

Helseregnskapet – et internasjonalt system

Kjersti Helene Hernæs og
Ann Lisbet Braathaug

Totale helseutgifter i Norge beløp seg til nærmere 250 milliarder kroner i 2011. Det tilsvarer 50 000 kroner per innbygger. De fleste OECD-land har store helseutgifter. Helsetjenestene kan imidlertid være nokså ulikt organisert, både når det gjelder hvilke helsetjenester man bruker, hvem som produserer dem og hvem som betaler for dem. For å kunne sammenligne helseutgifter mellom land trenger man felles retningslinjer for hvordan helseutgiftene skal føres. De internasjonale retningslinjene for helseregnskapet gir nettopp en slik felles plattform.

Hvorfor har vi et helseregnskap?

I 2011 brukte vi 250 milliarder kroner på helse ifølge foreløpige beregninger. Det tilsvarer i overkant av 9 prosent av BNP. I statsbudsjettet for 2011 ble det for øvrig budsjettet med over 100 milliarder kroner til spesialisthelsetjenesten (sykehusene). Det tilsvarte 10 prosent av de totale utgiftene som ble anslått i statsbudsjettet for 2011. I tillegg kommer kommunale og fylkeskommunale utgifter til helsetjenester, og private helseutgifter for husholdningene. Det er ikke bare i Norge vi bruker mye penger på helse, det samme gjelder for de fleste OECD-land. Helsetjenestene kan imidlertid være nokså ulikt organisert, både når det gjelder hvilke helsetjenester man bruker, hvem som produserer dem og hvem som betaler for dem. Da trenger man felles retningslinjer for hvordan helseutgiftene skal føres.

Det å sette opp et detaljert helseregnskap etter felles regnskapsprinsipper skal gjøre det lettere å sammenligne helseutgifter og -systemer mellom land. Ved å bidra med detaljert informasjon om et lands helseutgifter, vil det også kunne brukes av landets myndigheter i politikktutforming samtidig som det kan brukes til forskningsformål.

OECD og andre internasjonale organisasjoner har samlet informasjon om helseutgifter i mange år. Før 2000 fantes det ikke klare definisjoner eller retningslinjer for hva som skulle regnes som helseutgifter, men det ble anbefalt å hente informasjon fra nasjonalregnskapet. Det viste seg at ulike land hadde forskjellig oppfatning av hva som skulle regnes som helseutgifter. Problemen som oppstod med å sammenligne helseutgiftene mellom land, førte derfor til et samarbeid mellom de internasjonale organisasjonene OECD, WHO og Eurostat, og statistikkprodusentene i ulike land. I 2000 kom de første retningslinjene for utarbeiding av et helseregnskap i "A system of Health Accounts" (OECD 2000). Manualen gir klassifikasjoner, standarder og definisjoner av hva

som skal regnes som helseutgifter. Regnskapssystemet ble utviklet også for å møte et behov for data, som kom både fra politikere og fra forskere. Det felles rammeverket som systemet er bygd rundt, skal sikre best mulig sammenlignbarhet av de faktiske forhold mellom land og over tid. Systemet er utformet slik at det skal gi sammenlignbare tall uavhengig av organiseringen av helsetjenestene.

Helseregnskapet er bygd opp for å besvare spørsmål langs tre dimensjoner:

- Hvilke typer helsetjenester tilbys?
- Hvem produserer tjenestene?
- Hvordan finansieres tjenestene?

I Norge ble helseregnskapet etablert som en integrert del av nasjonalregnskapet (et satelittregnskap) i 2004, og tall fra det første helseregnskapet ble publisert i 2005, med tall tilbake til 1997. Helseregnskapet oppdateres årlig, og det foreligger nå tall til og med 2011.

Etter at de første internasjonale retningslinjene kom, har man jobbet for å forbedre dem på sentrale områder. Blant annet har man ønsket å tydeliggjøre avgrensningene av den helserelaterte delen av pleie- og omsorgstjenestene. De nye retningslinjene ble publisert av OECD i 2011 (A System of Health Accounts 2011).

Fastprisberegninger

Metoden for å beregne volumutviklingen eksempelvis for sykehustjenester, baserer seg på veksten i DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper) fra Norsk pasientregister. Det betyr at volumutviklingen er beregnet direkte, mens prisveksten på sykehustjenestene framkommer forenklet sett som differansen mellom utgiftsveksten (verdi) og volumveksten. I prinsippet skulle en kvalitetskorrigerte volumindikatorer som benyttes slik at økt kvalitet på en tjeneste isolert sett trakk volumveksten opp, men dette har vist seg vanskelig i praksis for helsetjenester og betyr at man i de fleste tilfeller vil undervurdere volumveksten. Direkte volummål benyttes også for beregningene av pleie- og omsorgstjenester i faste priser, mens volumet av kollektive helsetjenester framkommer ved å deflatere slike utgifter med kostnadsprisindekser. I tillegg benyttes delindekser fra konsumprisindeksen til å deflatere for eksempel tannhelsetjenester og kjøp av legemidler.

