

Ann Lisbet Brathaug

Utgifter til helseformål

Fordi helse angår folks hverdag og dermed har en sentral plass i folks bevissthet, blir temaet også gjenstand for debatt. Vi registrerer at helsespørsmål får en mer og mer dominerende plass i massemedia. Fokus settes i hovedsak på det økende presset på forbruket av helsetjenestene og i noe mindre grad på forebyggingsaspektet. Spørsmålene som stilles er om vi har gode nok helsetjenester i Norge, og i kjølvannet av dette diskuteres det hva helsetjenestene koster samfunnet og den enkelte. I 2001 brukte vi over 120 milliarder kroner på helse i Norge, eller bortimot 27 000 kroner per innbygger. Det offentlige finansierte godt over 80 prosent av utgiftene.

Det samlede nivået på helse oppfattes som et viktig mål på suksess i samfunnet, og målet for norsk helsepolitikk er blant annet bedre levekår for alle mennesker. I Sosial- og helsedepartementets (SHD) redegjørelse Om folkehelsen 1999, påpekes det at viktige faktorer som påvirker helsen er knyttet til miljø og helsetjenester (forbruk og kvalitet i helsetjenester), men at påvirkningen er "både kompleks, innbyrdes beslektet og ikke forstått til fulle". Videre står det: "Forbedring av folkehelsen forutsetter bidrag fra mange aktører som helsetjeneste, pasienter og deres organisasjoner, frivillige, politikere og andre sektorer i samfunnet. Disse handlingene krever et system av helsetjenester som fremmer fysisk og mental helse og beskytter mot sykdom" (Sosial- og helsedepartementet 1999, Innledning).

Mange klager på tjenestene og hevder at tilbudet er bedre i andre land. Skyldes klagingen at det ikke brukes nok ressurser/penger på helsetjenestene eller skyl-

des det at ressursene ikke utnyttes best mulig? Kanskje skyldes det i bunn og grunn ikke noe av dette, men at sammen-setningen av tjenestetilbudet ikke er i samsvar med etterspørselen, eller at kvaliteten på tilbudet ikke vurderes som tilfredsstillende.

Det offentlige ved staten, folketrygden og kommunene, har tradisjonelt finansiert hovedtyngden av helsetjenestene, men også husholdningene betaler deler av helseregningen. Dette fører derfor også til en debatt om det skjer noen omfordeling i hvem som finansierer utgiftene over tid. Er det slik at pressede offentlige budsjetter betyr at byrdene veltes over på husholdningene, eller prioriterer politikere helse så høyt at de offentlige helse-utgiftene vokser på bekostning av andre offentlige goder?

Denne artikkelen vil ikke besvare alle spørsmålene som reises over. Fokuset er lagt på å beskrive hvordan utgiftene til

helseformål har utviklet seg fra 1990 til 2001, og hva pengene brukes til. Videre diskuteres om det har skjedd noe med finansieringen av utgiftene på 1990-tallet, og om det har skjedd noe med prioriteringen av helse. Siden det ofte hevdes at helsetjenestene er så mye bedre i utlandet, omfatter artikkelen også en sammenligning av helseutgiftene i utvalgte OECD-land. Sammenligningen kan ikke si noe om hvor helsetjenestene er best eller dårligst. Den kan derimot si noe om hvor mye ressurser som brukes på helse og dermed indirekte noe om prioriteringen av området.

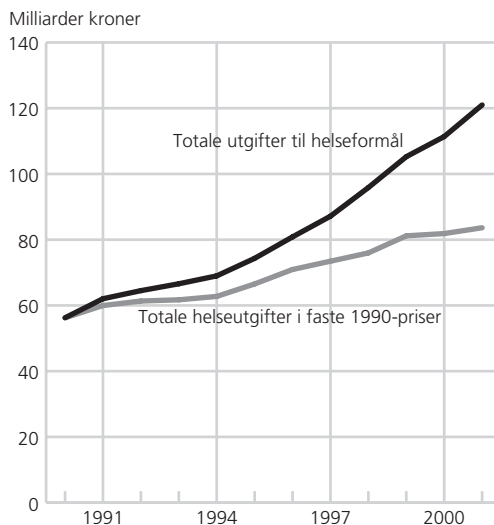
Økning i helseutgiftene på 1990-tallet

Løpende utgifter til helseformål i Norge har økt fra om lag 56 milliarder kroner i 1990 til nærmere 121 milliarder i 2001. Målt i faste priser tilsvarende dette en økning på 49 prosent for hele perioden, eller i gjennomsnitt en volumøkning på 3,7 prosent per år. I samme periode har det vært en generell befolkningsøkning. Det betyr at regnet per innbygger, vokste helseutgiftene i faste priser noe svakere, nærmere bestemt med 3,1 prosent i snitt per år.

