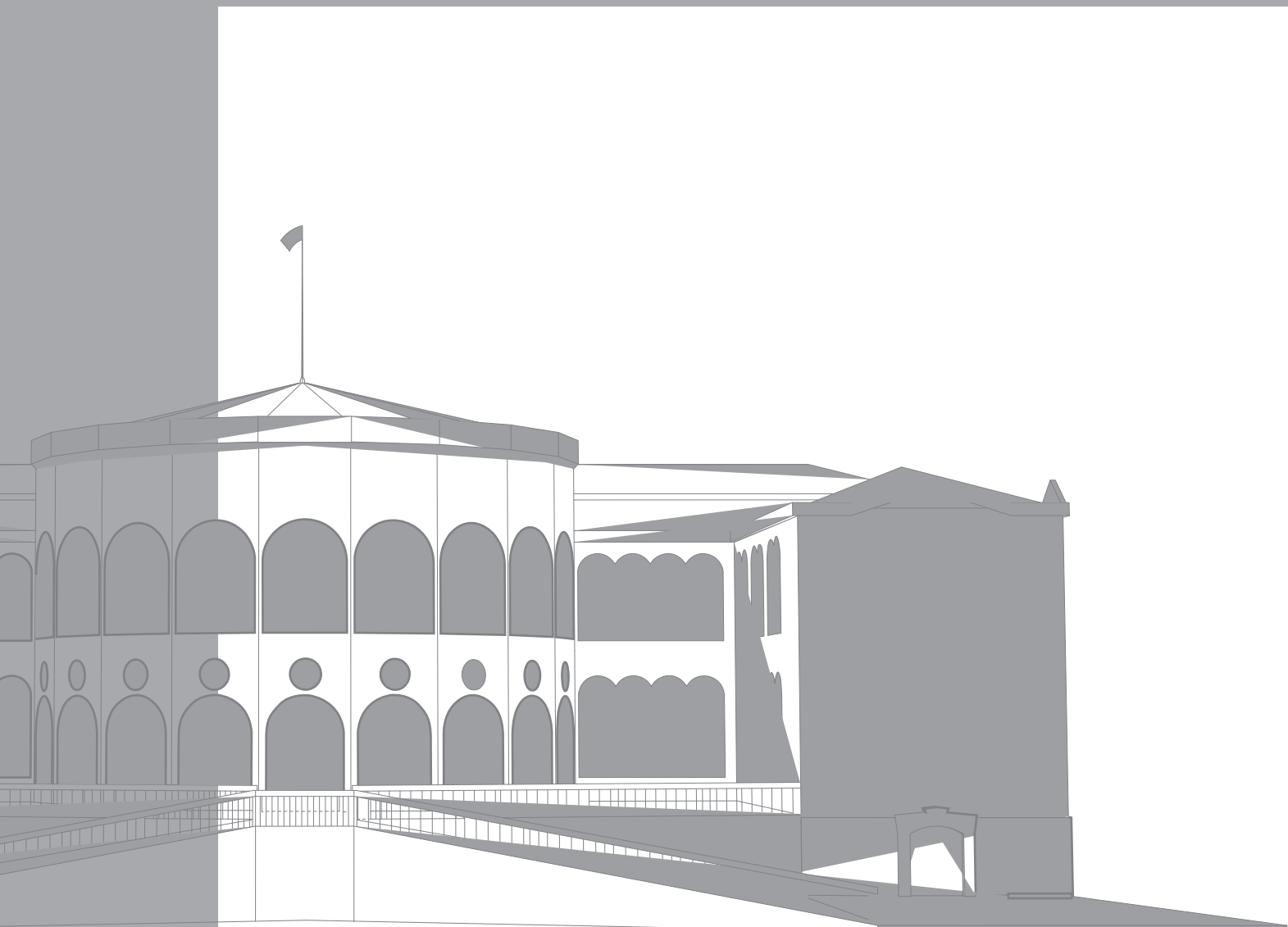


Perspektiv 03/12

Bruker Norge mye eller lite til helseformål sammenlignet med andre land?

Av Hans Olav Melberg, Universitetet i Oslo



Stortingets utredningsseksjon yter faglig bistand til representanter, partigrupper og komiteer i Stortinget basert på spørsmål fra den enkelte oppdragsgiver.

Seksjonen publiserer også egeninitierte notater som gjøres allment tilgjengelig. Enkelte av notatene er utarbeidet av eksterne fagpersoner og forskningsmiljøer på oppdrag fra Stortingets utredningsseksjon.

Siste utgivelser:

- 01/07 *Pasientmobilitet i EØS*
- 02/07 *Hva er Prüm-samarbeidet – og hvordan skiller det seg fra dagens operative politisamarbeid i Europa?*
- 03/07 *Flat skatt - Estland*
- 04/07 *Delelinjen i Barentshavet – Planlagt samarbeid versus uforutsett konflikt?*
- 01/08 *Forbud mot kjøp av sex – Erfaringer fra Sverige og Finland*
- 02/08 *Barnevern og EØS*
- 03/08 *Energipolitikk og klima – plukke vinnere eller sette avgifter?*
- 04/08 *Om lobbying*
- 05/08 *Svalbard-traktaten – ulike oppfatninger om traktatens anvendelsesområde*
- 06/08 *Nasjonale parlamenters kontroll med europapolitikken*
- 07/08 *Golden shares-dommene og deres innvirkning på Norge gjennom EØS-avtalen*
- 01/09 *Høyesterett, internasjonale domstoler og Maktutredningen*
- 02/09 *Eurojust – EUs påtalesamarbeid og norsk deltakelse*
- 01/10 *Norske bruksreguleringer og EØS-retten: hindrer EØS-avtalen det norske forbudet mot bruk av vannscooter?*
- 02/10 *Mistillitsforslag og kabinettsspørsmål – en oversikt*
- 03/10 *Grunnloven § 93 og unntaket for ”lite inngripende” myndighetsoverføring*
- 01/11 *Anna Rogstad – første kvinne på Stortinget i 1911*
- 02/11 *Norges nordlige og arktiske ressurser*
- 03/11 *Økonomiske og administrative lovgivningshensyn i EØS-retten – nasjonale myndigheters handlefrihet på det indre marked*
- 04/11 *Kravet om et grenseoverskridende element*
- 01/12 *Bevisspørsmål ved EU-domstolens prøving av proporsjonalitetsprinsippet*
- 02/12 *EØS-avtalens statsstøtteregler – muligheten til å benytte skatte- og avgiftsregler som miljøpolitisk virkemiddel*

<http://www.stortinget.no/Stortingets-utredningsseksjon/Perspektiv>

Forord

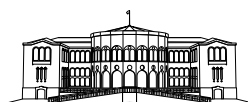
Det siste året har det pågått en faglig og politisk debatt om nivået på de norske helseutgiftene; bruker Norge mye eller lite på helsesektoren i forhold til andre land, og kan valg av sammenligningsgrunnlag ha betydning for utgiftsveksten i den norske helsesektoren?

Stortingets utredningsseksjon har fått flere spørsmål om sammenligning av helseutgifter. I den forbindelse har vi bedt Hans Olav Melberg om å utarbeide dette perspektivnotatet som viser ulike mål for helseutgifter og fordeler og ulemper ved de ulike målene.

Hans Olav Melberg har doktorgrad i samfunnsøkonomi og er førsteamanuensis i helseøkonomi ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Han leder et forskningsprosjekt om internasjonal sammenligning av helseutgifter og helse finansiert av Norges forskningsråd. Melberg har utført flere oppdrag om kostnader i helsevesenet, senest for Finansdepartementet i forbindelse med metoder for framskrivning av kostnader i helsesektoren.

1. oktober 2012

Jarle Skjørestad
seksjonsleder
Stortingets utredningsseksjon



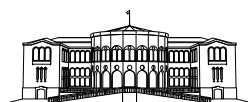
Sammendrag

Mange sammenligninger basert på tall fra OECD overdriver forskjellen mellom Norge og andre land når det gjelder helseutgifter. Forskjellene i utgiftsnivå skyldes at Norge tar med utgifter, spesielt til sykehjem, som andre land i mindre grad regner som helseutgifter. Disse utgiftene utgjør omtrent 25 prosent av helseutgiftene i Norge.

Forskjellene kan også forklares med at det i sammenligningene brukes priser på alle varer og tjenester og ikke bare priser på helsetjenester når det justeres for prisnivået i de ulike landene. Norge har et høyt prisnivå, spesielt i helsesektoren, på grunn av høye lønnskostnader.

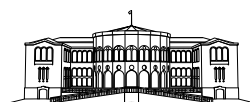
Etter å ha korrigert for disse faktorene er forskjellen mellom Norge og andre land mindre, men det er fremdeles slik at vi bruker mye penger på helsevesenet – 50 000 kroner per innbygger per år. Det viktigste er imidlertid ikke summen i seg selv, men forholdet mellom ressursbruken og hva samfunnet får igjen. Her er internasjonale sammenligninger nyttige, men da bør vi ikke justere for alle forskjeller før sammenligningen, men sette tall på hvor viktig pris, lønn, sykkelighet og andre faktorer er for å forklare forskjeller mellom land.

