

Helseutgiftene i Norge er ikke spesielt høye

I en rapport til Stortinget konkluderes det med at Norge har høye utgifter til helse. Andre beregninger viser at Norge er på et jevnt vesteuropeisk nivå for helseutgifter etter at man har justert for prisnivået på tjenestene.

Internasjonale sammenlikninger av helseutgifter er en viktig premiss for helsepolitikken (1). Stortinget har bestilt en sammenlikning av de norske og andre lands helseutgifter for å få vite om vi bruker mye, middels eller lite på helse i Norge. I rapporten svarer Hans Olav Melberg at Norge bruker mye på helse (2). Dette stemmer ikke med en tidligere analyse, som viste at de norske utgiftene er på det jevne (1).

Justering for prisnivå

Ved sammenlikning av utgifter til helsetjenester på tvers av landegrenser må man justere for forskjeller i landenes prisnivå. Det er flere måter å gjøre dette på. Melbergs rapport henviser til sammenlikninger basert på såkalt bruttonasjonalproduktparitet (BNP-paritet), som OECD og norske myndigheter bruker (3, 4). Da justerer man for et prisnivå som er sterkt påvirket av prisene på importerte produkter fra lavkostland, slik som for eksempel klær, hvitevarer og elektroniske apparater (5), og tar i liten grad hensyn til forskjeller i lønnsnivå landene imellom.

BNP-pariteten forutsetter at landenes prisnivå korrelerer med lønnsnivået. Norge er i gruppen land som avviker med høyere lønninger enn det prisnivået skulle tilsi, noe som gjør at vi har høyere reallønn enn i mange andre land (6). På grunn av ulikt lønns- og prisnivå mellom land kan det bli store forskjeller i hva det koster å produsere lønnsdrevne tjenester, for eksempel innen helse og i det offentlige generelt. Ønsker man å sammenlikne myndighetenes faktiske investering i helsetjenester, må man følgelig korrigerer utgiftene med en faktor som tar hensyn til forskjeller i prisen på helsetjenester.

«Varekurv» av helsetjenester

Europakommisjonens statistikkontor, Eurostat, har sett dette problemet og har utarbeidet en spesifikk paritet for sammenlikning av helseutgiftene mellom land. Ved å beregne prisen på en definert «varekurv» av helsetjenester, som består av de samme tjenestene i alle land, får man en vekslingskurs som justerer for landenes prisnivå for helsetjenester.

Når helseutgiftene justeres med Eurostats paritet for helsetjenester, ligger Norge nær gjennomsnittet for de vesteuropeiske landene. Melberg forkaster imidlertid Eurostats paritet for helsetjenester, mest fordi han mener «vareutvalget» ikke er representativt for våre helsetjenester.

Bak Eurostats paritet ligger det grundige og gjentatte undersøkelser av prisen på inn-

holdet i den definerte varekurven. Kravene som stilles til reliabilitet og validitet er høye, og kriteriene for innrapportering av lønn er mer spesifiserte enn de lønnsinnberetningene som blir gjort til OECD. Prisen på innsatsfaktorene i varekurven domineres av personellkostnader basert på brutto årslønn (inkludert sosiale utgifter) for 37,5 timers arbeidsuke for spesifiserte personellgrupper på ulike ferdighetsnivåer. For leger defineres spesialistområder som ortopedisk kirurgi, anestesi og obstetrik. For sykepleiere er både de som er direkte knyttet til medisinske tjenester og de som utfører hjelpefunksjoner, regnet med. I tillegg er kostnader til ikke-medisinsk personell, slik som administrasjon, rengjøring, sekretærtjenester og andre kollektive tjenester, tatt med. For medikamenter, medisinsk utstyr, tannhelse og terapeutiske tjenester m.m. regnes markedspriser.