Til tross for at helseutgiftene, korrigert for lønns- og prisøkninger, har vist en relativt stabil vekst på 1990-tallet, betyr ikke dette nødvendigvis at folk opplever at de har fått mer "helse" for pengene, eller at helsetilstanden i befolkningen har blitt bedret. Befolkningens generelle helsetilstand henger som nevnt over, sammen med langt flere forhold enn ressursbruken i helsetjenestene.

Helseutgiftene utgjorde om lag 8 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP) på første del av 1990-tallet. Andelen holdt seg relativt stabil fram til og med 1997,

Figur 1. Totale utgifter til helseformål. 1990-2001. Milliarder kroner



Kilde: Beregninger basert på nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

jf. tabell 1. I 1998 og 1999 økte andelen til 8,5 prosent, mens de foreløpige beregningene for 2000 og 2001 tyder på at den gikk ned med nærmere 1 prosentpoeng i 2000 for så å øke igjen til 8 prosent i 2001. Konklusjonen er at helseutgiftene hadde en noe sterkere vekst enn økonomien ellers på slutten av 1990-tallet. Denne økningen må ses i sammenheng med flere satsinger på eldre og helse, jf. bl.a. Handlingsplanen for eldreomsorg 1998-2001 (St.meld. nr. 50 (1996-97)), opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, nasjonal kreftplan 1999-2003 og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus 1998-2002. De foreløpige beregningene viser at helseutgiftene fortsatte å øke også i 2000 og 2001, men svært høye priser på olje og gass, særlig i 2000, medførte at helseutgiftenes andel av BNP ble redusert. Dersom vi regner helseutgiftene som andel av BNP for Fastlands-Norge, dvs. BNP eksklusive olje- og gassvirksomheten og utenriks sjøfart,

Tabell 1. Utgifter til helseformål. 1990-2001

	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 *	2001*
Totale utgifter til helseformål (mill. kroner)	56 238	64 497	68 989	74 321	80 854	87 145	95 861	105 253	111 370	120 989
Totale private utgifter (mill. kroner)	9 674	9 800	10 608	11 719	12 799	13 700	14 665	15 592	16 502	17 497
Totale offentlige utgifter (mill. kroner)	46 564	54 697	58 381	62 602	68 055	73 445	81 196	89 661	94 868	103 492
Totale helseutgifter i faste 1990-priser (mill. kroner)¹	56 238	61 339	62 742	66 531	70 932	73 454	75 971	81 173	81 863	83 630
Totale helseutgifter per innbygger i faste 1990-priser (mill. kroner) ¹	13 259	14 310	14 468	15 262	16 189	16 675	17 144	18 192	18 228	18 543
Årlig vekst i helseutgiftene (faste priser)	3,1	2,3	1,7	6,0	6,6	3,6	3,4	6,8	0,9	2,2
Årlig vekst i helseutgiftene per innbygger (faste priser)	2,8	1,7	1,1	5,5	6,1	3,0	2,8	6,1	0,2	1,7
Totale utgifter til helseformål i prosent av BNP ...	7,8	8,2	7,9	7,9	7,9	7,8	8,5	8,5	7,6	8,0
Offentlig finansiert andel av helseutgiftene (prosent)	82,8	84,8	84,6	84,2	84,2	84,3	84,7	85,2	85,2	85,5
Privat finansiert andel av helseutgiftene (prosent) ..	17,2	15,2	15,4	15,8	15,8	15,7	15,3	14,8	14,8	14,5
Investeringer i helseformål i prosent av totale helseutgifter ²	5,7	5,1	4,8	5,5	6,0	6,1	7,5	8,2	7,4	6,6
Offentlige helseutgifter som andel av totale offentlige utgifter (prosent)	12,9	13,3	13,4	14,0	14,6	15,1	15,6	16,2	16,0	16,6
Husholdningenes egenbetalinger som andel av totalt husholdningskonsum (prosent)	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7

¹ Deflatert med veid prisindeks for husholdningenes konsum av helsepleie, offentlig konsum av helsetjenester og bruttorealinvesteringer i fast kapital.