Det er årsakene til forskjellene som gir grunnlag for politisk debatt og handling, ikke forskjellene i seg selv. Det er derfor viktig å vite hvor mye som skyldes for eksempel et generelt høyt lønnsnivå og hvor mye som skyldes at vi har høyere bemanning. Det ene er det vanskelig å gjøre noe med, det andre kan tyde på at vi får mindre igjen for pengene.



Innhold

1.	BAKGRUNN	4
2.	ULIKE MÅL PÅ HELSEUTGIFTER	6
3.	FORDELER OG ULEMPER MED KJØPEKRAFTSJUSTERTE UTGIFTER	7
4.	HELSEUTGIFTENE OVER TID	11
5.	KAN VI STOLE PÅ TALLENE?	15
6.	KONKLUSJONER	16



1. BAKGRUNN

Det hevdes ofte at Norge er det landet i verden som bruker nest mest penger til helseformål per innbygger. Bakgrunnen for utsagnet er sammenligninger fra OECD der utgiftene til helse er justert for prisnivået i de ulike landene (figur 1). I disse sammenligningene bruker Norge 66 prosent mer enn Finland, 44 prosent mer enn Sverige og 23 prosent mer enn Danmark.

Andre hevder at Norge slett ikke har spesielt store utgifter til helse. De peker blant annet på sammenligninger av hvor stor andel av bruttonasjonalprodukt som brukes på helse (figur 2). Norge bruker da 17 prosent mindre enn Danmark, fire prosent mindre enn Sverige og fire prosent mer enn Finland.

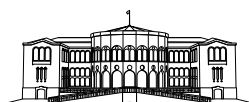
Dette viser to ting. For det første vil svaret på om vi bruker mye eller lite sammenlignet med andre land avhenge av hva vi sammenligner. For det andre er forskjellene så store at vi bør undersøke om tallgrunlaget og justeringsmetodene gir et godt nok grunnlag for å sammenligne utgiftene. Formålet med dette notatet er å vise hvordan disse forholdene påvirker sammenligningen, hvordan resultatene bør tolkes og hvilke tall som gir det mest korrekte bildet.¹

Hovedkonklusjonen er at OECD-tallene overdriver forskjellen mellom Norge og andre land. Det skyldes at Norge tar med utgifter, spesielt til sykehjem, som andre land ikke i like stor grad regner som helseutgifter. Sykehjemsutgiftene utgjør omtrent en fjerdedel av helseutgiftene i Norge. Et annet problem er at det i sammenligningen brukes priser på alle varer og tjenester – ikke bare priser på helsetjenester når det justeres for prisnivået i de ulike landene. Norge har et høyt prisnivå, spesielt i helsesektoren på grunn av høye lønnskostnader. Etter å ha korrigert for disse faktorene er forskjellen mellom Norge og andre land mindre, men det er fremdeles sant at vi bruker mye penger på helsevesenet og mer enn mange andre.

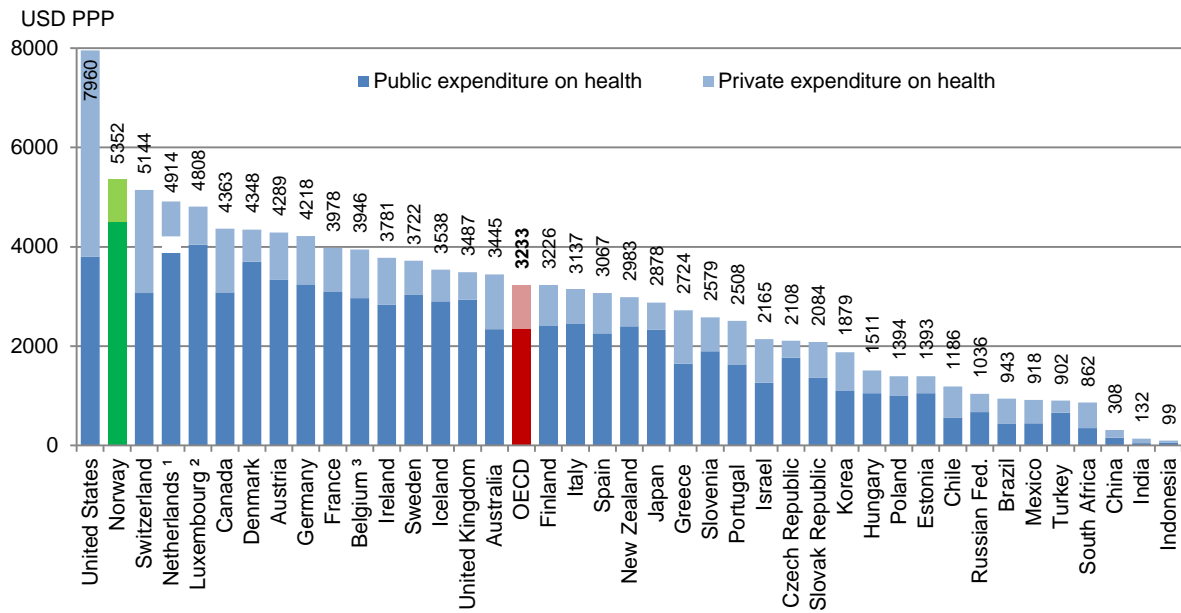
Hvor mye mer (eller mindre) avhenger av hva vi vil sammenligne. Det igjen avhenger av formålet med sammenligningen. Dersom vi ønsker å vite om vi bruker mye i forhold til inntekt og prisnivå, er det mest korrekt å se på andelen av bruttonasjonalprodukt med en mulig justering for oljeinntekter.

Dersom vi derimot ønsker å si noe om effektivitetsforskjeller, er det mest korrekt å sammenligne ujusterte utgifter og så undersøke hvor mye av forskjellene som kan forklares av ulike faktorer (lønn, pris, antall ansatte). Det ville da være feil å justere alle tallene før vi begynner analysen. Svaret på spørsmålet om Norge bruker mye, avhenger dermed av formålet med sammenligningen.

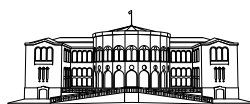
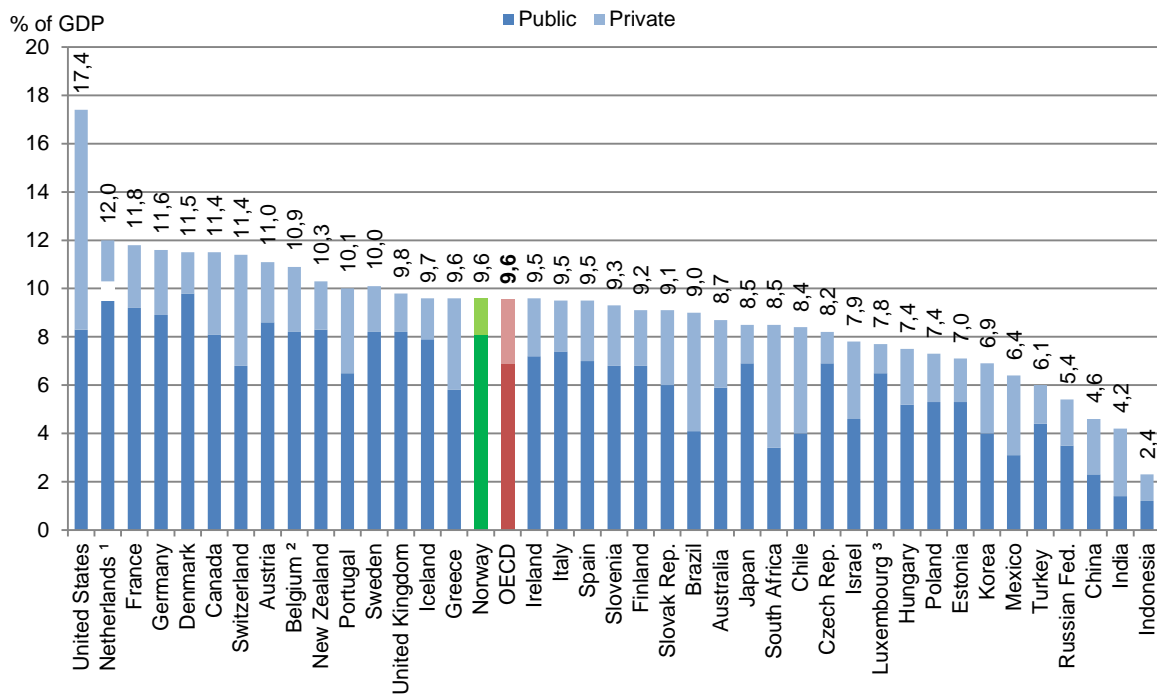
¹ Det er skrevet flere artikler om internasjonal sammenligning av helseutgifter. Se bla. Gerdtham og Jönsson (1991, 1994, 2000) Häkkinen og Joumard (2007) eller artikler av undertegnede, Melberg (2009, 2010, 2011, 2012a). Dette notatet inneholder mye av det samme, men også flere nye og oppdaterte tall og argumenter.



