

# Brukes det mye helsetjenester i Norge?

Erling Holmøy og Hans Henrik Scheel\*

*Artikkelen gir følgende svar på tre presiseringer av spørsmålet i tittelen: 1) Andelen av landets disponible inntekt som prioriteres til helseutgifter er omtrent den samme i Norge som i mange andre vesteuropeiske land. 2) Svært usikre anslag på den reelle bruken av helsetjenester per innbygger viser samme bilde, og at veksten på dette området har vært noe sterkere i vestlige EU-land enn i Norge. 3) Helseutgiften per innbygger koster mer i form av avkall på andre varer og tjenester i Norge enn i alle andre land, unntatt USA.*

## Artikkelens hensikt

Ulike varianter av spørsmålet i tittelen stilles ofte. Forsøk på svar leder raskt til statistikkene i SSB, Eurostat, OECD eller WHO. De mest brukte tallene for helseutgifter hentes fra nasjonale helseregnskap som er basert på felles retningslinjer beskrevet i OECD, Eurostat og WHO (2011). Hernæs og Brathaug (2012) beskriver sentrale tall og prinsipper i helseregnskapet. OECD presenterer sammenlignbare tall for helseutgifter og andre helserelaterte størrelser i «Health at a Glance». <sup>1</sup> Melberg (2009, 2011, 2012a, 2012b) diskuterer internasjonale sammenligninger av helseutgifter. <sup>2</sup>

Den som beveger seg inn i jungelen av helserelaterte tall, kan imidlertid lett ende opp som mer forvirret enn opplyst. Faren er stor for at man kommer tilbake med tall som brukes i sammenhenger hvor de er irrelevante og/eller misvisende. For eksempel hevder Møinichen-Berstad (2012) at regjeringen og andre miljøer har brukt tall fra OECD og SSB til å skape et inntrykk av at Norge bruker langt mer på helse enn det som faktisk er tilfelle. Spesielt argumenterer han for at volumet av helsetjenester per innbygger ligger lavere i Norge enn i «sammenlignbare land», og at dette volumet har vokst betydelig mindre enn det Statistisk sentralbyrå (2011) hevdet. Et klikk på <http://www.forskning.no/artikler/2012/april/319374> gir et innblikk i debatten som fulgte.

Ambisjonen i denne artikkelen er å etablere noen veivisere i jungelen av tall om helseutgifter. Vi gjør dette ved å gi tre alternative presiseringer av tittelspørsmålet

\* Takk til Ann Lisbeth Brathaug, Kjersti Helene Hernæs, Torbjørn Hægeland, Julie Kjølvik og Lars Svennebye for kommentarer.

<sup>1</sup> Den ferskeste «Health at a Glance» kom i november 2012 og kan leses på [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012\\_9789264183896-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en).

<sup>2</sup> Se også Gerdtham og Jönsson (1991, 1994, 2000) og Häkkinen og Journard (2007).

**Erling Holmøy** er forsker ved Gruppe for offentlig økonomi ([erling.holmoy.ssb.no](mailto:erling.holmoy.ssb.no)).

**Hans Henrik Scheel** er Administrerende direktør i Statistisk sentralbyrå ([hans.scheel.ssb.no](mailto:hans.scheel.ssb.no))

som vi mener er interessante og/eller gjengangere i den offentlige debatten. Vi forklarer hvilke tall som er relevante når de tre presiserte spørsmålene skal besvares, og vi besvarer dem med tall, så langt det er mulig. En lignende hensikt har Hans Olav Melberg i flere arbeider. Blant annet viser Melberg (2012) at Norge bruker henholdsvis to prosent mindre og dobbelt så mye som andre land på helse ved å veksle mellom to ulike mål. Han konkluderer med at målene, og dermed svarene, må bestemmes av spørsmålene. Hva er så de viktigste spørsmålene? Her er vi mer eksplisitte enn Melberg, og på noen spørsmål gir vi andre svar enn ham.

De spørsmålene vi stiller, og den måten vi besvarer dem på, mener vi har relevans også når man skal belyse hvor mye Norge bruker på andre formål, spesielt der offentlig forvaltning har et stort ansvar for produksjon og finansiering. Det gjelder for eksempel omsorg for barn og eldre, utdanning og infrastruktur.

## Presiseringer av «bruk», «mye» og «helsetjenester»

Ulike presiseringer av disse tre ordene i tittelspørsmålet gir vidt forskjellige svar. Vi lar *mye (lite)* bety *større (mindre)* enn *noe annet*. Vi konsentrerer oss om de to vanligste sammenligningene, nemlig mellom år og mellom land. Presiseringene av «helsetjenester» og «bruk» krever mer plass.