Varekurven inneholder et bredt spekter av viktige helsetjenester. Om disse er representative for helsetjenesten i Norge, kan alltid diskuteres. Poenget er at varekurven inneholder en rekke relevante helsetjenester og at innholdet er det samme i de forskjellige landene. Eurostat legger stor vekt på å gjøre det så riktig som mulig, og i flere år har de testet effekten av mange ulike helsetjenester i varekurven før de presenterer den kombinasjonen de mener gir det beste grunnlaget for sammenlikninger mellom land (7, 8). Kvalitetsmessig ligger deres beregninger på et helt annet nivå enn dem rapporten til Stortinget er basert på.

Norge er ikke på topp i Norden

I en nylig pressemelding fra NTB hevdes det, med henvisning til Nordisk statistisk årbok, at Norge er det land i Norden som bruker høyest andel av de totale offentlige utgiftene på helse: «Hver sjette krone av de offentlige utgiftene i Norge går til helsesektoren, og vi ligger med det på topp i Norden» (9).

Holdes utgiftene til langtidspleie utenfor, slik det skal gjøres ved internasjonale sammenlikninger (1, 2), brukte Norge 12,5 %, Danmark 12,2 % og Sverige 13,6 % av de offentlige utgiftene til helse i 2010 – ifølge tall fra OECD (10). Det betyr at Norge bruker hver åttende krone av de offentlige utgiftene på helse – og at vi ikke ligger på topp i Norden.

Norge har et høyt kostnadsnivå i helsesektoren, men det er ikke høyere enn for annen offentlig tjenesteproduksjon (11). Som rikt land kjøper vi faktisk unormalt lite helsetjenester – når man ser bort fra hjem-

mesykepleie og sykehjem (1). Dette kan være en bedre forklaring på de lange helsekøene enn for eksempel lav produktivitet ved norske sykehus.

Terje L. Berstad
terjelb2@hotmail.com

Terje L. Berstad (f. 1969) er cand.polit. i medievitenskap og arbeider som analytiker i firmaet Public Mode. Han har tidligere arbeidet i Helse- og sosialdepartementets statistikkavdeling. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Møinichen-Berstad TL. 2012: Norske helseutgifter sammenliknet med andre land. Samfunnsøkonomen 2012; nr. 3: 12–21. www.nationen.no/t/samfunnsøkonomen312helseutgifterendelig.pdf [20.1.2013].
2. Melberg HA. Bruker Norge mye eller lite til helseformål sammenliknet med andre land? Perspektiv 03/12. Oslo: Stortingets utredningsseksjon, 2012. www.stortinget.no/Global/pdf/Utredning/Perspektiv%2003-12.pdf [20.1.2013].
3. Forskningsbarometeret 2012. Forskning for forandring. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2012.
4. Health at a Glance 2011: Indicators OECD. Genève: OECD Publishing, 2011. www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49105858.pdf [20.1.2013].
5. European Union 2007. Official Journal of the European Union 2007. Regulation (EC) No 1445/2007 of the European Parliament and of the Council of 11 December 2007 establishing common rules for the provision of basic information on Purchasing Power Parities and for their calculation and dissemination. European Union 2007: 2–24. eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:336:0001:0024:EN:PDF [20.1.2013].
6. Svenebye L. Lønnsnivå og kjøpekraft i OECD-landene. Vanskelig å sammenlikne kjøpekraft. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2011. www.ssb.no/vis/magasinet/norge_verden/art-2011-09-12-01.html [20.1.2013].
7. Eurostat and OECD. Methodological manual on purchasing power parities. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, European Communities/OECD, 2012. epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-12-023/EN/KS-RA-12-023-EN.PDF [20.1.2013].
8. Eurostat 2011. Purchasing power parities. Eurostat metadata. epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/prc_ppp_esms.htm [20.1.2013].
9. NTB. Norge bruker mest penger på helse i Norden. www.hegnar.no/okonomi/politikk/article711917.ece [20.1.2013].
10. OECD. Statistics fra A to Z. www.oecd.org/statistics/ [20.1.2013].
11. Eurostat Statistics. epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/purchasing_power_parities/data/database [20.1.2013].

Mottatt 12.11. 2012, første revisjon innsendt 5.12. 2012, godkjent 24.1. 2013. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

Publisert først på nett.