Figur 1: Samlet utgift til helseformål (Kjøpekraftjusterte dollar, 2011, OECD)



Figur 2: Samlet utgift til helseformål (Andel av bruttonasjonalprodukt, 2011, OECD)



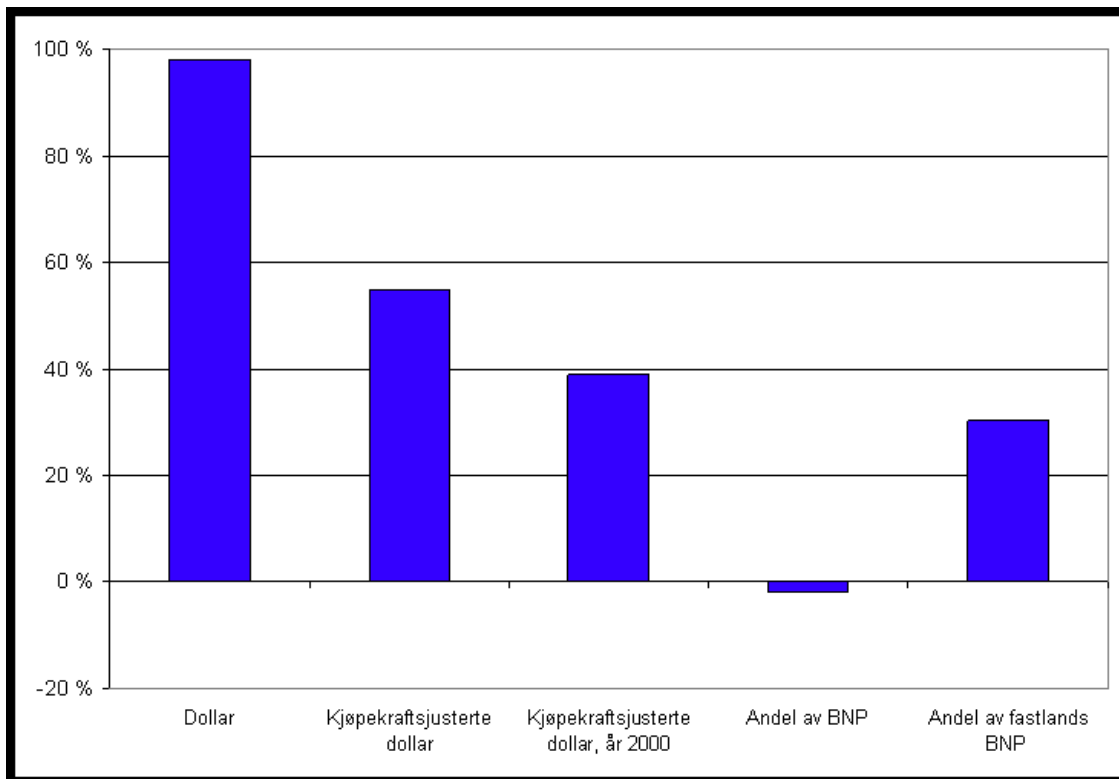
2. ULIKE MÅL PÅ HELSEUTGIFTER

Det er mange ulike mål på hvor mye et land bruker på helse. Dermed vil utfallet av internasjonale sammenligninger avhenge av hva som velges. De målene som brukes er:

- Utgifter per innbygger målt i dollar
- Utgifter per innbygger målt i kjøpekraftsjusterte dollar
- Prosent av bruttonasjonalprodukt
- Prosent av bruttonasjonalproduktet for Fastlands-Norge.

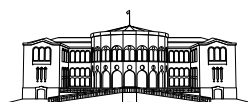
En illustrasjon av hvor ulike svar vi får basert på de ulike indikatorene, ser vi i figur 3.

Figur 3: Prosentvis forskjell mellom Norge og gjennomsnittet i andre OECD-land på noen viktige indikatorer for hvor mye man bruker på helse (2007)



Dersom vi bare sammenligner utgifter i dollar, bruker vi nesten dobbelt så mye som de andre landene i OECD per innbygger. Når vi justerer for ulikheter i priser mellom landene ved å bruke kjøpekraftsjusterte dollar, faller forskjellen fra 98 prosent til 55 prosent. Det er fremdeles en stor forskjell, men den er dramatisk mindre enn når vi ikke justerte for kostnadsforskjellene. Forskjellen faller ytterligere - til 39 prosent - hvis vi ikke endrer kjøpekraftsjusteringen årlig, men tar utgangspunkt i et bestemt år (2000).

Den mest dramatiske endringen får vi dersom vi måler helsekostnadene som en andel av bruttonasjonalproduktet. Da ligger vi to prosent *under* gjennomsnittet blant de andre landene i



OECD. Dette skyldes i stor grad oljen. Hvis vi bare ser på bruttonasjonalproduktet i Fastlands-Norge, er helseandelen igjen større enn for andre land (30 prosent større).

Konklusjonen er dermed at vi kan få det svaret vi ønsker ved å bruke ulike indikatorer. Svarene vil variere fra at vi bruker dobbelt så mye som andre til at vi bruker to prosent mindre. Spørsmålet blir da: Hvilket av disse målene gir det mest korrekte bildet?

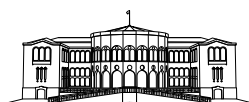
Svaret er at det ikke finnes et mål som er alltid er best eller mer korrekt enn andre. Det vil avhenge av problemstillingen. Ønsker vi å sammenligne ressursbruk etter å ha justert for faktorer som kan forklare forskjeller (pris, inntekt), eller ønsker vi å undersøke om Norge får mye eller lite igjen for pengene relativt til andre land? Selv om svaret avhenger av spørsmålet, er det noen forhold vi alltid må ta hensyn til. Det er derfor nyttig å se nærmere på noen av disse for å forstå tallene.

3. FORDELER OG ULEMPER MED KJØPEKRAFTSJUSTERTE UTGIFTER

For å kunne sammenligne utgifter i ulike land må de måles i samme enhet. En mulighet er å bruke den gjeldende valutakursen og gjøre om alle utgiftene til dollar eller euro. Det kan synes som en grei måte å sammenligne utgiftene i ulike land, men som så ofte er djevelen i detaljene. Selv om vi i virkeligheten har stabile utgifter i norske kroner, vil utgiftene målt i amerikanske dollar kunne variere mye fordi kronekursen går opp og ned. Ved å bruke løpende valutakurser vil det derfor se ut som om utgiftene varierer mye når de egentlig er ganske stabile. Vi korrigerer heller ikke for at priser og lønninger kan være høyere i Norge enn i andre land, og at en dollar derfor kjøper færre sykepleiere her enn andre steder.

En løsning er å konvertere norske utgifter til dollar ved å bruke kjøpekraftsjusterte beløp. Det betyr at vi finner den vekslingskursen som gjør at en handlekurv med visse varer koster det samme i ulike land. Dersom en Big Mac koster 70 kroner i Norge og 10 dollar i USA, vil en dollar tilsvare syv norske kroner, fordi det er den kursen som gjør at en BigMac koster det samme i Norge og USA. Slik får vi en noe mer stabil valutakurs, og vi tar hensyn til høye priser og lønninger i Norge. I virkeligheten bruker vi selvsagt ikke prisen på BigMac, men prisen på mange varer i de ulike landene. Metoden er imidlertid den samme: Vi finner den vekslingskursen som gjør at en kurv med varer koster det samme i ulike land. Et land som bruker mye penger på helsevesenet, men som også har høye priser, får dermed justert ned sine utgifter før en sammenligning.

Selv om det er vanlig å bruke kjøpekraftsjusterte beløp ved sammenligning av helseutgiftene mellom land, er det problemer med metoden. Dersom vi er interessert i mengden helsetjenester som tilbys, må vi justere for pris- og lønnsforskjeller mellom helsesektorene og ikke forskjellene i den generelle økonomien mellom landene. Når vi korrigerer for den generelle kjøpekraften, vil for eksempel høy pris på Coca-Cola påvirke prisindeksen og gjøre at "Norge bruker mindre på helse" sammenlignet med andre land. Prisen på Coca-Cola er imidlertid ikke relevant for sammenligninger av hvor mye vi bruker på helse. Den burde derfor ikke være med når vi sammenligner helseutgifter. Det beste ville vært en helsespesifikk prisindeks bare med priser på helseprodukter.



Problemet med helsespesifikke prisindekser er at det er svært vanskelig å lage disse. OECD, WHO og andre har prosjekter der det arbeides med slike indekser. EuroStat har publisert en prisindeks for "helse" i ulike land. Det er denne indeksen Møinichen-Berstad (2012) har brukt i sin artikkel i Samfunnsøkonomen. I denne artikkelen argumenteres det for at forskjellen mellom Norge og andre land blir mindre når vi bruker en helsespesifikk prisindeks blant annet fordi vi har spesielt store lønnskostnader i helsesektoren. For å tolke dette resultatet er det nødvendig å vite mer om hvordan EuroStat lager prisindeksen for helsesektoren.

Problemet med å sammenligne priser på helsetjenester er at markedspriser på de ulike produktene i liten grad er tilgjengelige. Markedsprisen på en hjertetransplantasjon eksisterer ikke i mange land fordi dette ikke er en vare som kjøpes og selges. Selv på varer som selges i et marked, som ulike legemidler, er det svært vanskelig å sammenligne priser fordi ulike land har forskjellige reguleringer, rabatter (ofte konfidensielle), ulike pakningsstørrelser, ulike styrke på samme legemiddel og andre forskjeller.