## Hva inkluderes i «helsetjenester» og helseutgifter?

I det internasjonale systemet for helseregnskapet deles helsetjenester inn i de seks hovedkategorier som er vist i tabell 1, uavhengig av om de er produsert i offentlig eller privat sektor. Dessuten skiller utgiftstallene ut *investeringer* til helseformål. Det er lite uenighet om hva som er kjernetjenester, og det meste av ressursene i helsesektoren går med her, se tabell 1 som viser helseutgiftens fordeling på tjenestekategorier i Norge i 2011. I helsesektorens gråsoner finner vi administrasjon, forskning, forebygging, helsetjenester som utføres av familien, samt tjenester som ikke er direkte sykepleie, men som folk med dårlig helse ikke klarer selv, eksempelvis rengjøring. Hvilke av disse tjenestene inngår i helseutgiftene?

Tabell 1. Prosentvis fordeling av helseutgifter i Norge i 2011 på hovedkategorier av tjenester

1. Medisinsk behandling (utført på sykehus, av allmennlege, spesialist, tannlege, fysioterapeut, kiropraktor) og rehabilitering	48,5
2. Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie	28,0
3. Støttetjenester (røntgen- og laboratorietjenester, ambulans og pasienttransport)	6,4
4. Medisinske produkter (legemidler og sykepleieartikler for pasienter som ikke er innlagt)	10,4
5. Forebyggende og helsefremmende arbeid	2,4
6. Helseadministrasjon	0,9
7. Investeringer	3,4

Kilde: Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helsesat/tab-2012-04-19-02.html>)

I de norske tallene i tabell 1 omfatter Forebyggende og helsefremmende arbeid driftsutgiftene til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, skolehelsetjeneste, helsestasjoner, helserelatert forsknings- og utredningsvirksomhet, Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten, og annen forebygging. Helseadministrasjon omfatter driftsutgiftene i Helse- og omsorgsdepartementet, Bioteknologinemnda, Statens strålevern, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda, Statens legemiddelverk, Apotekvesenet, legemiddelfaglige tiltak, stimulerings-tiltak for psykisk helse, samt noen andre mindre poster.

Ulønnede helsetjenester utført av familie/venner er utelatt i Helseregnskapet på grunn av åpenbare måleproblemer. Det svekker statistikkens informasjonsverdi når man vil sammenligne den samlede bruken av helsetjenester i ulike år, og i ulike land. Problemet må antas å øke desto «enklere» helsetjenester man ser på, spesielt pleie og omsorg. De nordiske landene har gått lenger enn de fleste andre land i å flytte enkle tjenester fra husholdningene til den formelle økonomien. Jo mer av tjenesteytingen som formaliseres på denne måten, desto mer av den synes i statistikken. Sannsynligvis undervurderer derfor statistikken omfanget av enkle helsetjenester og pleie og omsorg i tidligere tider og i land med relativt lav kvinnelig yrkesdeltakelse.

Ifølge OECD, Eurostat, WHO (2011) skal landenes helseregnskap fremover inkludere personlige tjenester (hjelp til blant daglige gjøremål og personlig hygiene) når de tilbys sammen med sykepleie som en «tjenestepakke». De norske tallene for pleie og omsorg har allerede inkludert slike personlige tjenester, mens andre land, for eksempel Sverige, hittil har utelatt dem.<sup>3</sup> Norske pleie- og omsorgsutgifter tallfestes på grunnlag av regnskapsdata fra kommunene (KOSTRA<sup>4</sup>). Fra disse må man trekke ut et anslag på den andelen av

personlige tjenester som er helserelatert. For institusjonsbaserte tjenester settes denne lik den andelen sykehjems plasser utgjør av alle plassene i syke- og aldershjem. For hjemmetjenestene anslås den på grunnlag av tall for hjemmesykepleie.<sup>5</sup>

### «Bruken av tjenester»

Vi presiserer *bruk* på tre måter. Det gir like mange presiseringer av tittelspørsmålet:

1. *Hvor mye utgjør helseutgiftene av landets samlede inntekter?* Svaret på dette uttrykker hvor høyt helse-tjenester prioriteres i forhold til andre goder.
2. *Hvor mye helsetjenester forbruker gjennomsnittspersonen?* Spørsmålet er prinsipielt sett av samme type som en etterlysning av hvor mye mat gjennomsnittspersonen spiser. Her blir det avgjørende å finne adekvate kvantumsmål for det som brukes av ulike helsetjenester, samt å veie dette sammen til ett samlemål. Dette er det eneste av våre tre spørsmål hvor det er relevant å finne ut hvor mye «helse får vi per krone» i ulike land og år.
3. *Hvor mye kan kjøpes av andre varer og tjenester for helseutgiften per innbygger?* Svaret gir en såkalt alternativverdi knyttet til gjennomsnittsbruken av helsetjenester.