Kjersti Helene Hernæs er rådgiver ved Seksjon for nasjonalregnskap (Kjersti.Hernaes@ssb.no)

Ann Lisbet Braathaug er seksjonssjef ved Seksjon for nasjonalregnskap (ann.lisbet.braathaug@ssb.no)

Tabell 1. Hovedtall for helseutgiftene i Norge i millioner kroner og som andel av BNP. Årlig volumvekst

	2007	2008	2009	2010*	2011*
Løpende helseutgifter	189 209	207 544	220 367	228 744	241 119
Investeringer til helseformål	12 513	11 362	10 105	8 799	8 364
Totalt helseutgifter	201 722	218 906	230 472	237 543	249 483
Totalt helseutgifter som andel av BNP	8,7	8,6	9,8	9,4	9,2
Totalt helseutgifter som andel av BNP Fastlands-Norge	11,5	11,8	12,3	12,0	11,9
Årlig volumvekst, totale helseutgifter	2,3	2,2	1,4	0,5	-0,7

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Helseutgiftene i Norge

Totalt helseutgifter omfatter løpende helseutgifter og investeringer til helseformål. I 2011 utgjorde de løpende helseutgiftene om lag 241 milliarder kroner, mens investeringene er beregnet til 8,4 milliarder kroner. Investeringene var høyere i perioden 2001 til 2009, med en topp i 2007. Ferdigstillelse av en del store sykehusutbygginger har i de senere år bidratt til nedgangen i investeringene.

Målt som andel av BNP utgjorde totale helseutgifter i overkant av 9 prosent i 2011. Denne andelen har de siste 10 årene variert i takt med konjunkturutviklingen. I lavkonjunkturåret 2003 var andelen 10 prosent, mens den var 8,6 prosent i 2006. En betydelig del av bruttoproduktet i petroleumsnæringen er ikke egentlig en inntekt, men en omplassering av formue fra en naturressurs til finanskapital. I internasjonale sammenlikninger og når man skal se på utviklingen over tid, kan det derfor være hensiktsmessig å se helseutgiftene som andel av BNP Fastlands-Norge. Helseutgiftene utgjorde om lag 12 prosent av BNP Fastlands-Norge i 2002 og om lag 10 prosent fem år tidligere.

Helseutgifter og volumutvikling

Ved å måle utgiftene i faste priser får vi et bilde av volumutviklingen. De foreløpige tallene viser en svak nedgang fra 2010 til 2011, men erfaringen er at de foreløpige tallene underestimerer volumveksten. Ser man på gjennomsnittlig årlig volumvekst var den 1,1 prosent i femårsperioden 2006 til 2011. Ser man kun på de løpende helseutgiftene var gjennomsnittlig årlig volumvekst i denne perioden 1,8 prosent, mens den var -0,4 prosent i 2011. Gjennomsnittlig vekst for BNP Fastlands-Norge var 2,9 prosent for årene 2006 til 2011.

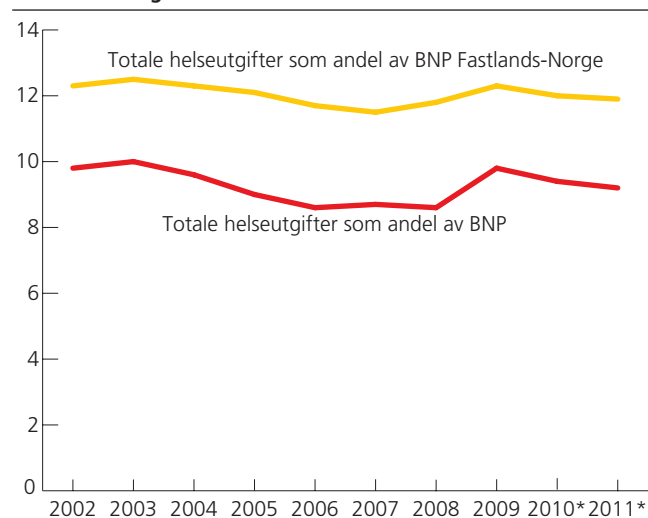
De ulike typene helsetjenester har nokså forskjellig volumutvikling. Fra 2008 til 2009, som er det siste året vi har endelige detaljerte tall for, økte sykehustjenestene i volum med vel 3 prosent, som er noe over snittet den siste tiårsperioden. Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie økte med 2,5 prosent fra 2008 til 2009, som var klart under snittet for tiårsperioden på om lag 4 prosent.