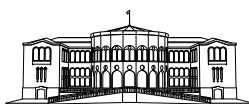
For å lage en prisindeks på helsegoder må vi også bli enige om hvilke varer og tjenester som skal sammenlignes og hvor tungt de skal veie i en samlet prisindeks. Det er vanskelig å finne et "representativt" utvalg varer for hele forbruket av helsetjenester i de ulike landene. Prisindeksen som brukes av EuroStat er derfor ikke laget på samme måte som prisindeksen for mange andre goder. Dette er viktig å huske når vi skal tolke resultatet.

Fordi det er vanskelig å bruke prisen på sluttprodukter, benytter EuroStat i stor grad prisen på innsatsfaktorer som brukes for å lage produktene. Egentlig er vi interessert i prisen på et ferdig produkt, for eksempel prisen på en hofteoperasjon, men fordi vi ikke har dette, bruker vi prisen på leger og sykepleiere (dvs. lønnen) som et mål på hvor dyr en hofteoperasjon er. Dette er en rimelig antagelse i mange tilfeller, men det er en mulig svakhet: Vi tar ikke hensyn til produktivitetsforskjeller. En dyr lege kan produsere billige tjenester dersom legen arbeider i et system der vedkommende klarer å utføre mange og gode hofteoperasjoner.

Når vi "justerer" for helsespesifikke priser ved hjelp av EuroStat indeksen – som ikke tar hensyn til slike produktivitetsforskjeller – og konkluderer med at Norge ikke bruker så mye mer enn andre, kan dette tolkes på to måter. Den ene tolkningen er at vi har høye priser og at det derfor ikke er rart at vi har høye utgifter. Den andre tolkningen er at de høye utgiftene tyder på at vi ikke er så flinke til å utnytte ressursene som andre. Det er ikke mulig å skille mellom disse to bare ved hjelp av indeksen. Dette er en svakhet ved å bruke en indeks som ikke tar hensyn til produktivitetsforskjeller, men som baserer seg på prisen på innsatsfaktorer og ikke sluttprodukter.

I hvor stor grad er det mulig å si noe om hvor store disse svakhetene er og hvilken tolkning som er riktig?

Det er gjort flere undersøkelser på enkelte områder når det gjelder produktivitetsforskjeller innen helsesektoren. Disse viser blant annet at innen sykehusbehandling ligger Norge omtrent på nivå med Sverige og Danmark (noen ganger bedre, noen ganger dårligere), men at Finland



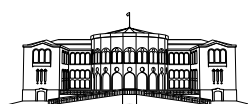
er betydelig mer produktiv enn Norge og de andre landene (Kittelsen 2009, Medin 2011, Miika 2010). Egne beregninger tyder på at omtrent 38 prosent av forskjellen i sykehusutgifter mellom Norge og Finland skyldes at Norge har høyere lønn enn i Finland, mens omtrent 25 prosent skyldes vi har flere ansatte i helsesektoren.

Sannheten er derfor, kjedelig nok, trolig et sted midt i mellom: Noe av grunnen til at Norge har høye utgifter er at vi har høy lønn i forhold til andre, men noe skyldes også at vi ikke er så effektive som enkelte andre land. Vi skal imidlertid være varsom med å trekke for raske konklusjoner om effektivitet på grunnlag av dette alene fordi det kan være gode grunner til at vi trenger høyre bemanning i Norge enn andre land. Noe av bakgrunnen kan være at vi trenger, og har prioritert, flere ansatte fordi det trengs i et land med en spredt befolkning i et stort geografisk område.

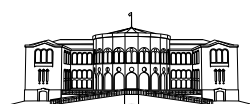
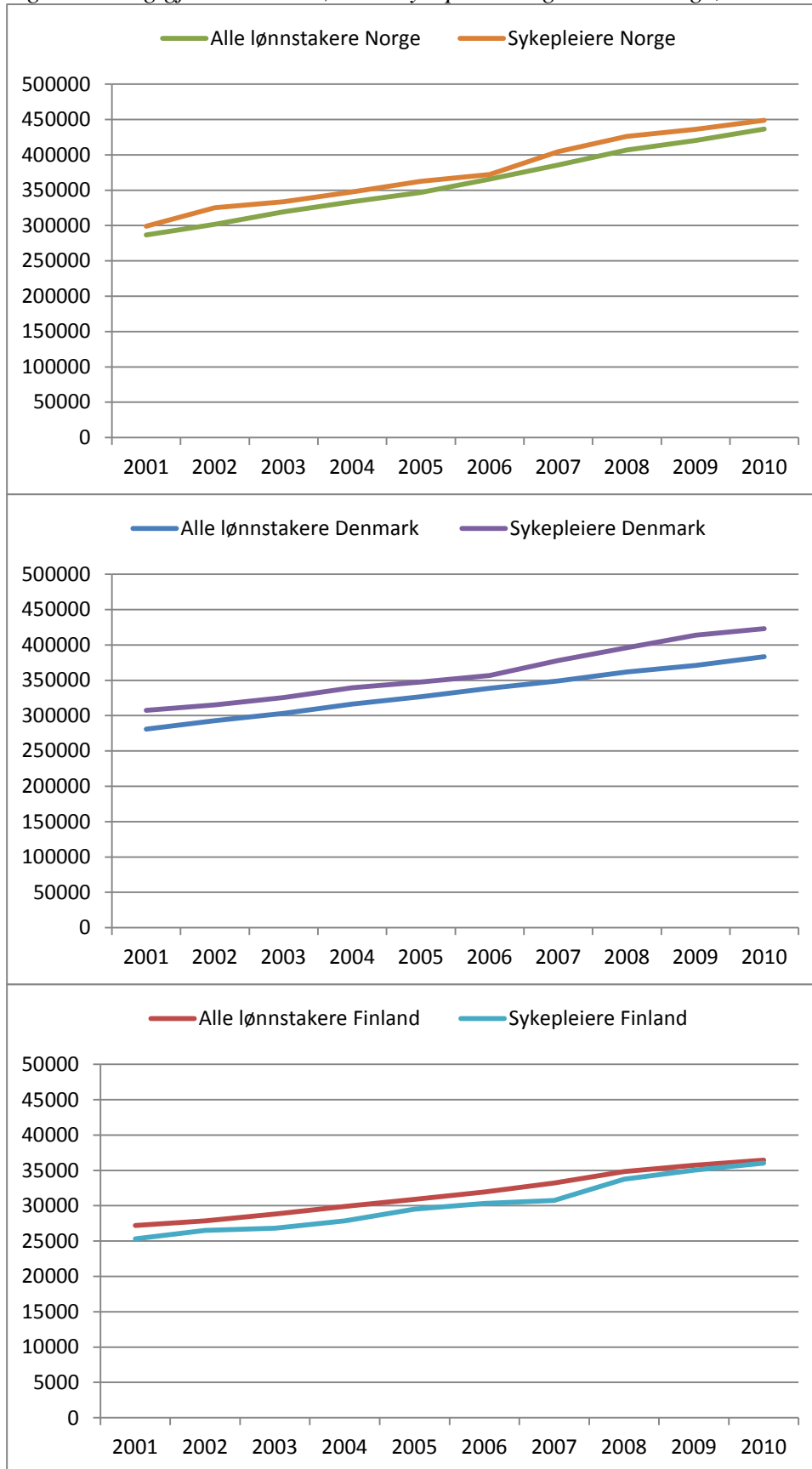
Når det gjelder lønn, vil det også være interessant å vite i hvor stor grad forskjellene mellom Norge og andre land skyldes at vi har et generelt høyt lønnsnivå, eller om det er et spesielt høyt lønnsnivå i helsesektoren. Dersom vi bruker OECDs oversikt over lønn i ulike land, viser det seg at norske sykepleiere har bedre lønn en finske, men dårligere enn danske (se figur 4 basert på OECD Health Data 2012).

Videre analyser av tallene viser at forskjellene skyldes det generelt høye lønnsnivået og ikke at det er spesielt høye lønninger i helsevesenet. For eksempel, ulik lønn forklarte 38 prosent av forskjellen i helseutgifter mellom Norge og Finland. Av disse 38 prosentene utgjorde 36 prosent det generelt høye lønnsnivået og to prosent at Norge hadde relativt høyere lønn i helsesektoren enn andre yrkesgrupper i det samme landet. Disse tallene vil variere noe fra år til år og hvordan vi regner lønn, men hovedkonklusjonen er at forskjellene i helseutgifter i stor grad skyldes generelt høy lønn i Norge og ikke spesielt høy lønn i helsesektoren.²

² Det er mange problemer knyttet til det å sammenligne lønn på tvers av land. Det gjelder blant annet definisjonen på hvem som regnes som sykepleiere, hva som regnes som grunnlønn, om man jobber det samme antallet timer for lønnen i ulike land. Tallene bør derfor tolkes med varsomhet.