### Hvor mye utgjør helseutgiftene av landets samlede inntekter?

Hvis man vil vite hvor høyt husholdninger prioriterer for eksempel ferie, vil man ønske tall for ferieutgiftenes andel av husholdningens disponible inntekt. Tilsvarende kan et lands prioritering av helsetjenester belyses med tall for de samlede offentlige og private helseutgiftenes andel av den landets disponible inntekt (DI). Begge størrelser skal måles i løpende priser. DI defineres som brutto nasjonalprodukt (BNP) minus kapitalslit, tillagt nordmenns inntekter opptjent i utlandet og fratrukket utlendingers inntekt opptjent i Norge, netto skattebetalinger og stønader til utlandet. Norges DI utgjorde 86,6 prosent av BNP i 2011. Tilsvarende forholdstall for EURO-området (17 land) og USA var henholdsvis 83,2 og 88,1 prosent. For de fleste land utgjør kapitalslitet den største forskjellen mellom DI og BNP.

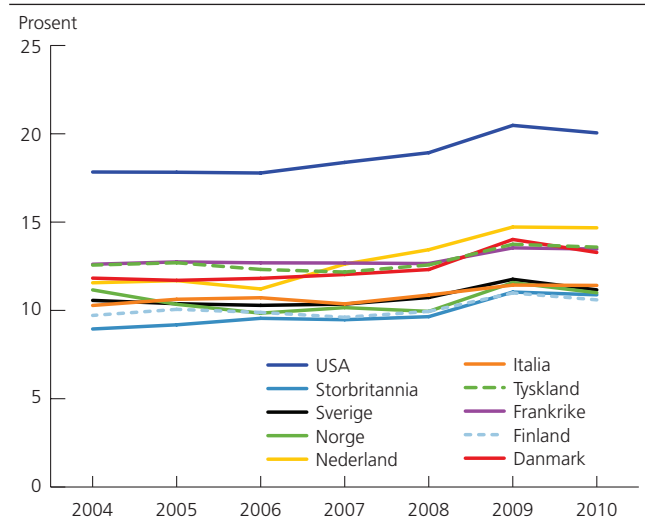
Figur 1 viser prioriteringen av helseformål målt på denne måten i årene 2004-2010 i en del OECD-land som har mange fellestrekk med Norge materielt og kulturrelt. Norge prioriterer helsetjenester omtrent like høyt som Italia, Sverige, Storbritannia og Finland. I disse landene lå helseutgiftsandelens av DI rundt 11 prosent i 2010. Den norske andelen har variert mellom 10 og 11 prosent på 2000-tallet. USA er i en klasse for seg i å prioritere helsetjenester høyt. Her økte helseandelen av DI fra 18 til 20 prosent fra 2004 til 2010. Prioriteringen

<sup>3</sup> Den avgrensningen Sverige har valgt førte til at de helserelaterte pleie- og omsorgsutgiftene andel av samlede svenske helseutgifter var kun 7 prosent i 2009, mens den tilsvarende andelen i Norge var 27,3 prosent. Foreløpige beregninger for Sverige indikerer at denne andelen vil stige til ca. 20 prosent for Sverige når samme avgrensning blir lagt til grunn.

<sup>4</sup> KOSTRA er en forkortelse for kommune-stat-rapportering, se <http://www.ssb.no/vis/kommregnko/art-2012-06-15-01.html>

<sup>5</sup> Tallgrunnlaget her er *Institusjonsbasert pleie- og omsorgsstatistikk* (IPLoS), se <http://www.ssb.no/pleie/>

Figur 1. Andelen av disponibel netto nasjonalinntekt brukt på helseutgifter i utvalgte land. Løpende priser. Prosent



Kilde: Egne beregninger basert på OECDs tall for helseutgifter og disponibel inntekt.