Oppbyggingen av helseregnskapet: Tre dimensjoner

1. Hvilke typer helsetjenester har vi?

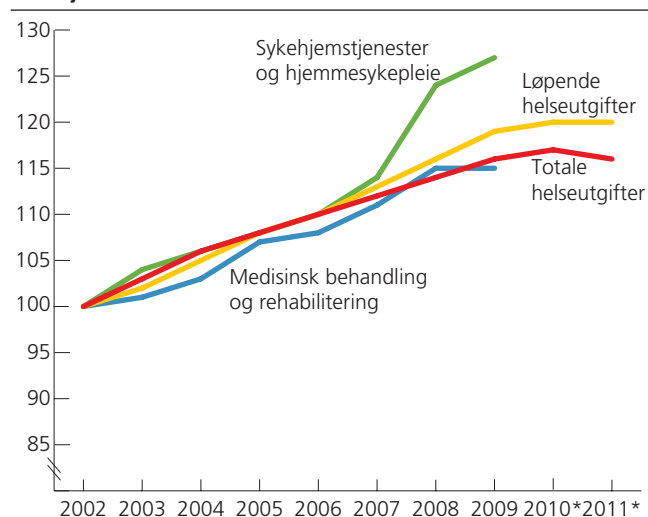
Helsetjenestene kan deles inn i seks hovedkategorier, som sammen med investeringene utgjør de totale helseutgiftene. Medisinsk behandling omfatter sykehustjenester, legetjenester fra allmennleger og spesialister,

Figur 1. Totale helseutgifter som andel av BNP og BNP Fastlands-Norge. 2002-2011



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

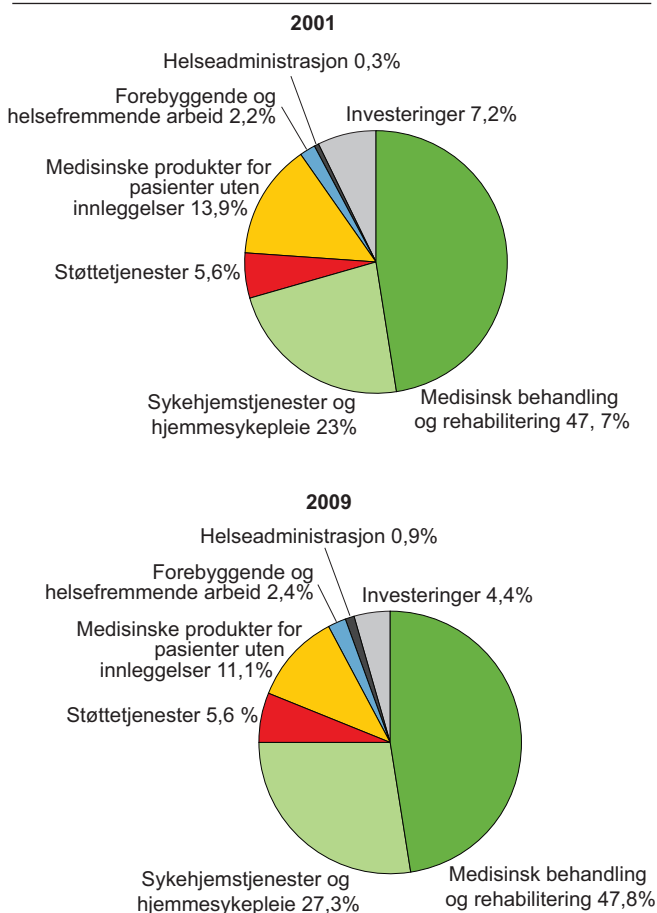
Figur 2. Volumutvikling for totale helsetjenester og grupper av helsetjenester. 2002 = 100



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

tannlegetjenester, fysioterapi og kiropraktisk behandling, og annen medisinsk behandling. Rehabilitering omfatter både dag- og døgnbehandling. Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie dekker helsetjenester som ytes i pleieinstitusjoner og til pleietrengende som bor hjemme. Støttetjenester omfatter røntgen- og laboratorietjenester, samt ambulans og pasienttransport. Medisinske produkter omfatter legemidler og sykepleieartikler som selges i apotek og i dagligvarehandelen, og som dekkes av folketrygden eller av husholdningene selv.

Figur 3. Prosentvis fordeling av helseutgifter i 2001 og 2009 etter tjenestetypen



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 3 viser at helseutgiftene fordelte seg nokså likt på de ulike tjenestetypene i 2001 og 2009, som er det siste året vi har endelige og detaljerte tall for.