Figur 4: Årlig gjennomsnittslønn til sykepleiere og andre i Norge, Danmark og Finland



4. HELSEUTGIFTENE OVER TID

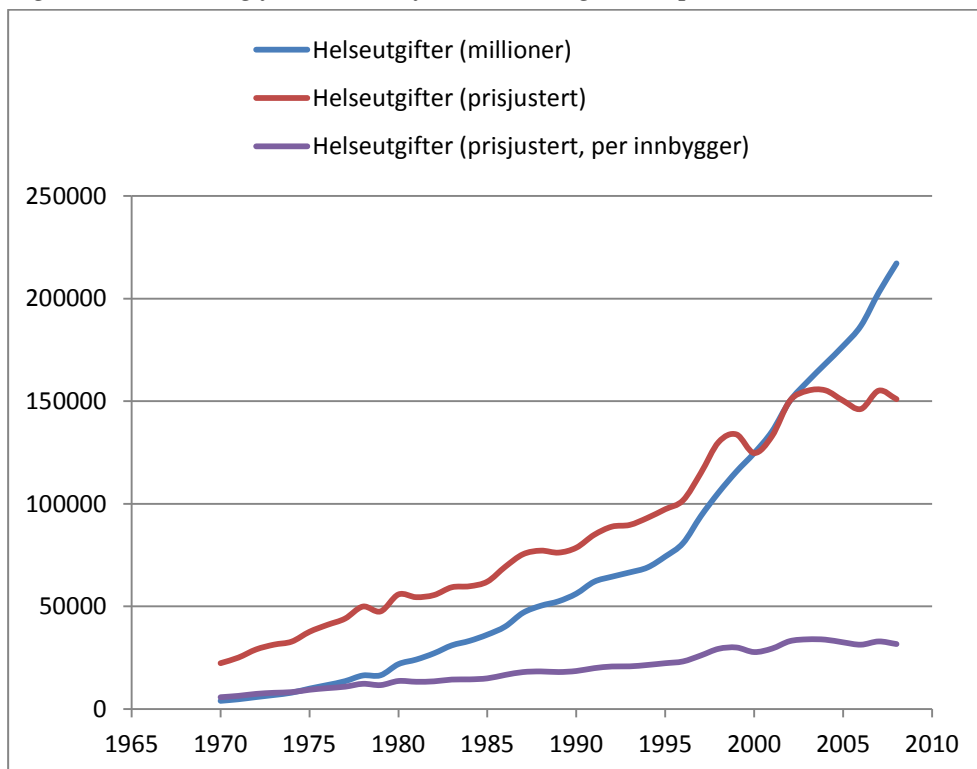
"Vi har aldri brukt så mye penger på helse som vi gjør nå," hevdes det. Det er rett at vi bruker mye penger på helse, rundt 50 000 kroner per innbygger, men det er minst tre forhold vi bør justere for før vi sammenligner helseutgifter over tid på en meningsfull måte.

For det første bør vi justere for prisstigning. En million kroner i dag er ikke verdt like mye som en million i 1980, fordi prisene i dag er betydelig høyere enn de var i 1980. Å si at vi bruker mer penger i dag enn før uten å justere for prisstigningene, blir misvisende. Når vi sammenligner med 1980, er dette innlysende. Det samme gjelder om vi sammenligner med fjoråret. Å si at bevilgningene har økt med tre milliarder kroner betyr lite hvis lønns- og prisstigningen utgjør seks milliarder kroner. Dette er også innlysende, men ignoreres ofte.

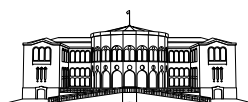
Hvor viktig det er å justere for prisstigning, ser vi fra figuren nedenfor. Der viser de to øverste linjene OECD-tallene for helseutgifter målt i millioner kroner fra 1980 til 2009 med og uten justering for endringer i prisene. Den viser også en klar vekst siden 1980, men ikke så stor som den ujusterte kurven. Mens de ujusterte tallene viser at utgiftene er nidoblet siden 1980, viser de justerte tallene at utgiftene er mindre enn tredoblet.

Selv om vi snakker om bare et år eller to, er det viktig å justere for inflasjon. Selv små prosenter utgjør betydelige summer når vi i utgangspunktet snakker om store utgifter.

Figur 5: Samlet utgifter til helseformål i Norge målt på tre ulike måter



Kilde: OECD Helsedata. Merknad: I enkelte år har man innført regnskapsmessige endringer som kan påvirke totalsummen.



For det andre bør vi også ta hensyn til befolkningens størrelse før vi sier at vi bruker "mer enn før." På samme måte som med endringer i prisene er det her snakk om små endringer hvert år. De er likevel viktige. En liten vekst hvert år blir fort en stor endring over tid, og små prosentforskjeller er viktige når vi ser på store tall. En utgiftsøkning på tre prosent blir til en reell nedgang per innbygger dersom prisene stiger med to prosent og befolkningen øker med to prosent.

En tredje faktor vi kan ta hensyn til, men som avhenger mer av hensikten med sammenligningen, er inntekt. Når vi blir rikere, bruker vi mer penger på helse. Dette er naturlig, og ikke nødvendigvis en kilde til bekymring. Dersom vi ønsker å justere for dette, kan vi sammenligne andelen av bruttonasjonalproduktet som brukes på helseformål. Oppsummert kan vi lage følgende oversikt over hvor viktig det er å ta hensyn til de ulike faktorene når vi skal sammenligne helseutgiftene over tid.

Tabell 1: Økning i helseutgiftene fra 1980 til 2009 før og etter korreksjoner (OECD tall)

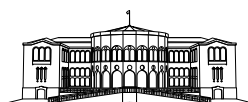
Målt i løpende kronebeløp	829 prosent
Justert for inflasjon	173 prosent
Justert for inflasjon og befolkningsvekst	141 prosent
Justert for inflasjon, befolkningsvekst og økning i inntekt	22 prosent

Vi kan med andre ord nok en gang få den konklusjonen vi ønsker. Enten at vi bruker åtte ganger så mye på helse som for tretti år siden, eller at vi bruker noe over 20 prosent mer. De samme tallene kan også brukes til å skryte og til å skremme: "Se, vi har økt bevilgningene" eller "Noe må gjøres med kostnadsveksten." På dette området er det imidlertid lettere å gi råd om hvilke tall som bør brukes.

Det mest interessante resultatet av de ulike variantene er det vi får når vi justerer for både befolkningsvekst og inflasjon (141 prosent økning), men ikke inntekt. Det er delvis den økningen som i teorien skal gi utslag i bedre kvalitet, flere behandlinger og lignende. Selv om denne er mest informativ, så er det et problem også her. Dette resultatet justerer bare for den generelle prisveksten og antar at produktiviteten er konstant. Hvis priser og lønninger i helsesektoren stiger mer enn den generelle prisveksten, er også dette tallet misvisende som mål på hvor mye mer vi får av helsetjenester.

Dersom vi sammenligner økningen i de norske helseutgiftene med endringen i andre nordiske land, justert for prisstigning og befolkningsstørrelse, viser det seg at Norge har hatt en høyere vekst enn de andre de siste tiårene. På 1990-tallet lå vi likt med de andre nordiske landene, mens vi i 2010 lå betydelig over. Helt mot slutten av perioden, etter 2008, er veksten betydelig dempet. Dersom vi bruker EuroStats helsespesifikke prisindeks, vil vi også finne en nedgang i helseutgiftene i perioden.

Det skyldes flere forhold. Samtidig som bevilgningene ikke vokser så mye på grunn av finanskrisen, er prisene og lønningene relativt høye og fremdeles voksende. Til sammen betyr



dette at selv om bevilgningene vokser, resulterer det ikke nødvendigvis i større volum av tjenester.

Vi skal imidlertid være noe forsiktig med å bruke EuroStats prisindeks for helsetjenester. Den er ikke basert på prisen på sluttprodukter og tar ikke hensyn til produktivitetsforskjeller. EuroStat selv sier at problemene med prisindeksen for helse i noen tilfeller er så store at man må spørre seg selv om den er brukbar. (Problemene er, som de sier, "large enough to question the usefulness").

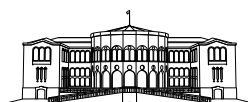
Spørsmålet om det bare var dempet vekst eller nedgang mot slutten de siste årene, blir et spørsmål om hva vi skal korrigere for. Skal vi justere for inflasjon med utgangspunkt i en velkjent indeks for generell prisstigning? Eller skal vi bruke en mer usikker justering for kjøpekraft i helsesektoren over tid og mellom land? Bruker vi den første, har det vært en utflating i utgiftene de siste årene. Bruker vi den siste med helsespesifikk prisjustering, er det i enkelte år en svak nedgang.

Hvilken indeks bør vi velge? Internasjonalt har valget falt på utgifter justert med generelle prisindekser fordi man mener at helseindeksen er usikker og ikke dekkende for alle prisene. Dette kan endres etter hvert som prosjektene i WHO og OECD klarer å utvikle bedre indekser for helsepriser, men så langt er det den generelle prisindeksen som brukes.