² Både offentlige og private investeringer.

Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

framgår det at helseutgiftsandelen økte jevnt fra 9,6 prosent i 1997 til 10,5 prosent i 2001.

Det understrekes at helseutgiftene også omfatter deler av utgiftene til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede. Dette gjelder alle utgiftene

som kan karakteriseres som helserelevante, se egen boks med definisjon av helseutgiftene. Hvis man summerer helseutgiftene og øvrige pleie- og omsorgsutgifter, dvs. de som er klassifisert som velferdsrelaterte, vil samlede utgifter til helse-, pleie- og omsorgsformål utgjøre 9-10 prosent av BNP. Også denne andelen økte noe på slutten av 1990-tallet. Beregninger viser at pleie- og omsorgsutgiftene som er klassifisert som velferdsrelaterte¹, var i størrelsesorden 15 milliarder kroner i 1997 (inkl. investeringer og husholdningenes egenbetalinger for mottatte tjenester).

Helse et prioritert område

Tallene tyder på at på siste halvdel av 1990-tallet har politikerne prioritert helse på bekostning av andre områder. De offentlige helseutgiftene som andel av totale offentlige utgifter var rundt 13 prosent både i 1980-årene og de første årene på 1990-tallet. Tabell 1 viser at i 1995 hadde "helseandelen" økt til 14 prosent for deretter å øke ytterligere til vel 16 prosent ved utgangen av tiåret.

Man kan spørre seg om det er det stadige fokuset på helsedebatten i massemedia som har medført den relative oppprioriteringen av helse, og gjort at så mange

Hva er helseutgifter?

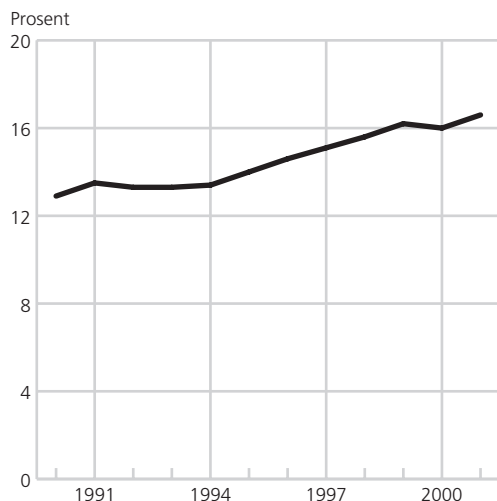
Utgiftene til helseformål omfatter alle utgifter, både private og offentlige, som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester mv. Utgiftene kan finansieres både av offentlige og private kilder, inklusive husholdningene. Som helseutgifter regnes eksempelvis husholdningenes kjøp av briller og ortopedisk utstyr, legemidler, tannhelsetjenester, legetjenester, forbruk av fysioterapi og andre helsetjenester, folketrygdens refusjoner i forbindelse med bruk av helsetjenester samt det offentliges utgifter (netto) til drift av sykehus og primærhelsetjenesten mv. Også offentlige utgifter til helseforebyggende tiltak og administrasjon av helsetjenester er inkludert. Likeledes inkluderes utgifter til drift av private sykehus mv. utover det som dekkes over offentlige budsjetter.

Helseutgiftene omfatter også deler av utgiftene til pleie- og omsorgsformål. Ifølge de internasjonale retningslinjene gjelder dette den delen av pleie- og omsorgsutgiftene som kan spesifiseres som utgifter til helseformål. I Norge har vi vært opptatt av å vurdere pleie- og omsorgstjenester under ett. Disse er i mange kommuner integrerte, og det er ikke fokusert på om de er helserelevante eller velferdsrelaterte. På begynnelsen av 1990-tallet ble kommuneregnskapene endret til en samlet føring av utgifter til pleie og omsorg. Denne praksisen er også innarbeidet i det norske nasjonalregnskapet. Konsekvensen har vært at vi har hatt problemer med å lage det etterspurte skillet mellom helse og velferd. Siden skillet er vesentlig for internasjonale sammenligninger, har vi i rapportering, bl.a. til OECD, valgt å fordele pleie- og omsorgsutgiftene på de to formålene med andeler basert på tall fra det gamle kommuneregnskapet. Andelene har vært holdt konstante etter 1991. Fra og med 2001 er det innført nye regnskapsforskrifter i alle kommuner. Det betyr at kilden for å fordele pleie- og omsorgsutgifter mellom helserelevante formål og omsorgsformål blir vesentlig bedret i framtiden.