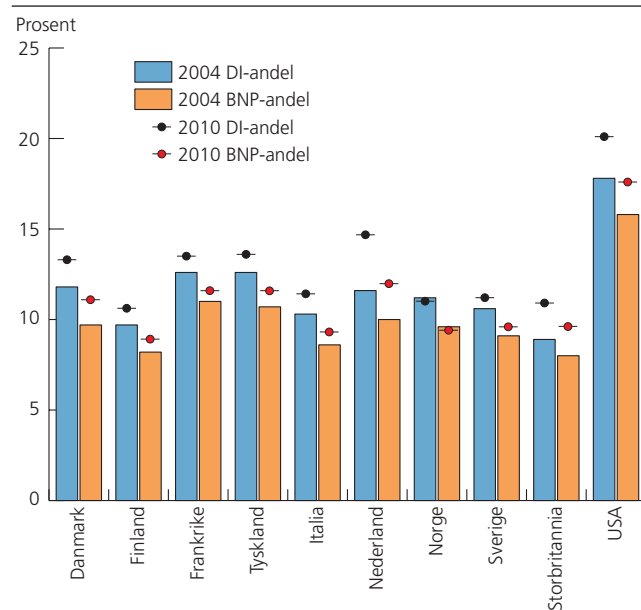
av helsetjenester i Nederland, Tyskland, Danmark og Frankrike er lavere enn i USA, men høyere enn i Norge.

DI-begrepet brukes imidlertid sjelden. Det vanlige er å se på andeler av BNP når man sammenligner utgifter til helse eller andre formål mellom land. Det skyldes delvis at anslagene på kapitalslit kan være sjablongmessige og upresise. Men det kan også skyldes ubetenksomhet og «gammel vane». Innholdsmessig bør DI være et begrep som er lettere å forstå enn BNP, fordi det er analogt med det tilsvarende husholdningsbegrepet og ligger nærmere inntektsbegrep man legger til grunn i mange andre økonomiske resonneringer.<sup>6</sup> Hvis det ikke hadde vært for problemer med å måle komponenter i DI som man i mindre grad har ved måling av BNP, er det gode grunner til å belyse prioriteringen av helse med DI-andeler fremfor BNP-andeler. Spesielt vil et lands sparing og utgifter til helse og andre formål summere seg til landets disponible inntekt, men ikke til BNP.

Så lenge kapitalslitet utgjør en relativt konstant hovedforskjell mellom DI og BNP, kan det synes som pedantisk å insistere på at prioritering av helse eller andre formål bør måles med DI-andeler fremfor BNP-andeler; begge mål vil gi tilnærmet det samme bildet av prioriteringen. Men i en stadig mer globalisert verdensøkonomi kan nasjonalproduktet (både brutto og netto) komme til å gi et stadig mer misvisende mål på DI. Økt internasjonal mobilitet av arbeidskraft og kapital kan øke strømmene mellom land av kapitalinntekter, lønn, skatter, trygder og private overføringer. Et ekstremt eksempel er Luxembourg, hvor halve arbeidsstyrken bor utenfor landet.

<sup>6</sup> For OECD-landene er det liten forskjell mellom den disponible inntekten og nasjonalinntekten. Forskjellen består i hovedsak av overføringer, herunder U-hjelp og penger innvandrere sender til sine familier i andre land.

Figur 2. Helseutgiftenes andel av disponibel netto nasjonalinntekt (DI) og BNP i utvalgte land. Løpende priser. 2004 og 2010. Prosent



Kilde: Egne beregninger basert på OECDs tall for helseutgifter, BNP og disponibel nasjonalinntekt.

For Norge som høster forbigående inntekter fra utvinning av ikke-fornybare naturressurser (grunnrente), vil heller ikke DI være et perfekt inntektsbegrep. I likhet med nasjonalproduktet, vil også DI inkludere ren omplassering fra ressursformue til finansformue. Men når inntektene fra salg av naturressursene spares, vil DI etter hvert gi et bedre bilde av landets inntekter enn BNP. Gradvis bortfall av løpende petroleumsinntekter, etter hvert som reservene tømmes, vil isolert sett redusere både nasjonalproduktet og DI, men DI vil – i motsetning til nasjonalproduktet – også inkludere økende avkastning fra oljefondet. Under en slik utvikling ville uforandret prioritering av ulike formål i form av konstante utgiftsandeler av DI, innebære økende utgiftsandeler av BNP for alle formål.

Figur 2 viser at helseutgiftenes andeler av henholdsvis BNP og DI gir tilnærmet samme bilde av prioriteringen av helse når vi sammenligner mellom land og mellom årene 2004 og 2010. (2004 er første år med helseregnskap basert på felles retningslinjer.) Figur 1 viser at utviklingen mellom 2004 og 2010 er relativt jevn for landene i figur 2. For Norge vil helseutgiftenes andel av DI ligge 1-2 prosentpoeng høyere enn BNP-andelen. I Norge har mellom 9 og 10 prosent av BNP gått til helseformål i de senere år. Dette er omtrent som i de andre nordiske landene og svært nær gjennomsnittet for hele OECD-området. I 2009 utgjorde helseutgiftene i Norge 8,9 prosent av BNP og 10,5 prosent av disponibel nasjonalinntekt.