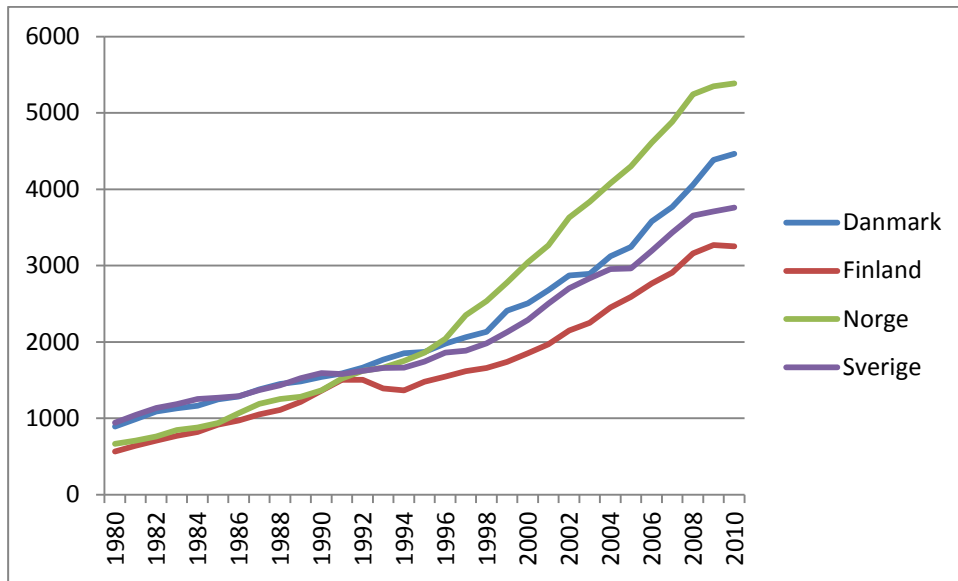
Det er ikke noe i veien for å gjøre beregninger basert på indeksen for helsepriser så lenge man gjør oppmerksom på usikkerheten som oppstår, men det er ikke vanlig. I noen tilfeller vil det være en fordel, spesielt når det er stor avstand mellom det generelle prisnivået og prisen på helsetjenester. For eksempel har USA generelt lave priser, men høye priser på helsetjenester. Når vi bruker det generelle prisnivået for å justere helseutgifter før sammenligningen, har USA store utgifter. Hvis vi bruker helseprisene i justeringen, blir de amerikanske utgiftene betydelig mindre.

I Norge er forskjellen mindre, men prisen på helsetjenester ligger noe over den generelle prisindeksen (figur 7). Problemet er at helseprisindeksen ikke tar med prisen på alle helsetjenester, eller på sluttproduktene. Det er derfor usikkerhet om den gir et dekkende bilde. Derfor er det fremdeles tryggest å legge vekt på justering for generell prisindeks, men gjerne supplere med analyser som justerer for helsespesifikk lønnsvekst og andre forhold som gjør at økte bevilgninger ikke gir økt volum på tjenestene.

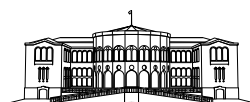
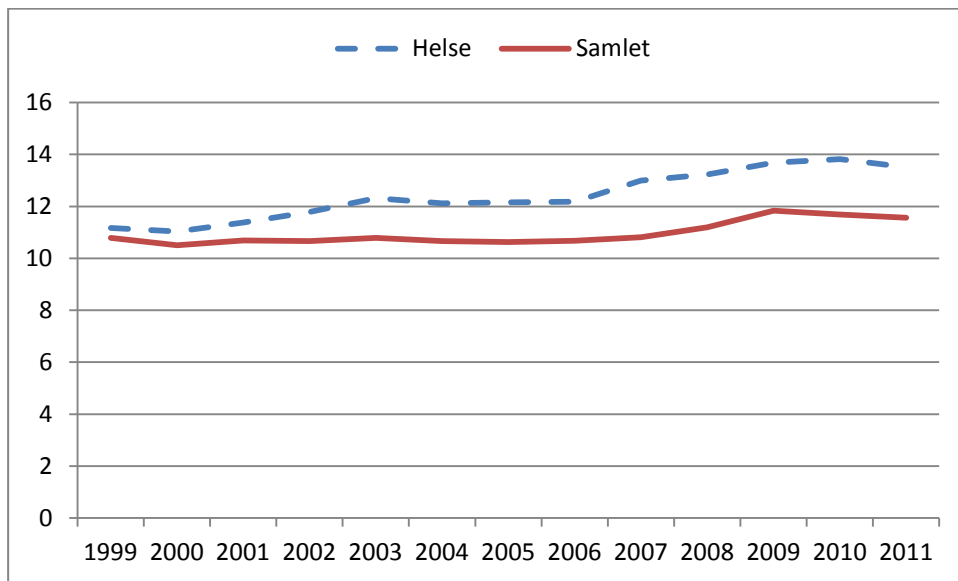
Uansett hvilken indeks vi bruker, er hovedutviklingen de siste tiårene en betydelig vekst i utgiftene til helseformål. De siste årene er veksten noe lavere, men dette gjelder mange land og er ikke spesielt for Norge.



Figur 6: Samlede helseutgifter fra 1980 til 2010 i Norge (målt i kjøpekraftjusterte dollar per innbygger)



Figur 7: Helsespesifikk prisindeks vs. generell prisindeks for Norge (EuroStat)



5. KAN VI STOLE PÅ TALLENE?

I tillegg til at det er ulike mål på helseutgifter, så er det store forskjeller på hvordan landene fører visse utgifter. Hovedforskjellen er at noen land fører en stor del av utgiftene til sykehjem og langtidspleie som helseutgifter, andre land fører dette som sosialutgifter. Det betyr at de norske tallene for samlede helseutgifter ikke kan sammenlignes med utgiftene i de andre landene. Vi inkluderer utgifter som andre ikke tar med. Hvor stort er dette problemet?

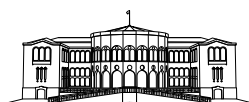
Dersom vi ser nøyer på tallene, viser det seg at sykehjem og hjemmehjelp utgjør 25 prosent av helseutgiftene i Norge. Det er dermed en stor og viktig post. Til sammenligning utgjør den samme kategorien bare åtte prosent av samlede helseutgifter i Sverige. Reflekterer dette virkelig en forskjell i hvor mye landene bruker på sykehjem, eller reflekterer det forskjeller i måten tallene føres på?

Svaret er at regnskapene er forskjellige. Det kan vi se fordi vi har tall på hvor mye av langtidspleie som føres under sosialutgifter og ikke under helseutgifter (se tabellen nedenfor). Sverige har ført opp en utgift på over 1000 USD per innbygger til sykehjem og langtidspleie som sosialutgift og ikke helseutgift. Norge har ikke oppgitt noen utgifter her. Problemet er ikke at Norge fører feil og alle andre rett, men at OECDs egne retningslinjer var uklare på hvor mye av utgiftene til langtidspleie som skal føres som helseutgifter. Ulike land følger ulik praksis, noe som gjør tallene mindre sammenlignbare. De nye retningslinjene fra OECD vil redusere dette problemet, men de sammenligningene som er basert på OECDs historiske tall, vil være problematiske. Det vil se ut som om Norge har større utgifter enn andre, men noe av dette skyldes altså at vi fører en større del av utgiftene for sykehjem og lignende som en helseutgift.

Tabell 2: Helseutgifter i Norden før og etter man inkluderer (alle) utgifter til sykehjem

	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island	Nordisk snitt	Forskjell
Samlet helseutgift ifølge OECD	4 763	3 323	3 512	2 840	3 319	3 249	47 %
Utgifter til sykehjem							
... ført som helseutgift	1 177	255	718	325	640	485	143 %
... ført som sosialutgift	0	1 023	0	387	0	353	
Samlet helseutgift							
... ekskludert sykehjem	3 586	3 068	2 794	2 515	2 679	2 764	30 %
... inkludert sykehjem	4 763	4 346	3 512	3 227	3 319	3601	32 %

Forklaring: Alle tall er fra OECD Health Data, 2007, løpende kjøpekraftsjusterte dollar. Sykehjem er brukt som forkortelse for det OECD kaller "Long term nursing care". Nordisk snitt inkluderer ikke Norge.



Hvor mye betyr denne forskjellen i regnskapene? Ifølge OECD bruker Norge 47 prosent mer per innbygger på helsetjenester enn gjennomsnittet i de andre nordiske landene. For å skape mer sammenlignbare tall kunne vi trekke ut sykehjemsposten og sammenligne utgiftene. Det viser seg da at Norge fremdeles bruker mer enn de andre nordiske landene, men forskjellen faller fra 47 prosent til 30 prosent. Alternativt kunne vi legge til de beløpene vi har på hvor mye de andre nordiske landene bruker på sykehjem. Hvis vi gjør det, og stoler på OECD-tallene, bruker Norge 32 prosent mer enn snittet.