Kilde for å beregne helseutgiftene er nasjonalregnskapet og offentlige regnskaper. Utgiftene er definert i henhold til internasjonale retningslinjer gitt av OECD og i tråd med FNs prinsipper for føring av nasjonalregnskap.

¹ Eksempler på velferdsrelaterte pleie- og omsorgsutgifter, er utgifter til hjemmehjelp og annen praktisk bistand, støttekontakter/avlastning, utgifter til eldrecentre/aktivitetssentre mv.

Figur 2. Offentlige helseutgifter i prosent av totale offentlige utgifter. 1990-2001



Kilde: Offentlige regnskaper, Statistisk sentralbyrå.

handlingsplaner på området har blitt satt i gang de siste årene? Svaret kan like gjerne være at prioriteringen skyldes en erkjennelse av at helsetilbudet har vært for dårlig, og at det ikke har vært lagt stor nok vekt på helseforebyggende arbeid. I Nasjonal kreftplan er ett av målene å satse på lokalt forebyggende og helsefremmende arbeid for å forebygge utviklingen av kreft. I handlingsplanen for eldreomsorg er hovedmålene blant annet å gi den enkelte trygghet om nødvendige pleie- og omsorgstjenester tilpasset den enkeltes behov, å styrke omfanget og kvaliteten på tjenestene, utvikle helhetlige og fleksible tjenestetilbud mv. (St.meld. nr. 50, 1996-97).

En annen årsak til at utgiftene til helse vokser på bekostning av andre ting, kan ligge i demografiske endringer. Levealderen har økt og forventes fortsatt å øke, samtidig som høye fødselskull i begynnelsen av 1920-årene og baby-boom fra slutten av 1940-årene gir en såkalt "eldre-

bølge". Antall eldre, absolutt og relativt aldring av de eldre, er faktorer som påvirker framtidens utvikling og finansiering av helse- og sosialutgiftene. Beregninger har vist at dess eldre folk er, dess høyere helseutgifter har de. Når det gjelder sykehusinnleggelse, viser data fra Norsk pasientregister at de eldre har mer kompliserte sykdomsforløp og dermed relativt sett "koster" mer. For aldersgruppen 70-74 år er f.eks. gjennomsnittskostnaden per person som er utskrevet fra sykehus, 25 prosent høyere enn for snittet totalt (Brathaug mfl. 2001). Innenfor eldreomsorg betyr kostnadsprofilen at dess flere eldre det er i befolkningen, dess høyere vil utgiftene bli, dersom man har som målsetting å opprettholde en gitt standard på tjenestene.

Man kan likevel ikke se bort fra at framtidens eldre blir sprekere, dvs. får et bedre funksjonsnivå og dermed klarer seg med et relativt sett lavere omsorgsnivå. I rapporten "Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg?", er konklusjonen at under forutsetning om konstant funksjonsnivå fra 1998 og framover, vil det skje en relativt sterk økning i de offentlige utgiftene til eldreomsorg. Tas det hensyn til bedret funksjonsevne, vil anslagene på utgiftene regnet som andel av BNP kunne holdes stabile eller falle (Botten mfl. 2000).

Det offentlige finansierer godt over 80 prosent av utgiftene

Stat og kommune finansierer løpende drift av og investeringer i sykehus og primærlegetjenesten, inklusive forebyggende helsevirksomhet. I tillegg refunderer folketrygden store deler av husholdningenes forbruk av medisiner, legebeseøk, tannlegebeseøk mv. Dette medfører at det offentlige på hele 1990-tallet har finansiert vel 84 prosent av de totale

helseutgiftene, mens husholdningene har finansiert resten. Ved inngangen til nytt tusenår viser beregningene at det offentlige har økt sin andel av finansieringen til vel 85 prosent. Det er følgelig ingen ting i tallmaterialet som tyder på at knappe offentlige budsjetter har medført at husholdningene må betale større andel av helseregningen, selv om husholdningene isolert sett bruker stadig mer penger på helse.