### Hvor mye helsetjenester forbruker gjennomsnittspersonen?

Gitt at vi har tall for alle helseutgiftene i de landene eller årene vi vil sammenligne, krever svaret på dette spørsmålet en enkel og en vanskelig beregning. Det

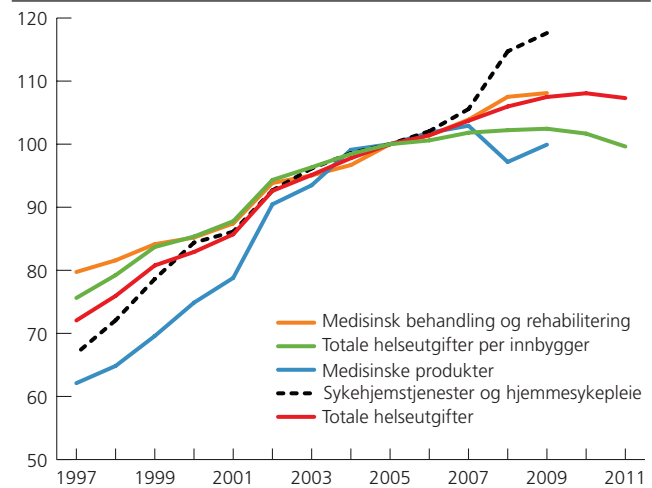
enkle er å dividere disse nasjonale utgiftstallene, omregnet til felles valuta, på antall innbyggere. Det vanskelige er å måle hvor mye helsetjenester som leveres til gjennomsnittspersonen. Det siste krever at en veier sammen antall hofteoperasjoner, fødsler, medisiner, fastlegebesøk og svært mange andre ulike varer og tjenester som produseres i løpet av et gitt år til ett totaltall. Her må det lages en volumindeks. Normalt avledes volumindekser fra nominelle verditall ved at korrigerer bort den delen av verdiveksten som skyldes endringer i prisene på de enkelte tjenestene. Problemet med å lage en volumindeks for helsetjenester er i praksis enda vanskeligere enn å sammenligne epler og pærer, blant annet fordi man mangler markedspriser for de aller fleste, og særlig de mest brukte, helsetjenestene. Dessuten skal man ikke kun måle volumendringene over tid i hvert enkelt land, men også volumforskjellene mellom land i gitte år.

I det norske helseregnskapet måles volumutviklingen for helsetjenester over tid både via deflatering av nominelle verditall og ved direkte anslag på volumutviklingen. Blant annet anslås volumutviklingen for sykehustjenester og helserelatert pleie og omsorg direkte på grunnlag av utviklingen i DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper) fra Norsk pasientregister, se Hernæs og Brathaug (2012). DRG-poeng er et produktivitetsmål. De måler ressursbruken per tjenesteenhet, for eksempel per hofteoperasjon. For helserelatert pleie og omsorg i institusjoner måles volumutviklingen ved endringer i antall sykehjemsplasser. For kollektive helsetjenester beregnes volumutviklingen ved å deflatere nominelle utgiftstall med relevante kostnadsindekser. For blant annet tannhelsetjenester og legemidler brukes delindekser fra konsumprisindeksen til å deflatere de relevante utgiftstallene. Normalt vil ingen av disse målene på volumutviklingen fange opp eventuelle forbedringer av tjenestenes kvalitet. Sannsynligvis har kvaliteten på de fleste helsetjenestene bedret seg, og den målte volumveksten blir dermed for lav.

Figur 3 viser volumet av de samlede helsetjenestene i Norge per innbygger økte med i alt 37,6 prosent fra 1997 til 2011, dvs. en årlig realvekst på tilnærmet 2 prosent, etter utflating i 2010 og 2011. Her må det tas forbehold, fordi tallene for 2010 og 2011 er foreløpige. Veksten per innbygger har vært noe svakere enn den samlede realveksten. Volumet av helsetjenestene per innbygger har falt etter 2008 til omtrent samme nivå som i 2005-2006.

Hvordan er så gjennomsnittsnordmannens forbruk av helsetjenester sammenlignet med tilsvarende forbruk i andre land? For å svare må man korrigerer helseutgiftene per innbygger, regnet i felles valuta, for at prisene de ulike helsetjenestene, for eksempel hofteoperasjoner og lungekreftbehandling, varierer mellom land. Dette krever kjøpekraftspariteter som er spesifikk for helsetjenester. Eurostat og OECD samarbeider om å lage slike, men de har foreløpig svakheter som gjør at OECD ikke bruker dem.