De tjenestene som har økt mest, relativt til de andre, er sykehjemstjenester og hjemmesykepleie. Denne økningen må ses i sammenheng med flere satsninger på eldre og helse, jf. blant annet Handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50 (1996-97)). Relativt sett har andelen brukt på legemidler (utenfor institusjon) avtatt over årene og i 2009 utgjorde legemiddelutgiftene 11 prosent av totale helseutgifter. Dette henger blant annet sammen med økt bruk av generiske legemidler og innføringen av trinnpris¹, som har bidratt til å dempe kostnadsutviklingen for folketrygden.

2. Hvem tilbyr helsetjenestene?

Hvem som tilbyr de ulike helsetjenestene har også holdt seg nokså stabilt, relativt sett. Det er kun små endringer i fordelingen fra 1997 til 2009, som tabell 2 viser.

¹ Trinnpris er en prisreguleringsmodell for legemidler hvor patentet er utløpt, og som har fått konkurranse fra generiske (synonyme) preparater. Trinnprisen er den maksimale prisen folketrygden refunderer. Den kuttes i tidsangitte trinn, med utgangspunkt i prisen legemidlet hadde før generisk konkurranse, se <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/legemidler/prisregulering.html?id=226506>

Tabell 2. Produsenter av løpende helsetjenester. Andeler i prosent

	1997	2003	2009
HP.1.1 Somatiske sykehus	30,6	28,9	30,2
HP.1.2 Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling	6,9	7,7	8
HP.1.3 Spesialsykehus	1,7	1,4	0,0
HP.2.1 Sykehjem	16,5	17,5	18,8
HP.3.1 Legekontor	8,9	8,9	8
HP.3.2 Tannlegekontor	6,3	5,0	5,2
HP.3.3 Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell	1,6	1,7	1,8
HP.3.4 Helsestasjon	1,0	0,9	1,2
HP.3.5 Røntgeninstitutt og laboratorier	0,5	0,6	0,6
HP.3.6 Produsenter av hjemmebaserte tjenester	6,5	8,6	10,8
HP.3.9 Ambulans- og andre helsetjenester	1,3	0,5	0,3
HP.4 Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene	14,4	14,4	11,2
HP.5 Administrasjon av offentlige helseprogrammer	1,6	1,7	1,9
HP.7.9 Andre sekundære helseprodusenter	1,7	1,7	1,8
HP.9 Resten av verden	0,1	0,3	0,1
Subsidier til helseformål	0,3	0,2	0,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Rapportering til OECD

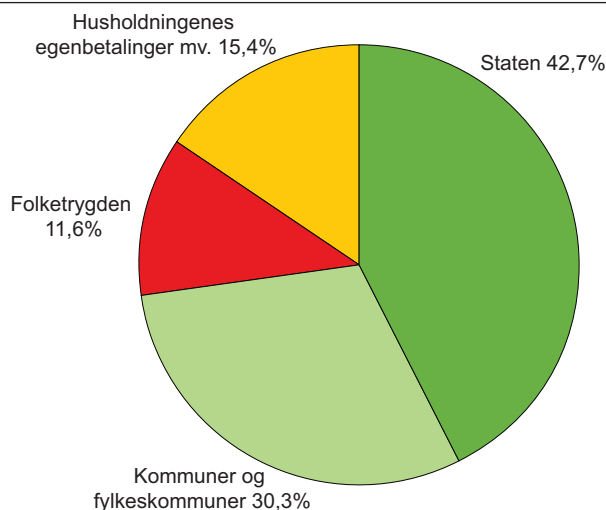
I tillegg til å publisere tall for helseregnskapet i løpende og faste priser på SSB sin hjemmeside, rapporterer SSB også tall for helseutgifter i løpende priser til OECD. Der er de med på å danne grunnlaget for den toårige OECD-publikasjonen Health at a Glance og er tilgjengelige i OECDs statistikkbank (OECD.Stat), sammen med tall fra de andre landene som rapporterer. SSB leverer ikke tall for helseutgifter i faste priser til OECD.

Utgiftene knyttet til tjenester fra somatiske sykehus er størst, med om lag 30 prosent av de løpende helseutgiftene. Utgiftene for tjenester levert fra sykehjem utgjorde nærmere 19 prosent i 2009, mot 16,5 prosent i 1997. Man ser en tilsvarende økning for produsenter av hjemmebaserte helsetjenester. Det betyr at disse tjenestene relativt sett har økt noe mer enn tjenestene fra de øvrige produsentene. Norge er hovedsakelig importør av legemidler, slik at produksjon og salg av medisinske varer i hovedsak dreier seg om salg til husholdningene.