Det tallene imidlertid viser, er at det har vært en omfordeling av finansieringsbyrden mellom stat og kommune. Staten, inkludert folketrygden, finansierte en betydelig større andel av de samlede helseutgiftene på slutten av 1990-årene enn i begynnelsen. Dette gjelder både utgifter til spesialist- og primærhelsetjenesten. I 1995 ble om lag 25 prosent av helseutgiftene finansiert av staten, mens i 1998 var andelen økt til nærmere 40 prosent. Dette skyldes i hovedsak innføringen av innsatsstyrt finansiering av sykehusene i 1997 og øremerking av inntekter gjennom handlingsplaner (Nørsgaard 2001). Samtidig som staten har økt sin andel, har kommunene og fylkeskommunene redusert sin tilsvarende. Det er viktig å være klar over at statens rammeoverføringer til kommuner og fylkeskommuner ikke anses som statlig finansiering av helseutgifter, men er en del av kommunenes/fylkeskommunenes inntekter som de selv prioriterer bruken av.

Nærmere halvparten til spesialisthelsetjenestene

Av det offentliges utgifter til helsetjenester har mellom 35 og 36 prosent blitt brukt på løpende drift av somatiske sykehus/institusjoner på hele 1990-tallet. Til sammenligning utgjorde de løpende utgiftene til psykiatriske spesialisthelsetjenester nærmere 10 prosent av de totale offentlige helseutgiftene i begynnelsen av

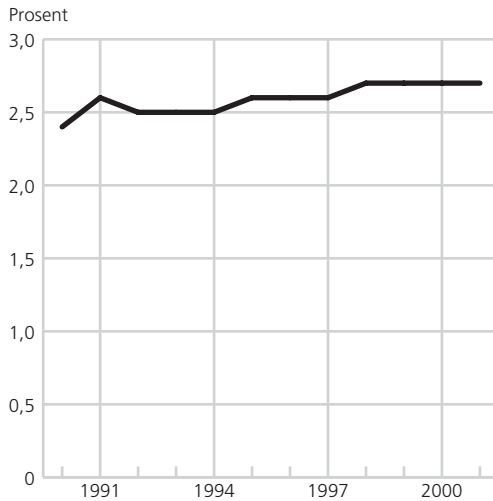
1990-årene og 9 prosent på slutten av tiåret. Når det gjelder utviklingen i og sammensetningen av utgiftene til somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester, vises det til artikkelen "Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner". Det gjøres oppmerksom på at driftsutgiftene til spesialisthelsetjenesten som er tatt med i disse beregningene, er eksklusive investeringene i sykehusene.

Også husholdningene prioriterer helse

Privat sektors bidrag til finansieringen av helseutgiftene holdt seg stabil på nærmere 16 prosent av helseutgiftene fram til 1997. Etter dette har husholdningenes finansieringsandel falt til i underkant av 15 prosent. Det aller meste av dette er egenbetalinger for medisiner, legebesøk, tannlegebesøk o.l. Resten er knyttet til at privat sektor via gaver og overføringer ellers, er med på å finansiere deler av investeringer i og drift av private helseinstitusjoner.

Selv om husholdningene betaler en mindre andel av helseregningen ved inngangen til årtusenskiftet enn de gjorde ti år tidligere, brukte husholdningene likevel stadig mer penger på helse gjennom 1990-årene, særlig i siste halvdel av perioden. I snitt har husholdningenes egenbetalinger på helsetjenester, medisiner o.l., regnet i faste priser, vokst med 3,2 prosent i året fra 1994 til 2001. At husholdningene prioriterer helse, vises også igjen ved at helseutgiftenes andel av det totalt konsumert i husholdningene har økt svakt, jf. figur 3. For 2001 er budsjettandelen til helse anslått til 2,7 prosent, men den var 2,4 prosent i 1990. Til sammenligning var den 1,7 prosent i 1985, noe som altså indikerer at en stadig voksende andel av det totale konsumert er helserelatert.

Figur 3. Husholdningenes forbruk av helsetjenester i prosent av totalt konsum. 1990-2001



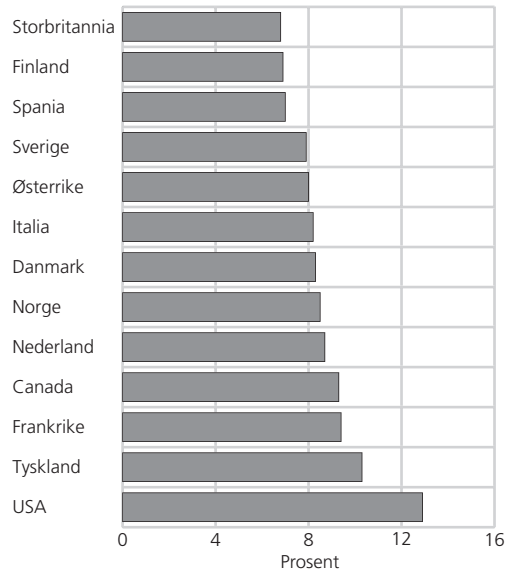
Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

Om lag en fjerdedel av husholdningenes egenbetalinger er knyttet til kjøp av medisiner, mens utgiftene til kjøp av briller og diverse medisinske artikler utgjør om lag 14 prosent av betalingene. Utgiftene til kjøp av medisiner er økende og utgjorde ved utgangen av 1990-tallet over 28 prosent av egenbetalingene. Når det gjelder konsumet av helsetjenestene, er det utgifter til tannbehandling som er klart størst. Disse utgiftene utgjør mellom 30 og 40 prosent av de totale egenbetalingene. Andelen avtok noe i siste del av perioden.

Sterk økning i investeringer

Investeringene i helseformål økte på slutten av 1990-tallet blant annet som følge av de offentlige handlingsplanene knyttet til helse og byggingen av et nytt Rikshospital. Ved utgangen av tiåret utgjorde private og offentlige bruttoinvesteringer om lag 8 prosent av samlede helseutgifter mot vel 5 prosent på begyn-

Figur 4. Helseutgifter i prosent av bruttonasjonalproduktet. Utvalgte land. 1998



Kilde: OECD Health Data 2001.

nelsen. Det meste av investeringene er offentlig finansiert.

I faste priser vokste investeringene med gjennomsnittlig 10,1 prosent per år fra 1994 til 2001. I samme periode vokste de private utgiftene eksklusive investeringer, med 3,2 prosent og de løpende offentlige utgiftene med 3,9 prosent per år.

Norske helseutgifter om lag som andre lands

Økende helseutgifter er årsak til bekymring i de fleste OECD-land (OECD 2001). Ifølge OECD er årsaken til dette at det offentlige, som i Norge, finansierer hovedtyngden av utgiftene. Økende helseutgifter blir dermed en ekstra byrde på de offentlige budsjetter og vil, dersom det ikke foregår en omprioritering i budsjettene, medføre at det generelle skattetrykket på personer og bedrifter

øker. I snitt for OECD-landene finansierer det offentlige rundt tre fjerdedeler av helseutgiftene, mens tilsvarende tall er nærmere 85 prosent i Norge.

Ifølge OECD er de norske helseutgiftenes andel av bruttonasjonalproduktet (BNP) på linje med sammenlignbare land, jf. figur 4 som viser helseutgiftenes andel av BNP for utvalgte land for 1998. Tallene er hentet fra OECDs Health Data 2001 (OECD 2001). Det framgår av tallene at utgiftenes andel av BNP varierer noe fra land til land, og at USA har den høyeste andelen med 12,9 prosent mens Norges andel i 1998 var 8,5 prosent.

Et annet mål som ofte benyttes når man gjør sammenligninger over land, er utgifter per innbygger. For å gjøre utgiftstallene mest mulig sammenlignbare, omregnes de til en felles valutaenhet, her US\$ ved å bruke kjøpekraftskorrigererte prisin-

dekser (US\$ PPP²). Norske helseutgifter regnet per innbygger ligger i det øvre sjiktet sammenlignet med andre land, jf. figur 5. For alle OECD-landene var gjennomsnittlige utgifter per innbygger på \$ 1 700, mens de i Norge var vel 30 prosent høyere. Det framgår at USA har de høyeste utgiftene per innbygger, og at Norges utgifter ligger like under Tysklands og Canadas, men over tilsvarende utgifter i Nederland, Danmark og Frankrike.

Som nevnt innledningsvis, kan sammenligningen ikke si noe om i hvilket land helsetjenestene er best eller dårligst. Den vil likevel si noe om hvor mye ressurser som brukes på helse og dermed indirekte noe om prioriteringen av området. Frankrike blir i mange sammenhenger trukket fram som et land med noen av verdens beste helsetjenester. I WHO's World Health Report 2000 blir Frankrike