Figur 3. Volumutvikling for enkelte helsetjenester i Norge, alle helsetjenester totalt og per innbygger. 2005=100



Kilde: Statistisk sentralbyrå (basert på [http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default\\_FR.asp?PXsid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=helsesat](http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXsid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=helsesat))

Det gjør imidlertid Møinichen-Berstad (2012). Han finner da følgende: Det reelle gjennomsnittsforkretningen av helsetjenester per innbygger vokste saktere i Norge enn i de vestlige EU-landene fra 1999 til 2009. I 1999 lå den norske gjennomsnittsbuiken ca. 5 prosent over snittet for de vestlige EU-landene og ca. 13 prosent høyere enn i Sverige. I 2009 lå den norske gjennomsnittsbuiken på tilnærmet samme nivå som gjennomsnittet for de vestlige EU-landene. På samme nivå lå også Sverige, Danmark og Østerrike. Det individuelle gjennomsnittsforkretningen av helsetjenester var høyest i Nederland og Sveits, hvor det lå tilnærmet 20 prosent over det norske nivået. Også i Tyskland og Frankrike lå dette gjennomsnittsforkretningen høyere enn i Norge. Blant vesteuropeiske land lå gjennomsnittsforkretningen omkring 15 prosent lavere enn det norske i Belgia, Spania, Island og Finland i 2009. Også det danske gjennomsnittsforkretningen var lavere enn det norske. Polakker og ungarene hadde omtrent halvparten av nordmenns helseforbruk.

Hvorfor vil ikke OECD bruke de spesifikke kjøpekraftsparitetene for helse? For det første fordi det ikke finnes markedspriser for flertallet av tjenestene - de omsettes jo ikke i markeder. Selv for markedsomsatte legemidler er det vanskelig å måle genuine prisforskjeller på grunn av blant annet ulike reguleringer, styrke og pakningsstørrelser. I tillegg er landenes helseutgifter ulikt fordelt på de enkelte helsetjenestene, slik at betydningen av hver enkelt pris for samlet helseutgift varierer fra land til land.

Disse problemene har ført til at OECD/Eurostat i stor grad bruker prisene på innsatsfaktorene i helsesektoren til å anslå priser på helsetjenester. Lønn vil dominere helsekostnadene i alle land. Man har imidlertid ikke systematisk informasjon om produktivitetforskjellene i helsesektoren mellom ulike land, og man gjør heller ikke noe forsøk på å anslå disse. Det vi ønsker svar på er: Hvor mange kurver med et gitt innhold av ulike helsetjenester får vi for gjennomsnittsnordmannens

helseutgift i ulike land (etter omveksling til gangbar valuta)? Det svaret man faktisk får, ligger nær tallet på timeverk fra helsepersonell som kan lønnes med dette beløpet.

Selvsagt får vi færre timeverk der helsearbeidskraften har høy timelønn enn lav. Norge har høyere lønnsnivå for de fleste yrkesgrupper, også helsepersonell, enn de aller fleste andre land. Dernest er produktiviteten helt avgjørende for hvor mange helsekurver timeverkene i ulike land produserer i gitte år. Uten anslag på forskjeller i produktivitet og kvalitet mellom land, får man ikke det man satte seg fore å beregne.

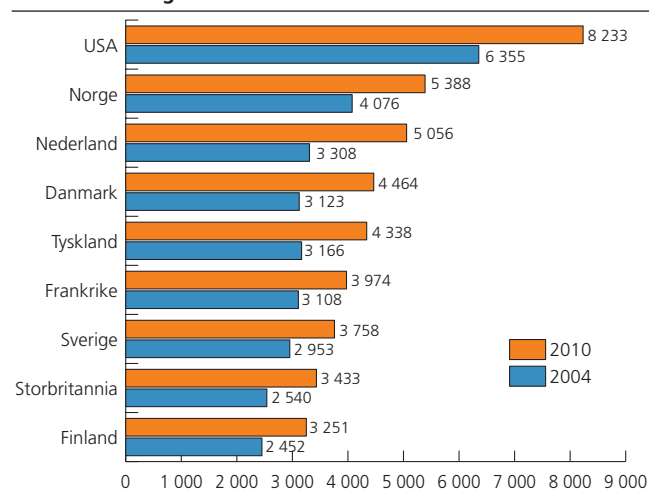
Vet vi noe om hvordan helsesektorens produktivitet er i Norge i forhold til andre land? Spesialstudier Kittelsen, 2009; Medin, 2011; Miika, 2010) viser at produktiviteten innen ulike former for sykehusbehandling varierer rundt det samme nivået i Norge, Sverige og Danmark, mens den er klart høyere i Finland. Melberg (2012) hevder at 25 prosent av forskjellen mellom sykehusutgiftene per innbygger i Norge og Finland skyldes at norske sykehus har flere ansatte. Lønnsforskjeller forklarer ca. 38 prosent av forskjellen, hvorav det aller meste - 36 prosentpoeng - skyldes en generell lønnsforskjell mellom Norge og Finland. Bare to prosentpoeng skyldes at lønnsforskjellen mellom helsearbeidere og andre grupper er større i Norge enn i andre land.