Hvis vi ser enda nøyere på tallene, er det spesielt Island og Finland som ligger lavt. Finland er spesiell i den forstand at de har betydelig lavere lønninger og bemanning, delvis på grunn av den økonomiske krisen på 1990-tallet. Dersom vi tar hensyn til innbyggertallet, vil også Island veie mye mindre. Hvis vi derfor bare sammenligner Norge med Sverige og Danmark, viser det seg av vi bruker noe over 20 prosent mer enn disse landene. Dette utgjør en halvering av forskjellen vi får dersom vi ikke tar hensyn til at tallene føres forskjellig. Forskjeller i regnskapsføring er dermed en betydelig kilde til misvisende konklusjoner.

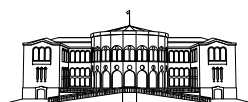
6. KONKLUSJONER

Norge bruker 50 000 kroner per innbygger på helsetjenester hvert år. Om dette er mye eller lite, avhenger i hovedsak av hva vi får igjen for pengene – ikke av hvor mye vi bruker i forhold til andre. For eksempel kan vi utføre sammenlignende studier for å undersøke om de som bevilger mer penger til kreftbehandling enn andre også har bedre resultater. Slike studier er gjort. Det er på dette området det bør satses mer, ikke bare studier av kostnadssiden (Martin, Rice, Smith 2008; Nixon og Ulmann 2006)

Sammenligning med andre kan gi innsikt i hva som gir mest for pengene. Det viktigste blir da å undersøke hvorfor det er forskjeller og hva disse forskjellene fører til. Av den grunn synes det mest interessant ikke å justere tallene før vi foretar en sammenligning. Justeringene kan fort dekke over årsakene og detaljer som vil være viktige for konklusjonen.

Dersom vi vet at det generelle lønnsnivået forklarer omtrent 40 prosent av forskjellen mellom Norge og andre land, så gir dette andre politiske implikasjoner enn om 40 prosent av forskjellen skyldes at vi har flere ansatte enn andre land. Det er derfor viktig å vite hva som ligger bak tallene og ikke bare nøye seg med en oppsummering. For eksempel er det tre forhold i tillegg til pris som gjør at vi vil forvente en økning i helseutgiftene over tid og en forskjell mellom land: Økende inntekt, vekst i antall eldre og teknologisk fremgang.

Historisk er det en svært tett sammenheng mellom økt inntekt og økt bruk av penger på helsesektoren (se figur 8). Dette henger sammen med to forhold. Når vi blir rikere velger vi å bruke mer penger på visse varer, som helsetjenester, og mindre på andre varer, som poteter. Veksten i helsetjenester har for eksempel ikke vært større enn veksten i visse andre varer og tjenester der folk selv velger hvor mye de vil bruke – som veterinærtjenester eller vin (se figur 9). I tillegg er det enkelte helsetjenester det er vanskelig å effektivisere. Produksjonen av datamaskiner er dramatisk mye mer effektiv enn for få år siden, men det er ikke like lett å effektivisere arbeidsintensive omsorgstjenester. På samme måte som det ikke gir mening å



effektivisere driften av et symfoniorkester med å be musikerne om å spille raskere, kan vi ikke gi mer omsorg ved å ”snakke raskere.” I den grad helsetjenester er preget av en slik type arbeid, kan vi ikke forvente effektivisering i samme grad som andre deler av økonomien.

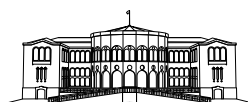
Det betyr at kostnadene naturlig vil vokse som en andel av økonomien over tid. Det betyr også at Norge vil ha større utgifter enn andre fordi vi har en høy inntekt i forhold til mange andre land. Det er en naturlig utvikling. Så lenge pengene brukes effektivt, er økt pengebruk i seg selv ikke grunn til bekymring. Det er sammenhengen mellom pengebruk og hva vi får igjen som er avgjørende.

Veksten i antall eldre gjør også at utgiftene vokser over tid og at utgiftene vil være forskjellig mellom ulike land. Dette er en naturlig konsekvens av at vi blir rikere og lever lenger. I forhold til mange andre land har Norge relativt høye fødselstall og en ung befolkning. Antall eldre kan dermed ikke brukes som en forklaring på hvorfor vi har betydelig større utgifter til helsevesenet enn andre sammenlignbare land. Det vil gjøre at utgiftene øker på sikt selv om økningen kanskje ikke vil bli så stor som mange har trodd. Mange av helsekostnadene kommer mot slutten av livet, uansett alder, og det blir derfor mer en forskyvning av utgifter oppover i alder (Melberg 2012b).

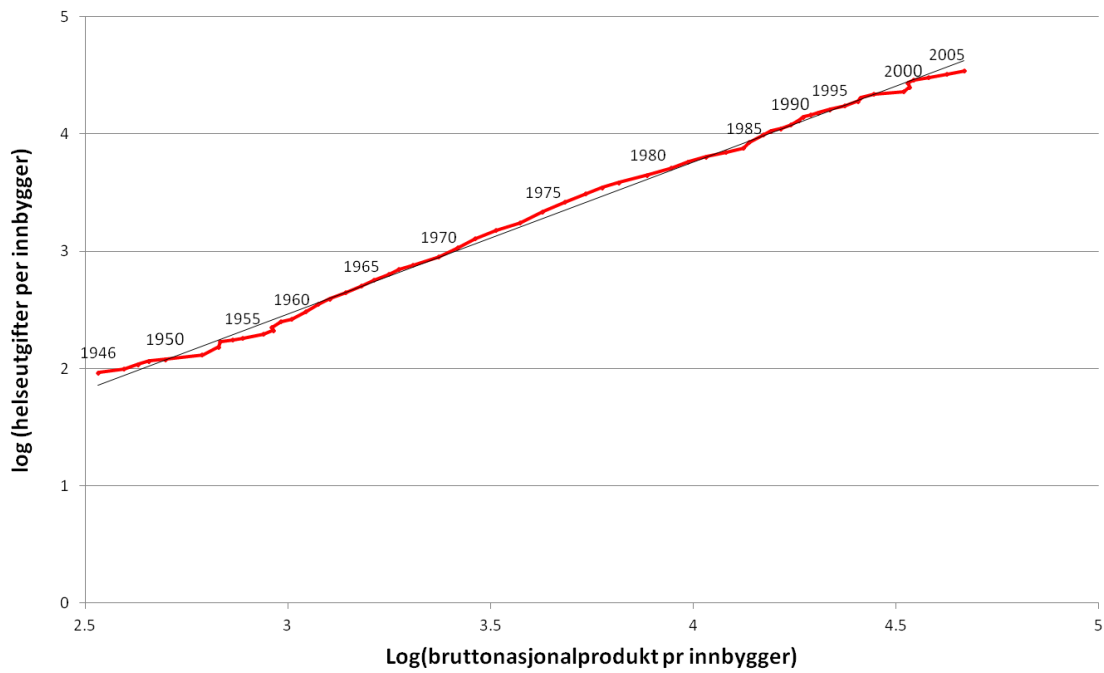
Teknologisk utvikling er en av de viktigste drivkreftene bak helseutgiftene. Noen nyvinninger reduserer kostnadene, mens andre øker kostnadene. Nye legemidler og ny teknologi gjør det mulig å behandle sykdommer som det tidligere ikke var mulig å behandle, og dette fører til økte kostnader. Amerikanske undersøkelser tyder på at omtrent halvparten av veksten i helseutgiftene skyldes ny teknologi. Måten vi setter prisen på slik teknologi, og måten den godkjennes og brukes på, varierer fra land til land og vil skape ulikheter i helseutgiftene. USA har liten prisregulering og innfører mye ny teknologi, mens Norge har sterkere grad av prisregulering. Ny teknologi er dermed en viktig driver av utgiftene både over tid og mellom land, og internasjonalt har man anslått at halvparten av utgiftsveksten skyldes ny teknologi.

Det er mange ulike faktorer som gjør at forskjellige land naturlig vil ha ulike utgifter til helse. Derfor er det ofte best å rette oppmerksomheten mot sammenligninger der vi starter med tall som i liten grad er justert, for så å vise hvor viktig de ulike faktorene er og hvordan de henger sammen med ulikheter i helsetilstand. Det er denne dekomposisjonen som gir politiske implikasjoner fordi det er årsakene til forskjellene som er interessant (se figur 10).