3. Hvem betaler for helsetjenestene?

Størsteparten av helseutgiftene i Norge dekkes av det offentlige. Fra 1997 til 2009 har det offentliges andel av totale helseutgifter økt fra om lag 81 prosent til 85 prosent. Staten, som blant annet eier sykehusene, har den største andelen, med 43 prosent. Kommunene og fylkeskommunene, som finansierer størsteparten av utgiftene til de helserelaterte pleie- og omsorgstjenestene, dekker 30 prosent av de totale helseutgiftene. Folketrygden, som for eksempel refunderer utgifter til legemidler på blå resept og legebesøk, står for 12

Figur 4. Totale helseutgifter i 2009 fordelt på finansierer



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

prosent av de totale helseutgiftene. Resten dekkes av egenbetaling fra husholdningene.

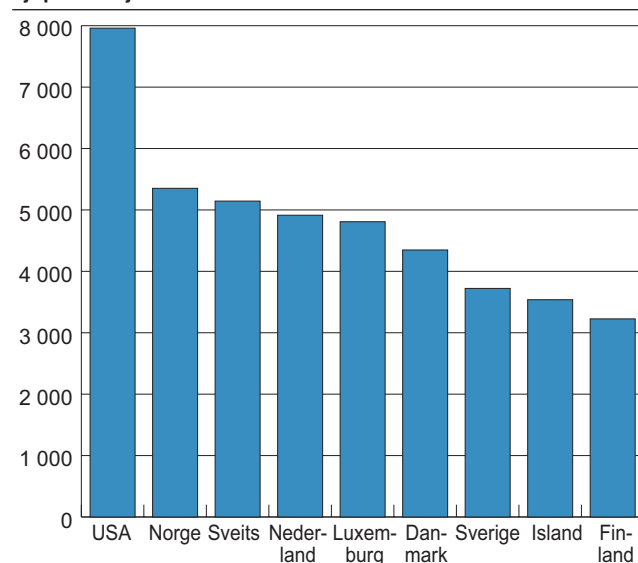
Bryter man ned finansieringen på de ulike helsetjenestene, ser man at de dekkes i varierende grad av det offentlige. Nær sagt alt av sykehustjenester, over 99 prosent, dekkes av det offentlige, og andelen har vært nærmest uendret siden 1997. Det offentlige dekket 97 prosent av utgiftene til rehabilitering, og 90 prosent av utgiftene til sykehjemstjenester og hjemmesykepleie i 2009. Disse andelenene har begge økt med om lag 4 prosentpoeng fra 1997 og fram til 2009.

Husholdningene dekker om lag tre fjerdedeler av utgiftene til tannlegebehandling, og i underkant av halvparten av utgiftene til fysioterapi- og kiropraktortjenester (46 prosent). Andelen egenbetaling til allmennleger og legespesialister er noe lavere, om lag 18 prosent. Av medisiner og sykepleieartikler betalte husholdningene om lag 43 prosent av utgiftene i 2009.

Norske helseutgifter i et internasjonalt perspektiv

Ifølge OECD er Norge blant landene i verden som bruker mest på helse per innbygger. Det er bare USA som bruker mer enn oss, mens Sveits, Nederland og Luxemburg har utgifter på nesten samme nivå som Norge. OECD regner om de ulike landenes helseutgifter til en felles valuta (USD), og korrigerer for ulikheter i prisnivå. I denne omregningen har OECD valgt å bruke kjøpekraftspariteten for totaløkonomien, det vil si BNP. Denne pariteten er tilgjengelig for de aller fleste land, og regnes av OECD som den mest pålitelige kjøpekraftspariteten (OECD 2011, s. 148). Helseutgifter som prisnivåjusteres på denne måten gir uttrykk for hva en må produsere av varer og tjenester for å betale for helsetjenestene, eller med andre ord hva helseutgiftene alternativt kunne vært brukt til. Det er altså en måte å sammenligne utgiftene til helseformål mellom land. Hvis man derimot var opptatt av å sammenligne volumet av helsetjenestene mellom land, kunne man bruke en spesifikk kjøpekraftsparitet for helsetjenester som

Figur 5. Totale helseutgifter per innbygger i 2009, målt i kjøpekraftsjusterte USD



Kilde: OECD Health Data 2011.

prisnivåjusteringsfaktor. En spesifikk kjøpekraftsparitet for helse kan fortelle hvor mye helsetjenester man får for hver krone som blir brukt på helse i forhold til hva andre land får igjen for en krone.

Arbeidet med slike sammenligninger har foreløpig ikke kommet særlig langt, og eventuelle beregninger må tolkes med forsiktighet, blant annet på grunn av usikkerheten knyttet til den spesifikke kjøpekraftspariteten for helse. Omregningen til prisnivåjusterte tall for å sammenligne mellom land må for øvrig ikke sammenblandes med SSB sin omregning til fastpristall (se tekstboks om fastprisberegninger).