Diskusjonen over viser at det ikke kan gis noe klart svar på spørsmålet i avsnittets tittel. Møinichen-Berstad (2012) følger riktige prinsipper for å besvare det. Men kvaliteten på de prisindeksene han og andre er overlatt til å bruke, har ikke den informasjonsverdien som prinsippene fordrer. De reflekterer i hovedsak forskjeller i enhetskostnader, og da særlig timelønnskostnader, mellom henholdsvis år og land. Når tall for tilsvarende forskjeller i produktivitet og kvalitet ikke finnes, sitter man igjen med et bilde av lønnsforskjeller og forskjeller i ressursbruk i helsesektoren per innbygger. Med unntak av de siste 2-3 årene har denne ressursbruken per innbygger fulgt en voksende trend i Norge. Den korresponderende gjennomsnittsvæksten i de vestlige EU-landene har etter 1999 vært sterkere. I 2009 var den norske ressursbruken per innbygger tilnærmet lik gjennomsnittet for disse landene. Hvis man antar at produktiviteten i helsesektoren er den samme i Norge som i denne landgruppen, gjelder samme konklusjon for bruken av helsetjenester per innbygger. Denne antagelsen har man imidlertid svakt belegg for. Men det gjelder også andre antagelser.

### Hvor mye kan kjøpes av andre varer og tjenester for helseutgiften per innbygger?

Forsøket i foregående avsnitt på å besvare spørsmålet knyttet til bruk av helsetjenester per innbygger, ledet langt på vei til en tallfesting av bruken av ressurser per innbygger på helse. En annen måte å belyse kostnader knyttet til produksjon av helsetjenester på, er å beregne den såkalte alternativkostnaden: Hvor mye kan et lands

Figur 4. Totale helseutgifter per innbygger i utvalgte OECD-land, regnet i USD og justert for forskjeller i prisnivå ved PPP for BNP. 2004 og 2010



Kilde: OECD Health Data: Health expenditure and financing: OECD Health Statistics (doi: 10.1787/hlthxp-cap-table-2012-2-en)

innbyggere i gjennomsnitt kjøpe av andre varer og tjenester for den utgiften som brukes på helse?

Alternativkostnaden får man ved å dele helseutgiftene, målt per innbygger og i felles valuta, på prisindekser som fanger opp generelle prisnivåforskjeller mellom land. Typisk brukes kjøpekraftspariteter (PPP), som viser hva en varekurv med samme sammensetning som BNP koster i ulike land. Disse regnes som sikrere og er mye mer brukt enn kjøpekraftsparitetene som kun gjelder helsetjenester. Blant annet brukes PPP for BNP i OECDs internasjonale sammenligninger av bruk av helsetjenester per innbygger. I prinsippet burde PPP-beregningene fanget opp prisforskjellene på innenlandsk sluttanvendelse, dvs. konsum og investering, som er det et lands innbyggere faktisk kjøper. Ingen land som handler med utlandet kjøper sitt eget BNP.<sup>7</sup> Men gevinsten av en slik justering av PPP-beregningene er trolig liten i forhold til kostnadene. Det viktige er at uansett hvordan PPP beregnes, er helseutgifter delt på PPP-indeksir irrelevante for andre spørsmål enn det vi svarer på i dette avsnittet. Spesielt bør de ikke brukes til å besvare det spørsmålet vi stilte i forrige avsnitt.

Figur 4 er basert på tall fra OECD. De viser at innbyggerne i USA i gjennomsnitt ga avkall på varer og tjenester tilsvarende 8 233 USD ved å bruke så mye på helse som de gjorde i 2010. Dette er klart mer enn i andre OECD-land. I denne sammenligningen kommer Norge som nummer to, men gjennomsnittsnordmannen ga i 2010 avkall på kun 2/3 av den mengden varer og tjenester som gjennomsnittsammerikaneren gjorde som følge av sin bruk av helsetjenester. Derimot lå det norske nivået ca. 20 og 43 prosent over tilsvarende nivå i henholdsvis Danmark og Sverige, og klart over snittet for vestlige EU-land.

