er gruppe tre. Slik den defineres er bl.a. barnehager, skolefritidsordninger, ungdomsklubber mv tatt med. Disse OECD tallene er derfor helt ubrukbare til å analysere sysselsettingsnivået i helse- og omsorgstjenestene slik helseministeren gjør.

Situasjonen med sysselsetting og personell kan belyses med tallene fra SSB, men da må vi vite hva som måles. Sysselsettingen i helse – og sosialsektoren omfatter i tillegg til helse – og pleie og omsorgstjenester følgende:

Barnehager, barneparker, skolefritidsordninger, fritidsklubber for barn og ungdom, arbeidstrening for ordinært arbeidsmarked, sosiale velferdsorganisasjoner og varig vernet arbeid er inkludert. Det som inngår i sosialsektoren ble utvidet i 2009. I fig 23 er denne problematikken belyst. Dersom en tar utgangspunkt i statistikken for hele helse- og sosialsektoren og teller hoder så er antall ansatte over 500000 i 2010 og det utgjør litt over 20 pst av antall sysselsatte personer i Norge. Går en over til å registrer årsverk så reduseres tallet med 100000 til vel 400000 årsverk. Men det interessante tallet for sysselsettingen og som helseministeren snakker om gjelder helse – og pleie og omsorgstjenester. Da snakker vi om helt andre tall. Teller vi i hoder så er vi nede i vel 320000 ansatte eller vel 12 prosent av samme totaltall for Norge.

Fig 23

SYSSELSATTE I HELSE –OG SOSIALSEKTOREN. PERSONER OG ÅRSVERK . 2010

	PERSONER		ÅRSVERK	
	ANTALL	PST.ANDEL	ANTALL	PST.ANDEL
HELSE OG SOSIALSEKTOREN I ALT	507 217	20,4	404302	18,5
HERAV: HELSETJENESTER OG OMSORG I INSTITUSJON	322831	12,4	256670	11,2

Kilde SSB Sysselsetting i helse – og sosialsektoren

Dersom vi tar utgangspunkt i reel arbeidsinnsats og måler dette i årsverk, reduseres tallet til vel 250000 årsverk eller vel 11 pst av samlet årsverksinnsats i Norge. Det relevante tallet for helseministerens vurderinger er mao bare halvparten av det hun bygger sine vurderinger på.

Det blir selvsagt en utfordring å sørge for tilfredsstillende tilgang på arbeidskraft i helse og pleie og omsorgssektoren og det blir selvsagt en utfordring å finne gode finansieringsløsninger for den. Det er imidlertid ikke noe nytt og det har vi tidligere maktet å løse.

Det er i dag populært å lage prognoser for framtidige helseutgifter og bemanning i helsesektoren. Det skjer fra helt enkle analyser hvor en lager prognoser som framskriver dagens bruk av helsetjenester med utgangspunkt i demografi til mer avanserte prognoser hvor en både tar hensyn til demografi, framtidig økonomiske forutsetninger om finansiering og standardutvikling.

SSB har utredet framtidig etterspørsel og tilbud av helsepersonell i analysene ”Behov for helsepersonell”³⁰ fra 2009 og ”Arbidsmarkedet for helsetjenester fram mot år 2035”³¹. Disse analysene tar for det første utgangspunkt i riktige utgangstall. Analysene viser at denne utfordringen er godt håndterbar i de nærmeste 10 årene. Utfordringene blir større etter 2030 og mange synes å hevde at vi rundt 2050 vil få store problemer med å skaffe nok personell. Det er naturligvis interessant å lage prognoser som går 20 – 40 år fram i tid. Hva slags relevans de vil ha for beslutninger og prioriteringer, som da må tas, er imidlertid mer usikkert. Dersom vi kan legge til rette for en best mulig situasjon da allerede i dag så er det bra.

Hvor mye ressurser som vil bli brukt på helsetjenester i 2035 eller 2050 vil imidlertid ikke bestemmes av oss, men av dem som lever og bestemmer oded m 23 eller 38 år. Slik som i dag vil følgende hovedfaktorer avgjøre den beslutningen:

- Behovene for helsetjenester
- Medisinske muligheter og teknologi
- Inntektsgrunnlaget for å finansiere helsetjenester

³⁰ Bjørnstad, R, Stølen N.m., m flere: Behov for helsepersonell. Demografiske og økonomiske rammebetingelser. SSB 2009.

³¹ Roksvaag, K og Texmon, I: Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot 2035”. SSB 2012.