Problemer med internasjonale sammenligninger

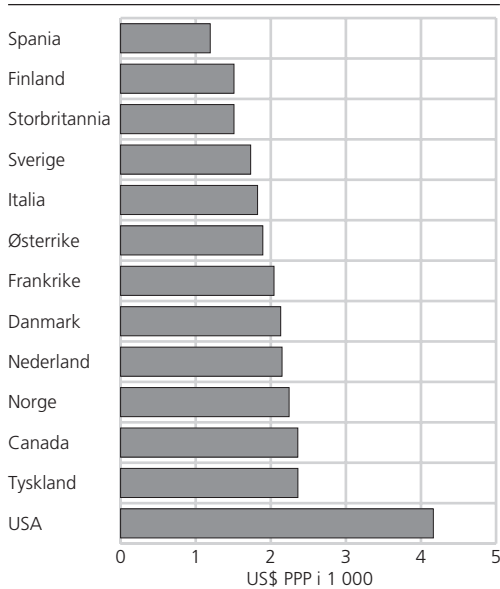
Det vil alltid dukke opp problemer når man sammenligner statistikk fra et land til et annet, enten det er helseutgifter eller andre størrelser som studeres. Det betyr ikke at sammenligningene er verdiløse, men man må ta hensyn til at noe av forskjellene som observeres kan skyldes ulike definisjoner og avgrensninger. Når det gjelder helseutgifter, er en vanskelig grensedragninng skillett mellom helse og sosial omsorg. Vi vet at dette er et område som behandles forskjellig i ulike land.

For å sikre best mulig sammenlignbarhet, arbeider internasjonale organisasjoner som OECD, FN og EUROSTAT med å etablere klassifikasjoner, standarder og definisjoner. OECD har blant annet utviklet et system for helseregnskap ("A System of Health Accounts"). Regnskapssystemet er utviklet for å møte politiske behov for data så vel som behov forskere på området står overfor. Det felles rammeverket som systemet er bygd rundt, vil sikre best mulig sammenlignbarhet av data mellom land og over tid. Systemet er også utviklet slik at det gir sammenlignbare tall uavhengig av hvordan organisering av helsetjenestene er i landene.

Flere land har testet ut, eller er i ferd med å teste ut, systemet, og OECDs helsedatabase vil etter hvert inneholde tall for helseutgifter som er basert på det nye systemet. Per i dag er det ingen land som fullt ut kan rapportere de data som OECD vil etterspørre, og i en overgangsperiode vil OECDs helsedatabase sannsynligvis inneholde tall der noen land har lagt om til det nye rammeverket, mens andre ikke har gjort det. Statistisk sentralbyrå vil ta i bruk det nye helseregnskapssystemet basert på OECDs retningslinjer i løpet av 2002.

² PPP = Purchasing Power Parity.

Figur 5. Helseutgifter per capita (US\$ PPP¹). Utvalgte land. 1998



¹ Purchasing power parity.

Kilde: OECD Health Data 2001.

framhevet som det landet som "provides the best overall health care" (WHO 2000). I sammenligningen til WHO rangeres Norge som nummer 11. Dette er høyere rangering enn de andre skandinaviske landene, mens USA som relativt sett bruker mest penger på helse, enten det er regnet som andel av bruttonasjonalproduktet eller som utgifter per innbygger, rangeres som nummer 37.

Referanser

Botten, Grethe, Terje P Hagen og Hans Th. Waaler (2000): *Sprekere eldre, rimelige eldreomsorg?* Skriftserie 2000:6. Universitetet i Oslo.

Brathaug, Ann Lisbet, Helge Brunborg, Elin Skretting Lunde, Elisabeth Nørgaard og Åsne Vigran (2001): *Utviklingen i aldersrelaterte helse-, pleie- og omsorgsutgifter*, Rapporter 2001/4, Statistisk sentralbyrå.

Nørgaard, Elisabeth (2001): *Finansiering av helse- og sosialutgifter i Norge 1990-1998*, Rapporter 2001/18, Statistisk sentralbyrå.

OECD (2000): *A system of Health Account* (ISBN 92-64-17655-1).

OECD (2001): *Health at a Glance* (ISBN 92-64-18713-8).

Sosial- og helsedepartementet (1999): *Om folkehelsen 1999*, Redegjørelse.

St.meld. nr. 50 (1996-97): *Handlingsplan for eldreomsorgen*, Sosial- og helsedepartementet.

Statistisk sentralbyrå (19xx): *Nasjonalregnskap 1990-1999*, NOS.

St.meld. nr. 50 (1996-97): *Handlingsplan for eldreomsorgen*, Sosial- og helsedepartementet.

WHO (2000): *Who Assesses the World's health systems*, Press release 21. June 2000.