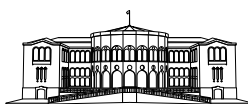
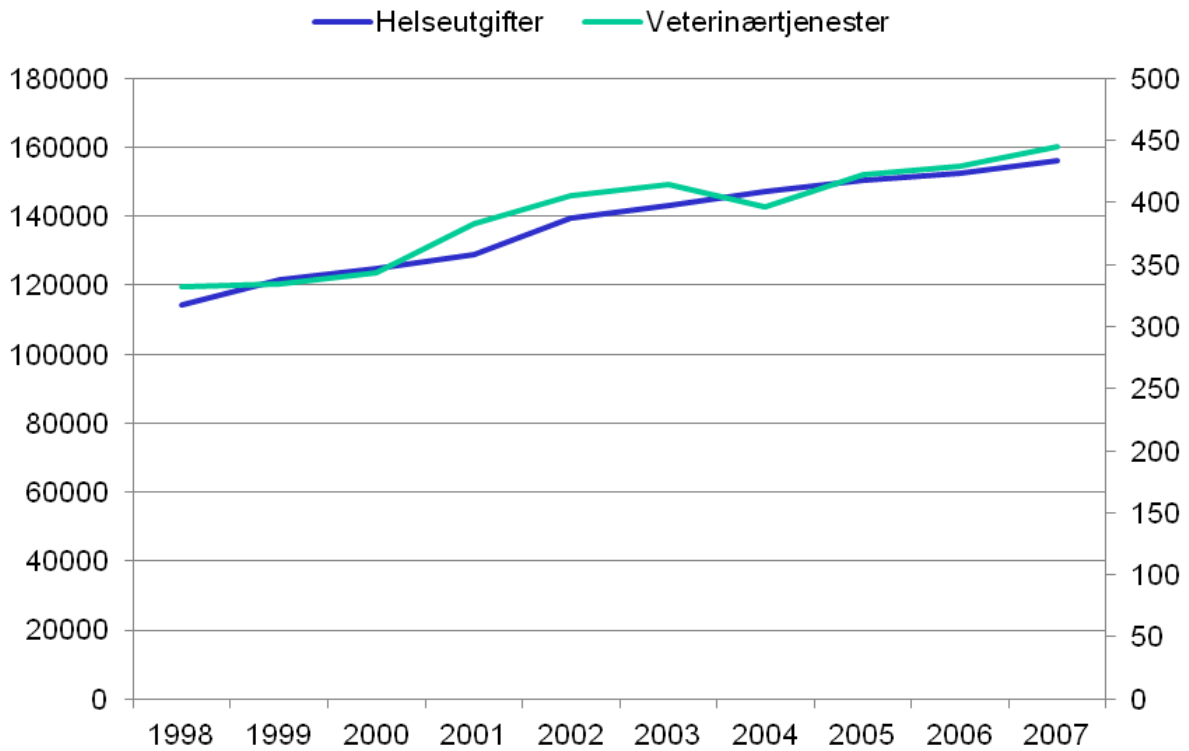
Dersom vi likevel skal gi ett tall for å få et kortfattet svar på om vi bruker lite eller mye sammenlignet med andre, ville det vært best å bruke en helsespesifikk prisindeks. Da kommer vi nærmest noe av det vi er interessert i: Et mål på mengden helsetjenester som tilbys befolkningen. Et viktig arbeid er derfor å forbedre den helsespesifikke prisindeksen slik at den blir mer dekkende. Inntil da er det i de fleste sammenhenger best å holde seg til vanlig praksis og bruke kjøpekraftjusterte utgifter ved internasjonal sammenligning, men supplere med lønnsjusterte utgifter i en mer detaljert sammenligning.



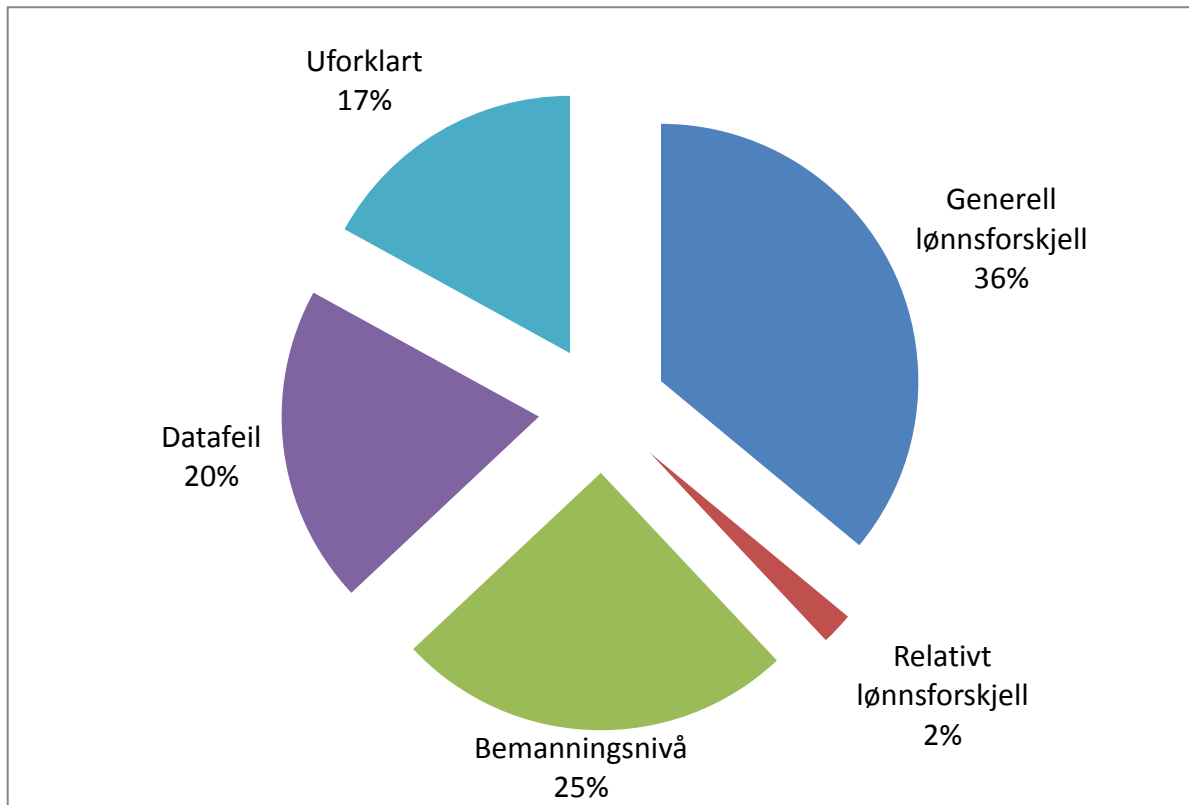
Figur 8: Sammenhengen mellom inntekt og helse (Norge)



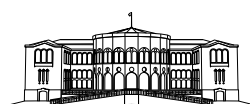
Figur 9: Helseutgiftene sammenlignet med utgifter til veterinærtjenester



Figur 10: Hva forklarer forskjellen i helseutgifter mellom Norge og Finland?

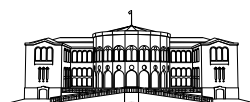


Kilde: Melberg 2009. Merk: Tallene er anslag og regnskapsmessige datafeil – dvs. at man i Norge tar med sykehjemsutgifter, mens det i mindre grad gjøres i Finland – er konservativt beregnet.



Referanser

- Gerdtham UG, Jonsson B. (2000) International comparison of health care expenditure. In: Culyer AJ, Newhouse JP (eds.). Handbook of health economics.
- Gerdtham, U. G, and B. Jönsson. 1991. "Price and quantity in international comparisons of health care expenditure." *Applied economics* 23(9): 1519–1528.
- Gerdtham, Ulf-G., and Bengt Jönsson. 1994. "Health care expenditure in the Nordic countries." *Health Policy* 26(3): 207-220.
- Häkkinen, U., Joumard, I., 2007. Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: Options for research. OECD Economics Department Working Papers, no. 554
- Kittelsen, S., Anthun, K., Kalseth, B., Kalseth, J., Halsteinli, V., & Magnussen, J. (2009). En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007. SINTEF-rapport A, 12200.
- Martin, S., N. Rice, and P. C Smith. 2008. "Does health care spending improve health outcomes? Evidence from English programme budgeting data." *Journal of Health Economics* 27(4): 826–842.
- Medin E, Anthun KS, Häkkinen U, Kittelsen SAC, Linna M, Magnussen J, Olsen K, Rehnberg C, 2011: Cost efficiency of university hospitals in the Nordic countries: a cross-country analysis, *European Journal of Health Economics* , 12(6), 509-519.
- Melberg, Hans Olav (2009) Why is there such a gap between health expenditures and outcomes in Norway compared to Finland? HERO working paper 2009.
- Melberg, Hans Olav (2011) Some problems with international comparisons of health spending – and a suggestion about how to quantify the size of the problems HERO WP 2011/04, University of Oslo and HERO.
- Melberg, Hans Olav (2012a) Bruker Norge mye eller lite på helsetjenester, og er mer penger løsningen? i H. O. Melberg og L. E. Kjekshus (Red.) *Fremtidens Helse-Norge*. Fagbokforlaget, Oslo, pp. 259-270.
- Melberg, Hans Olav (2012b) Eldrebølgen: bedre enn sitt rykte i H. O. Melberg og L. E. Kjekshus (Red.) *Fremtidens Helse-Norge*. Fagbokforlaget, Oslo, pp. 57-66.
- Miika Linna, Unto Häkkinen, Mikko Peltola, Jon Magnussen, Kjartan S. Anthun, Sverre Kittelsen, Annette Roed, Kim Olsen, Emma Medin and Clas Rehnberg, 2010: Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals -a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002, *Health Care Management Science* , 13(4): 346-357.
- Murray C. J. L., Evans D.B. 2003 Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism. World Health Organization, Geneva.
- Møinichen-Berstad Terje L. (2012), *Helseutgiftene i Norge sammenliknet med andre land*, Samfunnsøkonomen.
- Nixon, J., and P. Ulmann. 2006. "The relationship between health care expenditure and health outcomes." *The European Journal of Health Economics* 7(1): 7–18.



ISBN 978-82-8196-062-6

ISSN 1890-2537