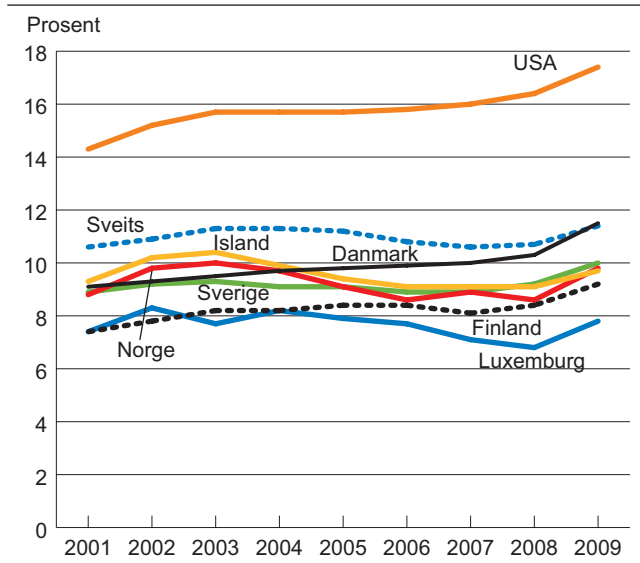
Helseutgifter per innbygger, målt i kjøpekraftsjusterte USD, fordeler seg slik på et utvalg land. USA bruker klart mest. Norge er tett fulgt av Sveits, Nederland og Luxemburg.

Ser man på helseutgifter som andel av BNP ligger Norge omtrent på OECD-snittet, med mellom 9 og 10 prosent. I figur 6 vises helseutgifter som andel av BNP for et utvalg land, fra 2001 til 2009. USA har den høyeste andelen. Andelen har vært relativt stabil etter 2002, men økte noe fra 2008 til 2009 til 17,4 prosent. For de andre landene har også andelen holdt seg relativt stabil, mellom 9 og 10 prosent, etter 2002, men økte for de fleste fra 2008 til 2009. I 2009 utgjorde helseutgiftene i Danmark 11,5 prosent av BNP, mens i Finland som har hatt den laveste helseutgiftsandel, utgjorde de 9,2 prosent i 2009, mot Norges 9,8 prosent.

Offentlig finansiering

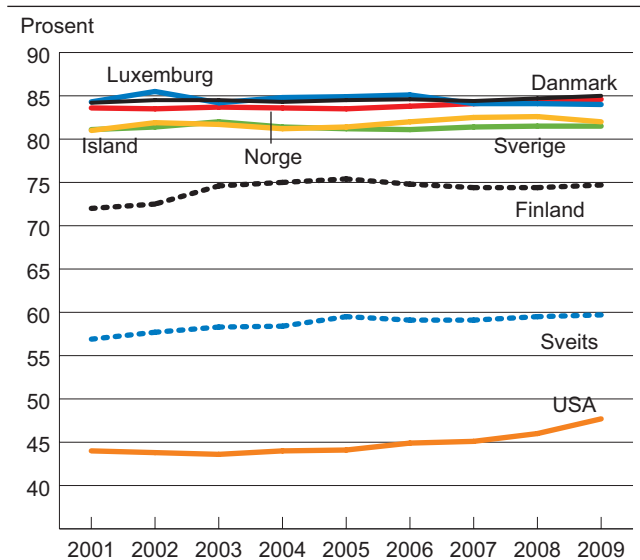
I figur 7 ser man utviklingen i hvor stor andel av totale helseutgifter som dekkes av det offentlige fra 2001 til 2009. Norge og Danmark har nokså like andeler. Begge har hatt en svak økning, fra henholdsvis 81 og 82 prosent i 2001 til om lag 85 prosent i 2009. I Sveriges har det offentlige finansiert rundt 81 prosent av helseutgifter i perioden etter 2001.

Figur 6. Helseutgifter som andel av BNP for et utvalg land. Prosent. 2001-2009



Kilde: OECD Health Data 2011 og Statistisk sentralbyrå.

Figur 7. Offentlige utgifter som andel av totale helseutgifter for et utvalg land. Prosent. 2001-2009