<sup>7</sup> BNP er et mål på verdien av produksjonen innenfor et lands territorium. Det er lik innenlandsk sluttanvendelse + eksport - import. Et lands innbyggere kjøper import, men ikke eksport - det er det utlendinger som gjør.

## Oppsummering

Vi har i denne artikkelen gitt tre presiseringer av spørsmålet: «Brukes det mye helsetjenester i Norge?». I alle svar presiseres helsetjenester på samme måte som i det internasjonale systemet for helseregnskap. Vi relativiserer «mye» ved å sammenligne ulike år og ulike land. Svarene kan oppsummeres som følger:

1. Målt ved helseutgiftenes andel av landenes disponible inntekt, prioriterer Norge helsetjenester på linje med mange andre vesteuropeiske land.
2. Forsøk på å anslå den reelle bruken av helsetjenester per innbygger viser samme bilde, og at veksten på dette området har vært noe sterkere i vestlige EU-land enn i Norge. Men disse anslagene må betegnes som meget lite kvalifiserte. Generelt er arbeidskraft og mange andre ressurser dyrere i Norge enn i mange andre land, først og fremst som følge av høyere lønnsnivå, men vi vet lite om i hvilken grad dette motsvares av høyere produktivitet.
3. Også målt med alternativkostnaden blir helsetjenester relativt dyre i Norge. Helseutgiften per innbygger representerer en større mengde andre varer og tjenester i Norge enn i alle andre land, unntatt USA.

Vår presisering av spørsmålet om hvor mye helsetjenester Norge bruker, og våre svar på disse, inneholder prinsipielle vurderinger som bør kunne overføres til spørsmål om bruken av andre varer og tjenester, spesielt der hvor det offentlige spiller en viktig rolle på produksjons- og/eller finansieringssiden. På hvert sektormråde må imidlertid våre prinsipielle syn kombineres med relevant informasjon om sektorspesifikke forhold.

## Referanser

Gerdtham, U. G., og B. Jönsson (1991): Price and quantity in international comparisons of health care expenditure, *Applied Economics* 23 (9), 1519-1528.

Gerdtham, U. G., og B. Jönsson (1994): Health care expenditures in the Nordic countries, *Health Policy* 26 (3), 207-220.

Gerdtham, U. G., og B. Jönsson (2000): «International comparison of health care expenditure», i A. J. Culyer og J. P. Newhouse (red.): *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: North-Holland/Elsevier, 11-53.

Häkkinen, U. and I. Joumard (2007): Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: Options for research, OECD Economic Department Working Papers no. 554.

Hernæs, K. H. og A. L. Brathaug (2012): Helseregnskapet – et internasjonalt system, *Økonomiske analyser* 2/2012, Statistisk sentralbyrå.

Häkkinen, U. og I. Journard (2007): Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: Options for research. OECD Economics Department Working Papers, no. 554. OECD Publishing.

Kittelsen, S. A. C., K. S. Anthun, B. Kalseth, J. Kalseth, V. Halsteinli og J. Magnussen (2009): En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007, SINTEF-rapport A, 12200.

Medin, E., K. S. Anthun, U. Häkkinen, S. A. C. Kittelsen, M. Linna, J. Magnussen, K. Olsen and C. Rehnberg (2011): Cost efficiency of university hospitals in the Nordic countries: a cross-country analysis, *European Journal of Health Economics*, 12(6), 509-519.

Melberg, H. O. (2009): Why is there such a gap between health expenditures and outcomes in Norway compared to Finland? Working Paper 2009/10, Institute of Health Management and Health Economics, University of Oslo.

Melberg, H. O. (2009): Some problems with international comparisons of health spending – and suggestions about how to quantify the size of the problems, Working Paper 2011/04, Institute of Health Management and Health Economics, University of Oslo.

Melberg, H. O. (2012b): «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, 259-270.

Melberg, H. O. (2012b): Bruker Norge mye eller lite til helseformål sammenlignet med andre land? Perspektiv 03/12, Stortingets utredningsseksjon.

OECD, Eurostat, WHO (2011): A System of Health Accounts, OECD Publishing.

Statistisk sentralbyrå (2011): Helseregnskap, 1997-2009. Helseutgiftene fortsetter å øke. Nasjonalregnskap, helseregnskap 1997-2009. Tilgjengelig: <http://www.ssb/helsesat>