Demografisk utvikling vil selvsagt bety mye for behovsutvikling. Men dette vil også påvirkes av andre forhold som framtidig sykdomspanorama og medisinsk-teknologiske nyvinninger. Under en hver omstendighet er det befolkningens evne til å finansiere helsetjenester som vil være mest avgjørende. Det synes å være en ganske fundamental sammenheng; dess høyere inntektsnivået er dess mer vil vi ønske å bruke på helsetjenester. Dersom inntektsgrunnet utvikler seg slik vi ser det i dag er det liten grunn til å bekymre seg for befolknings helse- og pleie og omsorgstjenester i 2030 eller 2050. Svikter inntektsutviklingen kan det gå dårligere. Det fundamentale poeng er imidlertid at dette problemet eller denne utfordring vanskelig kan løses i dag. Vi må selvsagt prøve å legge til rette for en best mulig utvikling og framtidsrettede løsninger. Men det er vanskeligere å se at innsparinger og nedbygginger i dagens tjenester kan bidra til gode løsninger så langt fram i tid som 2035 og 2050.

Våre ideologiske holdninger og løsninger for organisering av helsetjenestene vil selvsagt også ha betydning, ikke minst for hvordan helsetjenester blir fordelt og hvor effektive løsningene vil være. Likevel fundamentale behovs- og inntektsforhold vil her slå gjennom. På et litt mer begrenset område konkluderer for eksempel Statistisk Sentralbyrås forsker bl.a. på følgende måte:

” Aldringen av befolkningen er et realøkonomisk forhold, og omstillingen i retning økt produksjon av helse- og omsorgstjenester er antakelig på lang sikt forholdsvis uavhengig av om disse tjenestene er privat eller offentlig organisert. De demografiske endringene vi her snakker om, vil uansett føre til en betydelig forskyving av sysselsettingen i skjermet sektor i retning av helse- og sosialtjenester. I tilfellet med privat organisering og stor egenbetaling vil det trolig finne sted en betydelig forskyvning av sammensetningen av det private konsumet i favør av helse- og omsorgstjenester. ”³²

³² Bjørnstad, R, Stølen N.m., m flere: Behov for helsepersonell. Demografiske og økonomiske rammebetingelser. SSB 2009.

KAP 7 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER - KONSEKVENSER AV FOR LAV RESSUR SINNSATS OFFENTLIGE HELSETJENESTER

I Norge finansieres de grunnleggende helsetjenester (med unntak for tannhelsetjenestene) i fellesskap, mens de skal fordeles etter medisinske behov. Norge er i henhold til OECD det land som har høyest offentlig finansiering av de grunnleggende helsetjenester. Dette medfører en sterk offentlig styring av nivået på ressurser til helsetjenester. En kan forvente at den modellen Norge har bygget opp gir bedre helsetjenester for innbyggere med lav betalingsevne og at den gir en jevnere fordeling av helsetjenestene mellom innbyggerne enn modeller som i større grad er basert på direkte egenbetaling. Det kan imidlertid forventes at helsemodeller som i større grad er basert på egenbetaling eller individuelle helseforsikringer vil gi innbyggere med høy betalingsevne bedre helsetjenester og større valgfrihet enn den norske modellen gir.

To land som ligger nært det norske inntektsnivået er Sveits og USA. I USA er fordeling av helsetjenester i stor grad basert på direkte egenbetaling gjennom private forsikringsordninger. Her er den andel av landets inntekter som brukes på helsetjenester mer enn 50 pst høyere enn i Norge. Vi vet også at i dette landet er helsetjenestene svært ulikt fordelt. Personer uten evne til egenbetaling mottar tjenester på et lavt nivå, og de mangler valgmuligheter til helsetjenester. De må nøye seg med minimumstilbud som mer har karakter av sosialhjelp. Mens personer med evne til egenbetaling og gode forsikringsordninger mottar helsetjenester på et svært høyt nivå. Disse har også valgmuligheter.

Sveits har større innslag av egenbetaling og individuelle forsikringsordninger enn Norge. Landet bruker vesentlig mer av sine samlede inntekter til helsetjenester enn Norge. Alle synes å ha et godt basisnivå for helsetjenester. Men her kan forventes at de som har størst betalingsevne har tilgang til bedre tjenester enn gjennomsnittsinbyggerne. Sveits har et betydelig innslag av private helsetjenester, og valgmulighetene for dem med betalingsevne er større enn i Norge.