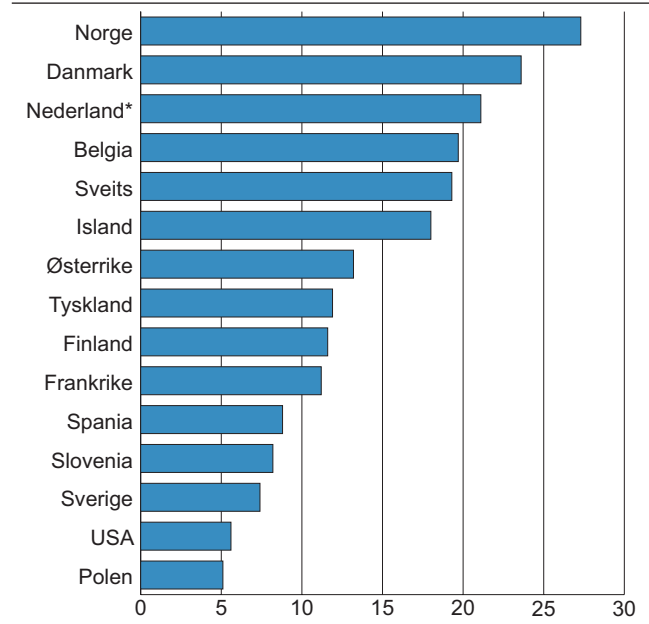
Kilde: OECD Health Data 2011 og Statistisk sentralbyrå.

I Finland, som har lavere offentlig finansieringsandel enn de andre nordiske landene, har det offentlige bidratt med 75 prosent av de totale helseutgiftene etter 2003. I USA dekket det offentlige om lag 48 prosent av helseutgiftene i 2009, en liten økning fra 1997. USA har imidlertid et stort innslag av privat forsikring, og andelen på 33 prosent overgår langt de øvrige OECD-landene (OECD 2011). Det må også gjøres oppmerksom på at selv om det offentlige relativt sett finansierer en lav andel av helseutgiftene i USA, er nivået på helseutgiftene så høye at offentlig finansiering regnet per innbygger er høyere i USA enn de fleste andre OECD-land.

Pleie- og omsorgstjenester – et omdiskutert tema

Ulik organisering av helsetjenestene kommer også til syne i hvordan helseutgiftene fordeler seg på de ulike tjenestetypene. I de nordiske landene har man i stor

Figur 8. Utgifter til pleie og omsorg som andel av totale helseutgifter, 2009



Kilde: OECD Health Data 2011 og Statistisk sentralbyrå.

grad institusjonalisert pleie- og omsorgssektoren. Med det menes at tjenestene ytes av kvalifisert personell mot betaling. Det vil som regel innebære at de registrerte utgiftene til denne type tjenester er høyere enn i land hvor pleietrengende i større grad tas vare på av familie eller i andre uformelle relasjoner. Ulike datagrunnlag og ulike tolkninger av de internasjonale retningslinjene kan imidlertid også påvirke hvordan landene registrerer sine helseutgifter.

Et sentralt tema i de internasjonale retningslinjene er skillet mellom de varene og tjenestene som er helse-relatert, og som følgelig skal inkluderes i et lands helseutgifter, og de varene og tjenestene som ikke er helse-relaterte. Dette skillet kan i en del tilfeller være vanskelig å trekke. Et eksempel på det er hva som skal regnes som den helse-relaterte delen av pleie- og omsorgstjenester. De internasjonale retningslinjene prøver å trekke skarpe skiller, samtidig som det må være rom for variasjon, slik at den kan anvendes av samtlige medlemsland.

Pleie- og omsorgstjenester har altså vært et omdiskutert tema under utarbeidelsen av de internasjonale retningslinjene. I retningslinjene som ble publisert i 2000 het det at den helse-relaterte delen av pleie- og omsorgstjenestene skulle inkluderes i helseregnskapet. Man skulle ha med tjenester ytt til personer med nedsett helse eller funksjonshemminger som trengte pleie. Når det gjaldt helsetjenester i institusjon, skulle man ha med tjenester tilbudt av trent personell, hvor sykepleie (medical nursing care) var en sentral komponent. Definisjonen åpnet dermed for å inkludere pleie og omsorg som ble ytt på grunn av en persons helsetilstand eller funksjonsnivå. Et lignende skille ble trukket for pleie- og omsorgstjenester i hjemmet.

De nye retningslinjene, publisert i 2011, slår fast at både sykepleie og personlige tjenester (ADL, activities of daily living), skal inkluderes i helseregnskapet. Definisjonen er ikke vesensforskjellig fra den som ble gitt i 2000, men den er mer presis enn den var. Personlige tjenester kan defineres som hjelp til daglige gjøremål, og omfatter hjelp til å spise, bade, vaske seg, kle på seg, komme seg ut av og opp i senga, til og fra toalettet og til å håndtere inkontinens. Slike tjenester tilbys som regel sammen med sykepleie på grunn av mottakerens helse-tilstand. I de nye retningslinjene omtales dette som en *tjenestepakke (package of services)* som i sin helhet skal registreres som helseutgifter.