Hva vil skje med framtidig organisering og finansiering av helsetjenester i Norge dersom det systematisk blir slik at befolkningens preferanser for kvalitet og omfang på helsetjenester er høyere enn nivået på de offentlige helsetjenester? En må forvente at et slikt system vil utløse aktiviteter fra den del av befolkningen som har betalingsevne til å skaffe seg forsikringsordninger som sikrer dem bedre og raskere helsetjenester. Dette vil også gi finansieringsgrunnlag for oppbygging av mer private helsetjenester. Dersom dette kombineres med en situasjon hvor det foretas nedbygging av offentlige helsetjenester, vil det også kunne bli god tilgang på kvalifisert helsepersonell til

helsetjenester. Der hvor det særlig kan ligge til rette for oppbygging av private helsetjenester i områder hvor det er stort nok marked og hvor de offentlige tilbudene bygges ned slik at det både blir behov for de private tjenester og er tilgang på godt kvalifiserte helsepersonell. En kan forvente at en slik situasjon er under utvikling i forbindelse med den store omstrukturering av sykehusstilbudene i Oslo. Tilsvarende vil også kunne skje andre steder hvor de offentlige helsetjenester bygges ned.

Hva vi kan finansiere av helsetjenester, vil begrense omfanget av helsetjenester som et samfunn kan yte. Uansett system for fordeling og finansiering av helsetjenester må en påregne at det vil være ønsker og behov om standard og kvalitet som ikke kan innfris. I Norge er det inntektsgrunnlaget for offentlige tjenester og velferdsgoder og prioriteringen mellom de mange velferdsoppgaver som setter begrensningene. I land hvor helsetjenestene i hovedsak produseres og fordeles gjennom et markedssystem, er det i større grad befolkningens personlige inntekter og betalingsvillighet for helsetjenester som styrer aktivitetsnivået når det gjelder helsetjenester. Eksempel på det er USA.

De europeiske land som bruker størst ressurser til helsetjenester har felles og obligatoriske forsikringsordninger som finansieringsgrunnlag. Disse ordningene oppfattes ikke som en vanlig skatt fordi det er en direkte kobling mellom finansieringen av helsetjenestene og standard og kvalitet i dem. I Norge var også finansieringen av helseutgiftene tidligere knyttet til en egen helseavgift som del av trygdeavgiften. Hvordan finansieringen av helsetjenestene kan bli utviklet vil kanskje bli avgjørende for å få et bedre samsvar mellom befolkningens behov og ønsker om standard i helsetjenester og vårt inntektsnivå. Norge bruker en vanlig prioriteringsmodell over felles offentlige budsjetter for de grunnleggende helsetjenester kombinert med relativt lave egenandeler. Tidligere baserte vi oss mer på forsikringslignende ordninger gjennom en øremerket trygdeavgift eller helseskatt.

VEDLEGG 1

Nøkkeltall utvikling i helsesektoren 1997 - 2011 (i milliarder)

ÅR	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Helseutgifter eksklusiv utgifter til langtidspleie.	73,2	81,6	88,2	93,9	101,7	112,5	119,2	125	131,3	137,4	148,9	159,6	164,8	168,9	177,1
Helseutgifter eksklusiv utgifter til langtidspleie i faste priser.	99,3	103,9	108,9	110,4	114	122,9	125,7	128,6	131,3	132,1	135,5	135	136	136	134,8
Helseutgifter eksklusiv utgifter til langtidspleie i faste priser. Årlig vekst i prosent.		4,6	4,8	1,4	3,3	7,8	2,3	2,3	2,1	0,6	2,5	-0,1	0,7	0	-0,9
Helseutgifter eksklusiv langtidspleie per innbygger i faste priser (kroner).	22550	23445	24413	24603	25271	27083	27399	28003	28404	28342	28764	28174	28040	27674	27078
Helseutgifter per innbygger. Årlig vekst.		3,9	4,1	0,8	2,7	7,2	1,7	2,2	1,4	-0,2	1,5	-2,1	-0,5	-1,3	-2,2
Utgifter til langtidspleie løpende priser.	20,8	23,9	27,5	30,8	33,5	39,6	40,4	43,4	45,7	49,3	52,9	61,3	65,7	68,6	72,4
Utgifter til langtidspleie faste priser.	28,2	30,5	34	36,2	37,6	41	42,6	44,5	45,7	47,4	48,1	52,5	54,2	55,3	55,1
Utgifter til langtidspleie. Faste priser. Vekst.		8,2	11,6	6,6	3,9	9	3,9	4,4	2,6	3,7	1,5	9,2	3,3	2	0