I Norge har man siden 2002 benyttet funksjonsfor- delte tall fra KOSTRA² som gir nivået på totale pleie- og omsorgsutgifter. Disse tallene gir ikke grunnlag for å skille de helse-relaterte fra de ikke-helse-relaterte tjenestene. For pleie og omsorg i institusjon bruker vi derfor tall for plasser i syke- og aldershjem.³ Andelen sykehjemsplasser benyttes til å skille ut den helse-relaterte delen av pleie- og omsorgs- utgiftene, som skal inkluderes i helseregnskapet. I tillegg til langtidspleie i institusjon, kommer pleie- og omsorgstje- nester i hjemmet. Her benyttes tall fra IPLOS⁴ for å skille mellom helse-relaterte og ikke-helse-relaterte pleie- og omsorgstjenester i hjemmet. Andelen hjemmesykepleie brukes til å skille ut den helse-relaterte delen av pleie- og omsorgs- utgiftene, som tas med i helseregnskapet.

Nederland og de skandinaviske landene har stor grad av institusjoner i helsesektoren. Det tilsier at utgiftene til denne type tjenester vil være høyere i disse landene enn i land hvor pleietrengende i større grad blir tatt vare på av familien. Vi skulle derfor forvente at Norge, Sverige, Danmark og Nederland var blant landene med de høyeste utgiftene til pleie og omsorg.

Figur 8 viser hvor stor andel utgifter til helse-relatert pleie og omsorg utgjorde av totale helseutgifter i 2009 for en rekke OECD-land. Figuren viser at Norge brukte en relativt stor andel på pleie- og omsorgstjenester, og litt høyere enn i Danmark og Nederland. Sveriges andel er på om lag 7 prosent, en relativt liten andel. Selv om alle landene følger de internasjonale retningslinjene, er det noe ulik praksis. I en rapport for Nordisk medisinalstatistikkkomité (Nomesko), med tema helsefinansiering i Norden, som er under publisering, heter det at Danmark og Norge har inkludert helse-relaterte pleie- og omsorgstjenester (inklusive personlige tjeneste gitt at man bor på sykehjem) i sine utgifter til pleie og omsorg. Videre heter det at Sverige ikke har gjort det til nå, men vil måtte gjøre det når de skal implementere de nye retningslinjene.

² Kostra står for kommune-stat-rapportering.

³ Denne statistikken er basert på registrering av pleie- og omsorgstjenestene i alle kommuner, inkludert alle institusjonene for eldre og funksjonshemmede, både private og kommunale, som faller inn under pleie og omsorg.

⁴ Et landsomfattende pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Se www.helsedir.no.

Avsluttende kommentarer

Helseregnskapet viser at Norge brukte nesten 250 milliarder kroner på helse i 2011. Medisinsk behandling og rehabilitering utgjorde den største andelen, og helse-relaterte pleie- og omsorgstjenester den nest største. De fleste OECD-landene har høye helseutgifter. Målt som andel av BNP ligger Norges helseutgifter om lag på gjennomsnittet i OECD. Målt som kjøpekraftsjusterte USD per innbygger er det bare USA som bruker mer på helse enn det Norge gjør, men Sveits, Nederland og Luxemburg følger tett bak.

De internasjonale retningslinjene er blant annet laget for å kunne sammenligne helseutgifter mellom land, uavhengig av hvordan helsetjenestene er organisert. Under utarbeidelsen av retningslinjene, som ble publisert første gang i 2000, deretter i 2011, har et viktig tema vært avgrensningen av hva som er helse-relatert. Spesielt har man diskutert hvordan man skal definere og måle den helse-relaterte delen av pleie- og omsorgstjenestene.

Det er viktig å ta forbehold om utfordringer i forbindelse med internasjonale sammenligninger. Blant annet er det vanskelig å avgrense helsesektoren på en entydig måte, i og med at det er små og store forskjeller mellom helsesystemene i de ulike landene. Det er vanskelig å definere og måle helseutgifter og -aktiviteter, og det har vært og er et løpende internasjonalt samarbeid for å gjøre definisjonene og metodene klarere. Helseregnskapet er det beste grunnlaget vi har for internasjonal sammenligning av helseutgifter. WHO jobber med å få flere av verdens land til å følge de internasjonale retningslinjene for helseregnskapet, og med nye og bedre retningslinjer tar man forhåpentligvis enda et skritt i retning av å gjøre tallene mer sammenlignbare.

Referanser

Finansdepartement (2012): Statsbudsjettet 2012, Prop. 1 S (2011-2012).

Helse- og omsorgsdepartementet (2012): Prop. 1 S (2011-2012).

Nomesko (under publisering): Tema 2010 - Hälso- og sjukvårdens finansiering i Norden.

OECD (2009): Health at a Glance 2009: OECD Indicators, OECD Publishing.

OECD (2011): Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.

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

St.meld. nr. 50 (1996-97): Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet.